

## NOTA CLÍNICA

### Endocarditis sobre válvula biológica con embolismo mesentérico

#### Autores

Eva Martínez-Suárez, Nicolás Morón Carande, Jose Antonio Martos Gutiérrez,  
Ramón Cristofol Allue

#### Centro:

Hospital de Mataró, Consorci Sanitari del Maresme (Barcelona).

#### Correspondencia:

#### Eva Martinez Suarez

Hospital de Mataró. Consorci Sanitari del Maresme  
Carretera de Cirera s/n, 08304, Mataró (Barcelona)

93.741.77.00 ext. 2208



# NOTA CLÍNICA

## Endocarditis sobre válvula biológica con embolismo mesentérico

Eva Martínez-Suárez, Nicolás Morón Carande, Jose Antonio Martos Gutiérrez, Ramón Cristofol Allue

### RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 84 años que acude a urgencias por debilidad, con tendencia al sueño, astenia, anorexia y febrícula. Con los antecedentes de la paciente y el resultado de las pruebas complementarias se orienta como endocarditis sobre válvula biológica. La paciente posteriormente presenta una complicación clínica embólica en forma de cuadro de abdomen agudo.

**El objetivo** de la presentación es comentar un caso de endocarditis sobre válvula biológica. Se recuerdan brevemente las características de la endocarditis y sus principales complicaciones

**Palabras clave:** endocarditis, válvula biológica, embolismo, febrícula

### RESUM

Es presenta el cas d'una pacient de 84 anys que acudeix a urgències per debilitat, amb tendència al son, astènia, anorèxia i febrícula. Amb els antecedents de la pacient i el resultat de les proves complementaries s'orienta com endocarditis sobre vàlvula biològica. La pacient posteriorment presenta una complicació clínica embòlica en forma de quadre d'abdomen agut.

**L'objectiu** de la presentació es comentar un cas d'endocarditis sobre vàlvula biològica. Es recorden breument les característiques de l'endocarditis i les seves principals complicacions

**Paraules clau:** endocarditis, vàlvula biològica, embolisme, febrícula

### ABSTRACT

We report a case of a 84 years patient, with weakness, drowsiness, fatigue, anorexia and fever, that was admitted to the emergency room. With the background of the patient's history and the results of additional tests it was oriented as biological valve endocarditis. The patient subsequently presented acute abdomen because of embolic complications.

**The aim** of the presentation is to discuss a case of biological valve endocarditis, clinical characteristics and its major complications.

**Key words:** endocarditis, biological valve, embolism, fever

## NOTA CLÍNICA

### Endocarditis sobre válvula biológica con embolismo mesentérico

Eva Martínez-Suárez, Nicolás Morón Carande, Jose Antonio Martos Gutiérrez, Ramón Cristofol Allue

#### Introducción

La patología en el anciano puede presentarse de forma atípica, diferente a la que habitualmente se presenta en el adulto sano, por esto es importante un abordaje y un manejo integral. Con frecuencia la presentación atípica de las enfermedades en los pacientes con edad avanzada, cursa con síntomas que no son órgano específicos y sin síntomas o signos cardinales. También pueden haber alteraciones a nivel analítico o clínico, que no son indicativas de patología <sup>(1)</sup>.

Es fundamental realizar una valoración geriátrica integral para poder realizar una correcta aproximación y un correcto abordaje del paciente

#### Caso clínico

Mujer de 84 años que es traída a urgencias por debilidad, somnolencia, astenia y febrícula de dos semanas de duración. La paciente no presentaba alergias medicamentosas, no tenía hábitos tóxicos. Como antecedentes patológicos de interés destacaba: valvulopatía mitro-aórtica degenerativa, con doble repuesto con prótesis biológicas en 2013; taquicardia con inestabilidad hemodinámica que requirió la implantación de marcapasos definitivo VVI, fibrilación auricular permanente en tratamiento anticoagulante con dicumarínicos, artropatía degenerativa, anemia crónica, síndrome vertiginoso crónico, síndrome depresivo. Intervenciones quirúrgicas: hernia discal que dejó como secuela dificultad en la movilización de la extremidad inferior izquierda, extracción de pólipo uterino y colecistectomía.

#### La valoración geriátrica integral

**Funcional:** Índice de Barthel 70/100. Autónoma para comer, precisa ayuda para vestido y aseo, deambula con ayuda de andador por su domicilio, incontinencia urinaria ocasional y continente fecal.

**Cognitivo:** no se objetivan signos de deterioro cognitivo, ni delirium

**Afectivo:** síndrome depresivo

**Nutricional:** no signos de disfagia, no estreñimiento.

**Social:** Escala de Gijón de valoración socio-familiar del anciano 9/25. Vive con familiares en domicilio, recibe ayuda de cuidadora varias horas al día.

#### La exploración física de la paciente en urgencias era:

Constantes: PA 92/57 mmHg, Temperatura axilar 37.5°C, Frecuencia cardíaca 88 pm, Frecuencia Respiratoria 16 pm, Saturación de O<sub>2</sub> 98% basal.

Paciente consciente orientada, colaboradora, eupneica en reposo, sequedad de piel y mucosas.

Cabeza y cuello: pulso carotídeo presente y simétrico, uniforme, no ingurgitación yugular.

Auscultación cardíaca: tonos arrítmicos, soplo sistólico en focos mitral y aórtico.

Auscultación pulmonar: murmullo vesicular presente y sin ruidos sobreañadidos

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas, no visceromegalias.

Extremidades: no edemas, no signos clínicos de trombosis venosa.

#### Los resultados de las exploraciones complementarias :

Analítica: Glucosa 135,8 mg/dL; Urea 84,5 mg/dL; Creatinina 1.41 mg; Filtrado Glomerular 38 ml/min; Na 127 mEq; K 5,4 mEq; Cl 95 mEq; Bilirrubina total 1,44 mg/dL, Bilirrubina directa 0,81 mg/dL, ALT 23 U; Calcio 8,5 mg; Alfa amilasa 59; Hemoglobina 11,2 g/dL, Hematocrito 32,7%; VCM 91,6; Leucocitos totales 16.290 (N 90,7%, L 3,6%); Plaquetas 87.000; Digoxina: 0,7; INR 2,7; Tiempo de Tromboplastina parcial 32,1 seg; Tiempo de Protrombina 36,8%.

Sedimento de orina: Hematíes 200 por campo, Leucos 70 por campo, Nitritos negativos, Abundante flora mixta

Ionograma en orina: Na <20 mEq; K 65 mEq; Cl <20 mEq

TAC abdominal: Hepatomegalia heterogénea. Cambios post-colecistectomía.

Radiografía de torax: índice cardiotorácico conservado, senos costofrénicos libres. No se observan masas ni condensaciones (figura 1).



## NOTA CLÍNICA

### Endocarditis sobre válvula biológica con embolismo mesentérico

Eva Martínez-Suárez, Nicolás Morón Carande, Jose Antonio Martos Gutiérrez, Ramón Cristofol Allue

ECG: Fibrilación auricular con frecuencia media de 115 latidos p.m. no alteración en la repolarización.

Hemocultivos: inicialmente pendientes de resultado, posteriormente crecimiento de cocos gram positivos. Luego fueron definitivamente positivos para *staphylococcus hominis*.

Ecocardiograma transtorácico: ventrículo izquierdo no dilatado ni hipertrófico (FEVI 48%), prótesis biológicas de aspecto degenerativo, aurícula izquierda dilatada (52 mm) (figura 2).

Con los datos obtenidos y la febrícula intermitente a lo largo del ingreso, se planteó la sospecha diagnóstica de endocarditis sobre válvula protésica o dispositivo cardíaco (marcapasos) por lo que se realizó:

Ecocardiograma transesofágico: En el lado auricular de anillo se objetivó imagen de pequeño tamaño (0,4 cm), sugestiva de vegetación. Prótesis biológica con igual aspecto degenerativo, con apertura de velos conservada, no estenótica y con imagen compatible con vegetación en el velo no coronarico, de tamaño considerable (0,8 x 1,5 cm).

Desde urgencias se decidió ingresar a la paciente, se inició hidratación intravenosa, ante el resultado del hemocultivo se inició tratamiento antibiótico con daptomicina y cloxacilina debido al deterioro de la función renal de la paciente. Ya que la paciente era portadora de prótesis biológicas y de marcapasos se ajustó el tratamiento antibiótico con daptomicina y rifampicina teniendo en cuenta la posibilidad de que puede tratarse una endocarditis sobre válvula protésica biológica o infección del marcapasos.

La paciente presentó empeoramiento clínico súbito con aparición de dolor abdominal, distensión abdominal con signos de peritonismo y síntomas clínicos sugestivos de mala perfusión periférica. Asimismo, presentó también insuficiencia respiratoria con taquipnea y trabajo respiratorio. Este cuadro de abdomen agudo, acompañado de signos de gravedad, se vio que era secundario a embolia séptica mesentérica que causó

la muerte a la paciente (diagnóstico que se evidenció posteriormente en la autopsia).

### Discusión

El caso que se expone es un ejemplo más de como debutan las patologías en el anciano frágil, su presentación atípica puede retrasar el diagnóstico, postponiendo el tratamiento y de manera consecuente, empeora el pronóstico.

Inicialmente la paciente se encuentra ante un síndrome febril. Se deben descartar primero los focos de infección más frecuentes como son el urinario o el respiratorio. Una vez descartados estos focos, nos encontramos ante una paciente que presenta hemocultivos positivos y además es portadora de prótesis valvulares y de dispositivos cardíacos, con lo cual se plantea la posibilidad de endocarditis.

La endocarditis constituye un verdadero reto diagnóstico, pues la clínica es muy variable dependiendo del microorganismo, de la existencia de cardiopatía, presencia de válvulas biológicas o protésicas o de dispositivos cardíacos (marcapasos). La infección puede ser aguda de progresión rápida, o bien presentarse como una enfermedad subaguda o crónica con febrícula y síntomas no específicos<sup>(2)</sup>.

Hasta un 90% de los casos presentan fiebre y un 85% pueden tener soplos cardíacos de nueva aparición. A menudo se acompaña de síntomas sistémicos como escalofríos, hiporexia, pérdida de peso. Las complicaciones embólicas pueden llegar a producirse hasta en un 25% de pacientes. El diagnóstico se basa en los criterios de Duke, que tienen en cuenta la clínica a través de manifestaciones cardíacas y extracardíacas y las pruebas complementarias: analíticas y de imagen (tabla 1)<sup>(2,4)</sup>.

La ecocardiografía es la prueba principal de imagen. Hay tres hallazgos ecocardiográficos considerados principales criterios diagnósticos de endocarditis infecciosa, estos son la presencia de vegetaciones, abscesos o pseudoaneurismas y la nueva dehiscencia de una prótesis valvular.

## NOTA CLÍNICA

### Endocarditis sobre válvula biológica con embolismo mesentérico

Eva Martínez-Suárez, Nicolás Morón Carande, Jose Antonio Martos Gutiérrez, Ramón Cristofol Allue

En el caso de nuestra paciente se trataba de una endocarditis sobre prótesis valvular biológica tardía (mas de 12 meses tras la cirugía). Teniendo como es común un curso subagudo. Además al tratarse una paciente portadora de marcapasos había que plantearse también que algún elemento del marcapasos (generador o electrodos) se encontrase infectado.

El pronóstico está influido por cuatro factores principales: características del paciente, presencia o ausencia de complicaciones cardíacas y no cardíacas, microorganismo infeccioso y hallazgos ecocardiográficos. En el caso de la paciente que se presenta, ésta tuvo una complicación aguda en forma de embolismo que determino el mal pronóstico de la paciente <sup>(3)</sup>.

Es importante en el paciente anciano analizar la enfermedad actual de manera pormenorizada pues la presencia de febrícula, debilidad o somnolencia pueden ser los síntomas principales en muchas ocasiones. Por ello es necesario realizar una orientación y un abordaje a través de una exploración física, de unas pruebas complementarias y de una valoración geriátrica integral para así realizar un abordaje mas adecuado para la paciente.

### Bibliografía

García Ocaña R, Ayuno Moreno R, Arranz de la Cerda A, Colomo Rodríguez M, Robles Agudo F: Presentación atípica de la enfermedad en el anciano. Un caso de fiebre de origen desconocido. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001; 36(6): 361-364.  
Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de la endocarditis infecciosa: Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la Asociación Europea de Medicina Nuclear (EANM). Rev Esp Cardiol 2016; 69(1): 69.e1-e49 [disponible en : <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.12.001> (accedido el 5 de marzo de 2017)].  
Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Protocolos Clínicos SEIMC. Eds: Aguado JM, Almirante B, Fortún J. Endocarditis e infecciones cardiovasculares [disponible en: <https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosclinicos/seimc-procedimientoclinicov.pdf> (accedido el 5 de marzo de

2017)].

Durack DT, Lukes AS, Bright DK. New criteria for diagnosis of infective endocarditis: utilization of specific echocardiographic findings. Duke Endocarditis Service. Am J Med 1994; 96: 200-209.

### Tabla 1 : Criterios de Duke para el diagnóstico de endocarditis infecciosas <sup>(2,4)</sup>.

#### Criterios Mayores:

Hemocultivos positivos para endocarditis infecciosa (EI)  
Microorganismos típicos compatibles con EI con al menos 2 hemocultivos separados, como los siguientes: Streptococcus viridans, Streptococcus bovis, o grupo HACEK\*, o Staphylococcus aureus o enterococo adquirido en la comunidad, en ausencia de un foco primario  
Microorganismos compatibles con EI en hemocultivos persistentemente positivos definidos como:  
2 muestras de hemocultivos positivos tomados en forma separada por mas de 12 horas, o  
Todos de 3 o la mayoría de 4 hemocultivos separados (con la primera y la última muestra separados por 1 hora)  
Evidencia de compromiso endocárdico  
Ecocardiograma positivo para EI definido como:  
Masas intracardíacas oscilantes (vegetaciones) en válvulas o estructuras adyacentes, en dirección del jet de regurgitación, o en material implantado en ausencia de una explicación anatómica alternativa, o Abscesos, o  
Nueva dehiscencia parcial de válvula protésica  
Nueva regurgitación valvular (empeoramiento o cambio de un sople pre-existente insuficiente)

#### Criterios Menores:

Predisposición: cardiopatía predisponente o uso de drogas endovenosas



## NOTA CLÍNICA

### **Endocarditis sobre válvula biológica con embolismo mesentérico**

Eva Martínez-Suárez, Nicolás Morón Carande, Jose Antonio Martos Gutiérrez, Ramón Cristofol Allue

Fiebre: temperatura > 38,0° C (100,4° F)

Fenómenos vasculares: embolia arterial mayor, infartos pulmonares sépticos, aneurisma micótico, hemorragia intracraneal, hemorragia conjuntival y lesiones de Janeway

Fenómenos inmunológicos: glomerulonefritis, nódulos de Osler, manchas de Roth y factor reumatoide

Evidencia microbiológica: hemocultivos positivos pero no incluidos entre los criterios mayores anteriormente especificados, o evidencia serológica de infección activa con organismos compatibles con EI

Hallazgos ecocardiográficos compatibles con EI, pero no incluidos como se especifica en los criterios mayores (arriba mencionados).

Criterios clínicos para endocarditis infecciosa requiere:

Dos criterios mayores, o

Uno mayor y tres criterios menores, o

Cinco criterios menores

## NOTA CLÍNICA

### Endocarditis sobre válvula biológica con embolismo mesentérico

Eva Martínez-Suárez, Nicolás Morón Carande, Jose Antonio Martos Gutiérrez, Ramón Cristofol Allue

Figura 1: Radiografía de torax

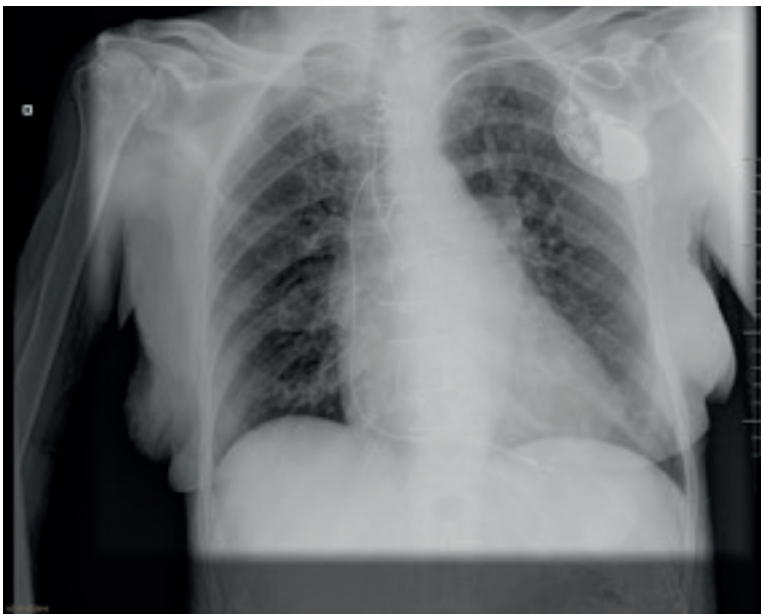
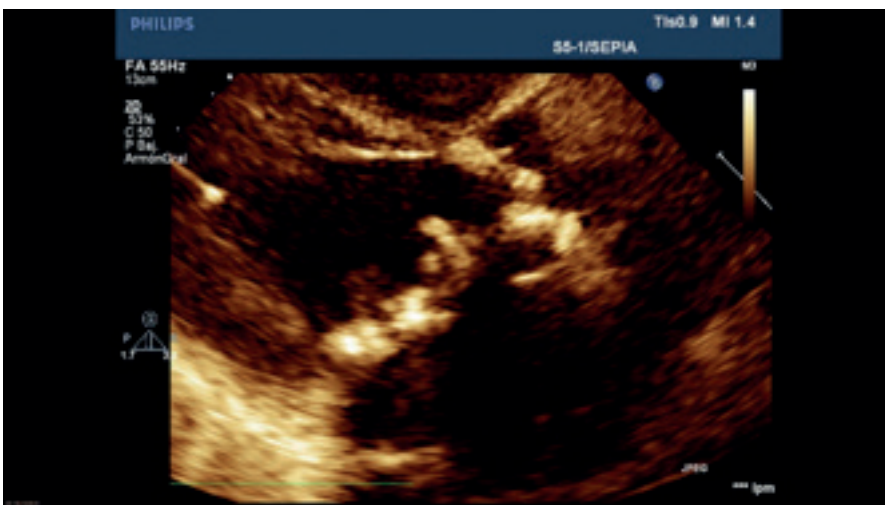


Figura 2 : Ecocardiograma transtorácico





## NOTA CLÍNICA

### **Endocarditis sobre vàlvula biològica con embolismo mesentérico**

Eva Martínez-Suárez, Nicolás Morón Carande, Jose Antonio Martos Gutiérrez, Ramón Cristofol Allue



SOCIETAT CATALANA DE  
GERIATRIA I GERONTOLOGIA

### **Seu**

Major de Can Caralleu, 1-7  
08017 BARCELONA  
[info@scgig.cat](mailto:info@scgig.cat)

[www.scgig.cat](http://www.scgig.cat)