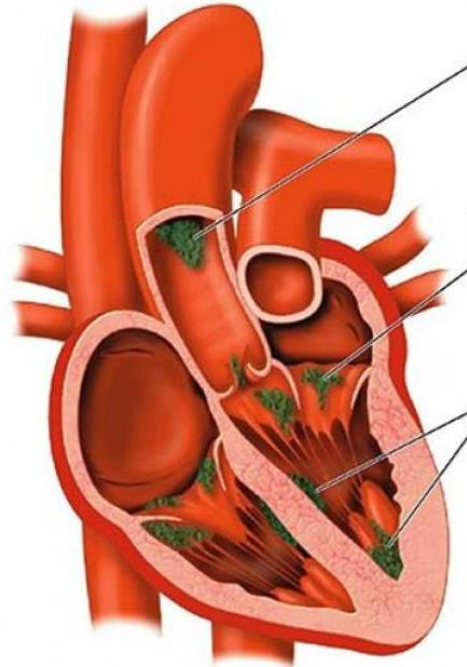


ENDOCARDITIS



Paula Esquerdo Serrano (Rotatorio Pediatría)
Tutor: Amelia Herrero Galiana (Sección Lactantes)

Servicio de Pediatría, HGUA

Anamnesis

Antecedentes:

- RNT, peso AEG, test APGAR 9/10, periodo perinatal sin incidencias, Inmunización correcta
- Ductus arterioso persistente con cortocircuito I-D y dilatación de cavidades izquierdas
- **Oclusión ductus** con dispositivo amplatzer (08/01)

Enfermedad actual (14/01):

- Lactante de 10 meses con fiebre de 4 días de evolución hasta 39 °C
- Ambiente catarral en domicilio

Exploración física

Somatometría: peso: 8,360 Kg (p25) / talla: 73cm (p50) / PC: 46,5 cm (p75-90)

Constantes: T^a: 37,1 °C / TA: 92/50 mmHg / FC: 125 lpm /FR: 40 rpm /sat O₂: 98%

- Buen estado general. **Palidez. Exantema papuloso no confluyente en MMII desde el día anterior**
- ORL: normal
- AC: rítmica sin soplos. Pulsos periféricos presentes y simétricos
- AP: buena entrada de aire bilateral sin ruidos respiratorios. No dificultad respiratoria ni taquipnea
- Abd: blando, depresible, no aparente dolor a la palpación sin signos de irritación peritoneal
- Resto de exploración normal

Pruebas diagnosticas

AS (hemograma y bioquímica): **elevación RFA** (PCR 11,40 mg/dL) sin leucocitosis **anemia normocítica** (Hb 7,9 g/dL, Hto 24,2% y VCM 8,5 fL)

Sedimento urinario: normal

Gasometría venosa: normal

Panel respiratorio de exudado nasofaríngeo: se detecta **influenza A**

Rx tórax: silueta prótesis bien situada y campos pulmonares sin consolidaciones

Hemocultivo: **enterococcus faecalis** y staphilococcus spp. a las 24h

Antibiograma: pendiente

BACTERIEMIA por *enterococcus faecalis*
SOSPECHA endocarditis bacteriana
GRIPE A

Criterios mayores

a. HC positivos para EI:

- Microorganismo típico compatible con EI en 2 HC separados (*Streptococcus viridans*, *Streptococcus bovis*, grupo HACEK, *Staphylococcus aureus*) o enterococos adquiridos en la comunidad en ausencia del foco primario
- Microorganismo compatible con EI en hemocultivos persistentemente positivo, definido como:
 - Al menos 2 HC positivos separados más de 12 horas o
 - 3 de 3 HC positivos o la mayoría de > 4 HC (con una hora al menos entre el primero y el último)
- HC único positivo para *Coxiella burnetii* o serología positiva a un título de anticuerpos en fase I > 1:800

b. Evidencia de afectación endocárdica:

- Ecocardiografía compatible con EI (vegetación en válvula o estructura adyacente, o en zona de choque de turbulencia o en material protésico en ausencia de diagnóstico alternativo o absceso o nueva dehiscencia de válvula protésica)
- Nueva regurgitación (no sería suficiente con aparición de nuevo soplo)

Criterios menores

a. Cardiopatía predisponente o consumo de drogas por vía endovenosa

b. Fiebre > 38 °C

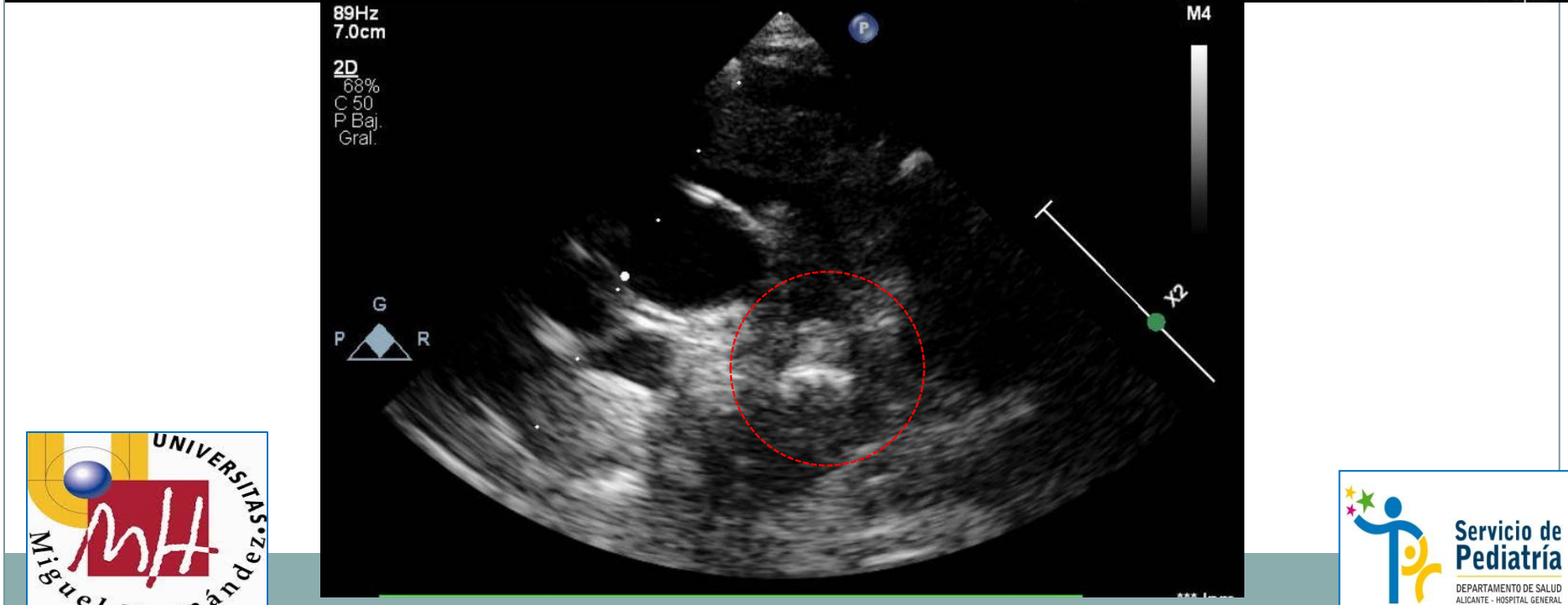
c. Fenómenos vasculares: embolia de grandes arterias, infartos pulmonares sépticos, aneurismas micóticos, hemorragia intracraneal, hemorragia conjuntival y lesiones de Janeway

d. Fenómenos inmunológicos: glomerulonefritis, nódulos de Osler, manchas de Roth y factor reumatoide

e. Evidencia microbiológica: hemocultivo positivo pero que no cumple con los criterios mayores o evidencia serológica de una infección activa por un microorganismo compatible con EI

Evolución

- Ingreso hospitalario (15/01) y antibioterapia iv (ampicilina + gentamicina +/- ceftriaxona)
- Ecocardiograma: IAo moderada sin signos de endocarditis
- EF: afebril, palidez. Desaparición exantema papuloso en MMII
- Repetición pruebas:
 - Hemocultivo 24h: *enterococcus faecalis*
 - AS (hemograma y bioquímica): PCR 10,8 mg/dL, procalcitonina 0,88 mg/dL, leucocitos $17,43 \times 10^3$, neutrófilos $9,66 \times 10^3$, Hb 8,9 g/dL y hto 26,8%
 - Urocultivo y sedimento: negativo
 - Ecocardiograma: sin cambios



Revisión literatura

- La Endocarditis es **rara** en niños y el factor de riesgo más común es la **cardiopatía congénita**
- Agentes mas frecuentes son *Staphylococcus* y *Streptococcus*
- **Clínica inespecífica**: fiebre prolongada, malestar general, pérdida apetito, soplo cardiaco nuevo...
- Diagnóstico es **clínico** (criterios Duke)
- Pruebas elección: hemocultivo y ecocardiograma seriados
- Tratamiento: **tratamiento antibiótico IV prolongado** (4-8 sem) ajustado a antibiograma, agente y FR. Ocasionalmente es necesario cirugía
- Complicaciones: insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, ACV
- **Mortalidad elevada** y graves secuelas



Dispositivo amplatzer

Bibliografía

- Vicent L, Luna R, Martínez-Sellés M. Pediatric infective endocarditis: A literature review. J Clin Med. 2022; 11: 3217
- Melendo S, Espiau M, Rosés F, Betrián P, Abella RF, Larrosa N, Castellote A, Roca I, Fernández A, oler P. ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN PEDIATRÍA. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. Febrero 2016
- Aboza M, García MT, Goycochea WA. Miocarditis, endocarditis y pericarditis infecciosa. Protoc diagn ter pediatr. 2023; 2:329-345
- Fernández A, del Cerro MJ, Rubio D, Castro MC, Moreno F. Cierre percutáneo del ductus arterioso persistente con dispositivo de Amplatz: resultado inmediato y seguimiento a medio plazo. Rev Esp Cardiol. 2002;55(10):1057–62.
- Parra-Bravo JR, Cruz-Ramírez A, Toxqui-Terán A, Juan-Martínez E, Chávez-Fernández A A, Lazo-Cárdenas C, et al. Cierre percutáneo del conducto arterioso persistente con dispositivo Amplatzer en niños: resultados inmediatos y a un año. Arch Cardiol Mex. 2009;79(2):114–20.

