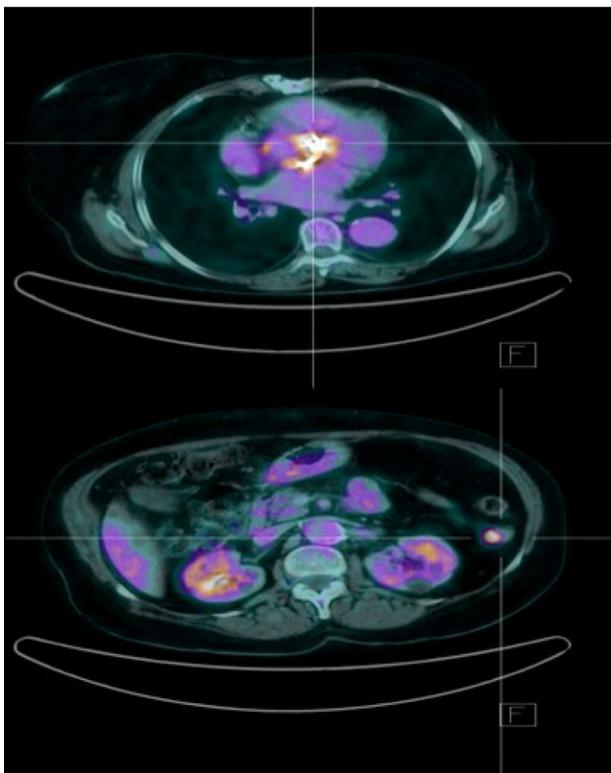


maligna fueron *S. bovis* (44,5%), *S. viridans* (35%) y *E. faecalis* (18,2%). Los enterococos y enterobacterias presentan mayor asociación con patología pre-maligna.

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de carcinoma colorrectal en endocarditis causadas por microorganismos enteroafines, especialmente *S. viridans* y *E. faecalis* adicionales al *S. bovis*, cuya asociación ya es conocida. Es indispensable realizar una búsqueda exhaustiva de estas lesiones en estudios PET/CT ya que su detección precoz es relevante para el manejo terapéutico y pronóstico.



<https://doi.org/10.1016/j.circv.2020.03.068>

P-014

Decisiones controvertidas en el manejo de la endocarditis mural aislada. a propósito de un caso de endocarditis infecciosa por *haemophilus parainfluenzae*

Galván Román Francisco, Domínguez Pérez Laura, Ruiz Ruigómez María, Díaz Simón Raquel, López Gude María Jesús, López Medrano Francisco, Orellana Miguel María Ángeles, Vigil Martín Christian, Aparicio Minguijón Eduardo, Sabín Collado Ana

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

Justificación: Presentamos un caso de endocarditis infecciosa mural para exponer los retos diagnósticos y terapéuticos que comporta.



Objetivos: Describir el abordaje diagnóstico empleado y discutir la aplicabilidad de pruebas de imagen diferentes a la ecocardiografía. Describir la estrategia terapéutica empleada y discutir su conveniencia.

Material y métodos: Se hizo uso de la historia clínica electrónica. Se obtuvo el consentimiento informado del paciente.

Resultados: Varón de 47 años sin antecedentes relevantes. Ingresó por cuadro séptico. Como motivos de consulta presentaba sensación distérmica, tiritona, mialgias y cefalea intensa con cervicalgia. Había presentado una relación sexual sin protección 4 meses antes con un hombre VIH + pero con carga viral indetectable y tratamiento antirretroviral activo. Negaba consumo de tóxicos, tatuajes o venopunciones. También negaba cirugías previas, exploraciones invasivas y extracciones dentales. Se cubrió empíricamente el posible proceso infeccioso neurológico hasta que se descartó. Tras confirmación de bacteriemia por *H. parainfluenzae* se inició Ceftriaxona. En el estudio etiológico de la bacteriemia se descartó proceso neumónico y origen abdominal. Se descartó infección por VIH. A la semana del ingreso se amplió el espectro de la antibioterapia por persistencia de fiebre. En el ecocardiograma transtorácico (ETT) se objetivó una masa de gran tamaño (3.9 cm x 2.7 cm) que tapizaba el segmento basal de la cara lateral del ventrículo izquierdo, con varias vegetaciones adheridas, sugerente de endocarditis mural. La válvula mitral era mixomatosa, pero sin afectación endocardítica. Se realizó cirugía cardiaca el 11º día de ingreso para prevención de embolias. Se resecaron las estructuras móviles y se hizo desbridamiento del lecho mural. El estudio microbiológico de las muestras quirúrgicas fue estéril, con histología compatible con proceso inflamatorio agudo. Todos los hemocultivos durante el ingreso tras inicio de antibioterapia fueron estériles. Tras la cirugía se dejó Ceftriaxona en monoterapia y el paciente no volvió a presentar clínica infecciosa. En el primer ETT postquirúrgico se describía verruga residual mural. Se decidió mantener antibioterapia con Ceftriaxona. El siguiente ETT de control (día + 10 postquirúrgico) no objetivó verrugas, pero sí fueron descritas en ETT sucesivos (días + 20, + 30 y + 45), aunque en todos ellos las verrugas eran de menor tamaño que en ETT prequirúrgico. El paciente pudo ser dado de alta para continuar antibioterapia en hospital de día dada la ausencia de sintomatología. Recibió tratamiento antibiótico prolongado y en ETT sucesivos no se objetivaron verrugas.

Conclusiones: La endocarditis infecciosa con afectación mural aislada es infrecuente. No se puede sacar una conclusión definitiva sobre la superioridad de un abordaje invasivo mediante cirugía cardiaca sobre la antibioterapia aislada. Tras la revisión de nuestro caso, parece prudente establecer una duración prolongada de tratamiento antibiótico intravenoso dirigido a pesar del abordaje quirúrgico, ya que la cirugía de desbridamiento generalmente es incompleta por el alto riesgo de rotura cardiaca, pudiendo permanecer material residual infectado. Consideramos oportuno abrir el debate sobre el posible papel de la medicina nuclear en el diagnóstico de la recidiva infecciosa de la afectación mural aislada de cara a guiar la duración del tratamiento antibiótico.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2020.03.069>



BIO MED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

