



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 210/128 - doctora, ¿tengo hongos?

A. Carrasco Angulo<sup>a</sup>, L. Silvana Bañagasta<sup>b</sup>, D.L. García Santos<sup>c</sup>, A. Sánchez de Toro Gironés<sup>d</sup>, S. Falla Jurado<sup>e</sup> e Y. Romero Castro<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Torre Pacheco Este. Murcia. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Mazarrón. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>f</sup>Médico de Familia. Hospital Universitario los Arcos del Mar Menor. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 70 años que consulta en primaria por muguet en mucosa oral que se trata con mycostatin y betadine. Tras varios días de tratamiento consulta en urgencias por no presentar mejoría y aparición de lesiones papulosas en espalda y pliegues submamarios que se acompañan con deterioro del estado general, dolor abdominal, estreñimiento y fiebre.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente y orientada, mal estado general con livideces generalizadas en tronco y extremidades. TA 150/80 mmHg, FC 147 lpm, FR 34 rpm, SatO<sub>2</sub> 94%, t<sup>a</sup> 38,1 °C. ACP: tonos rítmicos sin soplos, crepitantes bilaterales. Abdomen: blando, globuloso y depresible sin signos de irritación peritoneal. Analítica: Hb 15, Hto 40%, plaquetas 53.000, leucocitos 20.040 (81% n, 16% l), Na 139, K 4,3, glucosa 376, urea 78, creatinina 1,6, calcio iónico 1,08, AP 54%, TTPA 34, gasometría arterial pH 7,47, pO<sub>2</sub> 83, pCO<sub>2</sub> 27, bicarbonato 20, lactato 3,5, bilirrubina total 0,34, LDH 3604, GOT 1.120, GPT 773, GGT 102, FA 114, amilasa 381, PCR 7. Rx tórax: aumento del ICT y elongación aórtica. ECG: taquicardia sinusal a 137 lpm con QEN II y AVF. Ecografía abdominal y TAC abdominopélvico: sin hallazgos significativos.

**Juicio clínico:** Séptico de origen no filiado, por *S. aureus*.

**Diagnóstico diferencial:** Pancreatitis aguda grave. Politraumatismo. Grandes quemados. Enfermedades sistémicas en fase aguda (vasculitis, síndrome antifosfolípido primario o enfermedades autoinmunes). Necrosis tisular extensa. Shock cardiogénico o hipovolémico. Insuficiencia suprarrenal primaria y secundaria.

**Comentario final:** Presenta muy mala evolución con inestabilidad hemodinámica, se contacta con UCI, precisando drogas vasoactivas a dosis máximas. Se pauta antibioterapia de amplio espectro además de corticoides. Por empeoramiento respiratorio precisa IOT y conexión a ventilación mecánica, siendo exitus a las 72 horas del ingreso.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jones AE, Kline JA. Shock. En: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, et al, eds. Rosen's Emergency Medicine: concepts and clinical practice. 8<sup>th</sup> Ed. Philadelphia, Pa: Mosby-Elsevier; 2013.

2. Rivers EP. Approach to the patient with shock. En: Goldman L, Schafer AI, eds. Cecil Medicine. 24<sup>th</sup> ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011.
3. Munford RS. Severe sepsis and septic shock. En: Fauci AS, Harrison TR, eds. Harrison's principles of Internal Medicine, 17<sup>th</sup> ed. New York, NY: McGraw Hill; 2008.