

ATENEO ANÁATOMO-CLÍNICO: “FOCO NEUROLÓGICO Y FIEBRE”

Presenta: Sanatorio Santa Fe.

Autores: Rossi Milagros, Etcheverría Trinidad.

CASO CLÍNICO.

Paciente masculino de 73 años, con antecedentes de hipertensión arterial y asma, en tratamiento con enalapril y vilanterol/fluticasona.

MOTIVO DE CONSULTA (18/03/2026)

Cuadro de inicio súbito de 12 horas de evolución, caracterizado por disartria, sin otros síntomas asociados. Al examen físico neurológico presentaba asimetría facial derecha y paresia del miembro superior derecho (4/5). No presentaba alteraciones sensitivas ni otros déficits neurológicos. El puntaje en la escala NIHSS fue de 2.

Como otro hallazgo en el examen físico, presentaba lesiones cutáneas hiperpigmentadas en el miembro inferior derecho, no pruriginosas, de localización supratelar, que se encontraban en estudio por el Servicio de Dermatología, con biopsia cutánea recientemente realizada en otro nosocomio.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

- Laboratorio: GB 8.489/mm³, neutrófilos 67%, hemoglobina 14,8 g/dL, plaquetas 307.000/mm³, función renal, hepatograma e ionograma dentro de parámetros normales.
- Tomografía computada de cráneo: sin lesiones agudas. Se visualiza imagen hipodensa a nivel subcortical frontal izquierda sugestiva de evento isquémico evolucionado.
- Resonancia magnética cerebral: lesiones con restricción en difusión, de distribución córtico-subcortical frontal izquierda, asociadas a pequeños focos adicionales en región temporal izquierda, occipital derecha y ambos hemisferios cerebelosos, compatibles con múltiples infartos isquémicos agudos en distintos territorios vasculares.
- Angiotomografía de vasos de cuello: estenosis leve (25%) de la arteria carótida interna izquierda, sin lesiones hemodinámicamente significativas.
- Ecocardiograma transtorácico: sin alteraciones estructurales. Sin trombos. Valvulopatías.

INTERPRETACIÓN DIAGNÓSTICA.

Accidente cerebrovascular isquémico agudo multiterritorial, de probable origen cardioembólico. Se inicia tratamiento médico con Aspirina 100mg/día, Clopidogrel 75mg/día y Rosuvastatina 40mg/día. Se decide completar el estudio etiológico de forma ambulatoria mediante monitorización con Holter.

El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta (20/03/26)

REINGRESO SANATORIAL (21/03/2026)

A las 24 horas del alta, ingresa por registro febril.

Al examen físico presentaba signos compatibles con flebitis en miembro superior izquierdo (sitio de venoclisis previa), sin evidencia clínica de foco meníngeo, respiratorio, urinario o abdominal. No presenta reagudización de foco neurológico previo.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

- Laboratorio: GB 12.820/mm³ con neutrofilia (73%), elevación de reactantes de fase aguda (VES 29 mm/h y PCR positiva), con función renal, hepatograma e ionograma conservados.
- HMC X 2.
- Tomografía de tórax: sin consolidaciones, sin derrame pleural. Se visualizan imágenes hipodensas en lóbulo hepático izquierdo. Imagen sugestiva de pseudolesión hepática adyacente al ligamento falciforme.

- Ecografía abdominal: en topografía del segmento IVa, adyacente al ligamento falciforme del hígado, se evidencia imagen hiperecogénica de aproximadamente 21 mm de diámetro, sin signos de vascularización al examen Doppler color (¿pseudolesión hepática?). Estructura vascular conservada.
- Ecodoppler venoso del miembro superior izquierdo: sin trombosis venosa profunda ni tromboflebitis.

MANEJO INICIAL.

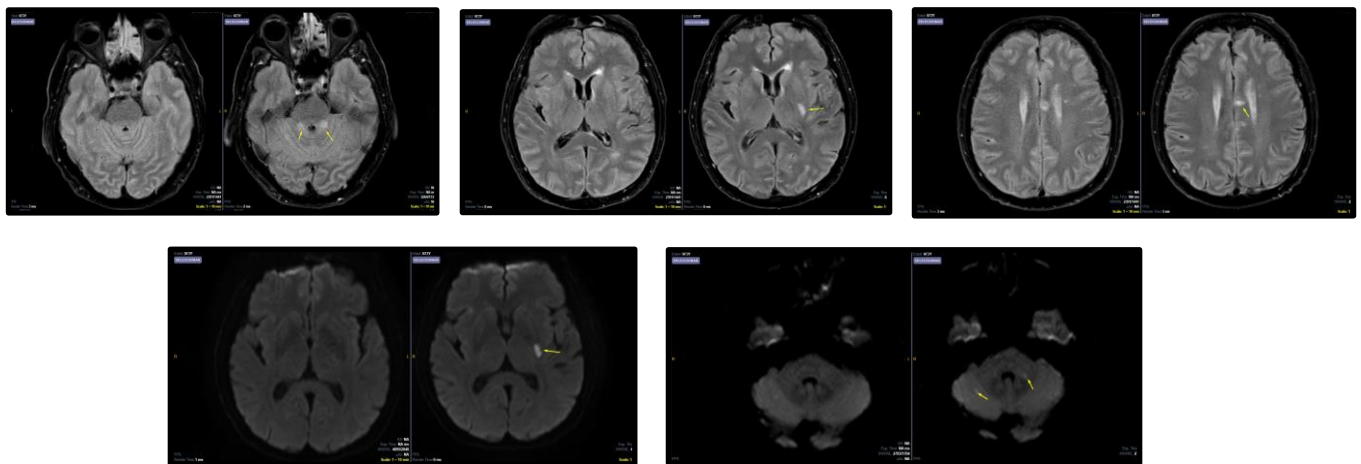
Ante la sospecha de un foco endovascular se inició tratamiento antibiótico empírico con Vancomicina y Cefazolina.

Los hemocultivos fueron negativos a las 72 horas.

Debido a la persistencia del síndrome febril con hemocultivos negativos, hallazgo ecográfico previo de lesión hepática, se decide ampliar de forma empírica la cobertura antibiótica, rotando el esquema a Vancomicina y Piperacilina/Tazobactam, aguardando nuevos estudios complementarios.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

- Resonancia magnética de abdomen: hígado de forma y tamaño normal. Adyacente al ligamento falciforme se observa área hipointensa de 20 mm sugestiva de pseudolesión hepática. En segmento VIII se identifica imagen de márgenes definidos, hiperintensa en secuencias ponderadas en T2, hipointensa en T1, sin realce significativo poscontraste, mide 10 mm, sugestiva de quiste biliar en primera instancia.
- Resonancia magnética cerebral: en relación al giro frontal superior izquierdo, en situación parasagital frontoparietal izquierda y en lobulillo semilunar inferior derecho se observan focos hiperintensos en secuencias ponderadas en T2, con signos de restricción en difusión y caída de la señal en mapa de ADC. Algunas de las cuales impresionan leve realce periférico postcontraste (¿impactos sépticos?)



Ante la persistencia del síndrome febril, a pesar de tratamiento antibiótico y la aparición de cefalea coincidente con los registros febriles asociado a nuevas lesiones cerebrales sugestivas de embolias sépticas y hemocultivos inicialmente negativos, se replanteó la interpretación diagnóstica.

En este contexto, se solicitaron nuevos hemocultivos, serología para HIV (negativo) y un ecocardiograma transesofágico.

En conjunto con Neurología se decide realizar una punción lumbar:

- Físico químico: líquido ligeramente xantocrómico, glucorraquia 0,24 g/dl, proteinorraquia 76 mg/dl, leucocitos < 5%.