



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

482/747 - FIEBRE DE DURACIÓN PROLONGADA TRAS VISITA AL DENTISTA

J. Garzón Aguilar¹, M. López Salas², M. Morales García³ y R. Jiménez Liñán⁴

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada. ²Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada. ³Residente de 4º año de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 65 años con antecedentes de hipotiroidismo, dislipemia, fibrilación auricular y estenosis mitral reumática con valvuloplastia hace 20 años. Seguida por su médico de familia por síndrome febril persistente de un mes de evolución sin foco objetivado, con adecuada respuesta a antitérmicos, asociado a hiporexia y astenia. Como únicos eventos previos reseñables destaca la extracción de dos piezas dentales recientemente. En analítica completa y estudio de COVID-19 no se observan alteraciones significativas, por lo que es derivada a servicio de Urgencias Hospitalarias, siendo finalmente ingresada en servicio de Medicina Interna para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física destaca como único hallazgo soplo sistólico en foco mitral IV/VI. Analíticamente destaca elevación de reactantes de fase aguda, con proteína C reactiva negativa. Ecocardiografía transtorácica: prótesis biológica mitral con signos de disfunción con derrame pericárdico ligero asociado. ETE: prótesis mitral con insuficiencia periprotésica e imagen móvil, oscilante, dependiente de la misma compatible con vegetación. Hemocultivo negativo para atípicas, tuberculosis, positivo para *Granulicatella* sp.

Orientación diagnóstica: Endocarditis infecciosa (EI) subaguda.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia, enfermedades autoinmunes, tuberculosis, sarcoidosis, procesos infecciosos.

Comentario final: La EI es en nuestro medio una patología infradiagnosticada, debido a que se trata de una entidad de naturaleza clínica diversa y de evolución muy variable. Su incidencia estimada es de 3-7 casos por 100.000 personas/año, presentando una mayor morbilidad en pacientes de edad avanzada. La sospecha clínica de esta entidad viene marcada por la presencia de fiebre persistente refractaria a tratamiento asociada a soplos cardíacos de nueva aparición y fenómenos embólicos. La frecuencia con la que se realizan manipulaciones dentales en nuestro medio es muy alta, lo que supone un factor de riesgo que predispone a sufrir EI en determinados pacientes. Es obligado por parte del médico de familia conocer en qué casos y de qué manera se debe realizar una adecuada profilaxis antibiótica para prevenir esta patología.

Bibliografía

1. Cunha BA, Lortholary O, Cunha CB. Fever of unknown origin: a clinical approach. Am J Med. 2015;128: 1138.e1.

2. Wang A, Gaca JG, Chu VH. Management Considerations in Infective Endocarditis: A Review. *JAMA*. 2018;320:72.

Palabras clave: Endocarditis. Fiebre. Granulicatella.