

Open Acces



# FEBRE, TOS I MOCS. UNA ALTRA VEGADA?

Núria Alcubilla Mejías<sup>1</sup>, Josep M. Cots Yago<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Metgessa resident de quart any de Medicina Familiar i Comunitària. EAP La Marina.

<sup>2</sup>Metge adjunt de Medicina Familiar i Comunitària. EAP La Marina

**Adreça per a correspondència:**  
Núria Alcubilla Mejías

**Adreça electrònica:**  
nalcubilla.bcn.ics@gencat.cat

## RESUM

L'abscess pulmonar és una malaltia supurativa parenquimatosa deguda a una infecció, a la majoria dels casos, polimicrobiana, on existeix inflamació, necrosi i cavitació. Sol aparèixer com a complicació d'una pneumònia broncoaspirativa i es una entitat que s'ha de tenir present davant de quadres infecciosos de vies respiratòries baixes acompanyats de símptomes inespecífics que poden arribar a durar setmanes o mesos. Degut al seu caràcter insidiós, pot convertir-se en un gran repte diagnòstic. Presentem el cas d'una dona de 28 anys que va acudir a la nostra consulta amb simptomatologia respiratòria.

## FIEBRE, TOS Y MOCOS: ¿OTRA VEZ?

El absceso pulmonar es una enfermedad supurativa parenquimatosa debida a una infección, en la mayoría de los casos, polimicrobiana, donde existe inflamación, necrosis y cavitación. Suele aparecer como complicación de una neumonía broncoaspirativa y es una entidad que hay que tener presente ante cuadros infecciosos de vías respiratorias bajas acompañados de síntomas inespecíficos que pueden llegar a durar semanas o meses. Debido a su carácter insidioso, puede convertirse en un gran reto diagnóstico. Presentamos el caso de una mujer de 28 años que acudió a nuestra consulta con sintomatología respiratoria.

## FEVER; COUGH AND MUCUS. AGAIN?

Pulmonary abscess is a suppurative parenchymal disease due to an infection, in most cases polymicrobial, where there is inflammation, necrosis and cavitation. It usually appears as a complication of aspiration pneumonia and is an entity that must be borne in mind in cases of lower respiratory tract infectious accompanied by unspecific symptoms that can last for weeks or months. Due to its insidious nature, it can become a great diagnostic challenge. In this case report we present a 28-year-old woman who came to our office with respiratory symptoms.

## INTRODUCCIÓ

Es tracta d'un cas que va esdevenir un vertader repte diagnòstic, tant per l'evolució del fet com per la infreqüència de la malaltia. Una dona jove amb hàbits tòxics que va aparèixer a la consulta en plena epidèmia de grip amb simptomatologia respiratòria i sistèmica inespecífica. Un cas que ens va obligar a obrir llibres i ha ampliat la nostra formació i el nostre coneixement.

## PRESENTACIÓ DEL CAS

Es tracta d'una dona de 28 anys natural d'Itàlia que referia al·lèrgia a l'àcid clavulànic, era fumadora activa i consumidora d'enol i drogues habitual en ambients lúdics-socials. Fonamentalment consumia cocaïna, èxtasi i marihuana. No presentava altres antecedents medicoquirúrgics d'interès.

Consultà durant el mes de gener per quadre de 24 hores d'evolució de febre fins a 38°C, tos seca i artromiàlgies generalitzades. L'exploració física va ser normal (auscultació respiratòria amb murmur vesicular conservat sense sorolls afegits) i es va orientar, per tant, com a possible virasi, es va donar tractament simptomàtic amb paracetamol i es van explicar signes d'alarma. Tal i com li havíem comentat a la visita anterior, als 5 dies, reconsultà per persistència del quadre i de la febre. L'exploració física resultà de nou anodina i decidim realitzar la prova ràpida de proteïna C reactiva (PCR) a la consulta i demanar radiografia de tòrax urgent. La PCR resultà ésser de 111 (PCR normal <20). Ens plantejàrem la possibilitat d'infecció respiratòria bacteriana de vies baixes, a diferenciar entre bronquitis i pneumònia, i realitzàrem prescripció diferida d'amoxicil·lina. Dos dies més tard, una setmana des de l'inici del quadre, reconsultà per haver patit reacció al·lèrgica medicamentosa lleu-moderada al domicili després de la primera ingesta d'amoxicil·lina, motiu pel què va haver d'alertar als serveis d'emergències mèdiques. No obstant això, referia notable milloria clínica i primer dia amb absència de febre.

Vam tornar-la a explorar sense troballes destacables i davant l'evolució tòrpida del quadre, no haver pogut completar correctament l'antibioteràpia i no disposar de radiografia de tòrax (que no es va realitzar), li vàrem recomanar si reaparició de la febre, acudir a urgències. Al dia següent, va fer de nou un pic febril i es va traslladar a les urgències del seu hospital de zona on li van realitzar analítica i radiografia urgents. Radiografia original (Figures 1 i 2).

**Figura 1. Projecció posteroanterior de tòrax**



**Figura 2. Projecció lateral de tòrax**



Va ser diagnosticada d'abscess pulmonar. Davant la seva al·lèrgia a penicil·lines, va ser tractada amb ceftriaxona i clindamicina i va estar hospitalitzada a domicili fins a la resolució clínica i radiogràfica (aproximadament un mes després de l'inici del tractament). Es van realitzar cultius d'espüt i hemocultius sense obtenir aïllaments.

## DISCUSSIÓ

L'abscess pulmonar és infreqüent al nostre medi en part gràcies a l'avanç en proves diagnòstiques i terapèutiques de les malalties que poden conduir a ell. No obstant això, és una

etiologia que s'ha de tenir present en especial per la seva elevada mortalitat (20% del total dels casos). Cal sospitar-la quan ens trobem amb quadres respiratoris de vies baixes acompanyats de símptomes inespecífics (pèrdua de pes, sudoració nocturna, astènia), tenint en compte que solen presentar febre però no bacterièmia i que els pacients explicaran típicament espüt amb sabor agri. També s'ha de sospitar en pacients amb situacions que predisposen a la disminució del nivell de consciència com són l'alcohol o les drogues, intervencions quirúrgiques sota anestèsia general, traumatismes cranioencefàlics o deteriorament cognitiu amb disfàgia i també s'ha de tenir en compte que un nombre elevat de casos associen malaltia periodontal. L'etiologia sol ser polimicrobiana, tot i que predominen els anaerobis de la cavitat bucal. S'ha de diferenciar l'abscess primari (com en el cas que es presenta) del secundari (a processos neoplàstics, immunodepressió). El tractament d'elecció és una penicil·lina en combinació amb un inhibidor de la betalactamasa o un carbapenem, individualitzant en cas d'al·lèrgies i no s'han de menysprear els casos que acaben tractant-se per cirurgia (lobectomia o pneumonectomia - 10%); quan es compliquen i/o responen malament al tractament.

## ASPECTES ÈTICS

Sense conflictes d'interessos.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bartlett JG. Lung abscess and necrotizing pneumonia. In: Infectious Diseases, Gorbach SL, Bartlett JG, Blacklow NR (Eds), W.B. Saunders, Philadelphia 1992.
2. Chung G, Goetz MB. Anaerobic Infections of the Lung. *Curr Infect Dis Rep* 2000;2:238.
3. Bartlett JG, Gorbach SL, Tally FP, Finegold SM. Bacteriology and treatment of primary lung abscess. *Am Rev Respir Dis* 1974;109:510.

**Com citar l'article:** Alcubilla Mejías N, Cots Yago JM. Febre, tos, i mocs But At Prim Cat 2019;37:4.