



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/4551 - DOCTOR, TENGO FIEBRE...

A. Sánchez Agüera^a, J. Saura García^a, J. Arenas Alcaraz^a, J. Torrecilla Sequi^a, M. Martínez Ferri^b y M. Martínez Martínez^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Torre Pacheco-Oeste. Murcia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Los Alcázares. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 35 años natural de Nigeria que lleva 15 años en España. Consulta por dolor torácico de tipo pleurítico bilateral, disnea de esfuerzos, tos escasamente productiva, expectoración blanquecina y distermia desde hacía más de 2 semanas. Tratado con amoxicilina/clavulánico y mucolíticos con mejoría parcial del cuadro.

Exploración y pruebas complementarias: Presenta soplo sistólico panfocal de predominio en foco mitral. Tensión arterial: 175/111, frecuencia cardíaca: 108 lpm, temperatura: 37,9 °C. Buen estado general. Radiografía tórax: cardiomegalia con infiltrado intersticioalveolar bilateral y congestión hiliar bilateral. ECG: ritmo sinusal a 100 lpm con criterios de HVI. Serologías negativas y hemocultivos negativos. Analítica: normal. Ecocardiograma: insuficiencia mitral severa secundaria a probable prolapso de velo anterior mitral, imágenes sugestivas de vegetaciones en velo anterior y posterior mitral, sin poder confirmar la presencia de rotura de cuerda tendinosa. Estudio tranesofágico: endocarditis sobre válvula mitral, con imagen de vegetación a nivel de velo posterior mitral (otras imágenes sugestivas de pequeños implantes en la cara auricular del velo) y rotura de cuerda tendinosa que genera un prolapso de velo anterior mitral y una insuficiencia mitral severa excéntrica.

Juicio clínico: Endocarditis aguda sobre válvula nativa mitral con hemocultivos negativos. Insuficiencia mitral grave.

Diagnóstico diferencial: Fiebre de origen desconocido, enfermedad cardíaca congestiva, mixoma auricular, endocarditis trombótica no bacteriana, fiebre reumática aguda, lupus eritematoso sistémico.

Comentario final: La EI con hemocultivo negativo puede ocurrir hasta en un 31% de todos los casos de EI planteando numerosos dilemas diagnósticos y terapéuticos. Suele aparecer como consecuencia de un tratamiento antibiótico previo, por lo que es necesario retirar la terapia antibiótica y repetir el hemocultivo. Puede estar causada por hongos o bacterias, principalmente intracelulares. Nuestro paciente está en lista de espera para cirugía cardíaca. Los dos objetivos principales de la cirugía son la eliminación completa de los tejidos infectados y la reconstrucción de la morfología cardíaca.

Bibliografía

1. Habib G, Lancellotti P, et al. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el tratamiento de la endocarditis infecciosa. Rev Esp Cardiol. 2016; 69(1):69.e1-e49.

Palabras clave: Endocarditis infecciosa. Valvulopatía. Ecocardiografía. Cirugía cardíaca.