Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):12

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

# 212/453 - AIT COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

*L. de la Fuente Blanco[a], L. Gómez Ruiz[b], Á. González Díaz-Faes[a], A. Fernández Serna[c], C. Fortuny Henríquez[d], A. Blanco García[e] y P. López Tens[f]*

*[a]Médico Residente. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. [b]Médico Residente. Centro de Salud General Dávila. Santander. [c]Médico Residente. Centro de Salud Sardinero. Santander. [d]Médico Residente. Centro de Salud La Marina. Santander. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. [f]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander.*

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 81 años que acude a urgencias por fiebre. Como antecedentes personales HTA, infarto inferolateral en 2008 fibrinolisado. El día 22.12.2015 presenta cuadro febril autolimitado y 48 horas después presenta un cuadro compatible con AIT en contexto de FA no conocida. Días después acude de nuevo a urgencias por fiebre persistente. Mediante ecocardiograma se detecta absceso en raíz aórtica. Se inicia tratamiento antibiótico y cirugía con implante de homoinjerto aórtico.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tº 38,5 ºC. TA 120/70, FC 100. PVY normal. AC rítmica, soplo diastólico aspirativo en foco aórtico. AP murmullo vesicular conservado. Abdomen: sin megalias. EEII sin edemas. Sin estigmas de endocarditis. Hemograma: 14.000 leucocitos con desviación izquierda. Hb 9,6. 75.000 plaquetas. Ecocardiograma: absceso en raíz aórtica, válvula aórtica tapizada por vegetaciones y fístula de aorta a aurícula izquierda que simula insuficiencia mitral. Hemocultivos: se aísla *Streptococcus gallolyticus*. TAC craneal: área hipodensa córtico subcortical frontal izquierda compatible con lesión isquémica de aspecto subagudo.

**Juicio clínico:** Endocarditis infecciosa. Absceso aórtico.

**Diagnóstico diferencial:** Fiebre de origen desconocido.

**Comentario final:** La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad mortal. A pesar de las mejoras en su manejo, la EI sigue estando asociada a gran mortalidad y complicaciones graves. La naturaleza diversa y la evolución del perfil epidemiológico de la EI hacen que siga siendo un reto diagnóstico. Se puede presentar como una infección aguda de progresión rápida, pero también como una enfermedad subaguda o crónica con febrícula y síntomas no específicos que pueden despistar o confundir la evaluación inicial. Hasta un 25% de los pacientes sufren complicaciones embólicas en el momento del diagnóstico. Se debe sospechar EI en cualquier paciente que presente fiebre y fenómenos embólicos. La ecocardiografía, es la técnica de elección para el diagnóstico de la EI. Hay tres hallazgos ecocardiográficos considerados principales criterios diagnósticos de EI: vegetación, absceso o seudoaneurisma y nueva dehiscencia de una prótesis valvular. Tanto la presencia de

abscesos, como fenómenos embólicos de repetición constituyen indicación de cirugía urgente.

**Bibliografía**

1. Gilbert H, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis. European Heart . 2015;36:3075-123.

***Palabras clave:*** *Endocarditis. Absceso. Fiebre.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.