



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1139 - Síndrome febril de origen desconocido

E. Suelim Selma^a, O. Guta^b, M.V. Bonilla Hernández^c, M.I. Llamas Blasco^d, M.T. Meneses Yaruro^e, F.J. Juárez Barillas^f y J.A. Castiñeiras Moracho^g

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascante. Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Este. Pamplona. ^cMédico Especialista Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Oeste. Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Este. Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra. ^fMédico Residente de Familia Centro de Salud Cascante. ^gMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascante. Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra.

Resumen

Descripción del caso: Paciente 72 años, HTA, HBP, DM II, hiperuricemia, fumador y de infección bocal recurrente en seguimiento por MAP por un síndrome febril de 45 días, con pico de perfil bacteriémico de hasta 40°, sin clara patología respiratoria, llevo tratamiento empíricamente con moxifloxacino durante 15 días desapareciendo la fiebre en los primeros días de tratamiento que recurre días después. Recibió también tratamiento con claritromicina durante 1 semana con mejoría, pero nuevamente pico febril de 40°, por lo que acudió a urgencias. No aumento de tos ni de expectoración. No disuria, aunque sigue dificultad para iniciar la micción. No clínica articular ni lesiones cutáneas. Refiere además astenia. No pérdida de peso. Ingresa para estudio y tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias: Aus. cardiaca: ruidos cardiacos rítmicos, soplo aórtico II/IV. Aus. pulmonar: crepitantes inspiratorios finos en ambas bases. Abdomen: dolor a la palpación en vacío y FI izda, sin peritonismo. Peristaltismo normal. Sin masas. Resto normal. Hemograma con leucocitosis con desviación izquierda. Alteración de la glucosa basal: 141, orina y sedimento sin alteración patológica. Rx de tórax y abdomen normales. TC toraco abdominal: donde se observan lesiones hepáticas a valorar naturaleza flemonosa o metastásica, una de ellas abscesificada de 6 cm. Cultivo de esputo y heces: normal. Toxina de Clostridium difficile: negativo. Hemocultivos: se aísla un S. milleri. ETT: objetivándose una endocarditis de válvula aórtica, y en eco transesofágico imagen sugestiva de vegetación en válvula aórtica. Durante su ingreso recibió tratamiento antibiótico durante 6 semanas de ceftriaxona iv además de 10 días con gentamicina iv, según antibiograma, con mejoría del cuadro, normalización de la analítica y disminución del tamaño de las lesiones hepáticas en TAC.

Juicio clínico: Endocarditis infecciosa por S. milleri sobre válvula aortica nativa. Absceso hepático por S. milleri. Secundarios a Infección dental.

Diagnóstico diferencial: Masa hepática: metástasis hepática, quistes hidatídicos, absceso de

origen parasitaria (ameba y fasciola). Sd. febril: nruceosis, tuberculosis, picadura de insectos (Lyme). Sd. mielodisplásico.

Comentario final: Importancia de la buena higiene bucal, cuya ausencia puede causar enfermedades graves como endocarditis infecciosa (EI). Considerar fiebre en anciano un signo de alarma. Es importante el abordaje de síndrome febril de origen desconocido en Atención primaria y solicitar pruebas diagnósticas, evitando uso prolongado de antibióticos y retrasando diagnóstico, que lleva a complicaciones graves (abscesos). La EI puede presentarse con clínica inespecífica y variaciones en el perfil microbiológico, tendremos que valorar su diagnóstico ante un paciente con fiebre recurrente, inmunodeprimido (edad + DM). *S. milleri*, (cepa viridans), que es la segunda causa más frecuente de EI, cuya característica principal son abscesos a distintos partes del cuerpo, secundarios a una infección bucal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chow AW. Literature Review Current Through. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:153-8.
2. Besnier JM, Choutet P. *Med Int Mex* 2011;27(6):573-585.
3. Modalités et Surveillance de L'antibiothérapie des Endocardites Infectieuses. *Rev Prat (Paris)*. 1998, 48:513-8.