

Caso	(707) Endocarditis infecciosa aguda. Hay que sospecharla.
Autores	Antonio Ginés Santiago, Antonio Ginés Santiago, Marta Álvarez García, María Luque Cabal, María De La O Hernández Herrero, Cristina Mostaza Sariñena, Sara Higuero Hernando
Centro	H. U. Río Hortega.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente varón de 45 años, sin antecedentes de interés que acude a urgencias por cuadro de debilidad generalizada de 10 días de evolución con aparición de fiebre en las últimas 24 horas, sin foco infeccioso conocido. En urgencias se objetiva hipotensión y taquicardia, con presencia de leucocitosis y neutrofilia en la analítica. Ante los datos de sepsis grave de origen desconocido, se solicita TC tóraco-abdominal urgente.

En la TC con contraste IV se observan en polo inferior del riñón izquierdo dos lesiones hipodensas, periféricas, de morfología triangular con base cortical en relación con infartos renales. Se observa además en polo superior del mismo riñón un área hipodensa mal delimitada, sugestiva de nefritis focal y además un defecto de repleción en la vena renal izquierda en relación con trombosis venosa a dicho nivel.

Dados los hallazgos en la TC se sugiere la posibilidad de endocarditis infecciosa aguda, que posteriormente se confirma con un ecocardiograma transesofágico (verruca en velo posterior de válvula mitral y otra más dudosa en válvula aórtica), que precisó tratamiento quirúrgico. Posteriormente el resultado del hemocultivo confirmó la infección por Staph. aureus meticilin-sensible.

DISCUSIÓN

La endocarditis infecciosa es una enfermedad rara, pero con alta morbimortalidad, que a veces requiere tratamiento quirúrgico en sus complicaciones.

Es una infección del endocardio y válvulas cardíacas, siendo éstas las estructuras más frecuentemente afectadas. La bacteriana es su etiología más frecuente, destacando Staph. aureus y Streptococcus.

Su diagnóstico es difícil, ya que puede tener una clínica muy variada. El signo más frecuente es la fiebre, debiendo sospecharse cuando se asocia, entre otros, a eventos cardioembólicos como en nuestro caso.

El diagnóstico se basa en los criterios de Duke modificados (criterios clínicos, analíticos y de imagen).

Las complicaciones extracardiacas son relativamente frecuentes, describiéndose embolias sistémicas (22-50% de los casos) con infartos pulmonares, renales, esplénicos y hepáticos. Su aparición empeora el pronóstico y son a menudo

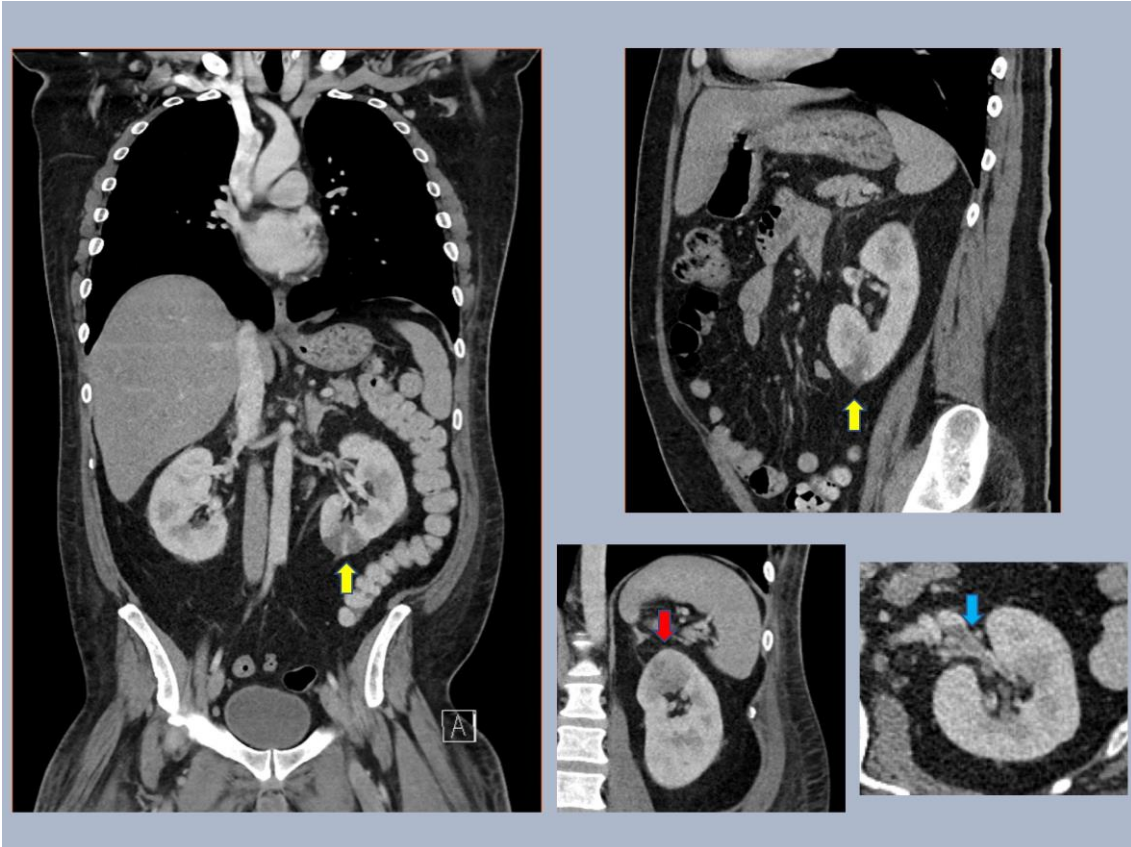
clínicamente silentes, siendo ahí donde radica la importancia de las pruebas de imagen.

En concreto, la afectación renal en la endocarditis puede deberse a 3 mecanismos: glomerulonefritis focal o difusa por depósitos de inmunocomplejos, infarto renal y absceso renal. La forma más frecuente es el infarto renal embólico.

En nuestro caso, la afectación renal izquierda, y sobre todo la presencia de imágenes compatibles con infartos, en el contexto de infección sistémica, nos hace sospechar esta patología, que posteriormente se confirmó con el resto de pruebas (ecocardiograma y hemocultivos).

CONCLUSIÓN

La endocarditis infecciosa es una entidad rara, pero con una alta morbimortalidad. Tiene una clínica variada, por lo que las pruebas de imagen tienen una especial importancia, estando incluidas en los criterios diagnósticos de Duke. En nuestro caso, la presencia de afectación renal embólica alertó sobre un posible origen cardioembólico infeccioso, que posteriormente se confirmó. Luaces Méndez M et al. Endocarditis infecciosa y embolias del eje hepatoesplenorrenal. Rev. Española de cardiología. 2004. Vol. 57. Núm. 12. 1188-1196. DOI: 10.1157/13069865 Sachdev M, Peterson GE, Jollis JG. Imaging techniques for diagnosis of infective endocarditis. Infect Dis Clin North Am. 2002 Jun;16(2):319-37, ix. doi: 10.1016/s0891-5520(02)00003-x. PMID: 12092475.



Infartos renales en polo inferior (flechas amarillas). Área de nefritis focal en polo superior (flecha roja) y trombosis en vena renal izquierda (flecha azul).

BIBLIOGRAFÍA

Luaces Méndez M et al. Endocarditis infecciosa y embolias del eje hepatoesplenorenal. Rev. Española de cardiología. 2004. Vol. 57. Núm. 12. 1188-1196. DOI: 10.1157/13069865

Sachdev M, Peterson GE, Jollis JG. Imaging techniques for diagnosis of infective endocarditis. Infect Dis Clin North Am. 2002 Jun;16(2):319-37, ix. doi: 10.1016/s0891-5520(02)00003-x. PMID: 12092475