



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/291 - ¡DOCTOR! SUDO MUCHO POR LAS NOCHES

M. Quijano Reventún^a, M. Michel Tactuk^b, K. Buelvas de la Ossa^b y E. Bermejo Ruiz^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Laredo. Cantabria. ^cMédico de Familia. Consultorio Rural Valle de Villaverde. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón 50 años. Refiere sudoración profusa vespertina desde hace 7 meses y malestar general con pérdida de 8 Kg de peso. Médico de empresa sospecha neumonía y pauta amoxicilina/clavulánico, logrando mejoría parcial. Al suspender tratamiento empeora e inicia nuevo ciclo antibiótico. En la última semana refiere dolor dorsal bajo, muy localizado.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración: regular estado general, sudoración y coloración cérea. Auscultación cardiopulmonar: RsCsRs con soplo sistólico III/VI, resto normal. No adenopatías. Dolor en últimas apófisis espinosas dorsales. Se inicia estudio con sospecha de proceso neoplásico. En seguimiento refiere mejoría de dorsalgia y astenia intensa (predominio vespertino). Se deriva a consulta de medicina interna para completar estudio. Hemograma: Hb: 10 g/dl, PCR: 8,4 mg/dl. Resto normal. Ecocardiograma: insuficiencia mitral grave, imagen sugestiva de vegetación. Hemocultivo: Streptococo viridans.

Juicio clínico: Endocarditis bacteriana subaguda con insuficiencia mitral grave.

Diagnóstico diferencial: Osteomielitis, neumonía, linfoma no Hodgkin, metástasis ósea, mixoma auricular, tuberculosis.

Comentario final: Los factores de riesgo para endocarditis infecciosa (EI) incluyen: episodio previo de EI, cardiopatía congénita, prótesis valvulares, empleo de drogas parenterales, catéteres endovenosos y procedimientos dentales. La clínica es inespecífica, puede ser aguda (progresión rápida), subaguda o crónica. La fiebre es el síntoma más común (90%), asociada a escalofríos, cefalea, mialgias, artralgias, sudoración nocturna, disnea, tos, dolor torácico pleurítico, soplo cardíaco (85%), esplenomegalia y petequias (20-40%). Son raras manifestaciones: lesiones de Janeway, nódulos de Osler y puntos de Roth (2%). Pueden surgir complicaciones cardíacas (50%, insuficiencias valvulares, absceso valvular, fallo cardíaco), neurológicas (40%), embolia séptica (25%), metástasis infecciosas o glomerulonefritis. En el electrocardiograma un bloqueo auriculoventricular o de rama traduce extensión perivalvular o miocárdica. El diagnóstico se realiza en base a clínica, hemocultivo y hallazgos ecocardiográficos, siguiendo los criterios de Duke. Los principales microorganismos causantes son Staphylococcus aureus (31%), S. viridans (17%), Enterococco (11%), Staphylococcus coagulasa-negativo (11%), Streptococcus bovis (7%), hongos (2%) y grupo HACEK (2%). La mortalidad ronda el 8-23% de los hospitalizados y 22-27% a los 6

meses. El paciente presentó una endocarditis de evolución subaguda secundaria a exceso de higiene bucal (limpiezas dentales frecuentes) con afectación mitral de progresión lenta y modificación compensatoria de las cavidades cardiacas izquierdas, lo que justifica su tolerancia al esfuerzo.

Bibliografía

1. Fawler V. Clinical manifestations and evaluation of adults with suspected native valve endocarditis. UpToDate, 2016.
2. Sexton D. Epidemiology, risk factors, and microbiology of infective endocarditis. UpToDate, 2015.
3. Spelman D, Sexton D. Complications and outcome of infective endocarditis. UpToDate, 2016.