

Endocarditis protésica precoz por un germen atípico, absceso perivalvular mitral: *rocking motion*

Álvaro Casado Iglesias*
Laura Álvarez Roy**
Diana Alegre Gonzalez***
Elena Tundidor Sanz****
Pedro María Azcárate Agüero**

Correspondencia

Álvaro Casado Iglesias
acasado.9@alumni.unav.es

* Universidad de Navarra. Pamplona. España

** Departamento de Cardiología. Hospital San Pedro. Logroño. España

*** Departamento de Medicina Interna. Hospital San Pedro. Logroño. España

**** Departamento de Cardiología. Hospital Universitario de León. León. España

Palabras clave

- ▷ Endocarditis infecciosa
- ▷ *B. hanselae*
- ▷ Endocarditis infecciosa precoz
- ▷ Trombosis protésica

Keywords

- ▷ *Infectious endocarditis*
- ▷ *B. hanselae*
- ▷ *Early infectious endocarditis*
- ▷ *Prosthetic thrombosis*

RESUMEN

Paciente de 80 años con afectación trombótica sobre válvula mitral protésica diagnosticada de forma incidental, que posteriormente desarrolló una endocarditis precoz (*B. hanselae*) sobre la misma zona. El germen causante de la infección es atípico y cursó como una endocarditis con cultivo negativo. Las técnicas de imagen fueron clave para poder establecer un diagnóstico y tratamiento adecuados.

ABSTRACT

80 year-old patient with an incidental finding of thrombotic mitral valve disease. Prosthetic mitral endocarditis probably as a complication of the previous finding (*B. hanselae*). This cause is unique due to the unusual clinical presentation and the cause of the infection. The new multimodality imaging techniques were a key factor to establish a correct diagnosis.

Presentación del caso

Se presenta el caso de un paciente de 80 años con una endocarditis sobre válvula protésica biológica, de etiología incierta que provocó un absceso sobre la válvula con dehiscencia del anillo.

El paciente no tenía alergias conocidas. Era exfumador de 20 cig/día desde hacía más 20 años, y consumidor de 2 copas de vino al día. Independiente para actividades básicas de la vida diaria. Hace 2 años acudió a urgencias de su centro hospitalario de referencia por disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos. El paciente en esta fecha tenía como antecedentes personales glaucoma, hiperuricemia, DM II e hipercolesterolemia.

En la ecocardiografía transtorácica (ETT) realizada durante el ingreso se detectó un infarto de miocardio silente en cara inferolateral (acinesia con adelgazamiento de dicha pared), insuficiencia mitral moderada, ventrículo izquierdo (VI) dilatado (volumen telediastólico 155 ml) e hipertrófico (septo interventricular en diástole 13 mm) con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) del 60% por el método Simpson biplanar.

Fue dado de alta con el diagnóstico de EPOC tipo enfisema con bullas pulmonares bilaterales subpleurales (FEV1/FVC 40,94% post-BD) e infarto establecido de cronología incierta inferolateral.

En la ETT de seguimiento al año se detectó una insuficiencia mitral severa excéntrica con caída de la fracción de eyección y empeoramiento de su disnea: FEVI 47% por Simpson biplanar. Se propuso al paciente para cirugía cardíaca. En la coronariografía preoperatoria se observó una enfermedad coronaria significativa de 2 vasos (estenosis severa en DA y CD proximal).

Posteriormente fue intervenido con derivación aortocoronaria: mamaria interna izquierda a descendente anterior, y sustitución de la válvula mitral por una prótesis biológica Labcor N.º 31 conservando el velo posterior de la válvula nativa (CD no revascularizada, territorio no viable). En el posoperatorio inmediato presentó un síndrome postcardiotomía con buena respuesta a tratamiento deplectivo y antiinflamatorio (colchicina durante 6 meses).

El paciente permaneció asintomático. En la ecocardiografía de control a los 6 meses de la cirugía se detectó un trombo de 19 x 11 mm (**Vídeo 1**, **Vídeo 2** y **Vídeo 3**) en la cara auricular del velo septal, de la prótesis biológica. Se optimizó el tratamiento anticoagulante. A los 19 días de ingreso, presentó un pico febril de hasta 38,5 °C sin foco aparente. Se realizaron cultivos seriados (todos negativos) y se pautó tratamiento antibiótico empírico durante 10 días. A los 25 días de la optimización del tratamiento anticoagulante se realiza un control ecocardiográfico (**Vídeo 4**) donde parece que el trombo ya no estaba presente.

Dos meses después el paciente presentó un episodio de debilidad, pérdida de visión unilateral y náuseas. Durante su ingreso se observó la reaparición del trombo intraprotésico, optimizándose de nuevo el tratamiento anticoagulante: parámetros de inflamación y cultivos seriados negativos. Antes del alta presentó un episodio de febrícula aislada de 37,4 °C por lo que se repitió la realización de cultivos seriados y se repitió la ETE (**Vídeo 5** y **Vídeo 6**) en donde se observaba una verruga endocárdica sésil y móvil sobre el velo anterior de la válvula mitral, de 8,5 mm. En la zona donde se había desarrollado el trombo se detecta un nuevo hallazgo: pseudoaneurisma del anillo valvular mitral de 20 x 6 mm (alta sospecha de proceso endocárdico). Ante la sospecha de endocarditis infecciosa en la ETE, se inició tratamiento antibiótico empírico. Los cultivos fueron negativos, así como las serologías y la PCR.

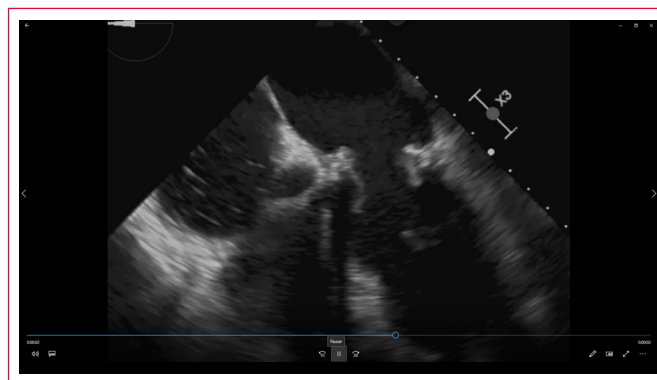
Se realizó un estudio de PET-TC en el que se observaron imágenes sugerentes de endocarditis infecciosa sobre válvula protésica mitral (**Figura 1**). Además, en la ETE de control realizada 1 mes después se observó una perforación del anillo valvular mitral de nueva aparición: insuficiencia periprotésica severa (**Vídeo 7**). El paciente precisó aumento de tratamiento deplectivo.

Ante el diagnóstico de endocarditis con hemocultivos negativos, además de repetir los distintos cultivos, se realizaron serologías para *Bartonella*, *Brucella*, *Chlamydia*, *Coxiella*, *Legionella*, *Mycoplasma* y *Borrelia*. La serología para *Bartonella henselae* fue positiva en dos ocasiones (IgG 1/2048, IgM 1/40). Ante estos resultados se ajustó el tratamiento antibiótico. Además, dada la presencia de una complicación local en una endocarditis protésica precoz, se propuso al paciente para cirugía. El paciente decidió no operarse. Por este motivo se mantuvo el tratamiento con doxiciclina oral de forma indefinida (*B. henselae*). En la ecocardiografía transtorácica de control realizada 1 mes después del inicio del tratamiento se observó un absceso perivalvular mitral con "desinserción" parcial del anillo mitral *rocking motion* (**Vídeo 8**). Dada la decisión del paciente se optimizó de nuevo el tratamiento médico.

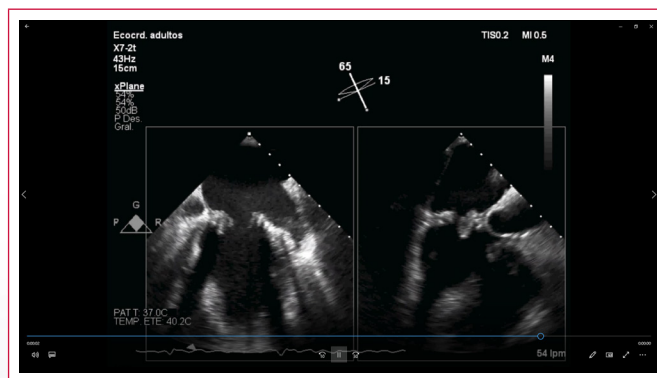
Estudio por imagen



Vídeo 1. ETT inicial (apical de cuatro cámaras) donde se observa el trombo en la cara auricular de la válvula mitral de 19 x 11 mm



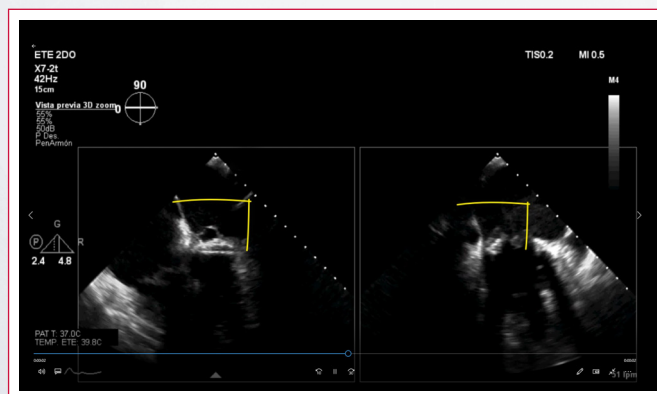
Vídeo 2. Ecocardiografía transefófica (ETE) de cuatro cámaras. Detalle de la trombosis protésica. No presentaba aumento del gradiente transvalvular mitral



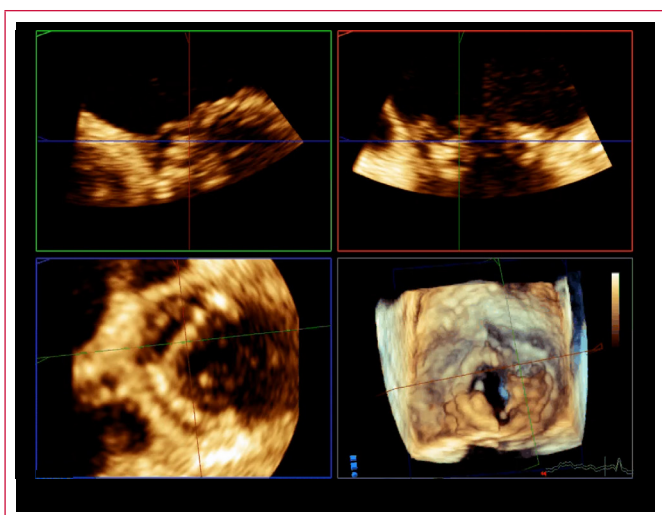
Vídeo 3. ETE X-plane. Detalle de la trombosis protésica



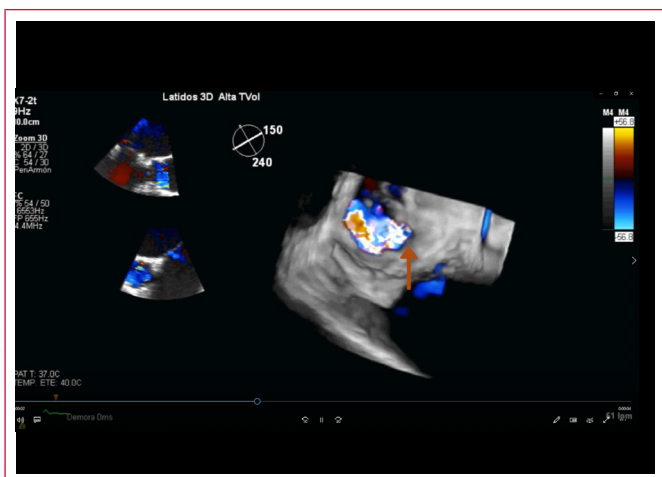
Vídeo 4. ETE de cuatro cámaras. Las valvas de la prótesis mitral no parecen presentar trombos



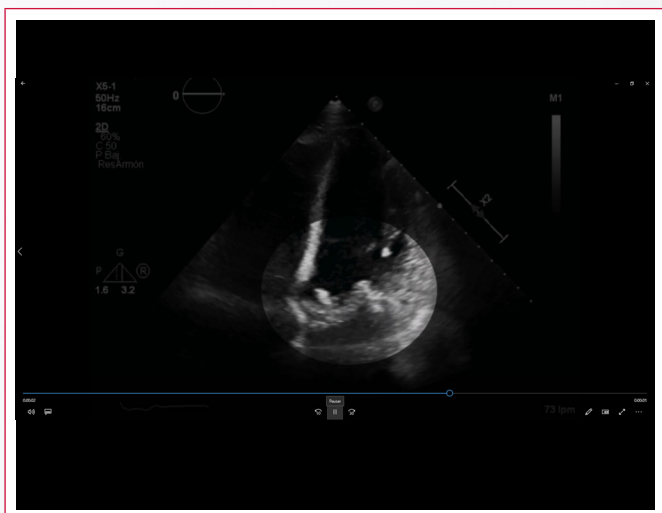
Vídeo 5. ETE X-plane. Detalle del pseudoaneurisma del anillo valvular mitral de 20 x 6 mm



Video 6. ETE tridimensional. Además del pseudoaneurisma del anillo mitral, se observa varias imágenes sésiles sobre las valvas de la válvula mitral (probablemente verrugas endocárdicas)



Video 7. ETE tridimensional color. Fuga periprotésica sobre la zona donde se formó en primer lugar el trombo y después el pseudoaneurisma (flecha roja)



Video 8. ETT de cuatro cámaras. Progresión de la enfermedad, absceso perivalvular mitral y desinserción del anillo valvular mitral con efecto rocking motion



Figura 1. PET-TC donde se aprecia la captación a nivel anillo mitral

Discusión

La endocarditis infecciosa es una enfermedad que afecta al endocardio y suele generar un síndrome febril con bacteriemia persistente⁽¹⁾. En el caso expuesto el paciente presentaba una clínica más larvada de lo habitual, no presentaba fiebre persistente y los hemocultivos durante todo el proceso fueron negativos⁽²⁾. Creemos que inicialmente el paciente desarrolló un trombo protésico con buena respuesta a tratamiento anticoagulante. Es probable que en algún momento dicha zona fuese colonizada por un germen atípico como es *B. henselae*. En otras palabras el trombo fue un hallazgo casual 6 meses después de la cirugía y las primeras manifestaciones de una probable infección comenzaron 6 meses después de la aparición del trombo (absceso perivalvular, PET positiva⁽³⁾ y serología que sugiere afectación por una bacteria atípica).

El germen causante de la infección no sólo es atípico, sino que presentó un crecimiento lento (*B. henselae*). Se ha demostrado que el tratamiento dirigido a este germen tiene una alta tasa de eficacia (curación en hasta el 90% de los casos)⁽⁴⁾, pero cuando existen complicaciones locales está indicada la intervención quirúrgica.

Ideas para recordar

- En pacientes posoperados de cirugía con clínica larvada y sospecha de infección debe buscarse activamente la presencia de endocarditis infecciosa.
- En este contexto las pruebas de imagen tiene un papel fundamental.
- En casos de sospecha de endocarditis infecciosa con cultivo negativo deben realizarse serologías para gérmenes atípicos.

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, *et al.* *Harrison Manual de Medicina*. 18.º ed. McGraw-Hill Education; 2013.
2. Munoz P, Kestler M, Alarcon AD, *et al.* Current epidemiology and outcome of infective endocarditis: a multicenter, prospective, cohort study. *Medicine (Baltimore)* 2015; 94: e1816.
3. Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, *et al.* Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de la endocarditis infecciosa. *Rev Esp Cardiol* 2016; 69:e1-e49.
4. Brouqui P, Raoult D. Endocarditis due to rare and fastidious bacteria. *Clin Microbiol Rev* 2001; 14: 177-207.