

# **CASO CLÍNICO: UNA CARDIOPATÍA CONGÉNITA COMPLICADA**



Carlos Galán Fariña  
R2 Cardiología CAULE

08/06/2019



**Junta de  
Castilla y León**

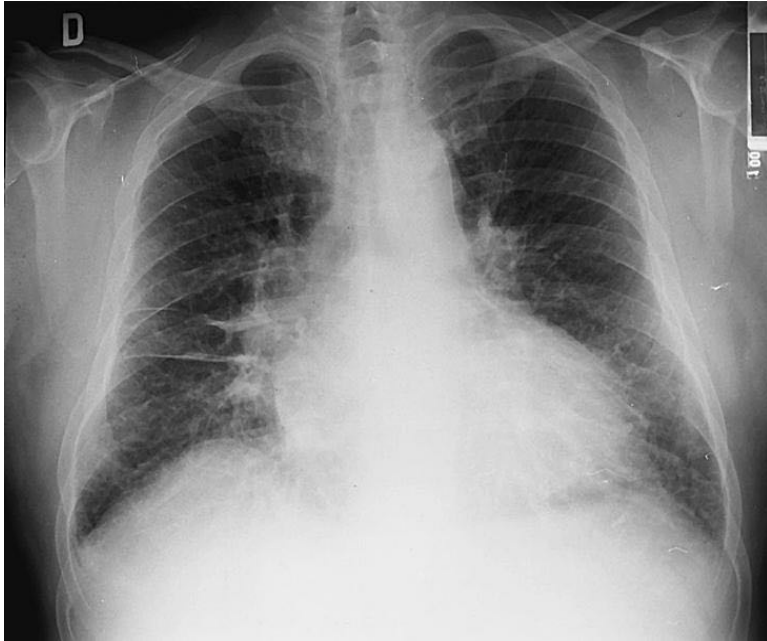


**Complejo Asistencial  
Universitario de León**

# DESCRIPCIÓN DEL CASO

- Varón 41 años
- Antecedentes personales
  - Sin FRCV, **comunicación interventricular** en seguimiento por Cardiología
- Enfermedad actual
  - Dos años con **fiebre** vespertina + sudoración nocturna + **Sd general** (pérdida 4kg en el último mes)
  - Desde hace una semana **disnea** progresiva + ortopnea
- Exploración física
  - TA 130/60, FC 89 lpm, T<sup>a</sup> **37.7°C**, eupneico, **IY +**
  - ACP: Rítmico, **SSF Ao** III/VI con escape diastólico IV/IV. **SSF M** II/VI. **Crepitantes** bibasales
  - EEII: sin edema, pulsos pedios presentes y simétricos





**HEMOGRAMA:** Leucocitos **11800** (90% PMN), Hb 11.9, VCM 75, VSG **23**

**CG:** INR 1, TP 95%

**BIOQUÍMICA:** Cr 1.05, U 53, FG 95, iones normales, PCR 11, LDH 334, proBNP **2360**

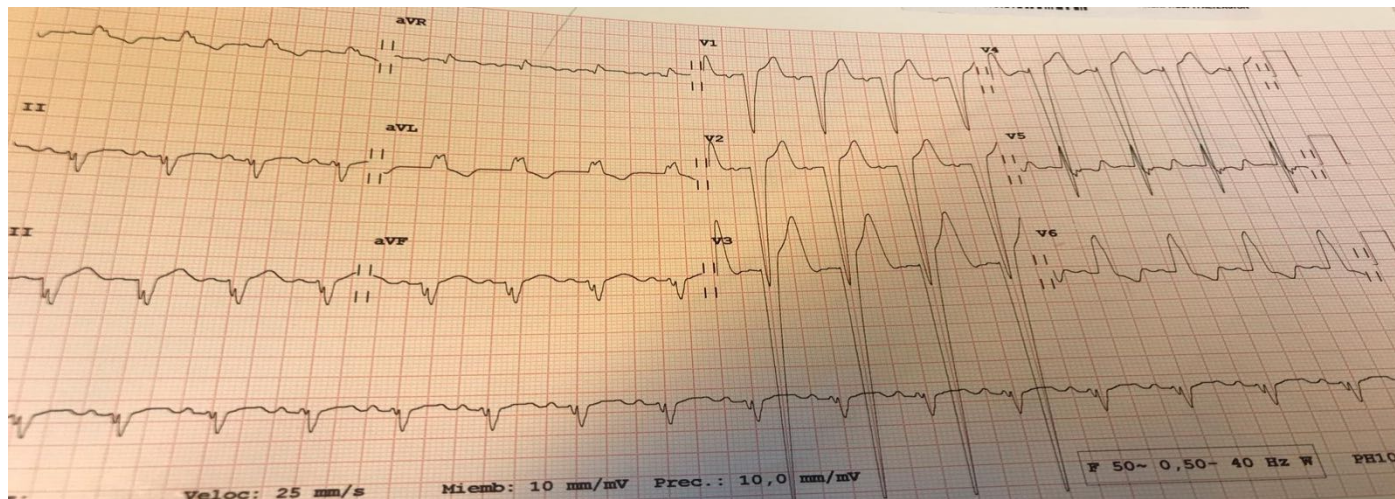
**PROTEINOGRAMA** compatible con **proceso inflamatorio**

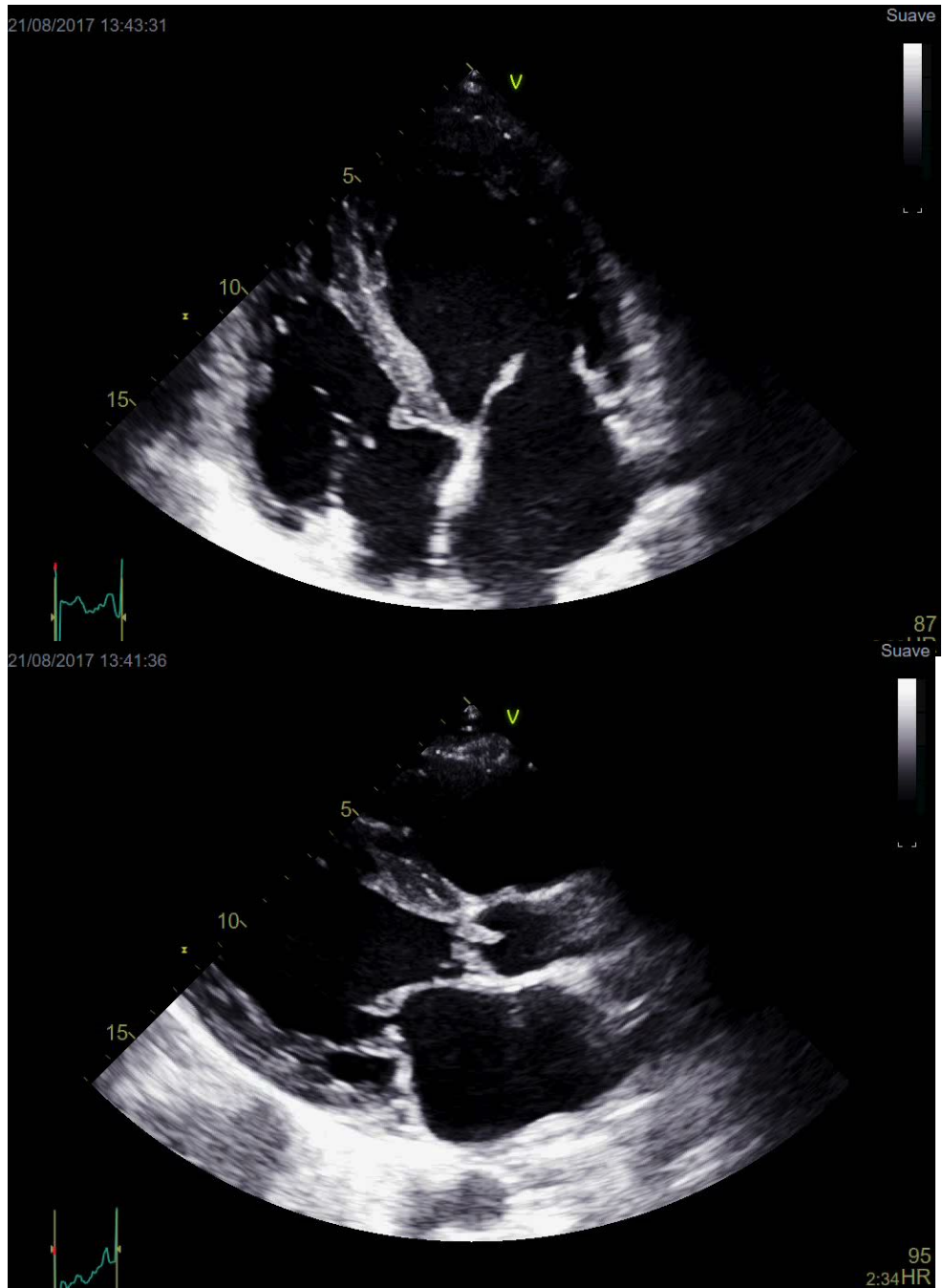
**AUTOINMUNIDAD** negativa

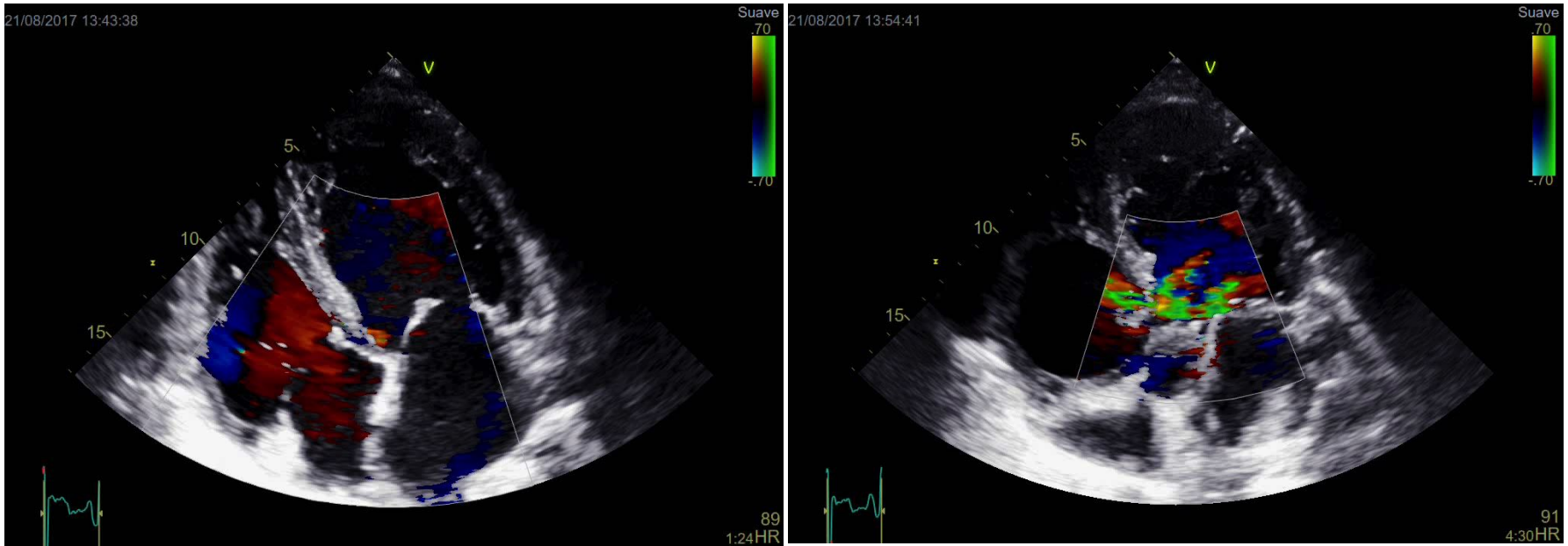
**MANTOUX** negativo

**BRONCOASPIRADO:** microbiología negativa.

**HEMOCULTIVOS x2:** **Abiotrophia defectiva** sensible a Cefalosporinas







## ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

- Endocarditis sobre vAo y vT
- IAo, IT, IM (funcional)
- CIV perimembranosa
- IC con FEVI preservada




# TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

- Ceftriaxona 2 gr/día IV 6 semanas + Gentamicina 3 mg/kg/día IV 2 semanas
- Tratamiento depletivo
- Cirugía
  - Anuloplastia mitral y tricuspídea
  - Sustitución de vAo por prótesis mecánica
  - Cierre de la CIV
  - Exéresis de vegetación adherida a vT
- Cultivo de las vegetaciones → Positivo para Abiotrophia defectiva



# ENDOCARDITIS

- I: 3.4-100000 hab/año (+++varón anciano)
- Cambio epidemiológico:
  - Aumento EI sin CC predisponentes
  - Disminución EI en E. reumática y CC
-  Viridans → 20%
- Estreptococo y Estafilococo (70%)
- Mortalidad 30% (2/3 mortalidad precoz)



# RELACIÓN EI - CC

- **Incidencia** en CC es x15-140 → aún mayor si lesiones cardíacas asociadas (CIV+IAo)
- **Similares** Moos, síntomas, complicaciones y criterios Dx
- +Frec **EI derecha**
- Mortalidad **4-10%**
- Anatomía **compleja**
- Sospechar si **CC+fiebre** e infección activa
- Reparación de CC puede **reducir el riesgo** de EI





# CRITERIOS QUIRÚRGICOS DE EI

**65%**

- **Insuficiencia cardíaca:** indicación +frec (37%)
- Extensión perivalvular: abscesos/pseudoaneurismas
- Infección por hongos, Moos multiresistentes, HACEK
- Fracaso de tratamiento médico
- Embolismo:
  - Vegetaciones >10mm
  - Alta movilidad
- Extracción de dispositivos con vegetaciones >25mm

ALTO RIESGO EMBÓLICO



# BIBLIOGRAFÍA

- Naber CK, Erbel R, Baddour LM, Horstkotte D. New guidelines for infective endocarditis: a call for collaborative research. *Int J Antimicrob Agents*. 2007;29:615–6.
- *Lancet*. 2012;379:965–75. 2. Habib G. Management of infective endocarditis. *Heart*. 2006;92:124–30
- Knirsch W, Nadal D. Infective endocarditis in congenital heart disease. *Eur J Pediatr*. 2011;170:1111–27
- Thuny F, Grisoli D, Collart F, Habib G, Raoult D. Management of infective endocarditis: challenges and perspectives. *Lancet*. 2012;379:965–75.
- Mokhles MM, Ciampichetti I, Head SJ, Takkenberg JJ, Bogers AJ. Survival of surgically treated infective endocarditis: a comparison with the general Dutch population. *Ann Thorac Surg*. 2011;91:1407–12.

