



Revista argentina de cardiología

ISSN: 1850-3748

Sociedad Argentina de Cardiología

ALESSANDRINI, ROMINA; CALFUNAO, DANIEL; CASTRO, CÉSAR; ESPINOSA, MARCELO; BARBOSA, FERNANDO; SCHINCHIRIMINI, MARÍA MARTHA
Endocarditis por gonococo: Complicación infrecuente de una patología emergente
Revista argentina de cardiología, vol. 87, núm. 4, 2019, Julio-Agosto, pp. 325-327
Sociedad Argentina de Cardiología

DOI: <https://doi.org/10.7775/rac.es.v87.i4.14513>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305363202017>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEH
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

tomía ampliada más anastomosis término-terminal sin complicaciones.

Luego de la coartectomía, se logra la extubación a las 48 h con adecuada tolerancia. Al constatarse que el paciente está hemodinámicamente estable, se inicia alimentación enteral, con buena ganancia ponderal y evolución favorable es dado de alta a los 43 días de hospitalización con O₂ domiciliario, ASA y enalapril. A los 3 meses de vida, el ecocardiograma de control reportó una aorta normal competente, no se observaba estenosis en la región yuxtaductal; el ventrículo izquierdo y la presión eran pulmonar normales.

En resumen, se trata de un caso donde se diagnóstica la CoAo luego de un cierre quirúrgico de DAP, la cual no pudo ser visualizada en los primeros controles debido al gran tamaño del *ductus*, lo que ocasionó una abrupta descompensación del neonato, que presentó varios criterios de intervención urgente según la American Heart Association y el American College of Cardiology, los cuales fueron una CoAo crítica, gradiente de coartación mayor de 20 mmHg y evidencia radiológica de circulación colateral significativa. (3) La coartectomía con anastomosis término-terminal tiene resultados excelentes y la incidencia de reintervenciones tardías es baja, sin embargo, se debe considerar la recoartación como potencial complicación a largo plazo. (4) El manejo adecuado de la hipertensión sistémica es un aspecto importante para mejorar la supervivencia. (5) En el caso de nuestro paciente, el IECA fue retirado luego de los 3 meses de vida, con controles de tensión arterial dentro los percentiles para la edad. La supervivencia estimada a 10 años después de la reparación es mayor del 90% y la mortalidad, menor del 1%, la cual está influenciada por la edad, el tipo de cirugía y las comorbilidades asociadas. (6) Recomendamos que se realice un examen físico minucioso en conjunto con la ecocardiografía fetal, ya que este permitirá la detección precoz y el manejo correctivo oportuno de la CoAo, con lo que se reducen las complicaciones cardiovasculares en la infancia y la etapa adulta.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web / Material suplementario).

BIBLIOGRAFÍA

1. Park MK. Cardiología pediátrica. 5a ed. Elsevier España; 2008. pp. 204-5.
2. Agarwala BN, Bacha E. Clinical manifestations and diagnosis of coarctation of the aorta. [Citado: 25 de febrero del 2019]. Disponible en: www.uptodate.com
3. Stout KK, Daniels CJ, Aboulhosn JA, Bozkurt B, Broberg CS, Colman JM, et al. 2018 AHA/ACC guideline for the management of adults with congenital heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2019;73:e81-e192. <http://doi.org/c7kh>
4. Padalino MA, Bagatin C, Bordin G, Tua L, Francescato A, Pradegan N, et al. Surgical repair of aortic coarctation in pediatric age: A single

center two decades experience. *J Card Surg*. 2019;34:256-65. <http://doi.org/c7kj>

5. Caderon-Colmenero J, Attie F. Coartación aórtica. Aspectos importantes en la evolución tardía después de la corrección. *Rev Esp Cardiol* 2008;61:1117-9. <http://doi.org/b3rbz6>

6. Brown ML, Burkhart HM, Connolly HM, Dearani JA, Cetta F, Li Z, et al. Coarctation of the aorta: lifelong surveillance is mandatory following surgical repair. *J Am Coll Cardiol* 2013;62:1020-5. <http://doi.org/f2fnw4>

Willie J. Blacio Vidal, Diana M. Molina Araujo

Departamento de Neonatología. Hospital Humanitario
Especializado Pablo Jaramillo Crespo.

Cuenca Ecuador.

Willie Blacio Vidal

Mail: wilblavi@hotmail.com

Celular: +593993879036

REV ARGENT CARDIOL 2019;87:324-325 <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v87.i4.15270>

Endocarditis por gonococo: Complicación infrecuente de una patología emergente

La gonorrea es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por *Neisseria gonorrhoeae*, diplococo gram negativo de crecimiento fastidioso. Se manifiesta con cuadro de uretritis o cervicitis y su incidencia es de 600 000 casos anuales en EE. UU. (1) La infección diseminada se produce en el 1% al 3% de todas las infecciones gonocócicas y se pueden presentar como: poliartritis, tenosinovitis, artritis séptica y endocarditis. Esta última se manifiesta en el 1%-2% de los pacientes con enfermedad diseminada. En 1933, se reportó el primer caso de afección valvular cardíaca por gonococo y entre 1939 y 2014 se documentaron 70 casos en la bibliografía mundial. (2)

Tratamos el caso de un paciente varón, de 32 años, huésped inmunocompetente, heterosexual, con conductas sexuales de riesgo, sin valvulopatía previa ni otros antecedentes de relevancia. Presentó un episodio autolimitado de secreción uretral al que agregó, luego de tres semanas, un cuadro de poliartralgias, asimétricas, aditivas, de grandes y pequeñas articulaciones con compromiso de las manos. Se interpretó como tenosinovitis aguda inespecífica, por lo que recibió corticoides y AINE. Al cabo de dos semanas aproximadamente evolucionó con síndrome febril persistente, lesiones subungueales en astilla y petequias subconjuntivales asociadas a sople sistólico en un foco mitral de intensidad 3/6. No presentó edemas ni otros signos de insuficiencia cardíaca. Ante la sospecha de endocarditis infecciosa, se inició un tratamiento empírico con ampicilina, gentamicina y ceftriaxona (CTX), luego de la toma de tres hemocultivos (HC) por método automatizado.

Los resultados de laboratorio son los siguientes: GB 16220/mm³; VSG 130 mm/1° h; PCR 15 mg/dL; sedimento urinario: microhematuria.

Ecocardiograma transtorácico (ETT): Tumoración heterogénea en la cara auricular de la valva mayor de la válvula mitral con una base amplia de implantación sobre la valva y gran motilidad tanto hacia la aurícula como al ventrículo en telediástole. Los diámetros son de 27 mm x 17 mm. Genera insuficiencia mitral de grado moderado, teniendo en cuenta la velocidad anterógrada y el *jet* que contacta con la pared posterior auricular por Doppler color. La función sistólica se mantiene conservada.

Ecocardiograma transesofágico (ETE): Válvula aórtica tricúspide. En la valva anterior de la válvula mitral, se visualiza una imagen adherida con una base amplia de implantación y ecogenicidad heterogénea de 2,67 cm x 1,47 cm de diámetro máximo, que prolapsa hacia el ventrículo izquierdo en telediástole. En la valva posterior se observa otra imagen de menor tamaño de 0,56 cm x 0,77 cm. Ambos hallazgos compatibles con vegetaciones. Por evaluación Doppler, presenta dos *jets* de regurgitación mitral (Figura 1).

Se tomaron tres muestras para hemocultivo en botellas BactecAerobic/F. A las 17 h se positizaron 3/3. En la tinción de Gram se observaron diplococos negativos. Se identificó en cultivo *Neisseria gonorrhoeae* por métodos manuales, confirmado por biología molecular (PCR convencional). Continuó tratamiento endovenoso con CTX a una dosis de 2 g/día (EV). No presentó signos de insuficiencia cardíaca, pero en relación al tamaño de la vegetación, fue sometido a recambio valvular con colocación de válvula protésica mecánica. No se obtuvo desarrollo bacteriano ni en HC de control ni en cultivo de material quirúrgico remitido (vegetación), sin embargo se confirmó el germen por técnica de PCR en tejido valvular y se descartó la coexistencia de *Chlamidia trachomatis*. Cumplió seis semanas de tratamiento antibiótico con buena evolución clínica y no presentó complicaciones mecánicas posquirúrgicas. Inició anticoagulación oral en relación con el reemplazo valvular mecánico.

Según lo publicado hasta el momento solo el 1%-3% de todas las infecciones por gonococo pueden desarrollar enfermedad diseminada, con escasa sintomatología

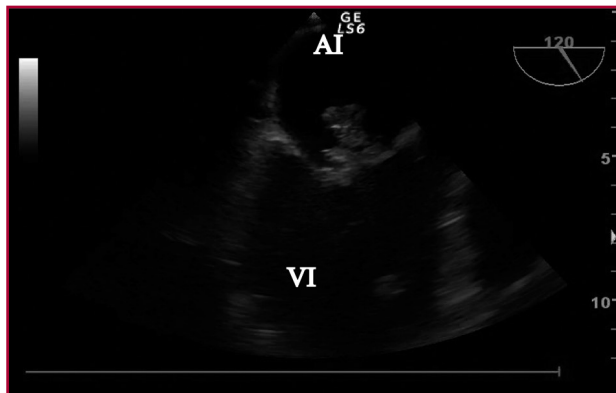


Fig. 1. Imagen de ETE con evidencia de vegetación. AI: Aurícula izquierda. VI: Ventrículo izquierdo.

genital y mayor frecuencia en mujeres. (2) A diferencia de ello la endocarditis es más frecuente en varones. Está descrita la coexistencia de *Chlamydia trachomatis* en las formas diseminadas de la enfermedad. Las principales características de presentación de esta entidad según la bibliografía son una mediana de tiempo desde la aparición de los síntomas hasta el diagnóstico de 4 semanas; afectación en adultos jóvenes varones, compromiso de las válvulas cardíacas nativas y sanas, principalmente válvula aórtica y mitral en orden de frecuencia; y se manifiesta con insuficiencia cardíaca de evolución aguda. Su aparición puede estar precedida por manifestaciones osteoarticulares (artritis, miositis). En nuestro caso, el paciente presentó manifestaciones osteoarticulares que coinciden con lo reportado en la bibliografía y, a diferencia de esto, también tuvo síntomas de uretritis unas semanas previas al inicio del cuadro. Las manifestaciones clínicas de endocarditis infecciosas (EI) no difieren de las causadas por gérmenes habituales e incluyen: fiebre, soplo cardíaco, taquicardia, fenómenos embólicos y esplenomegalia. En pruebas de laboratorio, se puede identificar: anemia, leucocitosis e incremento en el nivel de reactantes en fase aguda. El ecocardiograma (ETT y ETE) demuestra la presencia de vegetaciones de gran tamaño, asociadas a engrosamiento y disfunción valvular. Los hemocultivos son positivos en más del 90% de los casos, a diferencia de otras formas diseminadas de infección por gonococo en las que varía entre un 10% y un 30%. El desarrollo de formas diseminadas se manifiesta en huéspedes susceptibles, que incluyen: déficits de complemento, lupus eritematoso sistémico (LES), infección por VIH, entre otras. Hay características de las cepas que se asocian con formas diseminadas: ausencia de proteína de superficie II, lo cual confiere resistencia a la destrucción por células *natural killer*; expresión de proteína IA, que confiere resistencia sérica y mayor facilidad para atravesar membranas. Nuestro paciente fue medicado con glucocorticoides y consideramos que ello podría haber contribuido al desarrollo de esta complicación. Entre los diagnósticos diferenciales, se debe considerar la endocarditis infecciosa por otras etiologías más frecuentes y enfermedades reumatológicas autoinmunitarias como LES y artritis reumatoidea (AR) entre otras.

En la era preantibiótica, la endocarditis por gonococo causaba del 11% al 26% del total de EI y se asociaba con elevada mortalidad. (3) Aún con el advenimiento de los antibióticos, la tasa de mortalidad continúa siendo elevada, cercana al 20%. Actualmente, es una complicación muy infrecuente, pero debe ser considerada a la luz de la emergencia de las ITS. (4) Debemos tener presente la endocarditis por gonococo como posibilidad diagnóstica en pacientes adultos jóvenes que se presenten con manifestaciones osteoarticulares y estigmas sugestivos de EI. Se presenta habitualmente con escasos síntomas genitourinarios y mayor repercusión osteoarticular. (5) Es fundamental un alto índice de sospecha debido al pronóstico fatal sin tratamiento adecuado. Además,

se debe tener en cuenta la coexistencia de *Chlamydia trachomatis*. En cuanto al tratamiento antibiótico la CTX continúa siendo el antibiótico de elección de acuerdo a los perfiles de sensibilidad en nuestro país.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web / Material suplementario).

BIBLIOGRAFÍA

1. de Campos FP, Kawabata VS, Bittencourt MS1, Lovisolo SM, Felipe-Silva A, de Lemos AP. Gonococcal endocarditis: an ever-present threat. Autopsy case report 2016;6:19-25. <http://doi.org/c7kk>
2. Ramos A, García-Pavía P, Orden B, Cobo M, Sánchez-Castilla M, Sánchez-Romero I et al. Gonococcal endocarditis: a case report and review of the literature. Infection 2014;42:425-8. <http://doi.org/f52jm8>
3. Nie S1, Wu Y, Huang L, Pincus D, Tang YW, Lu X. Gonococcal endocarditis: a case report and literature review. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2014;33:23-7. <http://doi.org/f5pbss>
4. Ito H, Miyazaki S, Ozeki T, Matsuo M, Branch J, Fujita Y, et al.

Gonococcal endocarditis in a 47-year-old Japanese man. Intern Med 2014;53:505-9. <http://doi.org/c7km>

5. Akkinapally S, Douglass E, Moreno A. Tricuspid valve gonococcal endocarditis: Fourth case report. Int J Infect Dis 2010;14(Suppl.3):e196-e7. <http://doi.org/btz8sx>

6. Avellana P, García Aurelio M, Swieszkowski S, Nacinovich F, Kazelian L, Spennato M y cols. Endocarditis infecciosa en la República Argentina. Resultados del estudio EIRA. Rev Argent Cardiol 2018;86:20-8. <http://doi.org/c7kn>

**Romina Alessandrini, Daniel Calfunao,
César Castro, Marcelo Espinosa,
Fernando Barbosa,
María Martha Schinchirimini**
Hospital Provincial Neuquén, Neuquén
Hospital Gregorio Álvarez,
Chos Malal, Argentina -
e-mail: romialessandrini@gmail.com

REV ARGENT CARDIOL 2019;87:325-327. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v87.i4.14513>
