



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

387/53 - SEPSIS

A. Alfaro Cristóbal¹, M. Gómez Sánchez², A. Gutiérrez Pérez de Lis³, P. Pascual Blasco⁴, A. Morán Caballero⁵, B. Simón Tárrega³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Astillero. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 91 años que acude al Servicio de Urgencias por fiebre de 38 °C de 3-4 días de evolución, acompañada de dolor lumbar irradiado a hipocondrio derecho. No náuseas ni vómitos. Refiere estreñimiento de 2 días de evolución, las deposiciones previas fueron normales, sin productos patológicos. No síndrome miccional. Ha sido intervenida quirúrgicamente de la cadera hace 1 mes.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 35,7 °C, TAS: 130 mmHg, TAD: 80 mmHg, FC: 161 lpm, SATO2: 94%. General: consciente, orientada. Hidratada y perfundida. Palidez cutánea y de mucosas. Eupneica. Colabora cabeza y cuello: IY. Carótidas isopulsátiles. Bocio. Tórax: AC: arrítmico. AP: MVC en ambos campos Abdomen: blando, depresible, RHA+, doloroso a la palpación en flanco e hipocondrio derecho, no palpo masas ni megalías, Blumberg negativo, Murphy positivo Extremidades: no edemas. No signos de TVP. Pulsos pedios +. Coagulación: TP (actividad de protrombina) 80%, INR 1,18. Hemograma: leucocitos $15,3 \times 10^3/\text{?L}$, plaquetas $113 \times 10^3/\text{?l}$, cayados% 2,0%, segmentados $14,08 \times 10^3/\text{?L}$, leucocitos $15,3 \times 10^3/\text{?L}$, plaquetas $113 \times 10^3/\text{?l}$. 04/12/2018: Bioquímica: glucosa 189 mg/dL, urea 123 mg/dL, creatinina 1,74 mg/dL, bilirrubina total 1,0 mg/dL, AST 31 U/L, ALT 26 U/L, gamma-GT (GGT) 50 U/L, fosfatasa alcalina 80 U/L, LDH 247 U/L, Na 133 mEq/L, K 3,9 mEq/L, cloro 97 mEq/L, lactato basal 27,3 mg/dL, proteína C reactiva > 25 mg/dL, Filtrado glomerular estimado (CKD -EPI) 25 ml/min/1,73 m², procalcitonina 15,09 ng/mL. Ecografía abdómino-pélvica: hígado volumen y ecogenicidad normal sin lesiones ocupantes espacio. Porta permeable. Vesícula distendida con material hiperecogénico a nivel infundibulo que corresponde a microlitiasis/barro biliar, identificándose pequeños cálculos en la porción más proximal del conducto cístico. Paredes vesiculares discretamente engrosadas. Signo Murphy ecográfico positivo. Los hallazgos sugieren colecistitis litiasica aguda no complicada. La vía biliar no está dilatada. Páncreas es normal. El bazo, riñones y vías urinarias. No presentan anomalías relevantes. ECG: ACxFA a 146 lpm, QRS estrecho, hemibloqueo anterior, sin alteraciones en la repolarización.

Juicio clínico: Sepsis por colecistitis aguda.

Diagnóstico diferencial: Colangitis, pancreatitis aguda, rotura de víscera hueca.

Comentario final: A su llegada a urgencias, palidez cutánea, frialdad, buena perfusión capilar, tensión de 73/53 mmHg, que remonta en menos de 5 minutos a 128/83 con SSF. Se hace ECG observándose una FA a 150 lpm no conocida por lo que se pautan dos ampollas de digoxina. Comenzamos pauta antibiótica empírica con ertapenem. Se avisa a cirugía que deciden colecistectomía urgente. Buena evolución en planta.

Bibliografía

Bendek Quevedo LP, et al. Patología urgente de la vía biliar. En En: Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. Guía de actuación en Urgencias, 5^a ed. Editorial Médica Panamericana; 2018: 275-87.