



160/1145 - DESCRIPCIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE CON FIEBRE Y COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS GRAVES DE ORIGEN ENDOCÁRDICO

I. Adanero Calvo^a, E. Álvarez Tutor^b, A. Valle Campo^c, J.J. Jurío Burgui^b, I. Fau Sánchez^a, E. Zubieta Floristán^b, P. Palacio Cuenca^b, C. Hijos Larraz^b, M. Otero Lago^c y M.L. Bustos Guillén^d

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ermitagaña. Pamplona.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Ermitagaña. Pamplona. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ermitagaña. Pamplona. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ermitagaña. Pamplona. Navarra.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 38 años procedente de Senegal que acude a consulta en por cuadro respiratorio con tos y fiebre de varios días de evolución que es tratada con antibioterapia. Tras el tratamiento la paciente mejora pero persiste una tos residual. Dos días después acude a urgencias por un cuadro inespecífico de mareo, mialgias, fiebre, dolor abdominal y cierto grado de ansiedad. Se encuentra leucocituria en orina por lo que se inicia antibioterapia. A los 4 días la paciente vuelve a consultar en su centro de salud por persistencia de mareos y dolor abdominal acompañado de signos de irritación peritoneal por lo que es derivada a urgencias. En urgencias se realiza ECG que es informado como normal a excepción de un intervalo QT largo. La exploración física es normal y la paciente es dada de alta con tratamiento sintomático. Una semana después la paciente es trasladada al servicio de urgencias por disminución del nivel de consciencia.

Exploración y pruebas complementarias: La paciente se encuentra adormilada, reacciona a estímulos dolorosos moderados y ejecuta ordenes sencillas con dificultad (Glasgow: 2+5+0). Presenta pérdida de control de esfínteres. Signos meníngeos dudosos. Resto de exploración normal. Ante la situación de síndrome febril con focalidad neurológica se ingresa a la paciente y se realiza TAC craneal en el que se describen áreas de infartos cerebrales a nivel de ACM. Se decide realizar punción lumbar en la que se observan 60 leucocitos con 85% PMN sin hipoglucorraquia ni hiperproteorraquia pero no se aísla ningún microorganismo (incluido PCR herpes y micobacterias). Se realiza coprocultivo que también es informado como negativo. Se realiza un hemocultivo en el que se aísla *Streptococcus pyogenes* (grupo A) y cultivo de orina en el que se aísla *Candida albicans*. Ante los hallazgos actuales se inicia antibioterapia. Se le había realizado al ingreso un ECG en el que se observaba bloqueo AV III grado con escape nodal a 81 lpm por lo que se realiza ecocardiograma transtorácico y transesofágico en el que diagnostica endocarditis infecciosa subaguda sobre válvula mitral nativa. Se realiza recambio valvular con éxito y la paciente queda con afasia y hemiparesia derecha. Tras rehabilitación la paciente recupera lentamente el habla y mejora la hemiparesia hasta su completa recuperación.

Juicio clínico: Embolismo en arteria cerebral media izquierda secundario a endocarditis infecciosa por *Streptococcus pyogenes* sobre válvula mitral.

Diagnóstico diferencial: Ante el cuadro de afectación de ACM izquierdo con síndrome febril se baraja la posibilidad de encefalitis infecciosa o infartos múltiples de causa cardioembólica.

Comentario final: La paciente tenía historia reciente de cirugía dental, lo que parece que pudo estar relacionado con el caso. Señalar la importancia del seguimiento y valoración constante de los síntomas neurológicos y cardiológicos en pacientes con fiebre de origen desconocido que no terminan de resolverse con antibioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cunha BA, Lortholary O, Cunha CB, Fever of Unknown Origin: A Clinical Approach, American Journal of Medicine. 2015; doi: 10.1016/j.amjmed.2015.06.001.
2. Pierce D, Calkins B, Thornton K. Infectious Endocarditis: Diagnosis and Treatment. Am Fam Physician. 2012;85(10):981-6.