

Endocarditis infecciosa en válvula tricúspide: Presentación clínica y evolución en paciente sin factores de riesgo clásicos. Endocarditis infecciosa tricuspídea: A propósito de un caso

NICOLÁS RAMÍREZ ORTEGA.¹, CAROLINA CHACÓN FERNÁNDEZ.², JUAN ÁLVAREZ GÓMEZ³

**Infective endocarditis in the tricuspid valve: Clinical presentation and evolution in patient without classic risk factors.
Tricuspid infectious endocarditis: A case report**

Abstract

*Infective endocarditis (IE) correspond to a serious condition of the endocardium, with clinical and classic risk factors. Heart failure is described as the main complication and cause of mortality. A 58-year-old diabetic female patient, with fever, weight loss and history of 10 months of fatigue, is presented below. She is hospitalized in Hospital Regional de Talca, in Medicine Service, where she is diagnosed of right IE by blood cultures (*Streptococcus Sanguis*) and transthoracic echocardiogram, that showed vegetations in the tricuspid valve and severe insufficiency. Without clinical improvement despite antibiotic treatment, echocardiography is repeated, showing persistence of vegetations and insufficiency, so that surgical resolution is decided, taking place in Hospital Gustavo Grant Benavente Concepción, with clinical recovery after surgery. It highlights a classic and larval presentation of the disease, but without classic risk factors for right IE, also associated with glomerulonephritis. The antibiotic eliminated bacteremia, but the valve damage was already established.*

Keywords: *Infective endocarditis, tricuspid valve, valve replacement, risk factors*

1. Médico Residente Medicina Interna
Universidad Católica del Maule, Hospital
Regional de Talca

2. Infectóloga, Departamento de
enfermedades infecciosas del Hospital
Regional de Talca. Staff programa de
especialidad Medicina Interna de Universidad
Católica del Maule.

3. Cardiólogo. Departamento de Cardiología
y Cardiocirugía de Hospital Regional de
Talca.

Correspondencia

Nombre: Nicolás Ramírez Ortega

E.mail: nicolas.raimundo.ramirez@gmail.com

Introducción

La endocarditis infecciosa corresponde a una afección grave del endocardio, causada por microorganismos (la mayoría de los casos, bacterias del género *Streptococcus* y *Staphylococcus*), que, sin tratamiento, es mortal¹. Se puede presentar tanto en válvulas nativas o protésicas, cada una con enfoque y tratamientos determinados. La incidencia en Chile

es de alrededor de 2 – 3 casos por 100.000 habitantes por año², más frecuente entre los 50 a 60 años, cierta predisposición al género masculino, más frecuente en válvulas nativas, y de éstas, la válvula aórtica³. Epidemiología muy similar a la reportada en bibliografía internacional⁴. Las manifestaciones clínicas son variadas, destacando la fiebre como la manifestación más frecuente seguido de anorexia, baja de peso, disnea y tos. La falla cardíaca

se describe como la principal complicación y causa de mortalidad en la actualidad, dado principalmente por el daño valvular que genera la infección⁵.

Se presenta a continuación un caso de una paciente femenina, cuyo diagnóstico se realiza en Hospital Regional de Talca (HRT), con la culminación de tratamiento en cirugía en el Hospital Gustavo Grant Benavente de Concepción (HGGB)

Caso clínico

Se trata de paciente de 58 años, procedente de sector rural de Cumpeo (comuna de Río Claro, Región del Maule), antecedentes de Diabetes Mellitus 2 con buen control metabólico previo al inicio de enfermedad. Refiere cuadro de 10 meses de evolución de compromiso del estado general, fiebre intermitente hasta 38.5° y anorexia, con baja de peso aprox. de 10 Kg en los últimos 6 meses. Dos semanas previo a consultar, comienza con disnea de mínimos esfuerzos. Consulta en mayo 2018 en CES-FAM Cumpeo, donde destaca al examen físico un soplo holosistólico en foco tricuspídeo irradiado a foco pulmonar. Se solicitan exámenes generales, destacando una anemia normocítica normocrómica, alteración en la función renal (creatinina 3.9 mg/dL, VFG 12 ml/min, con hiponatremia moderada), asociado a hematuria microscópica y proteinuria en rango no nefrótico, motivo por el cual se envía a hospitalizar con sospecha de endocarditis infecciosa al HRT, ingresando al servicio de medicina para estudio y tratamiento. Sin antecedentes de cateterismo venoso o uso de drogas e.v., ni de procedimientos dentales. Al ingreso se constata paciente febril, normocárdica, normotensa, vigil y orientada, sin signos clínicos de hipoperfusión, destacando un soplo con características similares a las ya descritas, con yugulares ingurgitadas y edema de extremidades inferiores. Se toman hemocultivos periféricos (dos), que resultan positivos

para *Streptococcus Sanguis*, y se inicia tratamiento con penicilina G, además de manejo agudo de insuficiencia cardíaca. Dentro del estudio destaca una radiografía de tórax con signología congestiva y derrame pleural bilateral, sin cardiomegalia; C3: 15 mg/dL (VN 90 - 180), C4: 5 mg/dL (VN 10 - 40), PCR 128 mg/dL (VN 0 - 5), ANCA-C (+), VIH negativo, ANA negativo, AntiDNA negativo. Se realiza ecocardiograma transtorácico que muestra varias vegetaciones en válvula tricuspídea, asociado a insuficiencia tricuspídea severa, sin otras alteraciones, con FEp. Ecografía renal muestran riñones de tamaño normal. Se mantiene con tratamiento antibiótico con penicilina G, diuréticos, vasodilatadores y controles periódicos de función renal, la que mejora hacia la tercera semana de tratamiento, hasta una creatinina de 1.3 mg/dl (VFG 48 ml/min), sin proteinuria. Hemocultivos de control negativos. Clínicamente la paciente se mantiene en similares condiciones, con evolución tórpida y mejoría parcial de signología congestiva. Afebril desde el ingreso, pero con aparición de tos y expectoración hemoptoica durante su estadía. Se realiza angioTAC de tórax, que muestra lesiones pulmonares sugyentes de embolizaciones infecciosas en ambos campos, con aumento de derrame pleural izquierdo. Se repite a las 3 semanas ecocardiograma transtorácico, que muestra persistencia de vegetaciones en válvula tricuspídea asociado a insuficiencia severa. Se drena derrame pleural izquierdo, dando líquido con características de exudado mononuclear. Debido a fracaso de tratamiento y persistencia de signología de insuficiencia cardíaca, se presenta caso a cardiocirugía de Hospital Grant Benavente en Concepción (HGGB). Mientras espera traslado, completa tratamiento antibiótico hasta los 42 días, con persistencia de parámetros inflamatorios elevados, pero estable en su condición clínica. Se traslada a HGGB, donde se realiza recambio valvular tricuspídeo biológico y cierre de CIV con parche de

pericardio autólogo, describiendo extracción de grandes lesiones intracardiacas (fig. 1 y fig. 2); procedimiento sin incidentes. Cultivos de las lesiones resultaron negativos para microorganismos. Buena evolución posterior, se traslada nuevamente a nuestro centro asistencial, donde evoluciona favorablemente, ya sin sintomatología congestiva. Creatinina de control 0.52 mg/dL (VFG > 60ml/min), se da de alta.

Discusión de caso

Desde el inicio llama la atención que la paciente no presentara factores de riesgo clásicos descritos en la literatura, para haber desarrollado EI derecha⁴. Destaca una evolución inicial previa a la consulta, de varios meses, con signos y síntomas clásicos de la enfermedad, llegando a desarrollar una glomerulonefritis post-estreptocócica secundario a la infección bacteriana. Se concluye que el tratamiento antibiótico logró eliminar la bacteremia, sin embargo, el daño valvular ya estaba establecido, lo que explica la persistencia de signología congestiva cardíaca. Si bien nuestro centro cuenta con cardiocirugía, se decidió el traslado a Concepción para su resolución, al tratarse de un caso de mayor complejidad. Se describe en acto operatorio, pesquiza y reparación de CIV, lesión que, en los ecocardiogramas realizados durante su estudio, no se logra apreciar claramente; esto atribuido a la gran turbulencia e interferencia generada en las imágenes por el alto flujo y movimiento caótico de las vegetaciones.

Finalmente, comentar que la paciente se encuentra en buenas condiciones, asistiendo a sus controles en CDT Cardiología del HRT, asintomática, recuperada de una enfermedad, cuya evolución presentada en esta discusión, es altamente mortal.

Referencias

1. Karchmer Adolf. Endocarditis infecciosa. En: Kasper, Fauci, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo, Editores. Harrison, Principios de Medicina Interna, 19° edición, McGraw-Hill 2015. 816-827.
2. Oyonarte M, Montagna R, Braun S, Rojo P, Jara J, Cereceda M et al. Endocarditis infecciosa: características clínicas, complicaciones y mortalidad en 506 pacientes y factores pronósticos de sobrevida a 10 años (1998-2008). Estudio cooperativo nacional en endocarditis infecciosa en Chile (ECNEI-2). Rev Med Chile 2012; 140: 1517-1528.
3. Pablo Flores, Nicolás González, Pablo Betancourt, Javiera Berho, Carlos Astudillo, Cecilia García et al. Endocarditis infecciosa. Caracterización clínica de la enfermedad. Rev. Chil. de Cardilogía. Vol. 36 N° 1. Abril 2017.
4. Daniel J Sexton, MD. Vivian H Chu, MD. Epidemiology, risk factors, and microbiology of infective endocarditis. UpToDate 2018 [Consultado el 20 de Diciembre del 2018].
5. Denis Spelman, Stephen B Calderwodd MD., Gabriel S Aldea, MD. Complications and outcome of infective endocarditis. UpToDate 2019 [Consultado el 1 de Febrero del 2019].

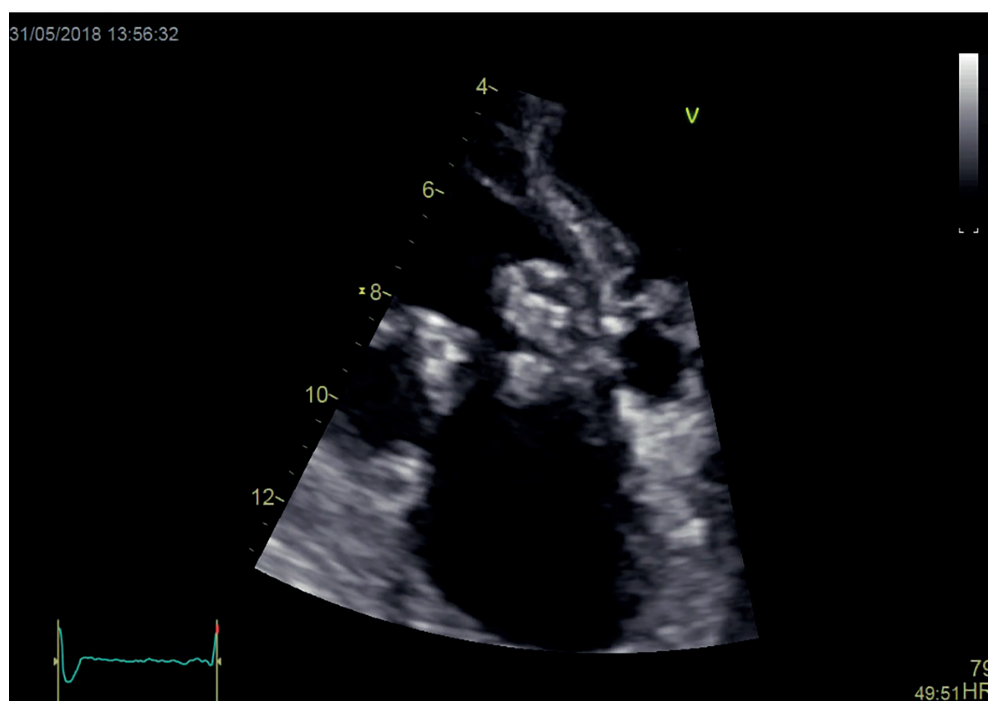


Figura 1.

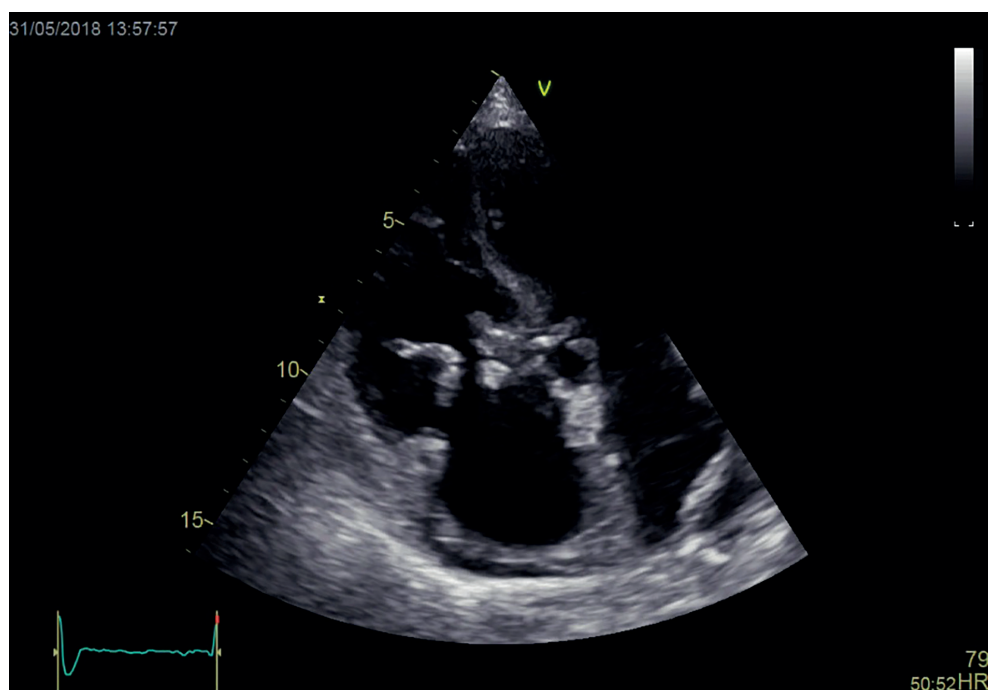


Figura 2.

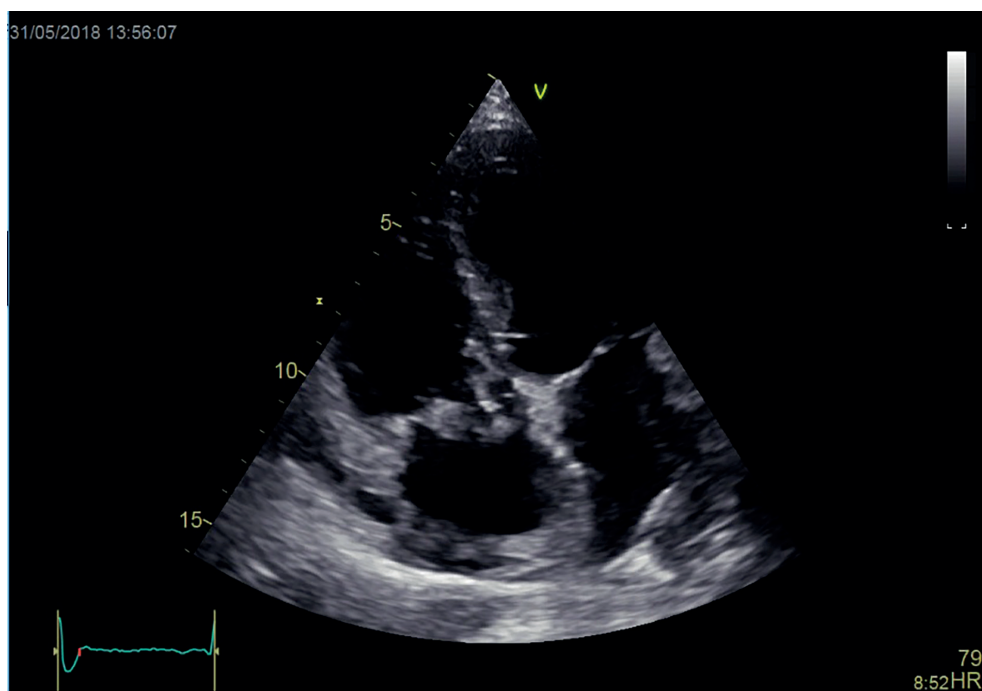


Figura 3.

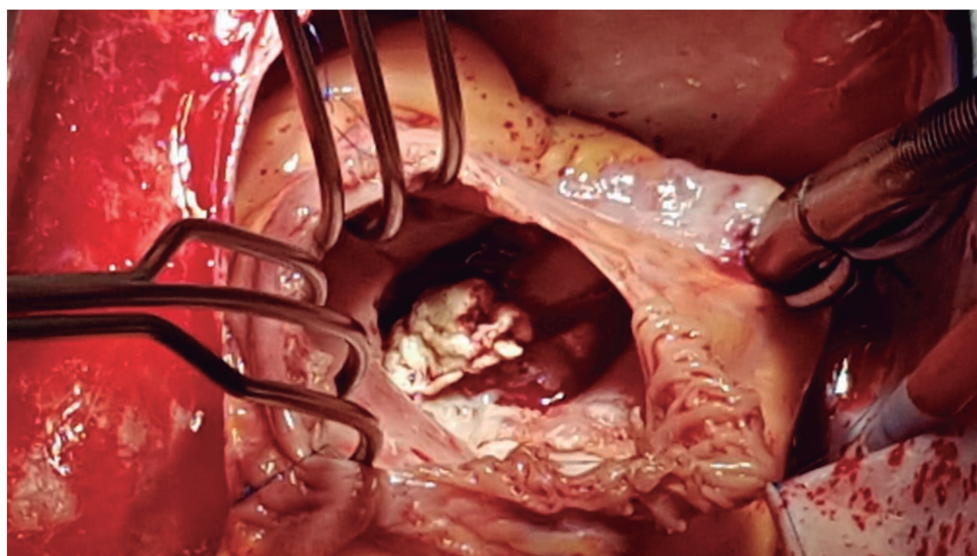


Figura 4.

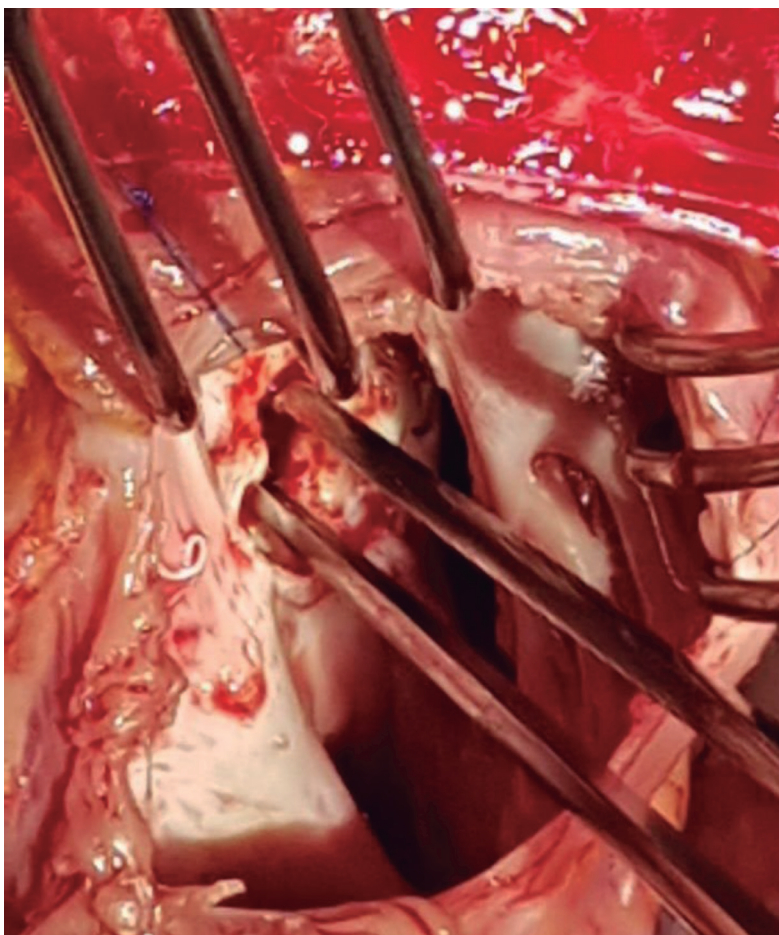


Figura 5.