

INTRODUCCIÓN

La endocarditis infecciosa afecta válvulas cardiacas nativas o protésicas, provocando complicaciones estructurales y funcionales.(1) En algunos casos la falta de respuesta a la terapéutica farmacológica y/o la repercusión hemodinámica de las vegetaciones, demostrada por ecocardiografía, llevan a complementar el manejo con una intervención quirúrgica.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 22 años, sin antecedentes de interés que es derivado a un centro de referencia por un cuadro de 2 meses de evolución, caracterizado por fiebre, dolor lumbar y pérdida de peso de 30 libras. Al momento de su admisión presentaba disnea de esfuerzo.

Al examen físico: Hemodinámicamente estable. Presenta dedos con hemorragias en astilla, nódulos de osler y lesiones de Janeway. Con soplo holodiastólico en foco aórtico, intensidad III/VI, en decreciendo. La evaluación por odontología mostró múltiples restos radiculares indicados para extracción.

Las pruebas analíticas muestran leucocitosis ($17.5 \times 10^3/\text{microlitro}$), anemia normocítica con valor de hemoglobina 8.5 g/dL, factor reumatoideo 564 U/mL (elevado), NT-proBNP 15506 pg/mL (elevado) y hematuria microscópica. Hemocultivos reportan crecimiento de *Streptococcus intermedius* (grupo viridans) y *Staphylococcus xylosus* (coagulasa negativa).

El ecocardiograma mostró válvula aórtica con imagen serpenteante en velo coronario derecho, móvil, de 3.3 cm en su eje mayor, que condiciona flail (movimiento libre con falta de coaptación) de dicho velo e insuficiencia aórtica severa. Luego de 10 días de tratamiento antibiótico se realiza ecocardiograma transefágico, el cual muestra vegetación en velo coronario derecho de la válvula aórtica de similar tamaño al descrito en el estudio transtorácico, sin absceso periaórtico. El equipo multidisciplinario recomendó tratamiento quirúrgico con cirugía de reemplazo valvular. Se realiza reemplazo valvular aórtico con prótesis mecánica. La evolución postoperatoria fue favorable.

DISCUSIÓN

Las manifestaciones clínicas de este paciente orientaban a endocarditis infecciosa y se realizaron los estudios diagnósticos correspondientes siguiendo los criterios de Duke(2). La sensibilidad del ecocardiograma transtorácico para establecer el diagnóstico de endocarditis de válvula nativa es aproximadamente de 70%(3). Este estudio tiene marcada importancia en el seguimiento para evaluar respuesta terapéutica y presencia de complicaciones como en el caso presentado. El avance en la imagen cardíaca a la técnica transefágica permitió una mejor delimitación de la anatomía valvular, determinar la persistencia de la vegetación y planificación quirúrgica para reemplazo valvular. El manejo de la endocarditis infecciosa requiere un equipo multidisciplinario. Entre 40-50% de los casos de endocarditis infecciosa requieren tratamiento quirúrgico(4).

En el seguimiento del tratamiento médico la ecocardiografía también tiene importante utilidad. Se recomienda repetir el ecocardiograma transtorácico y/o ecocardiograma transefágico tan pronto como se sospeche una nueva complicación: nuevo soplo, embolismo, fiebre persistente, falla cardiaca, abscesos, bloqueo auriculoventricular (recomendación IB).

Bibliografía

- [1] Yellowitz AW, Decker LC. Infectious Endocarditis [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing NCBI; Actualizado en enero 2022 [Revisado el 12 de abril del 2022].
- [2] Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Mann DL, Tomaselli GF, Braunwald E. Braunwald Tratado de Cardiología. Undécima Edición. Barcelona, España: Elsevier; 2019.
- [3] Chambers HF, Bayer AS. Native-Valve Infective Endocarditis. N Engl J Med. 2020 Aug 6;383(6):567-576. doi: 10.1056/NEJMcp2000400. PMID: 32757525.
- [4] Rajani R, Klein JL. Infective endocarditis: A contemporary update. Clin Med (Lond). 2020 Jan;20(1):31-35. doi: 10.7861/clinmed.cme.20.1.1. PMID: 31941729; PMCID: PMC6964163.

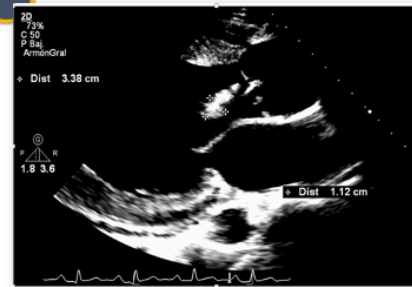


Figura 1. Ecocardiograma transtorácico inicial.

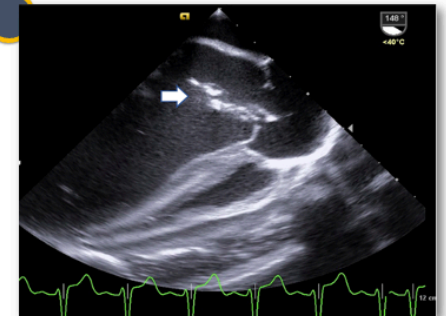


Figura 2. Ecocardiograma transefágico.



Figura 3. Vegetación en válvula aórtica nativa.

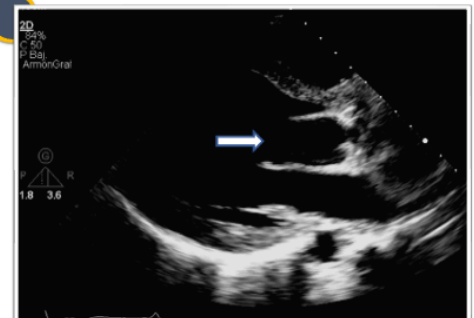


Figura 4. Ecocardiograma transtorácico post-operatorio.