



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/150 - Hemocultivos negativos con antibioticoterapia previa, sospecha de Endocarditis infecciosa

M.J. Labrador Hernández^a, G. Sgaramella^b, R.D. Rojas Valdivia^c, R. Taípe Sánchez^d, J.M. Romero Bonilla^e, M.P. Carlos González^f, J.L. Cepeda Blanco^g, V. Acosta Ramón^h, N. Santos Méndezⁱ y L. Alli Alonso^j

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Alisal. Santander. ^bMédico de Familia. Hospitalización a Domicilio; ^cResidente de 4º año de Medicina Intensiva. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dávila. Santander. ^fMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cazoña. Santander. ^gMédico Residente de 1º año Medicina Familiar y Comunitaria; ^hMédico Residente de 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Santander. ⁱMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^jMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barros. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 34 años que consulta por pérdida de peso y fiebre. Antecedentes personales: No hábitos tóxicos. No HTA, no DL, no DM. Síndrome X frágil con epilepsia parcial secundariamente generalizado. Válvula aórtica bicúspide. Presenta desde hace 6 meses, pérdida de peso 5-6 kg, fiebre vespertina y sudoración nocturna; es valorado en consultas de atención primaria y medicina interna sin objetivar foco infeccioso y tratado con antibioticoterapia empírica persistiendo sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: T: 35,9 A.; FC: 66 lpm; TA: 108/69 mmHg. FR: 16 rpm. SatO₂: 98%. Buen estado general. ORL: hiperplasia gingival. No adenopatías cervicales. AC: rítmicos, soplo diastólico en foco aórtico. AP normal. Abdomen: anodino. Extremidades: no edemas, pulsos periféricos presentes. Neurológico: conservado. Meníngeos negativos. Hemograma, bioquímica y coagulación: normal. PCR: 2,1 Hemocultivos: negativos. Ecocardiograma: válvula bicúspide clásica. Imagen de vegetación móvil adherida al velo posterior (15 × 3 mm), que prolapsa el tracto de salida de ventrículo izquierdo hacia continuidad mitro-aórtica. insuficiencia aórtica muy excéntrica en rango grave (podría haber perforación de velo). TAC craneal: normal. Ecografía abdominal: esplenomegalia de 14 cm.

Juicio clínico: Endocarditis infecciosa sobre válvula aórtica bicúspide con germen no filiado.

Diagnóstico diferencial: Mixoma auricular, endocarditis trombótica no bacteriana, fiebre reumática aguda, lupus eritematoso generalizado, púrpura trombótica trombocitopénica y anemia de células falciformes.

Comentario final: La dificultad diagnóstica en la endocarditis deriva de la gran variedad de síntomas con la que puede presentarse esta enfermedad. Para hacer el diagnóstico definitivo es necesario aislar el microorganismo en la sangre, émbolo o bien demostrar la presencia de vegetaciones infectadas. Debe sospecharse la presencia de una endocarditis: en pacientes con soplo cardíaco y fiebre de causa inexplicable durante una semana, a pesar de tener hemocultivos negativos. Según distintas series los hemocultivos son negativos en 2,5-31%. La causa más frecuente de endocarditis con hemocultivos negativos es el tratamiento antibiótico previo. Con solo 48-72 horas de antibiótico -aunque inefectivo- pueden negativizarse los cultivos

hasta varias semanas después de su administración. La correcta toma de muestras para hemocultivos, la realización de pruebas serológicas, y la utilización de nuevas técnicas diagnosticas podrían reducir la proporción de casos de cultivos negativos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bruneval, Choulcair, Paraf, Casalata, Raoult, Scherchen, Mainardi. Detection of fastidious bacteria in cardiac valves in cases of culture blood negative endocarditis. *J. Clinical Pathology*. 2001;54:238-40.
2. Mylonakis E, Calderwood SB. Infective endocarditis in adults. *N Engl J Med*. 2001;345:1318-30.
3. Valles F, et al. Guías de práctica clínica en endocarditis de la Sociedad Española de Cardiología. *Rev Esp Cardiol*. 2000;53:1384-96.