Semergen. 2015;41 (Espec Congr):476

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2502 - Endocarditis Infecciosa Tardía sobre prótesis por S. aureus

P. González Heras[a], D. Escalada Pellitero[b], P. González Recio[c],B. Ali Ali[d], I. Ariño Pérez de Zabalza[e] e I. Santos Sánchez[f]

[a]Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Soria Sur. Soria. [b]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Pamplona. [c]Médico Residente de 3er año de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. [d]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rochapea. Pamplona. [e]Médico Residente de 1er año de Medicina Interna. Hospital San Pedro. Logroño. [f]Médico Residente de 2º año de Cardiología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 35 años con antecedentes de cardiopatía congénita intervenida: coartación aórtica grave con dilatación de la aorta ascendente, tratada mediante dilatación percutánea de y posterior sustitución quirúrgica de raíz por prótesis mecánica, normofuncionante en el último ecocardiograma de control. Valorado en Urgencias 5 días antes por cuadro de fiebre de hasta 39,1 ºC y dolor abdominal con diarreas sin PP, con analítica de perfil inflamatorio (16.000 leucocitos, PCR 89 y PCT normal), recibe diagnóstico de gastroenteritis aguda y es dado de alta. Acude de nuevo a Urgencias por persistencia de la fiebre, el malestar y aparición de petequias y hemorragias en astilla. Presenta asimismo rigidez de nuca y cefalea resistente a analgesia. No intervenciones quirúrgicas recientes, no soluciones de continuidad de la piel, no UDVP.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física en la que destacan nódulos de Osler, más llamativas en 1º y 5º dedo de pie derecho, hemorragias en astilla en 2ª y 4ª uña de mano izquierda (se incluyen fotos). Rigidez de nuca, resto de signos meníngeos negativos. Auscultación cardiopulmonar: soplo sistólico en foco aórtico. Resto de la exploración sin hallazgos destacables. Analítica de sangre sin leucocitosis, eosinofilia franca (1.400 con límite superior de 450), PCR 53, filtrado glomerular 21, INR 3,8. Resto de parámetros sin interés. ECG normal. RX de tórax normal. Ecografía abdominal normal. TC craneal: dos pequeños focos hemorrágicos corticales. Se desestima punción lumbar por riesgo hemorrágico. Desestimado ecocardiograma urgente por Cardiología. Se extraen hemocultivos.

Juicio clínico: Endocarditis infecciosa aguda sobre válvula protésica.

Diagnóstico diferencial: Meningitis aguda. CID por sepsis.

Comentario final: En Urgencias se inicia tratamiento empírico con ampicilina, cloxacilina, gentamicina y ceftriaxona con objeto de cubrir tanto una posible endocarditis como meningitis. Ingresa en observación, y tras realización de ecocardiograma se confirma la sospecha de endocarditis. En hemocultivo se detecta crecimiento de S. aureus sensible a meticilina. Se optimiza

tratamiento antibiótico. Ante la mala evolución se plantea intervención quirúrgica. La endocarditis infecciosa es una patología potencialmente muy grave, cuyo cuadro clínico clásico es fiebre + soplo de nueva aparición, acompañada de signos periféricos (nódulos de Osler, manchas de Janeway, hemorragias en astilla y manchas de Roth en la retina) que son cada vez menos frecuentes debido al diagnóstico precoz. Ante una sospecha fundada es preciso el inicio de tratamiento antibiótico empírico. Las complicaciones por embolismos sépticos ensombrecen el pronóstico. A pesar del tratamiento óptimo, en aproximadamente la mitad de los casos es preciso realizar una intervención quirúrgica. Los criterios de Duke son un apoyo útil para el diagnóstico, sin sustituir el juicio clínico. En concreto en este caso, no es posible valorar si el soplo es de nueva aparición. Sí presenta fenómenos embólicos (hemorragias cerebrales corticales, infarto esplénico, lesiones de Janeway, hemorragias en astilla) e inmunológicos (nódulos de Osler) Cumple los 2 criterios mayor de Duke (hemocultivos positivo a S. aureus y evidencia ecocardiográfica) y 4 de los 5 menores (enfermedad cardiaca predisponente, fiebre, fenómenos vasculares e inmunitarios).

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.