



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/1221 - LA IMPORTANCIA DE LOS ANTECEDENTES. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. de las Heras Herrero de Egaña^a, M. López Morandeira^b, R. Valle Martos^c y C. Figueras López^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuencarral. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Fuencarral. Madrid. ^cMédico Residente de 2^a año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuencarral. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 17 años AP: Cardiopatía congénita completa truncus arterioso. Portadora de 2 stent y una válvula pulmonar tipo melody. Tratamiento: tromalyt 150 mg. EA: Acude al CS por fiebre de 28 días, intermitente, máxima de 39,5 °C asociada a astenia y anorexia. Estudios completos en Sevilla siendo diagnóstica inicialmente de faringoamigdalitis recibiendo 7 días de Augmentine y de sinusitis siendo tratada con 2 ciclos de azitromicina. Refiere mejoría durante el tratamiento antibiótico con persistencia de picos febriles aislados. Asimismo, aporta informes que descartan mononucleosis y apendicitis aguda estudiada ayer por dolor abdominal. Actualmente refiere persistencia de mal estado general y sensación distérmica.

Exploración y pruebas complementarias: AEG, estable hemodinámicamente. T^a: 38 °C. SatO₂: 96%. AC: rítmica, soplo sistólico III/VI foco panfocal. Abdomen: dolor leve a la palpación en FID, Murphy -. Resto rigurosamente normal. ECG: RS a 75 lpm, BIRD. Rx tórax: ICT al 55%, no consolidación. Drass: leucos 1+, nitritos -, hematíes 1+. Se extrae urocultivo y se solicita analítica preferente obteniendo: Hb 10,6, leucos 7.900, PCR 170, PQ 94.000, coagulación y función renal normal. Ante sospecha de endocarditis de deriva a Urgencias donde completan estudio: Uro: negativo HC (X2): Streptococcus mitis. ETT: vegetación de 4 mm a nivel stent conducto arteria pulmonar.

Orientación diagnóstica: Endocarditis Infecciosa. Anemia normocítica. Plaquetopenia.

Diagnóstico diferencial: Infecciosa: víricas (CMV, VEB, VIH), TBC, ITU, absceso odontógeno, infección GI, meningitis, endocarditis, zoonosis. Autoinmune: LES, enf Still, tiroiditis. Neoplasias: LH, LNH, leucemia y linfomas. Sólidas. Otros: fármacos, TEP, EII.

Comentario final: La paciente fue ingresada y tratada gentamicina + ceftriaxona con excelente respuesta. Este caso tiene como propósito recordarnos la importancia de una buena y completa historia clínica. Todos los profesionales que atendieron a esta paciente dejaron relegada su patología de base, influidos por una cita próxima con su cardiólogo. Como buenos médicos, especialmente desde atención primaria, nunca debemos olvidar la visión global de nuestros pacientes y realizar un buen diagnóstico diferencial personalizado para cada uno de ellos.

Bibliografía

1. Berhman RE, Kliegman RM, Jonson HB. Endocarditis infecciosa. Nelson tratado de pediatría, 16ª ed. McGraw-Hill-Interamericana.
2. Cahill TJ, Prendergast BD. Infective endocarditis. Lancet. 2016;387:882.

Palabras clave: Fiebre. Cardiopatía. Hemocultivos. Endocarditis.