

ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN PACIENT IMMUNODEPRIMIT AMB EMBOLITZACIÓ SÈPTICA MULTIFOCAL.

Oriol Plans¹, Beatriz Catalán¹, Josep Maria Mòdol², Yaiza García³, Albert Teis Soley⁴, Ariadna Quer⁵, JA Moreno¹.

¹Servei Medicina Intensiva, ²Servei Medicina d'Urgències, ³Servei de Reumatologia, ⁴Servei de Cardiologia, ⁵Servei d'Anatomia Patològica.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

Nom autor: Oriol Plans

Lloc de treball: Hospital Germans Trias I Pujol

Data recepció: 12.10.2015

Data acceptació: 26.10.2015

Mail: oriolplans@hotmail.com

Forma de citació: Plans O, Catalán B, Mòdol JM, García Y, Teis A, Quer A, Moreno JA. *Endocarditis infecciosa en immunodeprimit amb embolització sèptica multifocal*. ReMUE.c@t 2017;4(1):18-20

Motiu de consulta

Pacient que consultà a Urgències derivat des d'un altre centre, per deposicions diarrièques aquoses, sense productes patològics ni febre termometrada.

Antecedents personals

Home de 62 anys, sense al·lèrgies medicamentoses conegudes, ex-fumador de 10cig/dia des de feia 10 anys.

Com a principals antecedents patològics destacaven: Hipertensió Arterial (HTA) en tractament farmacològic i malaltia renal crònica secundària a glomerulonefritis focal i segmentària (GMNFS) que havia requerit hemodiàlisis fins a rebre un transplantament renal al 2012 i pel qual seguia tractament amb prednisona i ciclosporina (tractament puntual amb plasmafèresi tres mesos abans de la consulta per recidiva de la glomerulonefritis).

Malaltia actual

Consultà a Urgències per clínica de dos dies de durada de diarrees aquoses, sense productes patològics ni signes de sagnat digestiu, sense nàusees o vòmits associats ni febre termometrada.

Exploració física

TA 132/59mmHg, FC 82bpm, SatO₂ 97% a aire ambient, T 37.8°C. A la seva arribada, pacient conscient i orientat, amb pal·lidesa cutània i signes de deshidratació muco-cutànea. A l'exploració destacava la presència d'un buf cardíac sistòlic d'intensitat 2/6, panfocal, de predomini a focus aòrtic i un abdomen globulós,

depressible, amb dolor difús a la palpació, sense masses, megàlies ni peritonisme. La resta de l'exploració resultà anodina.

Exploracions complementàries

A l'analítica d'urgències destacava Hb 10g/dL, 12.7x10⁹ leucòcits/L (10% bandes), plaquetes 101x10⁹/L, glucosa 276mg/dL, urea 176mg/dL, creatinina 3.47mg/dL, potassi 6.1mmol/dL i PCR 128mg/dL. La Rx de tòrax no va mostrar alteracions i la Rx abdominal va objectivar una dilatació colònica (imatge 1). Es van cursar hemocultius, coprocultiu i una PCR per Citomegalovirus (CMV).

Diagnòstic diferencial a Urgències

Es va orientar el cas com una diarrea per gastroenteritis aguda. En tractar-se d'un pacient immunodeprimit, caldria incloure dins les possibles etiologies *Cryptosporidium sp.*, CMV, *Mycobacterium avium* i *Giardia* entre d'altres. També s'hauria de considerar la malaltia inflamatòria intestinal tenint en compte els antecedents de glomerulonefritis.

Malgrat presentava un buf cardíac de cronologia incerta i una determinació febricular no es va pensar en la possibilitat de que es pogués tractar d'una endocarditis fins la positivitat dels hemocultius.

Evolució Clínica

Durant la seva estada a urgències, s'inicià hidratació profusa i tractament amb ciprofloxacina 400mg/12h. A les poques hores es va tenir coneixement del creixement als hemocultius extrets a l'altre centre d'*Enterococcus*

faecalis sensible a ampicil·lina i resistent a gentamicina. Davant la sospita d'endocarditis aguda es va canviar el tractament antibiòtic a ampicil·lina ajustada a funció renal i ceftriaxona i es va sol·licitar una ecografia trans-toràcica (ETT) que va mostrar una imatge vibràtil de 17mm, filiforme, a la cara ventricular de la vàlvula aòrtica, compatible amb vegetació. Posteriorment es realitzaria una ecografia trans-esofàgica (ETE) que confirmà la vegetació de 19.2mm amb una estenosi moderada i una insuficiència aòrtica severa (Imatge 2).

El pacient presentà un evolutiu estable fins que al 14è dia d'ingrés patí tres deposicions melèniques. Es practicà una TC toraco-abdominal que mostrà una col·lecció de baix coeficient d'atenuació a la melsa en situació subcapsular amb petites bombolles d'aire en el seu interior i amb nivell hidroaeri (probable abscess) i àrees de morfologia pseudonodular que podien correspondre's amb ruptures esplèniques per èmbols sèptics (Imatges 3 i 4).

Amb el diagnòstic de ruptura esplènica continguda secundària a èmbol sèptic per endocarditis es traslladà el malalt al Servei de Medicina Intensiva per a control, i decidint-se que per l'elevat risc d'hemorràgia massiva el malalt era tributari a esplenectomia urgent, així com a substitució valvular diferida.

Durant la intervenció, s'objectivà important isquèmia segmentària irreversible i perforada a cara antimesentèrica del colon transvers amb plastró associat que obligà a resecció intestinal i un petit abscess que es trencà durant la manipulació drenant material hemato-purulent. Es realitzà una esplenectomia i una colostomia i s'augmentà el tractament antibiòtic afegint cotrimoxazol i metronidazol. En els cultius de la col·lecció intra-abdominal va créixer *E. faecalis* resistent a ampicilina i *Bacteroides sp.* pel que es decidí canviar l'ampicilina per vancomicina, mantenint la resta de tractament antibiòtic. La evolució va ser favorable, amb negativització dels hemocultius al tercer dia de vancomicina, podent-se traslladar al pacient a planta convencional. El 21è dia d'ingrés el pacient presentà anemització severa, objectivant-se dèbit hemàtic a la colostomia. Es realitzà una Fibrocolonoscopia (FCS) en que s'objectivaren nombroses úlceres a la mucosa amb abundant babeig hemorràgic i fons fibrinos, no podent-se diferenciar entre la etiologia infecciosa o isquèmica i agafant-se biòpsies per a estudi. L'estudi anàtomo-patològic mostrà úlceres isquèmiques (Imatge 5). A les 24 hores el pacient inicià quadre de xoc sèptic i

hemorràgic secundari a sagnat digestiu per úlceres intestinals. Amb el diagnòstic d'isquèmia mesentèrica de probable origen embòlic, la no viabilitat d'intervenció quirúrgica i l'levada comorbiditat del pacient es va decidir tractament conservador, sent finalment èxitus als 35 dies d'ingrés.

Diagnòstic definitiu

- Endocarditis aòrtica sobre vàlvula nativa per *E. faecalis*.
- Èmbols sèptics esplènics i mesentèrics.

Discussió del cas

El cas presenta una sèrie de punts d'interès. En primer lloc, la presentació de la endocarditis en absència de febre. El pacient no referia febre termometrada en els dies previs i durant la seva estada a urgències tan sols va presentar una única determinació febricular. Aquest fet és excepcional i sens dubte ve condicionat per la immunodepressió del pacient. En tot cas, remarca la necessitat d'augmentar el nivell d'alerta quan s'atén a aquests pacients a urgències doncs la simptomatologia pot ser atípica o poc aparent. A més s'ha de tenir en compte que els fenòmens embòlics són, per se, sovint silenciosos o poc expressius, el que encara dificulta més el diagnòstic.

En segon lloc, el pacient va presentar embòlies sèptiques a nivell esplènic i a nivell mesentèric. Es considera que el risc d'embolització en la endocarditis infecciosa és major quan la vegetació supera els 10mm o en determinades etiologies com *S. aureus* o *Enterococcus*. El nostre cas complia tots dos criteris. La embòlia a la melsa que fa unes dècades es descrivia en la meitat dels casos d'endocarditis, en les sèries més recents s'observa en el 10% de les endocarditis esquerres i no es pot considerar excepcional. La embolització a nivell mesentèric, en canvi, es molt més infreqüent i tan sols ha estat descrita en 4 ocasions prèviament. És tema de debat encara no aclarit la indicació d'iniciar descoagulació en aquests pacients.

Finalment, malgrat no pot demostrar-se la relació del quadre diarreic de debut amb l'endocarditis i la posterior embolització sèptica al territori intestinal, la compatibilitat amb la clínica inicial d'alguns casos d'isquèmia intestinal i l'evolutiu que presentà el pacient, poden suggerir un símptoma poc comú d'aquest tipus d'embolització essent recomanable considerar la isquèmia intestinal en casos de similars característiques.

Bibliografia

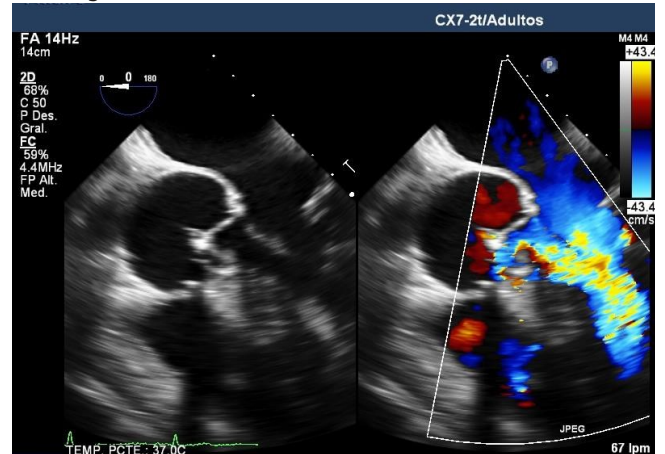
- 1.- Waqas M, Waheed S, Haider Z, Shariff AH. Acute mesenteric ischaemia with infective endocarditis: is there a role for anticoagulation? BMJ Case Rep. Publicat online 2013 Jun 17. doi:10.1136/bcr-2013-009741
- 2.- Luaces Méndez M, et al. Endocarditis infecciosa y embolias del eje hepatoesplenorrenal. Rev Esp Cardiol. 2004; 57(12):1188-96.
- 3.- Misawa S, Sakano Y, Muraoka A, Yasuda Y, Misawa Y. Septic embolic occlusion of the superior mesenteric artery induced by mitral endocarditis. Ann Thorac Cardiovasc Surg. 2011;17:415-417
- 4.- Millaire A, Leroy O, Gaday V, de Groote P, Beuscart C, Goullard L et al. Incidence and prognosis of embolic events and metastatic infections in infective endocarditis. Eur Heart J. 1997; 18: 677-684.
- 5.- Summers B, Kaminski J, Chandler M. Splenic rupture occurring as a complication of subacute bacterial endocarditis. N Z Med J. 2003; 116(1182).
- 6.- Pringle SD, McCartney AC, Cobbe SM. Spontaneous splenic rupture as complication of infective endocarditis. Int J Cardiol. 1998;19(3):384-6.

Iconografia

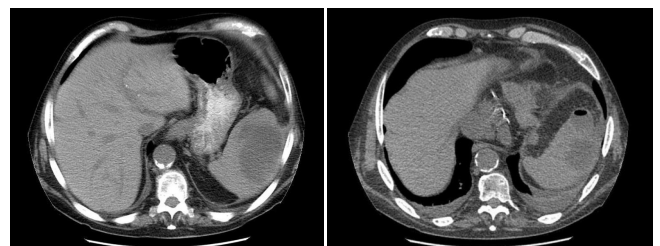
Imatge 1: Radiografia abdominal amb dilatació colònica.



Imatge 2: Ecografia transesofàgica i estudi Doppler color amb vegetació a vàlvula aòrtica i insuficiència aòrtica severa.



Imatges 3 i 4: Captures de TC toraco-abdominal amb infart i abscessos esplènics.



Imatge 5: Imatge d'Anatomia patològica. Isquèmia Intestinal transmural.

