

CASO CLÍNICO: UNA CARDIOPATÍA CONGÉNITA COMPLICADA



Carlos Galán Fariña
R2 Cardiología CAULE

08/06/2019



Junta de
Castilla y León

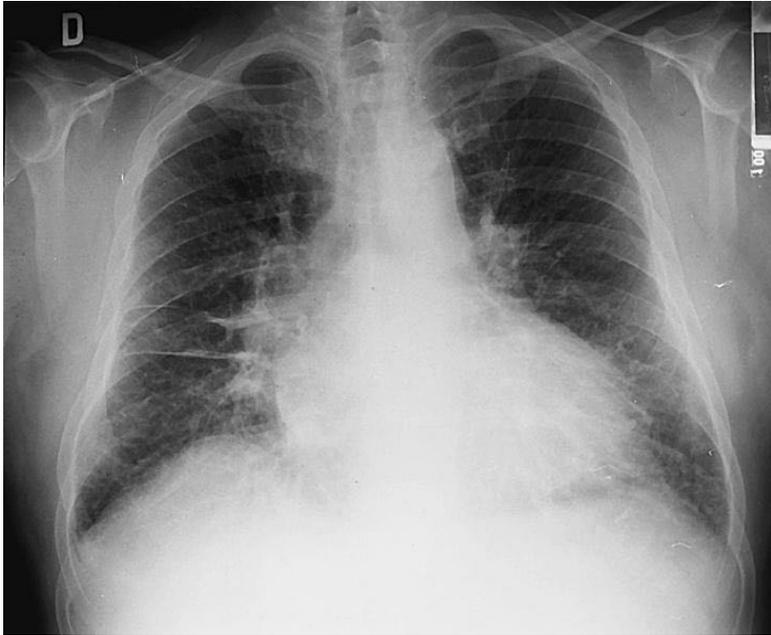


Complejo Asistencial
Universitario de León

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^a **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**

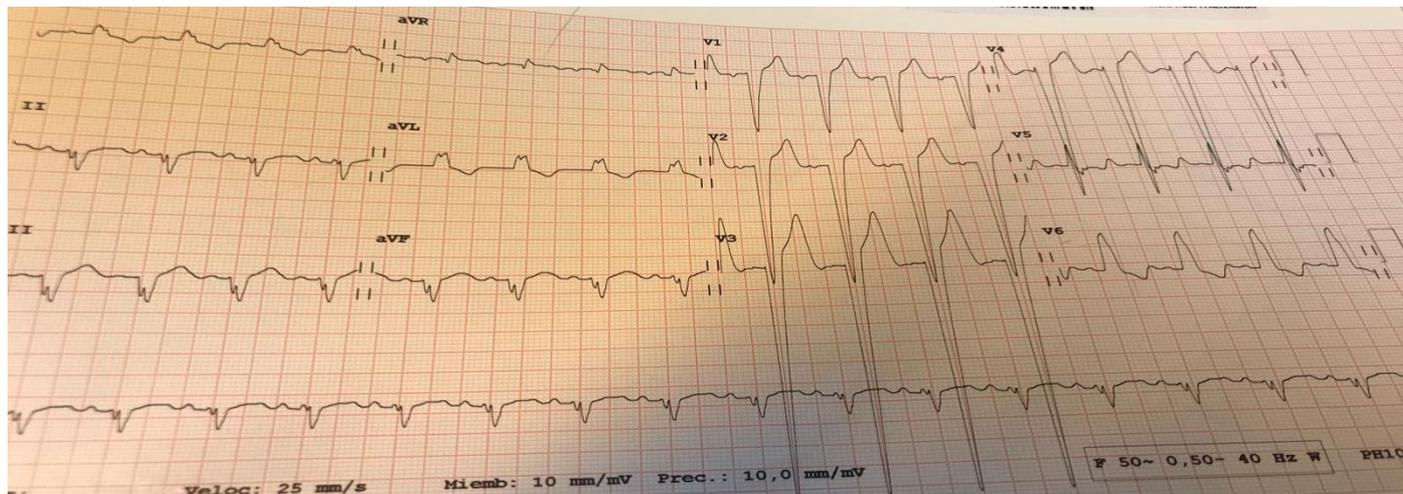
PROTEINOGRAMA compatible con **proceso inflamatorio**

AUTOINMUNIDAD negativa

MANTOUX negativo

BRONCOASPIRADO: microbiología negativa.

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



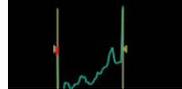
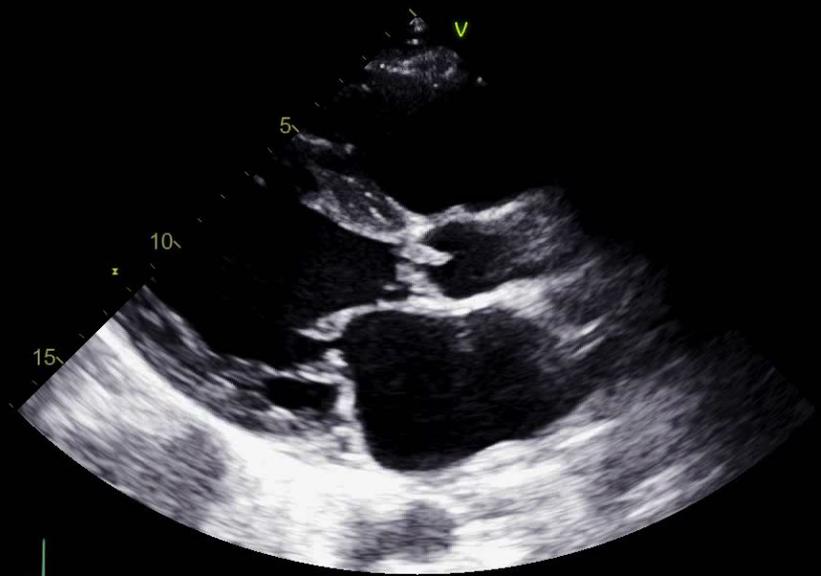
21/08/2017 13:43:31

Suave



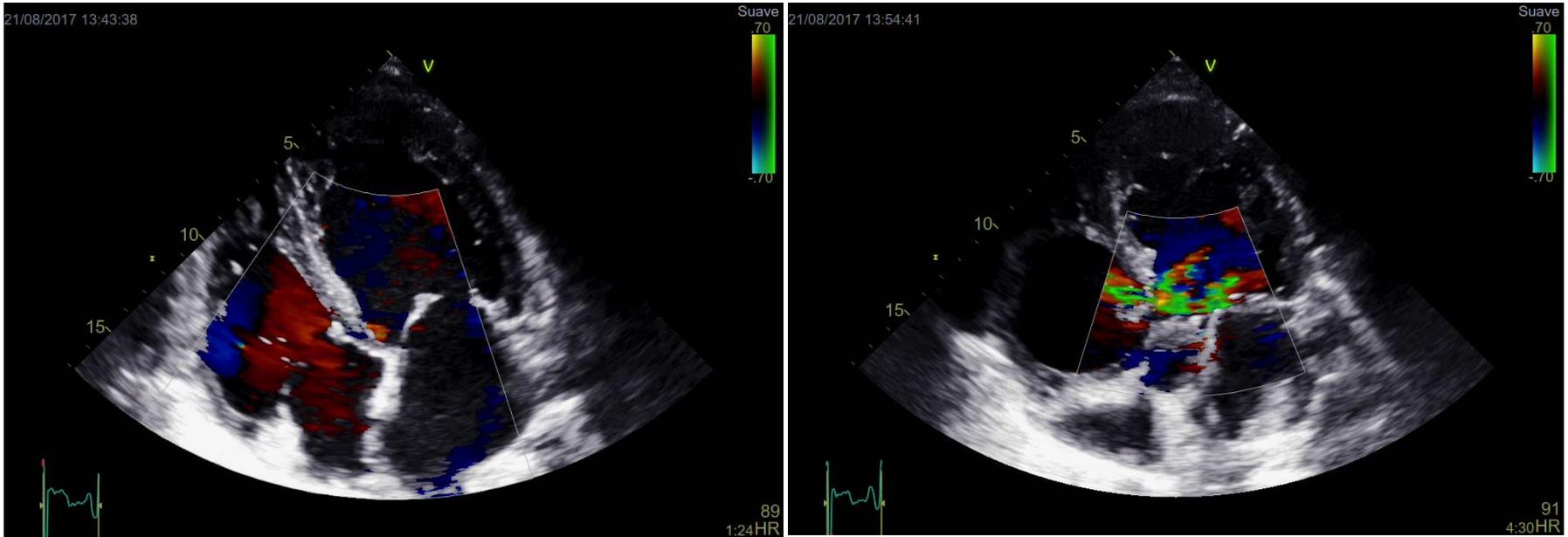
87
Suave

21/08/2017 13:41:36



95
2:34HR





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.

