



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

327/36 - ¿QUÉ ESCONDÍA EL SÍNDROME CONSTITUCIONAL?

D. Narganes Pineda¹; M. Vaquero Peña².

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid.;²Medico de Familia. Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón 81 años con antecedentes de valvulopatía aórtica con estenosis severa y recambio valvular de prótesis biológica en 2013. Acude a consulta por síndrome constitucional, la familia refiere que desde hace 2 meses empeoramiento del estado general con pérdida de 8 kg, astenia, y deterioro cognitivo con cuadros confusionales de predominio nocturno. No fiebre termometrada, salvo el día que acudió a la consulta que presentó un pico de 38,4°C con escalofríos asociados. No refiere intervenciones dentarias recientes ni otros procedimientos. No refiere síndrome miccional.

Exploración y pruebas complementarias: T^a 38,4.FC 72lpm,SatO₂ 98%.Ligeramente desorientado en tiempo, eupneico en reposo. Boca séptica con piezas en arcada dentaria inferior en mal estado. Sin signos meníngeos. Auscultación rítmica, soplo sistólico en foco aórtico.Abdomen blando, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio e hipocondrio izquierdo, no se palpan masas ni megalias.Se decide realizar tira de orina que resulta negativa y ECG sin alteraciones. Ante la sospecha de patología orgánica se establecen varios diagnósticos diferenciales. Se deriva al Servicio de Urgencias Hospitalarias para estudio y realización de analítica con hemocultivo y realización de pruebas de imagen. En analítica: anemia trastornos crónicos y PCR 73. Rx Tórax: sin signos de condensación ni derrames.Ecografía abdominal: poco valorable y que precisa de realización de otra prueba complementaria. Ingresa en Medicina Interna y se objetivan hemocultivos positivos para *Streptococcus Mutans*,solicitándose ecocardiograma transesofágico con visualización de prótesis aórtica biológica con imagen de vegetación, y TC abdominal con esplenomegalia e infartos esplénicos extensos y agudos que sugieren fuertemente la posibilidad de émbolo sépticos.Durante el ingreso aparición de lesiones purpúricas en tronco y extremidades en relación con probables émbolos sépticos cutáneos, y episodio de deterioro neurológico con hemiparesia izquierda.

Juicio clínico: Endocarditis bacteriana subaguda sobre bioprótesis aórtica con embolismos sépticos periféricos

Diagnóstico diferencial: Las principales causas son los procesos orgánicos, neoplásicos especialmente de origen digestivo y genitourinario;los procesos inflamatorios sistémicos o autoinmunes, enfermedades endocrinas, digestivas o infecciosas.Así como las causas psicosociales como la depresión o la demencia.

Comentario final: Ante un síndrome constitucional y una vez descartado origen neoplásico, podemos plantearnos otros diagnósticos. ¿Cuándo sospechar una endocarditis infecciosa?. Tenemos que tener en cuenta, el hallazgo de un nuevo soplo cardíaco, la existencia de fiebre persistente en paciente con antecedentes de material protésico intracardíaco o de endocarditis infecciosa previa, existencia de fenómenos

vasculares o inmunitarios, síntomas y signos neurológicos focales o difusos. La historia clínica es extremadamente variable dependiendo del microorganismo causal. Un 90% pueden presentar fiebre, a menudo asociado con otros síntomas sistémicos como la pérdida de peso. Hasta un 25 % presenta complicaciones embólicas en el momento del diagnóstico. La presentación atípica es frecuente en personas de edad avanzada o pacientes con inmunodeficiencia. El diagnóstico se basa en hallazgos clínicos, microbiológicos y ecocardiográficos. La tasa de mortalidad de los pacientes con endocarditis infecciosa varía del 15- 30%.

Palabras clave: Endocarditis, embolismo, fiebre

Bibliografía

Aguilar Rodríguez, F. Manual de diagnóstico y terapéutica médica.7^a edición. Madrid: Hospital Universitario 12 de octubre. 2012.

Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, Bongiorni MG, Casalta JP, Del Zotti F

Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de la endocarditis infecciosa.. Rev Esp Cardiol. 2016;69:e1-e49