



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



O-034 - DOCTOR, ME ENCUENTRO MUY MAL

M.V. Chisvert Mateu^a, I. Llarío Cuquerella^a, A. León Medina^b, V. López Peiró^c y P. Sánchez Amador^b

^aCS Villanova de Castellón. ^bCS Enguera. ^cCS Ontinyent.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 81 años que acude a urgencias por cuadro de mareo, fiebre y sudoración profusa asociando dolor lumbar de 15 días de evolución en tratamiento con analgesia y en los últimos días vómitos incoercibles y diarrea controlada con loperamida. Antecedentes personales: alergia a penicilina, hipertensión arterial. EPOC. TVP. Fibrilación auricular. Estenosis aórtica. Portador de marcapasos. Ingresos previos: julio y enero de 2014 para recambio de marcapasos por rechazo del generador y por infección en el lecho del generador. Tratamiento: valsartan, atorvastatina, omeprazol, amiodarona, diltiazem, acenocumparol, tiotropio y formoterol.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: fiebre 38,6 °C. SatO₂ 92%. Frecuencia cardíaca 120 lpm, Tensión arterial 114/70, REG. ACR: sin soplos, taquicárdico y taquipneico (24 rpm), murmullo vesicular conservado. Glasgow 13, Paresia bilateral de miembros inferiores 2/5. Reflejos patelar y aquileo, abolidos. Hemograma: leucocitos 26,9/mmc, neutrófilos 94,6%, hemoglobina 11,7 g/dl, plaquetas 203/mmc. Bioquímica: Cr 2,3 mg/dl, PCR 585,8 mg/dl, procalcitonina 1,69 ng/ml, lactato 4,9. Resto normal. Orina: leucocitos 25-50/c. Eritrocitos 6-10/c. Nitritos +. Rx tórax: sin hallazgos.

Juicio clínico: Sepsis grave por endocarditis asociado a dispositivo marcapasos.

Diagnóstico diferencial: Shock séptico urinario. Shock séptico abdominal. Discitis lumbar embolígena por endocarditis con íleo paralítico. En hospitalización: hemocultivos positivo para *S. aureus*. Ecocardiograma transesofágico descarta vegetaciones valvulares asociado al electrodo. Revisión ingreso previo (3 meses antes): Se recambia generador por infección del lecho con cultivo de exudado positivo para *S. aureus* dejando electrodos auricular y ventricular.

Evolución: Rápido deterioro hemodinámico y neurológico. Se solicita TAC abdominal para completar estudio y se coloca un monitor hemodinámico para optimizar una terapia guiada por objetivos. El TAC muestra distensión de ciego y transversal con pequeña cantidad de líquido perirrenal y fusión vertebral T12-L1. Se solicita urinocultivo, hemocultivos y se inicia tratamiento con fluidoterapia, noradrenalina y antibioterapia empírica. Tras estabilización el paciente pasa a UCI con lactato de 3,7.

Comentario final: La infección de catéter de marcapasos cardíaco es una complicación poco frecuente 0,31-7%. Puede asociar endocarditis infecciosa, septicemia, fenómenos embolígenos, trombosis cavidades derechas. Se sospecha ante paciente portador de marcapasos con fiebre de

origen desconocido, neumonía recurrente y/o síntomas locales en el lugar inserción. La infección puede afectar al generador, catéter o ambos. Los estafilococos coagulasa negativos son los causantes más frecuentes. Su gravedad obliga al uso de métodos de diagnóstico de alta sensibilidad y especificidad. La ETE es de elección, pero un resultado negativo no excluye la enfermedad. Tratamiento antibiótico y la extracción del dispositivo por cirugía abierta, o cirugía percutánea vascular es fundamental presentando mortalidad hasta 32%. La importancia del caso reside en el aumento de la prevalencia de pacientes portadores de marcapasos o desfibriladores autoimplantables debido a la mayor esperanza de vida de la población, lo que conlleva mayor prevalencia de sus complicaciones incluida la infección del mismo.