



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 423/122 - FIEBRE SIN FOCO APARENTE

B. Meléndez Sancho<sup>1</sup>, P. Notivol Rubio<sup>2</sup>, E. Vicente Amatriain<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

<sup>2</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 71 años con antecedentes personales de HTA, DM tipo II, dislipemia, portador de prótesis mecánica aórtica desde el año 1994, 2 bypass aorto-coronarios y hernioplastia umbilical. En tratamiento con insulina, antidiabético oral, antihipertensivo, estatina, ácido acetilsalicílico y anticoagulante con sintrom. Acude al servicio de urgencias tras ser encontrado con desorientación temporo-espacial, debilidad y torpeza motora, con dificultad para obedecer órdenes desde que se levantó por la mañana. A su llegada a urgencias asintomático, persistiendo amnesia del episodio con febrícula de 37,8 °C. No otra sintomatología acompañante, tampoco los días previos. Se mantiene en sala de observación, donde hace un pico febril de 38,5 °C permaneciendo asintomático. En hemocultivos extraídos en urgencias se observa positividad para *Streptococcus equinus* (grupo viridans). Es valorado por Cardiología realizándole ETT donde no se objetivaron imágenes claras de vegetaciones. Se decidió ingreso hospitalario para completar estudio y tratamiento antibiótico intravenoso con ceftriaxona.

**Exploración y pruebas complementarias:** A su llegada a urgencias: ruidos cardíacos rítmicos con soplo sistólico II/IV en foco aórtico con click valvular. Normoventilación bilateral. Sin edemas ni estigmas cutáneos de endocarditis. Exploración neurológica sin hallazgos. En la analítica sanguínea destacó: PCR 10,71, procalcitonina 17,12, leucocitos 12.600, plaquetas 135.000, Hb 13,8. Radiografía de tórax sin alteraciones. Aislamiento de *Streptococcus equinus* en hemocultivo, con urocultivos negativos. En ECG destacó imagen de bloqueo de rama derecha y onda Q en D III y aVF. Durante su ingreso: ecocardiograma transtorácico y transesofágico sin visualizar disfunción valvular o imágenes compatibles con endocarditis. Body TC, PET TC, y TAC cerebral sin documentar afectación infecciosa a distancia. Colonoscopia con 3 pólipos < 10 mm.

**Juicio clínico:** Tras las pruebas complementarias realizadas se diagnosticó de bacteriemia por *Streptococcus equinus*. A pesar de los resultados obtenidos en dichas pruebas, la posibilidad de endocarditis no fue despreciable, y dado el riesgo y la carga de morbimortalidad atribuible a dicha entidad, se decidió mantener tratamiento antibiótico intravenoso hasta completar 4 semanas de tratamiento.

**Diagnóstico diferencial:** Existen procesos infecciosos en pacientes mayores de 65 años que requieren una especial atención, como son: la sepsis y la bacteriemia, las neumonías, las infecciones del tracto urinario, las infecciones del sistema nervioso central, la endocarditis infecciosa, las infecciones protésicas, cutáneas, gastrointestinales, el VIH y la fiebre de origen desconocido.

**Comentario final:** El diagnóstico de la endocarditis infecciosa es difícil y la existencia de fiebre o leucocitosis es poco frecuente. La presencia de fenómenos embólicos es más habitual. La endocarditis por *Streptococcus bovis/equinus* generalmente ocurre subagudo en mayores de 60 años. La válvula más afectada es la aórtica. La incidencia de la relación de patología colónica con *S. bovis* es variable entre estudios, pero va desde el 6% al 67%, por lo tanto, a todos los pacientes en los que se haga el diagnóstico de infección por este microorganismo se aconseja investigar patología colónica.

## **Bibliografía**

Angulo-Molina D, et al. Endocarditis infecciosa por *Streptococcus bovis* y pólipos colónicos. *Endoscopia*. 2012;24(4):160-2.

López J, San Roman JA, et al. Perfil clínico, ecocardiográfico y pronóstico de las endocarditis izquierdas por *Streptococcus viridans*. *Rev Esp Cardiol*. 2005,58:153-8.