



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

482/889 - SÍNDROME CONSTITUCIONAL: ¿EN BUSCA SIEMPRE DE UNA NEOPLASIA?

I. Castillo Torres¹, I. Estrada Lázaro², A. Villota Bello¹ y M. Sarvise Mata³

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza. ²Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza. ³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General San Jorge. Huesca.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 74 años, con antecedentes de hipertensión arterial y accidente isquémico transitorio, que acudió a consultas de Atención Primaria por inestabilidad, astenia, pérdida de 11 kg en dos meses y febrícula ocasional. Se realizó analítica, reflejándose anemia microcítica y ferropenia. La paciente consiente la realización de gastrocolonoscopia, siendo estas también anodinas; pero ante el empeoramiento súbito de la marcha con episodios de afasia global, se remitió a la paciente a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: En Urgencias, la paciente presentaba ataxia motora, soplo sistólico panfocal no conocido y febrícula. La analítica detecta proteína C reactiva y D-dímero elevados. Durante el ingreso, se realizó Body-TAC donde se evidencian focos de múltiples infartos esplenorenales y marcadores tumorales que excluyeron neoplasia. Se estudió una posible etiología infecciosa con la obtención hemocultivos, positivos para *Streptococcus parasanguinis*. Posteriormente, un ecocardiograma transesofágico muestra miocardiopatía hipertrófica obstrutiva y endocarditis (EI) sobre válvula mitral. Se propuso tratamiento con ceftriaxona y gentamicina intravenosas durante 46 días. Durante el seguimiento, inició súbitamente un cuadro de focalidad neurológica con dismetría y paresia ocular izquierda ingresando en Unidad de Ictus. En la resonancia magnética se mostraban innumerables microsangrados de etiología amieloide. Tras finalizar el tratamiento, la paciente fue dada de alta hemodinámicamente estable y con el foco de endocarditis en resolución.

Orientación diagnóstica: Endocarditis infecciosa (EI) subaguda.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia oculta. Accidente cerebrovascular.

Comentario final: La EI se presenta como infección del endocardio mural o valvular; las prótesis valvulares, así como cardiopatías congénitas y degenerativas son los principales factores de riesgo. La clínica habitual se presenta como fiebre, soplo de reciente aparición e insuficiencia cardíaca. El síndrome constitucional y los eventos embólicos derivados de la verruga valvular son también frecuentes. Desde Atención Primaria, ante una pérdida de peso rápida e involuntaria se ha de realizar un cribado inicial de las etiologías más frecuentes, descartar patología neoplásica oculta así como un seguimiento asiduo del estado general del paciente.

Bibliografía

1. Guía clínica de Endocarditis infecciosa [Internet]. Fisterra.com. 2020.

2. Mensa J, Gatell JM, García-Sánchez JE, Letang E, López-Suñé E, Marco F. Endocarditis infecciosa. En: Guía de terapéutica antimicrobiana 2011. Barcelona: Antares; 2011. p. 446-51.

Palabras clave: Endocarditis. Síndrome constitucional. Ictus.