



Revista argentina de cardiología

ISSN: 0034-7000

ISSN: 1850-3748

Sociedad Argentina de Cardiología

ÁLVAREZ, DANIELA; SANTOS, MARIELA DE; GRANILLO, MARCOS;
PASQUEVICH, VIVIANA; TRONCOSO, JORGE; REYES, GRACIELA
Pseudoaneurisma de válvula mitral secundario a endocarditis infecciosa por Escherichia Coli BLEE
Revista argentina de cardiología, vol. 90, núm. 1, 2022, Enero-Febrero, pp. 70-71
Sociedad Argentina de Cardiología

DOI: <https://doi.org/10.7775/rac.es.v90.i1.20486>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305370859013>

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

Pseudoaneurisma de válvula mitral secundario a endocarditis infecciosa por Escherichia Coli BLEE

La endocarditis por bacterias Gram negativas que no pertenecen al grupo HACEK es poco común. La Escherichia Coli (E. coli) es un agente etiológico muy poco frecuente, encontrándose solo 50 casos reportados, y de éstos unos pocos corresponden a E. Coli productoras de Beta lactamasa del espectro extendido (BLEE). (1) El tracto urinario es el principal origen de compromiso infeccioso, favorecido por factores de riesgo como la diabetes mellitus, la cardiopatía estructural, material protésico, inmunosupresión, uso de drogas intravenosas y edad avanzada. La E. Coli en el caso de las válvulas nativas, presenta afinidad por las del lado izquierdo del corazón, en especial por la válvula mitral. (2-3) El pseudoaneurisma es una complicación de la endocarditis infecciosa (EI) más frecuente en la válvula aórtica, particularmente en prótesis valvulares. (4) Los microorganismos causales de endocarditis habitualmente son estreptococos, enterococos y estafilococos, estos últimos fácilmente identificables en los hemocultivos y los agentes causales más comunes tanto en válvulas nativas como protésicas. (5,6)

Presentamos el caso de una paciente con EI de válvula mitral por E. Coli BLEE complicada con pseudoaneurisma de la valva posterior mitral y múltiples embolias sépticas. Se trata de una paciente de sexo femenino, de 64 años de edad, tabaquista, hipertensa, diabética, con antecedentes de arteriopatía periférica, que consultó a un centro de salud por fiebre persistente de 15 días de evolución asociada a un episodio de inestabilidad postural en su domicilio. En dicho centro fueron realizados hemocultivos cuyo resultado fue positivo para E. Coli BLEE, por lo que se inició tratamiento antibiótico con meropenem.

Su evolución fue desfavorable, presentó disnea progresiva y edema agudo de pulmón. En el ecocardiograma Doppler color transtorácico (ETT) se evidenció una imagen móvil en la valva anterior mitral, por lo que se interpretó el cuadro como EI. Se rotó el esquema antibiótico a imipenem y gentamicina, y en la evolución presentó foco neurológico facio-braquio-crural derecho. La resonancia magnética de encéfalo evidenció imágenes focales múltiples en el hemisferio cerebeloso derecho y la sustancia blanca subcortical bihemisférica, compatibles con focos embólicos (Figura 1 A). En la evolución presentó episodios febriles diarios sin nuevo rescate bacteriológico y falla renal aguda no oligúrica, sin requerimiento de diálisis. Fue derivada a nuestro centro para resolución quirúrgica de su EI complicada resistente al tratamiento médico. Ingresó afebril, sin signos de insuficiencia cardíaca, vigil, orientada en espacio y persona, desorientada en tiempo.

En el ETT se observaron imágenes móviles en ambas valvas de la válvula mitral, de 20 mm de longitud aproximadamente. En el eco transesofágico se eviden-

ció una imagen cavitada en la valva posterior mitral de 2,53 cm x 1,92 cm de diámetro, con flujo en su interior compatible con pseudoaneurisma valvular e insuficiencia mitral moderada que se interpretó como secundaria a alteración de la estructura valvular. (Figura 2)

En la ecografía de abdomen se observaron en el bazo y ambos riñones imágenes ecogénicas milimétricas compatibles con embolias. El fondo de ojo reveló uveítis con gran compromiso vítreo bilateral de origen sistémico.

Se realizó nueva resonancia magnética de encéfalo donde se observaron imágenes hiperintensas en T1 en putámen y globo pálido derechos y el lóbulo temporal bilateral compatibles con sangrado subagudo. (Figura 1 B)

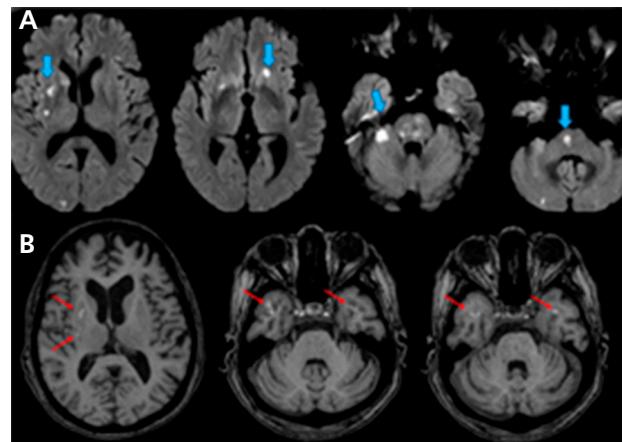


Fig. 1. Resonancia magnética de encéfalo. **A.** múltiples cambios de señal en protuberancia, hemisferio cerebeloso derecho y sustancia blanca subcortical bihemisférica; **B.** imágenes hiperintensas en T1 en putámen, globo pálido derecho y lóbulo temporal bilateral compatibles con sangrado subagudo.

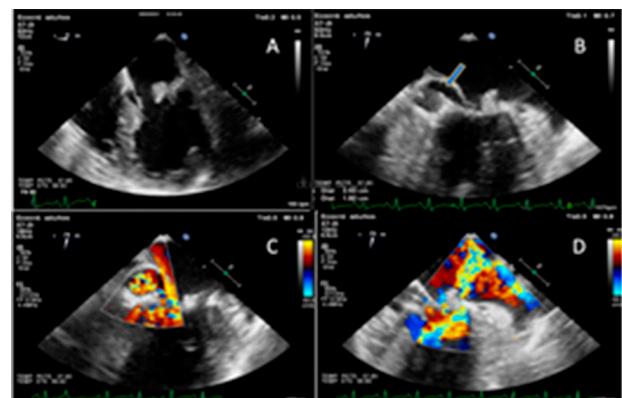


Fig. 2. Ecocardiograma transtorácico. **A.** engrosamiento valvular e imágenes móviles en ambas valvas; **B.** pseudoaneurisma de la valva posterior mitral, diámetros 2,53 cm x 1,92 cm (flecha azul); **C.** flujo turbulento anómalo en el interior del pseudoaneurisma; **D.** insuficiencia mitral moderada.

Ante el cuadro de EI de la válvula mitral nativa con rescate de *E. coli*, complicada con pseudoaneurisma de la valva posterior, insuficiencia mitral moderada e impactos sépticos en el sistema nervioso central, SNC, bazo, riñón y ojos se decidió tratamiento quirúrgico.

En la cirugía se confirmaron los hallazgos ecocardiográficos, con la visualización de vegetaciones de 3 cm de longitud en las valvas anterior y posterior de la mitral, una cavidad infectada de 3 cm de diámetro en el segmento P2 con contenido fibropurulento, y extensión a la pared ventricular.

Se realizó relleno de la cavidad con pericardio autólogo y recambio valvular mitral.

La paciente evolucionó de manera tórpida con shock refractario a altas dosis de vasopresores e insuficiencia renal con requerimiento de diálisis, y falleció al quinto día del postoperatorio.

La anatomía patológica mostró una válvula engrosada, con áreas friables, tejido valvular con presencia de vegetaciones formadas por elementos inflamatorios fibrohistiocitarios, tejido de granulación, depósitos cálicos y material fibrinopioleucocitario.

La EI continúa siendo una enfermedad grave con alta morbilidad, más aún cuando se asocia a complicaciones como pseudoaneurisma, abscesos, o embolias sépticas, por lo que es necesario realizar un diagnóstico temprano mediante ecocardiografía, criterios clínicos y microbiológicos para tomar decisiones médico-quirúrgicas que prevengan su propagación.

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).

Consideraciones éticas

No aplican

Daniela Álvarez^{1,2}, Mariela de Santos², Marcos Granillo², Viviana Pasquevich², Jorge Troncoso³, Graciela Reyes^{2,4}

¹Fellowship de ecocardiografía Hospital El Cruce Florencio Varela

²Ecocardiografía Hospital El Cruce Florencio Varela

³Cirugía Cardiovascular Hospital El Cruce Florencio Varela

BIBLIOGRAFÍA

1. Morpeth S, Murdoch D, Cabell CH, Karchmer AW, Pappas P, Levine D, et al. Non-HACEK gram-negative bacillus endocarditis. Ann Intern Med 2007;147:829-35. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-12-200712180-00002>
2. Chen C, Lin Z, Yu W, Wu W. Escherichia coli endocarditis of native aortic valve and mitral valve. J Formos Med Assoc 2015;114:893-4. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2015.05.012>
3. Micol R, Lortholary O, Jaureguy F, Bonacorsi S, Bingen E, Lefort A, et al. Escherichia coli native valve endocarditis. Clin Microbiol Infect 2006;12:401-3. <https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2006.01375.x>
4. Sudharkar S, Sewani A, Agrawal M, Uretsky BF. Pseudoaneurysm of the mitral-aortic intervalvular fibrosa (MAIVF): a comprehensive review. J Am Soc Echocardiogr 2010;2310:1009-18. <https://doi.org/10.1016/j.echo.2010.07.015>
5. Baddour L, Wilson W, Bayer A. Infective Endocarditis in Adults: diagnosis, antimicrobial therapy, and management of complications. Circulation 2015;132:1435-86. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000296>
6. Sociedad Argentina de Cardiología. Área de Consensos y Normas. Consenso de endocarditis infecciosa. Rev Argent Cardiol 2016;84(Supl. 5):1-49.

REV ARGENT CARDIOL 2022;90:70-71.
<http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v90.i1.20486>

Desafíos terapéuticos del bloqueo AV congénito marcapaseado por largo plazo

Los pacientes con bloqueo aurículo ventricular (AV) congénito que han estado dependientes de un marcapasos definitivo que estimula las cavidades derechas pueden desarrollar disynchronia ventricular y eventual insuficiencia cardíaca. Estos pacientes constituyen un complejo desafío terapéutico al momento de la toma de decisiones, ya sea por complicaciones inherentes al sistema o por circunstancias variadas ajenas a ellos.

Presentamos una mujer de 44 años con diagnóstico de bloqueo AV completo congénito, que a los 18 años presentó un síntoma y se le implantó un marcapasos bicameral con estimulación en aurícula derecha (AD) y ápex del ventrículo derecho (VD). El generador fue reemplazado en cuatro ocasiones. Durante el seguimiento, inicialmente un ecocardiograma mostró un leve deterioro de la función sistólica ventricular izquierda (FSVI) que en el año 2012 progresó a deterioro moderado. Se inició tratamiento con bisoprolol y ramipril con cifras de presión arterial (PA) habituales entre 80/50 y 90/60 mmHg. Los ECG mostraban actividad de marcapasos con estimulación unipolar auricular y ventricular con QRS de 180 ms, capturando con imagen de bloqueo de rama izquierda. Una tomografía axial computada (TAC) cardíaca (11/02/2017) evidenció una fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) de 57%, y ausencia de lesiones coronarias significativas. El 9/03/2018 presentó episodio aislado de disnea y una nueva TAC mostró grave deterioro de la FSVI, FEVI de 29% e hipotinesia de los segmentos mediales y apicales. Se reportó, además, dilatación biauricular y diámetros ventriculares conservados. Las arterias coronaria derecha y circunfleja presentaban placas fibrolipídicas no significativas en tercio proximal. Durante los meses siguientes, la paciente permaneció asintomática. Los ECG y Holter no mostraron evidencia de disfunción del marcapasos o ectopia ventricular, pero sí extrasistolia supraventricular aislada muy frecuente (5,42%). Se consideró que la paciente estaba en insuficiencia