

Complicación de neumonía bacteriana por empiema y absceso de pulmón

Complication of bacterial pneumonia: empyema and lung abscess

Yazmín Almenares Castellanos ^{1*} <https://orcid.org/0009-0003-4108-5688>

Yanelis González Díaz ¹ <https://orcid.org/0009-0008-4563-7271>

¹Hospital General Docente Dr. Ambrosio Grillo Portuondo, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia: yazmin.almenares@gmail.com.cu

RESUMEN

La neumonía bacteriana es la inflamación del parénquima pulmonar debido a un agente infeccioso. Esta entidad causa más enfermedad y muerte que cualquier otra infección y constituye un problema de salud que afecta a todos los países, sin embargo, dos tercios de las muertes por esta causa se agrupan en los de ingresos bajos. Entre las complicaciones más frecuentemente se incluyen el empiema y el absceso pulmonar; pero estas se atribuyen más comúnmente a paciente inmunocomprometido. Con el objetivo de describir el comportamiento clínico de una neumonía bacteriana complicada en un paciente aparentemente sano; se reporta un paciente masculino, de 41 años, blanco, con antecedentes de salud aparente que acude con fiebre, dolor torácico y tos productiva. En el caso reportado se produjo un absceso pulmonar secundario como complicación de un proceso neumónico, pero no se recogen ninguno de los factores de riesgo anteriormente mencionado, ni durante los estudios realizados se detectó alguna enfermedad que afecte el sistema inmune. Se concluye que este caso evidenció que en pacientes jóvenes aparentemente sanos es también posible que aparezcan complicaciones.

Palabras clave: absceso pulmonar; empiema; neumonía bacteriana.



ABSTRACT

Bacterial pneumonia is the inflammation of the lung parenchyma due to an infectious agent. This condition causes more illness and death than any other infection and constitutes a health problem affecting all countries; however, two-thirds of deaths from this cause occur in low-income countries. Empyema and lung abscess are among the most frequent complications, but these are more commonly attributed to immunocompromised patients. The clinical course of a complicated bacterial pneumonia in a 41-year-old white apparently healthy male patient, with no prior medical history who presented with fever, chest pain and a productive cough is described. In this case, a secondary lung abscess developed as a complication of pneumonia, but none of the aforementioned risk factors were present, nor were any diseases affecting the immune system detected during the diagnostic workup. This case demonstrates that complications can occur even in apparently healthy young patients.

Keywords: lung abscess; empyema; bacterial pneumonia.

Recibido: 27/03/2026

Aprobado: 26/05/2026

Introducción

En algunos países la infección aguda del tracto respiratorio inferior causa más enfermedad y muerte que cualquier otra infección. La neumonía bacteriana es la inflamación del parénquima pulmonar debido a un agente infeccioso. ⁽¹⁾

Dicha entidad constituye un problema de salud que afecta a todos los países, sin embargo, dos tercios de las muertes por esta causa ocurren principalmente en África subsahariana e India. La mayor proporción de muertes en países de ingresos bajos se centra en los niños menores de 5 años, mientras que en los países de ingresos altos son los adultos mayores de 70 años quienes tienen las tasas de mortalidad elevadas. ⁽²⁾



Afecta aproximadamente a 450 millones de personas y 7,0 % del total mundial, lo que provoca unos 4 millones de muertes. En países desarrollados se ha estimado una incidencia mundial de 0,29 eventos al año, lo cual implica 150,7 millones de episodios nuevos. ⁽²⁾

En México durante el año 2024 se reportó 36 313 muertes causadas por neumonía y en Argentina la cifra fue 176 505 en ese mismo año. Brasil reportó solo en la ciudad de Sao Paulo 2002 357 en 2025, lo que representó un 20,0 % más que el año anterior. ⁽³⁾ En Cuba el anuario estadístico de Salud del 2024 reportó 11321 personas fallecidas por neumonía e influenza. ⁽⁴⁾

De las complicaciones más frecuentes asociadas se incluyen el empiema, el absceso pulmonar, la endocarditis infecciosa y el shock séptico. Pero estas se atribuyen más a paciente inmunocomprometido, a retraso en la atención médica, tratamientos inadecuados y sistemas de salud deficientes. ⁽⁵⁾

Con el objetivo de describir el comportamiento clínico de una neumonía bacteriana complicada en un paciente aparentemente sano se realiza esta presentación de caso.

Presentación del caso

Motivo de consulta: fiebre

Paciente masculino, de 41 años, blanco, trabajador agrícola

Antecedentes patológicos personales: nada a señalar

Antecedentes patológicos familiares: madre viva con hipertensión arterial

Hábitos tóxicos: no se recogen

Refiere que 7 días previos al ingreso comenzó con fiebre diaria, en número de 2 o 3 picos febriles al día, constatados termométricamente de 38 a 38,5 grados centígrados, que aparecían en cualquier momento del día, precedidos de escalofríos y que cedían con los antipiréticos habituales como dipirona y paracetamol. Luego apareció dolor torácico en la región posterior del hemitórax derecho, de moderada intensidad, de carácter punzante, que no se irradiaba, que aumentaba con la inspiración profunda y aliviaba con analgésicos.



Señaló además tos productiva frecuente, con escasa expectoración blanquecina; así como falta de aire de ligera intensidad, no relacionada con los esfuerzos físicos, inapetencia y pérdida de peso.

Al examen físico del aparato respiratorio en el momento del ingreso se encontró murmullo vesicular normal, con presencia de abundantes estertores crepitantes localizados en la base pulmonar derecha.

En el cuerpo de guardia se realizaron estudios complementarios que arrojó un Hemograma completo donde se observó hemoglobina normal (130 g/l), leucositosis moderada $12 \times 10^9/l$ a predominio de neutrófilos con 80,0 %.

Dentro de los estudios imageneológicos se le indicó radiografía de tórax al ingreso, donde se observó radiopacidad no homogénea localizada en la base pulmonar derecha con el aspecto de bloque neumónico.

Con este cuadro se ingresó en el servicio de Medicina Interna del hospital Dr. Ambrosio Grillo Portuondo con el diagnóstico presuntivo al ingreso de neumonía bacteriana adquirida en la comunidad.

Se inició tratamiento con Moxifloxacino 400 mg al día durante 7 días sin evidenciarse mejoría clínica ni radiográfica.

A los 5 días de hospitalización se mantuvieron los picos febriles diarios, pero disminuyeron a número de uno al día durante una semana más para luego desaparecer. Se mantuvo el dolor torácico localizado en región posterior de hemitórax derecho con pocas variaciones.

Durante el examen físico en este momento se encontró murmullo vesicular abolido en la base derecha, con estertores crepitantes en tercio medio de este hemitórax.

Se realizaron estudios evolutivos en la sala de hospitalización donde se evidenció: Velocidad de sedimentación globular elevada en 95 mm/h, Hemograma completo con anemia moderada (79 g/l), leucositos normales $5,7 \times 10^9/l$ a predominio de neutrófilos con un 80,0 %.

La lámina periférica informó leucositosis moderada a predominio de segmentado con presencia de granulaciones tóxicas en el citoplasma, hipocromía x, microcitosis x, ovalocitosis, plaquetas adecuadas en número y morfología.

VIH negativo

Serología VRDL negativa

Antígeno de superficie, anticuerpo para virus C negativos.



Glicemias en ayuna normales: 4,3 mmol/l, 5,1 mmol/l, 4,4 mmol/l

Creatininas normales: 76 mmol/l

Dos esputos bacteriológicos negativos

Dos esputos BAAR negativos

Dos esputos citológicos negativos

Radiografía de tórax donde se observó radiopacidad homogénea en la base derecha que borra los ángulos cardiofrénicos y costofrénicos y cuyo borde superior describe la curva de Damuseau con el aspecto derrame pleural derecho.

Ultrasonido abdominal el cual informó como elementos positivos hepatomegalia de 5 a 6 cm. Esplenomegalia severa 190x70 mm y presencia de derrame pleural derecho de 1000 ml.

Tomografía axial computarizada de tórax que informó adenomegalias pretraqueales, en mediastino medio y superior. Bronquios principales permeables. Lesiones inflamatorias en segmento anterior del lóbulo superior del pulmón derecho con aspecto de bloque neumónico y dilataciones bronquiales asociado a derrame pleural encapsulado con aspecto de derrame pleural paraneumónico.

A los 7 días de hospitalización con el resultado de los estudios complementarios anteriormente reflejados, previa firma de consentimiento informado por parte del paciente se realizó punción torácica. Durante el proceder no hubo complicaciones de ningún tipo. El análisis citoquímico de líquido pleural tuvo informe compatible con exudado: aspecto amarillo turbio, con proteínas 39.6 g/l, Rivalta positivo, glucemia 4.8 mmol/l y celularidad $26 \times 10^9/l$ a predominio de segmentados, diagnosticándose empiema. (figura 1)



Fig. 1. Jeringuilla que contiene líquido pleural de aspecto purulento

Ante el diagnóstico de empiema se realiza pleurotomía por parte del servicio de Cirugía con lavado pleural secuencial y aspiración continua del líquido cambiándose el antimicrobiano a Ceftriaxona 1g cada 12h por 5 días, evidenciándose alguna mejoría como el cese de la fiebre y la polipnea, pero persiste la tos frecuente, con expectoración más abundante, en ocasiones en forma de vómica, sobre todo en las primeras horas de la mañana, fétida y de coloración blanco amarillenta. La pérdida de peso se acentuó también, así como la anorexia.

Estudio BAAR del líquido pleural fue negativo

A los 10 días de hospitalización se mantuvo al examen físico murmullo vesicular abolido en la base derecha con estertores crepitantes en el tercio medio de este hemitórax.

Se realiza radiografía de tórax evolutiva observándose a nivel de tercio medio de hemitórax derecho imagen radiopaca redondeada, de bordes finos con nivel hidroaéreo en su interior, así como borramiento del ángulo costofrénico derecho; con aspecto de absceso pulmonar. (figura 2)



Fig. 2. Radiografía de tórax

Se realiza diagnóstico definitivo: Neumonía bacteriana complicada con empiema y absceso pulmonar.

El estudio bacteriológico del líquido pleural estuvo disponible a los 11 días donde se aisló *Streptococo pneumoniae* resistente a la Penicilina y sensible a Levofloxacino, Cloranfenicol y Clindamicina.

Con el resultado del antibiograma del estudio bacteriológico del líquido pleural se inicia Clindamicina 300mg cada 6 horas por 10 días.

A los 3 días de iniciado este medicamento comienza a observarse mejoría clínica. El paciente recobra el apetito, mejora el estado general y disminuye la tos y la expectoración. Al concluir el ciclo antimicrobiano de 14 días el paciente prácticamente no tose ni expectora, se alimenta bien, niega dolor torácico y falta de aire. Se repite la radiografía de tórax donde no se observa el absceso pulmonar, por lo que se decide egresar continuando tratamiento con Clindamicina vía oral por 14 días más en su área de salud.

El paciente estuvo un total de 25 días hospitalizado, pero fue dado de alta con mejoría clínica y radiológica.

Discusión

La neumonía bacteriana es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones, en la que se inflaman los alveolos llenándose de líquido o pus y que provoca los síntomas más comunes: tos productiva, fiebre, escalofríos y dificultad para respirar. ⁽⁶⁾ Lo anterior coincide con el cuadro clínico presentado por el paciente, el cual fue acorde a la enfermedad.

Los organismos que normalmente se encuentran dentro del sistema respiratorio y que están listos para proliferar bajo las circunstancias adecuadas, son usualmente aerobios gram negativos e incluyen *Pasturella*, *Klebsiella*, *Proteus* spp. y *E. coli*. También pueden estar presentes organismos gram positivos como *Staphylococcus* y *Streptococcus*. ⁽⁶⁾ El paciente del reporte mostró como agente etiológico aislado en el líquido pleural, el *Streptococo pneumoniae*, lo que constituye el germen más frecuente aislado en la comunidad y no se asocia a complicaciones importantes.

La neumonía puede variar en gravedad, desde un cuadro leve hasta ser potencialmente mortal, dependiendo de varios factores. El papel del envejecimiento, la inmunodeficiencia, el deterioro del estado mental y enfermedades sistémicas como la diabetes mellitus o las neoplasias son reconocidos en humanos. ⁽⁷⁾ El paciente reportado no muestra ninguno de los factores predisponentes para el desarrollo de cuadros graves, no obstante, tuvo un cuadro complicado que constituye un comportamiento atípico en pacientes jóvenes sin comorbilidades asociadas. El resultado de VIH fue negativo, no se detectó tampoco diabetes mellitus ni enfermedad neoplásica que explique las



complicaciones que aparecieron en el paciente. Entre ellas se encuentra el absceso pulmonar: resultado de la necrosis y cavitación del pulmón después de una infección microbiana. Se clasifican como primarios o secundarios. Los primarios casi siempre se producen por aspiración, a menudo se deben a bacterias anaerobias y se desarrollan en ausencia de alguna enfermedad pulmonar o sistémica subyacente. Los secundarios se originan en presencia de algún trastorno subyacente como una obstrucción (por cuerpo extraño bronquial y tumor) o un proceso sistémico (infección por VIH u otro trastorno con compromiso inmunitario). ⁽⁸⁾ En el caso reportado se produjo un absceso pulmonar secundario como complicación de un proceso neumónico, pero no se recogen ninguno de los factores de riesgo anteriormente mencionado, ni durante los estudios realizados se detectó alguna enfermedad que afecte el sistema inmune.

Entre la sintomatología descrita está la expectoración abundante, que puede estar teñida de sangre y es frecuente que tenga un olor muy desagradable. También puede aparecer dolor torácico al respirar, pérdida importante de peso, fiebre y sudoración nocturna. ⁽⁹⁾ Los síntomas anteriores fueron referidos por el paciente quien además refirió vómica, sintomatología clínica poco frecuente en la práctica clínica diaria.

El diagnóstico se establece a través de radiografía de tórax donde se muestra una cavidad llena de líquido y aire. La imagen cavitaria también se observa en la tomografía axial computarizada torácica. Se debe tomar una muestra de esputo para cultivo bacteriológico, así como para hemocultivo. ⁽⁹⁾

Otra de las complicaciones asociadas a la neumonía es el empiema que se define como la presencia de pus en el espacio pleural. Hay que sospechar la complicación purulenta si el paciente no muestra resolución de los síntomas de la neumonía (fiebre, tos, disnea, dolor pleurítico y malestar general). ⁽¹⁰⁾

El comienzo puede ser insidioso. A veces el paciente parece tener un trastorno crónico, con manifestaciones como adelgazamiento, anemia y sudores nocturnos. A menudo existen factores subyacentes de riesgo: enfermedades de sistema nervioso y de pulmones, cánceres, alcoholismo, infección por VIH y otros estados de inmunodeficiencia. ⁽¹⁰⁾ En el paciente del reporte no se detectaron factores de riesgo subyacente, pero se evidenció empeoramiento del cuadro clínico inicial con



la aparición de anemia, pérdida de peso, agrandamiento del hígado, bazo y otros signos de sepsis sistémica.

El manejo terapéutico de esta entidad incluye el uso de antibióticos empíricos con cobertura de amplio espectro, agregando alguna técnica que logre el drenaje de la cavidad. Las distintas opciones incluyen la toracocentesis, instalación de un tubo pleural (pleurostomía percutánea), la instilación de fibrinolíticos intrapleurales y el drenaje a través de toracotomía abierta o toracoscopia vídeo asistida. ⁽¹⁰⁾

No existe consenso respecto a la mejor alternativa para realizar el drenaje, ni el momento más propicio, pero sí se ha establecido que de un tratamiento rápido y eficiente depende el éxito de la evolución de esta patología. ⁽¹⁰⁾ El paciente del reporte se benefició de la combinación de la antibioticoterapia específica según resultado de antibiograma combinado con la pleurotomía con lavado bronquial secuencial.

Se concluye que la neumopatía inflamatoria es una entidad bastante frecuente en nuestro medio, la cual presenta índices elevados de mortalidad. Pero su aparición y complicación es más común en las edades extremas de la vida, en pacientes con comorbilidades asociadas e inmunodeprimidos. No obstante, este caso evidenció que en pacientes jóvenes aparentemente sanos es también posible que aparezca esta entidad y sus complicaciones menos frecuentes como son el empiema y el absceso de pulmón. Se debe mantener adecuada vigilancia sobre ellos y realizar diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado para que sea satisfactoria la evolución de la enfermedad.

Referencias bibliográficas

1. Gea Izquierdo E. Neumonía: La pandemia ignorada. Vive. Revista de Investigación en Salud. 2021(citado 20/12/2025);4(12):437-42. Disponible en <https://revistavive.org/index.php/revistavive/article/view/122/337>
2. Clínic de Barcelona. Barcelona: Hospital Clínic; 2026 [actualización 3 /11/2021; citado 11/12/2025]. La neumonía causa 2,5 millones de muertes al año en todo el mundo; [aprox. 4p.]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/noticias/la-neumonia-causa-2-5-millones-de-muertes-al-ano-en-todo-el-mundo>



- 3.El economista. México; © 1988-2015[actualización 18 /10/2025; citado 11/12/2025]. Solo el 40 % de adultos mayores se vacunan para prevenir la neumonía. Pfizer México; [aprox. 4p.]. Disponible en: <https://www.eleconomista.com.mx/estados/40-adultos-mayores-vacunan-prevenir-neumonia-pfizer-mexico-20251018-782414.html>
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2024. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2025[citado 16/04/2026]. Disponible en: <https://files.sld.cu/dne/files/2025/09/AES-2024-para-sitio-3.pdf>
- 5.Álvarez Aliaga A, Frómeta Guerra A, López Costa C, Berdú Saumell Y, Soto Brown C. Factores de riesgo de muerte por bronconeumonía bacteriana comunitaria. Rev cubana med. 2009(citado 22/12/2025);48(4):163-72. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232009000400004
- 6.HelpGuide. Los Angeles: HelpGuide. Org International; ©1999-2026. [actualización 1 /04/2026; citado 11/05/2026]. Envejecimiento y consumo de alcohol. Disponible en: <https://www.helpguide.org/es/problemas-del-envejecimiento/el-alcohol-y-los-adultos-mayores>
7. MedlinePlus. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.); [actualizado 19/08/2024; citado 11/12/2025]. Neumonía en adultos, adquirida en la comunidad; [aprox. 5p.]. Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000145.htm>
- 8.Aryana WF, Wibowo A, Gozali A, Sapura TT, Feribaharati I. Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus Induce an Enterococcus faecalis Lung Abscess: A case report. Medula. 2024(citado 20/12/2025):14(8):1521. Disponible en: <https://www.journalofmedula.com/index.php/medula/article/view/1184/954>
- 9.Sabbula BR, Rammohan G, Sharma S, Akea J. Absceso pulmonar. Stat Pearls. 2024 (citado 22/12/2025). Disponible en: https://www.ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/books/NBK555920/? x tr sl=en& x tr tl=es& x tr hl=es& x tr _pto=tc
- 10.Issa MA, Obadiel YA, Galeb KS,Jowah HM. Impact of initial surgical interventions on Empyema Outcomes: Insights from a cohort study in Yemen. Cureus.



2024(citado 23/12/2025):16(9):e69059.

Disponible en:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11465397/>

Conflicto de intereses

Se declara que no existe conflicto de intereses.

Contribución de Autoría

Conceptualización: Dra. Yazmin Almenares Castellanos y Dra. Yanelis González Días

Curación de datos: Dra. Yazmin Almenares Castellanos y Dra. Yanelis González Días

Análisis formal: Dra. Yazmin Almenares Castellanos

Supervisión: Dra. Yanelis González Días

Redacción, Revisión y Edición: Dra. Yazmin Almenares Castellanos

Revisores: Dr. C. Nilia Escobar Yendez

Dra. Leanis Vega Medina

Corregido por: Lic. Eslaine Regalado Juan

