



# CUANDO EL SÍNTOMA MÁS EXTRAÑO SOBREPASA TODO LO ESPERADO

Hernández Tienza, Fátima, Sevilla Ramos, Maria Pilar, Gilarte Herrera, Cristina Eugenia, Moreno Molinero, Ana, Mazario Martín, Esther, Asensio Campos, Paula. Hospital Universitario de Guadalajara

En época estival es habitual encontrar motivos de consulta relacionados con patología traumática. Sin embargo ante dolor articular, cuando la historia clínica no está clara, es imprescindible ir más allá, e indagar en todos los detalles, incluso sospechar lo más inesperado.

A partir de este caso clínico, queremos recalcar la importancia de hacer caso a los pacientes y pensar en todas las posibilidades diagnósticas pese a que en ocasiones, la manera de referir los síntomas por parte de los niños pueda ser inverosímil.

Triado para traumatología y pediatría, nuestro paciente de 8 años refería una caída sobre miembro inferior izquierdo, de poco impacto con dolor en tobillo. Asociaba fiebre de hasta 39°C de 48 horas.

En la exploración física (EF), refería inicialmente dolor en la rodilla derecha de características mecánicas, presentando como hallazgo una vesícula en axila izquierda sin datos de sobreinfección, con el resto de EF normal.

Sin embargo, nos sorprendió durante la EF, la clínica de dolor articular, ya que, refería cambios continuos en el mismo. Inicialmente lo refirió en triaje, en el tobillo izquierdo, en cambio, en la primera exploración, se localizaba en rodilla derecha y en la valoración por los traumatólogos en la izquierda, sin poder localizarlo ni describirlo con exactitud.

Subjetivamente, se llegó a considerar que el paciente estaba jugando.

Ante lo excepcional de la clínica, se completa estudio analítico con único hallazgo patológico proteína C reactiva de 238 mg/L con hemograma normal. Ante la sospecha de una posible infección y com. único hallazgo físico, se recogieron cultivos de la vesícula, evidenciando posteriormente infección por *S.Aureus* Meticilin-resistente (SARM).

Paralelamente en urgencias aparece exantema macular rosáceo en región maleolar izquierda con petequias diseminadas, por lo que ante la clínica se decide ingreso para valorar evolución e iniciar antibioterapia.

Durante el ingreso presenta empeoramiento clínico, distes respiratorio que precisa oxígeno, con infiltrados pulmonares bilaterales en la radiografía de tórax con mala evolución, se realizan ecocardiografías que son normales, sin datos de endocarditis. Finalmente ante la tórpida evolución y la aparición de síntomas se traslado a UCIP.

En el hospital de referencia, persiste la clínica intermitente de dolor en diferentes partes de las piernas, brazos, precisando oxigenoterapia y persistiendo elevación de reactantes. Se decide realización de gammagrafía ósea diagnosticándose de sepsis por SARM con émbolos sépticos secundarios y trombosis distal asociada.

Presentó buena evolución posterior con recuperación total completando antibioterapia endovenosa y posteriormente pral sin secuelas.

Los SARM son patógenos muy virulentos que puede afectar potencialmente a pacientes sin factores de riesgo. El embolismo séptico es una enfermedad grave caracterizada por infiltrados pulmonares bilaterales asociados a un foco infeccioso extrapulmonar, en nuestro caso, infección cutánea. Se puede asociar a endocarditis derecha, tromboflebitis pelviana, accesos vasculares y a infecciones como osteomielitis, artritis séptica...

La virulencia es debida a la citotoxina necrotizante de Panton-Valentina 6, que actúa como super antígeno con liberación de IL-8, leucotrienos, proteasas y metabolitos de oxígeno, generando quimiotaxis, vasodilatación, infiltración y muerte de neutrófilos y necrosis tisular

Ante pacientes que refieren síntomas extraños, por muy inverosímiles que parezcan, es preciso prestar la atención necesaria y sospechar patología que aunque poco frecuente, puede aparecer. Tratamos con niños que a menudo no saben especificar los síntomas, sin embargo fue esencial, darle voz a la ansiedad del paciente y buscar la causa de su patología.