



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/1201 - STAPHYLOCOCCUS AUREUS Y LA CÁMARA SECRETA

M. Bou Collado^a, E. Llinares Climent^b, M. Reyes Jara^c y M. Ferrer Albors^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassera de Tonda. Alicante. ^bMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Les Foietes. Benidorm. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud l#39Alfás del Pí. Alicante. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud l#39Alfás del Pí. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 45 años de edad que acude a servicio de urgencias del centro de salud por aparición de lesión eritematosa en antebrazo izquierdo dolorosa asociado a dolor de ambos hombros. Refiere cuadro de fiebre de varios días de evolución con aparición de lesión hemorrágica en región frontal derecha. Niega traumatismos previos y otra sintomatología. Se objetiva coloración de piel y mucosas amarillenta. Antecedentes personales: fumador y bebedor. Hernias discales. Dermatitis. Derivamos a servicio de urgencias hospitalarias para completar estudio urgente.

Exploración y pruebas complementarias: T^a 37,5 °C. TA 116/77. FC 108 lpm. Buen estado general. Consciente y orientado con lenguaje conservado. Coloración de piel y mucosas ictericas. Boca séptica. AC: rítmica sin soplos. AP: mvc sin ruidos patológicos. Abdomen anodino. Exploración neurológica normal. Lesión hemorrágica en zona frontal derecha, levemente sobrelevada. Antebrazo izquierdo: varias lesiones eritematosas dolorosas a la palpación con halo eritematoso. 61.000 plaquetas. Bioquímica: FG 37,78. Urea 75. Creatinina 2. Bilirrubina total 6 (directa 5,5). Na 129. GOT 100. GPT 111. PCR 18,30. Ecografía abdominal: normal. TAC craneal: normal. Hemocultivos: S. aureus. Ecocardiografía transtorácica: a nivel de válvula aórtica verruga adherida al velo no coronario compatible con endocarditis.

Orientación diagnóstica: Se buscó patología obstructiva (colestasis, obstrucción biliar...) vs hepatocelular (anemia hemolítica, hepatitis...). Ante los resultados de pruebas (fracaso renal con coagulopatía por consumo con descenso de plaquetas en analítica de control a 27.000 y descartándose cuadro colestásico) y la propia evolución del paciente que presentó un AIT (fenómenos tromboembólicos) a las horas de evolución, se realizó TAC craneal y punción lumbar que fueron normales y se completó estudio con ecocardiotranstorácica que evidenció verruga en válvula aórtica compatible con endocarditis.

Diagnóstico diferencial: Colestasis. Obstrucción biliar. Hepatitis. Anemia hemolítica. CID. Endocarditis. ACV isquémico/hemorrágico.

Comentario final: Presentamos un caso de endocarditis infecciosa cuya manifestación clínica inicial fueron lesiones cutáneas no típicas de la misma. En un inicio, se plantearon múltiples posibilidades diagnósticas, responsables de la clínica presentada. Sin embargo, lo que nos fue dando pistas en este caso para llegar al diagnóstico adecuado fue la evolución que presentó el paciente presentando un evento cerebrovascular. Destacamos la importancia del diagnóstico precoz porque sigue siendo calve en la morbimortalidad.

Bibliografía

1. Baddour LM, Wilson WR, Bayer AS, et al. Infective endocarditis in adults: diagnosis, antimicrobial therapy, and management of complications: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation*. 2015;132:1435-86.

Palabras clave: Endocarditis. *S. aureus*.