

Endarteritis infecciosa en conducto arterioso persistente y embolismo pulmonar séptico

Sr. Editor:

La endarteritis infecciosa fue la causa más frecuente de muerte en pacientes con conducto arterioso persistente (CAP) antes de la introducción de la terapia antibiótica y el cierre quirúrgico de éste¹; sin embargo, actualmente es una complicación rara². La endarteritis infecciosa es especialmente infrecuente en pacientes asintomáticos, sobre todo si el CAP es silente a la auscultación cardiaca, y en este grupo son muy pocos los casos referidos en la bibliografía³.

Presentamos el caso de una mujer de 56 años de edad, con antecedentes personales de CAP detectado en la adolescencia a raíz de la auscultación de un soplo cardíaco. Acudió a urgencias por fiebre fluctuante sin foco aparente y escasa respuesta a los antitérmicos habituales, junto con una pérdida de 5 kg de peso de 2 meses de evolución.

Tras su ingreso se obtuvieron 3 hemocultivos que fueron positivos para *Streptococcus viridans*. Se solicitó una ecocardiografía transtorácica en la que se observó un ventrículo izquierdo con función sistólica conservada, insuficiencia aórtica ligera y una estructura fijada a la pared de la arteria pulmonar con movimiento errático indicativo de vegetación (fig. 1). Con el diagnóstico de endocarditis infecciosa bacteriana subaguda se inició tratamiento con penicilina G y gentamicina.

La evolución de la paciente fue, en principio, satisfactoria. A los 10 días del ingreso presentó un nuevo pico febril acompañado de dolor en el costado derecho de tipo pleurítico. Se realizó una radiografía de tórax en la que se apreciaba un aumento de densidad en el lóbulo inferior del pulmón derecho. Una nueva ecocardiografía transtorácica mostró la desaparición de la vegetación que previamente existía. La sospecha de embolismo pulmonar, de probable origen séptico, se confirmó mediante la realización de una gammagrafía pulmonar de ventilación-perfusión. Se estableció el diagnóstico de endarteritis bacteriana subaguda sobre CAP, complicada con embolismo pulmonar séptico. Se completó el tratamiento antibiótico durante 4 semanas con penicilina y 2 semanas de gentamicina. La paciente fue dada de alta pendiente de cierre del CAP.

La incidencia de CAP ha aumentado espectacularmente en las últimas 2 décadas, debido al incremento en la supervivencia de niños prematuros, situándose actualmente en torno al 0,02-0,04% de los nacidos a término⁴. Las complicaciones más frecuentes del CAP son la insuficiencia cardiaca izquierda y la endocarditis infecciosa (endarteritis)¹.

El cierre quirúrgico o percutáneo del CAP está indicado prácticamente en todos los casos, salvo en los que han desarrollado hipertensión pulmonar grave e irreversible y en los que presentan un CAP silente (pacientes asintomáticos y sin soplo audible). También deben ser intervenidos todos los pacientes que han presentado un episodio de endarteritis^{5,6}. En pacientes con CAP pequeño, asintomático, pero audible en la auscultación, el cierre de éste es un tema controvertido y no hay una recomendación clara en las guías de práctica clínica⁶⁻⁸.

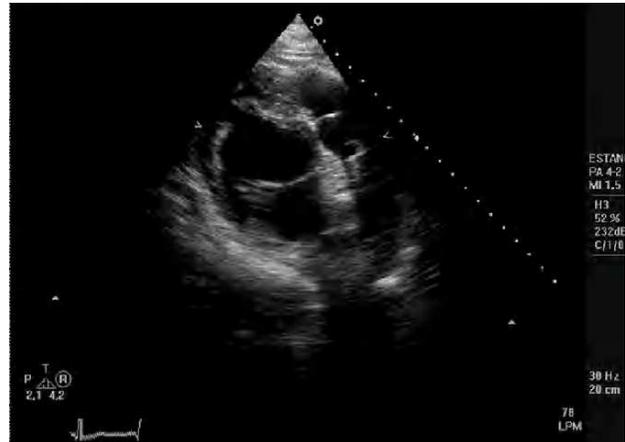


Fig. 1. Ecocardiograma transtorácico (eje paraesternal corto). Se aprecia la arteria y la válvula pulmonar con una estructura fijada a la pared arterial que indica la presencia de una vegetación.

Este caso corresponde a una paciente con un CAP pequeño, asintomático, sin ningún procedimiento de riesgo previo, que desarrolla una endarteritis infecciosa, complicada con embolismo pulmonar séptico. De esta manera, se muestra que la endarteritis infecciosa puede aparecer como una complicación del CAP, aunque sea excepcional en pacientes asintomáticos. Como muestra el caso expuesto, el riesgo de infección está presente incluso en conductos pequeños asintomáticos, y, por tanto, se debería considerar su cierre profiláctico.

Ignacio Cruz-González,
Francisco Martín-Herrero
y José L. Sánchez

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

BIBLIOGRAFÍA

- Campbell M. Natural History of persistent ductus arteriosus. *Br Heart J.* 1968;30:4-13.
- Huggon IC, Qureshi SA. Is the prevention of infective endarteritis a valid reason for closure of the patent arterial duct? *Eur Heart J.* 1997;18:364-6.
- Parthenakis F, Kanakarakaki M, Vardas P. Silent patent ductus arteriosus endarteritis. *Heart.* 2000;84:619.
- Mullins CE. Patent ductus arteriosus. The science and practice of pediatric cardiology. Philadelphia: Lea and Febiger; 1990.
- Novo García E, Bermúdez R, Herráiz I, Salgado A, Balaguer J, Moya JL, et al. Cierre de *ductus* en adultos mediante dispositivo de Rashkind: resultados comparativos. *Rev Esp Cardiol.* 1999; 52:172-80.
- Deanfield J, Thaulow E, Warnes C, Webb G, Kolbel F, Hoffman A, et al. Management of grown up congenital heart disease. *Eur Heart J.* 2003;24:1035-84.
- Kouris N, Sifaki M, Kontogianni D, Zaharos I, Kalkandi E, Grasso H, et al. Patent ductus arteriosus endarteritis in a 40-year old woman diagnosed with Transesophageal Ecocardiography. *A case*

report and brief review of the literature. *Cardiovasc Ultrasound*. 2003;1:2.

8. Monedero CM, Enríquez de Salamanca F, Herráiz Sarachaga I, Zabala Argüelles JI. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en las cardiopatías congénitas más frecuentes. *Rev Esp Cardiol*. 2001;54:67-82.