



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/4495 - UNA VEZ MÁS, LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN

L. Juan Gomis<sup>a</sup>, S. Pérez Minguez<sup>a</sup> y E. Vicente Rodríguez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rafalafena. Castellón. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Barranquet. Castellón.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 28 años, apendicectomizado y esplenectomizado tras accidente de tráfico hace 5 años, intervenido de varices MID hace una semana, que visitamos en su domicilio por cefalea, vómitos y fiebre de hasta 40,2 °C de cinco horas de evolución. Presenta malestar general, dolor abdominal difuso y dudosa rigidez nucal. Se encuentra hipotensio, taquicárdico y algo bradipsíquico, por lo que decidimos traslado al hospital.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 85/43 mmHg, FC: 112 lpm, T<sup>a</sup>: 38,5 °C, SatO<sub>2</sub> 98%. ACP: Taquicardia rítmica sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: Dolor abdominal difuso con defensa voluntaria a la palpación. Murphy dudoso, Blumberg negativo. PPL bilateral negativa. Neurológico: consciente y orientado, bradipsíquico y con tendencia a la somnolencia. MOES conservados. Pupilas isocóricas y normoreactivas, fuerza y sensibilidad conservada, pares craneales conservados, no alteración del habla. RCP flexor bilateral. Signos meníngeos dudosos. EEII: cicatrices de cirugía de varices en buen estado, nódulo doloroso que fluctúa sin rubor ni calor, cercano a los orificios de entrada de safenectomía, sin aumento del diámetro muslo derecho. Gasometría venosa: pH 7,42, pCO<sub>2</sub> 31,7, pO<sub>2</sub> 49,5, HCO<sub>3</sub>- 21,9, Lac 4,1. AS: PCR 18,5, Procalcitonina > 100, leucocitos 1.646, neutrófilos 93,9%, I. quick 61,1%. ECG, Sedimento de orina, Rx tórax, Ecografía abdominal, TAC craneal sin hallazgos relevantes. Punción lumbar: bioquímica LCR normal. Hemocultivo: Streptococcus agalactiae (estreptococo del grupo B encapsulado). Doppler-venoso MID: zona indurada donde se aprecia colección de 33 × 25 × 12 mm de ecoestructura heterogénea, compatible con hematoma sin poder descartar sobreinfección.

**Juicio clínico:** Shock séptico por Streptococcus agalactiae.

**Diagnóstico diferencial:** Sepsis en pacientes esplenectomizados: sepsis de origen abdominal, meningitis bacteriana, sepsis por herida quirúrgica.

**Comentario final:** Me gustaría recalcar la importancia que tiene la vacunación y la profilaxis infecciosa que deberían de seguir los pacientes esplenectomizados tras una intervención quirúrgica. Nuestro paciente no estaba vacunado y no había seguido ninguna profilaxis especial tras la cirugía de varices. Como médicos de familia debemos de concienciar a este tipo de pacientes sobre la importancia de una buena prevención.

### Bibliografía

1. Lamsfus-Prieto JA, Membrilla Fernandez E. Prevención de la sepsis en pacientes esplenectomizados. Cirugía on-line. 2008.

2. Haldaz Herce P, Batalla Martínez C, et al. Prevención de enfermedades infecciosas. Atención Primaria. 2014;46(supl 4):42-58.

**Palabras clave:** Sepsis. Esplenectomía. Prevención infecciosa.