



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/444 - SÍNDROME FEBRIL EN PACIENTE CON COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR RESTRICTIVA

L. Gómez Sánchez^a, M. Crespo Cañete^b y C. Romero Jiménez^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz. ^cMédico de Familia. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 41 años con antecedentes personales de comunicación interventricular restrictiva sin hipertensión pulmonar desde la infancia con seguimiento por Cardiología anual con recomendaciones de profilaxis de endocarditis. Acude a consulta de primaria con aparición de síndrome febril de 38,5 °C vespertino, iniciando por nuestra parte tratamiento antibiótico con Amoxicilina-Clavulánico sin mejoría clínica en dos semanas, así como astenia y pérdida de peso de 5 kg en dos meses por lo que es derivado a urgencias para ser valorado por Medicina Interna.

Exploración y pruebas complementarias: En exploración destaca soplo sistólico aórtico grado II/IV y soplo continuo paraesternal en foco tricusídeo y mitral en auscultación cardíaca. Desde urgencias se realiza hemocultivos con resultados en una semana: Gemella morbillorum sensible a antibióticos de amplio espectro, incluido amoxicilina-clavulánico. En ecocardiograma realizado se observa imagen compatible con "vegetación" a nivel de la válvula aórtica, confirmándose en los siguientes días mediante ecocardiograma transesofágico, identificándose asimismo prolapsus severo aórtico.

Juicio clínico: Endocarditis infecciosa aórtica con regurgitación aórtica grave.

Diagnóstico diferencial: La endocarditis infecciosa, aunque puede aparecer en pacientes sanos, es más frecuente en pacientes con válvulas protésicas, cardiopatías congénitas, valvulopatías o endocarditis previas. Se produce por la llegada de microorganismos a través del torrente sanguíneo al corazón fijándose en el endocardio y multiplicándose formando vegetaciones. Normalmente ocurre tras los siguientes procedimientos, que nos ayudarán a realizar el diagnóstico diferencial: procedimientos dentales, del tracto respiratorio, del tracto gastrointestinal o genitourinarios. Las bacterias más frecuentes que la pueden producir son estreptococos y estafilococos.

Comentario final: La endocarditis es una enfermedad grave, siendo el pronóstico mortal en algunas ocasiones incluso siendo el tratamiento pautado el óptimo. En el pronóstico de nuestro paciente influirá: el microorganismo, tamaño de las vegetaciones, alteraciones sobre la válvula, existencia de embolias o insuficiencia cardíaca. En el caso de nuestro paciente, fue trasladado al Hospital de referencia para realización de sustitución valvular por Cirugía Cardíaca tras 4 semanas con ceftriaxona 2 gramos al día.

Bibliografía

1. Moreillon P, Que YA, Bayer AS. Pathogenesis of streptococcal and staphylococcal endocarditis. Infect Dis Clin North Am. 2002;16(2):297-318.
2. Fernández Guerrero M, Alarcón A, Fortún J, Llinares P. Endocarditis en infecciones cardiovasculares. Protocolos clínicos SEIMC.

Palabras clave: Síndrome febril. Endocarditis.