

## 347/2397 - ATENCIÓN EN LA EXPLORACIÓN

I. Valdés<sup>a</sup>, M. Padilla Villén<sup>b</sup>, P. Medina Durán<sup>c</sup> y M. Guzmán Quesada<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalquivir. Córdoba. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Occidente Azahara. Córdoba. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucano. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 32 años que acude a urgencias por fiebre de hasta 39 °C desde hace 5 días. Refiere que lleva con una herida en la zona del DAI desde hace meses, pendiente de recambio. AF: MCH. AP: miocardiopatía hipertrófica obstructiva portador de un DAI en prevención primaria. No hábitos tóxicos. No IQ. Tratamiento habitual con atenolol 50 mg.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG, tinte icterico, TA 137/71, FC 104, T<sup>a</sup> 39,6 °C. Herida en zona de DAI con exudación purulenta. ACR: tonos rítmicos con soplo sistólico. MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en flanco derecho, Blumberg negativo, dudosamente + Murphy. MMII: no edemas. Analítica: HT: leucocitos 7.700 con neutrofilia 86,9%, Hb 11, VCM 87, plaquetas 81.000. BQ: urea 32, cr 0,7, bi 1,8, resto de enzimas normales, PCR 284, procalcitonina 4. Rx tórax: cardiomegalia con visualización de DAI. Rx abdomen: anodina. Ecografía abdominal: esplenomegalia 14,5 cm. Cuando vuelvo a llamar al paciente para informarle del resultados de las pruebas, me enseña unas lesiones distales purpúricas que le están saliendo. Llamo a cardiología, que le realiza una ecocardio: MCH. IM grave. Endocarditis sobre cable de marcapasos.

**Orientación diagnóstica:** Endocarditis sobre DAI.

**Diagnóstico diferencial:** Colecistitis aguda, apendicitis aguda, neumonía, mononucleosis infecciosa, endocarditis.

**Comentario final:** El paciente recibió 6 semanas de ciclo de antibióticos y se le realizó una extracción del cable del DAI e implantación de nuevo cable de DAI contralateral. Es importante pensar siempre en varios diagnósticos diferenciales y según la clínica y los resultados de las pruebas decantarnos por uno, no siempre es lo que uno cree o lo que quiere diagnosticar. Si no se piensan diferentes diagnósticos, no se podrá llevar a cabo el correcto.

### Bibliografía

1. Gitenay E, Molin F, Blais S, et al. Cardiac Implantable Electronic Device Infection: Detailed Analysis of Cost Implications. Can J Cardiol. 2018;34(8):1026-32.

**Palabras clave:** Fiebre. DAI. Esplenomegalia. Trombopenia.