



P-412 - SEPSIS POR *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* EN UN PACIENTE CON COLECISTITIS AGUDA, MICROABSCESOS HEPÁTICOS Y NECROSIS SEGMENTARIA DE CIEGO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

P.R. Cruz Romero, J. Díez Izquierdo, T. Balsa Marín, A. Vizuete Calero, N. Sánchez Blanco, P. López García, T. Calderón Duque, S. Martínez Cortijo, L. Gómez Ruiz, L. Arriero Ollero y J. Timón Peralta

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

Resumen

Introducción: La sepsis es una importante causa de morbi-mortalidad en pacientes adultos. Las bacteriemias por Klebsiella pneumoniae están relacionadas en mayor medida con infecciones hospitalarias, siendo el origen más común las vías urinarias, pulmonar e intraabdominal. Se describen casos de K. pneumoniae adquirido en la comunidad en pacientes con factores de riesgo como diabetes mellitus o inmunosupresión. Presentamos un caso con una forma particular de presentación en una persona sin factores de riesgo conocidos.

Caso clínico: Mujer de 78 años de edad con antecedentes: HTA en tratamiento con Candesartán cilexetilo, Dislipemia, Síndrome vertiginoso, Meningitis hace 30 años e Hipoacusia de OD. Acude a Urgencias por vómitos alimentarios, deposiciones líquidas y sensación de mareo sin pérdida de conocimiento de tres días de evolución. En Urgencias presenta deposición con sangre. Se decide hospitalización en Medicina Interna con el diagnóstico de Gastroenteritis de etiología incierta e Insuficiencia renal de origen prerenal, que evoluciona a shock séptico con fracaso multiorgánico precisando ingreso en UVI. Se realiza TAC abdominal que muestra engrosamiento parietal difuso de vesícula (de hasta 10 mm). Vía biliar intra y extrahepática sin alteraciones. Discreta cantidad de líquido libre en gotiera paracólica derecha. Presencia de varias imágenes milimétricas, ligeramente hipodensas en lóbulo hepático derecho. Ante sospecha de colecistitis se decide intervención quirúrgica urgente. Se objetiva vesícula con paredes engrosadas y edematosas, ciego con 3 placas de necrosis no perforada. Se realiza colecistectomía reglada y hemicolectomía derecha con anastomosis termino-lateral. El cultivo de bilis y sangre es positivo para Klebsiella pneumoniae sensible a cefalosporinas y penicilinas. El paciente permanece 17 días en UVI y 15 días en planta con evolución favorable. El informe de anatomía patológica es de pieza de hemicolectomía con isquemia y necrosis transmural en la zona con afectación macroscópica. Vesícula biliar con colecistitis aguda, colesterolosis y colelitiasis. En TAC abdominales de control se observa disminución de abscesos hepáticos. Alta hospitalaria asintomática desde el punto de vista abdominal.

Discusión: Klebsiella pneumoniae es un importante agente causal de sepsis, sobre todo en pacientes inmunocomprometidos, y con capacidad de adquirir rápidamente resistencia a los antibióticos. En la literatura se reportan casos de Klebsiella adquirida en la comunidad asociados a abscesos hepáticos, meningitis, colecistitis aguda o endoftalmatitis, presentándose todos ellos en pacientes graves que precisaron ingreso en UVI. En nuestro paciente se asocia la necrosis segmentaria del ciego de difícil diagnóstico preoperatorio en fases iniciales, que precisó un tratamiento precoz. Bacteremia por Klebsiella pneumoniae

adquirida en la comunidad no es infrecuente. Foco primario puede ser variable y de difícil diagnóstico, lo que demanda un alto grado de sospecha asociado a exploraciones complementarias para tratamiento oportuno. El hallazgo de una lesión no excluye la coexistencia de otras lesiones, lo que obliga a una exploración quirúrgica exhaustiva de la cavidad abdominal en toda intervención urgente.