

Autores: Carmen De La Hoz Regules¹, Carolina Cayón De las Cuevas², Raquel S. Castro Prieto³, Francisco J. Álvarez Álvarez⁴, Amparo R. Fernández Escudero⁵. José María Muñoz Pérez⁶.

Centro de Trabajo: Médico de familia-SUAP Suances¹, Médico de Familia-C.S.Sardinero², Médico de Familia-C.S.Selaya³, Médico de Familia-C.S. Nansa⁴, Médico de Familia-Sustituto⁵, Médico de Familia-C.S. Liébana⁶. Servicio Cántabro de Salud.

INTRODUCCIÓN:

La fiebre de origen desconocido (FOD) es una enfermedad febril prolongada sin una etiología clara a pesar de una evaluación intensiva y procedimientos diagnósticos adecuados. Las causas más habituales son la infección, enfermedades inflamatorias no infecciosas y las enfermedades malignas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Varón de 75 años, hipertenso con Estenosis aórtica. Inició cuadro febril de vías altas tratado con amoxicilina. Asintomático durante 1 mes, inicia cuadro de disnea moderada y febrícula acompañado de sudoración vespertina de 10 días de evolución. Temperatura de 37,6°C y soplo de estenosis aórtica severa ya conocido. Analíticamente una anemia microcítica con discreta leucocitosis. Radiografía torácica normal. Realizado el diagnóstico diferencial de FOD es remitido a cardiología, con la sospecha de endocarditis subaguda. Hemocultivos positivos para *Streptococo Viridans* y se trata con antibioterapia. Ecocardiograma (ECOC): Estenosis aórtica severa con función global normal, sin vegetaciones. El ECOC transesofágico (figura 1) evidenció un absceso en raíz aórtica con áreas de licuefacción, sin otras vegetaciones. Fue intervenido de endocarditis aórtica complicada con absceso aórtico.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN:

Era un cuadro febril subagudo En paciente sin datos de gravedad. En la primera consulta realizamos anamnesis y exploración completas intentando localizar su foco. Hicimos hincapié, en los antecedentes personales y datos epidemiológicos (exposición a tuberculosis, lugar de residencia, profesión, consumo de fármacos, contacto con animales, picadura de insectos, pérdida de peso, factores de riesgo para enfermedades de transmisión sexual o cirugía reciente). La aparición de anemia con leucocitosis y el antecedente de una valvulopatía aórtica orientaron a una posible endocarditis subaguda enmascara parcialmente por el uso de antibioterapia previa. Derivamos a cardiología para ampliar estudio.

PALABRAS CLAVE:

Fiebre persistente. Endocarditis. Absceso aórtico.

BIBLIOGRAFIA:

1. Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, et al. Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de la endocarditis infecciosa. Rev Esp Cardiol. 2016; 69(1):69.e1-e49.
2. Leontyev S, Borger MA, Modi P, et al. Surgical management of aortic root abscess: a 13-year experience in 172 patients with 100% follow-up. J Thorac Cardiovasc Surg. 2012 Feb; 143(2):332-7.
3. Varghese GM, Trowbridge P and Doherty T. Investigating and managing pyrexia of unknown origin in adults. BMJ (Clinical research ed.). 2010; 341:C5470.

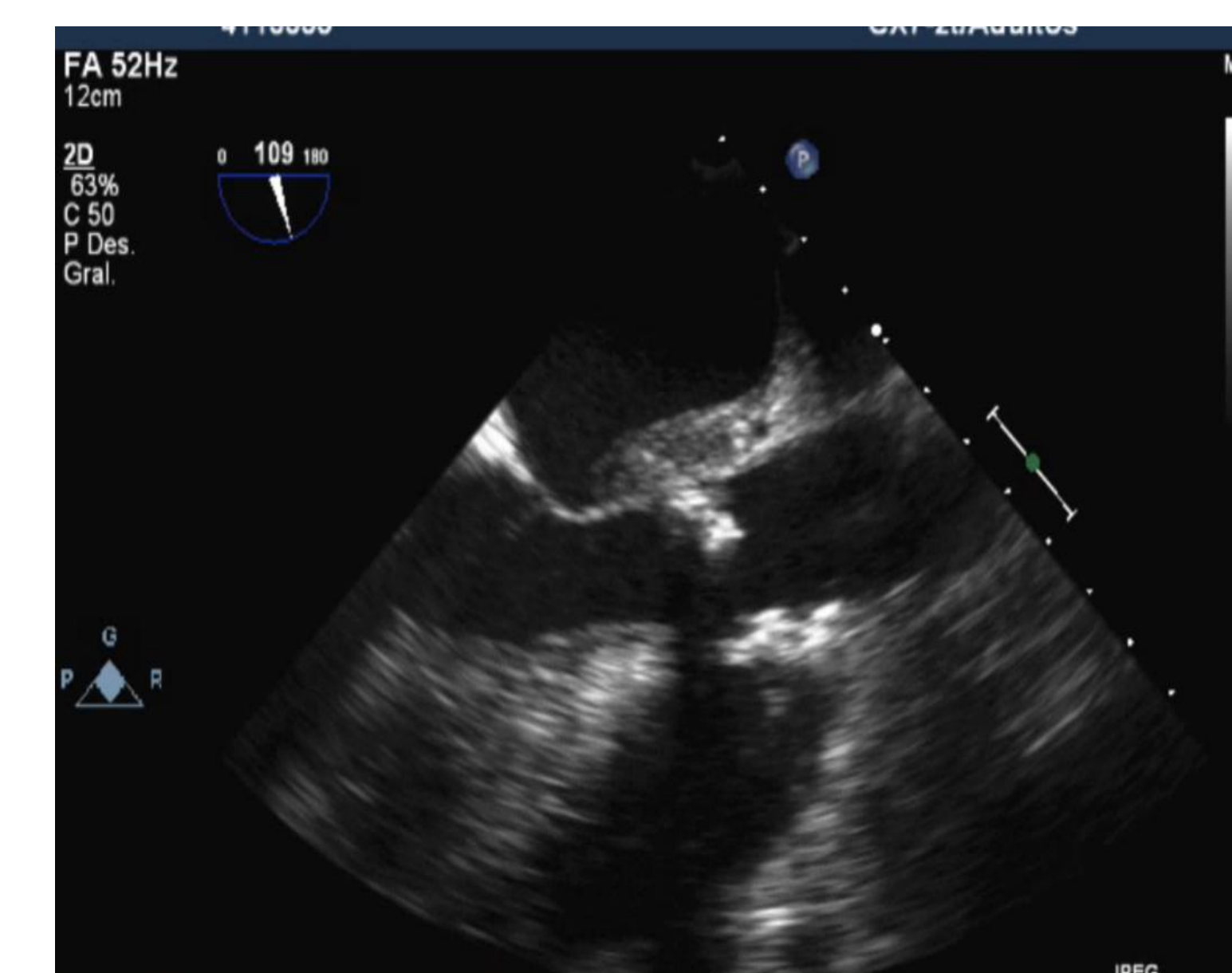


Figura 1