



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1379 - FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO CON CONSECUENCIAS TARDÍAS

S. Barón del Río y E. Castro Sánchez

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bustarviejo. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 80 años hipertenso, portador de marcapasos por BAV completo y bioprótesis aórtica, con hiperaldosteronismo primario y alergia a contrastes yodados que acude a Consulta por fiebre de 38-39 °C con dos picos diarios (final de mañana y tarde) desde hace un mes, asociada a astenia e hiporexia. Picadura de insecto en MII la semana previa al inicio de la fiebre. Estaba de vacaciones en zona rural, donde consultó por este cuadro, se extrajeron analítica y hemocultivos y fue tratado con moxifloxacino 7 días.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física sin hallazgos relevantes. Analítica en consulta rural y posteriores durante el ingreso: RFA elevados sin otras alteraciones (VSG 58, fibrinógeno 554, LDH 300, PCR 124). Hemocultivos en consulta rural y durante el ingreso: *Streptococcus gallolyticus*. Serologías: negativas. ETE: imagen móvil filiforme de 18 mm de largo dependiente del cable auricular de marcapasos, con movimiento oscilante hacia plano tricuspídeo sin llegar a protruir hacia VD. Otra imagen móvil más pequeña en relación con el cable auricular adherida a pared posterior. Bioprótesis aórtica con vegetación de 10 × 3 mm en velo coronario derecho.

Juicio clínico: Endocarditis infecciosa bacteriana sobre cable de marcapasos y bioprótesis aórtica por *Streptococcus gallolyticus*.

Diagnóstico diferencial: Infeccioso: endocarditis, abscesos, tuberculosis, leishmaniasis, brucelosis, tromboflebitis, prostatitis. Neoplasias: linfomas, leucemias, neoplasias sólidas, mieloma múltiple. Conectivopatías: arteritis de células gigantes, poliarteritis nodosa, LES. Otras: sarcoidosis, enfermedad inflamatoria intestinal...

Comentario final: En tratamiento con benilpenicilina y gentamicina y en espera de cirugía cardíaca, presentó ictus cardioembólico en territorio de ACM derecha, realizándose trombectomía mecánica urgente con repermeabilización completa y sin secuelas. Posteriormente, se recambió la prótesis biológica aórtica y el marcapasos y se completó antibioterapia. Destacar la importancia de la función integradora del Médico de Atención Primaria, quien buscó las pruebas realizadas en el Centro rural, que no habían sido revisadas, y explicó la urgencia y la necesidad inmediata de estudio del cuadro a nivel hospitalario a un paciente que en principio se negaba.

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill, 2012.
2. Aguilar F, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre, 7^a ed. MSD, 2012.

Palabras clave: FOD. Endocarditis.