

**Caso 135****¿Quién lo iba a pensar?**

GIL ROSA, A. ARTIEDA LARRAÑAGA, J. L. BAUSET NAVARRO, M. VIJALIE, C. ANDÚJAR TEJADA, A. PÉREZ SANZ  
Hospital Reina Sofía. Murcia

**HISTORIA CLÍNICA****Antecedentes personales**

(De entorno documental). No RAMC. No HTA, diabetes ni dislipemias. Indigente. No medicación habitual. Hábito enólico importante. Fumador 20 cig/día. Pancreatitis aguda de origen enólico en 2006.

**Enfermedad actual**

Varón de 40 años difícil de historiar por barrera idiomática, refiere que le han agredido el día anterior, con dolor en hipocondrio derecho y cadera derecha. Ha tenido náuseas con unos cinco vómitos y unas cinco deposiciones de consistencia blanda sin productos patológicos.

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

TA: 90/47 mmHg, FC: 92 lpm, FR: 20 rpm, Tª: 35°C, SAT O<sub>2</sub>: 98%???. A su llegada regular estado general, afectado ¿por dolor?, normohidratado, mala higiene personal. AC: Normal. AP: MVC, crepitantes base derecha. Abdomen: blando, depresible, dolor a nivel de HCD y epigastrio, palpándose hepatomegalia, con ruidos hidroáreos. Dolor a nivel de articulación coxofemoral y hematoma en glúteo derecho. MMII: pulsos femorales normales. Rodilla derecha: Costra hemática sin dolor puntos óseos ni derrame articular.

**EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS**

**Hemograma:** Leucocitos: 1.020 (N 390, L 540, M 60), hematíes 4.250.000, HB 13.5, HTO 42.5, plaquetas 76.000. (Se contacta con hematóloga de guardia). **Frotis sanguíneo (S.P.):** Fórmula leucocitaria: 84% linfocitos; 4% segmentados: 8% metamielocitos; 4% monocitos. Presencia de macrotrombocitos y algunos agregados plaquetares. **Serie roja:** Discreta anisocitosis. **Bioquímica:** Glu-

cosa 76, urea 49 creatinina 4.1, Na<sup>+</sup> 141, K<sup>+</sup> 4.1, α-amilasa 164. UCI: Glu 46, urea 54, creat 3.5, Na<sup>+</sup> 143, K<sup>+</sup> 5.9, CPK 937. **Gasometría venosa:** pH 7,117, pCO<sub>2</sub> 46.5, pO<sub>2</sub> 21,8, sat O<sub>2</sub> 22.5%, HCO<sub>3</sub> c 14.4. **En observación:** Ácido láctico 14,10, pH 7,196, pCO<sub>2</sub> 35,4, pO<sub>2</sub> 27,3, sat O<sub>2</sub> 40,5%, HCO<sub>3</sub> c 13,2. **Coagulación:** APT 91, INR 1.06, TP 13.7 seg. **ECG:** Ritmo sinusal a 94 lpm, sin alteraciones. **Rx tórax:** infiltrado basal posterior derecho. **Rx abdomen:** Sin hallazgos. **Rx pelvis:** Sin LOAs. **Eco abdominal:** Hepatomegalia sin lesiones focales con vasos permeables y sin líquido libre peritoneal. Vesícula sin litiasis ni alteraciones inflamatorias de paredes. Páncreas de tamaño normal. **Hemocultivo (x2):** Negativo después de 7 días de incubación. **Exudado faríngeo (test rápido Influenzae A y B, PCR virus gripe A (H1N1):** Negativo. **Urocultivo:** Negativo. **Urocultivo: I. Ag. de Legionella:** Negativo. **I. Ag. neumocócico:** Positivo. **Cultivo de esputo:** *E. coli*.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS**

Neumonía comunitaria (NAC) / TBC / Neoplasia bronquial o metastásica / Atelectasia-contusión pulmonar / Shock distributivo séptico (foco respiratorio vs gastrointestinal) / Shock hipovolémico (vómitos+diarrea) / Shock obstructivo (TEP-aneurisma disecante de aorta) / Shock traumático / Neutropenia idiopática crónica vs cíclica / Anemia aplásica / Procesos neutropénicos por fármacos, infecciones, nutricionales, secundarios infección o por tumores malignos.

**EVOLUCIÓN**

Desde su llegada a urgencias el paciente mantiene continua queja de agresión, con anamnesis dificultosa por la barrera idiomática. Mientras se espera resultado de analítica y radiografía el paciente refiere disnea y sensación de muerte, con saturación oxígeno del 90%. Se recibe gasometría venosa con acidosis metabólica y analítica con pancitopenia, con marcada neutropenia. Se contacta con hematóloga que realiza frotis. Pasa a área de observación y se solicita láctico, pautando antibioterapia (ceftazidima y levofloxacin), oxigenoterapia, fluidoterapia, hidrocortisona y aislamiento inverso. Se avisa a UCI que añade catecolaminas y factor estimulador de colonias (hematología), recogiendo antígenos de neumococo y legionella, protocolo de gripe A, aclaramiento de creatinina y serología. A

pesar de medidas intensivas presenta shock séptico refractario, siendo exitus a las 21 horas de su llegada a urgencias. El estudio necrópsico muestra neumonía en lóbulo medio e inferior de pulmón derecho con signos morfológicos generales de shock que condiciona un fracaso multiorgánico a lo que se atribuye el exitus.

## DIAGNÓSTICO FINAL

NAC. Shock séptico. Insuficiencia respiratoria aguda. Fracaso renal agudo. Neutropenia severa. Policontusiones. Exitus.

## DISCUSIÓN

Cerca del 1% de la población de EEUU son personas sin hogar, siendo en Europa occidental de dos a cinco veces menos frecuentes. La mortalidad en los indigentes es mayor que en el resto de la población en cualquier rango de edad y las principales causas son VIH y la violencia en menores de 45 años. Los problemas de salud más comunes son; hepatitis crónica, enfermedad de transmisión sexual, VIH, embarazos no deseados, tuberculosis, enfermedades de la piel y fiebre. Como demuestra nuestro caso se trata de una persona sin hogar que a pesar de la consulta por agresión tiene un desenlace fatal por un proceso infeccioso.

Las neumonías son las infecciones más graves del parénquima pulmonar y la principal causa de muerte por enfermedad infecciosa. La incidencia de la NAC en España es de 2-11/1.000 hab/año, más frecuente en invierno y durante las epidemias víricas (nuestro caso es de Agosto). La incidencia es mayor en mayores de 65, menores de cinco años, enfermos crónicos, fumadores y alcohólicos. El agente infeccioso más frecuente en el *S. pneumoniae* (20-65%). Existen una serie de condiciones que predisponen a padecer neumonías por determinados agentes, así en etilismo es más frecuente por *S. pneumoniae*, *K. pneumoniae*, anaerobios, *S. aureus*, y con comorbilidad como hepatopatía, diabetes e insuficiencia renal por *S. pneu-*

*moniae*, *H. influenzae*, bacilos gramnegativos. En el paciente que nos ocupa se aísla flora polimicrobiana.

El 10,4 % de las urgencias hospitalarias son infecciones, y de éstas, un 5 -10% cumplirá criterios diagnósticos de sepsis (unos 50.000 -100.000 casos/año). El 30% de éstos evolucionarán a sepsis grave o shock séptico (tasa de mortalidad; 47% y 84% respectivamente), considerándose como una enfermedad tiempo-dependiente, siendo de extrema importancia la rapidez y la aplicación precoz de una serie de medidas diagnóstico-terapéuticas (antibioterapia y soporte hemodinámico) para mejorar la supervivencia, algo que se aprecia con este paciente, en el que los factores de confusión (barra idiomática, motivo de consulta), sin que sirvan de excusa, no permitieron respetar la hora de oro e iniciar las medidas precisas en tiempos adecuados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Stewart Rogers C. Health care of homeless persons. Publicado online; Enero 2012. Recuperado para revisión 25 de Enero de 2012 de [http://www.uptodate.com/contents/health-care-of-homeless-persons?source=search\\_result&sea](http://www.uptodate.com/contents/health-care-of-homeless-persons?source=search_result&sea).
2. Escudero Sánchez C, Rubio Dermit J et al. Neumonía adquirida en la comunidad. En: Moya Mir MS, Piñera Salmerón P, Mariné Blanco M, editores. Tratado de medicina de urgencias. España: Ergón 1ª Edición; 2011:642-52.
3. León Gil C, García-Castrillo Riesgo L et al. La sepsis grave en los servicios de urgencia hospitalarios. Recomendaciones del manejo diagnóstico-terapéutico inicial y multidisciplinario de la sepsis grave. Documento de Consenso (SEMES-SEMIC-YUC). *Emergencias* 2007;19:151-63.
4. Dellinger RP, Levy MM et al. Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for Management of severe sepsis and septic shock: 2008. *Intensive Care Medicine*. 2008; 36(1):297-327.

### COMENTARIO EDITORIAL

Paciente que consulta por una causa aparentemente no grave pero que presentaba desde el primer momento claros signos de severidad con criterios de sepsis como consecuencia de una NAC que presentó mala evolución y su fallecimiento.

La barrera idiomática origina una difícil relación personal que impide una actuación más rápida. Aun así, los datos exploratorios y los hallazgos analíticos que incluye los marcadores biológicos revelan la severidad del proceso desde el primer momento de la atención.

Las neumonías son infecciones graves con una mortalidad, a pesar del tratamiento, nada desdeñable. Los factores sociales, demográficos y el estado inmunitario del paciente pueden aumentar el riesgo de mala evolución.

De cualquier manera, sirve este caso como reflexión para el manejo adecuado de los pacientes con procesos infecciosos en Urgencias, tanto en tiempo de respuesta como en la aplicación de las medidas adecuadas, por el impacto que tienen en el pronóstico del paciente.

**Mikel Martínez.**  
**Hospital de Basurto. Bilbao**