

**Caso 67****Endocarditis infecciosa, un diagnóstico de urgencias**

YOLANDA A. SAFONT MONTES, SALVADOR SENDRA ESTEVE,  
RITA ALEXANDRA GUGLIERI SOLER, PABLO LAFUENTE  
SANCHÍS, NOELIA PARDO PAVÍA

Hospital de La Ribera. Alzira. Valencia

**HISTORIA CLÍNICA**

Paciente varón de 35 años, sin alergias farmacológicas conocidas y en tratamiento con olanzapina por trastorno depresivo, derivado a urgencias por deterioro del estado general. Según refiere la familia, presenta cuadro febril y malestar general de aproximadamente un mes de evolución, de posible origen urinario, que ha sido tratado con antitéticos y posteriormente con levofloxacino. Pese a ello, persiste clínica y empeoramiento progresivo, presentando disnea a mínimos esfuerzos, tos no productiva y dolor intenso en MMII.

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

Paciente con mal estado general, consciente, orientado aunque estuporoso, sudoración generalizada, taquipneico.

Ctes: Ta: 80/50 mmHg, FC: 140l/m, SatO<sub>2</sub>: 98% respirando aire ambiente, Fr: 42 rpm, Tm: 38°C

AC: Tonos audibles y rítmicos

AP: Crepitantes en base izda con mvc en el resto

Abdomen: Blando y depresible, no se palpan masas ni megalias, refiere dolor en mesogastrio a la palpación. Sin signos de irritación peritoneal.

MMII; No edemas, no cordones varicosos, ni alteración en la coloración cutánea. Pulsos distales conservados.

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Realizamos gasometría arterial en el gasómetro del servicio, donde destaca resultado compatible con acidosis metabólica compensada (pH:7.41, PCO<sub>2</sub>: 23 mmHg, PO<sub>2</sub>: 72.9 mmHg, H<sub>2</sub>CO<sub>3</sub>: 14.9 mmol/L).

En la analítica llama la atención: Glucemia: 779 mg/dL, insuficiencia renal (Urea: 129, Cr: 2.17),

anemia (Hb:9 y Hto: 26%), destaca además leucocitosis 19.000 leucocitos con desviación izquierda y aumento de los indicadores de sepsis como el lactato (6.9 mmol/L) y la procalcitonina (36.32 ng/mL), así como aumento de los reactantes de fase aguda como el fibrinógeno 774 mg/dL.

Analítica de orina sin alteraciones significativas.

En la radiografía de tórax a pesar de la mala calidad, se aprecia una imagen de condensación en lóbulo medio derecho, además de una imagen menos evidente de similares características en el pulmón izquierdo (Figura 1).

ECG: Taquicardia sinusal a 100 l/m, sin alteraciones en la repolarización ni signos de isquemia.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS**

Nos encontramos ante un paciente que acude a urgencias con un cuadro etiquetado como infección de origen urinario, pero presentando analítica de orina sin alteraciones. Dado el resultado de la gasometría, que recibimos como primer resultado junto con la glucemia digital, sospechamos en primer lugar en un debut diabético, ya que el paciente presenta acidosis metabólica compensada, junto con hiperglucemia, posiblemente desencadenado por la infección de orina, desencadenante del que dudamos al recibir el resultado de la analítica y de la radiografía y dado además el cuadro de disnea que presenta el paciente en los últimos días.

**EVOLUCIÓN**

A la llegada del paciente a urgencias y tras ser ubicado en el área de boxes, se canalizan dos vías periféricas de calibre 16 y 18 y se monitorizan las



Figura 1

constantes, se sonda al paciente e iniciamos el control de la diuresis. Se inicia reposición de volumen con suero fisiológico y coloides a una velocidad de perfusión de 150 mL/hora.

Se realiza extracción de muestra para hemocultivos (positivos para *Streptococcus agalactiae* en 2 muestras sucesivas separadas por 3 días) y se administra tratamiento antitérmico. Al recibir el resultado de la radiografía de tórax, se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro con amoxicilina-clavulánico más claritromicina.

Tras iniciar la estabilización del paciente, se contacta con el servicio de intensivos. Se realiza ecografía abdominal en urgencias en la que se aprecia líquido libre en el espacio espleno renal así como lesiones quísticas en bazo e hígado. Se valora también la silueta cardíaca, encontrándose imagen de vegetación de gran tamaño sobre válvula mitral.

Con la realización de TAC toraco-abdominal, se confirma la existencia de condensación pulmonar bilateral, además de dos lesiones ocupantes de espacio en bazo y otra en riñón compatibles con abscesos (Figuras 2 y 3).

En el servicio de intensivos se inicia tratamiento antibiótico con amikacina, piperacilina-tazobactam y levofloxacino, dándose de alta al paciente 25 días después tras cirugía de sustitución valvular.

## DIAGNÓSTICO FINAL

- Endocarditis sobre válvula mitral nativa.
- Síndrome de disfunción multiorgánica, con insuficiencia renal, shock, encefalopatía e insuficiencia respiratoria.
- Bronconeumonía bilateral.

- Absceso en bazo y en riñón derecho.

## DISCUSIÓN

El absceso esplénico es una enfermedad rara aunque se asocia en un alto porcentaje de casos a la bacteriemia consecuencia de una endocarditis infecciosa. En este caso nos da la sospecha diagnóstica al hallar una imagen compatible en la ecografía abdominal, además de la imagen ecocardiográfica obtenida. Consideramos este un caso muy representativo de lo que nos puede aportar en Urgencias la ecografía a pie de cama, no sólo como apoyo diagnóstico en el politraumatizado sino también en otro tipo de enfermedades como una primera aproximación diagnóstica previa a obtener la confirmación por parte del Servicio de Radiología, lo cual nos ayuda a una actuación más rápida y eficaz.

## BIBLIOGRAFÍA

- Durack DT, Lukes AS, Bright DK. New criteria for diagnosis of infective endocarditis: utilization of specific echocardiographic findings. Duke Endocarditis Service. Am J Med. 1994 Mar;96(3):200-9.
- Salas Cabañas, M; Cuadra García-Tenorio, F. Endocarditis Infecciosa En: Julián Jiménez J. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. 3ª edición, Edicomplet. Complejo Hospitalario de Toledo. p.689-696.
- Suárez, C. G.; Bayona, J. F.; Rivas, P. Endocarditis y abscesos esplénicos. An. Med. Interna (Madrid) v.20 n.1 Madrid ene. 2003.

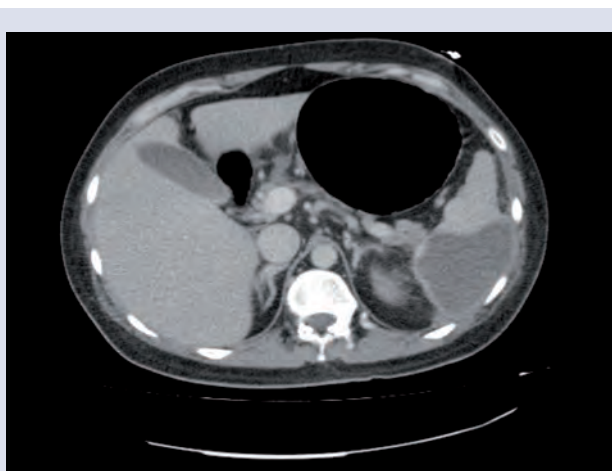


Figura 2

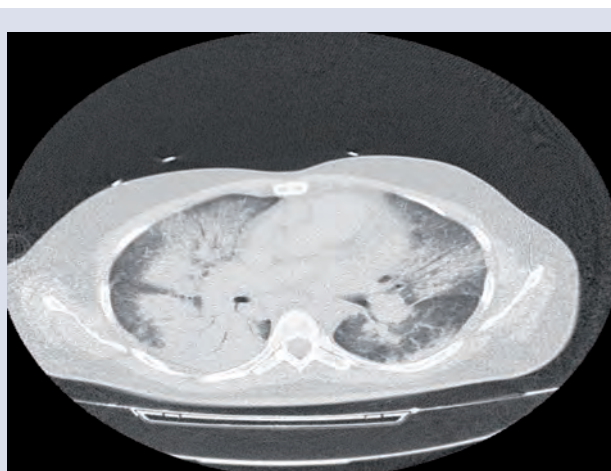


Figura 3

### COMENTARIO EDITORIAL

El absceso esplénico es una entidad poco frecuente, aunque en aumento debido al incremento de pacientes inmunodeprimidos, con gran dificultad diagnóstica y una elevada mortalidad, especialmente en pacientes postquirúrgicos o politraumatizados. La existencia previa de lesiones esplénicas asociadas a una bacteriemia es el mecanismo patogénico más frecuente. En pacientes con alteraciones previas en la estructura esplénica, como en aquellos con infartos esplénicos por anemia de células falciformes o infarto postraumático, la aparición de bacteriemia posterior (de origen abdominal o no) puede favorecer la aparición del absceso esplénico. La diseminación por contigüidad (desde un absceso subfrénico, perforaciones gástricas o colónicas) también está descrita.

En la literatura, la mayoría de los abscesos esplénicos comunicados son solitarios y uniloculares. Del mismo modo, la mayoría de los relacionados con endocarditis infecciosa son también únicos y uniloculados. Los patógenos implicados varían según las series, pero los más frecuentemente involucrados son especies aerobias (más de 50%), especialmente cocos grampositivos del género *Streptococcus* y *Staphylococcus*. Menos frecuentes son los gram negativos. Entre 30 y 50% de los casos son de etiología polimicrobiana. Los hemocultivos son positivos en aproximadamente el 70% de los pacientes con abscesos esplénicos múltiples, pero sólo en 14% de los abscesos únicos. En el contexto de una endocarditis infecciosa, el bazo puede verse afectado tanto por la aparición de un absceso como por la presencia de infartos.

La sintomatología que presenta el paciente es inespecífica, siendo lo más frecuente fiebre, esplenomegalia y dolor en flanco izquierdo. La ecografía abdominal es altamente rentable en el diagnóstico de absceso esplénico, presentando una alta sensibilidad ante la sospecha diagnóstica. La ecografía como procedimiento diagnóstico es de gran utilidad y esta extendida por muchas especialidades y el médico de urgencias debe implicarse en su utilización para encontrar respuestas rápidas a las preguntas claves que se hace delante del enfermo.

**Juan González del Castillo.**  
**Hospital Clínico San Carlos. Madrid**