

CASO CLÍNICO

Varón de 78 años que acude a urgencias por malestar general y pérdida de fuerza en extremidades inferiores.

Como antecedentes de interés fue diagnosticado hace 18 años de Linfoma de Hodgkin tipo célula mixta estadio IIIAs, siendo tratado con cirugía y esplenectomía y posterior tratamiento con Quimioterapia con remisión completa. Posteriormente se halló trombocitopenia, tratada con corticoides; desde entonces presenta hiperglucemia en tratamiento con Metformina. Además ha sido diagnosticado de hipertrofia benigna de próstata en tratamiento con Tamsulamina y Dutasterida.

Enfermedad actual

Refiere que hace 1 semana sufrió una caída accidental golpeándose con una tumbona en región lumbar. Dos días después comienza con lumbalgia de carácter mecánico con irradiación a extremidad inferior derecha acudiendo a Urgencias.

Exploración en urgencias

En la exploración física se observa buen estado general, consciente, orientado, colaborador, normohidratado, y normocoloreado. Las constantes fueron: Tensión arterial 125/80 mmHg, Frecuencia cardíaca 80 lpm, Saturación O₂ 94%, T^a 36.7°C. En la auscultación cardíaca se aprecian tonos rítmicos, y se parecía soplo sistólico grado 4/6 audible en todos los focos. En la auscultación pulmonar no se aprecia nada significativo.

El abdomen es blando y depresible, no apreciándose masas ni megalias. No aparecen signos de irritación peritoneal. Ruidos hidroaéreos conservados.

En la analítica realizada en urgencias aparece como resultado más relevante una ligera leucocitosis, siendo el resto de la analítica normal. El estudio de coagulación fue normal. Y el estudio de orina fue normal.

Se realiza radiografía de Columna Lumbar donde se objetiva pinzamiento a nivel lumbar L3-L4, y se le diagnostica de lumbociatalgia y se pauta tratamiento con AINES, dándosele el alta a su domicilio.

En los días posteriores se queja de malestar general, síntomas catarrales, sensación distérmica, anorexia, mialgias generalizadas con deterioro progresivo motor de miembros inferiores de predominio proximal, volviendo de nuevo a Urgencias al cabo de 3 días.

En la segunda visita a Urgencias, durante la exploración general, se encuentra lo siguiente: T^a 36,7°C, Tensión arterial 91/56 mmHg, Frecuencia cardíaca 115 lpm, Saturación O₂ 96%. Mal estado general. Consciente y orientado. En la auscultación cardíaca se encuentra taquicardia rítmica. En la auscultación pulmonar se objetivan crepitantes en ambas bases. Abdomen: blando y depresible, sin dolor ni signos de peritonismo, algo distendido, peris-

taltismo presente, no se palpan masas ni visceromegalias. En el estudio de las extremidades inferiores no reobservan edemas, pero sí pápulas eritematosas en ambas regiones tibiales. Pérdida de fuerza 3/6 en ambas extremidades inferiores (el dolor limita su movilidad), con sensibilidad conservada.

Exploraciones complementarias:

– Radiografía de Tórax: patrón intersticial bilateral de predominio en bases, con imágenes sugestivas de condensación alveolar en lóbulo superior izquierdo y lóbulo inferior izquierdo.

Analítica:

- Leucocitosis con desviación izquierda: 17.600 leucocitos (82% Neutrófilos), elevación de marcadores inflamatorios: PCR (Proteína C reactiva): 3,42 mg/dL, VSG 1ª hora: 74, Procalcitonina 7,78 ng/mL.
- Insuficiencia renal aguda: Creatinina 2,61 mg/dL, Urea 109 mg/dL
- Alteración de enzimas: GOT 77 U/L, GPT 49 U/L, LDH 325 U/L, siendo normales la GGT 56 U/L y Bilirrubina 0,56 mg/dL.
- Coagulopatía: INR 1,64 con leve plaquetopenia.
- Serie roja normal: Hematíes 4.4 millón/ μ L, Hb 13,4 g/dL, Hematocrito 40%, Volumen Corpuscular medio 91 fl.

Se realiza TAC de Columna Lumbosacra donde se informa cambios degenerativos en articulaciones interapofisarias de predominio L3-L4 y L4-L5.

Comentado el caso con el médico de guardia de Medicina Interna se decide hacer punción lumbar (previo estudio de TAC Craneal que resulta normal) para descartar entre otras posibilidades un Guillain Barré. El líquido es turbio, presentado los siguientes valores: 2.800 leucocitos (95% Polimorfonucleares), Proteínas 495 mg/dL, Glucosa 13 mg/dL.

Se cursan muestras para cultivo de LCR y Hemocultivos.

En Urgencias se pauta tratamiento empírico que incluye Cefotaxima IV, Levofloxacino IV y AINES.

Se diagnosticó de Meningitis + Neumonía.

A su ingreso en Medicina Interna se solicita TAC toracoabdominal donde se informan múltiples infiltrados nodulares en ambos campos pulmonares (compatibles con procesos infecciosos), presencia de émbolos sépticos, derrame pleural bilateral y atelectasia en ambos lóbulos inferiores adyacentes. Además se informa de Psoas derecho aumentado de tamaño, con múltiples estructuras hipodensas, bien delimitadas, compatibles con abscesos, desde el nivel L3 a S1, en localización paravertebral derecha. El Diagnóstico del TAC es: ABSCESO PSOAS DERECHO. DERRAME PLEURAL BILATERAL, ÉMBOLOS SÉPTICOS.

Se solicita RMN de Columna Lumbar donde se informa que existen criterios de espondilodiscitis con colecciones líquidas compatibles con abscesos en el compartimento prevertebral que se extienden en unos 8 cm al músculo íleo-psoas derecho. Asimismo existen colecciones líquidas en los músculos paraespinales izquierdos y abundantes cambios inflamatorio-edematosos en tejidos blandos circundantes.

Se reciben los resultados de los hemocultivos y del cultivo del líquido cefalorraquídeo. En todos ellos se obtuvo el crecimiento de *Staphylococcus aureus* meticilín-resistente (MRSA).

Se realiza cambio a antibioterapia de amplio espectro con MEROPENEM y LINEZOLID previa toma de nuevos cultivos. Valorado por Cirugía se decide intervención urgente para drenaje de absceso en psoas. Tras la intervención aparece inestabilidad hemodinámica que precisa transfusión de hemoderivados. Continúa con evolución desfavorable, precisando dosis crecientes de Noradrenalina, sangrado abdominal pese a transfusiones de hemoderivados, complejo de protrombina humana, y factor VIII con fracaso multiorgánico refractario y exitus.

Discusión del caso

En este caso se plantea la necesidad o no de haber extraído hemocultivos durante la primera visita que el paciente realizó a Urgencias. El único motivo que puede explicar la no extracción de hemocultivos en esa primera visita es la no existencia de fiebre (que sí de febrícula), con datos que, en principio, no hacían sospechar que podíamos estar ante un cuadro de posible sepsis.

La consideración fundamental ante los pacientes con sospecha clínica de bacteriemia es valorar si existen factores de riesgo (edades extremas, cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica, inmunodeficiencia, tratamiento con inmunosupresores o inmunomoduladores, neoplasia, neutropenia por citostáticos, cirugía reciente, úlceras crónicas, traumatismo, quemaduras, diabetes mellitus, consumo de drogas por vía parenteral, esplenectomía, procedimientos endoscópicos, urológicos o intestinales, Presencia de catéter vascular) y que determinan la probabilidad del mismo. Además, cabe valorar la posible existencia de factores relacionados; numerosos estudios han propuesto diferentes variables clínicas y analíticas como predictoras de bacteriemia (clínicas: edad, temperatura, taquicardia, hipotensión, comorbilidad, escalofríos, vómitos, abdomen agudo, alteración del estado mental, catéter vascular, inmunosupresión; analíticas: leucopenia o leucocitosis, linfopenia, trombocitopenia, creatinina elevada, hipoalbuminemia, fosfatasa alcalina elevada, proteína C reactiva elevada, velocidad de sedimentación globular elevada, procalcitonina elevada). Las variables con mayor poder predictivo son la presencia de escalofríos y la hipotensión arterial o shock. Otras variables, como la presunción clínica, la taquicardia, la temperatura, la leucocitosis (hasta 15.000/ μ l), la trombocitopenia, la linfopenia o la relación neutrófilos/linfocitos no resultan de utilidad.

En el caso de pacientes con fiebre, ya sea con o sin foco determinado, los criterios para

la extracción de hemocultivos están más o menos definidos en los servicios de Urgencias, según las características clínicas del paciente. Sin embargo, en pacientes que no presentan fiebre, habría que valorar diferentes aspectos. Deberíamos contemplar que pueden existir situaciones clínicas en las que sea conveniente la extracción de hemocultivos más allá de las indicaciones por enfermedad infecciosa. Se trata de pacientes con diagnóstico poco claro, sin una clara sospecha de infección, en los que la extracción de hemocultivos pueda y deba ser realizada y que aporte claridad al proceso clínico. Según los últimos estudios realizados en diferentes centros hospitalarios españoles, se contempla la utilización de modelos predictivos junto con algunos biomarcadores que predicen la existencia de bacteriemia para estratificar las indicaciones de practicar hemocultivos en función del contexto clínico y su grado de utilidad. De esta forma se delimitan 3 grandes grupos:

- A) Indicaciones no cuestionadas: Sospecha de sepsis, endocarditis o meningitis; Pielonefritis, neumonía, gastroenteritis o infección de partes blandas, con criterios de ingreso; Fiebre sin foco aparente en pacientes con riesgo de bacteriemia.
- B) Indicaciones controvertidas: Neumonía o infección de partes blandas, sin criterios de ingreso; Fiebre sin foco aparente en pacientes sin riesgo de bacteriemia.
- C) Sin clara aclaración: Pielonefritis sin criterios de ingreso, con urocultivo adecuado; Gastroenteritis sin criterios de ingreso, con coprocultivo adecuado; Fiebre sin foco aparente, en pacientes sin riesgo de bacteriemia y Procalcitonina no elevada; Diagnóstico no aclarado, pero sin evidencia de infección.

En nuestro caso clínico, no estaría recomendada la extracción de hemocultivos según todas las revisiones encontradas. Hay que recalcar que el estudio realizado durante la primera visita del paciente, dónde en la radiografía de columna no se sospechó el foco que posteriormente desencadenó en cuadro clínico, la existencia de factores de riesgo para el desarrollo de la misma (esplenectomía, tratamiento con quimioterápicos) debería haber hecho que se ampliaran los estudios complementarios incluida la extracción de hemocultivos que, aún sin la presencia de fiebre, hubiesen aportado más información para la resolución del cuadro clínico.

Con todo esto queremos decir que deben ser necesarios más revisiones y estudios para determinar las situaciones clínicas en las que deberían extraerse hemocultivos en los servicios de Urgencias.