



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2531 - LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO PREVIO

G. García Olivares<sup>a</sup> y P.M. Martos Sánchez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente 4<sup>º</sup> año. Centro de Salud Virgen del Mar. Almería. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>º</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 68 años de edad, nacionalidad británica, que acude a consulta por presentar deterioro del estado general de varios días de evolución con debilidad, sensación diatérmica no termometrada, náuseas, vómitos, ha sufrido una caída sin pérdida de conocimiento y desorientación temporo-espacial. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas, dislipemia, asma bronquial, intervenciones quirúrgicas: lesiones cutáneas malignas, gonartrosis tricompartmental con artoplastia total de rodilla izquierda hace 6 semanas. Tratamiento habitual: bromuro de tiopropio, metamizol. Se deriva al paciente a Servicio de Urgencias para realización de pruebas complementarias siendo esta demorada por paciente. Paciente ingresó a cargo de UCI, requiriendo perfusión de noradrenalina con dosis de 0,25 µg/kg/min al no responder a cargas de 1.500 ml de cristaloides, presentó 3 episodios de taquicardia de QRS estrecho a 150 lpm.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes: tensión arterial 71/42, frecuencia cardiaca 145 temperatura 38,5 °C. Estado general: regular perfusión periférica, mal hidratado, eupneico en reposo sin trabajo respiratorio, palidez mucocutánea generalizada. Neurológico: consciente, desorientado, no se aprecia focalidad. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos a elevada frecuencia, no soplos. Auscultación respiratoria: MV conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no signos irritación peritoneal. Extremidades: no edemas, no signos de TVP, pulsos periféricos presentes, simétricos. Extremidad intervenida buen aspecto sin datos sugestivos infección, no dolorosa, buen aspectos herida quirúrgica. Bioquímica: glucosa 92 mg/dl, urea 57 mg/dl, Cr 1,41 mg/dL, AST 13 U/L ALT 35 U/L, Na 134 mEq/L, K 3,7 Eq/L, PCR 22 mg/dl, ácido láctico 25, procalcitonina 21,37. Hemograma: Hb 9,2 g/dL, HTO 26%, leucocitos 340, neutrófilos 30, plaquetas 91.000. Coagulación: actividad protrombina 63%, INR 1,31, TTPa 39 seg. Rx tórax: sin imagen sugestiva condensación ni derrame. ECG: flutter auricular a 150 lpm. TAC craneal: No se visualizan anomalías de la densidad del parénquima infra o supratentorial. Sistema ventricular características normales. No signos hemorrágicos o efecto masa. Urocultivo: negativo. Hemocultivo: negativo.

**Juicio clínico:** Aplasia medular por consumo de metamizol.

**Diagnóstico diferencial:** Neutropenia grave, coagulopatía, trombopenia, shock, sepsis grave sin foco filiado.

**Comentario final:** En la ficha técnica del metamizol aparecen las siguientes alteraciones

hematológicas: Anemia hemolítica idiosincrática y trombocitopenia periférica. Aplasia medular con manifestaciones periféricas variadas: trombocitopenia, anemia aplásica, anemia, agranulocitosis. En países de mayoría anglosajona dichas alteraciones son de 3 a 100 veces más frecuentes que en países mediterráneos según el estudio Wong. Esquemas de tratamiento antibiótico empírico inicial para el manejo del paciente neutropénico febril se consideran apropiados basados en resultados de estudios randomizados controlados. 1. Monoterapia cefalosporinas espectro antipseudomona (ceftazidime o cefepime), imipenem/cilastatina, meropenem o piperacilina/tazobactam. 2. Combinación de antibióticos: a. aminoglucósido más cefalosporina con espectro antipseudomona (ceftazidime o cefepime); b. un aminoglucósido más penicilina antipseudomona; c. ciprofloxacina más penicilina antipseudomona. 3. Adición vancomicina o teicoplanina a monoterapia o combinación antibiótica.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Ozer H, Armitage, Bennett CL, Crawford J, Demetri GD, Pizzo PA, et al. Update of recommendations for the use of hematopoietic colony-stimulating factors: evidence-based, clinical practice guidelines. American Society of Clinical Oncology Growth Factors Expert Panel. *J Clin Oncol.* 2000;18(20):3558-85.
2. Dufort y Alvarez G. Infecciones en el paciente hemato-oncológico. Neutropenia febril. En: *Pediatría Urgencias y Emergencias.* Montevideo: BiblioMédica, 2009: 1303-14.