



Neumonía Basal Izquierda Diagnosticada por Correlación Clínico-Radiológica en un Cuadro de Dolor Abdominal: Reporte de Caso

Left Basal Pneumonia Diagnosed by Clinicoradiological Correlation in a Presentation of Abdominal Pain: Case Report

Karla Rocío Castro López (Autor Correspondiente)
krocio-88@hotmail.com

ORCID: 0009-0009-5867-1601
Clínica San Erasmo, Upala, Costa Rica
Universidad de Ciencias Médicas UCIMED, San José, Costa Rica

Aceptación: 4 de noviembre de 2025
Publicación: 29 de diciembre de 2025

Resumen

Se describe el caso de un hombre costarricense de 34 años, previamente sano, que consultó por dolor abdominal agudo en el flanco izquierdo, acompañado de fiebre y diaforesis, sin manifestaciones respiratorias evidentes, lo que motivó una orientación diagnóstica inicial hacia una causa abdominal. No obstante, la evaluación clínica integral permitió identificar una disminución del murmullo vesicular en el hemitórax izquierdo, mientras que los estudios de laboratorio revelaron leucocitosis con neutrofilia y la radiografía de tórax mostró un derrame pleural izquierdo, posteriormente confirmado y caracterizado por tomografía computarizada. Para establecer el diagnóstico de neumonía basal izquierda, fue clave la correlación clínico-radiológica. Inicialmente, se aplicó tratamiento antibiótico de amplio espectro, pero debido a la evolución desfavorable del cuadro, se realizó una decorticación pulmonar, tras la cual el paciente mejoró de forma progresiva hasta obtener el alta médica. En este caso, la identificación oportuna de la etiología pulmonar subyacente, resalta la importancia de asociar la historia clínica con el examen físico para reconocer presentaciones atípicas de la neumonía y prevenir retrasos diagnósticos.

Palabras clave: Dolor Abdominal; Neumonía; Derrame Pleural; Diagnóstico Diferencial; Examen Físico; Infecciones Adquiridas en la Comunidad; Diafragma

Abstract

The case of a previously healthy 34-year-old Costa Rican man is described, who presented with acute abdominal pain in the left flank, accompanied by fever and diaphoresis, without evident respiratory manifestations, which initially led to a diagnostic orientation toward an abdominal etiology. However, comprehensive clinical evaluation identified decreased breath sounds in the left hemithorax, while laboratory studies revealed leukocytosis with neutrophilia and chest radiography showed a left pleural effusion, subsequently confirmed and characterized by computed tomography. Clinicoradiological correlation was key to establishing the diagnosis of left basal pneumonia. Broad-spectrum antibiotic therapy was initially administered; however, due to an unfavorable clinical course, pulmonary decortication was performed, after which the patient showed progressive improvement until medical discharge. In this case, the timely identification of the underlying pulmonary etiology highlights the importance of correlating clinical history with physical examination to recognize atypical presentations of pneumonia and prevent diagnostic delays.

Keywords: Abdominal Pain; Pneumonia; Pleural Effusion; Diagnosis Differential; Physical Examination; Community-Acquired Infections; Diaphragm





Introducción

Se presenta el caso clínico de un varón de 34 años costarricense, sin antecedentes médicos relevantes, quien consulta por dolor abdominal localizado en flanco izquierdo, con 24 horas de evolución, acompañado de sudoración profusa, sin vómitos ni diarrea, ni síntomas respiratorios evidentes. Si bien el dolor abdominal suele asociarse a patologías gastrointestinales, urológicas o ginecológicas, existen patologías extraabdominales que pueden originar sintomatología similar. Una de ellas es la neumonía del lóbulo inferior, en especial del lado izquierdo, que por su proximidad con el diafragma puede presentarse con dolor abdominal como manifestación principal, especialmente en ausencia de síntomas respiratorios ([Naccour et al., 2020](#)). Este panorama exhibe cómo, a partir de una presentación atípica, el clínico puede obviar diagnósticos relevantes si no efectúa una evaluación física integral y meticulosa, lo que aumenta el riesgo de retrasos diagnósticos y destaca la importancia del examen físico completo en la práctica clínica. Por ello, en este trabajo se enfatiza la correlación entre la historia clínica y el examen físico para emitir un diagnóstico adecuado.

Presentación del caso

Se expone el caso de un paciente masculino de 34 años, procedente de Upala, Alajuela, Costa Rica, con ocupación ganadera, sin antecedentes médicos relevantes y previamente sano, quien acudió a consulta médica por dolor abdominal agudo localizado en el flanco izquierdo, de 24 horas de evolución. El cuadro se acompañaba de sudoración profusa y fiebre, sin vómitos, diarrea ni síntomas respiratorios evidentes. Posteriormente, el paciente refirió haber presentado un episodio de resfriado común aproximadamente 15 días antes del inicio del dolor abdominal, sin tos asociada al momento del evento.

Cuando el paciente fue evaluado clínicamente, se detectó que su estado general era desfavorable, puesto que estaba diaforético, con postura antiálgica en flexión secundaria al dolor abdominal y su temperatura corporal era de 38.9 °C. Durante el examen físico abdominal, se palpó profundamente en el flanco izquierdo, revelándose dolor marcado sin signos de rebote ni defensa, lo que complicó al inicio la evaluación clínica. Además, a la auscultación pulmonar se observó disminución del murmullo vesicular en el hemitórax izquierdo, sin estertores ni sibilancias. La evaluación clínica también incluyó un electrocardiograma, el cual no mostró hallazgos isquémicos, y un análisis de troponina que resultó negativo. A través de los estudios de laboratorio se halló leucocitosis de 12 930 células/mm³ con neutrofilia del 87 % y velocidad de eritrosedimentación ligeramente elevada. En el transcurso de la hospitalización, también se efectuaron controles seriados, entre ellos análisis de hemograma completo, proteína C reactiva, pruebas de función renal, pruebas de función hepática y procalcitonina.

Figura 1
Radiografía de tórax con derrame pleural izquierdo.





En lo que respecta a los estudios de imagen, se llevó a cabo una radiografía de tórax inicial en proyección posteroanterior y lateral-izquierda, la cual mostró la existencia de un derrame pleural izquierdo, como se puede visualizar en la Figura 1. Posterior a ello, se efectuaron radiografías de control para monitorizar la evolución, y se llevó a cabo una tomografía computarizada de tórax que evidenció un derrame pleural loculado. Los cultivos microbiológicos realizados fueron negativos, por lo que se solicitaron interconsultas con los servicios de cirugía de tórax e infectología.

Dentro de los diagnósticos diferenciales iniciales se descartaron abdomen agudo e infarto agudo de miocardio. En base a la sospecha clínica inicial y la correlación clínico-radiológica, se diagnosticó neumonía basal izquierda complicada con derrame pleural. Después, se procedió con la hospitalización del paciente e inicio de tratamiento antibiótico con cefotaxima, vancomicina y claritromicina. Al tercer día de hospitalización, el cuadro febril era persistente y el hemograma mostraba un incremento de la leucocitosis, por lo que se modificó el esquema antibiótico y se instauró terapia intravenosa. Posteriormente, se realizó decorticación pulmonar izquierda mediante cirugía torácica. Tras el procedimiento, el esquema antibiótico se ajustó solo a levofloxacino, y finalmente el paciente completó tratamiento con cefotaxima y levofloxacino por 7 días y vancomicina por 21 días, con evolución clínica favorable y resolución progresiva de los síntomas hasta el egreso hospitalario.

Discusión

La neumonía adquirida en la comunidad es una de las causas más frecuentes de morbimortalidad infecciosa en todo el mundo y presenta un amplio espectro clínico, que abarca desde formas leves hasta cuadros graves que requieren manejo hospitalario ([Agüero Sánchez et al., 2020](#)). Aunque por lo general incluye fiebre, tos y síntomas respiratorios, algunos casos pueden manifestarse predominantemente con síntomas extrapulmonares, lo que dificulta el diagnóstico inicial ([Miyashita, 2022](#); [Al-Abbad et al., 2022](#); [Miller et al., 2023](#); [Lim & Wenham, 2024](#); [Naccour et al., 2020](#)).

Alrededor del 15 % de los casos de neumonía adquirida en la comunidad pertenecen al espectro de neumonía atípica, la cual se distingue por su etiología (patógenos sin pared celular), presentación clínica sistémica, diagnóstico microbiológico complejo y tratamiento antibiótico específico (no β-lactámicos). Su manejo requiere alto índice de sospecha clínica y uso de herramientas diagnósticas complementarias. ([Miyashita, 2022](#); [Al-Abbad et al., 2022](#)). Estas características son acordes al caso presentado, donde la ausencia inicial de síntomas respiratorios y el dolor abdominal predominante proyectaron la orientación diagnóstica inicial hacia patologías abdominales.

El dolor abdominal como forma de presentación de la neumonía ha sido descrito principalmente en población pediátrica, mientras que en adultos ocurre solo en un 8 % de casos, por lo que constituye un hallazgo infrecuente. Cuando ocurre, suele asociarse a la afectación de los lóbulos inferiores y a la irritación diafragmática, mecanismo que permite explicar la localización y la intensidad del dolor en ausencia de patología abdominal demostrable ([Naccour et al., 2020](#)). Este mecanismo es coherente con los hallazgos clínicos del paciente descrito, en quien el dolor abdominal fue el síntoma predominante durante la fase inicial de la enfermedad. De manera similar, diversos reportes de caso han documentado presentaciones atípicas de neumonía, con síntomas gastrointestinales o abdominales, sin tos ni disnea evidentes. En estos escenarios, el diagnóstico suele establecerse de manera incidental tras la realización de estudios de imagen solicitados por sospecha de abdomen agudo ([Miller et al., 2023](#); [Lim & Wenham, 2024](#)).

Durante el proceso diagnóstico de la neumonía, los signos radiológicos, como la radiografía de tórax, pueden estar ausentes inicialmente hasta en un 10-15 % de los casos ([Naccour et al., 2020](#)). En ese contexto, es importante la reevaluación clínica continua, sobre todo cuando la evolución del cuadro no es coherente con un diagnóstico abdominal primario, puesto que, como en el caso analizado, la identificación de hallazgos pulmonares durante una evaluación integral puede orientar el diagnóstico hacia una etiología respiratoria.

La neumonía, se reconoce como una causa relevante de dolor abdominal, especialmente en el adulto mayor, cuya población representa una proporción significativa de los diagnósticos en los servicios de urgencias médicas ([Osterwalder et al., 2020](#)). En cambio, el presente estudio de caso demuestra que dicha enfermedad puede manifestarse también en adultos jóvenes, ampliando así el espectro etario en el que se le considera a este diagnóstico.





En relación con la etiología atípica de la neumonía, el *Mycoplasma pneumoniae* y la *Legionella spp.* se asocian con una mayor frecuencia de síntomas extrapulmonares, incluidos gastrointestinales y neurológicos ([Miyashita, 2022](#); [Payus et al., 2022](#)). Además, las dificultades para aislar estos patógenos con métodos convencionales explican la frecuencia de cultivos negativos, situación que también es evidente en la práctica clínica habitual ([Zhu et al., 2022](#)). En conjunto, estas limitaciones diagnósticas respaldan la adopción de un enfoque sindrómico y la administración temprana de tratamiento empírico específico en presentaciones clínicas sugestivas.

La ciencia admite que la neumonía es una de las principales causas de derrame pleural exudativo, y que los derrames paraneumónicos pueden agravar la evolución clínica de esta enfermedad, sobre todo si el diagnóstico es tardío o se aplica un tratamiento inadecuado ([Botana Rial et al., 2023](#)). En ese sentido, identificar a tiempo el origen pulmonar es importante para llevar a cabo un manejo oportuno y así, evitar una progresión desfavorable del cuadro clínico.

La teoría expuesta en este trabajo permite reafirmar que la neumonía basal izquierda forma parte del espectro de las neumonías atípicas y se establece como una enfermedad sistémica con manifestaciones extrapulmonares en lugar de una patología meramente respiratoria. Asimismo, respalda los modelos fisiopatológicos de dolor referido secundario a la irritación de la musculatura diafragmática en el contexto de las neumonías basales. Por otro lado, en la praxis, aunque no hubieran síntomas respiratorios, se resalta la importancia de incluir el dolor abdominal agudo en el diagnóstico diferencial de la neumonía. Esto tiene implicancias directas en la atención de urgencias, donde una exploración física exhaustiva y la solicitud a la brevedad posible de estudios de imagen torácicos podrían hacer la diferencia para prevenir retrasos diagnósticos, intervenciones innecesarias y complicaciones asociadas.

Para finalizar, se detallan las fortalezas de este trabajo, como la descripción minuciosa de una presentación clínica infrecuente, ilustrando un escenario diagnóstico complejo, de particular interés para la práctica clínica. A su vez, el seguimiento médico y la correlación con la literatura aportan solidez en la interpretación del caso analizado, pero las limitaciones inherentes al diseño de la investigación obstaculizan la identificación precisa del agente causal y la posibilidad de generalizar los hallazgos a poblaciones más amplias. Por lo tanto, la ausencia de confirmación etiológica microbiológica, común en neumonías atípicas, debe ser tomada en cuenta a la hora de interpretar los resultados.

Conclusiones

El caso analizado, donde el paciente de 34 años al momento de la evaluación inicial mostraba ausencia de síntomas respiratorios, demuestra que para emitir un diagnóstico de neumonía no debe excluirse una etiología pulmonar subyacente y que la integración sistemática de la anamnesis, el examen físico completo y los estudios complementarios son claves para la identificación de la neumonía basal izquierda. Por este motivo, podría ser conveniente incluir un plan diagnóstico en pacientes con dolor abdominal de origen no esclarecido, con un carácter sistemático en la evaluación de posibles causas extraabdominales. En vista de lo anterior, se deduce que algunas patologías respiratorias pueden manifestarse al principio con síntomas abdominales inespecíficos, lo cual evidencia un problema de diagnóstico en la práctica clínica. Por ello, el fortalecimiento de la formación clínica orientada a la identificación de presentaciones atípicas en los pacientes es importante para mejorar la toma de decisiones médicas y prevenir retrasos diagnósticos innecesarios.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún tipo de conflicto de intereses.

Consentimiento informado

Para la publicación de este informe de caso y cualquier imagen adjunta, se contó con el consentimiento informado por escrito del paciente. La revista conserva una copia del consentimiento por escrito para su revisión.

Nota del editor

Sciencevolution mantiene una postura neutral frente a las reclamaciones jurisdiccionales en los mapas publicados y las afiliaciones institucionales



Referencias

- Agüero Sánchez, A. C., Rivera Fumero, S., & Salas Garita, F. (2020). Abordaje actualizado sobre la neumonía adquirida en la comunidad en adultos. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 4(3), 54–64.
<https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/148>
- Al-Abbad, E. A., Albarak, Y. A. I., Al Shuqayfah, N. I., Nahhas, A. A., Alnemari, A. F., Alqurashi, R. K., Abu Thiyab, S. H. M., Alqubali, M. K., Alhawiti, M. A., Almutairi, S. M., Alanazi, M. A. M., & Aljuaid, M. M. N. (2022). An overview on atypical pneumonia clinical features and management approach. *Archives of Pharmacy Practice*, 13(1), 24–30.
<https://doi.org/10.51847/CHgE98elpC>
- Botana Rial, M., Pérez Pallarés, J., Cases Viedma, E., López González, F. J., Porcel, J. M., Rodríguez, M., Romero Romero, B., Valdés Cuadrado, L., Villena Garrido, V., & Cordovilla Pérez, R. (2023). Diagnosis and treatment of pleural effusion: Recommendations of the Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery. Update 2022. *Archivos de Bronconeumología*, 59(1), 27–35.
<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2022.09.017>
- Lim, J. Y., & Wenham, T. (2024). An atypical presentation of *Mycoplasma pneumoniae* infection mimicking acute surgical abdomen in an adult. *Cureus*, 16(11), e73665.
<https://doi.org/10.7759/cureus.73665>
- Miller, A., Reddy, P. J., Randolph, D., Breton, P. P., Dickinson, P., & Hyde, M. J. (2023). A rare case of community-acquired pneumonia only presenting with diarrhea, abdominal pain, and fever: A case report. *Cureus* 15(8): e44368.
<https://doi.org/10.7759/cureus.44368>
- Miyashita, N. (2022). Atypical pneumonia: Pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Respiratory Investigation*, 60(1), 56-67.
<https://doi.org/10.1016/j.resinv.2021.09.009>
- Naccour, J., Sabra, H., Alimoradi, M., El-Helou, E., Haddad, M. M., & Bitar, H. (2020). Rare presentation of community acquired pneumonia resulted in laparoscopic intervention in adult: Case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, 75, 214–218.
<https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.09.046>
- Osterwalder, I., Özkan, M., Malinovska, A., Nickel, C. H., & Bingisser, R. (2020). Acute abdominal pain: Missed diagnoses, extra-abdominal conditions, and outcomes. *Journal of Clinical Medicine*, 9(4), 899.
<https://doi.org/10.3390/jcm9040899>
- Payus, A. O., Clarence, C., Tiong, N., & Wan Nafisah Wan Yahya, W. (2022). Atypical presentation of an atypical pneumonia: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, 16(105),
<https://doi.org/10.1186/s13256-022-03320-y>
- Zhu, N., Zhou, D., Yuan, R., Ruzetuohereti, Y., Li, J., Zhang, X., & Li, S. (2023). Identification and comparison of Chlamydia psittaci, Legionella and Mycoplasma pneumoniae infection. *Clinical Respiratory Journal*, 17(5),
<https://doi.org/10.1111/crj.13603>