

424/3147 - SÍNDROME FEBRIL. CUANDO LO IMPORTANTE ES LA HISTORIA PERSONAL

C. Martín Mañero¹, F. Conde López², A. Santaella García² y N. Betancor Alonso³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz. ³Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón. 28 años. AP: válvula aórtica bicúspide con insuficiencia aórtica leve. Motivo de consulta: artromialgias y febrícula (37,5 °C) desde ayer, no otra sintomatología por aparatos. Vive en medio rural. No antecedentes epidemiológicos (viajes al extranjero, ingesta de productos pasteurizados, picaduras ni contacto con animales). Se explora (1), se pauta analgesia y actitud expectante. Acude a la semana por progresión de artromialgias, molestias torácicas y fiebre (38-39 °C de 5 días). Se solicita ECG (2) y analítica básica (3). En recogida de resultados (2-3) persistencia de fiebre (10 días). Se solicita serología (4) de Coxiella, Rickettsia, Borrelia, VIH, hepatitis, VEB y CMV. Revisión con serología negativa (4) refiere persistencia fiebre (2 semanas) con empeoramiento de astenia. Ante sospecha de etiología cardiaca por sus AP, derivamos a Enfermedades infecciosas urgente, deciden ingreso. Pautan gentamicina y ceftriaxona (tratamiento empírico de endocarditis). En hemocultivos (5) crece S. oralis. Se realiza ETT (6) y ETE (7) diagnosticándose de endocarditis. Tratamiento durante 21 días iv. En revisión tras alta nos refiere nuevamente palpitaciones y disnea progresiva. Ante sospecha de ICC (complicación) se deriva para valoración urgente. Se realiza ETT (8) y se traslada a Cirugía Cardiaca donde realizan sustitución de válvula aórtica mecánica pautándose acenocumarol. Durante su hospitalización desarrolla FA y BAV como complicaciones por lo que se implanta marcapasos. Al alta y tras varios seguimientos por nuestra parte y curas de herida permanece asintomático

Exploración y pruebas complementarias: (1) BEG. ACP: tonos rítmicos. Soplo diastólico en foco aórtico (II/IV). MVC. Abdomen n/a. (2) ECG: BIRDHH e HVI (ya conocido). (3) Analítica: aumento de PCR resto normal. (4) Serología negativa. (5) Hemocultivo: Streptococcus oralis (6) ETT: sugestiva de endocarditis. (7) ETE: masa móvil de 11 × 9 mm en válvula aórtica (vegetación). Insuficiencia aórtica moderada. (8) ETT: insuficiencia aórtica grave secundaria a perforación del velo no coronario tras endocarditis.

Orientación diagnóstica: Ante antecedentes personales, soplo auscultado y fiebre de duración intermedia sospechar endocarditis.

Diagnóstico diferencial: Fiebre Q. Endocarditis bacteriana. Mononucleosis infecciosa.

Comentario final: Recordar antecedentes personales previos (patología que predispone a endocarditis). Realizar exploración completa (soplo). Abordaje integral desde atención primaria en fiebre de duración intermedia como forma de diagnóstico precoz de una patología con alta morbilidad y mortalidad y con posibilidad de complicaciones.

Bibliografía

1. Falces C. Profilaxis de Endocarditis Infecciosa. VII Congreso SEICAV, 2018.
2. Duval X, et al. Temporal trends in infective endocarditis in the context of prophylaxis guideline modifications. *J Am Coll Cardiol*. 2012;59:1968-76.

Palabras clave: Fiebre. Valvulopatía. Endocarditis.