



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/988 - ¡DOCTOR, AYÚDEME, NO VEO NADA POR EL OJO IZQUIERDO Y TENGO MUCHA FIEBRE!

M. Palos Campos^a, P. Lozano Díaz^b, M. Rodríguez Padial^a y M. Rodríguez Carrillo^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bormujos. Sevilla. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espartinas. Sevilla. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilleja de La Cuesta. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 83 años hipertenso, diabetes mal controlada, dislipémico, ojo derecho no funcionante por atrofia papilar panfotocoagulada. Amputación supracondilea izquierda en 2011. Consulta por secreción purulenta en dedos de pie derecho. A la exploración: necrosis húmeda con secreción purulenta y se envía a consultas de cirugía. Allí, determinan realización de amputación de dichos dedos del pie. Durante el seguimiento en atención primaria, el paciente sufre infección de la herida quirúrgica, cursamos cultivo y añadimos antibioterapia con evolución favorable. Al mes, consulta por cuadro catarral con fiebre y disminución de la agudeza visual por ojo izquierdo (único funcionante) y solicitamos revisión preferente de oftalmología, cursándose ingreso hospitalario por endoftalmitis de causa endógena para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general, bien hidratado y perfundido, consciente, orientado y colaborador, TA 167/74, FC 56. Fiebre de 38,5 °C. ACR tonos cardiacos rítmicos a buena frecuencia no ausculto soplos, murmullo vesicular bilateral conservado sin ruidos patológicos. Miembros: amputación supracondilea izquierda. Amputación de tres dedos derechos sin signos de celulitis. Ojo izquierdo: hiperemia, quemosis, cámara anterior profunda, úlcera corneal. Cultivo herida quirúrgica: SAMS. Analítica: PCR 168, leucocitos 18.200, neutrófilos 86,10%. Hemocultivos: SAMS sensible a cloxacilina. Humor acuoso: Gram negativo. Ecografía abdominal. Sin hallazgos. TAC craneal: celulitis postseptal sin datos de infección por mucor. Ecocardio TE: vegetación sobre el cable de marcapasos (en aurícula D). Resonancia magnética lumbar: espondilodiscitis junto con abscesos a nivel paravertebral en dicho contexto.

Orientación diagnóstica: Endoftalmitis aguda, por embolo séptico, endocarditis de cable de marcapasos por SAMS (puerta de entrada: herida quirúrgica pie derecho).

Diagnóstico diferencial: Mumormicosis, endoftalmitis bacteriana, endoftalmitis traumática, endoftalmitis vírica, endocarditis por SAMS.

Comentario final: La incidencia oscila entre 0,8 a 5,7%. Las causadas por *S. aureus* constituyen un 89%. El paciente fue tratado con linezolid + ceftazidima IV, desescalándose a cloxacilina tras el resultado de los hemocultivos. Dada la nula posibilidad de recuperación de la agudeza visual, se consigue salvar el ojo, aunque no funcionante. Se encuentra con hemocultivos negativos y control de

la infección. Pendiente de recambio del cable del marcapasos.

Bibliografía

1. Baddour LM, Cha YM, Wilson WR. Clinical practice. Infections of cardiovascular implantable electronic devices. N Engl J Med. 2012;367:842.

Palabras clave: Endocarditis. Marcapasos. Bacteriemia.