



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/516 - Tengo fiebre desde hace 3 meses y no sé qué me pasa

F.J. Ayuso Íñigo<sup>a</sup>, S. Moreno García<sup>a</sup>, A.I. Menéndez Fernández<sup>b</sup> y M.Á. Maroto García<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle Inclán. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Valle Inclán. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 64 años con cuadro de astenia, anorexia y fiebre de predominio vespertino de 3 meses de evolución. Asocia disnea de moderados esfuerzos en los últimos 2 meses. A la exploración física tiene un soplo sistólico en foco aórtico. En centro de salud se solicita analítica, serología, estudio inmunológico en los que sólo se objetiva elevación de VSG, PCR y transaminasas. Se deriva a Medicina Interna como fiebre de origen desconocido a estudio. Tras realización de hemocultivos positivos y ecocardiograma se diagnostica de endocarditis mitroaórtica por Enterococo faecalis. Se realiza sustitución valvular mitro aórtica metálica con resolución de los síntomas. Antecedentes personales: litiasis renal, insuficiencia mitral, hipotiroidismo, HTA. La endocarditis infecciosa es una enfermedad poco frecuente, con una incidencia estimada de entre 3,1 y 3,7 episodios cada 100.000 habitantes y año. La endocarditis es generalmente bacteriana, pero hongos y virus también pueden ser agentes causales. Las endocarditis bacterianas aparecen por infecciones en cavidad oral, piel, vía respiratoria o urológica. Las más frecuentes son: Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, Streptococcus viridans, Enterococo, Streptococcus pneumoniae, Microorganismos del grupo HACEK (Haemophilus parainfluenzae, Actinobacillus, Eikenella corrodens, etc.).

**Exploración y pruebas complementarias:** Soplo de regurgitación mitral I/IV, mvc, mínimos edemas con fóvea en tercio inferior mmii. Hemocultivos: Enterococcus faecalis. Inmunología negativa. Ecocardiograma TT: vegetación en velo anterior de válvula mitral con insuficiencia leve, fibrosis aórtica con insuficiencia leve. Ecocardiograma TE: tres vegetaciones en velo anterior de válvula mitral, absceso en borde libre ventricular, pseudoaneurisma. Válvula aórtica fibrosada con regurgitación leve.

**Juicio clínico:** Endocarditis mitroaórtica por enterococo faecalis.

**Diagnóstico diferencial:** Fiebre de origen desconocido/Infecciones. Neoplasias. Colagenopatías. Enfermedades autoinmunes.

**Comentario final:** Ante un cuadro de fiebre persistente junto con astenia y anorexia sin un claro foco infeccioso ni alteraciones analíticas significativas, son múltiples las patologías con las que hacer un diagnóstico diferencial: procesos infecciosos, neoplasias, colagenopatías, enfermedades de depósito. De ahí la importancia de la exploración física y una adecuada coordinación con atención especializada para un completo estudio diagnóstico y abordaje global del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Vanderschueren S, Knockaert D, Adriaenssens T, et al. From prolonged febrile illness to fever of unknown origin: the challenge continues. *Arch Intern Med.* 2003;163:1033.
2. Bleeker-Rovers CP, Vos FJ, de Kleijn EM, et al. A prospective multicenter study on fever of unknown origin: the yield of a structured diagnostic protocol. *Medicine (Baltimore).* 2007;86:26.
3. Horowitz HW. Fever of unknown origin or fever of too many origins? *N Engl J Med.* 2013; 368:197.
4. Murdoch DR, Corey GR, Hoen B, et al. Clinical presentation, etiology, and outcome of infective endocarditis in the 21<sup>st</sup> century: the International Collaboration on Endocarditis-Pro prospective Cohort Study. *Arch Intern Med.* 2009;169:463.
5. Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2014;63:e57.
6. Stojanov S, Kastner DL. Familial autoinflammatory diseases: genetics, pathogenesis and treatment. *Curr Opin Rheumatol.* 2005;17:586.
7. Shinar Y, Obici L, Aksentijevich I, et al. Guidelines for the genetic diagnosis of hereditary recurrent fevers. *Ann Rheum Dis.* 2012;71:1599.