



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

387/212 - ME DUELE LA RODILLA

E. Saiz Yoldi¹, M. Ramos Oñate², J. Capellades I Llopard³, C. Laguna Cárdenas⁴, L. Fernández-Vega Suárez¹, A. Ukar Naberan²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Morante. Santander. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Sardinero. Santander. Cantabria.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente acude a Urgencias por malestar general y gonalgia derecha de dos semanas de evolución sin traumatismo previos, coincidiendo con la vacuna de la gripe. Ha acudido en varias ocasiones a su médico de atención primaria por este motivo, donde se le ha administrado en 3 ocasiones betametasona + dexketoprofeno intramuscular. Refiere episodio de tiritona desde hace cinco días, sin termometrar fiebre en ningún momento. Ha estado tomando antiinflamatorios por gonalgia. Niega tos, aumento de disnea de esfuerzo, náuseas o cualquier otra clínica asociada. Como antecedentes personales: Fibrilación auricular, Estenosis aórtica severa (recambio valvular con prótesis biológica hace 4 meses). Enfermedad renal crónica Grado 3. Reacción adversa a cefuroxima.

Exploración y pruebas complementarias: T^a 38,3 °C, TA: 146/82, FC 85 lpm, SatO₂ 98%. AC: arrítmico, soplo leve en foco mitral. AP: hipofonesis en base pulmonar derecha. Abdomen: anodino. EEII: rodilla derecha levemente más tumefacta, sin daros de derrame articular. Piel: no signos de infección a nivel de inyección IM. Radiografía de tórax: elevación hemidiafragma derecha (ya presente en previas) Radiografía de rodilla: gonartrosis. Hemograma y bioquímica: Leu 23.200, Hb 9,7, Creat 1,03, procalcitonina 12,45, PCR: 12,5. resto dentro de la normalidad. Se sacan hemocultivos y se decide ingreso en planta de Medicina Interna para completar estudio. Hemocultivos: S. epidermidis resistente a oxaciclina. Serologías negativas. TAC tórax abdomen: esternotomía, recambio valvular aórtica, elevación hemidiafragma derecho. Esplenomegalia. No otros hallazgos. No émbolos. Eco transtorácico: no vegetaciones ni disfunción protésica eco transesofágico: no vegetaciones ni disfunción protésica.

Juicio clínico: Bacteriemia por S. epidermidis.

Diagnóstico diferencial: Bacteriemia por S. epidermidis. Endocarditis. Artritis séptica.

Comentario final: Por lo tanto, ante un paciente con fiebre de origen desconocido, con bacteriemia por S. epidermidis y antecedente de recambio valvular hace 4 meses, lo más relevante es descartar una endocarditis y posibilidad de émbolos sépticos y comenzar con tratamiento antibiótico lo antes posible. Dados los antecedentes de intolerancia, se pauta daptomicina seguido de linezolid con buena evolución.

Bibliografía

Sayan OR, et al. Carter Emergency Medicine, 2^a ed..

Mandell, Douglas y Bennett. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. Cap. *Staphylococcus epidermidis* y otros estafilococos coagulasa-negativos.