Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):19

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2617 - Y AHORA TENGO FIEBRE, ¿ES POR MI CIÁTICA?

N. Santos González[a], L.M. Alcántara López[b], A.A. Romero Gandul[c] y B. Ranz Garijo[b]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almodóvar. Córdoba. [b]Médico de Familia. Centro de Salud D. Rafael Flórez Crespo. Posadas. [c]Médico de Familia. Urgencias Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 65 años, hipertenso, anemia sideroblástica, intervenido de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal con colocación de endoprótesis aortoilíaca derecha y reintervenido por fístula aortoentérica. Acude por dolor lumbar irradiado a MID hasta pie, continuo y que mejora con decúbito lateral izquierdo. Se diagnostica de ciatalgia. No mejora pese a ir subiendo de nivel en la escalera analgésica y añadiendo coadyuvantes. Después de tres semanas, consulta por fiebre de 37,9 ^{o}C y empeoramiento del dolor. Se deriva para completar estudio y es ingresado en Enfermedades Infecciosas.

Exploración y pruebas complementarias: Lassegue(+) derecho, dolor a la rotación externa de cadera derecha, pulso pedio atenuado y lesiones isquémicas en talón derecho dolorosas. Claudicación no explorable por dolor. Radiografía columna lumbar y cadera: normales. Analítica: 22.000 leucocitos/mm^3 (90,9% N), Hb 9,8 mg/dl, Hto 28%, VCM 79 mm^3, PCR 70 mg/L. Hemocultivos: *Enterococus faecalis*. Eco-Doppler MID: SVP sin alteraciones. Arteria femoral común, femoral superficial y poplítea derechas con marcada ateromatosis calcificada, escaso flujo de baja amplitud; arteria colateral superficial en cara interna del muslo. Arteria pedia con flujo "tardus-parvus", postestenótico. TC abdomen: endoprótesis aortoilíaca con signos inflamatorios de tejidos blandos periprotésicos y material hiperdenso en su interior. Adenopatías retroperitoneales y en cadenas ilíacas. Distensión de bursa del ileopsoas, compatible con bursitis derecha. PET: compatible con infección de prótesis aortoilíaca.

Juicio clínico: Infección crónica de endoprótesis aortoilíaca. Bursitis de cadera derecha.

Diagnóstico diferencial: Hernia discal, síndrome sacroilíaco, síndrome piriforme, meralgia parestésica, estenosis de canal, tumores vertebrales, obliteración aortoilíaca.

Comentario final: El síntoma inicial de la obliteración aortoilíaca de cualquier causa, es el dolor del tipo de la claudicación intermitente, que se inicia con el esfuerzo y desaparece con el reposo, hecho que lo diferencia del dolor lumbar de origen musculoesquelético o articular. En nuestro caso, la presencia añadida de bursitis desvió la sospecha inicial, hasta la aparición de fiebre sin foco que favoreció la correcta orientación diagnóstica. El tratamiento consistió en antibiótico supresor crónico.

Bibliografía

1. Sharif MA, Lee B, Lau LL, et al. Blair Prosthesic stent graft infection after endovascular abdominal aortic aneurysm repair. Vasc Surg. 2007;46:442-8.
2. Ortiz D, Sánchez D, Chercoles L. Caracterización clínica y quirúrgica de pacientes con enfermedad arterial periférica aortoiliaca. Medisan. 2013;17(8).

Palabras clave: *Endoprótesis aortoilíaca. Infección. Obliteración aortoilíaca.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.