

Endocarditis del lado derecho y comunicación interventricular restrictiva, un desafío ecocardiográfico: reporte de caso

Nahuel Litwak 

Correspondencia

Dr. Nahuel Litwak
nahuel.litwak@gmail.com

Servicio de Ecocardiografía. Sanatorio Güemes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Recibido: 06/04/2026

Aceptado: 22/06/2026

Publicado: 31/08/2026

Citar como: Litwak N. Endocarditis del lado derecho y comunicación interventricular restrictiva, un desafío ecocardiográfico: reporte de caso. Rev Ecocardiogr Pract Otras Tec Imag Card (RETIC). 2026 Ago; 9 (2): 44-47. doi: <https://doi.org/10.37615/retic.v9n2a9>.

Cite this as: Litwak N. *Right-sided endocarditis and restrictive ventricular septal defect, an echocardiographic challenge: case report*. Rev Ecocardiogr Pract Otras Tec Imag Card (RETIC). 2026 Aug; 9 (2): 44-47. doi: <https://doi.org/10.37615/retic.v9n2a9>.

Palabras clave

- Cardiopatías congénitas.
- Ecocardiografía.
- Comunicación interventricular.
- Endocarditis infecciosa.
- Informes de casos.

RESUMEN

La endocarditis infecciosa (EI) del lado derecho representa el 5-10% de todos los casos de EI, siendo frecuentemente asociada a cardiopatías congénitas. Aunque las comunicaciones interventriculares (CIV) restrictivas con presión pulmonar normal generalmente no requieren intervención, conllevan un riesgo de desarrollar EI u otras complicaciones en el tiempo. Presentamos el caso de un varón de 38 años con antecedente de CIV restrictiva no reparada que desarrolló EI por *Streptococcus mitis* tras un procedimiento dental. El paciente fue tratado exitosamente con antibioterapia prolongada, sin requerir intervención quirúrgica.

Keywords

- Congenital heart diseases.
- Echocardiography.
- Ventricular septal defect.
- Infective endocarditis.
- Case reports.

ABSTRACT

Right-sided infective endocarditis (IE) accounts for 5-10% of all IE cases and is frequently associated with congenital heart disease. Although restrictive ventricular septal defects (VSDs) with normal pulmonary arterial pressure generally do not require intervention, they carry a risk of developing IE or other complications over time. We present the case of a 38-year-old man with a history of unrepaired restrictive VSD who developed IE due to *Streptococcus mitis* following a dental procedure. The patient was successfully treated with long-term antibiotic therapy, without requiring surgical intervention.

Introducción

La endocarditis infecciosa (EI) del lado derecho constituye una minoría de los casos de EI, pero presenta particularidades clínicas, microbiológicas y pronósticas que la diferencian de la afectación izquierda. Se asocia con mayor frecuencia al uso de drogas endovenosas, dispositivos intracardíacos o cardiopatías congénitas. Dentro de estas últimas, las comunicaciones interventriculares (CIV) restrictivas con presión pulmonar normal suelen considerarse lesiones de bajo riesgo hemodinámico y, en ausencia de complicaciones, habitualmente no requieren reparación. Sin embargo, el flujo turbulento a través del defecto puede predisponer al daño endotelial y a la colonización bacteriana, con el consiguiente riesgo de endocarditis. La EI asociada a CIV suele comprometer estructuras del lado derecho, especialmente la válvula tricúspide o el endo-

cardio ventricular adyacente. Se presenta el caso de un adulto joven con CIV restrictiva no reparada que desarrolló EI derecha por *Streptococcus mitis* tras un procedimiento dental, con hallazgos ecocardiográficos poco habituales y evolución favorable con tratamiento médico exclusivo.

Información clínica del paciente

Paciente masculino de 38 años con antecedente de una CIV restrictiva sin seguimiento cardiológico regular, sin otros factores de riesgo conocidos para endocarditis (negaba consumo de drogas endovenosas). Consultó por episodios diarios de fiebre (hasta 38,5 °C) de 2 semanas de evolución, sin otros síntomas asociados. Refería como antecedente relevante la extracción de una pieza dental aproximadamente 2 semanas antes del inicio del cuadro.

Hallazgos clínicos relevantes

El examen cardiovascular reveló un soplo holosistólico en el borde esternal izquierdo y no presentaba signos periféricos de embolia séptica. Los hemocultivos tomados a su ingreso resultaron positivos para *Streptococcus mitis*, sensible a la penicilina. La persistencia de fiebre, el antecedente de CIV restrictiva, el procedimiento odontológico reciente y los hemocultivos positivos para *Streptococcus mitis* motivaron la realización de estudios adicionales.

Línea de tiempo

Tiempo aproximado	Evento clínico o estudio
2 semanas antes	Extracción dental
Inicio del cuadro	Fiebre diaria hasta 38,5 °C sin otros síntomas asociados
Ingreso hospitalario	Hemocultivos positivos para <i>Streptococcus mitis</i> y ecocardiografía diagnóstica
Tratamiento	Ampicilina EV durante 6 SEMANAS con hemocultivos negativos de control
Evolución	Sin intercorrenas. En evaluación para cierre de CIV

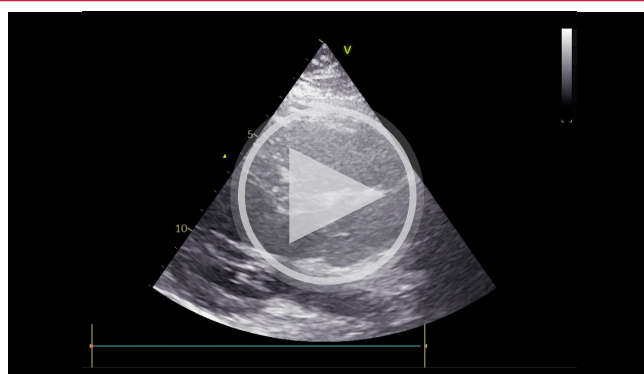
Tabla 1. Cronología de eventos clínicos.

Evaluación diagnóstica por imagen cardíaca

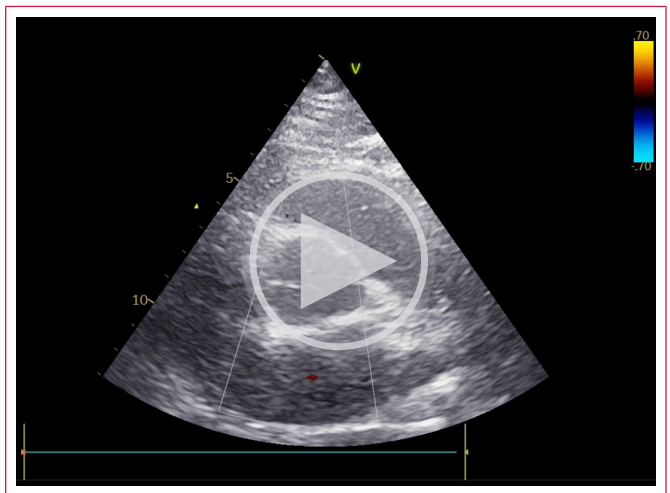
El ecocardiograma transtorácico mostró un ventrículo izquierdo (VI) de dimensiones, espesores y función sistólica conservada; un ventrículo derecho (VD) de dimensiones y función sistólica conservada; una válvula aórtica trivalva y mitral sin hallazgos significativos; una **CIV muscular posterior** tipo restrictiva con un gradiente VI-VD de 84 mmHg, y la presencia de una imagen lineal isoecogénica poco móvil en relación al velo septal tricúspideo de aproximadamente 22 mm x 7 mm, con insuficiencia tricúspidea leve (Videos 1-7). El ecocardiograma transesofágico confirmó estos hallazgos, sin evidenciarse signos de complicación local, como abscesos o extensión de la infección (Video 8). La válvula pulmonar no presentaba alteraciones.

Seguimiento clínico y resultados

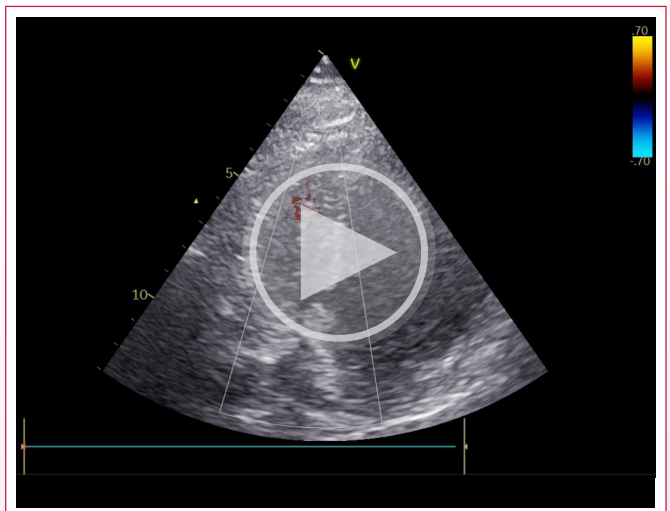
El paciente evolucionó favorablemente con tratamiento antibiótico específico con ampicilina 3 g endovenosa cada 6 horas, mostrando estabilidad hemodinámica sin desarrollo de insuficiencia cardíaca, ausencia de embolias sépticas a distancia, negativización de los hemocultivos y normalización progresiva de los biomarcadores inflamatorios. Se completó el esquema antibiótico sin necesidad de intervención quirúrgica. Actualmente el paciente se encuentra asintomático, en buen estado general, y está en seguimiento para evaluar el cierre definitivo de la CIV.



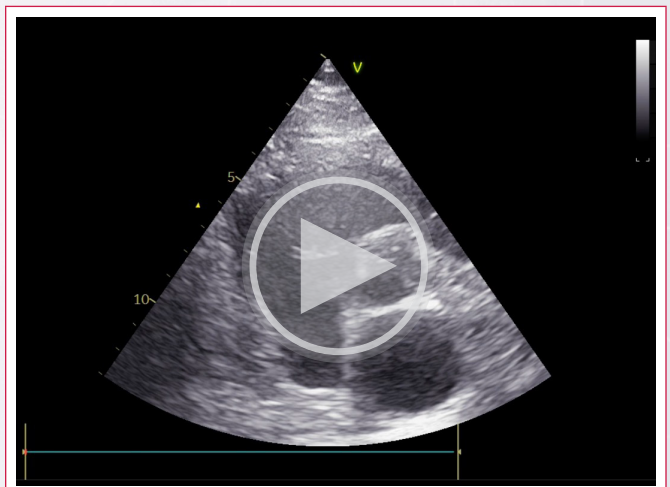
Video 1. Vista paraesternal de eje largo, válvulas mitral y aórtica normales, cavidades normales.



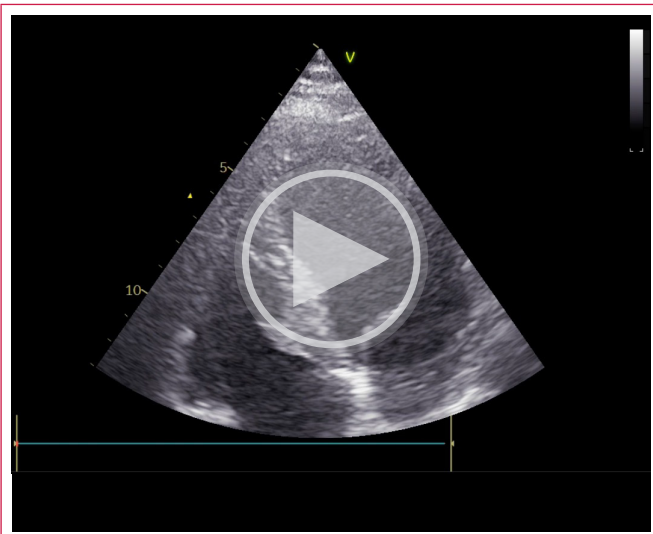
Video 2. Vista paraesternal de eje corto con doppler color, válvula aórtica y pulmonar normales.



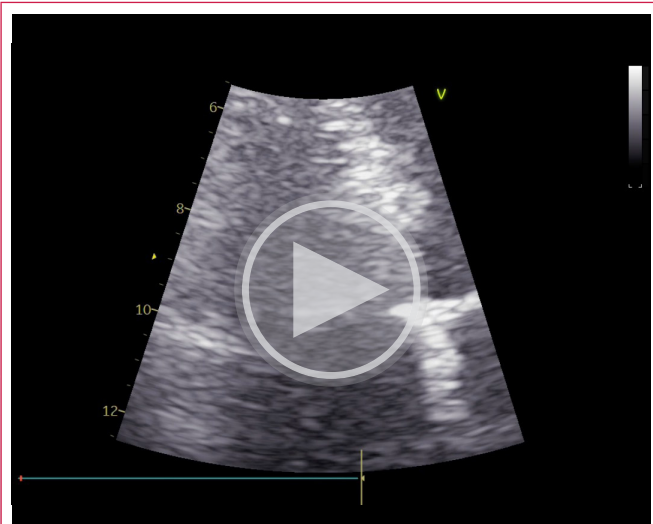
Video 3. Ecocardiograma transtorácico. Vista apical de 4 cámaras modificada posterior con doppler color. Se observa shunt de izquierda a derecha de una CIV muscular posterior restrictiva.



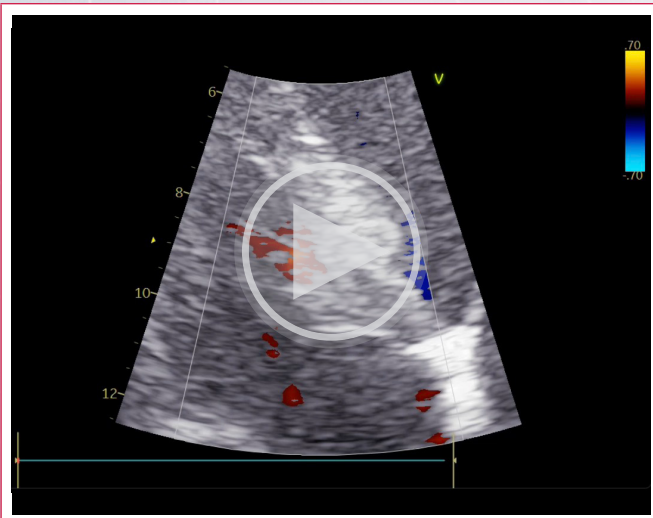
Video 4. Ecocardiograma transtorácico. Vista paraesternal en eje corto modificado orientado hacia la base del VI. Se observa la imagen del velo septal en grado con extremo móvil, compatible con EI de acuerdo con los antecedentes clínicos. La hoja septal de la tricúspide con tejido sólido asociado a su cara ventricular.



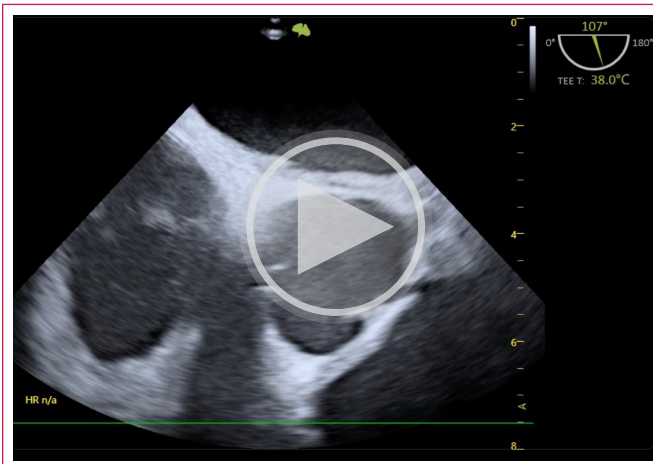
Video 5. Vista apical de 4 cámaras. Se observa una masa sólida adherida al septum interventricular con poca movilidad.



Video 6. Zoom del Video 5, en el que se observa con más nitidez la masa, que además guarda cierta relación con la base de la válvula tricúspide.



Video 7. La misma vista del Video 6 con doppler color, en la cual se observa el jet de la CIV bordeando la masa.



Video 8. Ecocardiograma transesofágico. Vista medioesofágica a 73° para visualizar el eje corto de grandes vasos. Válvula aórtica trivalva. Sin signos de complicación infecciosa local.

Discusión

La comunicación interventricular (CIV) es la cardiopatía congénita más frecuente, superada únicamente por la válvula aórtica bicúspide. Se clasifican según su tamaño y fisiología (restrictivas y no restrictivas), localización (perimembranasas, de entrada, de salida y musculares), y pueden encontrarse aisladas o en asociación con otras lesiones congénitas. En adultos, el espectro clínico varía desde defectos pequeños y restrictivos, generalmente asintomáticos, pero con riesgo de desarrollo de complicaciones, como doble cámara de ventrículo derecho, endocarditis, insuficiencia aórtica, hasta CIV grandes no tratadas que cursan con hipertensión pulmonar y síndrome de Eisenmenger¹.

La endocarditis infecciosa (EI) es una infección de la superficie endocárdica del corazón, principalmente de las válvulas cardíacas (nativas o protésicas), el endocardio mural, un defecto septal o un dispositivo implantado. Se puede presentar con un amplio espectro de síntomas y signos y con elevada morbi-mortalidad asociada, por lo que resulta fundamental el alto índice de sospecha y diagnóstico precoz². La EI del lado derecho del corazón representa el 5-10% de todos los casos, siendo la válvula tricúspide la más afectada, y habitualmente asociada a presencia de factores de riesgo como cardiopatías congénitas, uso de drogas endovenosas o dispositivos intracardíacos³.

Los pacientes con CIV no reparada tienen un riesgo de EI hasta 20-30 veces mayor que la población general^{4,5}, y este disminuye con la reparación⁶. Sin embargo, a pesar de presentar este riesgo, las guías actuales no recomiendan la profilaxis antibiótica en aquellos casos de CIV no complicada, sin cianosis ni evidencia previa de endocarditis, debido a la falta de evidencia y riesgo de resistencia antibiótica.

Cuando exista sospecha clínica de EI, la ecocardiografía tiene un rol fundamental en el diagnóstico^{7,8}, dando información crucial conforme a la presencia de vegetación, tamaño, movilidad y presencia de complicaciones locales. La vegetación puede estar en relación con la CIV o estructuras adyacentes a donde se dirige el jet de alta velocidad que genera daño endotelial, por lo que frecuentemente tendrá compromiso la válvula tricúspide del lado ventricular. A su vez, podrá haber complicaciones, como embolia séptica pulmonar. Se encuentra recomendado el tratamiento antibiótico dirigido y la cirugía en caso de vegetaciones grandes (> 20 mm) y persistentes, insuficiencia cardíaca derecha debido a insuficiencia tricúspide severa, embolia pulmonar recurrente, absceso, bacteriemia persistente a pesar del tratamiento médico o gérmenes multirre-

sistentes. En aquellos pacientes con CIV y episodios recurrentes de EI se debe considerar el cierre de forma quirúrgica o percutánea en centros especializados para prevenir recurrencias^{1,9}.

Conclusión

La endocarditis infecciosa (EI) persiste como un problema de salud global con alta morbilidad. El diagnóstico sigue siendo un desafío, requiriendo alto índice de sospecha y uso oportuno de ecocardiografía. La controversia sobre la profilaxis antibiótica permanece vigente, reforzando la necesidad de individualizar decisiones en pacientes de riesgo.

Ideas para recordar

- Las CIV tienen riesgo incrementado de EI, aunque la profilaxis en esta población es controvertida.
- El diagnóstico de endocarditis no siempre es sencillo y se requiere un alto índice de sospecha.
- En aquellos pacientes con CIV que han presentado cuadro de EI, se debe considerar su cierre en un centro especializado.

Declaración CARE

Este reporte de caso se elaboró de acuerdo con las CARE *Case Report Guidelines*.

Consentimiento informado

Los autores confirman que se obtuvo consentimiento por escrito de los pacientes para la presentación y publicación del caso, incluidas las imágenes y el texto asociado, de conformidad con las directrices del COPE.

Fuente de financiación

Los autores declaran que no existió ningún tipo de financiamiento.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no tienen relaciones de interés comercial o personal dentro del marco de la investigación que condujo a la producción del reporte de caso.

Bibliografía

1. Baumgartner H, De Backer J, Babu-Narayan SV, et al. ESC Scientific Document Group. 2020 ESC Guidelines for the management of adult congenital heart disease. *Eur Heart J*. 2021;42(6):563-645. doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa554>
2. Delgado V, Ajmone Marsan N, de Waha S, et al. ESC Scientific Document Group. 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis. *Eur Heart J*. 2023;44(39):3948-4042. doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad193>
3. Shmueli H, Thomas F, Flint N, et al. Right-Sided Infective Endocarditis 2020: Challenges and Updates in Diagnosis and Treatment. *J Am Heart Assoc*. 2020;9(15). doi: <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.017293>
4. Eckerström F, Nyboe C, Redington A, et al. Lifetime Burden of Morbidity in Patients With Isolated Congenital Ventricular Septal Defect. *J Am Heart Assoc*. 2023;12(1). doi: <https://doi.org/10.1161/JAHA.122.027477>
5. Gabriel HM, Heger M, Innerhofer P, et al. Long-term outcome of patients with ventricular septal defect considered not to require surgical closure during childhood. *J Am Coll Cardiol*. 2002;39(6):1066-71. doi: [https://doi.org/10.1016/s0735-1097\(02\)01706-0](https://doi.org/10.1016/s0735-1097(02)01706-0)
6. Gersony WM, Hayes CJ, Driscoll DJ, et al. Bacterial endocarditis in patients with aortic stenosis, pulmonary stenosis, or ventricular septal defect. *Circulation*. 1993;87(2 Suppl):1121-6.
7. Hellwege, R.S., Gawaz, M. Right-sided infective endocarditis in association with a left-to-right shunt complicated by haemoptysis and acute renal failure: a case report. *BMC Cardiovasc Disord*. 20, 494 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12872-020-01772-y>
8. Munawar F, Ahmed I. Right-sided infective endocarditis with ventricular septal defect. *Pak J Med Sci*. 2024;40(7):1587-1590. doi: <https://doi.org/10.12669/pjms.40.7.8219>
9. Stout KK, Daniels CJ, Aboulhosn JA, et al. 2018 AHA/ACC Guideline for the Management of Adults With Congenital Heart Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2019;73(12). doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.08.1028>