



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/2442 - EL OJO DE LA TORMENTA: IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO PERIÓDICO EN EL DIAGNÓSTICO DE SEPSIS

J. Doncel-Moriano Martí<sup>a</sup>, L. Gasulla Mendoza<sup>b</sup>, A. Borrás Gallén<sup>c</sup> y J. Colmena Zaragoza<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pego. Dénia. Alicante. <sup>b</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pego. Dénia. Alicante. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Pego. Alicante. <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jávea. Dénia. Alicante.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 61 años con antecedentes médicos (artropatía psoriásica en tratamiento inmunomodulador, diabetes mellitus, dislipemia) y consumidor habitual de alcohol acude al CS por dolor en hemiabdomen izquierdo junto con escalofríos y sensación distérmica de 5 horas evolución, sin asociar clínica digestiva ni miccional. Desde el CS se deriva a urgencias hospitalarias para valoración y definición de conducta.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG, consciente, orientado, afebril, eupneico en reposo. Al reevaluar a los 40 minutos MEG, desorientado, fiebre de 39,1 °C, taquipneico en reposo. ORL: orofaringe no hiperémica, sin exudados ni hipertrofia amigdalina. ACP: rítmica sin soplos. MVC bilateral sin ruidos patológicos. Abdomen: blando y depresible, molestias a la palpación de fosa iliaca izquierda. No masas ni megalias. No signos irritación peritoneal. Puñopercusión renal negativa. Analítica: leucocitos  $26,4 \times 10^3/\mu\text{L}$ , neutrófilos  $23,4 \times 10^3/\mu\text{L}$ , creatinina 1,55 mg/dL, FG 47 ml/min, PCR 46,5 mg/dL, procalcitonina 12,05 ng/mL. Orina: nitritos y leucocitos positivos. Rx y eco abdominal: sin hallazgos significativos. Se extraen hemocultivos y urocultivo iniciando fluidoterapia, analgesia con paracetamol y antibioterapia empírica con piperacilina-tazobactam a la espera de tratamiento dirigido, ingresando al paciente en medicina interna. Hemocultivo y urocultivo: positivos para *Escherichia coli* sensible a betalactámicos y quinolonas. Paciente evoluciona favorablemente, con FG 85 ml/min y disminuyendo PCR y procalcitonina. Al alta hospitalaria mantenemos ciprofloxacino oral 5 días y pedimos urocultivo control para valorarlo en CS.

**Orientación diagnóstica:** Sepsis de origen urinario.

**Diagnóstico diferencial:** Litiasis renoureteral, diverticulitis, pielonefritis aguda.

**Comentario final:** 1. Debemos realizar una anamnesis y una exploración física detallada y reevaluar al paciente periódicamente para evitar obviar signos y síntomas que enmascaren un problema de salud más relevante. Ambas características son ventajas propias de la atención primaria gracias al contacto cercano con los pacientes. 2. No siempre los cuadros clínicos se presentan de la misma forma, debiendo ampliar nuestra sospecha para no errar en nuestro juicio diagnóstico.

## **Bibliografía**

1. Nicolle LE. Urinary tract infection. Crit Care Clin. 2013;29(3): 699-715.
2. Zarbock A, Gómez H, Kellum JA. Sepsis-induced acute kidney injury revisited: pathophysiology, prevention and future therapies. Curr Opin Crit Care. 2014;20(6):588-95.
3. Rowland T, Hilliard H, Barlow G. Procalcitonin: potential role in diagnosis and management of sepsis. Adv Clin Chem. 2015;68:71-86.

**Palabras clave:** Sepsis urinaria. Escherichia coli. Dolor abdominal agudo.