



Observaciones Clínicas

Endocarditis infecciosa subaguda en paciente con comunicación interventricular y embolización

Emilio Constán de la Revilla *, Lorena González Camacho, Laura Pertejo Manzano y Ricardo Rivera López

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario Granada, Granada, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de abril de 2016

Aceptado el 25 de enero de 2017

On-line el 5 de abril de 2017

Palabras clave:

Endocarditis infecciosa

Embolización

Comunicación interventricular

RESUMEN

La endocarditis infecciosa es una enfermedad infrecuente con importantes complicaciones y posible desenlace fatal. Presentamos el caso de un paciente de 24 años con coartación aórtica intervenida a los 8 días de vida, quedando comunicación interventricular perimembranosa, que presentó endocarditis infecciosa subaguda con embolización paradójica, tratándose con éxito mediante antibioterapia.

© 2017 SAC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Subacute infective endocarditis in patient with ventricular septal defect and embolization

A B S T R A C T

Infective endocarditis is an uncommon condition with important complications and possible fatal outcome. We present the case of a 24 year old patient with aortic coarctation intervened at 8 days of life leaving perimembranous ventricular septal defect, which present subacute infective endocarditis with paradoxical embolization, successfully treated with antibiotics.

© 2017 SAC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Caso clínico

Paciente varón de 24 años intervenido de coartación aórtica a los 8 días de vida con éxito, con ampliación de la zona

coartada, quedando una comunicación interventricular (CIV) perimembranosa. Durante un viaje presentó un episodio de hemoptisis masiva, acudiendo a un hospital local, donde es dado de alta. Al regresar del mismo acude a su cardióloga de área que decide el ingreso a través del servicio de urgencias en

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ecdelarevilla@gmail.com (E. Constán de la Revilla).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.carcor.2017.01.002>

1889-898X/© 2017 SAC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

neumología. Se realiza angio-TAC, en la que se evidencia una lesión cavitada en el segmento basal medial derecho y lesiones alveolares cavitadas subpleurales (fig. 1A, flecha) sugerentes de enfermedad infecciosa de origen hematógeno. Se realiza ecocardiografía transtorácica en cardiología, en la que se visualiza vegetación móvil en valva no coronaria de la válvula aórtica bicúspide, por lo que ingresa en el servicio de enfermedades infecciosas por endocarditis infecciosa subaguda. En hemocultivos seriados se aisló un *Streptococcus oralis* y se instauró tratamiento antibiótico con ceftriaxona y gentamicina. Rehistoriando al paciente se evidencian 2 episodios previos compatibles con embolización séptica: un episodio de sordera transitoria en enero con resonancia magnética nuclear informada como posibles microsangrados crónicos a nivel subcortical, y una pérdida de visión temporal en el OI con fondo de ojo normal. Se realiza ecocardiografía transesofágica en la que se evidencia válvula aórtica bicúspide con tumoración oscilante de 9,5 mm en la cara ventricular de la valva no coronaria (fig. 1B, cuadrado) y una tumoración de 11,5 mm en orificio de CIV (fig. 1B, círculo). Durante su evolución presentó un pico febril y un nuevo episodio de hemoptisis de escasa cuantía. Se realiza tomografía axial computarizada toracoabdominopélvica en el que se aprecia esplenomegalia con infarto esplénico cortical (fig. 1C, flecha).

Ante la sospecha de embolización se realiza una nueva ecografía transesofágica en la que ya no se observaban dichas vegetaciones (Fig. 1D). Dada la respuesta satisfactoria sin formación de nuevas vegetaciones durante el tratamiento

antibiótico se decide continuar con el mismo durante 4 semanas a partir del primer hemocultivo, negativizándose tras la primera semana de tratamiento. El paciente se mantuvo estable durante el resto del ingreso. En la ecocardiografía al alta se apreciaba insuficiencia aórtica moderada asintomática sin vegetaciones, y que se mantuvo sin cambios durante el seguimiento en consulta de cardiopatías congénitas del adulto durante el año 2016.

Discusión

La endocarditis infecciosa sobre válvula nativa es una enfermedad infrecuente, estimándose una incidencia anual de entre 3,1 y 3,7 episodios cada 100.000 habitantes y año. Los estreptococos del grupo Viridans son los microorganismos más prevalentes, y se asocian a presentación subaguda, así como con infección sobre la válvula nativa adquirida en la comunidad¹. De las enfermedades estructurales cardíacas la CIV es la que más se asocia a EI². La incidencia de EI en la válvula bicúspide es <2%, aunque se asocia a mayor tasa complicaciones perivalvulares³. Las embolizaciones son más frecuentes antes del tratamiento, así como durante la primera semana de este. Las localizaciones más frecuente son SNC, bazo, riñón y pulmón. Se han descrito embolismos a través de defectos septales en algunas series, como en el caso que presentamos⁴. Aunque la evidencia sugiere la necesidad de cirugía en vegetaciones >10 mm que persisten tras uno o

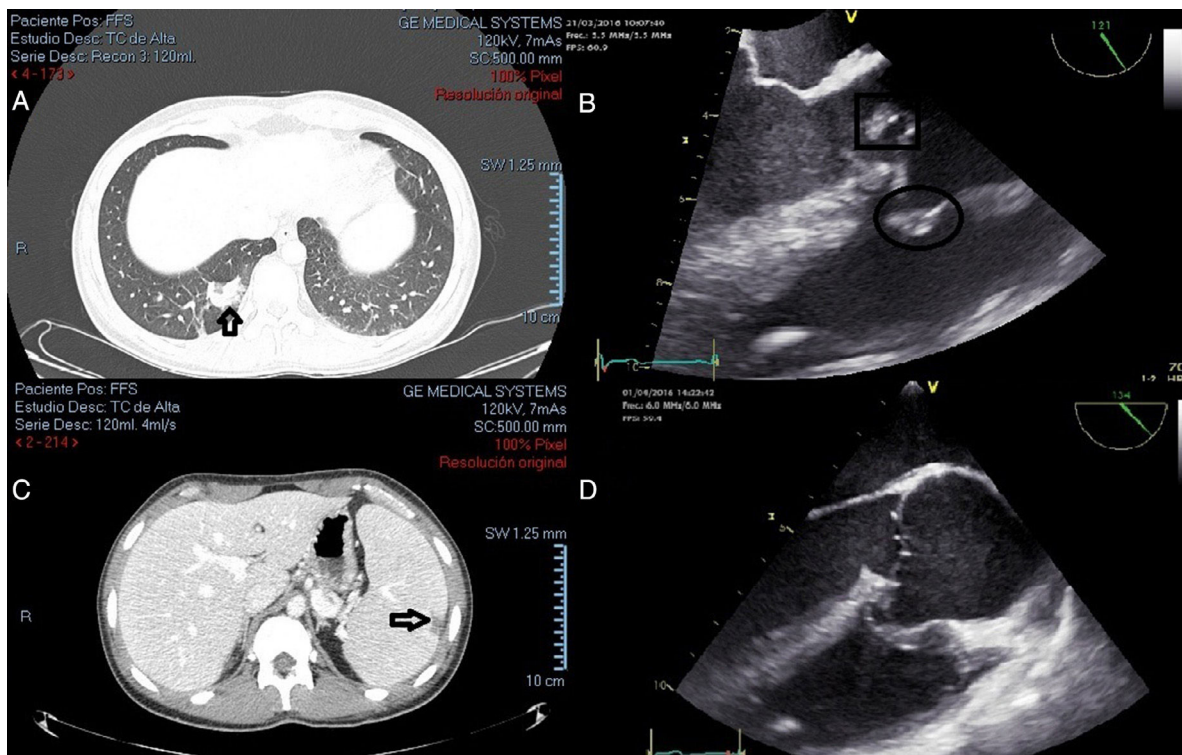


Figura 1 – Embolización séptica paradójica en lóbulo pulmonar inferior derecho (A, flecha). Vegetación cara ventricular de velo no coronario de válvula aórtica (B, cuadrado). Vegetación en orificio de CIV (B, círculo). Infarto esplénico cortical y esplenomegalia (C, flecha). Ausencia de vegetaciones (D).

más episodios embólicos (Ib)⁵, en nuestro paciente se optó por tratamiento antibiótico, dada la desaparición de las vegetaciones tras la embolización, la insuficiencia aórtica moderada asintomática, así como el riesgo de complicaciones que la sustitución valvular supondría a largo plazo en un paciente joven.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baddour LM, Wilson WR, Bayer AS, et al. Infective endocarditis: Diagnosis, antimicrobial therapy, and management of complications: A statement for healthcare professionals from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Councils on Clinical Cardiology, Circulation. 2005;111:e394.
2. Knirsch W, Nadal D. Infective endocarditis in congenital heart disease. *Eur J Pediatr.* 2011;170:1111.
3. Tribouilloy C, Rusinaru D, Sorel C, et al. Clinical characteristics and outcome of infective endocarditis in adults with bicuspid aortic valves: A multicentre observational study. *Heart.* 2010;96:1723-9.
4. Liu S, Xie J, Chen Y, et al. Presenting features and clinical course of 34 patients with septic pulmonary embolism caused by right-sided infective endocarditis. *Chin Med J (Engl).* 2014;127:2735-9.
5. Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis. *Eur Heart J.* 2015;36:3075-128.