



160/1588 - SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO SECUNDARIO A ENDOCARDITIS SOBRE VÁLVULAS PROTÉSICAS

M.M. Antonio González^a, J. Ballesta Lozano^b, M. Vigil Velis^c, L. Bernabé Vera^d, J.M. Serrano Navarro^e, M. Solana Palazón^f, E. Ruíz García^b, S. Herreros Juárez^g, M. Serna Martínez^b y P.R. Lucas Aroca^h

^aMédico de Familia. Servicio Murciano de Salud. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza Oeste y Hospital Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia. ^cMédico de Medicina Intensivista. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. ^eMédico Residente de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza-Oeste. Murcia. ^gMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza-Oeste. Murcia. ^hMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza-Oeste. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 65 años que consulta en Atención Primaria por cuadro de malestar general, escalofríos seguido de fiebre de hasta 38 °C y sudoración importante de 3 semanas de evolución. Niega clínica respiratoria, urinaria o abdominal. Ha recibido tratamientos antibióticos sin mejoría. Niega manipulación dentaria. Colocación de prótesis mecánicas aórtica y mitral hace 5 meses. Se deriva a urgencias para estudio de síndrome febril prolongado. AP: No AMC. No HTA. No DM. DLP. Cardiopatía isquémica crónica. FA con RVM rápida. Insuficiencia mitral moderada. Ingreso en abril del 2013 con dx de TEP idiopático con dilatación de rama derecha de arteria pulmonar, FA con RV rápida. Aneurisma del septum interatrial. Intervenciones quirúrgicas: recambio valvular de mitral y aórtica en octubre de 2014. Tratamiento crónico: diltiazem, digoxina, furosemida, calcio y vitamina D, escitalopram, acenocumarol, ranitidina, atorvastatina.

Exploración y pruebas complementarias: En urgencias, TA 99/62. FC 101. SatO₂ 92%. T^a 36 °C. FR 22. Glasgow 15. Regular estado general. Ac. tonos arrítmicos con ruidos de prótesis metálica. Ap. normoventilado, crepitantes en bases posteriores. Abdomen: blando y depresible, sin peritonismo. Mmii: edemas hasta rodillas, pulsos periféricos palpables. Hemograma: Hb 9,7. Pla^q 254.000. Leucos 16.500 (75N). Bioquímica: Glu 105. Creat 0,9. Urea 23. Na 140. K 4,3. Orina: 250 eritrocitos. GSV. pH 7,35. pCO₂ 47. HCO₃ 25,8. EB 1. Lactato 1,6. Coagulación: Ap 24% INR 3. ECG: fibrilación auricular a 106 lpm sin alteraciones de la repolarización. Rx tórax: cardiomegalia. Infiltrados alveolo-intersticiales bibasales sugestivos de insuficiencia cardiaca. Sutura esternal. Anillos protésicos visibles. Ecocardiografía transesofágica: se aprecia imagen de 2 × 1 cm de aspecto friable sobre prótesis mitral, que asienta sobre la unión mitro-aórtica. Se aprecia imagen de dehiscencia a nivel de la unión mitro-aórtica que genera una IM grave. Hemocultivos: Positivo para S. epidermidis resistente a cloxacilina.

Juicio clínico: Endocarditis por Staphilococo epidermidis sobre válvulas protésicas. Insuficiencia

cardiaca secundaria a insuficiencia mitral grave.

Diagnóstico diferencial: Fiebre reumática. LES (endocarditis de Libman-Sacks). Artritis reumatoide. Leucemia aguda y púrpura. Enf. Hodgkin y otros linfomas. Neumopatías agudas. TBC, tifoidea, brucelosis, micosis. Pielonefritis u otras nefropatías subagudas o crónicas. Hemorragia cerebromeningea, meningococcal. Trombosis y aneurismas arteriales. Insuficiencia cardíaca refractaria. Endocarditis trombótica no infecciosa.

Comentario final: Ante sospecha inicial de endocarditis, se inicia tratamiento antibiótico con vancomicina + gentamicina y se solicita la realización de ecocardiografía transesofágica informada como gran verruga de aspecto friable, mitro-aórtica con pequeña dehiscencia e IM grave. Dados los hallazgos con posibilidad de complicación nos ponemos en contacto con Cirugía Cardiovascular que aconseja mantener tratamiento antibiótico y programar nueva intervención. Sin embargo durante su ingreso, avisan por taquicardia, hipoxia y TA en límites inferiores, por lo que ingreso en UCI para estabilización. Finalmente tras recambio valvular, se consulta con Sección de Infecciosas indicando pauta antibiótica (rifampicina y linezolid) de forma ambulatoria hasta cumplir un mínimo de 6 semanas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Almirante B, Miró JM. Infecciones asociadas a las válvulas protésicas cardíacas, las prótesis vasculares y los dispositivos de electroestimulación cardíacos. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2008;26(10):647-64.
2. Revilla A, San Román JA, López J, Vilacosta I, Luaces M, Fernández-Avilés F. Perfil actual de la endocarditis por estafilococo coagulasa negativo en válvulas nativas izquierdas. *Rev Esp Cardiol.* 2005;58:749-52.