

Sèpsia fulminant per pneumococ en un pacient esplenectomitzat no vacunat

Lara Ventura¹, Gabriel López², Sílvia Cano¹

¹Servei de Medicina Intensiva, ²Servei d'Urgències.

Althaia. Xarxa Assistencial Universitària de Manresa

CORRESPONDÈNCIA

Nom de l'autor: Lara Ventura

Lloc de treball: Althaia Xarxa Assistencial. Manresa

Mail: laravepa3@gmail.com

Data recepció: 12.10.2015

Data acceptació: 26.10.2015

Forma de citació: Ventura L, López G, Cano S. *Sèpsia fulminant per pneumococ en un pacient esplenectomitzat no vacunat*. ReMUE.c@t 2016;3(1):5-7

Available at http://webs.academia.cat/revistes_elect/view_document.php?tpd=2&i=5128

Motiu de consulta

Home de 60 anys que acudeix a urgències traslladat en ambulància per pic febril amb tremolines i desorientació.

Antecedents personals

Pacient autònom per a les ABVD, funcions superiors conservades, sense al·lèrgies conegudes, exfumador i consumidor esporàdic d'alcohol, intervingut quirúrgicament hèrnia d'hiat, colecistectomia i esplenectomia de causa traumàtica fa més de 20 anys, pendent de vacunació antipneumocòcica programada la setmana següent a la data d'ingrés. No segueix cap tractament habitual, no ha tingut contacte amb animals ni ha realitzat cap viatge recent.

Malaltia actual

El pacient és derivat pel metge d'atenció primària, que el visita inicialment a domicili per pic febril, tremolines i desorientació d'hores d'evolució. Explica haver presentat aquell mateix dia dolor abdominal còlic i 3 episodis de deposicions diarreiques sense productes patològics. Els dies previs va presentar quadre catarral amb artromiàlgies i dolor lumbar bilateral. No sd miccional, no cefalea, no fotofòbia, no odinofàgia, no otàlgia, no dispnea, no dolor toràcic.

Exploració física

TA 92/57, FC 134, T^a38.5, SpO₂ 95% (FiO₂ 0.21). CIO. Cianosi labial. Polsos perifèrics presents i simètrics. Placa psoriàsica interglútea sense signes inflamatoris. No signes meníngis, no

dficits neurològics. Exploració cardíaca, pulmonar i abdominal normals. PPL (-) bilateralment.

Proves complementàries realitzades a urgències

L'anàlítica d'entrada mostrava una bicitopènia amb 1.5×10^9 leucòcits (N 1.2, L 0.3) i 146000 plaquetes, insuficiència renal aguda (urea 35, Crea 1.9, FG 37.48), ionograma normal, coagulació normal, alteració de les proves hepàtiques amb Bb total 2.76, GOT 1100, GPT 296, LDH 1859 i PCR 14. La GSA (FiO₂ 0.31) mostrava pH 7.38, pO₂ 64, pCO₂ 19, Bic 11.2, EB -13.9, Lactat 9.8. Es va cursar un sediment orina que no va ser patològic, dos hemocultius, antígenúria per S.pneumococ i Legionella. La Rx de tòrax mostrava cardiomegàlia amb un patró intersticial bilateral i la Rx abdomen va ser normal. Degut a l'antecedent de la desorientació i en vistes a realitzar una punció lumbar, es va demanar també un TAC de crani que no va mostrar alteracions. Durant el trajecte a la sala de Radiologia, el pacient va presentar un fort quadre de dolor abdominal, pel que es va ampliar l'estudi amb un TAC d'abdomen que informava d'una possible apendicitis aguda i troballes suggestives de pielonefritis bilateral o bé no ser significatives.

Diagnòstic diferencial a urgències

Tenint en compte la febre juntament amb la desorientació i el fet d'haver presentat un episodi de bacterièmia d'hores d'evolució, les principals entitats que hem de tenir en compte són: encefalopatia per sepsi, meningitis (pneumococ,

H.influenza, Neisseria), abscess cerebral. Si a més tenim en compte el dolor lumbar i el dolor abdominal que havia presentat prèviament, ens plantejarem, a més: abscess lumbar o paravertebral, espondilodiscitis, abscess hepàtic o de via biliar, perforació de víscera buida i pielonefritis.

Evolució clínica i proves complementàries realitzades fora d'urgències

Ja des de l'arribada a urgències es va activar el codi sepsis, es van sol·licitar totes les exploracions complementàries citades en l'apartat anterior i es va iniciar antibioteràpia precoç amb piperacilina-tazobactam de manera empírica i fluïdoteràpia. Durant l'estada a urgències es va mantenir febril, taquicàrdic, amb tendència a la hipotensió arterial i anúric tot i l'administració de 3L de serumteràpia, pel que es va iniciar suport vasoactiu obtenint escassa resposta diürètica, pel que es va traslladar el pacient a UCI. Seguidament van aparèixer signes d'hipoperfusió perifèrica i davallada de l'estat general, posteriorment per necessitats de suport respiratori va requerir intubació orotraqueal. Analíticament: empitjorament de la bicitopènia amb coagulopatia severa, empitjorament dels controls àcid-base amb acidosi metabòlica severa tot i correcció del bicarbonat, augment progressiu del lactat, empitjorament de la funció renal i de la funció hepàtica i requeriments cada cop majors de noradrenalina. Davant la mala evolució clínica i TAC abdominal que no acabava de mostrar resultats clars que descartessin l'existència de focus abdominal, es va realitzar una laparotomia exploradora, en la que no es va objectivar origen infecció abdominal que justificués el procés del pacient.

Es va realitzar ecocardiograma transtoràcic a peu de llit que va mostrar una funció sistòlica globalment deprimida (probablement en context de la sepsi), sense vegetacions ni altres signes suggestius d'endocarditis. Els antígens en orina van ser positius per *S.pneumoniae*, es va canviar l'estratègia antibiòtica per cefotaxima 4g + vancomicina 1g + azitromicina 500mg. A posteriori es va aïllar *S.pneumoniae* serotip 22F als hemocultius.

Es va monitoritzar hemodinàmicament amb catèter de termodilució transpulmonar (EV1000), on es va objectivar un gast cardíac molt disminuït i hipovolèmia, pel que encara es va intensificar més la fluïdoteràpia, es va administrar també albúmina i actocortina. Per presentar saturacions venoses centrals baixes es va iniciar bomba de dobutamina, que es va haver d'aturar per mala tolerància apareixent taquicàrdia i hipotensió. Es va canviar per una bomba d'adrenalina amb bona desposta inicial, però posteriorment va requerir

augment progressiu de dosi fins a assolir la dosi màxima de perfusió, tant d'adrenalina com de noradrenalina sent no efectives, pel que es defineix el procés com irreversible i el pacient és èxitus 14 hores després de la seva arribada a urgències.

Diagnòstic final

Malaltia pneumocòcica invasiva

Discussió

La importància d'aquest cas clínic radica d'una banda, en valorar l'antecedent d'esplenectomia en un procés febril pel paper de la melsa en l'adquisició d'infeccions greus, però sobretot en la rellevància de l'educació sanitària i la immunoprofilaxi en aquells pacients de risc com ho són els pacients esplenectomitzats, ja que en cas contrari, el desenllaç pot ser fatal.

Es defineix la septicèmia fulminant com aquella que succeeix des de dies fins a anys després d'una esplenectomia, sent la incidència en esplenectomitzats 0.18-0.42 casos per 100 persones/any, amb un risc global post-esplenectomia del 5% al llarg de la vida i una mortalitat variable, sent del 50-70% tot i realitzar una teràpia agressiva i encara més elevada en esplenectomitzats per malaltia hematològica. Els factors de risc implicats inclouen l'edat del pacient (major risc en < 2 anys i ancians), la malaltia de base o la indicació quirúrgica (major risc en neoplàsies hematològiques), així com també els anys posteriors a la intervenció (major risc els primers 3-5 anys, però queda risc de per vida).

El patògen més freqüentment aïllat en els hemocultius és *S.pneumoniae* (50-90% dels casos). La seva incidència augmenta amb l'edat del pacient i nens amb hipoesplènia per malaltia de cèl·lules falciformes, els serotipus més freqüents són 6,14,18,19,23 i ocasiona una mortalitat del 50-60%. La malaltia pneumocòcica invasiva es manifesta inicialment amb clínica molt inespecífica, sense evidència de focus clar fins al 70% dels casos, tot i que en algunes ocasions pot presentar concomitància amb pneumonia i/o meningitis. Degut a la ràpida progressió cap a fallida multiorgànica en hores, és de vital importància l'inici precoç d'antibioteràpia empírica sense esperar a resultats davant la urgència vital o la sospita meningitis, així com també el suport hemodinàmic.

Per tot l'anterior remarcuem la importància de la vacunació en els grups de risc, ja que disminueix el risc d'infecció i a més contribueix en la disminució de soques resistents. Actualment les dues vacunes disponibles per a l'adult són:

VNP23 per a majors de 2 anys, inclou 23 serotips, no genera memòria immunitària i no actua sobre colonització nasofaríngia; i d'altra banda la VNC13, que pot utilitzar-se a qualsevol edat a partir de les 6 setmanes de vida, inclou 13 serotips, genera memòria immunitària i resposta immune més potent.

Bibliografia

Picazo JJ, González-Romo F, García-Rojas A, Pérez-Trallero E, Gil Gregorio P, de la Cámara R et al. Consenso sobre la vacunación anti-neumocócica en el adulto con patología de base. Rev Esp Quimioter 2013; 26(2):81-91

Pasternak MS, Weller Pf, Edwards MS, Thorner AR. Clinical features and management of sepsis in the asplenic patient. [Monografia a Internet]. Waltham (MA): Uptodate, 2014. Disponible a www.uptodate.com

Rubin LG, Schaffner W. Clinical Practice: Care of the asplenic patient. N Engl J Med 2014; 371(4): 349-356.