



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/1520 - ¿CLÍNICA NEUROLÓGICA O INFECCIOSA?

C. Toro Cortés<sup>a</sup>, I. Centeno García<sup>a</sup>, M. García Bahmazar<sup>b</sup> y M. Pérez-Cerezal Moreno<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Luis. Sevilla. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Luis. Sevilla. <sup>c</sup>Médico 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; pCO<sub>2</sub> 38,7; HCO<sub>3</sub> 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 aminas. 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.