Semergen. 2018;44(Espec Congr 17): 1485

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

347/125 - A PROPÓSITO DE UN CASO: VISIÓN GLOBAL DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SÍNDROME FEBRIL

P. Fernández García[a], I. Galindo Román[b] y V. Delgado Gil[c]

[a]Facultativo Especialista de Área de Cardiología. Hospital Clínico de Málaga. Málaga. [b]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Velada. Cádiz. [c]Facultativo Especialista Área Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 58 años, hipertensa y con insuficiencia renal crónica. Trasplante renal en abril de 2002. Actualmente en hemodiálisis por catéter venoso central permanente yugular derecho. Solicita atención en domicilio por síndrome febril de dos semanas de evolución que no remite pese antitérmicos instaurados por sospecha de cuadro vírico en visitas anteriores. La paciente es derivada al Servicio de Urgencias hospitalarias con el diagnóstico de posible shock séptico así como estigmas de endocarditis. Ingresa en UCI donde se inicia tratamiento antibiótico empírico así como medidas de soporte que precisan de inotrópicos y vasoactivos y se solicita ecocardiografía que refleja una vegetación de gran tamaño mitral sobre válvula nativa. A destacar manipulación dentaria semanas previas a la clínica. Ya en planta de Medicina Interna, la paciente desarrolla un cuadro brusco de disnea mostrando el electrocardiograma elevación del segmento ST en las derivaciones V1 a V4. Es trasladada para realización de angioplastia urgente dada la contraindicación para la fibrinólisis. Los hallazgos son de material trombótico en la arteria descendente anterior sugiriendo el origen del mismo la gran vegetación mitral. Se contacta con el Servicio de Cirugía Cardíaca que somete a la paciente a sustitución mitral así como bypass de arteria mamaria izquierda. En cultivos crece Haemophilus parainfluenzae.

Exploración y pruebas complementarias: Obnubilación, bradipsíquica, hipotensión (TA 71/56 mmHg), taquicardia y taquipneica, mala perfusión periférica. Rítmica con soplo sistólico IV/VI mitral. Esplenomegalia. Lesiones subcutáneas que no desaparecen a la digitopresión en planta de pies.

Orientación diagnóstica: Síndrome febril. Estigmas de endocarditis.

Diagnóstico diferencial: Endocarditis infecciosa; enfermedad paraneoplásica; bacteriemia secundaria a catéter...

Comentario final: Presentamos un caso clínico extremadamente infrecuente como es un infarto agudo de miocardio secundario a embolismo séptico por una endocarditis infecciosa que fue diagnosticada ante la sospecha clínica de su médico de Atención Primaria por los hallazgos en la exploración física.

Bibliografía

1. Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, et al. Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de la endocarditis infecciosa. Rev Esp Cardiol. 2016;69:e1-e49.
2. Clin Infect Dis. 2000;30:633-8.

Palabras clave: Endocarditis. Fiebre. Infarto.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.