



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

452/129 - ¡QUÉ FLOJOS ESTOS JÓVENES!

A. Cuadrado González¹, A. Bes Giménez², J. Ibáñez Pérez de Viñaspre³, V. Bergua Díez⁴, A. González Castellary⁵, C. Pardillos Marín⁶

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Daroca. Zaragoza, ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid. ³Médico de Urgencias. Hospital Ernest Lluch. Zaragoza. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Ernest Lluch. Zaragoza. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Hortensia. Madrid. ⁶Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Daroca. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 23 años, sin antecedentes patológicos de interés, no alergias medicamentosas conocidas. Acude a consulta por presentar desde hace 6 días malestar general con mialgias, artralgias, cefalea, tos seca de predominio nocturno y sensación distérmica no termometrada. Hace 3 días valorada en urgencias con diagnóstico de viriasis en tratamiento sintomático sin mejoría por lo que reconsulta al añadirse, náuseas y aumento del ritmo deposicional. No clínica miccional. No relaciones sexuales de riesgo, no contacto con animales. No viajes a zonas endémicas. Se remite a urgencias para completar estudio ante el mal estado general de la paciente.

Exploración y pruebas complementarias: Temperatura 38,8 °C, TA 111/58 mmHg, FC 118 lpm, SatO2 98%. A la exploración destaca mal estado general, piel caliente, no rigidez meníngea, dolor abdominal a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, succión renal bilateral negativa. Hiperemia faríngea, no adenopatías. En sedimento de orina se objetiva microhematuria y nitritos positivos, la bioquímica muestra leucocitosis de 22.000 con desviación a la izquierda, PCR 346,7 mg/dL llegando a elevarse hasta 399,4 y PCT 2,51 llegando a elevarse en analíticas posteriores hasta 9,55. Rx tórax sin alteraciones. Ecografía abdomen completo y urológica sin hallazgos patológicos. Se valoró por urología descartándose patología en ese momento y se ingresa en medicina interna para estudio de fiebre sin foco. Durante su estancia en planta presenta desaturación precisando oxigenoterapia por lo que se realizó angioTC descartando TEP y objetivando derrame pleural bilateral con afectación parenquimatosa en ambos lóbulos inferiores, zonas posteriores y pequeñas condensaciones parcheadas periféricas en lóbulos superiores. TC abdominal que objetiva riñones de tamaño normal, zonas corticales de distribución parcheada en ambos sin dilatación de sistemas pielocaliciales. Se solicitaron serologías múltiples y cultivos siendo positivo el urocultivo para E. coli multisensible, VCA IgM positiva y serología de E. hystolitica 1/320 con parásitos en heces negativos y ASLO 455.

Juicio clínico: Pielonefritis aguda con sepsis urológica y probable distrés de inicio.

Diagnóstico diferencial: Pielonefritis aguda: fiebre, puñopercusión renal negativa, sedimento de orina patológico, ecografía sin hallazgos. TEP: disnea brusca que se descarta mediante angioTC. Meningitis: dolor cervical, sin rigidez meníngea, fiebre elevada sin claro foco infeccioso, malestar general y alteraciones analíticas con parámetros infecciosos e inflamatorios muy elevados. Neumonía atípica: fiebre elevada, tos,

malestar general, Rx sin hallazgos, pero focos consolidativos en TC (probable distrés secundario a sepsis). Gastroenteritis infecciosa: aumento del ritmo deposicional, fiebre, náuseas, malestar general y aumento de parámetros inflamatorios e infecciosos en analítica.

Comentario final: En ocasiones banalizamos la patología en pacientes jóvenes sin realizar exploraciones complementarias ni anamnesis detallada siendo necesario dar valor a la clínica y al estado general. En este caso, la paciente había sido orientada inicialmente como viriasis y la evolución conduce a un cuadro séptico de rápida evolución de probable origen urológico que ha desencadenado en un distrés respiratorio de inicio pudiendo requerir, incluso, ingreso en UCI.

Bibliografía

Bibiano Guillen C. Manual de Urgencias. Grupo Saned, 3^a ed. 2018.

Julián Jiménez, A. Manual de protocolos y actuación en Urgencias del Complejo Hospitalario de Toledo, 4^a ed, 2016.

Palabras clave: Fiebre. Disnea. Procalcitonina. Sepsis. E. coli.