

# Endocarditis por *Streptococcus anginosus*: caso clínico

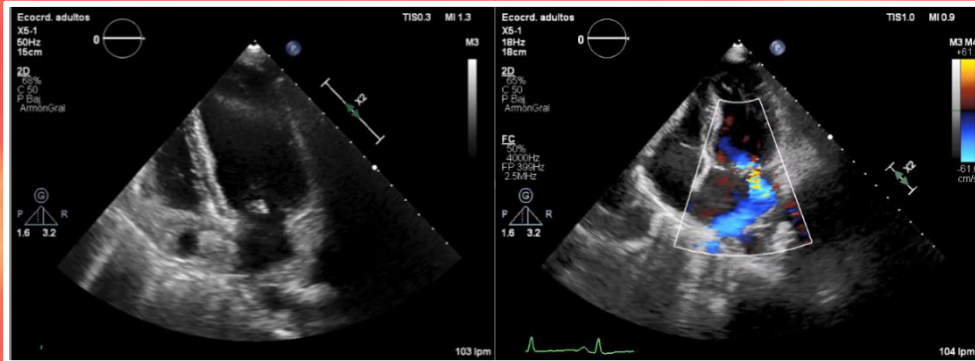
Murciano Marqués, Elena; Buisan Esporrin, Cristina; Chofre Moreno, Davinia; Briceño Revillo, Jorge Miguel; Meseguer González, Daniel; Morlanes García, Paula; Murciano Marqués, Paula; Escota Villanueva, Javier.



Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Mujer de 49 años, tutelada, IABVD. Sin factores de riesgo cardiovascular, con antecedentes de prolapso mitral con insuficiencia mitral (IM) moderada y déficit cognitivo secundario a infección intrauterina.

Ingresa en Cardiología, tras detectar en consultas, ECG compatible con IAM con onda Q anteroseptal evolucionado, paucisintomático. En la anamnesis sólo destaca clínica de inestabilidad desde hace mes y medio así como dolor abdominal que cede con paracetamol. A la exploración, estable hemodinámicamente con hábito caquético. Sin soplos ni otros hallazgos patológicos a la auscultación, sin signos de insuficiencia cardíaca ni estigmas de endocarditis.

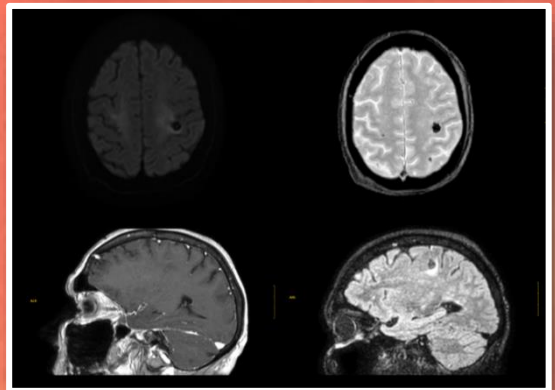


En las primeras horas de hospitalización presenta picos febriles de hasta 38° sin semiología infecciosa asociada con crecimiento de *S. anginosus* en hemocultivos, se modifica tratamiento antibiótico a Penicilina G sódica IV y Gentamicina IV. En ecocardiograma transtorácico (ETT) se objetiva acinesia apical con FEVI conservada e imagen sugestiva de vegetación en velo anterior mitral de 11 mm que condiciona una regurgitación moderada. A destacar imposibilidad de realizar de ecocardiograma transesofágico por micrognatía. Dado la clínica en meses previos, se realiza TAC y RM cerebral que confirma la existencia de embolismos sépticos occipital y frontotemporales izquierdos con transformación hemorrágica posterior, así como TAC abdominal sin alteraciones significativas. Estudio de viabilidad con gammagrafía miocárdica de perfusión en reposo. Se confirma en TAC coronario oclusión en DA media con lecho apical permeable y filiforme. Se decidió NO revascularizar por ausencia de beneficio clínico.



Evolución posterior favorable con negativización de hemocultivos a las 72 horas. Tras 6 semanas de terapia antibiótica se repite ETT de control que evidencia la práctica desaparición de la vegetación, e IM moderada residual similar a estudio previos. Ante dichos hallazgos en paciente frágil se optó por tratamiento conservador.

Vista en consultas recientemente, estable en clase funcional NYHA I sin progresión de su valvulopatía.



En conclusión la endocarditis infecciosa subaguda puede generar cuadros larvados paucisintomáticos de largo tiempo de evolución y de diagnóstico tardío en el momento de las complicaciones. Ante paciente con embolismos a distintos niveles hay que tener siempre en mente la posibilidad de que se trate de una endocarditis para un diagnóstico precoz.