

Medicina de Familia. SEMERGEN



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

7 - DOCTOR, ME FATIGO MÁS.

(¹) Marco Ibáñez, Almudena; (²) Fuertes Ferre, Georgina; (³) Pastor Alcolea, Paula, (⁴) Marco Ibáñez, Miriam; (⁵) López Coscojuela, Javier; (⁶) Jacinto Martín, Alberto.

(¹) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza; (²) Médico Adjunto de Cardiología. Hospital Miguel Servet. Sector II. Zaragoza. (³) Enfermera del CME Ramón y Cajal. Sector II. Zaragoza. (⁴) Médico Residente de 2º año de Medicina del Trabajo. Hospital 12 de Octubre. Madrid. (⁵) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza. (⁶) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almozara. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 79 años. AP: HTA, DM tipo 2, DLP. Intervenido en 2012: bioprótesis valvular aórtica y By-pass aorto-coronario múltiple. Flutter auricular. Marcapasos. En 2013 RTU de próstata, síndrome febril y bacteriemia por Enterococcus faecalis, sin visualizarse vegetación en ETE, pautándose Ceftriaxona y Ampicilina. Tres ingresos posteriores por fiebre, sin recidiva tras 8 semanas con Linezolid. Doce meses después, en consulta periódica con su MAP, refiere astenia e incremento de disnea, oliguria, edemas de EEII, sin clínica infecciosa ni fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: TA 135/80mmHg, Sat. O2 95%. AC: rítmico, soplo diastólico en foco aórtico. AP: escasos crepitantes bibasales. Abdomen anodino. EEII: edemas bimaleolares con fóvea. ECG: ritmo por marcapasos, 70 lpm. Esa misma mañana, en consulta programada de Cardiología de Área, ETT: FEVI deprimida (35%) y prótesis aórtica con 2 jets de regurgitación, uno severo. Derivado para ingreso, Radiografía tórax: cardiomegalia y engrosamiento hiliar de aspecto vascular, AS: creatinina 2.51mg/dL, Pro-BNP 4640 pg/mL, Hb. 10g/dL, LDH 206 y Haptoglobina normal. ETE: fuga paraprotésica 2ª a perforación del velo anterior protésico, posiblemente secundario a endocarditis no evidenciada. Hemocultivos negativos. Se pauta diurético intravenoso y se realiza TAVI (“valve in valve”), con buen resultado hemodinámico. Alta con recomendaciones higiénico-dietéticas, Cefazolina profiláctica 6 meses, seguimiento periódico por MAP y Cardiología.

Diagnóstico: Fuga paraprotésica valvular.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardíaca congestiva, Trombosis valvular.

Comentario final / conclusiones: La endocarditis infecciosa característicamente cursa con vegetación endocardítica, fiebre secundaria a bacteriemia y posible destrucción valvular y embolia. Resultan diagnósticos los hemocultivos y el ecocardiograma. En caso de endocarditis protésica valvular por Enterococcus faecalis, se recomienda 6 semanas ampicilina más gentamicina o ceftriaxona, y en caso de alergia o resistencia a betalactámicos vancomicina con aminoglucósidos 2 semanas. Si recidiva, añadir Linezolid. La fuga paravalvular por perforación de velo es una complicación infrecuente pero grave de las prótesis valvulares, optándose por TAVI si elevado riesgo quirúrgico. El seguimiento multidisciplinar de estos pacientes es la clave para optimizar su asistencia.

Bibliografía

Bonow R, Leon M, Doshi D, Moat N. Management strategies and future challenges for aortic valve disease. The Lancet. 2016;387:1312-23

Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de la endocarditis infecciosa. Rev Esp Cardiol. 2016;69(1):e1-e49