



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/1520 - ¿CLÍNICA NEUROLÓGICA O INFECCIOSA?

C. Toro Cortés^a, I. Centeno García^a, M. García Bahmazar^b y M. Pérez-Cerezal Moreno^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Luis. Sevilla. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Luis. Sevilla. ^cMédico de Familia. Centro de Salud San Luis. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 62 años hipertenso y dislipémico en tratamiento que acude a la consulta con cuadro de dolor abdominal de reciente comienzo. Afebril, sin náuseas, ni vómitos. Exploración anodina sin datos de peritonismo ni alteraciones a nivel abdominal. Dado que el paciente presentaba buen estado general, se dio de alta y se citó para reevaluarlo. El paciente reconsulta por mantener dolor abdominal y haber comenzado con diarrea. En esta ocasión el paciente impresiona de mal estado general por lo que se decide derivación hospitalaria para continuar estudio y traslado en ambulancia. Mientras se encuentra en la sala de espera sufre episodio sincopal.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente con mal estado general, taquipneico y taquicárdico a unos 110 lpm con mala perfusión distal. Saturación del 86% con gafas nasales. Cifras tensionales normales. Auscultación cardiopulmonar normal salvo taquicardia. Abdomen distendido con dolor difuso y livideces centrales sin signos de peritonismo. Neurológicamente desconexión del medio con crisis parciales en la consulta con lo que se realiza TAC craneal urgente y pasa a observación. GSV: pH 7,41; pCO₂ 38,7; HCO₃ 22,2; Hb de 16,9; láctico de 9,9. Analítica: Bb total 2,29 a expensas de directa. D-dímeros 14.250. Tn-US 239,9. PCR 43; procalcitonina 27,12. TAC craneal: sin alteraciones. TAC abdominal: posible pancreatitis intersticial con ascitis leve.

Orientación diagnóstica: Ante la impresión de un shock séptico de probable origen abdominal el paciente ingresa en UCI de sépticos para continuar cuidados. El paciente requirió intubación, reanimación con sueroterapia intensiva y amins. Tras laparotomía exploradora se observa peritonitis purulenta y lesiones sugestivas de sarcoma de Kaposi en endoscopia.

Diagnóstico diferencial: Sepsis abdominal. Isquemia mesentérica. Pancreatitis. TEP.

Comentario final: Destacar la importancia de la evolución y el seguimiento de nuestros pacientes en atención primaria y la vigilancia de signos precoces de sepsis. Destacar que los síntomas neurológicos son compatibles y posibles dentro de un cuadro séptico.

Bibliografía

1. Lam SM, Lau CW, Lam PK, et al. Clinical management of sepsis. Hongkong Med J.

2017;23(3):296-305.

2. Proceso asistencial integrado sepsis grave. Sevilla: Junta de Andalucía-Consejería de Salud, 2010.

Palabras clave: Sepsis. Choque séptico. Convulsiones.