

Caso clínico

Paciente de 82 años, varón, español. Con **antecedentes** de:

Cardiopatía isquémica. Infarto agudo de miocardio en el año 2010. Aquinesia anteroseptal con baja fracción de eyección. Último ecocardiograma en Agosto de 2012: FEVI 26 %. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de 25 años de evolución. Gran fumador hasta hace 6 años. Oxigenoterapia domiciliaria desde hace 3 años. Varios ingresos por reagudización. Claudicación intermitente de mínima distancia pendiente de evaluación por cirugía vascular. Hipertensión arterial. Hiperlipemia. Colecistectomizado hace 4 años por colelitiasis. Intolerancia hidrocarbonada manejada con dieta. Hiperplasia benigna de próstata con dos episodios de retención urinaria en los últimos 3 meses tratados con fosfomicina y cefuroxima de forma empírica. No alergias medicamentosas conocidas

Situación basal: Disnea de mínimos esfuerzos. Vida muy limitada funcionalmente por situación cardiorrespiratoria. No déficit cognitivo. **Tratamiento habitual:** Nitratos en parche, ácido acetilsalicílico, inhalaciones de salmeterol/fluticasona y bromuro de tiotropio, losartán, simvastatina y clopidogrel.

Enfermedad actual en el Servicio de Urgencias por dolor abdominal cólico centrado en hipocondrio derecho de 4 días de evolución, a lo que en las últimas horas se le ha añadido fiebre y coloración amarillenta cutánea-mucosa. No refiere otros síntomas gastrointestinales. Adicionalmente refiere disnea incrementada sobre su basal.

Exploración: paciente afectado con tendencia a la somnolencia. TA: 100/60 FC: 100. FR: 28 rpm. T^a: 38.8 Sat O₂ (con oxígeno): 91%. AP: hipoventilación generalizada. AC: Rítmica. Soplo sistólico I/IV panfocal. Abdomen: Doloroso en hipocondrio derecho con defensa y rebote positivo. Murphy positivo. Ruidos presentes.

Pruebas complementarias. Hemograma: 25.200 leucos (91 N 3 L). Hb: 11.2; Htco: 32. VCM: 91. 455.000 plaquetas. PCR: 10.25. **Bioquímica:** Creatinina: 1.4; Glucosa: 194; Urea: 79; Na: 132; K: 4.4; GOT: 30; GPT: 32; Bilirrubina: 3.5; LDH: 789; Amilasa: 100; Lipasa : 85. **Gasometría venosa:** pH: 7.35. HCO₃: 28. **RX abdomen:** No alteración del patrón aéreo intestinal. **Ecografía abdominal:** Vía biliar dilatada con presencia de probable barro biliar, aunque no es descartable la coledocolitiasis. Pequeña cuña de líquido alrededor de la vía biliar. **CT abdominal:** Sin aportar información adicional con relación a los hallazgos ecográficos. Se extrajeron hemocultivos, se consultó el caso cirugía de guardia.

Juicio diagnóstico

Colangitis aguda en paciente de alto riesgo cardiovascular y respiratorio. Sepsis de origen abdominal

Preguntas

Que flora espero encontrar en este paciente?.

La flora más frecuente en la vía biliar son las enterobacterias (*Eschericia coli*, *Klebsiella* spp) en menor medida estreptococos del grupo *viridans*. En pacientes sometidos a cirugía abdominal o tras drenaje o endoprótesis biliar además podría aislarse *Enterococcus* spp. Por último, en pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos y también a endoprótesis en la vía biliar, trasplantados hepáticos o numerosos tratamientos antimicrobianos podría aislarse además *Pseudomonas* spp. En este paciente esperaríamos encontrar una enterobacteria (*Eschericia coli*, *Klebsiella* spp)

Que factores de riesgo de patógenos resistentes tiene?

Los principales factores de riesgo descritos de resistencia microbiana en enterobacterias que aporta el paciente son, la edad, la estenosis de la vía urinaria (episodios de retención), la intolerancia hidrocarbonada y la exposición previa a cefuroxima. Todos estos factores se correlacionan con la selección de una enterobacteria portadora de una betalactamasa de espectro extendido (BLEE).

Que características debería tener el tratamiento antimicrobiano empírico de este paciente y el manejo global del cuadro?.

Iniciaría un tratamiento antibiótico muy bactericida, para no desatar la comorbilidad. En este paciente concurren factores de mala evolución relacionadas con el control de la comorbilidad y la selección de patógenos resistentes. Entre las primeras, la edad, la situación cardiorrespiratoria previa que confieren al paciente un índice de Charlson de 3-4. Entre las segundas los factores de resistencia microbiana descritos en la respuesta anterior. El manejo mas acertado desde el punto de vista antimicrobiano de este paciente sería ertapenem o piperacilina-tazobactam por ser ambos bactericidas. El hecho de que pudiéramos estar ante una cepa BLEE favorecería el empleo de ertapenem. Resultaría conveniente programar alguna forma de control del foco como una CPRE en el supuesto de mala respuesta inicial.

Planteamiento terapéutico

Se consultó el Servicio de Cirugía, quienes desestimaron la intervención urgente por muy alto riesgo quirúrgico y anestésico, proponiendo tratamiento médico conservador valorando posible CPRE (a pesar del riesgo anestésico) para posible control del foco en caso de mala evolución. El paciente fue tratado con dieta absoluta, sueroterapia y ertapenem a dosis de 1 g / 24 h. El hemocultivo resultó positivo a las 24 horas con un aislamiento de *Klebsiella pneumoniae* multisensible. El paciente alcanzó la estabilidad clínica en 48 horas, sin necesidad de realizar drenaje biliar. A los 5 días se desescaló a ciprofloxacino, según antibiograma, en la unidad de hospitalización a domicilio, que se mantuvo durante 5 días más hasta alcanzar su situación basal. Al alta presentaba hemograma con 7800 leucocitos, se introdujo dieta sin incidencias y no presentó descompensación de su situación cardiorrespiratoria.