



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/1961 - ¡LA ENDOCARDITIS NOS LA JUEGA OTRA VEZ!

S. Sotto Rodríguez<sup>a</sup>, M. Wangüemert Madan<sup>b</sup>, A. Rosa Álvarez<sup>c</sup> y M. Leiva Gordillo<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Tacoronte. Santa Cruz de Tenerife. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud del Barrio La Salud. Santa Cruz de Tenerife. <sup>c</sup>Médico de Anestesia y Reanimación. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. <sup>d</sup>Médico Residente de 5º año de Cardiología. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 66 años. Antecedentes personales: cáncer de Próstata intervenido, dislipemia, HTA, DM tipo 2 en tratamiento. Se realiza sustitución valvular aórtica y bypass coronario de 4 vasos. Tres meses después de ello, el paciente acude a consulta por fiebre, náuseas, vómitos y estreñimiento.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración anodina. Combur negativo. ECG: sin alteraciones. Se recomienda tratamiento sintomático. Tras 4 días acude por empeoramiento del estado general y persistencia de la clínica, iniciándose levofloxacino 500 mg. Presenta mejoría pero al terminar antibiótico, fiebre, tos seca y disnea a pequeños esfuerzos. Exploración: T<sup>o</sup> 38,9 °C. Se solicita analítica urgente: Hb 12,1 g/dl, Hto 37%, leucos 19 × 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup> (neutrófilos 92,5%, linfocitos 2,5%), VSG 32 mm/h, creatinina 1,21 mg/dl, glucosa 169 mg/dl, PCR 125,4 mg/dl, INR 1,31, fibrinógeno 503 mg/dl. Exploración: palidez cutánea, crepitantes bibasales, ruidos cardiacos taquiarritmicos, FC 120 lpm, TA 110/80 mmHg. ECG: FA no conocida. Se deriva a urgencias hospitalaria con sospecha de endocarditis infecciosa, que se confirma. Hemocultivo: *Staphylococcus epidermidis*. Ingresa en UVI. Ecocardiograma: prótesis valvular aórtica biológica con vegetación en velo no coronario. Anatomía patológica de vegetación y valva: conglomerado de material fibrinoplaquetario con colonias bacterianas tipo vegetación y variable cantidad de neutrófilos. El paciente fallece tras ser intervenido.

**Orientación diagnóstica:** Endocarditis infecciosa.

**Diagnóstico diferencial:** Existe gran dificultad diagnóstica por la variedad e inespecificidad de síntomas. Sospechar si fiebre inexplicable con soplo cardíaco, ADVP con fiebre sin soplo, jóvenes con enfermedad cerebrovascular, portadores de prótesis valvular con fiebre o disfunción valvular. D.D: mixoma auricular, fiebre reumática, enfermedades del tejido conectivo, púrpura trombótica, anemia de células falciformes.

**Comentario final:** La endocarditis infecciosa es una infección microbiana infrecuente, de difícil diagnóstico, tratamiento complejo y elevada morbimortalidad. La sospecha clínica, aislamiento del germe y ecocardiograma son los 3 pilares del diagnóstico. La EI protésica se clasifica en precoz (12 meses tras cirugía) o tardía, siendo más grave que la nativa. *S. epidermidis* es productor frecuente de EI protésica y *S. aureus* tanto en precoces como tardías. A pesar de los avances, la mortalidad hospitalaria sigue siendo elevada. La EI es paradigma de colaboración, basada en equipos multidisciplinares, debe implicar a toda la comunidad sanitaria, y desde atención primaria recomendar, prevenir, vigilar e informar a nuestros pacientes.

### Bibliografía

1. Korzeniowski OM, Kaye D. Endocarditis infecciosa. En: Branwal E, ed, Tratado de Cardiología, 4<sup>a</sup> ed. McGraw-Hill. Interamericana de España. Madrid. 1993;1207-38.
2. Rev Esp Cardiol. 2015;68(5):363-8.
3. Casabe JH. Endocarditis infecciosa. Una enfermedad cambiante. Medicina (Buenos Aires). 2008;68:164-74.
4. Cambios en el perfil de la endocarditis sobre válvula protésica en un hospital de tercer nivel: 1986-2005. Rev Esp Cardiol. 2010;63(1):28-35.
5. Rev Esp Cardiol. 2012;65(12):1072-4.

**Palabras clave:** Endocarditis. Prótesis. Mortalidad.