



Revista argentina de cardiología

ISSN: 0034-7000

ISSN: 1850-3748

Sociedad Argentina de Cardiología

Tituana, Mauricio; Tituana, Diana; Ayala, Ramiro;
Quiroga, Gabriel; Trevisán, Andrea; Mantilla, Luis
Endocarditis infecciosa de válvula tricúspide nativa
Revista argentina de cardiología, vol. 91, núm. 1, 2023, Enero-Febrero, pp. 94-96
Sociedad Argentina de Cardiología

DOI: <https://doi.org/10.7775/rac.es.v91.i1.20604>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305376125015>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

LUZEM 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

mediastínicas, ya que algunas de estas tienen un tratamiento curativo, y la utilidad del diagnóstico multimodal de imagen para poder realizar una adecuada caracterización de algunas lesiones

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses (Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web/Material suplementario).

**Uxue Idiazabal Rodríguez^{1,✉}, Adrián Costa Santos¹,
Lara Ruiz Gómez^{2,✉}, Alain Laskibar Asua^{1,✉},
Iván Cano González^{1,✉}, Ana Ruiz Rodríguez^{1,✉}**

¹Hospital Universitario Basurto: Servicio de Cardiología, planta de hospitalización. Osakidetza. Bilbao, España.

²Hospital Universitario Basurto: Servicio de Cardiología, sección de Imagen Cardíaca. Osakidetza. Bilbao, España.

Dirección para separatas: Uxue Idiazabal Rodríguez. Correo electrónico: uxue_278@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Prosch H, Röhrich S, Tekin ZN, Ebner L. The role of radiological imaging for masses in the prevascular mediastinum in clinical practice. *J Thorac Dis* 2020;12:7591-7. <https://doi.org/10.21037/jtd-20-964>
2. Nakazono T, Yamaguchi K, Egashira R, Mizuguchi M, Irie H. Anterior mediastinal lesions: CT and MRI features and differential diagnosis. *Jpn J Radiol* 2021;39:101-17. <https://doi.org/10.1007/s11604-020-01031-2>
3. Pfau D, Smith DA, Beck R, Gilani KA, Gupta A, Caimi P. Primary Mediastinal Large B-Cell Lymphoma: A Review for Radiologists. *AJR Am J Roentgenol* 2019;213:W194-W210. <https://doi.org/10.2214/AJR.19.21225>
4. Lees C, Keane C, Gandhi MK, Gunawardana J. Biology and therapy of primary mediastinal B-cell lymphoma: current status and future directions. *Br J Haematol* 2019;185:25-41. <https://doi.org/10.1111/bjh.15778>
5. Martelli M, Ferreri A, Di Rocco A, Ansuinelli M, Johnson PW. Primary mediastinal large B-cell lymphoma. *Crit Rev Oncol Hematol* 2017;113:318-27. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2017.01.009>

Rev Argent Cardiol 2023;91:92-94.

<http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v91.i1.20603>

Endocarditis infecciosa de válvula tricúspide nativa

Al Director:

La endocarditis infecciosa derecha es poco habitual, pero con capacidad de ser mortal. Representa 5-10% de todos los casos. Está asociada la mayoría de las veces al uso de drogas intravenosas, se presenta con menor frecuencia en pacientes con acceso venoso, dispositivos intravasculares o cardiopatías congénitas de base, y excepcionalmente en pacientes no adictos ni con malformaciones cardíacas. (1)

Presentamos el caso de un paciente masculino de 58 años con hipertensión arterial y dislipidemia, y el antecedente de cirugía de reemplazo de la válvula aórtica con prótesis mecánica por estenosis aórtica en 2019.

Es ingresado a sala general por síndrome febril en estudio. Al examen físico cardiovascular no se detecta alteración en los ruidos cardíacos, ni signos de insuficiencia cardíaca congestiva. En el ECG: taquicardia sinusal y bloqueo aurículo ventricular de primer grado (PR 220 mseg).

En la analítica de ingreso se destacan: leucocitos 31 840/mm³ (neutrófilos 96%, linfocitos 1,7%), proteína C reactiva 58,9 mg/L (rango normal 0-5), procalcitonina 4,55 ng/mL (rango normal 0-0,1), bilirrubina total 1,33 mg/dL, indirecta 0,83 mg/dL, y directa 0,50 mg/dL.

Durante la internación se detecta en hemocultivos *Staphylococcus Aureus* metilicilino sensible. Por sospecha de endocarditis infecciosa se realiza ecocardiograma transesofágico, en donde no se detectan vegetaciones y la válvula mecánica es normofuncionante. Al cuarto día de antibióticos se toman nuevos hemocultivos, sin desarrollo de crecimiento bacteriano, y al décimo día se realiza nuevamente ecocardiograma transesofágico, sin observarse vegetaciones en válvulas cardíacas, razón por la cual se descarta endocarditis infecciosa. El paciente cumple 14 días de antibióticos endovenosos y posteriormente recibe el alta.

A la semana reingresa por fiebre y decaimiento general; se constata mayor prolongación del intervalo PR en el ECG, de 270 mseg (Figura 1A). En la analítica: leucocitos 11 870/mm³ (neutrófilos 87%, linfocitos 4,7%), proteína C reactiva 25,6 mg/L, procalcitonina 0,19 ng/mL, eritrosedimentación 32 mm/h. Se toman nuevos hemocultivos, donde se aísla *Staphylococcus Aureus* metilicilino sensible. Se realiza ecocardiografía transtorácica, que revela imagen con movilidad independiente a nivel de la válvula tricúspide, de 0,6 cm x 0,6 cm. Se corrobora en el ecocardiograma transesofágico (ETE) una vegetación de 0,9 cm por 0,6 cm a nivel de la valva septal, insuficiencia tricuspídea leve y válvula protésica normofuncionante (Figura 2).

Se decide tratamiento conservador con cefazolina endovenosa por 6 semanas. El bloqueo AV de primer grado mejora a la quinta semana de antibiótico (Figura 1B). Se efectúa ecocardiograma transtorácico de control a la segunda y sexta semana de tratamiento, que no evidencia vegetación en la válvula tricúspide.

Por sospecha de afectación de la válvula protésica se realiza de forma ambulatoria tomografía por emisión de positrones/tomografía computarizada (PET/TC) que



Fig. 1. A. ECG: PR prolongado (270 msg). **B.** ECG: PR normal (200 msg)

evidencia moderada captación difusa del radiotrazador en la topografía del reemplazo valvular aórtico, lo cual en ausencia de foco hipercaptante dominante y SUV max 3,5 sugiere ausencia de proceso infeccioso activo (Figura 3).

La endocarditis infecciosa derecha es usual en adictos a drogas de uso parenteral y malformaciones cardíacas; es una patología potencialmente grave, con una mortalidad que fluctúa entre el 23 y el 31 %. La endocarditis izquierda y derecha, simultánea, se presentan en un 13%, y la derecha por sí sola en un 10%. (1,2)

La endocarditis de la válvula tricúspide nativa aislada (EITNA) suele darse de forma espontánea, sin un precedente evidente de procedimientos dentales o quirúrgicos; sin embargo, la piel suele ser la puerta de entrada más frecuente (sobre todo en el caso de *S. Aureus*). En este caso clínico no se pudo identificar el factor predisponente. El agente infeccioso más

frecuentemente aislado es *Staphylococcus aureus* (70% de los casos), seguidos por *Streptococcus* y *Enterococcus*. (3)

En relación con la presentación clínica, constantemente aparece fiebre persistente ligada a fenómenos pulmonares, anemia y microhematuria (síndrome tricuspídeo de Nandakumar y Raju). Además, se resalta la ausencia de estigmas periféricos de endocarditis y de soplos cardíacos destacables en la mayoría de los pacientes. (4)

Si la fiebre es prolongada (si permanece luego de 2 semanas de tratamiento antibiótico adecuado) suele asociarse a extensión perivalvular de la infección, a nuevas embolizaciones sépticas o a infección nosocomial sobreagregada. El cuadro clínico, la positividad en los hemocultivos y la ecocardiografía, son los instrumentos diagnósticos fundamentales en la EITNA. (4)

La utilidad de la PET/TC es relevantemente mayor en la endocarditis de válvula protésica que en la endocarditis infecciosa de válvula nativa, y es una excelente alternativa, en caso de estudios ecográficos negativos o dudosos. La integración de la PET/TC como una herramienta diagnóstica en la endocarditis, permite reclasificar al 76% de los pacientes con endocarditis infecciosa válvula protésica de “posible” a “definitiva” (5)

En lo referente al tratamiento, el 80 % de pacientes con EITNA consiguen ser tratados de manera exitosa con terapia médica. Sin embargo, se aconseja realizar cirugía en casos de infección no controlada o insuficiencia cardíaca derecha con insuficiencia tricúspide refractaria al tratamiento. El tratamiento quirúrgico repara la disfunción valvular y elimina el foco infeccioso, razón por la cual su aporte es valioso para disminuir la mortalidad asociada a la insuficiencia cardíaca (6)

En relación con el pronóstico con el tratamiento médico (antibiótico) se consigue una elevada tasa de éxito, la instauración de la insuficiencia cardíaca es infrecuente y solo el 25% de los casos precisan recambio valvular o cirugía. (1). La mortalidad en la EITNA es menor que la declarada para la endocarditis con condición predisponente. (6)

Este caso nos indica la necesidad de tener en cuenta la EITNA, su presentación clínica, tratamiento y pronóstico, así como la utilidad del PET/TC para confirmar la afectación valvular protésica.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no presentan conflicto de intereses.

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

Consideraciones éticas

No aplican

Mauricio Tituana^{1, @}, Diana Tituana^{1, @},
Ramiro Ayala^{1, @}, Gabriel Quiroga^{1, @},
Andrea Trevisán^{1, @}, Luis Mantilla^{1, @}

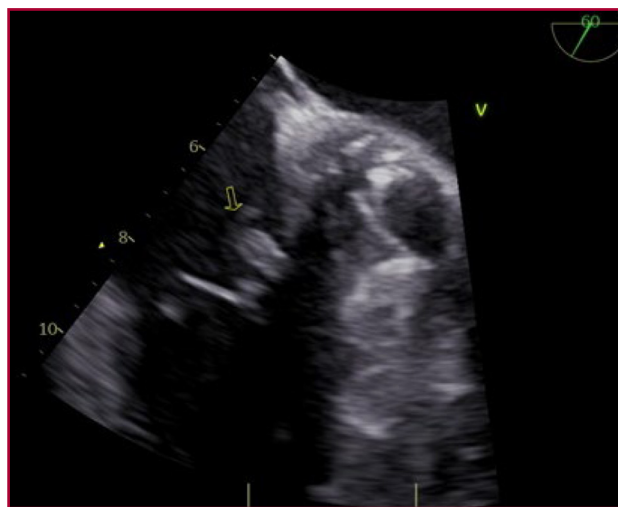


Fig. 2. ETE: Vista 60 se observa vegetación en valva septal tricúspide

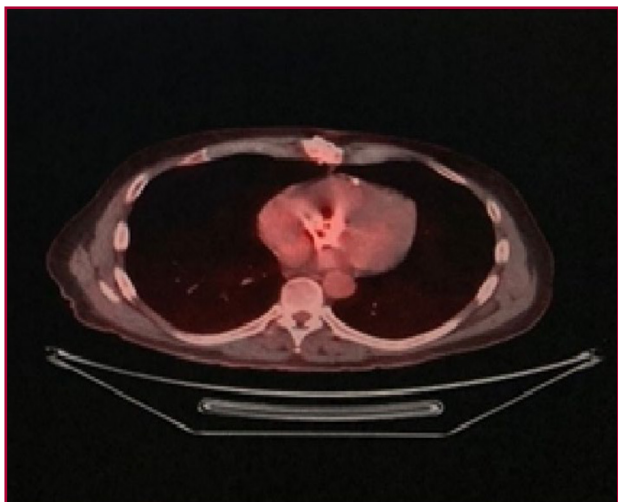


Fig. 3. PET/TC con flúor-18- desoxiglucosa: proyección transversa. Se aprecia captación difusa en la prótesis aórtica

Dirección para separatas: Servicio de Cardiología. Sanatorio Adventista del Plata, Entre Ríos, Argentina - E-mail: manu2792@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Zaldívar AÁ, Cardoso AA, Ramon RD. Endocarditis Infecciosa Derecha. Presentación de un caso. *Rev Cub Cardiol Cirug Cardiovasc* 2019;25(4).
2. Pérez Domínguez JA, Aguilar Almaguer O, González Céspedes JC, Escandell Reyes A, Leyva Castro R, Rodríguez Peña MM. Complicaciones sistémicas en endocarditis infecciosa de válvula tricúspide. *Multimed* 2019;23:543-51.
3. Salamanca MA. Endocarditis tricuspídea secundaria a infección asociada a catéter venoso central. Reporte de dos casos. In *Anales de la Facultad de Medicina* 2020;81:330-32. UNMSM. Facultad de Medicina.
4. Alkan G, Emiroglu M, Sert A, Kartal A, Öc M. Endocarditis infecciosa de la válvula tricúspide asociada con meningitis aséptica: presentación infrecuente en una niña. *Arch Argent Pediatr* 2020:e22-e25.
5. Ladrón-de-Guevara H, Canelo L, Bitar H, Ramón Soto J. Imágenes en endocarditis infecciosa: No todo es ecocardiografía. *Rev Chil infectol*, 2021;38:260-70.
6. Álvarez F, Torrez J, Galleguillos G, Saavedra J. Endocarditis infecciosa cámaras derechas. Reporte de un caso. *Rev Chil Anest* 2021;50.

REV ARGENT CARDIOL 2023;91:94-96.

<http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v91.i1.20604>
