



242/3285 - DISNEA DE ORIGEN CARDIACO

M. Saiz Careaga^a, B. Ricalde Muñoz^b y M. Alonso Santiago^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Zapatón. Cantabria. ^bMédico de Familia. Consultorio de Guriezo. Centro de Salud La Barrera. Castro Urdiales. Cantabria. ^cMédico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 80 años. Antecedentes: hipertensión, dislipemia, artritis psoriásica, cáncer mama mastectomizada. Acude a consulta por disnea solo al subir cuestras de más de un mes de evolución, no palpitations, astenia y ligera pérdida de peso, no edemas extremidades inferiores. Tras exploración se deriva a Cardiología. Posteriormente es atendida en urgencias por mareo y febrícula, con labstix positivo y se pauta ciprofloxacino. A los 15 días consulta nuevamente por fiebre vespertina de 37,8 °C de 4 o 5 veces por semana desde hace más de un mes, de unas horas de duración que remite con ibuprofeno. Ligera pérdida de peso, mialgias y artralgias. Al mes presenta disnea de reposo por lo que se remite al hospital.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 147/77, rítmica. AP y abdomen normal. AC: soplo sistólico mitral y carotídeo, extremidades sin edemas, pulsos presentes y simétricos. Hemograma y bioquímica normales, VSG 82, PCR 126,7. Electrocardiograma: hipertrofia ventricular izquierda. Ecocardiograma (antes del ingreso): HVI ligera, VAo trivalva ligeramente calcificada, IM grave con rotura de cuerda y prolapso, dilatación de AI y VI, no datos de ICC. En hospital: hemocultivo Staphylococcus lugdunensis, ETT y ETE: endocarditis sobre válvula mitral nativa, engrosamiento de velos con rotura de velo posterior y prolapso hacia AI.

Juicio clínico: Endocarditis bacteriana.

Diagnóstico diferencial: Infección urinaria, artritis, insuficiencia cardiaca.

Comentario final: La endocarditis bacteriana es una enfermedad de diagnóstico difícil y elevada morbimortalidad. Afecta con mayor frecuencia a las válvulas cardiacas tanto naturales como prótesis. La clínica es inespecífica pudiendo cursar con fiebre, sudoración nocturna, anorexia, pérdida de peso, mialgias, artralgias y soplo cardiaco entre otras. Su diagnóstico se basa en hemocultivo y ecocardiograma. Nuestra paciente se pauto cloxacilina intravenoso y dalbavancina, entrando en ACFA y edema pulmón. Se intervino con prótesis valvular biológica y posterior cirugía por derrame pericárdico y hematoma lateral a AD. Actualmente la paciente esta asintomática y sigue revisiones en cardiología y por Médico de Atención Primaria.

Bibliografía

1. Karchmer AW. Endocarditis infecciosa. Fauci A, Kasper DL, Longo D. Harrison Principios de Medicina Interna, 15^a ed. 2004:958-68.
2. Cercenado E. Staphylococcus lugdunensis: un estafilococo coagulasa negativo diferente a los demás. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2009;27(3):139-42.

Palabras clave: Endocarditis. Staphylococcus lugdunensis. Tratamiento endocarditis.