Semergen. 2017;43(Espec Congr 4):233

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

262/192 - FIEBRE EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Cuquerella Senabre[a], M. Darocas Garrigues[b], M. Chisvert Mateu[c], Y. Cryz Guzmán[d], C. Moncho Alarcón[a] y P. Geraldo Pérez[e]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Villanueva de Castellón. Valencia. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Enguera. Valencia. [c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanova de Castelló. Valencia. [d]Medicina del Trabajo. Hospital Lluís Alcanyis. Xátiva. [e]Médico de Familia. Centro de Salud de Villanueva de Castellón. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 51 años consulta a MAP por malestar generalizado y escalofríos de 24 horas de evolución. No otra sintomatología por aparatos. AP: HTA, dislipemia, prótesis aórtica por estenosis aórtica severa (2010)

Exploración y pruebas complementarias: TA: 153/71, FC: 90 lpm, O2 97%, Tª 39,6 ºC, glucemia capilar: 93 mg/dl. REG, normocoloreado y normohidratado, eupneico, sin trabajo respiratorio. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no peritonismo. Soplo pulsátil a nivel epigástrico. AC: rítmica y sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado, crepitantes base pulmonar izquierda. Signos meníngeos negativos. Dado los antecedentes cardiológicos se remite a SHU para pruebas complementarias. Acudirá nuevamente a MAP para estudio preferente del soplo abdominal. Bioquímica: glucosa 103 mg/dl, urea 35 mg/dl, creatinina 0,8 mg/dl, sodio 133 mmol/l, potasio 4,2 mmol/l, PCR 38,4, procalcitonina 0,632. Quick: 88%. Hemograma: leucocitos 6,9/mmc (granulocitos 82%, linfocitos 9,5%), hematíes 5,20/mmc, hemoglobina 16,20 g/dl, hematocrito 48%, VCM 92 fl, plaquetas 151/mmc. Anormales y sedimento: SHP. Rx tórax: SHP. Rx abdomen: SHP. Se inicia ATB empírica (cefuroxima 500 mg). Hemocultivos. Pasadas 48h, acude nuevamente a MAP: BEG y febril; pero en hemocultivos cocos gran positivos. Se remite para ingreso ante sospecha de endocarditis bacteriana. ETT: IAO grado grave, no se aprecia imagen clara de endocarditis. ETE: regurgitación aórtica grave sigmoide no coronaria engrosada con una pequeña vegetación de 2 mm PAPS 35 mmHg.

Juicio clínico: Endocarditis bacteriana sobre válvula aórtica protésica. Tratamiento: ceftriaxona 2 g iv/24h durante 5 semanas.

Diagnóstico diferencial: NAC. Meningitis bacteriana. Sepsis urinaria. Foco abdominal.

Comentario final: La endocarditis infecciosa es una enfermedad inflamatoria y proliferativa del endocardio de origen infeccioso, afecta sobre todo a las válvulas: vegetaciones en endocardio, anidan microorganismos, bacteriemia persistente. Incidencia: 2-4 casos por 100.000 h/año. Edad: en los últimos tiempos se ha incrementado (1/4 parte > 60 años) debido al aumento de prótesis

valvulares y dispositivos intracardíacos. Diagnóstico: criterios de Duke (2 mayores, 1 mayor y 3 menores o 5 menores): Mayores: 1. Hemocultivos positivos: a) gérmenes típicos con 2 hemocultivos positivos (S. viridans, S. aureus, enterococo, S. bovis, Hacek) b) gérmenes atípicos con hemocultivos persistentemente positivos (> 2 o 2 si > 12h). 2. Ecocardiograma positivo: vegetación, absceso, destrucción valvular. Menores: 1. Predisposición: cardiopatía predisponente, ADVP, ID, endocarditis previa. 2. Fiebre > 38 ºC. 3. Fenómenos vasculares. 4. Fenómenos inmunológicos. 5. Ecocardiograma sugestivo. 6. Evidencia microbiológica menor: tratamiento: antibioterapia iv a dosis altas, 4-6 semanas; complicaciones cardiacas y sépticas.

Bibliografía

1. Aguilar F, Bisbal O, Gómez C. Manual de Diagnóstico y terapéutica médica. Hospital 12 de Octubre, 7ª ed. Madrid; 2013.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.