



## 242/3285 - DISNEA DE ORIGEN CARDIACO

M. Saiz Careaga<sup>a</sup>, B. Ricalde Muñoz<sup>b</sup> y M. Alonso Santiago<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Zapatón. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia. Consultorio de Guriezo. Centro de Salud La Barrera. Castro Urdiales. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 80 años. Antecedentes: hipertensión, dislipemia, artritis psoriásica, cáncer mama mastectomizada. Acude a consulta por disnea solo al subir cuestras de más de un mes de evolución, no palpitations, astenia y ligera pérdida de peso, no edemas extremidades inferiores. Tras exploración se deriva a Cardiología. Posteriormente es atendida en urgencias por mareo y febrícula, con labstix positivo y se pauta ciprofloxacino. A los 15 días consulta nuevamente por fiebre vespertina de 37,8 °C de 4 o 5 veces por semana desde hace más de un mes, de unas horas de duración que remite con ibuprofeno. Ligera pérdida de peso, mialgias y artralgias. Al mes presenta disnea de reposo por lo que se remite al hospital.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 147/77, rítmica. AP y abdomen normal. AC: soplo sistólico mitral y carotídeo, extremidades sin edemas, pulsos presentes y simétricos. Hemograma y bioquímica normales, VSG 82, PCR 126,7. Electrocardiograma: hipertrofia ventricular izquierda. Ecocardiograma (antes del ingreso): HVI ligera, VAo trivalva ligeramente calcificada, IM grave con rotura de cuerda y prolapso, dilatación de AI y VI, no datos de ICC. En hospital: hemocultivo Staphylococcus lugdunensis, ETT y ETE: endocarditis sobre válvula mitral nativa, engrosamiento de velos con rotura de velo posterior y prolapso hacia AI.

**Juicio clínico:** Endocarditis bacteriana.

**Diagnóstico diferencial:** Infección urinaria, artritis, insuficiencia cardiaca.

**Comentario final:** La endocarditis bacteriana es una enfermedad de diagnóstico difícil y elevada morbimortalidad. Afecta con mayor frecuencia a las válvulas cardiacas tanto naturales como prótesis. La clínica es inespecífica pudiendo cursar con fiebre, sudoración nocturna, anorexia, pérdida de peso, mialgias, artralgias y soplo cardiaco entre otras. Su diagnóstico se basa en hemocultivo y ecocardiograma. Nuestra paciente se pauto cloxacilina intravenoso y dalbavancina, entrando en ACFA y edema pulmón. Se intervino con prótesis valvular biológica y posterior cirugía por derrame pericárdico y hematoma lateral a AD. Actualmente la paciente esta asintomática y sigue revisiones en cardiología y por Médico de Atención Primaria.

### Bibliografía

1. Karchmer AW. Endocarditis infecciosa. Fauci A, Kasper DL, Longo D. Harrison Principios de Medicina Interna, 15<sup>a</sup> ed. 2004:958-68.
2. Cercenado E. Staphylococcus lugdunensis: un estafilococo coagulasa negativo diferente a los demás. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2009;27(3):139-42.

**Palabras clave:** Endocarditis. Staphylococcus lugdunensis. Tratamiento endocarditis.