



242/4390 - ENDOCARDITIS POR VÍA PERIFÉRICA

X. Romani Faro^a, C. Luque Amado^b, A. Pérez Pérez^c y M. Prieto Sánchez^d

^aFEA Medicina Intensiva. Hospital La Línea. La Línea de la Concepción. Cádiz. ^bFEA Medicina Interna. Hospital La Línea. La Línea de la Concepción. Cádiz. ^cMédico de Familia. Centro de Salud de San Roque. Cádiz. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La línea. La Línea de la Concepción. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 78 años, hipertenso, fumador, Estenosis aórtica severa con insuficiencia moderada pendiente de cirugía, la cual rechazó. Acude por cuadro de edema agudo de pulmón (EAP) que se resuelve tras ventilación no invasiva y diuréticos, durante el procedimiento sufre cuadro de flebitis por catéter venoso periférico que se retira. Es dado de alta de urgencias. A las 48 horas acude nuevamente por EAP y fiebre. En eco-cardio en urgencias se detecta insuficiencia aórtica severa sisto-diastólica e insuficiencia mitral moderada, leucocitosis y tanto PCR como PCT elevadas. Fracaso ventilatorio y hemodinámico es intubada en urgencias. Se realiza eco trans-esofágica por Cardiología que objetiva endocarditis mitro-aórtica. Es ingresada en UCI. Empeoramiento clínico progresivo en nueva eco trans-esofágica se objetiva absceso peri-aórtico. Es deriva al Hospital de Referencia. Tras cirugía cardíaca y múltiples complicaciones, sufre deterioro neurológico. En base a registro de voluntades anticipadas redactadas por el paciente se decide limitación de la terapia de soporte vital.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente con mal aspecto general mala perfusión distal, taquipneico con uso de musculatura accesoria, ligeramente estuporoso, crepitantes bibasales, soplo pansistólico V/VI (con frémito). En analítica destaca Creatinina: 1,46 mg/dl, iones normales, PCR 220 mg/L, Procalcitonina: 100 ng/ml. Rx tórax: compatible con EAP. Hemocultivo: Staphylococcus aureus oxacilín sensible.

Juicio clínico: Endocarditis bacteriana.

Diagnóstico diferencial: Endocarditis bacteriana. Neumonía. Trombo-embolismo pulmonar.

Comentario final: La endocarditis infecciosa se produce por la llegada de microorganismos al corazón a través del torrente sanguíneo. La sospecha diagnóstica se establece cuando existe un proceso infeccioso con fiebre persistente sin un foco aparente de infección o asociada a la aparición de soplos u otros síntomas cardiacos como es el EAP. La incidencia es especialmente significativa en pacientes con cardiopatías previas. La técnica de elección es la visualización directa de las vegetaciones mediante eco-trans-esofágica, sin embargo el uso de eco trans-torácica con los hallazgos de una insuficiencia valvular no conocida, o empeoramiento de la misma, deberían alertar de su posibilidad. Cabe destacar el papel que desempeña en el campo de la ética el registro de voluntades anticipadas para respetar la voluntad del paciente.

Bibliografía

1. S. Miranda-Montero, Rodríguez-Esteban M, Álvarez-Acosta L, et al. Endocarditis infecciosa en la Unidad de Medicina Intensiva. Med Intensiva. 2012;36(7):460-6.

Palabras clave: Endocarditis. Flebitis.