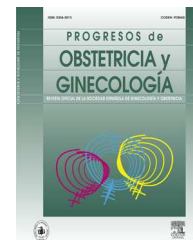




PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Endocarditis infecciosa de la válvula mitral en gestante



Coral García González*, Lourdes González González y Manuel Usandizaga Calparsoro

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

Recibido el 11 de febrero de 2015; aceptado el 20 de febrero de 2015

Disponible en Internet el 4 de abril de 2015

PALABRAS CLAVE

Endocarditis bacteriana;
Aneurisma;
Micótico;
Procedimientos
quirúrgicos

KEYWORDS

Bacterial endocarditis;
Aneurysm;
Mycotic;
Surgical procedures

Resumen La endocarditis infecciosa es una entidad poco frecuente durante el embarazo, pero potencialmente mortal para el feto y la madre. Presentamos el caso de una mujer de 26 años con antecedente de fiebre reumática en la infancia, diagnosticada de endocarditis estreptocócica en la semana 28 de gestación. La ecocardiografía mostraba una vegetación móvil de 20 mm en el velo posterior de la válvula mitral, que condicionaba una insuficiencia mitral severa. Respondió favorablemente al tratamiento antibiótico por vía intravenosa durante 5 semanas, sin repercusión alguna sobre el feto. Como complicación intercurrente, en el curso clínico presentó un aneurisma micótico femoral izquierdo a las 33 semanas de gestación, que fue intervenido previa maduración pulmonar fetal. El caso de esta paciente demuestra la importancia del manejo multidisciplinar de esta patología, que consiguió llevar una gestación a término consiguiendo un recién nacido y madre sanos.

© 2015 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Mitral valve infective endocarditis in a pregnant woman

Abstract Infective endocarditis is a rare complication of pregnancy with high maternal and fetal mortality. We report the case of a 26-year-old woman with acute bacterial endocarditis of a rheumatic mitral valve in the 28th week of pregnancy. Echocardiography revealed a mobile vegetation of 20 mm length on the posterior leaflet of the mitral valve with subsequent severe mitral regurgitation. The patient responded favorably to a 5-week course of antibiotic therapy, and there were no signs of fetal repercussions. As an intercurrent complication, she was diagnosed with a mycotic aneurism of the femoral artery in the 33rd week of pregnancy. Antenatal corticosteroids for fetal lung maturation were administered, followed by surgery. This case illustrates the importance of a multidisciplinary approach, which, in our patient, allowed term delivery with favorable maternal and fetal outcomes.

© 2015 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: coralgarcia Gonzalez@gmail.com (C. García González).

Introducción

La endocarditis infecciosa (EI) es considerada una condición de alto riesgo de morbilidad y mortalidad en la población general. Durante el embarazo es una entidad poco frecuente, con una incidencia aproximada del 0,006% (1 por 100.000 embarazos). Las tasas de mortalidad materna se calculan alrededor del 33%; por otra parte, el riesgo de muerte perinatal cuando se requiere cirugía se estima entre el 14 y el 38,5%¹⁻⁴. Esta entidad supone un desafío para el clínico, que deberá decidir la actitud a seguir a fin de mantener el equilibrio entre el bienestar materno y fetal.

Caso clínico

Primigesta de 26 semanas, originaria de Marruecos, que fue remitida a nuestro hospital por sospecha de endocarditis. Como único antecedente de interés constaba fiebre reumática en la infancia.

Consultó en un hospital comarcal por febrícula ondulante de varias semanas de evolución y dolor en miembro inferior izquierdo. En el informe remitido se describían lesiones cutáneas que se orientaron como posibles émbolos sépticos (lesiones de Janeway), por lo que se realizó un ecocardiograma que sugería vegetación valvular mitral.

Ante la sospecha de endocarditis sobre válvula mitral y émbolos sépticos, la paciente fue trasladada al Hospital Son Espases, ingresó en la Unidad de Infecciosas y se inició antibioterapia con ampicilina y gentamicina al aislarse *Streptococcus viridans* en los hemocultivos tomados.

Se realizó una ecocardiografía, en la que se observaba una vegetación de 20 × 8 mm en el velo posterior de la válvula mitral (figs. 1 y 2), que condicionaba una insuficiencia mitral moderada-severa sobre una valvulopatía mitral reumática de base. La válvula aórtica también era reumática pero no presentaba vegetaciones. La función sistólica global era normal, la aurícula izquierda estaba muy dilatada y se observaba insuficiencia tricuspídea, aórtica e hipertensión pulmonar leves.

La paciente no presentaba síntomas ni signos de insuficiencia cardíaca, por lo que, tras ser valorada por Cardiología, no se inició tratamiento específico para este problema.

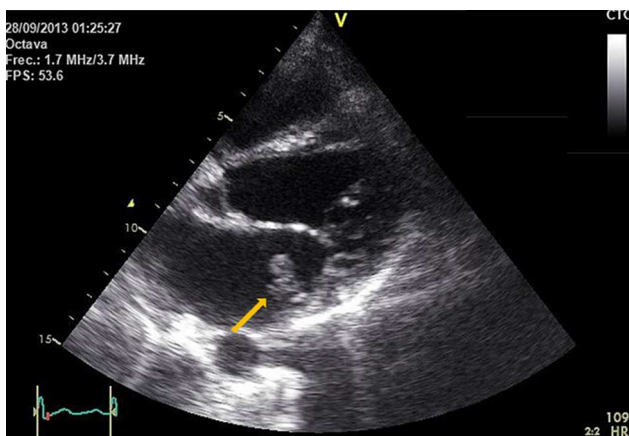


Figura 1 Ecocardiografía transesofágica que muestra vegetación sobre el velo posterior de la válvula mitral (flecha).

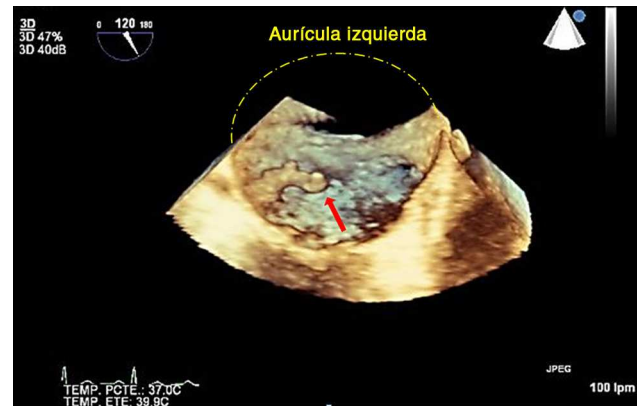


Figura 2 Ecocardiografía transesofágica tridimensional que muestra vegetación sobre la válvula mitral (flecha).

Como complicación intercurrente en su evolución, presentó un episodio de dolor intenso en la ingle izquierda, donde se apreciaron una tumoración pulsátil y nuevas lesiones de Janeway en la planta del pie; valorada por Cirugía Vascular se orientó como un posible aneurisma micótico femoral superficial y se programó para intervención quirúrgica. Ante el posible riesgo fetal y de parto prematuro, se realizó maduración pulmonar fetal con 2 dosis de Celestone cronodose® 12 mg por vía intramuscular. Se resecó el aneurisma micótico femoral izquierdo y se realizó un injerto desde la arteria femoral común a la femoral superficial y profunda, sin complicaciones.

Tras 5 semanas de tratamiento antibiótico hospitalario, se decidió alta y control ambulatorio. La gestación transcurrió sin incidencias, sin evidencia de signos de afectación fetal por la enfermedad materna. A las 40 semanas, acudió a Urgencias en trabajo de parto. La dilatación evolucionó adecuadamente y se realizó acortamiento del periodo expulsivo mediante ventosa tipo Kiwi.

Discusión

La EI se define como la infección intravascular microbiana de estructuras intracardiacas en contacto con el flujo sanguíneo, pudiendo incluir los grandes vasos y cuerpos extraños intracardiacos, y su lesión característica es la vegetación endocárdica.

El tratamiento de esta entidad supone antibioterapia intensiva, durante 4 a 6 semanas, habitualmente. En algunos pacientes, sin embargo, esto no es suficiente y se requiere cirugía para extirpar el tejido infectado, para corregir valvulopatías preexistentes o para reparar las lesiones causadas por la infección, por lo que el recambio valvular puede llegar a ser necesario⁵.

En el embarazo, la EI es una eventualidad poco frecuente, que sin embargo presenta una alta tasa de mortalidad, tanto materna como perinatal, atribuibles principalmente a fallo cardíaco y a embolia. El embolismo está relacionado significativamente con el tamaño, la localización y la movilidad de la vegetación, ocurre aproximadamente en un tercio de los pacientes con EI y compromete el sistema nervioso central hasta en el 65%, siendo después del fallo cardíaco la causa más común de muerte⁶.

En pacientes gestantes, es controvertido definir cuál es la conducta que aporta un mayor beneficio al binomio madre-feto, dado que el riesgo materno de mortalidad quirúrgica por circulación extracorpórea es similar al de la población general, pero el riesgo fetal se calcula entre el 14 y el 38,5%⁷⁻⁹, encontrando una morbilidad dada por el compromiso neurológico tardío que fluctúa entre el 3 y el 5% de los neonatos, relacionado principalmente con la prematuridad. Las complicaciones fetales están asociadas a la urgencia del procedimiento quirúrgico, la cirugía de alto riesgo, las comorbilidades fetales y la edad gestacional temprana^{10,11}.

Cuando se realiza el procedimiento entre las semanas 13 y 28 de gestación, se considera que existe menos tasa de complicaciones, debido a que la cirugía durante el primer trimestre acarrea un riesgo de malformaciones fetales y durante el tercer trimestre aumenta la incidencia de parto pretérmino y complicaciones maternas. Cuando la edad gestacional es avanzada, se debe considerar el parto antes de la cirugía cardíaca⁷⁻¹². Sin embargo, existe controversia sobre cuál es la edad gestacional adecuada para el parto, en la que no aumente el riesgo de morbilidad por prematuridad comparado con la cirugía con circulación extracorpórea. La mortalidad de los neonatos prematuros antes de las 26 semanas de gestación es mayor del 40%, por tanto, el parto antes de la cirugía no se recomienda. Después de las 28 semanas de gestación, la mortalidad disminuye a menos del 10% y la morbilidad es baja, por lo cual las guías de manejo recomiendan en este caso el parto antes del *bypass* cardiopulmonar. Entre las semanas 26 y 28 el pronóstico del neonato depende del peso al nacer, de la presencia de malformaciones fetales y de la administración de corticoides^{7,13}. Por lo tanto, la toma de decisiones debe ser individualizada y requiere un enfoque multidisciplinario de los servicios implicados.

En nuestro caso, la edad gestacional de la paciente hizo especialmente difícil la toma de decisiones. A pesar del aneurisma micótico reseado, la buena respuesta al tratamiento antibiótico administrado permitió un manejo conservador hasta conseguir una gestación a término y un recién nacido sano. En la actualidad, la paciente sigue controles por Cardiología y no ha sido intervenida.

Conclusión

La EI es una infección poco frecuente pero potencialmente mortal durante el embarazo. La inmigración desde áreas de bajo nivel socioeconómico hace que entidades como la valvulopatía reumática, casi extinta en nuestro medio, reaparezca. Por ello, se requiere un alto nivel de sospecha para su detección precoz, que en casos seleccionados como el que presentamos, y gracias a un abordaje multidisciplinario, pudo ser manejado de forma conservadora.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Campuzano K, Roqué H, Bolnick A, Leo MV, Campbell WA. Bacterial endocarditis complicating pregnancy: case report and systematic review of the literature. *Arch Gynecol Obstet.* 2003;268:251–5.
2. Nazarian M, McCullough GH, Fielder DL. Bacterial endocarditis in pregnancy: Successful surgical correction. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1976;71:880–3.
3. Oakley C, Child A, Jung B. Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy: the Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 2003;24:761–81.
4. Kebed KY, Bishu K, Al Adham RI, Baddour LM, Connolly HM, Sohail MR, et al. Pregnancy and postpartum infective endocarditis: A systematic review. *Mayo Clinic Proc.* 2014;89:1143–52.
5. Bayer AS, Bolger AF, Taubert KA, Wilson W, Steckelberg J, Karchmen AW, et al. Diagnosis and management of infective endocarditis and its complications. *Circulation.* 1998;98:2936–48.
6. Baddour LM, Wilson WR, Bayer AS, Fowler VG, Bolger AF, Levison ME, et al. Infective endocarditis: diagnosis, antimicrobial therapy, and management of complications: A statement for health-care professionals from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Councils on Clinical Cardiology, Stroke, and Cardiovascular Surgery and Anesthesia, American Heart Association: endorsed by the Infectious Diseases Society of America. *Circulation.* 2005;111:394–434.
7. Regitz-Zagrosek V, Blomstrom-Lundqvist C, Borghi C, Cifkova R, Ferreira R, Foidart JM, et al. ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2011;32:3147–97.
8. Barth Jr WH. Cardiac surgery in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2009;52:630–46.
9. Salazar E, Espinola N, Molina FJ, Reyes A, Barragán R. Heart surgery with cardiopulmonary bypass in pregnant women. *Arch Cardiol Mex.* 2001;71:20–7.
10. John AS, Gurley F, Schaff HV, Warnes CA, Phillips SD, Arendt KW, et al. Cardiopulmonary bypass during pregnancy. *Ann Thorac Surg.* 2011;91:1191–6.
11. Martin SR, Foley MR. Intensive care in obstetrics: An evidence-based review. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195:673–9.
12. Mahli A, Izdes S, Coskun D. Cardiac operations during pregnancy: Review of factors influencing fetal outcome. *Ann Thorac Surg.* 2000;69:1622–6.
13. Pieper PG, Hoendermis ES, Drijver YN. Cardiac surgery and percutaneous intervention in pregnant women with heart disease. *Neth Heart J.* 2012;20:125–8.