

## CASO CLÍNICO 5

### ENDOCARDITIS INFECCIOSA, QUÉ HACER CUANDO SE COMPLICA

Beatriz de Tapia Majado

Unidad de Cardiología

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander

#### Resumen

Presentamos el caso de un varón de 72 años, hipertenso y diabético no insulín-dependiente, con antecedente de recambio valvular aórtico y sustitución de aorta ascendente un año antes, que ingresa en nuestro hospital por fiebre persistente y refractaria. Durante el estudio etiológico se aísla en hemocultivos *Streptococcus mitis*, por lo que se realiza ecocardiograma transesofágico que evidencia endocarditis infecciosa sobre prótesis biológica aórtica junto con absceso perianular aórtico.

Por ello el paciente es sometido a intervención quirúrgica, realizándose implante de homoinjerto de raíz aórtica y aorta ascendente con buen resultado. El postoperatorio inmediato se caracterizó por sangrado en cantidad moderada e hipertensión arterial, que se controlaron tras corrección de las alteraciones de la coagulación y tras inicio de tratamiento endovenoso con clevidipino en perfusión continua. Posteriormente la evolución fue favorable, pudiendo ser dado de alta a planta de Cardiología para continuar tratamiento antibiótico.

#### Palabras clave

Endocarditis, absceso, aórtico.

#### Introducción y caso aportado

Varón de 72 años, exfumador, hipertenso y con diabetes mellitus tipo II no insulín-dependiente, seguido en consultas de Cardio-

logía desde el año 2017 tras ser diagnosticado de fibrilación auricular paroxística y estenosis aórtica severa sobre válvula bicúspide y dilatación de aorta ascendente.

Es sometido a recambio valvular aórtico por prótesis biológica (Intuity 23 mm) y sustitución de aorta ascendente supra valvular por tubo de Dacron (28 mm) en abril 2018. Enfermedad arterial coronaria leve y función sistólica biventricular conservada.

Ingresa en planta de Medicina Interna por fiebre persistente de 2 meses de evolución, junto con tos y expectoración de aspecto blanquecino, sin otra clínica asociada, tras haber recibido varias tandas de antibioterapia oral domiciliaria sin clara mejoría.

Como parte del estudio etiológico que se lleva a cabo durante el ingreso, se extraen hemocultivos recogidos durante un pico febril, en los cuales se aísla *Streptococcus mitis*. Por ello se realiza ecocardiograma transtorácico que objetiva un engrosamiento perianular aórtico de significado incierto, por lo que se recomienda la realización de un ecocardiograma transesofágico. Este evidencia datos compatibles con una endocarditis infecciosa protésica que se acompaña de un engrosamiento de anillo aórtico e imagen en forma de semiluna de aspecto heterogéneo (con diversas densidades sugestivas de áreas de licuefacción), de unos 10 mm de espesor, imagen típica de absceso perianular aórtico (imágenes 1-4).



**Imagen 1.** Visualización del engrosamiento de anillo aórtico con imagen en forma de semiluna de aspecto heterogéneo (con diversas densidades sugestivas de áreas de licuefacción) de unos 10mm de espesor máximo a nivel del septo interauricular, típica de absceso.



**Imagen 2.** Ampliación con zoom de la zona de absceso.

Dados los hallazgos, se inicia tratamiento antibiótico dirigido con ceftriaxona, daptomicina y rifampicina, y se completa el estudio con body-TAC, que descarta patología embolígena. Con todo ello, el caso es presentado en sesión conjunta médico-quirúrgica, donde se acepta para intervención quirúrgica dada la refractariedad y gravedad del cuadro. Esta se lleva a cabo 3 días después, y durante la misma se confirma la existencia de un absceso perianular aórtico y de una prótesis aórtica llena de vegetaciones. Además, hay una zona de absceso anular por



**Imagen 3.** Reconstrucción 3D de la misma zona.



**Imagen 4.** Ausencia de trayectos fistulosos por Doppler color.

debajo de la arteria coronaria izquierda y de la cortina mitro-aórtica.

Como complicación perioperatoria, durante la disección y desbridamiento de la zona se lesiona el ostium de la arteria coronaria izquierda, que es reparado inmediatamente, realizándose además pontaje aorto-coronario con safena hacia arteria descendente anterior. Finalmente se realiza resección de prótesis valvular aórtica y de tubo de Dacron supracoarónico, con toma de muestras, con posterior implante de homoinjerto de raíz aórtica y aorta ascendente, con buen resultado final.

El postoperatorio inmediato se complica con sangrado en cantidad importante a través de los drenajes mediastínicos junto con cifras de

tensión arterial elevadas, por lo que se inicia perfusión continua de clevidipino endovenoso. Además, se administran hemoderivados en un intento de corregir las alteraciones de la coagulación. Se realiza asimismo ecocardiograma transesofágico que descarta complicaciones, con buena función biventricular y homoinjerto normofuncionante. Poco a poco el ritmo de sangrado va disminuyendo, y las cifras de tensión arterial se controlan, manteniendo tensiones arteriales medias en torno a 70-75 mm Hg con dicha medicación. Unas 6 horas después de la llegada del paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos Postoperatorios, y una vez alcanzada la estabilidad hemodinámica, respiratoria y adecuada temperatura ideal, se procede a retirada de la sedación. Una vez despierto y sin evidencia de complicaciones desde el punto de vista neurológico se realiza la extubación del paciente. El postoperatorio tardío cursa sin nuevas incidencias, pudiendo retirar las medicaciones endovenosas, desescalando a tratamiento antihipertensivo y analgésico vía oral con buena tolerancia. Fue dado de alta a planta de hospitalización al tercer día tras la intervención quirúrgica. En los cultivos pertinentes recogidos durante el acto quirúrgico (cultivo y técnicas moleculares de válvula cardiaca e injerto vascular) continuaba aislándose *Streptococcus mitis*, por lo que el paciente completó 6 semanas de tratamiento antibiótico dirigido de acuerdo con el servicio de Enfermedades Infecciosas.

## Discusión y conclusiones

La endocarditis infecciosa es una entidad con una elevada morbimortalidad asociada, y, a pesar de los avances en el tratamiento antibiótico y las técnicas quirúrgicas, su letalidad no es desdeñable. La mortalidad hospitalaria oscila entre un 10-20 % en la mayoría de las series<sup>1</sup>. En concreto, en los casos en los que existe una indicación de cirugía hay un riesgo aumentado de complicaciones postquirúrgicas<sup>2,3</sup> por lo que tenemos que estar muy atentos para prevenirlas y tratarlas precozmente cuando no se puedan evitar. Una de estas complicaciones puede ser la hipertensión postoperatoria, que, a su vez, se asocia a mayor riesgo de sangrado, accidentes isquémicos cerebrales y/o coronarios e insuficiencia cardiaca, por lo que su control debería ser inmediato.

## Bibliografía

1. Habib G., Lancellotti P., Antunes M.J., et al. Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de la endocarditis infecciosa. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el tratamiento de la endocarditis infecciosa. Rev Esp Cardiol. 2016;69(1).
2. Thuny F, Habib G. When should we operate on patients with acute infective endocarditis? Heart 2010; 96: 892-97.
3. Thuny F, Grisoli D, Collart F, Habib G, Raoult D. Management of infective endocarditis: challenges and perspectives. Lancet. 2012;379:965-75.