

No se sabía qué, pero algo estaba pasando

Este caso podría ser un ejemplo de como el conocimiento previo del paciente es en ocasiones vital.

Caso clínico

Palomo Sanz V¹, Orío Moreno E¹, Bárcena Miguel R², Zancada Martínez B¹, Morales Gutiérrez F², Ruiz Arriazu A²

¹Médico

²Enfermero

Centro de Salud de Torrelaguna. Madrid

Paciente de 69 años, jubilado. Es hipertenso desde hace 8 años, alérgico a levofloxacino, presenta sobrepeso grado 2 (IMC 28) y fue apendicectomizado en su juventud y gastrectomizado (subtotal) hace 10 años por úlcus gástrico sangrante. Es ciego del ojo izquierdo desde su infancia como secuela de meningitis.

En noviembre de 2005 presentó episodio de taquiarritmia por fibrilación auricular secundaria a hipertiroidismo (bocio multinodular con nódulo tóxico), que se trató con radioyodo, betabloqueantes y anticoagulación. En junio de 2006 hizo su primer episodio de insuficiencia cardiaca (edemas, disnea paroxística nocturna, disnea grado 2 NYHA y cardiomegalia), con ecocordio que mostraba hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI) concéntrica con función sistólica conservada, insuficiencia aórtica leve y dilatación leve de aorta ascendente. Se mantuvo 2 años en grado funcional (GF) 1-2 tomando enalapril (10 mg cada 12 horas), espironolactona (25 mg cada 24 horas), carvedilol (6,25 mg cada 12 horas) y en episodios de descompensación furosemida. En junio de 2008 su disnea empeoró hasta hacerse de reposo (GF 3) y en ecocordio encuentran insuficiencia aórtica grave y dilatación aneurismática de aorta ascendente, lo cual se confirma con cateterismo, por lo que en diciembre de 2008 es operado mediante la técnica de David: sustitución de aorta ascendente por prótesis tubular y tratamiento conservador de la válvula aórtica. En ecocordio de febrero de 2009 presenta derrame pericárdico

moderado sin repercusión, insuficiencia aórtica ligera e insuficiencia tricuspídea mínima, con HVI concéntrica y disfunción ligera de ventrículo derecho, con hipertensión pulmonar moderada y dilatación moderada de ambas aurículas. Clínicamente el paciente presentaba un GF 1 y se mantenía en tratamiento con Sintrom (para INR de 1,5 a 2,5), digoxina (0,125 mg cada 24 horas), atenolol (25 mg cada 12 horas), furosemida (1-2 comp cada 48 horas según edemas), espironolactona (25 mg cada 24 horas), omeprazol y sulfato ferroso.

En abril de 2009 el paciente, tras estancia en el litoral durante 2 meses, con GF 1, empieza con fiebre de 38,5° sin clínica de focalización y a los 4 días acude a su médico de cabecera. No presenta diarrea, tos, rash, vómitos ni disuria, pero tiene astenia muy llamativa, es incapaz de levantarse solo y es muy evidente la lentitud de pensamiento (el paciente está adinámico, "estúpido", con habla escandida lenta, anorexia y malestar general). En la exploración la PA es 118/70 mmHg, hay taquicardia a 118 lpm, con mínimo soplo sistólico paraesternal izquierdo, auscultación pulmonar normal y no hay focalidad neurológica ni alteraciones en abdomen. El día anterior fue a urgencias del hospital donde la exploración era similar y en la analítica sólo destacaba leucocitosis de 12.000 sin desviación izquierda, anemia con hemoglobina 10,4 y placa de tórax normal. Pautaron levofloxacino (500 mg cada 24 horas). Ante el grave decaimiento del paciente, su médico le

deriva nuevamente a urgencias hospitalarias para descartar endocarditis y/o infarto cerebral.

Dos meses más tarde vuelve el paciente: en el ecocardiograma presentaba una gran vegetación aórtica de 2,6 cm y hemorragia subaracnoidea en surco de territorio frontal izquierdo y parietal derecho. A los 2 días de su ingreso perdió la visión en ojo derecho (embolismo séptico en arteria central de la retina). A los 10 días del ingreso fue intervenido mediante sustitución de la válvula aórtica por prótesis metálica de bicarbon, sección de prótesis de aorta ascendente para limpiar de abundantes vegetaciones micóticas y drenaje de absceso retrocomi-sural posterior. El paciente siguió con fiebre y mioclonias que requirieron fenitoína, ingreso en UCI, inducción del coma durante 1 mes y traqueotomía. El diagnóstico fue endocarditis valvular por *Aspergillus fumigatus* sobre válvula aórtica en paciente con cirugía previa de David y amaurosis por embolismo séptico en ojo funcional único.

Actualmente el paciente se está adaptando a su ceguera, permanece sin disnea, en GF 1 y en tratamiento con voriconazol (400 mg cada 12 horas), furosemida

(20 mg cada 48 horas), Sintrom para INR 2,5-3,5, omeprazol, atenolol (25 mg cada 12 horas) y sulfato ferroso, además de profilaxis de endocarditis ante cualquier procedimiento dentario o invasivo.

COMENTARIO

En este caso el error médico sucedió en el servicio de urgencias del hospital, cuando se prescribió levofloxacino "a ciegas" a un paciente operado de corazón 4 meses antes, con escasas alteraciones analíticas (leucocitosis de 12.000), pero muy llamativa repercusión clínica y funcional.

El médico de cabecera no percibía la gravedad del diagnóstico cuando le derivó al hospital, pero si lo hizo fue precisamente por el conocimiento previo que tenía del paciente, ya que nunca ni en fases que tuvo de hipotiroidismo secundario a antitiroideos y radioyodo, ni en las descompensaciones de su insuficiencia cardiaca le había visto con la extraordinaria adinamia ni lentitud mental con que se le presentó.