

Neumonía bilateral en la comunidad

Hernández Anadón S, LLor Vilà C, Hernández Anadón M, Revuelta Garrido V, Calviño Domínguez O, Calonge Bonilla M, Pascual Palacios I, Palacios Llamazares L

Centro de Salud Jaume I. Salou (Tarragona)

Varón de 33 años de edad, que consulta por un cuadro de catarro de vías altas, astenia, odinofagia, febrícula y tos seca, de unos 5 días de evolución.

No alergias conocidas. Estudiado en Digestivo hace 3 años: fibrogastroendoscopia digestiva normal y estudio de hepatopatía negativo. Diagnosticado de esteatosis hepática no alcohólica. Natural de Pakistán.

En la exploración física se halla frecuencia cardiaca 124 latidos por minuto, temperatura axilar 38,3 °C, frecuencia respiratoria 26 respiraciones por minuto, presión arterial 121/74 mmHg, saturación de oxígeno 86 %. Consciente, orientado y disneico. Auscultación cardiaca: rítmica, no se auscultan soplos. Auscultación respiratoria: crepitantes en ambos campos pulmonares hasta los ápex. Abdomen sin hallazgos. No *flapping*. Neurológica: pupilas isocóricas y normorreactivas, no focalidades neurológicas ni alteraciones sensitivo-motoras. Extremidades inferiores sin edemas, no signos de trombosis venosa profunda.

A la vista de la baja saturación de oxígeno y de la auscultación respiratoria, se le remite a Urgencias

con la sospecha de neumonía bilateral. Otras causas a tener en cuenta son la tuberculosis, la insuficiencia cardiaca congestiva, el tromboembolismo pulmonar o el cáncer bronquial; más infrecuentes son la neumonitis por hipersensibilidad, la neumonitis actínica, el daño pulmonar por drogas, la linfangiosis carcinomatosa y la sarcoidosis.

En el momento del ingreso la analítica de sangre mostraba los siguientes valores: glucosa 112, urea 36, creatinina 0,44, aspartato-amino-transferasa 69,0, alanina-amino-transferasa 141, lactato-deshidrogenasa 461, bilirrubina total 0,5, proteína C reactiva 8,50, NA 129, K 3,7, Cl 97. Gasometría venosa: pH 7,419, pO₂ 31,5, pCO₂ 40,3, bicarbonato 25,5, exceso de Base 1,0, Sat O₂ 61,6 %, lactato 1,48. Hemograma: leucocitos 14,43 (N 82,2 %), hematíes 3,51, hemoglobina 9,58, hematocrito 28,2 %, VCM 80,4, HCM 27,3, CHCM 33,9, RDW 13,76 %, plaquetas 508,6. Sedimento de orina: normal.

ECG: taquicardia sinusal a 124 lpm.

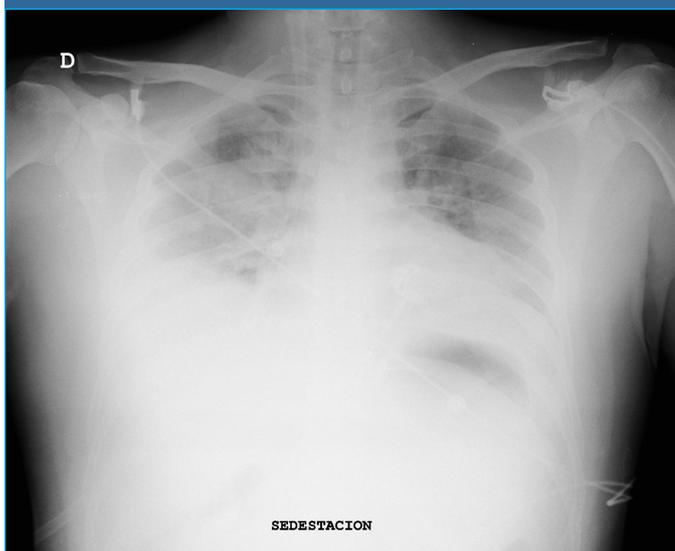
Microbiología: antígenos en orina para legionella y pneumococo: negativos; Ziehl-Nielsen: negativo; ARN influenza A/H1N1: positivo; cultivo de líquido pleural: positivo para *Streptococcus pyogenes* sensible a amoxicilina-clavulánico y ciprofloxacino; cultivo BAS: abundantes colonias de *Streptococcus pyogenes*.

Radiografía de tórax: condensaciones bilaterales en ambos pulmones (figura 1).

TAC de tórax: focos consolidativos bilaterales, derrame bilateral de predominio derecho y atelectasia pasiva del lóbulo inferior derecho. TAC de control 1 mes después: múltiples cavitaciones pulmonares, una de ellas con nivel hidroaéreo en el lóbulo superior derecho, compatible con absceso, mejoría radiológica de los infiltrados pulmonares que han disminuido en tamaño, pequeño neumotórax anterior derecho, disminución del derrame pleural izquierdo compatible con empiema.

Ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos con

Figura 1. Radiografía de tórax: condensaciones bilaterales en ambos pulmones



insuficiencia respiratoria grave que precisa intubación orotraqueal. Se observa afectación pulmonar multilobular, pequeña línea de neumotórax y derrame pleural, con proteína C reactiva H1N1 positiva. Se coloca tubo de drenaje pleural y se obtiene líquido purulento con posteriores cultivos positivos para *Streptococcus pyogenes*. Más tarde se produce empeoramiento del neumotórax, que requiere nuevo tubo pleural. Precisa drogas vasoactivas para control del shock séptico. Aparece miopericarditis e insuficiencia renal que no requiere diálisis.

Tras tratamiento de soporte y antibiótico presenta lenta pero progresiva mejoría clínica. Ya en la planta de Medicina Interna evoluciona favorablemente sin nuevos picos febriles ni clínica respiratoria. Se realiza interconsulta al Servicio de Rehabilitación para fisioterapia respiratoria y se ajusta tratamiento antibiótico por vía oral en función del antibiograma.

Dada la estabilidad clínica, se deriva para control ambulatorio. Se da de alta con antibioterapia oral (ciprofloxacino). En la actualidad se encuentra asintomático y realiza una vida normal.

COMENTARIO

El diagnóstico oportuno de la neumonía es generalmente responsabilidad del primer médico que ve al enfermo; dado que el tratamiento inicial correcto es crucial para determinar el pronóstico de la enfermedad³, el médico de familia debe estar alerta.

Es indiscutible su papel ante los casos de gripe A; es importante mostrar especial atención en el caso de pacientes de riesgo, ya que si se sospecha neumonía asociada se debe instaurar una antibioterapia precoz⁵.

Las neumonías bilaterales pueden complicarse^{2,3}, por lo que realizar un correcto diagnóstico diferencial es muy importante⁴. Por todo ello el papel del médico de atención primaria es esencial.

BIBLIOGRAFIA

1. Jonker MA, Sauerhammer TM, Faucher LD, Schurr MJ, Kudsk KA. Bilateral versus Unilateral Bronchoalveolar Lavage for the Diagnosis of Ventilator-Associated Pneumonia. *Surg Infect (Larchmt)* 2012;13:391-5. doi: 10. 1089/sur.2011.081.
2. Xia Y, Liang Z, Fu Z, Liu L, Paudel O, Cai S. Clinical management of acute interstitial pneumonia: a case report. *Case Rep Pulmonol* 2012;2012: 678249. doi: 10. 1155/2012/678249.
3. Infectious Diseases Society of America /American Thoracic Society Consensus. Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults. *Clin INF Dis* 2007;44:S27-72.
4. Consenso Nacional 2005. Neumonía del adulto adquirida en la comunidad. *Rec Chil Enf Respir* 2005;21:69-140.
5. Wright PF, Kirkland KB, Modlin JF. When to consider the use of antibiotics in the treatment of 2009 H1N1 influenza-associated pneumonia. *N Engl J Med* 2009;361:e122.