



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1990 - FOD

M. Real Campoña^a, R. Orta Chíncoa^a y T. Martín Acedo^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 49 años sin antecedentes de interés que acude a consulta de Servicio de Urgencias por febrícula de dos meses de evolución. Refiere náuseas sin vómitos y pérdida de peso de 20 kilos en los últimos 4 meses. Presenta disnea a mínimos esfuerzos, ortopnea que lo obliga a dormir prácticamente sentado y aumento de diámetro en MMII. El paciente es remitido a Hospital de Día de Medicina Interna con carácter preferente tras obtener muestras de hemocultivo. En hemocultivo se evidenció *Streptococcus sanguis* I positivo por lo que se cursó su ingreso en Cardiología y posteriormente a UCI por insuficiencia aórtica grave.

Exploración y pruebas complementarias: AC: ruidos cardiacos rítmicos a 100 lpm con soplo holosistólico. Exploración abdominal: abdomen globuloso, blando y depresible con hepatomegalia. MMII edematosos con fovea hasta tercio medio. Analítica de Urgencias. Bioquímica: LDH: 258 U/L (80-235), PCR: 9,87 mg/dL (0-0,5). Hemograma: Hte: 3,23 millón/uL (4,2-5,4), Hb: 8 g/dL (13-17,5), VCM 80,80 fl (80-94). Leucocitos 11,74 (4,5-10,08), neutrófilos valor absoluto 10,66 (1,9-8). Radiografía de tórax: cardiomegalia. Signos de redistribución vascular. Hemocultivo: *Streptococcus sanguis* I positivo. ETE: endocarditis infecciosa mitroaórtica. Vegetación en cara auricular de segmento A2 de velo anterior mitral de 13 × 10 mm y perforación se segmento A3 de velo anterior, condicionando dos jet de insuficiencia uno severo a nivel de perforación y uno leve a nivel del prolapso. Perforación de seno no coronario aórtico, con vegetación de 17 × 5 mm que prolapsa hacia VI condicionando una insuficiencia grave.

Juicio clínico: Endocarditis infecciosa subaguda aortica y mitral.

Diagnóstico diferencial: TBC, brucelosis, linfomas.

Comentario final: En un paciente febril debemos sospechar una endocarditis si presenta elevación de reactantes de fase aguda, leucocitosis, anemia y hematuria microscópica. Un 90% de los pacientes presentarán deterioro del estado general y pérdida de peso. En un 85% se auscultará un soplo de nueva aparición y más de un 25% presentará complicaciones cardioembólicas al diagnóstico.

Bibliografía

1. Habib G, Lancellotti P, Antunes M, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of infective

endocarditis. 2017.

Palabras clave: FOD. Endocarditis.