

# ICTUS ISQUÉMICO EN PACIENTE CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Dra. Yulia Perova<sup>1</sup> / Dr. Daniel Rubio Castro<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital Obispo Polanco. Teruel

<sup>2</sup> Servicio de Medicina Interna. Teruel

## RESUMEN

La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad grave de origen infeccioso que produce daño principalmente a nivel de las válvulas cardíacas. La alta mortalidad de EI es debida a la posible aparición de las complicaciones neurológicas que influyen de forma importante en el manejo y pronóstico de los pacientes. Se describe a continuación el caso clínico de un paciente que ingresó con síntomas de evento cerebral agudo con posterior diagnóstico de embolia séptica secundaria a EI.

## PALABRA CLAVE

Endocarditis, accidente cerebrovascular isquémico, embolia séptica

## ABSTRACT

Infective endocarditis (IE) is a serious disease of infectious origin that causes damage mainly to the heart valves. The high mortality of IE is due to the possible appearance of neurological complications that have a very important influence on the management and prognosis of patients. The clinical case of a patient who was admitted with symptoms of an acute brain event with a subsequent diagnosis of septic embolism secondary to IE is describe below.

## KEY WORDS

Endocarditis, ischemic stroke, septic embolism

## CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 69 años con antecedente de válvula aórtica bicúspide que acudió al Servicio de Urgencias por presentar un cuadro de 2 días de evolución consistente en: fiebre con sensación de escalofríos, malestar general, hemianopsia derecha, bradipsiquia, desorientación y agnosia visual. La exploración física mostraba en la auscultación cardiopulmonar un soplo sistólico en el foco aórtico, neurológicamente bradipsiquia, bradilalia y hemianopsia homónima derecha siendo el resto de la exploración normal.

La analítica de sangre mostró leucocitosis (16.120) con neutrofilia (92%) y aumento de reactantes de fase aguda (PCR 90 mg/l, fibrinógeno 875 mg/dl). El electrocardiograma objetivó ritmo sinusal

con extrasístoles supraventriculares. Por la sintomatología neurológica se realizó una tomografía computarizada (TC) craneal simple y con contraste, objetivándose isquemia aguda en el territorio de la arteria cerebral posterior izquierda (Fig. 1). Ante la posibilidad diagnóstica de meningoencefalitis se realizó punción lumbar, siendo el resultado normal. Debido a alta sospecha de endocarditis infecciosa, se extrajo dos parejas de hemocultivos (que resultaron posteriormente negativos) y el paciente ingresó a Servicio de Medicina Interna bajo tratamiento antibiótico intravenoso con Gentamicina, Ampicilina, Cloxacilina y Daptomicina con una evolución clínica inicial favorable. Después de realizar un ecocardiograma transtorácico se halló vegetación a nivel de válvula aórtica nativa bicúspide con insuficien-

## Notas Clínicas



Fig. 1. Área de hipodensidad parieto-occipital izquierda sugestiva de infarto isquémico agudo en el territorio de la arteria cerebral posterior izquierda en la tomografía computarizada cerebral.

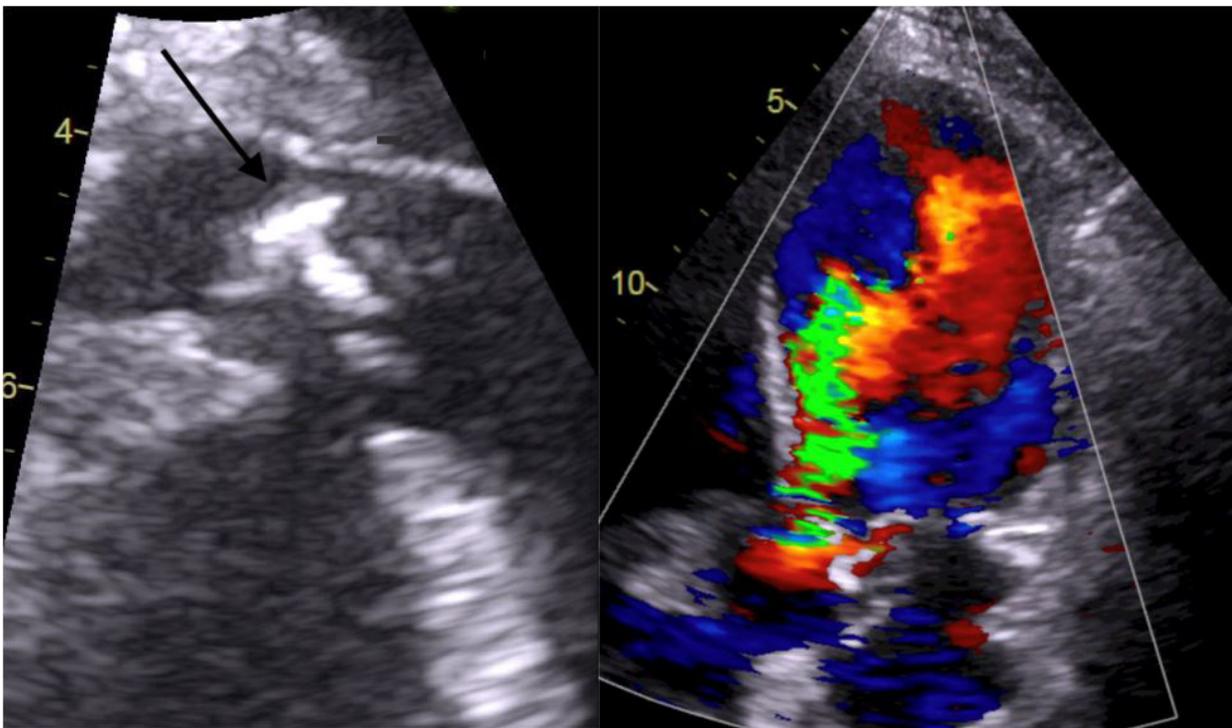


Fig. 2. Ecocardiograma transtorácico (eje paraesternal largo) donde se objetiva una imagen redondeada de movilidad errática a nivel de velo posterior de válvula aórtica bicúspide que prolapsa en la cavidad de ventrículo izquierdo durante la diástole (señalada con flecha a la izquierda), provocando una insuficiencia aórtica severa (modo Doppler color con área de jet regurgitante a la derecha).

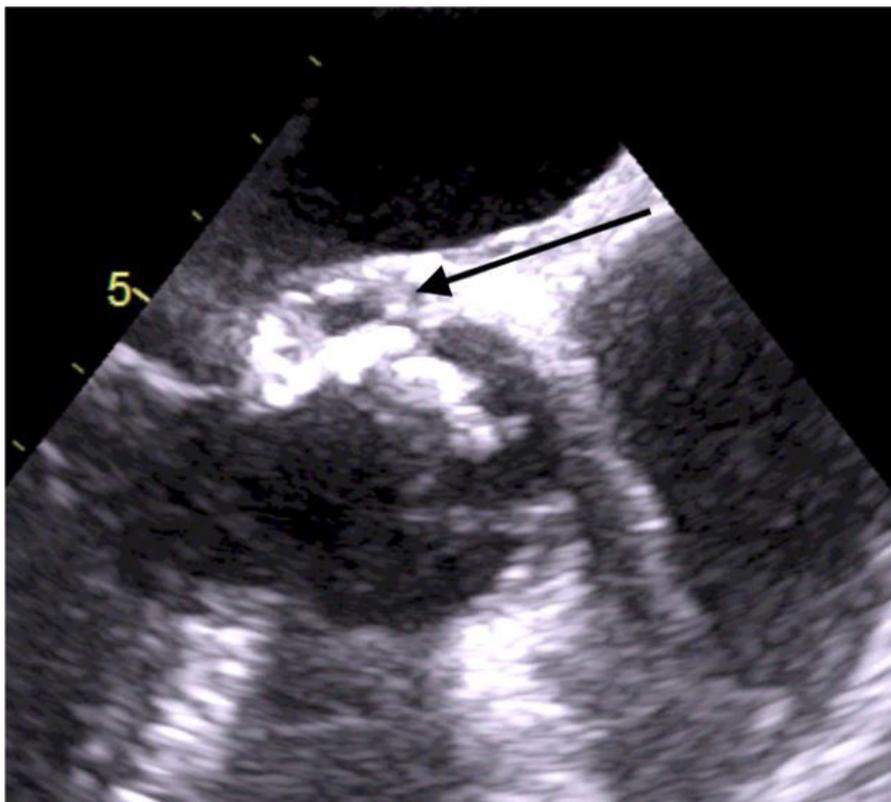


Fig. 3. Ecocardiograma transesofágico que muestra engrosamiento en el anillo aórtico con zona hipodensa central que se extiende a la unión mitro aórtica y corresponde al absceso a este nivel (señalado con la flecha).

cia aórtica severa (Fig. 2). Por los hallazgos de TC craneal y ecocardiograma se diagnosticó de embolismo séptico con evento cerebrovascular isquémico secundario a endocarditis infecciosa. Durante su estancia el paciente empeoró requiriendo ingreso en UCI por un nuevo evento vascular neurológico e insuficiencia cardíaca congestiva, objetivándose en un nuevo ecocardiograma transesofágico, además de la vegetación, absceso en la unión aorto-mitral, por lo que fue derivado al hospital de referencia para reemplazo valvular.

### DISCUSIÓN

La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad grave caracterizada por el proceso infeccioso, principalmente de origen bacteriano, de endocardio valvular, mural o de material protésico intracardiaco. Su incidencia en los países industrializados se estima de 3 a 10 casos por cada 100.000 personas<sup>1</sup>. Se observa principalmente entre los 60 - 80 años, predomi-

nantemente en varones<sup>2</sup>. Los factores de riesgo más importantes son: existencia de válvula protésica o de dispositivo intracardiaco (marcapasos, desfibrilador) y las cardiopatías congénitas (la más frecuente la válvula aórtica bicúspide)<sup>2</sup>. El 80% de los casos se debe a infecciones por *Streptococcus* o *Staphylococcus*<sup>3</sup>. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y se basa en los hallazgos ecocardiográficos (detección de vegetaciones valvulares) y microbiológicos, siguiendo los criterios de Duke<sup>3</sup>. En el 5% de los casos los hemocultivos pueden ser negativos por el tratamiento antimicrobiano previo o por necesidad de uso correcto de las técnicas microbiológicas específicas (*HACEK*, *Coxiella*, *Chlamydia*)<sup>4</sup>. La complicación extra cardíaca más severa suele ser los accidentes cerebrovasculares de origen embólico. Su aparición aumenta la mortalidad, la cual puede llegar a ser del 20-40%<sup>1</sup>. Por lo tanto, es imprescindible, realizar diagnóstico temprano de la EI con prevención de esta y posibilidad de instaurar el tratamiento oportuno.

# Notas Clínicas

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hoen, B. and Duval, X. Infective Endocarditis. *The New England Journal of Medicine*; 2013; (368): 1425 - 1433.
2. Rodríguez García J, Serrano J, Azaña Defez J, Balsa Barro J, Berbel García A, Contreras Sánchez J. *Green Book. Diagnóstico, tratamiento médico*. 6th ed. Madrid: Marbán Libros; 2009; 1048 – 1054.
3. D. Suárez Pita, J.C. Vargas Romero, J. Salas Jarque, I. Losada Galván, B. de Miguel Campo, P.M. Catalán Martín, B. Sánchez Moreno, M. A. Duarte Borges, I. Cabrera Rodrigo. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica Hospital Universitario 12 de octubre*. 8th ed. Madrid; 2016; 708-709.
4. Arnold S. Bayer, Ann F. Bolger, Kathryn A. Taubert, Walter Wilson, James Steckelberg, Adolph W. Karchmer et al., *Diagnosis and Management of Infective Endocarditis and Its Complications*. *Circulation*. 1998; (98): 2936 - 2948.