

Julio César	Nombre:
Rivera Mata	Apellido:
J. Cardenas, M. Shahin, J. Vucetic	Otros Autores:
juliocrmata@gmail.com	E-mail:
Hospital General Universitario de Valencia	Hospital:
Valencia	Ciudad:
Embolia séptica como complicación de tromboflebitis	Título:
Mujer de 51 años sin antecedentes médicos que 4 días posterior a una caminata por la playa descalza acude a Urgencias, con fiebre, dolor intenso e impotencia funcional en MID, edema y tumefacción de dorso de pie derecho, con erosión y exudado en surco interdigital del pie, valorándose como una celulitis e iniciando tratamiento con antibiótico (amoxicilina – Clavulánico) y paracetamol ambulatoriamente. A las 48H vuelve a urgencias con empeoramiento de sus síntomas y deterioro de función renal por lo que se decide ingreso hospitalario. Presenta disnea y baja saturación de oxígeno por lo que se toma Rx de tórax que hacen sospechar embolia séptica, se cambia antibiótico a Linezolid + Meropenem. TC torácico confirma la presencia de múltiples nódulos bilaterales que sugieren focos sépticos y derrame pleural, ecocardiografía transtorácica no reporta lesiones valvulares ni vegetaciones; se realiza una RM de pierna derecha en la que destacan los hallazgos de celulitis, miositis y tromboflebitis. Cultivos positivos a SAMR corroboran diagnóstico de embolia séptica. Diagnóstico final: Embolismo séptico, secundaria a tromboflebitis infecciosa en MID.	Presentación:
La presencia de múltiples imágenes nodulares en Rx y TC debe abrir la posibilidad de distintos diagnósticos diferenciales a correlacionar con el contexto clínico del paciente, si bien la embolia séptica es una causa rara (2,2% de caso de embolia pulmonar) la presencia de cavitaciones y el signo del vaso nutricio son sugestivos de esta y nos obligan a la búsqueda de un foco infeccioso encontrándose en el 85% de los casos, siendo los más frecuentes la sepsis de foco indeterminado (36%), neumonía (34%), y endocarditis infecciosa (11%) la tromboflebitis séptica es una causa excepcional de embolia séptica (1.2%).	Discusión :
Ante la aparición de lesiones nodulares pulmonares y clínica infecciosa se deberá buscar un foco embolico infeccioso.	Conclusión:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Goswami U, Brenes JA, Punjabi GV, LeClaire MM, Williams DN. Associations and Outcomes of Septic Pulmonary Embolism. The Open Respiratory Medicine Journal. 2014;8:28-33. 2. Rui Ye, Li Zhao, Cuihong Wang, Xiaojie Wu, Hengyi Yan, Clinical characteristics of septic pulmonary embolism in adults: A systematic review, Respiratory Medicine, Volume 108, Issue 1, January 2014, Pages 1-8. 3. Daehee Han, Kyung Soo Lee, Tomas Franquet, Nestor L. Müller, Tae Sung Kim, Hojoong Kim, O Jung Kwon, and Hong Sik Byun Thrombotic and Nonthrombotic Pulmonary Arterial Embolism: Spectrum of Imaging Findings, RadioGraphics 2003 23:6, 1521-1539 4. Masahito Sakuma, MD; Koichiro Sugimura, MD; Mashio Nakamura, MD. Unusual Pulmonary Embolism Septic Pulmonary Embolism and Amniotic Fluid Embolism. Circ J 2007; 71: 772 – 775 	Bibliografía:

<p>5. Dodd JD, Souza CA, Müller NL. High-resolution MDCT of pulmonary septic embolism: evaluation of the feeding vessel sign. AJR Am J Roentgenol. 2006;187 (3): 623-9</p>	
<p>A) Rx AP de tórax; Opacidades nodulares y pseudonodulares pulmonares, con tendencia a la confluencia (circuito negro) Derrame pleural B) Corte axial STIR de pierna; edema muscular (flecha roja), colección líquido entre tejido celular subcutáneo y músculos (flecha blanca) y edema en tejido celular subcutáneo. C) Imagen coronal del TC; Opacidades nodulares y pseudonodulares pulmonares, con tendencia a la confluencia (circuito blanco) Derrame pleural. D) Corte coronal T1fs con CIV; captación de contraste en el trayecto de las venas.</p>	<p>Pie de foto:</p>