Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):3920

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

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

L. Juan Gomis[a], S. Pérez Mínguez[a] y E. Vicente Rodríguez[b]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rafalafena. Castellón. [b]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 ºC de cinco horas de evolución. Presenta malestar general, dolor abdominal difuso y dudosa rigidez nucal. Se encuentra hipotenso, taquicárdico y algo bradipsíquico, por lo que decidimos traslado al hospital.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 85/43 mmHg, FC: 112 lpm, Tª: 38,5 ºC, SatO2 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, pCO2 31,7, pO2 49,5, HCO3- 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-Prietoa 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.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.