



CARDIOLOGÍA DEL ADULTO – REVISIÓN DE TEMAS

Endocarditis de Libman-Sacks



Carolina Saldarriaga^a, Ana G. Múnera^{a,b} y Mauricio Duque^{a,c,*}

^a Universidad CES, Medellín, Colombia

^b Hospital General de Medellín, Medellín, Colombia

^c CES Cardiología, Medellín, Colombia

Recibido el 4 de junio de 2014; aceptado el 20 de marzo de 2015

Disponible en Internet el 26 de mayo de 2015

PALABRAS CLAVE

Endocarditis;
Imágenes de
ecografía;
Inflamación;
Infección

KEYWORDS

Endocarditis;
Ultrasound images;
Inflammation;
Infection

Resumen La endocarditis de Libman-Sacks es una manifestación cardíaca bien reconocida del lupus eritematoso sistémico en la que se observan vegetaciones valvulares estériles, con predominio en el lado izquierdo del corazón, especialmente en la válvula mitral. La mayoría de los pacientes son asintomáticos; sin embargo, en la presentación clínica la forma aguda puede imitar a la de una endocarditis infecciosa (endocarditis pseudoinfecciosa) y complicar tanto el diagnóstico diferencial como el tratamiento.

Se reporta el caso de un paciente de género masculino, de 63 años, quien manifestó signos y síntomas compatibles con endocarditis infecciosa, y cuyos diferentes estudios demostraron una endocarditis de Libman-Sacks que respondió de forma favorable al tratamiento inmunosupresor.

© 2015 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Libman-Sacks endocarditis

Abstract The Libman-Sacks endocarditis is a well-recognized systemic lupus erythematosus manifestation in which cardiac valvular sterile vegetations are observed predominantly in the left side of the heart, especially in the mitral valve. Most patients are asymptomatic; however, the acute clinical presentation may mimic an infectious endocarditis (pseudo-infectious endocarditis) and complicate both the differential diagnosis and treatment.

The case of a 63 year-old male patient, who presented signs and symptoms consistent with infectious endocarditis and whose several studies demonstrated Libman-Sacks endocarditis and who responded favorably to immunosuppressive therapy, is reported.

© 2015 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mauricioduquemd@gmail.com (M. Duque).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2015.03.010>

0120-5633/© 2015 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La endocarditis de Libman-Sacks, también conocida como endocarditis verrucosa atípica, es una manifestación cardíaca bien reconocida del lupus eritematoso sistémico, encontrándose en uno de cada 10 pacientes con la enfermedad, en quienes se demuestran vegetaciones valvulares estériles, que afectan con mayor frecuencia las válvulas del lado izquierdo del corazón, en especial la valva posterior de la mitral. La mayoría son asintomáticos; sin embargo, la presentación clínica puede simular una endocarditis infecciosa que hace difícil el diagnóstico diferencial y el tratamiento. A continuación se reporta un caso clínico de endocarditis de Libman-Sacks que se asemejó a una endocarditis infecciosa y evolucionó de manera satisfactoria con el tratamiento inmunosupresor. Se hace, así mismo, una revisión de la literatura.

Caso

Paciente de género masculino, de 63 años, quien ingresó por un cuadro clínico de cuatro meses de evolución de disnea, edema de miembros inferiores, asociado a malestar general, fiebre subjetiva y artralgias de pequeñas articulaciones. Tenía antecedentes personales de hipertensión arterial y ex tabaquismo, y no refirió antecedentes familiares relevantes.

Al examen físico se halló alerta, orientado, afebril, con pulso de 100 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto, presión arterial 132/70 mm Hg. Conjuntivas pálidas y cuello con ingurgitación yugular grado II. La auscultación cardiopulmonar reveló ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular disminuido globalmente, con roncus escasos bibasales. Presentaba abdomen con hepatomegalia no dolorosa, extremidades con edema grado II con fovea y pulsos conservados. Piel acartonada con sinovitis en carpo y en articulaciones metacarpofalángicas.

Los análisis de laboratorio revelaron elevación de reactantes de fase aguda, anemia normocítica normocrómica, linfopenia, trombocitosis, coombs directo positivo +++, y pruebas de función hepática y renal normales.

Desde su ingreso presentó picos febriles, por lo que se solicitaron hemocultivos y ecocardiografía transesofágica; esta última reportó engrosamiento del cuerpo de la valva anterior de la válvula mitral (grosor hasta de 6,0 mm), imagen ecodensa que protruía 4,0 mm en la superficie auricular de la válvula compatible con vegetación, insuficiencia mitral trivial con origen en la superficie de coaptación y derrame pericárdico trivial (fig. 1).

De acuerdo con este resultado y dados los picos febriles persistentes, se inició cubrimiento antibiótico para posible endocarditis infecciosa con ampicilina/sulbactam, vancomicina y gentamicina.

Los hemocultivos seriados fueron negativos.

Se obtuvieron resultados de estudios adicionales solicitados: VDRL reactivo 8 dils, factor reumatoideo positivo 296 UI/mL, ANAS positivos patrón homogéneo 1:1280, anti-DNA positivo 1:160, anti-Ro positivo 2,96, anti-La negativo y anti-Sm negativos. Hipocomplementemia C3 (70 mg/dL) y C4 (6 mg/dL) por nefelometría, anticuerpos anticardiolipina IgG (aCL) positivos 42 U y prueba presuntiva para virus de inmunodeficiencia humana negativa.

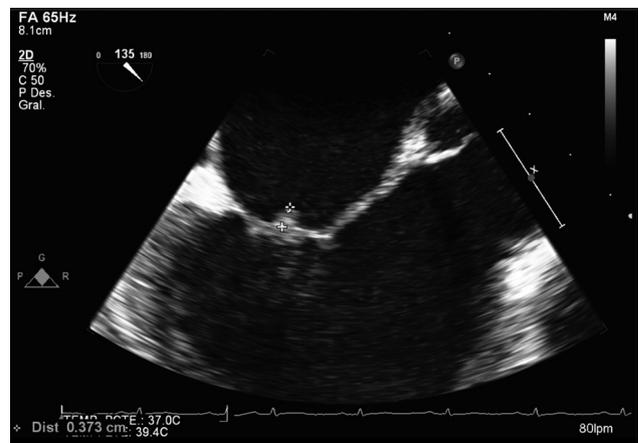


Figura 1 Proyección medio esofágica eje largo con la válvula aórtica abierta, en la que se observa imagen ecodensa que protruje 4 mm en la superficie auricular de la válvula mitral.

Estos resultados y la clínica del paciente configuraron el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico y por tanto se consideró la posibilidad de endocarditis de Libman-Sacks.

Persistió con picos febriles y deterioro de su condición clínica a pesar del tratamiento antibiótico; presentó, además, cambios del comportamiento y alucinaciones auditivas. Se ordenó resonancia magnética cerebral que reportó en la secuencia de Flair y en el T2, múltiples focos de hiperintensidad en la sustancia blanca y en los centros semiovais en forma bilateral, con restricción en la difusión tisular, que sugirieron múltiples eventos isquémicos lacunares recientes. Fue valorado por Neurología que consideró compromiso por vasculitis lúpica del sistema nervioso central.

Se iniciaron esteroides sistémicos con metilprednisolona intravenosa y se continuó con prednisona oral a dosis de 1 mg/kg/día con lo cual se observó respuesta clínica adecuada, así como resolución del cuadro febril y de las alteraciones neuropsiquiátricas.

Una semana después se realizó ecocardiografía transesofágica de control que reportó disminución del grosor de la valva anterior de la mitral (entre 4,0 y 6,0 mm) y resolución de la vegetación evidenciada (figs. 2 y 3).

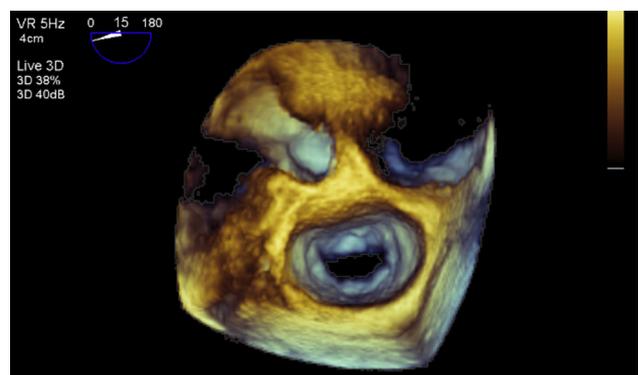


Figura 2 Ecocardiografía tridimensional después del tratamiento inmunosupresor en la que observa resolución del engrosamiento de la superficie valvular.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3012086>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3012086>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)