



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/701 - SOSPECHA DE ENDOCARDITIS EN ADULTO JOVEN CON PÉRDIDA DE PESO Y TOS DE 6 MESES DE EVOLUCIÓN

C. Sánchez Artilés

Médico de Familia. Centro de Salud El Doctoral. Las Palmas.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 38 años sin antecedentes personales de interés que acude a consulta de Atención Primaria por cuadro de seis meses de evolución de astenia, pérdida inexplicable de peso de aproximadamente 10 kilos, tos seca, no fiebre, pero sí sudación nocturna. Exfumador de 4-5 cigarrillos hasta hace 2 años. No consumo de tóxicos ni alcohol. No cardiopatía. No intervenciones quirúrgicas.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física se observa mal estado general, delgadez importante, palidez cutánea. Consciente sin localización neurológica. Adenopatía en cuello, no bocio, pérdidas dentarias en ambas arcadas inferiores, gingivitis y caries dental. ACP: Ts Cs Rs soplo pansistólico MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, despreciable, no doloroso, hepatomegalia de un través de dedo, no defensa ni peritonismo. Adenopatías inguinales bilaterales no dolorosas. Peso: 55 kg. Talla 175. TA 99/65. FC 100. FR 14. ECG: Rs a 100 lpm eje normal sin alteraciones isquémicas agudas en la repolarización. Se realiza analítica y Rx de tórax para descartar proceso constitucional incipiente. Laboratorio: anemia normocrómica normocítica: hemoglobina: 7,5 g/dl. Hto 24,8%. Leucocitos: 13,40 con neutrofilia. PCR: 74,99. Resto normal. Bioquímica normal. Proteinograma: patrón electroforético de tipo inflamatorio. Serología hepática, citomegalovirus, VIH negativo. EBV VCA IgM positivo. Se realiza prueba de sangre oculta en heces por anemia ferropénica: SOH negativo. Rx tórax sin hallazgos patológicos. Se deriva a Unidad de Diagnóstico rápido Medicina Interna del hospital para descartar proceso neoplásico. Mientras es seguido en consulta de AP comienza con cuadro de disnea a moderados y mínimos esfuerzos, edematización de EEII. Se realiza estudio en Unidad de Diagnóstico rápido de Medicina Interna descartándose procesos tumores o linfoproliferativos. Ecografía: esteatosis hepática, esplenomegalia homogénea 13, 7. Se realiza estudio para descartar endocarditis. Biopsia de médula ósea y cultivo positivo a Streptococcus salivaris. Ecocardiograma: vegetaciones en válvula mitral y aórtica que condicionan una insuficiencia bivalvular grave. Angio CT: dilatación aneurismática de 44 × 45 mm en Ao ascendente. Atelectasia en base derecha.

Juicio clínico: Endocarditis subaguda sobre válvulas mitral y aórticas nativas por Streptococcus salivaris. Rotura de cuerdas tendinosas.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia pulmonar. Metástasis pulmonar de otro tumor. Proceso tumoral linfoproliferativo.

Comentario final: La endocarditis infecciosa es de difícil diagnóstico debido a la gran variedad de manifestaciones clínicas con las que puede presentarse. Puede ser confundida con enfermedades sistémicas. Un porcentaje importante de pacientes no presentan las manifestaciones clínicas clásicas. Precisa un alto grado de sospecha para el diagnóstico. Se ha establecido una serie de criterios diagnósticos clínicos, microbiológicos y ecográficos. Los datos más importante son los microbiológicos, la existencia de una cardiopatía predisponente y hallazgos clínicos (fiebre, fenómenos embólicos o vasculares, nuevos soplos). Los criterios de Duke integra los hallazgos ecocardiográficos y tiene una sensibilidad y especificidad del 80% y son referentes para el diagnóstico. Desde Atención Primaria, podemos sospechar esta patología. Una buena anamnesis y exploración física siguen siendo herramientas junto con criterios diagnósticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Durack DT, Lukes AS, Bright DK. New criteria for diagnosis of infective endocarditis: utilization of specific echocardiographic findings. Duke Endocarditis Service. Am J Med. 1994;96(3):200-9.
2. Hoen B, Duval X. Clinical practice. Infective endocarditis. N Engl J Med. 2013;368(15):1425-33.