

ENDOCARDITIS BACTERIANA: CONSIDERACIONES CLINICAS Y TRATAMIENTO

II Congreso Médico Provincial

Dr. Luis Torres Garcés

II Curso de Temas Libres

Autora y Expositora:

Hilda Ximena Vásquez M.

Coautora: Dunia E. Rueda García

Sede: Hotel Ramada 19-22/Septiembre/1995

RESUMEN

Este tema libre expone nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de un caso de Endocarditis Bacteriana en un lactante masculino de tres meses 22 días con comunicación interventricular.

SUMMARY:

This paper review our experience in diagnosis ant treatment in Endocarditis in a three months 22 days old male baby, with C.I.V.

INTRODUCCION:

Cuando un niño con una cardiopatía congénita tiene una septicemia por cualquier causa, siempre existe la posibilidad de que el endocardio se infecte. El origen de la infección puede ser una extracción dental o una infección de vías aéreas superiores.

El agente causal más frecuente es el *Estreptococo Viridans*. El diagnóstico clínico y rayos X de tórax confirman el cuadro de Endocarditis Bacteriana.

CASO CLINICO.

Se reporta un caso clínico en la Sala San Vicente del Hospital León Becerra de Guayaquil, Ecuador.

Ingresa el 11 de Agosto de 1995 con un cuadro clínico de 15 días de evolución, presentando tos, fiebre y dos días antes de su ingreso diarreas pastosas amarillo-verdosas sin moco y con sangre en número de 8/24 horas.

Se trata de un lactante menor masculino de tres meses 22 días de edad con un peso de 6 Kg.

Examen Físico: Presenta aleteo nasal, piel y mucosa semihúmedas y signos de dificultad respiratoria. Se encuentra tiraje intercostal retracción xifoidea: campos pulmonares con murmullo vesicular disminuido lateralmente en bases, sibilancias escasas, estertores broncoalveolares diseminados: F.R. 50x' F.C. 180 X'

RsCs: Taquicardia: soplo sistólico en foco tricuspideo y mitral.

Abdomen blando, depresible, no visceromegalia,
Rs Hs presentes.

Se tomó Rayos X Standard de Tórax la misma que muestra Pnevmonía hiliar y yuxtahiliar derecha; bronconeumonia yuxtacardiaca derecha corazón desviado a la izquierda, ventrículo izquierdo agrandado.

EKG: Hipertrofia ventricular derecha con sobrecarga de presión en V1 a V4 y Volumen en V5 y V6 con aumento de la aurícula izquierda, Laboratorio reporta Ht 35% GB 10.800 Seg. 53 E 2 B 0 L 44 M 1 Hb 10.2g Coproparasitario: hematíes y piocitos.

Se inició tratamiento con DW5% con electrolitos a 120 ml/kg. Cefotaxideme 100 mg/kg por 10 días Amikacina 15 mg/kg por 6 días. Nebulizaciones con Bricanyl. Lanicor 7 gotas BID

ID: Bronquioalveolitis

I.R.A.

Cardiopatía congénita

COMENTARIO

La endocarditis implica en primer término la existencia de un proceso bacteriano o abacteriano, capaz de producir un síndrome febril y en segundo lugar, la afectación cardíaca con la siguiente producción de soplo.

Las lesiones que a menudo desarrollan un endocarditis son: comunicación interventricular, persistencia del conducto arterioso coartación de la aorta y lesiones valvulares mitral y aórtica.

La Endocarditis bacteriana es poco frecuente en la Estenosis Pulmonar aislada. La infección se

desarrolla en las zonas que han sido dañadas previamente por el flujo de sangre que ataca el endocardio.

El cuadro clínico y la radiografía de tórax permiten el diagnóstico donde los dos elementos semiológicos más importantes son: la fiebre y el soplo.

Desde el punto de vista ideal, lo principal, sería conocer el germen causal y su sensibilidad a los antibióticos, antes de iniciar un tratamiento, pero no siempre se obtiene un hemocultivo positivo, en particular si antes del ingreso al Hospital el paciente ha recibido antibioticoterapia.

En la actualidad la mayoría de pacientes afectados por Endocarditis pueden curarse, pero en última instancia, ello depende de la prontitud del diagnóstico y tratamiento.

El lema debe ser: **"Evitar cualquier retraso"**.

Foto 1 Rx AP

CONCLUSION

De acuerdo a los datos clínicos y a la evolución de la enfermedad caracterizado por procesos respiratorios, tos, fiebre, dificultad respiratoria y cuadros gastrointestinales con deposiciones verdosas y su antecedente cardiaco C.I.V.

Permitieron que se considere la probabilidad de Endocarditis, donde el foco de infección fue en vías aéreas respiratorias inferiores con la curva térmica y con la aparición de un soplo sistólico en el mesocardio foco tricuspideo y mitral.

Aunque no se llevó a cabo una Ecocardiografía, para confirmar el diagnóstico, sólo a base de la clínica de Rx de tórax y su EKG revelando datos de insuficiencia cardiaca, shunt de izquierda-derecha más hipertensión pulmonar.

Inclusive no se realizó el hemocultivo por la administración de antibióticoterapia oportuna, mejorando las condiciones hemodinámicas del paciente.

Los nuevos controles de exámenes de laboratorio y las citas cardiológicas mantiene al paciente en buenas condiciones, disminuyendo la mortalidad de aquellos pacientes que presentan este cuadro.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alconada J.- Endocarditis por estreptococo B. hemolítico Grupo "A" en niños. *Infectol Microbiol Clin* Vol. 5n. 4 1993. pp.
- 2.- Badner S. Abrahan, Endocarditis infecciosa en recién nacidos. *Pediatría*. Vol. 31 N.4.- 1988 pp 199-203
- 3.- Cave, C. Infective endocarditis and an embolomy cotic aneurism in 25 month old child. *J. Cardiovasc surg.* Vol. 31 n.6 1990 pp. 805-8
- 4.- Editor Duree de l antibioterapy *Peddiatrie* vol. n.5 1991 pp 429-42
- 5.- Faerron J. Conocimientos cardiológicos en la práctica pediátrica. *Rev. Med. Hospital niños Costa Rica* vol. 23 n. 1 y 2 1988 pp 19-36
- 6.- Johnson M. Endocarditis in a father an daughter southern *Med. J* vol. 84 n.4 1991 pp 500-1
- 7.- Matsuoka. Yuji Isolated tricuspid valve endocarditis in a hild with a normal heart. *Acta Paediat Jpn* vol. 30 n.6 1988 pp 717-72
- 8.- Morales F. Endocarditis de valva tricúspide em crianças *Arq Brass Cardio* vol. 58 1992 pp 375-7
- 9.- Quero M. Cardiopatías cianóticas con insuficiencia cardiaca derecha. Actualizaciones diagnóstica y terapéutica. *Rev. Espan. Pediat.* vol. 46 n.274 1990 pp 271-280
- 10.- Romero J. Bacteria endocarditis after adjustment of orthodontic aplicances *J. Pediat* vol. n.2 1991 pp 248-9