

PICO FEBRIL AISLADO

Autores:

E. García Sardón, A. Montaña Martínez, M. González Ascarza, M. Torres Bernal, M. Rabadán López, R. Rostro Gálvez, F. Da Mata Alves, I. Arvanas Serrano. Residentes Medicina Interna Complejo Hospitalario Universitario Badajoz.

INTRODUCCIÓN

Urgencia intrahospitalaria atendida por el Servicio de Medicina Interna.

OBJETIVOS

Revisión de una de las complicaciones postquirúrgicas.

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO

Mujer de 71 años con antecedentes de hipertensión y operada de una perforación gástrica por un ulcus hace año.

Colecistectomía complicada con un hematoma duodenal

Pancreatitis obstructiva por el hematoma

Reintervención

UCI

Antibioterapia empírica por sospecha de infección intraabdominal (urocultivo, hemocultivos, esputos: negativos)

AVISAN POR HIPOTENSIÓN

30 dias

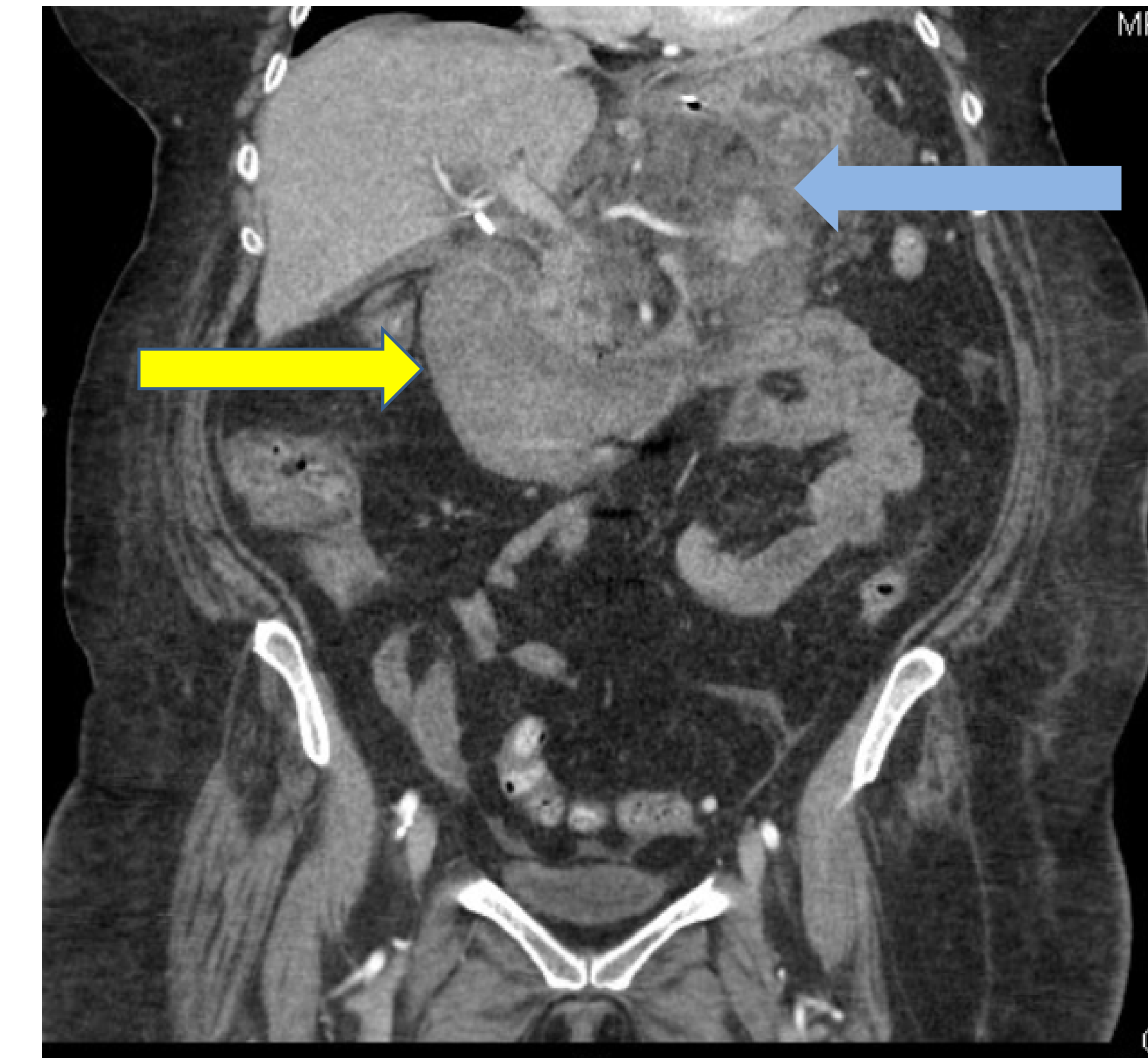


Figura 1:

Gran hematoma duodenal
(flecha amarilla) con
desestructura de cuerpo y
cola de páncreas
compatible con pancreatitis
(flecha azul)

Anasarca, pico febril de 38.5°C y tensión de 100/60. Hipoproteinemia pero había comenzado hacía dos semanas con nutrición parenteral. Se busca causa de la fiebre, todo es normal salvo el abdomen que está sin ruidos y con dolor generalizado. Tiene una vía central yugular desde hace unos 15 días sin datos de complicación. Se sacan hemocultivos y se trata con piperacilina/Tazobactam cediendo la fiebre y manteniendo buen ritmo de diuresis con buenas tensiones. Sin embargo, al quinto día comienza con deterioro del nivel de conciencia y signos de Shock, ese día validan los hemocultivos con **Cándida albicans en todos los botes**. Se retira la vía central (que se manda a cultivar y posteriormente sería positiva) y se comienza tratamiento con fluconazol con dosis de carga. A las 24 horas la paciente fallece como consecuencia del Shock séptico.

CONCLUSIÓN

La candidemia en España ronda el 0,5-1,5 episodios por cada 1.000 ingresos aunque en la mayor parte de los casos no implica una infección fúngica invasiva. Los factores de riesgo más importantes son: estar en una unidad de cuidados intensivos, catéter central, nutrición parenteral, uso previo de antibioterapia, cirugía abdominal, pancreatitis aguda, transfusión, estados inmunosupresores, trasplantados y fístulas intestinales. Nuestra paciente tenía múltiples factores de riesgo pero debutó de una forma atípica, un pico febril que cedió con antibióticos. Este comportamiento atípico condicionó un retraso en el tratamiento que fue fatal. La forma invasiva de candidemia se trata de una infección muy grave con mal pronóstico y alta tasa de morbilidad, requiriendo tratamiento empírico precoz

