

RESOLUCIÓN MEDICO-QUIRÚRGICA EN UN PACIENTE CON ENDOCARDITIS VALVULAR MITRO-AÓRTICA.

Autores: Coletti I., Pedraza C., Silva R., Apud J., Solís J., Paterlini G., Coronel J., Curia N., Gargiulo M., Cortes D., Leonard V., Guindan E., Elías B., Estofan M.,

Servicio de Cardiología y Cirugía Cardiovascular- Sanatorio 9 de Julio- Tucumán

INTRODUCCION

La endocarditis infecciosa constituye una enfermedad valvular asociada a una alta tasa de morbilidad y requiere un abordaje multidisciplinario. A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento, continúa siendo un desafío clínico y quirúrgico. Si bien el compromiso de una sola válvula es lo más frecuente, la afectación simultánea de la válvula aórtica y mitral representa una forma particular y compleja de presentación, más aún si se presenta con manifestaciones extra-cardíacas como las neurológicas por eventos embólicos que aumentan su morbilidad.

OBJETIVO

Describir el manejo médico-quirúrgico de un caso infrecuente de endocarditis mitral y aórtica con deterioro neurológico, renal y cardíaco al momento del diagnóstico, sometido a tratamiento quirúrgico de urgencia y posterior manejo multidisciplinario.

PRESENTACION DE CASO:

- Paciente de 72 años de edad que ingresa en diciembre de 2025 debido a disnea I-II, sudoración profusa y síndrome febril prologado de 2 meses de evolución posterior a procedimiento odontológico. Se evidencia trastorno del lenguaje y somnolencia progresiva por lo que requiere intubación orotraqueal.

Se solicitan los siguientes estudios complementarios:

- Ecocardiograma trans-esofágico: evidencia función biventricular conservada con imagen hiperecogénica móvil de 7x3 mm adherida al borde de la valva coronaria derecha de valvula aortica sin insuficiencia (trivalva). EN VALVA ANTERIOR MITRAL PERFORACION DE 4X3 mm CON IMAGEN ISOECOGENICA DE 10X4 mm MOVIL EN CARA AURICULAR. EN VALVA POSTERIOR DE CONSTATA IMAGEN ISOECOGENICA DE 6X3 mm MOVIL QUE GENERA INSUFICIENCIA MITRAL MODERADA A SEVERA.
- Laboratorio: anemia, leucocitosis, VSG elevada y deterioro de función renal (Creatinina 1,8 mg%) sin más particularidades
- RMN de encéfalo: Evidencia en región córtico-subcortical y profunda fronto-parieto-occipital izquierda imágenes difusas hiperintensas que se correlacionan a lesiones vasculo-iskémicas de EVOLUCIÓN AGUDA.
- _Tomografía de tórax y abdomen: sin imágenes patológicas ni compatibles con embolias sistémicas.

Se decide en conjunto (heart team) toma de muestras para cultivo, soporte vital, antibioticoterapia empírica y tratamiento quirúrgico de urgencia.

- **Cirugía: Reemplazo valvular mitral biológico N° 29 + excéresis del borde de valva coronaria derecha con vegetación adherida + plástica con parche de pericardio autólogo suturado al borde valvar.**

Postoperatorio: Paciente evoluciona con hemiparesia fascio-braquio-cubital derecha por transformación hemorrágica de evento isquémico previo, dificultando el destete respiratorio y deglución. Requiere diálisis transitoria por deterioro renal agudo. Inicio tratamiento antibiótico dirigido para streptococo viridans, se logra el destete respiratorio bajo traqueostomía luego 40 días bajo asistencia respiratoria. Continúa posteriormente rehabilitación respiratoria, neurológica y deglutoria. Se otorga alta sanatorial a los 60 días de internación con ecocardiograma trans-esofágico evidenciando función biventricular conservada. Prótesis valvular mitral normofuncionante, gradientes normales sin evidencias de leaks perivalvulares. Valvula aórtica trivalva con insuficiencia leve-moderada.

- Actualmente, a 9 meses de evolución el paciente deambula, tolera dieta y se moviliza en tareas cotidianas bajo sus propios medios presentando leve paresia braquio-cubital derecha y con función renal conservada. Persiste bajo seguimiento neurológico, cardiológico e imagenológico (ecocardiograma seriados sin cambios en relación a previos)



CONCLUSIONES:

- El caso presentado, así como demuestra la bibliografía, describe la alta tasa de morbilidad de la endocarditis bi-valvular (mitro-aórtica) con manifestaciones extracardíacas, más aún si una de ellas es déficit neurológico por embolia séptica.
- El tratamiento médico-quirúrgico oportuno y adecuado con disponibilidad de recursos tecnológicos y humanos especializados fueron un factor esencial para el manejo de ésta patología avanzada.
- El manejo consensuado entre un equipo multidisciplinario (servicio de cardiología, cirugía cardíaca, infectología, neurología, kinesiología, fonoaudiología, imágenes, etc.) permitieron definir conductas diagnósticas y terapéuticas adecuadas en beneficio del paciente.