Cuadro catarral

I. Olaya Velázquez[1], A. Ruiz Álvarez[2], L. López Álvarez[3], N Fernández Sobredo[4], C. Villalibre Calderón[1].
[1] Hospital San Agustín, [2] Centro de Salud La Magdalena, [3] Centro de Salud Sabugo, [4] Centro de Salud Las Vegas.

- **INTRODUCCIÓN:** La neumonía necrotizante es una forma de infección del parénquima pulmonar que se caracteriza, desde el punto de vista radiológico, por la existencia de una condensación con múltiples cavitaciones menores de 1cm. La distinción entre neumonía necrotizante y absceso pulmonar no tiene interés clínico.
- **DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 36 años operado de leiomioma esofágico, aneurisma aorta abdominal, neuralgia del trigémino y malacia quística cerebelosa.

Valorado por su médico en 4 ocasiones por su médico por tos con expectoración purulenta de 2 meses de evolución, pautando diferentes antibioterapias (penicilinas, macrólidos y cefalosporinas), sin mejoría, con astenia, febrícula y dolor torácico en los últimos 4 días por lo que solicita una radiología de tórax.

Es derivado a Urgencias de Radiología por sospecha de tuberculosis al hallar una imagen cavitada en lóbulo superior izquierdo, ingresando para estudios. La exploración es normal y analítica anodina.

Se solicitan BK y cultivos de esputo siendo negativos. Se realiza broncoscopia sin signos inflamatorios y baciloscopia negativas. En radiología de un mes no se observa dicho hallazgo interpretándose como neumonía necrotizante al mejorar con penicilinas.

- **ESTRATEGIA DE ACTUACIÓN:** Ante un cuadro catarral, con tos, con malestar general con evolución tórpida, al persistir la sintomatología, que no mejora con antibioterapia o medicación pautada, hay que pensar en otras causas como neumonías silentes, tuberculosis, abscesos pulmonares… y habría que solicitar una radiología de tórax, como en este caso, e incluso una analítica para ver como están los marcadores inflamatorios que orienten a un diagnóstico y ver si están muy alterados.
- **BIBLIOGRAFÍA:**

- N. Takayanagi,N. Kagiyama,T. Ishiguro. Etiology and outcome of community-acquired lung abscess. Respiration., 2010; 80: 98-105.

- S.M. Finegold. Anaerobic bacteria in human disease Academic Press, (1977); 128 (16): 710-5.

- G. Stein,S. Schooley,K. Tyrrell. Human serum activity of telithromycin, azithromycin and amoxicillin/clavulanate against common aerobic and anaerobic respiratory pathogens. Int J Antimicrob Agents Jan 2007; 29: 39-43.

- Fisterra, UpToDate, Medline, PubMed, Medscape.