



Imagen en medicina

Manifestaciones cutáneas de endocarditis infecciosa en un paciente anciano



Skin manifestations of infective endocarditis on elderly patient

Isabel de la Cal Caballero^{a,*}, Pedro Lito^b, Diana Abreu^c, Bruno Rodrigues^d y José Proença^a

^a Servicio de Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira EPE, Covilhã, Portugal

^b Unidad Cuidados Intensivos, Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira EPE, Covilhã, Portugal

^c Servicio de Medicina Interna, Instituto Português de Oncología de Lisboa Francisco Gentil, Lisboa, Portugal

^d Servicio de Cardiología, Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira EPE, Covilhã, Portugal

Presentamos un caso de endocarditis en paciente anciano sin factores predisponentes conocidos aparte de la edad, que debuta con fiebre y manifestaciones cutáneas que normalmente en ancianos sólo están presentes en el 10% de los casos.^{1,2}

Varón de 84 años, hospitalizado en Medicina Interna por fiebre de un mes de evolución, asociando astenia y disnea de pequeños esfuerzos.

En el examen físico destacaba ingurgitación yugular y soplo sistólico no filiado en foco mitral. En los miembros inferiores presentaba lesiones violáceas no dolorosas sugestivas de lesiones de Janeway, y otras lesiones purpúricas dolorosas de más de 2 cm identificadas como nódulos de Osler (figs. 1 y 2). Pasados unos días

aparecieron lesiones de aspecto necrótico (fig. 3) principalmente en primer dedo y región calcánea del pie derecho.

Se inició tratamiento empírico dirigido a endocarditis.

En el hemocultivo y en el cultivo de la biopsia de las lesiones cutáneas se aisló *Staphylococcus aureus* sensible a metilicina (MSSA). El ecocardiograma transesofágico mostró fisura del velo posterior de la válvula mitral, condicionando insuficiencia mitral severa e insuficiencia aórtica moderada. Se realizó cirugía urgente de sustitución de válvula aórtica y valvuloplastia mitral.

Como complicaciones destacables, debido a isquemia arterial aguda del miembro inferior derecho le fue amputado el tercio distal



Figura 1.



Figura 2.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: idelacalcaballero@gmail.com (I. de la Cal Caballero).



Figura 3.

del mismo. Posteriormente el paciente presentó buena evolución clínica.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Senior JM, Gándara-Ricardo JA. Endocarditis infecciosa. *Iatreia [Internet]* 2015;28(4):456–71. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/clivetpeqani/clivetpeqani_a201131n4/clivetpeqaniv31n4_p193.pdf.
2. Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, Bongiorni MG, Casalta JP, Del Zotti F, et al. Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de la endocarditis infecciosa. *Rev Esp Cardiol* 2016;69(1):69e1–749e.