



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/3117 - ¿De nuevo una endocarditis infecciosa?

A. Asturias Saiz^a, J.L. Cepeda Blanco^b, A. Aldama Martín^a, A. Casal Calvo^a, A. Grasun^c, E. Grasun^d, A. Azagra Calero^e, N. Otero Cabanillas^f, P. Bermúdez Martí^g y J. Capellades i Llopis^h

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. ^cMédico de Familia. Urgencias Hospitalarias. Hospital Sierrallana. Torrelavega. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilla Hermida. Santander. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^hMédico de Familia. Centro de Salud Sardinero. Cantabria. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. ^gMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 58 años con AP: HTA, hipercolesterolemia, DM tipo 2, litiasis renal e ITUs de repetición, carcinoma infiltrante de mama, sarcoidosis pulmonar, sepsis de origen abdominal con ingreso en UCI hace 3 años, desarrollando en dicho contexto una endocarditis infecciosa sobre válvula mitral nativa que precisó cirugía. Tratamiento habitual: amilorida + hidroclorotiazida, simvastatina, sintrom, metformina + sitagliptina, omeprazol, furosemida, anastrozol. Acude a Urgencias por cuadro de fiebre, tiritona y síndrome emético de 3-4 días de evolución. Se solicitan analíticas de sangre y orina, urocultivo y hemocultivos, objetivándose infección urinaria por *E. coli*. Dados sus antecedentes y la presencia de válvula protésica, se decide realizar ecocardiograma transesofágico.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 37,8 °C, TA: 110/60 mmHg, FC: 72 lpm. BEG, normocoloreada, normohidratada, palidez cutánea. CyC: no aumento PVY, carótidas rítmicas con soplo sistólico II/VI. AC: rítmico, clic protésico, soplo mitral II/VI. AP: MVC. Abdomen: anodino. MMII: edemas maleolares. Analítica: 11.800 leucocitos (Cy: 8%, S: 73%, L: 8%, M: 1%), Hb: 9,8 g/dl, Hto: 29,8%, plaquetas: 166.000, TP: 1%, INR: 6,62, VSG: 120, PCR: > 25, Glu: 129 mg/dl, urea: 25 mg/dl, Cr: 0,48 mg/dl, FG: > 90 ml/min, Na: 140, K: 4,2. EyS orina: pH: 6, densidad: 1.015, leucocitos+++, nitritos+, bacteriuria. Urocultivo: *E. coli*. Hemocultivos: negativos. Ecocardiograma: imagen de 1 × 1,4 cm en anillo interno de prótesis mitral, probable vegetación. A los 14 días se repite nuevo ecocardiograma, que evidencia disminución de la masa (trombo-vegetación). Persiste masa residual polipoide de 7,5 × 2 mm adosada a anillo protésico.

Juicio clínico: Dudosa endocarditis versus trombo sobre válvula mitral protésica.

Diagnóstico diferencial: Endocarditis infecciosa. Endocarditis trombótica no bacteriana. Trombosis. Vegetación antigua.

Comentario final: Tras inicio de antibioterapia, la paciente se mantuvo afebril, asintomática y no presentó elevación de marcadores inflamatorios. Aunque inicialmente presentó un INR alto, en controles posteriores se mantuvo 2, planteándose la posibilidad de trombo en anillo protésico frente a vegetación. Con tratamiento con HBPM y antibióticos hubo práctica resolución de la imagen. La endocarditis trombótica no bacteriana se caracteriza por vegetaciones endocárdicas constituidas por acumulaciones de plaquetas y fibrina, que no se

suelen acompañar de reacción inflamatoria. Suele estar asociada a neoplasias, enfermedades debilitantes crónicas, pero también puede complicar procesos agudos como sepsis, infecciones o grandes quemados.

Bibliografía

1. Llenas-García J, Guerra-Vales M, et al. Endocarditis trombótica no bacteriana: estudio clínico-patológico de una serie necrópsica. Rev Esp Cardiol. 2007;60:493-500.
2. San Román JA, Rollán MJ, Vilacosta I. Endocarditis infecciosa y ecocardiografía.

Palabras clave: *Endocarditis infecciosa. Endocarditis trombótica. Ecocardiografía. Trombosis. Vegetación.*