

Aneurisma de la valva anterior mitral en un caso de endocarditis aórtica en un paciente diagnosticado de colitis ulcerosa

Juan Carlos Castillo Domínguez, Manuel Anguita Sánchez, Antonio Ramírez Moreno, Juan Ramón Siles Rubio, María Dolores Mesa Rubio y Federico Vallés Belsué

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

aneurisma cardíaco/ colitis ulcerosa/ ecocardiografía/ endocarditis infecciosa/ infecciones enterocócicas/ válvula mitral

Presentamos el caso de un varón de 34 años, diagnosticado de colitis ulcerosa, que presentó una endocarditis aórtica causada por *Enterococcus faecium*. En el ecocardiograma se evidenció como complicación del proceso un aneurisma en la valva anterior de la válvula mitral que hizo indispensable la cirugía. El aneurisma en la valva anterior de la válvula mitral es una complicación rara, aunque conocida, de la endocarditis aórtica y que eventualmente se puede perforar, aunque existen pocos casos publicados.

ANTERIOR MITRAL VALVE ANEURYSM COMPLICATING AN AORTIC ENDOCARDITIS IN A PATIENT DIAGNOSED WITH ULCERATIVE COLITIS

We report a case of an aortic endocarditis caused by *Enterococcus faecium* in a 34 year old patient diagnosed with ulcerative colitis. A Doppler echocardiogram showed an anterior mitral valve leaflet aneurysm, which made surgery necessary. Mitral valve leaflet aneurysm is a rare, though well-known complication of aortic valve endocarditis which can eventually perforate.

(Rev Esp Cardiol 1998; 51: 604-606)

INTRODUCCIÓN

La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad que se ha asociado a alteraciones intestinales del tipo de carcinoma de colon y pólipos, sobre todo en casos de EI por *Streptococcus bovis*. Los pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal crónica, tratados a veces con inmunosupresores, suponen un grupo de riesgo para la enfermedad, sobre todo si presentan alguna cardiopatía predisponente¹. Presentamos un caso de EI por *Enterococcus faecium* en un paciente diagnosticado de colitis ulcerosa, que presentaba en el ecocardiograma un aneurisma de la valva anterior mitral como complicación del proceso y que cursó favorablemente tras tratamiento quirúrgico y antibiótico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 34 años, de profesión agricultor, diagnosticado de colitis ulcerosa (CU) seis meses antes del

ingreso actual, confirmada por rectocolonoscopía con toma de biopsia, en tratamiento con mesalazina. No tenía historia de fiebre reumática, enfermedad valvular o adicción a drogas. El paciente acudió al servicio de urgencias de nuestro centro por referir dolor costal en el hemitórax izquierdo desde tres días antes y disnea de esfuerzo progresiva en el último mes hasta hacerse de reposo. También presentaba fiebre diaria desde hacía 3 meses, no termometrada, coincidiendo con un brote de reagudización de su enfermedad intestinal, motivo por el cual se le prescribió, además de la mesalazina, corticoides en enema y por vía oral.

En la exploración física, el paciente presentaba regular aspecto general, con ausencia de estigmas de endocarditis. La temperatura axilar era de 38 °C. La presión arterial era de 120/50 mmHg. En la auscultación cardíaca destacaba unos tonos rápidos a 120 lat/min, rítmicos y ritmo de galope por tercer tono. Se auscultaba un soplo rudo sistólico eyectivo y diastólico en foco aórtico. La auscultación pulmonar era normal. En el abdomen no se palpaban masas ni hepatosplenomegalia.

En el momento de su ingreso, el hemograma presentaba 11.300 leucocitos, con 82% de granulocitos y 3% de cayados. El hematócrito era de 32% y las plaquetas, 44.000. La velocidad de sedimentación globular a la

Correspondencia: Dr. J.C. Castillo Domínguez.
Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía.
Avda. Menéndez Pidal, s/n. 14004 Córdoba.

Recibido el 4 de agosto de 1997.

Aceptado para su publicación el 10 de octubre de 1997.

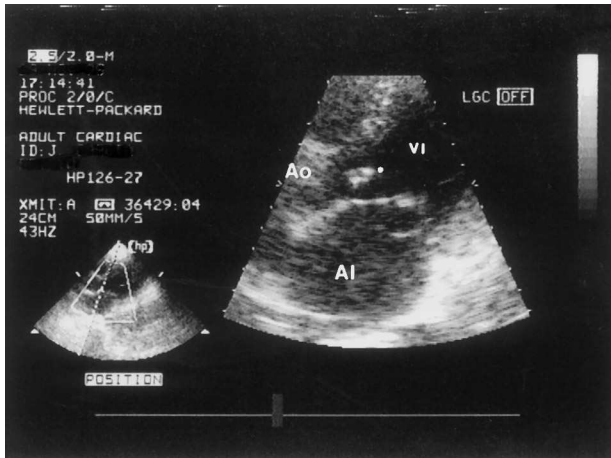


Fig. 1. Ecocardiografía transtorácica. Proyección paraesternal (invertida) de eje largo. Se observa una vegetación en la válvula aórtica (asterisco), así como un aneurisma en la valva anterior de la válvula mitral; AI: aurícula izquierda; VI: ventrículo izquierdo; Ao: aorta.

primera hora fue de 70 mm. La glucemia, iones, urea, creatinina, transaminasas, complemento, inmunoglobulinas, proteinograma y factor reumatoide fueron normales. En el estudio de coagulación destacaba una actividad de protrombina del 71%. El electrocardiograma presentaba un trazado dentro de la normalidad. En la radiografía de tórax se observaba una discreta cardiomegalia.

Se obtuvieron tres hemocultivos que resultaron positivos para *Enterococcus faecium* moderadamente sensible a la penicilina (CMI 0,5 mg/l) y a la vancomicina (CMI < 1 mg/l).

Se le realizó un ecocardiograma transtorácico en el que se observaba el ventrículo izquierdo dilatado (diámetro diastólico 61 mm), con función sistólica normal. Se visualizaba una imagen de verruga de 1 cm de diámetro en una sigmoidea aórtica (fig. 1) y que condicionaba una insuficiencia aórtica severa por Doppler color. En la valva anterior de la mitral se observaba un aneurisma (fig. 2), evidenciándose regurgitación mitral moderada en el estudio Doppler.

Se instauró tratamiento antibiótico con 2 g diarios de vancomicina y 80 mg de gentamicina tres veces al día. Ante los hallazgos ecocardiográficos se indicó cirugía electiva que se realizó a los 21 días de iniciar el tratamiento antibiótico.

El tratamiento quirúrgico consistió en sustitución de la válvula aórtica por una prótesis biológica y una plastia con parche de pericardio en la valva anterior de la mitral. Los hallazgos intraoperatorios fueron una verruga y perforación de la sigmoidea aórtica anterior izquierda y un aneurisma perforado de la valva anterior mitral.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, estando asintomático tras 18 meses de seguimiento.



Fig. 2. Ecocardiografía transtorácica. Proyección apical en la que se observa un aneurisma en la valva anterior de la válvula mitral.

DISCUSIÓN

El tratamiento de los pacientes con EI se puede beneficiar de un diagnóstico rápido y preciso de aquellos cambios estructurales que pueden terminar provocando insuficiencia cardíaca.

Una rara pero conocida complicación de la endocarditis de localización aórtica es el aneurisma de la valva anterior de la válvula mitral, no siendo extraño encontrar una verruga adherida al mismo². El mecanismo de su formación parece ser la regurgitación desde la válvula aórtica de un *jet* infectado y que impacta en la valva anterior, lesionándola. El aneurisma puede perforarse y dejar un tracto sinuoso a través de la valva, resultando en una regurgitación mitral que se puede poner de manifiesto mediante estudio con Doppler color³⁻⁵. El grado de esta regurgitación condicionará la aparición de insuficiencia cardíaca y la necesidad o no de realizar cirugía.

De todo ello se desprende que la ecocardiografía se ha convertido en una técnica fundamental, no sólo en el diagnóstico de la EI sino también en el tratamiento

de estos pacientes, ya que el diagnóstico ecocardiográfico de las complicaciones como los aneurismas de la valva mitral implica la necesidad de un tratamiento quirúrgico precoz, ya que este hallazgo nos alerta de la posible perforación del mismo y del desarrollo de insuficiencia cardíaca por regurgitación mitral. Por tanto, podemos afirmar que ante el hallazgo por ecocardiografía de un aneurisma de la valva mitral como complicación de una endocarditis aórtica es preciso indicar tratamiento quirúrgico, antes de que la situación clínica y hemodinámica del paciente se deteriore, con el consiguiente aumento de la mortalidad, como consecuencia de su posible rotura.

En nuestro caso, y ante los hallazgos del ecocardiograma, se indicó cirugía precoz electiva, lo que permitió la curación del paciente, que sigue asintomático tras 18 meses de seguimiento.

Otra peculiaridad del caso clínico que presentamos es la relación entre CU y EI. La asociación de enfermedad de Crohn y CU con EI es relativamente reciente. Así, la enfermedad inflamatoria intestinal crónica se considera un factor de riesgo independiente de EI, que se desprende de los análisis de las grandes series de endocarditis en las cuales se observa que la EI es más frecuente entre los pacientes con esta enfermedad que entre la población general. Se estima una incidencia de enfermedad intestinal inflamatoria en 2,8% de todas las EI. Las razones son una mayor frecuencia de bacteriemias como resultado de una mayor incidencia de intervenciones diagnósticas y terapéuticas, así como un aumento en la permeabilidad de la mucosa lesionada, facilitando la entrada de gérmenes al torrente circulatorio. De hecho, la frecuencia de bacteriemias tras proctosigmoidoscopia es del 5%, para la colonoscopia del 4% y para el enema baritado del 10%¹. Otro factor predisponente que se ha invocado es la inmunosupresión a la que habitualmente están sometidos estos pacientes durante los brotes de reagudización (como en nuestro paciente); sin embargo, este factor no parece lógico, ya que son pocos los casos de EI en pacientes sometidos a trasplantes o que toman habitualmente inmunosupresores⁶.

La EI en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal crónica suele estar causada por gérmenes habituales de la flora intestinal, principalmente por cocos grampositivos del grupo de los enterococos y peptostreptococos. En nuestro caso, el germen responsable del episodio de EI era *Enterococcus faecium*, una especie cuyo hábitat es el intestino, por lo que suponemos que la puerta de entrada del germen fue la mucosa intestinal lesionada. No podemos demostrar si la exploración endoscópica a la que fue sometido el paciente meses atrás constituyó la entrada del germen en el torrente; en cualquier caso, el paciente no recibió profilaxis de EI, por lo que no descartamos dicha hipótesis.

Finalmente, creemos necesaria la profilaxis de EI en pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria crónica y cardiopatía predisponente cuando se realicen maniobras con riesgo de bacteriemia. Persiste la duda para realizar profilaxis en aquellos pacientes con enfermedad intestinal muy activa aun en ausencia de cardiopatía predisponente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Soo Kiam J. Infective endocarditis in Crohn's disease. *Br Heart J* 1989; 62: 163-164.
2. Decroly J, Vandebosche L, Englert M. Anterior mitral valve aneurysm perforation secondary to aortic valve endocarditis detected by Doppler colour flow mapping. *Eur Heart J* 1989; 10: 186-189.
3. Roguin A, Rinkevich D, Milo S, Reisner S. Diagnosis of mitral valve aneurysms by transesophageal echocardiography. *Am Heart J* 1996; 132: 689-690.
4. Kumbasar SD, Aslan SM, Erol C, Tekeli ME. A case of infective endocarditis complicated with anterior mitral valve leaflet abscess. *Eur Heart J* 1997; 18: 1.035-1.036.
5. Massey W, Sandarshi T, Nanda N, Sanyal R, Pinheiro L, Jain H. Serial documentation of changes in a mitral valve vegetation progressing to abscess rupture and fistula formation by transesophageal echocardiography. *Am Heart J* 1992; 124: 241-248.
6. Kreuzpaintner G, Horstkotte D, Heyll A, Losse B, Strohmeyer G. Increased risk of bacterial endocarditis in inflammatory bowel disease. *Am J Med* 1992; 92: 391-395.