

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

347/3661 - SEPSIS SIN FOCO. ME DA MALA ESPINA

V. Fajardo Fernández^a, G. Jurado Hamud^b, F. Boneu Olaya^b y A. Gargallo^c

^aMédico de Familia. Hospital Comarcal de l'Alt Penedès. Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Martorell. Barcelona. ^bMédico de Familia. Hospital Comarcal de l'Alt Penedès. Médico Adjunto de Urgencias. Vilafranca del Penedès, Barcelona. ^cMédico de Familia. EAP Martorell Urbà. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 78 años con antecedentes: HTA, DM2 y DLP en tto; IQ: herniorrafia inguinal bilateral, tiroidectomía subtotal izquierda e ictismectomía (eutiroideo). Acude a urgencias de nuestro hospital por febrícula (37,6º), tiritonas, dolor lumbar derecho y dolor abdominal generalizado desde hace 2 días.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 90/60 mmHg, FC: 142x', T: 38 ºC, SatO2: 96%. Mal estado general. Taquipneico. Abdomen: defensa muscular a la palpación, doloroso generalizado, predominio en epigastrio, HCD y flanco derecho. Dudosos signos de irritación peritoneal. Resto anodino. Analítica: leucocitos: $19,05 \times 10^9/L$ (Neu: 95,9%), creatinina: 2,4 mg/dL, FG: 25,17, PCR: 30,72 mg/dL, procalcitonina: 94,96 ng/mL, lactato: 4 mmol/L. Resto normal. Sedimento urinario, ECG, Rx de tórax: normal. Ecografía abdominal: vesícula biliar alitiásica; vía biliar y vena porta normal; páncreas y bazo normal; riñones y vías excretoras normales. TAC abdominal: cuerpo extraño extraluminal (posible espina) en contacto con el parénquima hepático con discretos cambios inflamatorios de la grasa en forma de hipodensidad perilesional parenquimatosa. Se decide cirugía urgente en vista de hipotensión y taquicardia con perfusión de noradrenalina y antibioterapia con piperacilina/tazobactam. Durante la cirugía: perforación en segunda porción duodenal aplastronada, con escaso material purulento. Se retira cuerpo extraño (espina de pescado) y se realiza rafia simple de la perforación. Se traslada a UCI con adecuada evolución.

Orientación diagnóstica: Sepsis de origen abdominal por perforación duodenal por cuerpo extraño (espina de pescado).

Diagnóstico diferencial: Abdomen agudo: apendicitis, colecistitis, absceso hepático, diverticulitis, obstrucción adherencial, hernia complicada, pancreatitis, etc.

Comentario final: La sepsis tiene una mayor prevalencia y mortalidad en comparación con el IAM en nuestro país, por tal motivo en el año 2012 se creó el Código Sepsis. La patología abdominal siempre nos pone en duda y más cuando los síntomas y signos son inespecíficos. Ante un paciente séptico debe ser prioritario la identificación del foco, la fluidoterapia y el tratamiento antibiótico en la primera hora, ya que el retraso del mismo aumenta la mortalidad. Ante un paciente con criterios de sepsis se debe derivar al hospital de referencia ya que el retraso en el diagnóstico y tratamiento eleva la mortalidad.

Bibliografía

1. Surviving Sepsis Campaign. SSC Guidelines [Internet]. Survivingsepsis.org. 2018 [último acceso 31 Julio 2018]. Disponible en: <http://www.survivingsepsis.org/Guidelines/Pages/default.aspx>

Palabras clave: Sepsis. Dolor abdominal.