



## 242/795 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA SOBRE VÁLVULA AÓRTICA BICÚSPIDE NO CONOCIDA

F. Jiménez Ros<sup>a</sup>, J. Guerras Conesa<sup>b</sup>, J. Cabrerizo González<sup>c</sup>, V. Lao Cañadas<sup>d</sup>, A. Moyano Aguera<sup>a</sup> y M. Alonso García<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia.

<sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 50 años que acude a urgencias y refiere disnea de mínimos esfuerzos de un mes de evolución, ortopnea de hasta 2 almohadas, sin otra sintomatología de interés. Consultó 15 días antes por el mismo motivo y se descartó TEP, evidenciándose en TAC cardiomegalia y aneurisma de aorta ascendente de 5 cm. Fue dado de alta como insuficiencia cardiaca de novo y remitido a consultas de cardiología. Se pautó furosemida, con mejoría inicial de su sintomatología. AP de interés: Hipertenso en tratamiento con amlodipino y candesartan. Exfumador. EPOC en tratamiento con inhaladores.

**Exploración y pruebas complementarias:** Estable clínica y hemodinámicamente. Tª: 37,5 °C. AC: rítmico, con soplo sistólico III/VI y soplo diastólico aspirativo II/VI en foco aórtico. AP: Crepitantes bibasales. ECG: eje eléctrico desviado a la izquierda, BAV de 1<sup>er</sup> grado. Analítica urgente: PCR: 1,3 mg/dL; NTproBNP: 6.696,0 pg/mL; TnT us 63 ng/L. Radiografía tórax se aprecia un índice cardiorácico aumentado con ocupación del seno costofrénico derecho y aumento del tamaño del hilio derecho. Ecocardiografía: se aprecia una válvula aórtica bicúspide con varias imágenes móviles que provoca una insuficiencia aórtica severa y estenosis aórtica leve. Hemocultivos negativos. Serología IgM e IgG positiva para Coxiella burnetti.

**Juicio clínico:** Insuficiencia cardiaca subaguda de novo secundaria a endocarditis infecciosa por Coxiella burnetti, sobre válvula aórtica bicúspide no conocida.

**Diagnóstico diferencial:** Fiebre de origen desconocido. Enfermedad cardíaca congestiva de novo o reagudizada. Mixoma auricular. Endocarditis trombótica no bacteriana. Fiebre reumática aguda. Enfermedades tejido conectivo.

**Comentario final:** La endocarditis infecciosa es una enfermedad que afecta fundamentalmente a las válvulas cardíacas con mal pronóstico, y que es originada por gran variedad de microorganismos. Su incidencia estimada de 3-7 casos por 100.000 personas/año. Entre sus dificultades diagnósticas está la gran variedad de síntomas con la que puede presentarse, y que hace que no se piense en esta

posibilidad diagnóstica. Por este motivo, debemos sospecharla ante pacientes con síntomas y signos altamente sospechosos, como puede ser la presencia de un nuevo soplo cardíaco no conocido previamente.

### **Bibliografía**

1. Farreras-Rozman: Medicina Interna, 14ª ed. Elsevier.
2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica de protocolos de actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.

**Palabras clave:** Endocarditis infecciosa. *Coxiella burnetti*.