



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2319 - DOCTOR, ME DUELE EL PECHO Y TENGO FIEBRE

J.J. Alcaraz Rivas^a, R. Padure El Haddad^b, Á.A. Ruíz-Risueño Montoya^c, L.S. Bañagasta^d, C. Ramallo Holgado^d, E. Franco Daza^e, A. Sánchez de Toro Gironés^f y J. García Molina^b

^aMédico de Familia y Médico Adjunto. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^cMédico de Familia y Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^fMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 65 años que acude por cuadro de mialgias, artralgias, fiebre vespertina de 39 °C, dolor en hemitorax izquierdo irradiado a espalda, debilidad, fatiga, escalofríos y lesiones de la piel a nivel de palmas de ambas manos de aproximadamente 15 días de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: TA 120/72, FC 110 lpm, Tª 39,4 °C, SatO2 99%, BEG consciente NH NC eupneico. No IY. ACP: rítmico, soplo cardiaco presente. Buena ventilación bilateral. Abdomen normal. Neur: PINR sin signos meníngeos ni focalidad neurológica. Piel: Lesiones nodulares eritematosas de 3-4 milímetros localizadas en palmas de las manos. Analítica: hemograma 19.300 L (80%N, 11%L), plaquetas 210.000. VSG 48. Serie roja normal. Bioquímica: Glu 132, Urea 30, Cr 0,8, Enzimática hepática normal. Iones normales. PCR 4,0. ECG: ritmo sinusal a 100 lpm sin alteraciones de la conducción ni de la repolarización. Rx tórax AP y LAT sin alteraciones. Rx Abdomen simples in alteraciones. TAC torácico-abdominal: Sin alteraciones significativas. Ecocardiograma: Insuficiencia Mitral severa con imagen sospechosa de rotura de cuerda tendinosa compatible con endocarditis. ETE: masa a nivel de velo anterior y velo posterior sugestivas de verrugas de endocarditis. Hemocultivos (X3): Se aisló *Staphylococcus aureus* sensible a vancomicina, clindamicina y trimetoprima-sulfametoxazol y resistente tanto a oxacilina como a penicilina.

Juicio clínico: Endocarditis aguda bacteriana por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina.

Diagnóstico diferencial: Fiebre reumática. Mixoma auricular. Endocarditis trombótica no bacteriana. Enfermedades vasculares del colágeno.

Comentario final: El paciente fue remitido a urgencias. Debido a la sintomatología se decide realizar analítica de sangre, donde se observan signos de infección, junto con TAC toraco-abdominal donde no se visualizan hallazgos significativos. Se extraen tres hemocultivos y se inicia tratamiento antibiótico empírico ingresando posteriormente en Medicina interna. En planta se le realizó ecocardiograma y ETE objetivándose la alteración de los velos de válvula mitral y se inicio

tratamiento según resultados de hemocultivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Habib G, Hoen B, Tornos P, Thuny F, Prendergast B, Vilacosta I, et al. Guía de práctica clínica para prevención, diagnóstico y tratamiento de la endocarditis infecciosa. *Rev Esp Cardiol.* 2009;62:1465.e1-1465.e54.
2. Karchmer AW. Infective Endocarditis. En: Braunwald E, editor. *Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine.* 5th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1997; p. 1077-104.
3. Petti C, Fowler V. Staphylococcus aureus bacteremia and endocarditis. *Infect Dis Clin N Am.* 2002;16:413-36.
4. Jacob S, Tong A. Role of echocardiography in the diagnosis and management of infectious endocarditis. *Curr Opin Cardiol.* 2002;17:478-85.