

DE LA ASTENIA AL SHOCK SÉPTICO

Estrella Vallejo, Mireia Vicente, Ainhoa Morón

Residents de Medicina Familiar i Comunitaria

Hospital Sant Joan de Déu de Manresa- Fundació Althaia

Nom autor: Estrella Vallejo

Lloc de treball: Fundació Althaia Manresa

Data recepció: 08.10.2017

Data acceptació: 07.11.2017

mail: estrella.vallejo.rives@gmail.com

Forma de citació: Vallejo E, Vicente M, Morón A. *De la astenia al shock séptico*. ReMUE.c@t 2018;5(1):56-58

Motivo de la consulta:

Mujer de 54 años que consulta por malestar general, astenia y anorexia de 2 semanas de evolución.

Antecedentes personales:

- Niega alergias medicamentosas conocidas.
- Hábitos tóxicos: fumadora de 15 cig/día y THC. Niega hábito enólico y otros tóxicos.
- Dislipemia sin tratamiento actual.
- Niega medicación habitual.
- Divorciada, vive en una masía con su hijo. Tiene 3 perros, gallinas y vive cerca de granja de cerdos. Refiere múltiples picadas de garrapata durante el verano.
- Niega viajes al extranjero recientes. Viajó a India y Tailandia en 2002, Brasil en dos ocasiones, Colombia, Nicaragua, Marruecos y Túnez, siempre de mochilera y sin complicaciones posteriores.

Enfermedad actual:

Mujer de 54 años que presenta malestar general, astenia, anorexia de 2 semanas de evolución. Refiere sensación distérmica no termometrada, con escalofríos ocasionales i deposiciones líquidas. Dolor en gemelo izquierdo de 48h de evolución. No tos ni expectoración, no dolor torácico ni abdominal, no síndrome miccional ni cefalea. La familia refiere que la paciente ha estado sola la última semana y hoy al llegar al domicilio la encuentran muy postrada, con signos de deshidratación y la traen a Urgencias.

Exploración física:

Constantes: TA 87/61 mmHg, FC 115 lpm, Tª 38'3°C, FR 32x', Sat O2 99%aa.

MEG, deshidratación cutaneomucosa, petequias generalizadas en tronco y extremidades,

incluyendo palmas y plantas. AR: eupneica con espiración alargada, sin aleteo nasal. MVC sin ruidos sobreañadidos. AC: tonos rítmicos sin soplos ni roces, ingurgitación yugular y reflujo hepatoyugular. No signos de TVP. ABD: abdomen blando, no doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal. PPLB negativa. NRL: Consciente, orientada en las 3 esferas y colaboradora. Pupilas isocóricas normorreactivas. PPCC sin alteraciones, no focalidades neurológicas ni signos meníngeos. Romberg negativo. EEII: lesión cutánea costrosa en gemelo izquierdo, sin signos de sobreinfección, muy dolorosa a la palpación. Pulsos distales presentes y simétricos en las 4 extremidades.

Pruebas complementarias en urgencias:

Análítica: Hb 14'1 g/dl, Hematocrito 43'7%, VCM 95'1, HCM 30'7 pg, Leucocitos 10'8x10⁹/L, Neutrófilos 92'1%, Plaquetas 13x10⁹/L, Protrombina 72%, INR 1'3, D-dímero 6523 ng/ml, Glucosa 126 mg/dl, Creatinina 0'75 mg/dl, Sodio 126 mmol/L, GOT 156 U/L, PCR 283'7 mg/L.

Gasometría arterial (FiO2): Ph 7'64, Pco2 21, Po2 82, HCO3 22, EB 3'2, Sat O2 98%, lactato 2'9 mmol/L.

Sedimento de orina: leucocitos 10-25 por campo, hematíes 5-10 por campo, sin bacteriuria.

Radiografía de tórax: Marco óseo conservado, ángulos costofrénicos libres, ICT normal. No se observan condensaciones ni signos de redistribución vascular.

ECG: FA FVM de 100x'. Sin alteraciones en la repolarización.

TC torácico helicoidal: No signos de TEP. Abundantes quistes pulmonares infracentimétricos en campos pulmonares medios y superiores, a descartar linfangioleiomiomatosis.

Hemocultivos: (2) negativos.

Diagnóstico diferencial en urgencias:

Ante la fiebre y el exantema es importante descartar las siguientes entidades que constituyen una urgencia médica: meningococemia, endocarditis infecciosa, fiebre botonosa mediterránea, síndrome del shock tóxico, necrólisis epidérmica tóxica.

En una paciente con exantema purpúrico y fiebre hay que plantearse el siguiente diagnóstico diferencial:

- Causas infecciosas: sepsis, meningococemia aguda y crónica, gonococemia, endocarditis bacteriana subaguda, fiebre por mordedura de rata, sarampión atípico, fiebres víricas hemorrágicas, paludismo, infección por *Rickettsia* spp, infecciones víricas (Epstein-Barr, Echovirus, Parvovirus B19, Coxsackievirus).
- Causas no infecciosas: vasculitis alérgica, púrpura trombótica trombocitopénica, púrpura de Schönlein-Henoch, embolismo graso, CID, púrpura de Waldenström, Granulomatosis de Wegener, Hipersensibilidad a fármacos.

Evolución clínica y pruebas complementarias fuera de urgencias:

La paciente a su llegada a urgencias se encuentra hipotensa y con fiebre de 38,3°C. Desde triaje se activa código sepsis. En Urgencias se inicia cobertura antibiótica empírica con Piperacilina/Tazobactam ev y Amikacina 1g ev, descarga de suero fisiológico y paracetamol ev. Se ingresa en UCI por shock séptico.

En UCI se inicia tratamiento con NA y aporte de líquidos. Se plantea el diagnóstico de PTT vs posible Rickettsiosis/fiebre Q/enfermedad de Lyme añadiendo ciprofloxacina y posteriormente doxiciclina. Presenta plaquetopenia de 13000, transfundiendo 1 pool de plaquetas. Presenta episodios de ACxFA revertidos con amiodarona endovenosa. Posteriormente se estabiliza sin necesidad de drogas vasoactivas y se traslada a servicio de Medicina Interna desescalando tratamiento a doxiciclina 100mg/12h y completando curas de la lesión cutánea en gemelo izquierdo. En las analíticas de control realizadas en UCI se observa plaquetopenia en ascenso después de la transfusión y disminución de las enzimas hepáticas.

Hemocultivos negativos (2). Antígenos en orina negativos para neumococo y legionela.

Serologías: HIV negativo, *Coxiella Burnetti* negativo, *Chlamydia psittaci*, *Borrelia* negativo, *Rickettsia conorii* negativo.

ECO vascular: descarta trombosis venosa profunda.

Las analíticas realizadas en la planta de Medicina Interna muestran una normalización de las plaquetas y de las enzimas hepáticas y un descenso de la PCR. Ac antifosfolípido, Ac anticardiolipina negativos. Serologías: leptospira, estrongiloides, CMV, Epstein-Barr, Bartonella negativos.

La paciente evoluciona favorablemente, presenta menos astenia, se mantiene afebril y con ritmo sinusal. La lesión en gemelo izquierdo evoluciona a úlcera con necrosis, requiriendo curas específicas al alta. Finalmente se decide alta a domicilio 20 días después de su llegada a Urgencias, con la orientación diagnóstica de fiebre botonosa complicada. Posteriormente al alta, se detecta seroconversión en segunda serología para *Rickettsia conorii*.

Diagnóstico final:

Fiebre botonosa complicada.

Discusión:

En la evaluación inicial de un paciente con fiebre y exantema es importante reconocer las entidades que pueden suponer un compromiso vital. Hay que valorar la estabilidad clínica del paciente y determinar si necesita medidas de soporte inmediato, iniciar antibioterapia empírica precoz y valorar la necesidad de establecer aislamiento.

Es necesario hacer una valoración global del paciente, teniendo en cuenta los antecedentes personales: alergias medicamentosas, toma reciente de fármacos, últimos viajes, contacto con otras personas enfermas, con animales de compañía o ambientes rurales, antecedentes laborales, factores de riesgo de infecciones de transmisión sexual y estado inmunitario. Las características del exantema, los días de evolución, las zonas afectadas y su progresión serán de gran ayuda para orientar la etiología. Lo más frecuente es no llegar a un diagnóstico etiológico en el servicio de Urgencias y por lo tanto se deberá actuar según la sospecha etiológica y la clínica del enfermo.

La fiebre botonosa es una zoonosis causada por la *Rickettsia conorii*, transmitida por la picadura de

la garrapata del perro. Es una enfermedad endémica de los países de la cuenca mediterránea. La *Rickettsia conorii* es una bacteria gramnegativa intracelular obligada que infecta las células endoteliales vasculares y las células de músculo liso, originando vasculitis generalizada de pequeño vaso. La inoculación por la picadura de la garrapata produce una lesión ulcerada indolora con una escara negra central rodeada de un halo eritematoso, conocida como "mancha negra", presente entre un 20 y 80% de los casos. Suele ser una enfermedad con buena evolución, sólo un 7-8% presentan complicaciones graves con afección visceral importante como insuficiencia renal, coagulación intravascular diseminada con exantema purpúrico, alteración hepática grave, plaquetopenia, infiltrados pulmonares y alteración de la consciencia. En este caso, la paciente presentaba un exantema petequeial en tronco i extremidades, afectando palmas y plantas.

El diagnóstico de la fiebre botonosa se basa en tres criterios: criterio epidemiológico (vida en medio rural, contacto con algún perro parasitado, incidencia estacional de julio a septiembre, zonas endémicas), criterio clínico (la tríada clásica es fiebre, exantema y "mancha negra") y criterio serológico (más sensible y específico). El tratamiento se realiza con doxiciclina 100mg/12h vo o iv hasta 2 días después de que ceda la fiebre.

Bibliografía:

- Levin S, Goodman LJ. An approach to acute fever and rash (AFR) in the adult. In: Current Clinical Topics in Infectious Diseases, Remington JS, Swartz MN (Eds), Blackwell Science, Boston 1995. p.19.
- Walker DH. Rickettsiae and rickettsial infections: the current state of knowledge. Clin Infect Dis 2007; 45 Suppl 1:S39.
- Rovey C, Brouqui P, Raoult D. Questions on Mediterranean spotted fever a century after its discovery. Emerg Infect Dis 2008; 14:1360.
- Raoult D, Roux V. Rickettsioses as paradigms of new or emerging infectious diseases. Clin Microbiol Rev 1997; 10:694.
- Olagorta S, Esteban ME, Belloc SJ, Garcia J. Fallo multiorgánico secundario a *Rickettsia conorii*. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina. Vol. XXVI. Num 3/Jul-Sep 2012. 166-70.

