Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):53

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/1805 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA: UNA SOSPECHA EN ATENCIÓN PRIMARIA

A.B. Lara Muñoz[a], L. Barrios Blasco[b], A. Morales Valverde[a], E. Salas Sánchez[a] y J.M. Navarro Frutos[a]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [b]Médico de Familia. Centro de Salud de Santa Rosa. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 69 años que acude a consulta por fiebre de 38,5 ºC de 10 días de evolución sin respuesta a tratamiento antibiótico además de edematización en MSD tras tener una vía. No disnea ni dolor torácico. Refiere cuadro sincopal de un minuto de duración con recuperación espontánea en su totalidad. No otra sintomatología. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. HTA. Diabetes mellitus. Hipercolesterolemia. Cardiopatía isquémica revascularizada (último ecocardiograma: esclerosis aórtica). Insuficiencia renal crónica. Cateterismo hace 2 semanas: sin lesiones ateromatosas. Tratamiento: pantoprazol 20 mg/24h, furosemida 40 mg/24h, bisoprolol 2,5 mg/24h, losartán 50 mg/12h, doxazosina 4 mg/24h, aas 200 mg/24h, atorvastatina 40 mg/24h, nitroglicerina parches 15 mg, insulina Novomix 30.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general, discreta palidez. ACR: tonos rítmicos a 80 lpm. No soplos. MVC sin ruidos. MSD: zona eritematosa con costra en flexura antebraquial. Induración en tercio medio de cara anterior de antebrazo. Aumento de temperatura. No otros hallazgos valorables. Analítica: Hb 9 g/dL. VCM 72 fL. Htco 28,2%. Dímero D 3.039. Urea 98 mg/dL. Creatinina 3,1 mg/dL. Resto normal. Rx tórax: cardiomegalia. EKG: sin hallazgos. Se deriva de forma urgente a hospital para continuar estudio.

Juicio clínico: Sospecha endocarditis infecciosa.

Diagnóstico diferencial: Debe realizarse el diagnóstico diferencial con toda enfermedad febril o inflamatoria persistente, especialmente si hay antecedentes de cardiopatía.

Comentario final: La endocarditis infecciosa, cuya clínica es variable en función de la localización, la naturaleza de la válvula y el microorganismo, es una infección microbiana endovascular que afecta a estructuras intracardiacas. Mientras que hasta un 90% de los pacientes presentan fiebre asociada a síntomas sistémicos y, un 85%, un nuevo soplo cardíaco, los signos periféricos clásicos son cada vez menos frecuentes. Por otra parte, un 30% de los pacientes debutan con una complicación embólica. La sospecha clínica junto a los hemocultivos es lo más importante a la hora de establecer el diagnóstico. Por ello, una completa anamnesis junto a la identificación de los factores de riesgo serán la herramienta principal para establecer la sospecha. En resumen, dado que el diagnóstico tardío es un factor adverso en el pronóstico de la enfermedad y su tratamiento precoz es vital, la sospecha clínica debe ser considerada prioritaria en Atención Primaria.

Bibliografía

1. Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, Bongiorni MG, Casalta JP, Zotti F, et al. Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de la endocarditis infecciosa. Rev Esp Cardiol. 2016;69:e1-e49.

Palabras clave: *Endocarditis. Fiebre.*

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