

Un Recuerdo de Burundi

Instantánea Clínica

María Gómez-Caballero¹, Alejandro del Caño-Garrido² y Giuseppe Dominijanni²

¹ Centro Médico Vithas Majadahonda. Majadahonda, Madrid. España

² Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid. España

Fecha de recepción del manuscrito: 21/Octubre/2025

Fecha de aceptación del manuscrito: 26/Noviembre/2025

Fecha de publicación: 02/Enero/2026

DOI: 10.5281/zenodo.18134721

Creative Commons: Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Derivadas 4.0 Internacional.

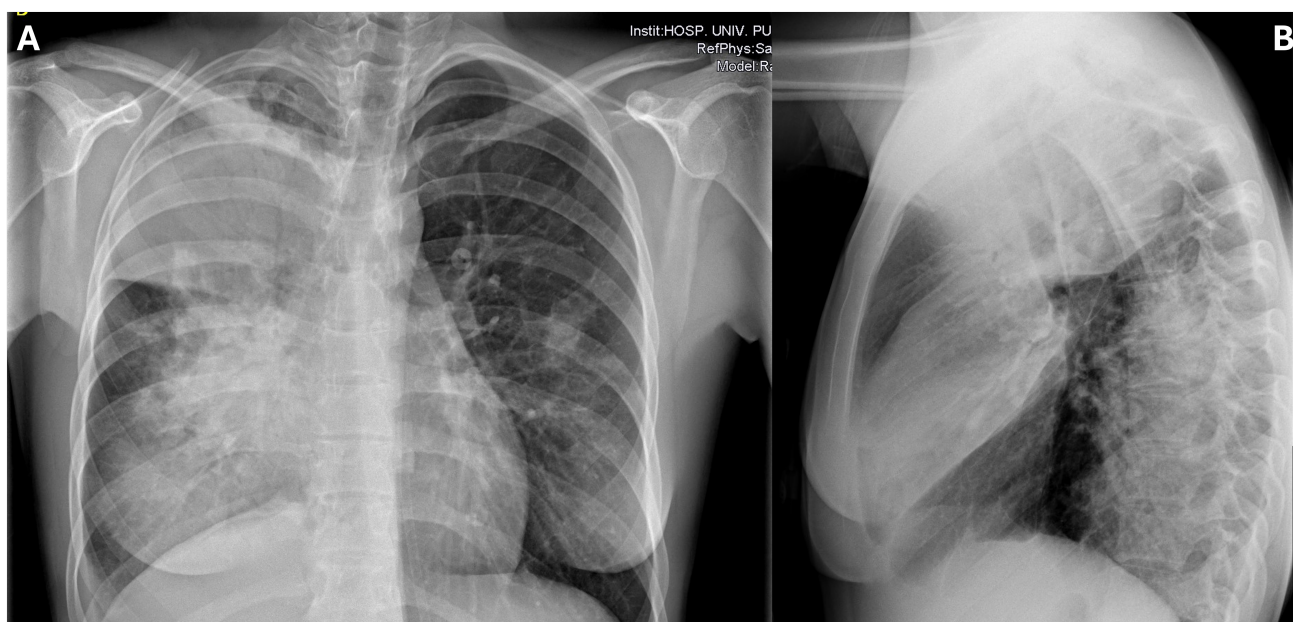


Figura 1: A: Radiografía tórax PA donde se aprecian infiltrados parenquimatosos en lóbulos superiores y lóbulo medio. B: Radiografía tórax lateral donde se aprecian infiltrados parenquimatosos en lóbulos superiores y lóbulo medio.

Mujer de 21 años sin antecedentes personales que consultó por cuadro de cuatro días de evolución de fiebre termometrada, vómitos, náuseas y un episodio de diarrea sin productos patológicos; asociando también, rinorrea y tos seca irritativa.

La paciente llegó ese día de un viaje de voluntariado de tres semanas en Burundi (África). Refería haber realizado la profilaxis antipalúdica correctamente y haberse vacunado siguiendo las recomendaciones internacionales. Vínculo epidemiológico positivo, ya que el grupo de jóvenes con quien viajaba, había presentado los mismos síntomas gastrointestinales pero de menor intensidad.

A su llegada, estaba afebril, con tensión arterial de 96/50mmHg, frecuencia cardiaca de 130lpm y saturación basal de oxígeno de 85 %, que remontaba a 98 % con ventimask a 35. A la exploración, destacaban crepitantes en base derecha y lóbulo medio.

Se solicitaron analítica con serologías tropicales, gasometría, técnica rápida de malaria y radiografía de tórax. En la radiografía de tórax se objetivaron infiltrados parenquimatosos en lóbulos superiores y lóbulo medio ([Figura 1 A y B](#)).

La gota gruesa fue negativa. Se decidió ampliar estudio con test antigénico de virus respiratorios (gripe A y B, VRS y SARS COV2) negativos, y antigenuria para Legionella y Neumococo, siendo positivo este último.

La paciente fue ingresada en UCI para tratamiento.

La neumonía neumocócica grave constituye un problema clínico de alta relevancia por su morbimortalidad, su variabilidad en la presentación y su potencial evolución tórpida incluso en pacientes previamente sanos. La literatura evidencia que *Streptococcus pneumoniae* sigue siendo el principal

agente etiológico de la neumonía adquirida en la comunidad grave, con elevada tasa de complicaciones sistémicas y necesidad de soporte avanzado.¹ Asimismo, se ha descrito que, pese a un tratamiento antibiótico adecuado, algunos pacientes pueden presentar resolución lenta del infiltrado pulmonar o secuelas parenquimatosas persistentes, lo que subraya la heterogeneidad de la respuesta inflamatoria al patógeno.² Por otro lado, revisiones amplias han puesto de manifiesto la diversidad de serotipos, mecanismos de virulencia y adaptaciones inmunoevasivas del neumococo, factores que condicionan tanto la expresión clínica como el pronóstico, especialmente en viajeros expuestos a cepas circulantes en regiones de alta carga infecciosa.³ En conjunto, estos datos justifican el interés científico de caracterizar casos graves en población viajera, dada la posible exposición a serotipos no habituales y el impacto en la práctica clínica y en las estrategias preventivas.

FINANCIAMIENTO

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- [1] Wendy I Sligl, Thomas J Marrie. Severe community-acquired pneumonia. *Crit care Clin*. 2013; 29: 563-601
- [2] Janelle Vu Pugashetti et al. A 51-year-old man with unresolved pulmonary infiltrates following *Streptococcus pneumoniae* pneumonia. *Chest*. 2019; 155 (2): 47-50
- [3] Ditte Hoyer Engholm et al. A visual review of the human pathogen *Streptococcus pneumoniae*. *FEMS Microbiology Reviews*. 2017; 41 (6): 854-879