

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

424/635 - SÍNDROME FEBRIL DE ORIGEN DESCONOCIDO

S. Frechoso Cañedo¹, A. Allende Suárez², A. Álvarez Amigo³ y D. Álvarez Ménendez³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Riaño. Asturias.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Valle del Nalón. Asturias. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Sama. Langreo. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 74 años que acude por sensación distérmica y fiebre, asociado a desorientación y disnea de unas horas de evolución (inicio esa noche). Astenia marcada desde hace meses. Antecedentes personales: HTA. No DM, ni DL. No hab. tóxicos. Hiperuricemia. SAHS moderado con CPAP. Estenosis canal lumbar L3-L4. ERC estadio 2 A2 con perfil de nefroangioesclerosis. Quistes renales. Antecedentes cardiológicos: Anticoagulado por FA permanente no valvular. Cardiopatía hipertensiva con HVI ligera. Esclerosis aórtica con insuficiencia ligera. Intervenciones quirúrgicas: Amigdalectomía, hernioplastia inguinal bilateral, RTU. Situación basal: parcialmente dependiente (meses) por mala movilidad, sin deterioro cognitivo. Tratamiento: allopurinol 300 1-0-0, atorvastatina 20 0-0-1, olmesartán 1-0-0, lobivón 5 1/2-0-1/2, lorazepam 1 0-0-1, omeprazol 20 1-0-0, rivarosabán 20/24h.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 37,7 °C, TA: 148/36 mmHg, FC: 77 lpm, Sat O₂: 97%. COC. BEG. Normocolorado y normohidratado. Glasgow: 15, no focalidad neurológica. Eupneico en reposo. No IY. AC: RsCsRs, sin soplos. AP: mvc, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen anodino. EEII sin edemas ni signos de TVP. Bioquímica: glucemia: 119, urea: 51, Cr: 0,98, FG: 75, Na: 139, K: 4,3, PCR: 65. Hemograma: Hb: 11,3, Hcto: 36,6 (VCM 83,4, HCM 25,7), plaquetas: 290.000, leucocitos: 11.300 (79,8% segmentados y 11,6% linfocitos). Coagulación: tasa de CP: 89%, TPr: 1,07, fibrinógeno: 664, TTPA: 1,14. Rx tórax: aumento de densidad lóbulo medio con derrame pleural derecho. EKG: FA con RV conservada.

Orientación diagnóstica: Fiebre de origen desconocido (FOD). Como primera sospecha neumonía adquirida en la comunidad.

Diagnóstico diferencial: Neumonía adquirida en la comunidad. IC descompensada + insuficiencia renal. Fiebre reumática. Infección a otro nivel de origen idiopático.

Comentario final: Ingresado para estudio de disnea y síndrome febril, sospechando inicialmente neumonía adquirida en la comunidad. Evolución tórpida presentando semiología de insuficiencia cardiaca tanto en la anamnesis como en exploración física y hallazgos radiológicos. Se solicita ecocardiograma que muestra imágenes compatibles con endocarditis aórtica y mitral (vegetación velo anterior).

Bibliografía

1. Sexton J, et al. Clinical manifestations and evaluation of adults with suspected native valve endocarditis; UpToDate. 2019. (Consultado el 02/06/19). Disponible en: <https://www-upToDate.com>

- com.bvgcsalud.a17.csinet.es/contents/clinical-manifestations-and-evaluation-of-adults-with-suspected-native-valve-endocarditis
2. DynaMed Plus [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 -. Record No. T116707, Fever of unknown origin (FUO) in adults; [updated 2018 Nov 30, cited 30/06/2019]. Disponible en: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T116707>

Palabras clave: Fiebre. Disnea. Endocarditis.