

Endocarditis infecciosa sobre válvula mitral nativa de alto riesgo embólico

Native mitral valve infectious endocarditis with high embolic risk

Dr. Francisco L. Moreno-Martínez^{1,2}✉ , Dra. Carmen G. Marrero Falcón³, Dr. Jaime San Narciso de la Rosa³ y Dr. José A. Gómez Guindal² 

¹ Servicio de Cardiología, Cardiocentro Ernesto Che Guevara. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

² Servicio de Cardiología, Hospital General de Fuerteventura Virgen de la Peña. Las Palmas, España.

³ Servicio de Neurología, Hospital General de Fuerteventura Virgen de la Peña. Las Palmas, España.

Full English text of this article is also available

Palabras Clave: Endocarditis infecciosa, Válvula mitral, Endocarditis en válvula nativa, Ecocardiografía, Tratamiento

Key words: Infective endocarditis, Mitral valve, Native heart valve endocarditis, Echocardiography, Treatment

Hombre de 74 años de edad con antecedentes de obesidad, dislipidemia e hipertensión arterial de reciente diagnóstico, sin tratamiento, que el día del ingreso amaneció con pérdida de la fuerza muscular del miembro superior izquierdo y asimetría facial. No se encontró foco infeccioso, pero el paciente refirió distermia desde tres días antes y artralgia de muñeca izquierda. Se indicaron tomografía y resonancia magnética cerebrales, donde se demostró la presencia de un infarto hemorrágico en ínsula de arteria cerebral media derecha y otros infartos lacunares agudos, más caudales, en el mismo territorio. Se realizó ecocardiograma transtorácico donde se descartó la permeabilidad del foramen oval mediante el uso de contraste, pero no se observaron claras imágenes de trombo u otra masa intracardíaca que pu-

diera producir cardioembolia, por lo que se sugirió realizar estudio transesofágico (ETE). Las cavidades cardíacas eran de tamaño normal, existía hipertrofia concéntrica leve del ventrículo izquierdo, con alteración de la relajación, y su fracción de eyección era normal. El ETE demostró la presencia de una vegetación larga (15 mm) y muy móvil, con pedículo estrecho —lo que le confería alto riesgo embólico—, adosada a la cara auricular de la valva anterior mitral (**Figura** [AI, aurícula izquierda; VI ventrículo izquierdo]) que producía una insuficiencia mitral leve (**Video [material suplementario]**). La resonancia magnética de la muñeca demostró la presencia de una extensa sinovitis difusa de predominio en tendones extensores con áreas de edema intraóseo subcondral. El paciente fue trasladado a la unidad de enfermedades infecciosas del centro de referencia, que también cuenta con servicio de cirugía cardíaca, donde se ajustó el tratamiento antibiótico empírico inicial en base al resultado de los hemocultivos y el antibiograma: *Streptococcus agalactiae* sensible a penicilina y levofloxacina, y resistente a macrólidos y tetraciclinas. Evolucionó favorablemente y a las tres semanas de tratamiento se repitió el ETE donde se observó que había desaparecido la

✉ FL Moreno-Martínez

Cardiocentro Ernesto Che Guevara

Calle Cuba N° 610 e/ Barcelona y Capitán Velasco

Santa Clara, CP 50200. Villa Clara, Cuba.

Correo electrónico: revista.corsalud@gmail.com

vegetación endocárdica y no existía lesión valvular estructural, por lo que no fue necesario el tratamiento quirúrgico. Se completaron 4 semanas de tratamiento antibiótico y el paciente permanece actualmente asintomático, en seguimiento por consulta externa. Se concluyó el caso como una endocarditis infecciosa de válvula mitral nativa a punto de parti-

da de una artritis séptica de la muñeca izquierda, que produjo embolia en el territorio de la arteria cerebral media derecha; lo que se corresponde con la mayor posibilidad de cardioembolismo hemisférico derecho, por la localización anatómica del tronco braquiocefálico como primer ramo arterial del cayado aórtico.

