Semergen. 2018;44(Espec Congr 3):290

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

333/296 - APRENDIENDO DE NUESTROS ERRORES DIAGNÓSTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

L. Fernández García[1], S. Rodríguez Casillas[2], M. Aceves Espinaco[3], M. García Estrada[4], C. Corugedo Ovies[5], A. Martínez Seoane[3].

[1]Médico Residente. Centro de Salud El Cristo. Asturias. [2]Médico Residente. Centro de Salud Teatinos. Asturias. [3]Médico Residente de 1er año. Centro de Salud de Siero-Sariego. Asturias. [4]Médico Residente de 2º año. Centro de Salud de Trubia-El Cristo. Asturias. [5] Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 63 años con doble lesión aórtica como antecedente más destacado. Acude a consulta por fiebre de hasta 39º y dolor lumbar. Ha presentado varios cuadros febriles en el último mes tras realización de biopsia prostática (siendo positiva para adenocarcinoma) que han precisado tratamiento antibiótico. En esta ocasión, asocia dolor lumbar, empeoramiento de su estado general y aumento de intensidad en soplo cardíaco.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general, tiritona. Soplo sistólico panfocal III/VI con segundo ruido conservado. Abdomen anodino con puñopercusión renal negativa bilateralmente. Se solicitan hemocultivos aislando *Enterococcus faecalis* y se realiza ecocardiografía por sospecha de endocarditis infecciosa que se descarta. Se realiza también TC abdomino-pélvico con el hallazgo de una lesión quística renal izquierda, tabicada y con discretos engrosamientos focales compatible con absceso. Durante el ingreso se realiza RMN que confirma el diagnóstico de abscesos renales bilaterales.

Juicio clínico: Abscesos renales bilaterales por *E. faecalis*.

Diagnóstico diferencial: Endocarditis infecciosa, sacroileitis, espondilodiscitis lumbosacras, metástasis óseas secundarias a adenocarcinoma de próstata.

Comentario final: Este caso ilustra una complicación no muy habitual de las biopsias prostáticas. Durante su ingreso hospitalario el paciente recibió tratamiento antibiótico empírico con cefuroxima y levofloxacino hasta que se inició ampicilina + gentamicina ante los hallazgos del antibiograma. Presentó buena evolución clínica, por lo que se le dió el alta hospitalaria y continuó tratamiento de forma ambulatoria con amoxicilina/clavulánico. La sintomatología habitual de los abscesos renales incluye fiebre, tiritona, dolor lumbar, hematuria y sintomas urinarios y dentro de sus causas las más frecuentes van a ser la diabetes y la litiasis, pero hasta en un 10% de los casos existe antecedente de un procedimiento instrumental urinario en los tres meses previos, por lo que la aparición de fiebre tras la realización de los mismos debe hacernos sospechar una posible diseminación hematógena como complicación.

Bibliografía

2010. Grabe et al. Guía clínica sobre las infecciones urológicas. Actualización de abril 2010. Disponible en: http://www.aeu.es/guiasaeueua.aspx

Fullá OJ et al. Renal and perinephric abscesses: a series of 44 cases. Rev Chil Infect 2009; 26(05): 445-51.

Palabras clave: Infección, próstata, biopsia.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.