



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## P-031 - FIEBRE POSTOPERATORIA

I. Conesa Pedrosa<sup>a</sup>, B. Pascual López<sup>b</sup>, I. López Macías<sup>c</sup>, R. Mateos Ortega<sup>c</sup>, L. Delgado Fernández<sup>d</sup> y A. Blanco Mora<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS de Rute. <sup>b</sup>CS de Cabra. <sup>c</sup>CS de Lucena I. <sup>d</sup>CS de Castro del Río.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 25 años intervenida de endometriosis ovárica y laparotomía exploratoria con raquianestesia, presentó cefalea frontal y febrícula postoperatoria, diagnosticada durante el ingreso de rinosinusitis, en tratamiento con cefuroxima que ha cumplido de forma incompleta por intolerancia con vómitos. Al día siguiente al alta acude a su centro de salud por persistencia de fiebre y cefalea que cede parcialmente a AINES, instándole a completar el tratamiento antibiótico. Acude nuevamente a los 10 días con fiebre de 38,9 °C, cefalea frontal y ligera fotofobia, ante la clínica, antecedentes quirúrgicos y exploración realizada se deriva a urgencias. Antecedentes personales: intolerancia a clavulánico y codeína. No hábitos tóxicos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general, normohidratada, normoperfundida, Consciente, orientada y colaboradora. Glasgow 15/15. Exploración neurológica: pupilas isocóricas normorreactivas, no alteración pares craneales, rigidez de nuca, dolor occipital y en espalda a la movilización, fotofobia, no alteración de la marcha, no pérdida de fuerza ni de la sensibilidad. ROT conservados. ACR: tonos rítmicos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no masas, molestias a la palpación hipogastrio donde presenta cicatriz de intervención realizada sin signos de infección. No signos de irritación peritoneal. MMII: no edemas ni signos de TVP, pulsos pedios conservados y simétricos. Analítica: hemograma: Hb 10,7, HTO 31,1, VCM normal, plaquetas 337.000, leucocitos 12.110 con 82% neutrófilos. Bioquímica, PCR y coagulación normal. Estudio LCR: 20 hem/mm<sup>3</sup> isomórficos, 1.000 leucos/mm<sup>3</sup> polimorfonucleares 90%, linfocitos 10%, glucosa 23 mg/dl, proteínas 1,76 g/l, reacción de PANDY pos+++ . Hemocultivo y cultivo de LCR sin aislar germen, antígeno neumococo negativo. Rx PA, lateral de tórax y simple abdomen: sin hallazgos valorables. Se informa epidemiólogo de guardia para la declaración de dicha patología, indicándose aislamiento de la paciente. Se realizó profilaxis de los 6 convivientes con ciprofloxacino 500 mg. Recibió tratamiento con ceftriaxona y vancomicina así como dexametasona al principio. Buena evolución durante el ingreso.

**Juicio clínico:** Meningitis bacteriana sin aislar germen secundaria a raquianestesia.

**Diagnóstico diferencial:** Sinusitis bacteriana, meningitis vírica, neumonía nosocomial, infección herida quirúrgica.

**Comentario final:** Destacar la importancia del seguimiento en la patología del paciente, teniendo en cuenta que el diagnóstico inicial puede cambiar ante la evolución clínica o no mejoría. Deberemos

por tanto, replantearnos el caso desde el principio y ampliar a otros posibles diagnósticos diferenciales. Otro de los aspectos a tratar con la paciente y familia, fue la desconfianza generada ante la tardanza en el diagnóstico, sintiéndose la madre culpable por no haberle dado la suficiente importancia, lo que les llevó a consultar en otra ocasión por malestar inespecífico de la paciente. Aquí también hemos de actuar como médico de familia, empatizando con la familia, explicando la situación actual de la paciente, que toda intervención puede llevar a complicaciones, siendo necesario ver la evolución de los síntomas para llegar al correcto diagnóstico, mostrándonos disponibles para solucionar sus dudas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Rodrigo Blamey D. Meningitis Bacteriana Aguda. Revista Médica Clínica Las Condes, 2014;25:534-40.
2. Laguna del Estal P, Castañeda Pastor A, López-Cano Gómez M, García Montero P. Meningitis Bacteriana asociada a analgesia y anestesia espinal. Neurología. 2010;25:552-6.