



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

P-156 - LA FIEBRE NO ME ABANDONA

M.C. Faz García, C. Expósito Molinero, C.M. Chacón Romera, M. Méndez Ramos, M. Ariza González y M.L. Morales Sutil

CS El Palo.

Resumen

Descripción del caso: Ámbito del caso: urgencias. Motivo de consulta: fiebre. Enfoque individual. Antecedentes personales: mujer de 71 años, alergia a nolotil, no HTA, no DM, no dislipemia, VHC, cirrosis hepática, litiasis biliar, hipotiroidismo, artrosis. Tratamiento habitual: Eutirox. Anamnesis: refiere fiebre de 10 días de evolución, tos sin expectoración desde hace 2 días, sufrió dolor centroabdominal tipo cólico hace un día que cedió, no dolor costal, no disnea, no odinofagia, no vómitos ni diarrea, no clínica miccional. No otra sintomatología. Acudió a su MAP que le prescribió en primer momento tratamiento sintomático, posteriormente Actira durante 5 días que finalizó persistiendo fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 110/60, FC: 75 lpm, afebril actualmente, Saturación oxígeno: 97% basal. Cyc: Picnr, no adenopatías, no ingurgitación yugular, pulsos carotídeos palpables y simétricos. Ac: rítmica sin soplos Ap: MVC sin ruidos patológicos. Abdomen: blando depresible leve dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, no masa ni megalias, rha +, Blumberg y Murphy -. MMII: no edemas no signos de TVP. Analítica de sangre: Hb 17,4, leucocitos 5.600, plaquetas 150.000, hemostasia sin alteraciones, bioquímica glucosa 95, creatinina 0,59, sodio 142, potasio 3,55, GOT 59, GPT 40, GGT 111, fosfatasa alcalina 200, bilirrubina total 1,8, bilirrubina directa 1,12, PCR 17. Gasometría venosa sin alteraciones. Radiografía tórax: ict normal, no imagen de condensación, no pinzamiento de senos. Eco abdomen: colelitiasis sin signos de colecistitis. Hemocultivo: *Streptococcus gallolyticus*. Ecocardiograma: sin hallazgo para endocarditis. TAC tórax-abdomen: sin hallazgos significativos. Colonoscopia: hemorroides internas, resto sin alteraciones.

Juicio clínico: Bacteriemia por *S. gallolyticus* secundaria a traslocación bacteriana en el contexto de cirrosis hepática.

Diagnóstico diferencial: Neumonía, colecistitis, PBE.

Evolución: Tratamiento: piperaciclina 4 g-tazobactan 500 mg cada 8 horas. La paciente ingresó en medicina interna, donde se completó el estudio con las diferentes pruebas complementarias, tuvo una excelente evolución permaneciendo afebril desde el inicio de la antibioterapia.

Comentario final: la cirrosis hepática provoca un déficit inmunidad intestinal, (desencadenando sobrecrecimiento bacteriano intestinal) y un incremento de la permeabilidad intestinal provocando la traslocación bacteriana desde la luz intestinal hasta los ganglios mesentéricos, pudiendo alcanzar la sangre provocando bacteriemias prolongadas incluso contaminar líquido ascítico.