



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/1304 - NO ERA SOLO ANEMIA

F. Casas Galán<sup>a</sup>, E. Torresano Porras<sup>a</sup> y P. Ortiz Suárez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias. Málaga. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 78 años con múltiples factores de riesgo cardiovascular que consulta por episodio de rectorragia abundante y diarrea. En tratamiento con bisoprolol, atorvastatina y ácido acetilsalicílico. Su médico decide solicitarle una analítica para descartar anemia, un electrocardiograma y una colonoscopia para detectar procesos neoplásicos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Destaca palidez cutaneomucosa y astenia. En la auscultación se objetiva soplo de Insuficiencia aórtica sin otros ruidos patológicos. Abdomen doloroso de forma difusa sin signos de irritación peritoneal. Tacto rectal negativo. Analítica sanguínea: pancitopenia PCR 116 PCT 0,88 y deterioro de función renal. ECG: sin alteraciones. Hemocultivo: Streptococo gallolyticus. Colonoscopia: pólipo adenomatoso de 5 mm a 30 cm del margen anal (biopsia de adenoma tubular con displasia de moderado riesgo). Ecocardiograma: imagen compatible con vegetación en válvula aórtica.

**Orientación diagnóstica:** Tras objetivarse pancitopenia con hemoglobina de 6,7 se decide traslado hospitalario para transfusión y completar estudio con hemocultivo, ecocardiograma y colonoscopia. Se objetiva pólipo en colon y vegetación en válvula aórtica aislándose S. gallolyticus que origina una endocarditis con posterior fallo multiorgánico.

**Diagnóstico diferencial:** La presencia de vegetaciones no siempre es sinónimo de endocarditis infecciosa, existen situaciones donde se forman vegetaciones trombóticas no infecciosas como la endocarditis de Libman-sacks, en lupus eritematoso sistémico, fiebre reumática, estados de hipercoagulabilidad (síndrome antifosfolipídico y coagulante lúpico), pacientes quemados o con neoplasias y catéteres venosos centrales de manera prolongada.

**Comentario final:** La endocarditis infecciosa continúa siendo un desafío para los profesionales de la salud. Sus características clínicas inespecíficas, los cambios casi constantes en aspectos epidemiológicos y su causa infecciosa, que la pone a merced de las manifestaciones de estos microbios, con sus atributos y agresividad; hacen complejo la atención de esta enfermedad y exigen el mayor esfuerzo del equipo médico. Por otro lado, los avances en el diagnóstico clínico, microbiológico e imagenológico y en el campo de la administración de la profilaxis y el tratamiento, tanto médico como quirúrgico, obligan a estar en permanente disposición para estudiar e investigar en este campo.

## **Bibliografía**

1. Renzulli A, Carozza A, et al. Recurrent infective endocarditis: a multivariate análisis of 21 years of experience. *Ann Torac Surg.* 2001;72:39-43.
2. Cahill TJ, Prendergast BD. Infective endocarditis. *Lancet.* 2016;387:882.

**Palabras clave:** Anemia. Pólipo. Endocarditis.