



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



242/4782 - SOPLO DE NUEVA APARICIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Maamar El Asri^a, S. Pini^b, J. Bustamante Odriozola^c, Í. González Mazón^a, E. García Ruymayor^d y B. Gutiérrez Muñoz^e

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Santander. Cantabria. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro-Isabel II. Cantabria. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Psiquiatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. ^eMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 51 años con AP HTA, colitis ulcerosa e implantación de 2 stents farmacoactivos un mes antes por SCASEST. Medicación habitual: enalapril, bisoprolol, atorvastatina, AAS, clopidogrel. Acude a MAP por fiebre sin foco de 15-20 días de evolución. Se realiza urocultivo positivo para E. coli, por lo que recibe tratamiento con ciprofloxacino 7 días. Dada la persistencia de la fiebre, disnea de esfuerzo asociada, acude a MAP quien ausculta soplo sistólico panfocal no conocido y deriva a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: TA 144/75 mmHg, FC 91 lpm, Sat 99%, T^a 36,6 °C. Estable. ACP rítmica, soplo sistólico panfocal. MVC. Abdomen blando, doloroso en FII. EEII: no edemas ni signos de TVP. Analítica: PCR 11,6. Troponinas 0,0. Hgma: normal. Elemental = leucocitos+++, proteínas+. Bacteriuria. Rx tórax: normal. ECG = RS, onda Q en III. Eco abdominal sin alteración. ETT: insuficiencia aórtica moderada con imagen de vegetación en tracto de salida del ventrículo izquierdo. Hemocultivo: S. mitis. Urocultivo: negativo.

Juicio clínico: Endocarditis infecciosa nosocomial.

Diagnóstico diferencial: Fiebre de origen desconocido. Pielonefritis. Brote agudo colitis ulcerosa.

Comentario final: La paciente ingresó en cardiología pautándose antibioterapia empírica con daptomicina. La endocarditis infecciosa se caracteriza por la formación de vegetaciones sobre el endocardio valvular. Afecta válvulas nativas, válvulas protésicas (usual en usuarios ADVP) y cavidades derechas en los portadores de marcapasos o DAI. Dado el aumento de la realización de cateterismos, la endocarditis de origen nosocomial se ha visto incrementada, conllevando además un peor pronóstico. Se consideran endocarditis nosocomiales las ocurridas tras las 72h hasta los 60 días poscateterismo hospitalario. Los factores que aumentan su morbilidad son la edad, la pluripatología y los factores de riesgo cardiovascular. A su vez los microorganismos implicados suelen ser resistentes a antibióticos. El tratamiento antibiótico debe ser intravenoso y dirigido una vez conocido el germen, con una duración habitual de 4-6 semanas. Está justificado el empleo de tratamiento empírico cuando la sospecha clínica es muy alta o los síntomas son agudos, siempre

previa toma de hemocultivos.

Bibliografía

1. Farreras P, et al. Endocarditis infecciosa. Medicina Interna, 17ª ed. Elsevier.
2. Soman R, et al. Intravascular Stent-related Endocarditis due to Rapidly Growing Mycobacteria: A New Problem in the Developing World. J Assoc Physicians India. 2015;63(1):18-21.

Palabras clave: Endocarditis. Stent. Fiebre.