



CASOS CLÍNICOS

ENDOCARDITIS BACTERIANA Y EMBARAZO: PRESENTACION DE UN CASO

BACTERIAL ENDOCARDITIS AND PREGNANCY: PRESENTATION OF A CASE

Dra. Rosario Marlene Ruiz Domínguez¹, Dra. Rocío Gil Seoane², Dr. Rilver Roca Godoy³

RECIBIDO 26/11/2018
ACEPTADO 23/2/2019

RESUMEN

La endocarditis infecciosa durante el embarazo es un evento poco frecuente, pero con alta tasa de mortalidad materna y perinatal. Esta, supone un gran desafío, tanto en el tratamiento clínico como en el quirúrgico.

Presentamos el caso de una primigesta, con endocarditis infecciosa por *Streptococo viridans*, cuyo desenlace fue la muerte del producto como consecuencia de prematuridad. La paciente fue sometida a cambio valvular debido al compromiso severo de la válvula mitral; posteriormente presentó una segunda gestación que concluyó favorablemente.

El presente caso demuestra la importancia del manejo precoz y multidisciplinario de la endocarditis bacteriana.

Palabras Clave: Endocarditis infecciosa, embarazo, tratamiento antibiótico, tratamiento quirúrgico.

ABSTRACT

Infective endocarditis during pregnancy is a rare event, but with a high rate of maternal and perinatal mortality. This poses a great challenge, both with regard to clinical management and to surgical treatment. The present case demonstrates the importance of multidisciplinary management.

*We present the case of a first pregnancy, with infective endocarditis due to *Streptococcus pyogenes*, whose outcome was the death of the product as a consequence of prematurity. The patient underwent valvular change due to severe mitral valve compromise; later I present a second gestation that concluded favorably.*

Key words: *Infective endocarditis, pregnancy, antibiotic treatment, surgical treatment.*

- 1 Médico Internista, Hospital Materno Infantil - Caja Nacional de Salud, La Paz-Bolivia.
- 2 Médico Cardiólogo, Hospital Materno Infantil - Caja Nacional de Salud, La Paz-Bolivia.
- 3 Médico Cirujano Cardiorádico, Hospital Obrero, Caja Nacional de Salud La Paz-Bolivia. Servicio de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Materno Infantil-Caja Nacional de Salud, La Paz-Bolivia. CERADI, Miraflores, Calle San Salvador Esq. EEUU No 1328. Frente a la Universidad Andina Simón Bolívar. Teléfono: 72557017. Correo: romarudo@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

La endocarditis infecciosa (EI) es un cuadro con alta tasa de morbimortalidad en la población general. Durante el embarazo, es un evento poco frecuente, con una incidencia aproximada de 0.006% (1 por 100.000 embarazos) (1,2), que sin embargo representa una alta tasa de mortalidad tanto materna como perinatal, atribuibles principalmente a falla cardíaca y a embolia (3,4,6). Las tasas de mortalidad materna se calculan alrededor del 33%, y de muerte perinatal cuando se requiere cirugía se estima entre 14 y 38,5% (4,5).

Entre los agentes etiológicos más frecuentes se encuentran al *S. viridans* y *S. aureus* y para el tratamiento antibiótico empírico se utilizan penicilina G o ampicilina más aminoglucósido, cefalosporina de segunda generación más aminoglucósido o vancomicina más aminoglucósido durante cuatro a seis semanas. Entre las indicaciones quirúrgicas figuran:

- Bacteriemia continua después de 2 semanas de tratamiento antibiótico
- Insuficiencia cardíaca grave refractaria al tratamiento
- Absceso perivalvular definitivo
- Vegetación que produce obstrucción valvular
- Aneurisma micótico
- Un episodio embólico grave
- Endocarditis con hemocultivo negativo que no responde al tratamiento empírico
- Endocarditis por hongos (1-4,7)

Por tanto, esta entidad supone un gran desafío, respecto al manejo clínico y la decisión de cuando se debe someter a la paciente a un procedimiento quirúrgico (7-10).

CASO CLÍNICO

Primigesta nativa de la ciudad de La Paz-Bolivia (3600 msnm) con 30 semanas de gestación, antecedente de infecciones genitales recurrentes en el transcurso de su embarazo. Durante

internación a las 22 semanas cultivo de secreción genital reporto infección por *G. vaginalis*, *Trichomonas* y flora mixta.

Fue admitida en la Unidad de Urgencias del Servicio de Obstetricia y Ginecología por cuadro clínico caracterizado por malestar general, alzas térmicas, vómitos y disnea de reposo; es hospitalizada en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) con sospecha de infección del tracto urinario, se inició tratamiento con ceftriaxona 2 gramos por día, la evolución en los siguientes dos días es desfavorable, con mayor compromiso del estado general, alzas térmicas hasta 39,5 °C, presión arterial 90/60 mmHg, frecuencia cardíaca 116 latidos/min, frecuencia respiratoria 24 ciclos/min, Ingurgitación yugular (+), palidez mucocutánea, ictericia escleral, soplo sistólico 3/6 en área mitral, pulmones sin agregados, abdomen distendido a expensas de útero gestante, ruidos intestinales aumentados, edema en miembros inferiores Godet (++) , fóvea (+), consciente, orientada, no signos patológicos neurológicos. Laboratorio: Hemoglobina 9,2 g/dl, leucocitos 12800/mm³, cayados 256/mm³ (2%), segmentados 9600/mm³ (75%), linfocitos 2432/mm³ (19%), eosinófilos 384/mm³ (3%), monocitos 128/mm³ (1%), plaquetas 180.000/mm³; glucemia 82 mg/dl, creatinina 1,0 mg/dl, Sodio 129mmol/l, Potasio 4,2mmol/l, Calcio 6,5mmol/l, TGO 31IU/l, TGP 40IU/l, Tiempo de protrombina con 82% de actividad; el examen de orina normal.

Ante sospecha de EI, se asocia al tratamiento 240 mg de gentamicina por día, es evaluada por Cardiología, quien concluyó en ruidos cardíacos rítmicos, taquicárdicos, soplo sistólico mitral 3/6, irradiado a mesocardio.

Electrocardiograma con ritmo sinusal, frecuencia cardíaca 120 /min, P-R 0,14 mseg, QRS 0,08 mseg, AQRS +60°, Q-Tc 0,38. Taquicardia sinusal.

Ecocardiografía trans-esofágica con dilatación leve del ventrículo izquierdo (VI), FEVI 61%, insuficiencia mitral severa, vegetación de 13 mm en cara

auricular de valva septal de la mitral, PSAP 62 mmHg.

Durante las siguientes 48 horas, la evolución es francamente desfavorable, es sometida a cesárea para preservar la salud del binomio materno-fetal, la paciente fue posteriormente trasladada a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI).

Laboratorio con leucocitos 14200/mm³ con desvío a la izquierda, creatinina 1,8 mg/dl, TGO 48IU/l, TGP 54 IU/l, tiempo de protrombina con 54% de actividad, examen de orina normal, hemocultivo reportó *Streptococoviridans*.

Después de tres días, el producto fallece y la paciente es externada a sala de ARO donde completó 28 días de tratamiento antibiótico con buena evolución y es dada de alta manteniendo seguimiento periódico por Cardiología.

A los dos meses de su alta, la paciente es reinternada por presentar datos clínicos y laboratoriales de SIRS e Insuficiencia cardíaca; al estudio ecocardiográfico se evidenció: Dilatación leve de VI, sin hipertrofias. Movilidad global y segmentaria del VI conservada en reposo. FEVI 61%, función diastólica con patrón tipo 1. Insuficiencia mitral severa, vegetación de 20 mm en cara auricular de la valva septal, insuficiencia tricuspídea leve. PSAP 65 mmHg. no perforaciones de las valvas de la mitral.

Figura N° 1
Vegetación de 20 mm sobre valva anterior de la válvula mitral



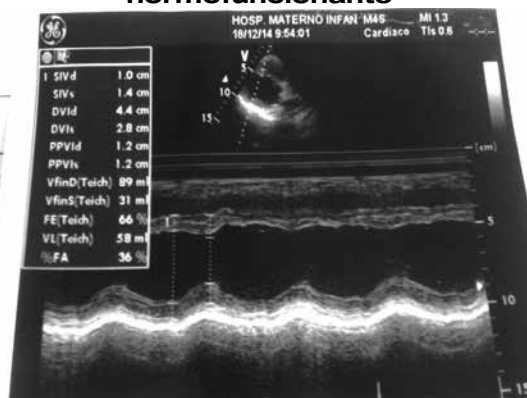
Figura N° 2
Insuficiencia mitral moderada a severa secundaria a vegetación



La paciente es tratada con vancomicina 3 gramos y gentamicina 240 mg por día durante 28 días y es intervenida quirúrgicamente, entre los hallazgos operatorios: valva posterior de la válvula mitral con vegetación de 2 x 1 cm de diámetro, la valva muestra signos de inflamación, fenestra de 0.5 cm de diámetro en P2, se hizo reemplazo con prótesis mecánica 29, y posterior control en la UTI.

La evolución post-operatoria fue favorable, es dada de alta con tratamiento anticoagulante con warfarina y control externo periódico por cardiología.

Figura N° 3
Prótesis valvular mitral normofuncionante



A los seis meses post-quirúrgicos, se sustituye el esquema anticoagulante por heparina de bajo peso molecular después de confirmar una segunda gestación en la paciente, la cual culminó

sin complicaciones y con recién nacido vivo.

Al momento la paciente se encuentra sin complicaciones, permanece bajo controles y con tratamiento anticoagulante.

DISCUSIÓN

La EI es una infección poco frecuente pero potencialmente mortal durante el embarazo, su tratamiento incluye antibioticoterapia intensiva durante 4 a 6 semanas, de inicio empírico, basado en las guías internacionales, posteriormente dirigido con los resultados del hemocultivo. Sin embargo, muchas veces esto no es

suficiente, y se requiere de cirugía para extirpar el tejido infectado, y así corregir valvulopatías preexistentes o para reparar lesiones originadas por la infección, llegando incluso el cambio válvula.

Ambos tipos de tratamiento y las interurrencias que se pueden presentar ante eventos tan complejos, implican muchos riesgos para el binomio madre-niño, es por ello que el manejo precoz y multidisciplinario es vital y es preferible evitar los embarazos, sin embargo, en el presente caso, a pesar de un embarazo poco tiempo después del cambio valvular llego a buen final.

REFERENCIAS

1. García GC, González GL y Usandizaga CM. Endocarditis infecciosa de la válvula mitral en gestante. Caso Clínico. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. www.elsevier.es/pog. Abril 2015.
2. Echeverría LE, Figueredo A, Gómez JC, y cols. Endocarditis Infecciosa de alto riesgo emboligeno durante el embarazo: ¿Manejo conservador o quirúrgico?. *ArchCardiolMex*. 2013; 83 (3): 209-13.
3. Arriagada RJ, Sued M, Araneda JC, y cols. Endocarditis infecciosa en el embarazo y puerperio. Caso clínico. *Rev. Obstet. Ginecol*. 2012; 7 (1): 27-29.
4. Campuzano K, Roqué H, Bolnick A. Bacterial endocarditis complicating pregnancy: case report and systematic review of the literature. *Arch Gynecol Obstet*. 2003; 268:251-5. Vincel J, Sokol I. Infective endocarditis of aortic valve during pregnancy: a case report. *International Journal of Cardiology*. 2008; 126: e10-e12.
5. Braun S. Current challenges of Infective Endocarditis. *Rev EspCardiol*. 2003; 56 (6): 543-5.
6. Thuny F, di Salvo G, Belliard O, et al. Risk of embolism and death in infective endocarditis: prognostic value of echocardiography: a prospective multicenter study. *Circulation*. 2005; 112:69-75.
7. Grupo de trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología para el tratamiento de la endocarditis. Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, et al. *RevEspCardiol*. 2016; 69 (1): 69.e1-e49.
8. De Feo M, Cotrufo M, Carozza A, et al. The need for a specific risk prediction system in native valve infective endocarditis surgery. *Scientific World J*. 2012; 2012: 307-571.
9. Kang DH, Kim YJ, Kim SH, et al. Early surgery versus conventional treatment for infective endocarditis. *New Engl J Med*. 2012; 366: 2466-73.
10. Muretti M, Torre TM, Mauri R, et al. Mitral valve replacement in pregnancy: a successful strategy for fetal survival. *JHeart Valve Dis*. 2010; 19: 789-91.