

<b>Caso</b>	(745) Shock séptico secundario a endocarditis infecciosa trivalvular
<b>Autores</b>	Irene Díaz Mediavilla, Martín Sáenz Aguirre, José María Asensi Miranda, Uxue Martínez Urabayen, Estíbaliz Onís González, Carlota García De Andoín Sojo, Inés Alonso Sánchez
<b>Centro</b>	Hospital Universitario De Basurto

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 41 años con antecedente de consumo de drogas por vía parenteral es llevado al servicio de Urgencias tras ser encontrado inconsciente en la calle con pérdida de control de esfínteres. En Urgencias el paciente presentaba datos de shock séptico con inestabilidad hemodinámica. Se le realiza una radiografía simple de tórax en la que se visualizan múltiples imágenes pseudonodulares bilaterales de centro hipodenso, que en el contexto clínico del paciente son sugestivos de embolismos sépticos. Ante la sospecha de un posible origen cardiaco se realiza un angio-TC con sincronización cardiaca en el que se visualizan defectos de repleción de morfología nodular en las válvulas aórtica, mitral y tricúspide compatibles con verrugas de endocarditis, que posteriormente se confirmaron mediante ecocardiografía. A nivel pulmonar se observan múltiples lesiones cavitadas pulmonares bilaterales en relación con embolismos sépticos. Ante los hallazgos se amplía el estudio con un TC abdomino-pélvico y cerebral para la valoración de posibles complicaciones sistémicas, identificando múltiples infartos isquémicos en hemisferio cerebeloso izquierdo, bazo y riñón izquierdo probablemente secundarios a embolismos sépticos sistémicos. También llamaba la atención la presencia de realces meníngeos bilaterales a nivel intracraneal, que en el contexto son sugestivos de signos de meningoencefalitis como otra posible complicación de la endocarditis.

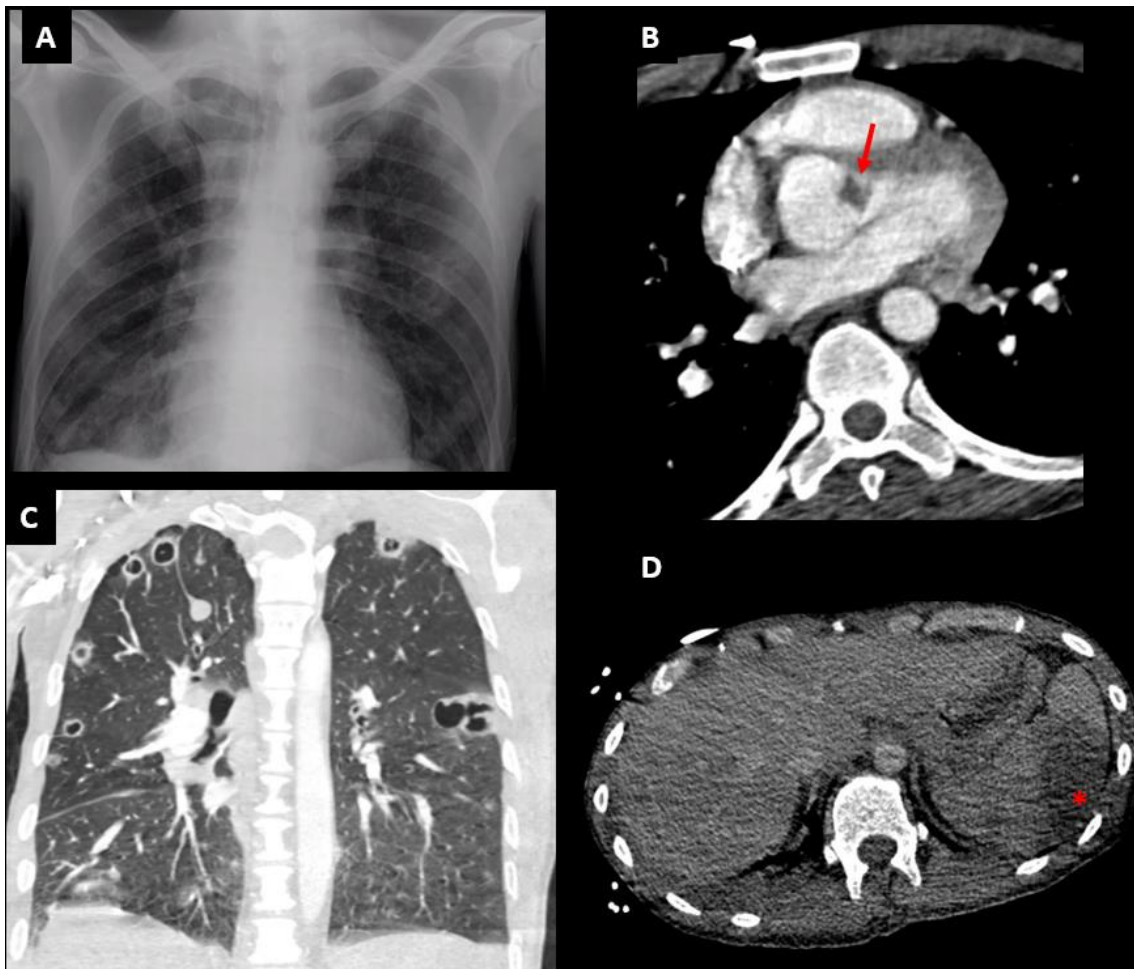
## DISCUSIÓN

En la actualidad la endocarditis infecciosa afecta fundamentalmente a pacientes de edad avanzada con válvulas degeneradas o protésicas, siendo menos frecuente la afectación de jóvenes con enfermedad valvular reumática. La válvula más frecuentemente afectada es la aórtica, seguida de la mitral. Otro factor de riesgo es el consumo de drogas por vía parenteral, en cuyo caso es característica la afectación de la válvula tricúspide. El diagnóstico de la endocarditis infecciosa es complejo, ya que puede presentar una clínica muy variada. Para ello se emplean los criterios modificados de Duke, basados en resultados clínicos, microbiológicos y ecocardiográficos. La ecocardiografía es la técnica de imagen de elección tanto en el diagnóstico como en el seguimiento por su bajo coste y extensa disponibilidad. El angio-TC con sincronización cardiaca es la mejor técnica para la planificación quirúrgica en estos pacientes, ya que permite valorar mejor las complicaciones intracardiacas (pseudoaneurismas, abscesos, fístulas, dehiscencias de las prótesis...) y las arterias coronarias de cara a tratamiento quirúrgico. Con el TC también podemos valorar la presencia de complicaciones extracardiacas, como son

las embolias sistémicas por embolismos sépticos, produciéndose más frecuentemente a nivel del SNC, seguidas por el eje hepato-espleno-portal. Las embolias pulmonares se producen en la mayoría de los casos en los que se encuentra afectada la válvula tricúspide. Otras complicaciones menos frecuentes son la formación de aneurismas micóticos o la meningoencefalitis.

## CONCLUSIÓN

La ecocardiografía es la técnica de imagen de elección en el diagnóstico y seguimiento de la endocarditis infecciosa. El angio-TC con sincronización cardíaca tiene una mayor sensibilidad y especificidad en el estudio del tejido perivalvular, permitiendo una mejor valoración de las complicaciones intracardiacas y siendo de elección en la planificación del tratamiento quirúrgico en los casos indicados. También es importante valorar la presencia de complicaciones extracardiacas, principalmente secundarias a la presencia de embolismos sépticos en la circulación sistémica y pulmonar.



*(A) Radiografía simple de tórax en proyección AP : múltiples lesiones bilaterales de morfología pseudonodular y centro hipodenso en ambos campos pulmonares. (B y D) Cortes axiales de angio-TC con sincronización cardíaca: defecto de repleción de morfología pseudonodular en válvula aórtica compatible con verruga (B) e imagen hipodensa triangular de base periférica en bazo en relación con infarto esplénico (D). (C) Reconstrucción coronal con ventana de pulmón: múltiples lesiones cavitadas en ambos pulmones compatibles con embolismos sépticos bilaterales*

## **BIBLIOGRAFÍA**

Saeedan, M. B., Wang, T. K. M., Cremer, P. Role of Cardiac CT in Infective Endocarditis: Current Evidence, Opportunities, and Challenges. *Radiology: Cardiothoracic Imaging* 3.1. 2021. e200378. <https://doi.org/10.1148/ryct.2021200378>

A. Gandiaga Mandiola, I. Arrieta Artieda, M. Lázaro Serrano, J. M. Peña Sarnago, R. Ituarte Uriarte, M. Carreras Aja. La cardioTC en la endocarditis infecciosa. *SERAM*. 2014. S-0308. <https://dx.doi.org/10.1594/seram2014/S-0308>