



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/3768 - EPIGASTRALGIA A ESTUDIO

M. Nadal Ibor¹ e I. Andrés de Miguel²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Madrid. ²Médico 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 anemia, leucocitosis con neutrofilia, alteración del perfil hepático, deterioro de la función renal, hiperbilirrubinemia, elevación de lactato deshidrogenasa y leve coagulopatía. Se realizan serologías apareciendo 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.