

## 51. Endocarditis infecciosa primaria mural del ventrículo izquierdo

Sebastián Robaina<sup>1</sup>

Carlos Américo<sup>1</sup>

Fabián Martínez<sup>1</sup>

Rodrigo Guzmán<sup>1</sup>

Jose Luis Surraco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ecocardiografía-MUCAM.

<sup>2</sup>Instituto de Cardiología Integral

### Resumen

**Historia clínica:** paciente de 16 años, sexo masculino, sin antecedentes patológicos. Cuadro de dos semanas de evolución de fiebre hasta 41 °C, sin otros fenómenos acompañantes. Del examen se destaca: hemorragias en astilla. Temperatura axilar 39 °C. Cardiovascular: ritmo regular de 92 cpm, ruidos cardíacos normales, sin soplos. Resto del examen sin alteraciones.

**Pruebas complementarias:** estudios paraclínicos: hemograma: hemoglobina 10 g/dl, leucocitos: 241.000/ml (neutrófilos: 90%), velocidad de eritrosedimentación 120 s. Proteína C reactiva 214 mg/l. TAC tórax-abdómen-pelvis: infarto esplénico. Hemocultivos: *Staphylococcus aureus* meticilino resistente. ETT: masa hiperecogénica con movilidad independiente a nivel del ápex del VI, pediculada, plilobulada, de 22 por 10 mm.

**Evolución clínica:** se realiza resección quirúrgica de la masa y tratamiento antibiótico con vancomicina y gentamicina, con buena evolución posoperatoria. El estudio patológico de la masa resecada fue compatible con una vegetación, y el cultivo de la misma desarrolló *Staphylococcus aureus* meticilino resistente.

**Diagnóstico:** endocarditis infecciosa aguda primaria mural del ventrículo izquierdo.

**Discusión:** presentamos un caso de endocarditis infecciosa primaria mural del ventrículo izquierdo en un paciente sin cardiopatía predisponente ni endocarditis valvular concomitante. Esta es una entidad infrecuente y existen pocos casos reportados. Habitualmente su diagnóstico es tardío, presentándose muchas veces con fenómenos embólicos al momento del diagnóstico. Son factores de riesgo la inmunodepresión, la adicción a drogas intravenosas y la cirugía reciente. La ecocardiografía precoz es una herramienta de suma importancia para su diagnóstico, ya sea transtorácica o transesofágica, mientras que el diagnóstico por resonancia nuclear magnética se realiza en aquellos casos en que la ecocardiografía no es concluyente. El germe más frecuentemente implicado es el

*Staphylococcus aureus*. Dada la escasa evidencia, se plantea una conducta similar a la de la endocarditis infecciosa.