

## 424/3768 - EPIGASTRALGIA A ESTUDIO

M. Nadal Ibor<sup>1</sup> e I. Andrés de Miguel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Madrid.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 42 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con lisinopril/hidroclorotiazida y poliquistosis hepática y renal condicionando insuficiencia renal crónica. Natural del Nepal, raza asiática, residente en España desde hace 12 años. Acude por epigastralgia de 24 horas de evolución con náuseas y vómitos. Antecedente de viaje a Nepal volviendo hacía 3 días, habiendo permanecido un mes allí donde había consumido agua no embotellada y leche sin pasteurizar.

**Exploración y pruebas complementarias:** Presentaba temperatura de 39,2 °C, tensión arterial 90/60, taquicardia de 106 lpm, saturación del 97%. Ligero tinte icterico de piel y mucosas, resto de exploración física anodina. Se deriva a urgencias por posible sepsis de origen abdominal. Se realiza analítica apareciendo ligera anemización, leucocitosis con neutrofilia, alteración del perfil hepático, deterioro de la función renal, hiperbilirrubinemia, elevación de lactato deshidrogenasa y leve coagulopatía. Se realizan serologías apreciándose únicamente infección por virus hepatitis B y virus Epstein- Barr pasadas. Se solicitó ecografía abdominal objetivándose múltiples quistes renal y hepáticos sin otras alteraciones significativas, y tomografía computarizada abdominal donde se apreciaban hallazgos sugestivos de patología inflamatoria/infecciosa en lóbulo inferior izquierdo con mínimo derrame pleural asociado. En hemocultivos creció Klebsiella pneumoniae multisensible.

**Orientación diagnóstica:** Se diagnosticó de sepsis respiratoria por Klebsiella pneumoniae, posible asiática, realizándose cobertura antibiótica con meropenem y amikacina.

**Diagnóstico diferencial:** La principal duda diagnóstica se planteó con el síndrome hemolítico urémico, si bien el frotis de sangre periférica no evidenció esquistocitos. Los niveles de haptoglobina fueron normales, siendo Escherichia coli productora de toxina Shiga serotipo O157:H7 el principal causante. Otros diagnósticos planteados fueron hepatitis aguda vírica o colangitis aguda por compresión de quistes hepáticos.

**Comentario final:** Ante cuadros abdominales hay que considerar el posible origen respiratorio de los mismos, ya que la tos o la expectoración no siempre acompañan a la neumonía.

### Bibliografía

1. Cavero T, Praga M. Síndrome Hemolítico Urémico. Lorenzo V, López Gómez JM, eds. Nefrología al Día. [Revisado junio 2019, consultado agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-sindrome-hemolitico-uremico-216>

**Palabras clave:** Klebsiella. Sepsis. Síndrome hemolítico urémico.