Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):1729

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/2775 - LOS DETALLES EN LA BÚSQUEDA DEL FOCO FEBRIL

B. Fernández Casero[1], I. Iniesta Hernández[2], J. Mesa Felipe[3] y M. Cano Ruíz[2]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Especialidades Azuqueca de Henares. Guadalajara. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara. [3]Médico Residente. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 58 años, con antecedente de esplenectomía por traumatismo, artropatía HLA B27 positiva tratada con certolizumab y colitis ulcerosa tratada con mesalazina. Presenta hematuria sin coágulos y fiebre > 38 de 24h de evolución asociando malestar y dos episodios sincopales de segundos de duración sin déficits neurológicos ni movimientos anormales. No náuseas ni vómitos. No clínica de síndrome miccional.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 117/78 mmHg, FC: 90 lpm, SatO2: 100% Tª: 37,6 ºC. Exploración: rítmico con dudoso soplo diastólico paraesternal izquierdo 1-2/6. Auscultación pulmonar sin alteraciones. Disconfort generalizado abdominal a la palpación. No edemas ni signos de TVP. Lesiones petequiales en palma mano izquierda y plantas de los pies sugestivas de émbolos sépticos. Se realiza radiografía de tórax sin hallazgos significativos. ECG: RA a 95 lpm PR 0,12 QRS estrecho sin alteraciones agudas de la repolarización. Analíticamente, leucocitosis (24,30), con neutrofilia (19,20), hiponatremia alteración del perfil hepático (AST: 45, GGT: 79, BT: 1,4), LDH: 363, PCR 310, troponina 2.562. PCT: 6, con serología negativa. Sedimento de orina sin alteraciones. Se procedió a tratamiento antibiótico iv con ceftriaxona y gentamicina quedando inicialmente afebril. Se estrajeron hemocultivos, resultando positivo para Streptococous dysgalactiae ssp dysagalactiae. El antibiograma demuestra penicilina sensible. Posteriormente se confirma en ecocardioagrama, endocarditis sobre válvula aórtica nativa de 9-10 mm, sin abscesos ni insuficiencia valvular ni insuficiencia cardiaca. Durante el ingreso, sufre cuadro confusional agudo, por lo que se decide realización de TAC craneal, encontrando zonas isquémicas en la región superior del hemisferio cerebeloso izquierdo, de morfología nodular, de probable origen embólico.

Orientación diagnóstica: Endocarditis aórtica por Streptococous dysgalactiae.

Diagnóstico diferencial: Infección por catéter intravascular, infección de dispositivo cardiaco, infección de prótesis articular, osteomielitis hematógena, tromboflebitis séptica, aneurisma arterial infectado, etc.

Comentario final: Debido a la clínica, los hallazgos en el ecocardiograma, y el TAC craneal se comenta el caso con cirugía cardiaca en hospital de referencia desestimándose inicialmente la necesidad de cirugía urgente recomendado, en ausencia de verruga > 10 mm, ni insuficiencia valvular o cardiaca, continuar con tratamiento antibiótico y control clínico, microbiológico y

ecocardiográfico.

Bibliografía

1. Sexton DJ, Chu VH. Clinical manifestations and evaluation of adults with suspected native valve endocarditis. Uptodate, 2019.

Palabras clave: Endocarditis.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.