



EV-016 - UNA POSIBLE CAUSA DE FIEBRE EN PACIENTES CON ICTUS

M. Vaquero Herrero¹, J. Martín Polo², J. Morán²

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico de Salamanca. Salamanca.

Resumen

Objetivos: Describir la presentación clínica de parotiditis purulenta como complicación médica en pacientes hospitalizados por un accidente cerebrovascular de cualquier etiología. Describir en estos casos concretos el proceso y las dificultades diagnósticas.

Métodos: Presentamos tres casos clínicos sucedidos entre 2010 y 2015 de pacientes que sufrieron un ictus y que en el periodo agudo desarrollaron una parotiditis bacteriana. que pasó desapercibida inicialmente, siendo diagnosticadas de fiebre sin foco y tratadas empíricamente con antibióticos a la espera de filiar el origen.

Resultados: El primer caso trata de una mujer de 81 años con el diagnóstico de ictus isquémico en el territorio de la arteria cerebral posterior izquierda, de origen indeterminado. Desde el ingreso, la paciente tiene fiebre sin hallarse el foco por lo que se trata empíricamente con levofloxacino, ciprofloxacino, piperacilina-tazobactam y vancomicina sin respuesta. Los hemocultivos y urocultivos realizados fueron negativos. Se detectan un absceso parotídeo. El absceso se drena y se instaura antibioterapia con amoxicilina- ácido clavulánico iv. a dosis de 2 gramos cada 8 horas durante 8 días. Permanece afebril y evoluciona favorablemente desde entonces, siendo dada de alta sin necesidad de tratamiento antibiótico al alta. El segundo caso trata de una mujer de 85 años con el diagnóstico de hemorragia parenquimatosa frontoparietal izquierda, posiblemente por angiopatía amiloide, con componente intraventricular, subaracnoideo y subdural del sangrado. El día 26 de hospitalización, presentó febrícula y tumefacción dolorosa en la región cervical derecha. Se diagnostica de parotiditis purulenta y se inicia de forma empírica amoxicilina- ácido clavulánico iv. a dosis de 2 gramos cada 8 horas y metronidazol iv. 1.500 mg cada 24 horas. mujer de 94 años un ictus isquémico con transformación hemorrágica. Al séptimo día de hospitalización, se objetiva pico febril de 38 °C. Se obtiene batería de cultivos y se inicia antibioterapia empírica con piperacilina-tazobactam. 24 horas después aparece una tumefacción dolorosa en región cervical derecha correspondiente a una parotiditis bacteriana. Se realizan lavados de la cavidad oral y se ajusta el tratamiento antibiótico para esta patología, cambiando a metronidazol, 500 mg cada 8 horas iv. y cloxacilina, 1 gramo cada 6 horas iv., de forma concomitante. Se toman muestras de la secreción purulenta del conducto de Stenon para su cultivo, con aislamiento de Staphilococcus aureus sensible a meticilina.

Discusión: Entre las complicaciones médicas de los ictus en fase aguda apenas está referida. Posiblemente porque la situación de los pacientes, muchos de ellos con alteración del nivel o

contenido de conciencia, no les permite manifestar adecuadamente sus síntomas. Además, los pacientes que han sufrido un ictus reciben tratamiento antibiótico con frecuencia, ya que entre ellos la fiebre sin foco aparente, las infecciones pulmonares y las urinarias son las complicaciones sistémicas nosocomiales de mayor prevalencia (Bragado-Trigo et al. Rev Neurol. 2014;59:433-42). Por estas y otras razones, se podría estar infravalorando la incidencia real de parotiditis bacteriana aguda durante la fase aguda del ictus.