

ENDOCARDITIS POR NEUMOCOCO EN VENTRICULO DERECHO EN UN NIÑO CON AORTA BICUSPIDE.

R.Rodríguez Serrano*, I. Uriaguereca Od riozola, M Landa Garriz, E.Garrote Llanos, J. Aristegui Fernández

Hospital de Basurto (Bilbao); Hospital de Cruces (Baracaldo).

Avenida Ballonti 14 3ºA. 48920 Portugalete (Vizcaya). 653743863

raul.rodriguezserrano@osakidetza.net

INTRODUCCIÓN: la endocarditis bacteriana es una infección inusual en pediatría, que aparece más frecuentemente asociada a niños con cardiopatía congénita de base, cirugía o procedimientos invasivos.

CASO CLÍNICO: niño de 10 años diagnosticado en el periodo neonatal de aorta bicúspide y estenosis aórtica leve. Presenta proceso febril intermitente de 10 días de evolución. Ingresa en UCIP a los 4 días del inicio del cuadro, ante la sospecha de encefalitis, por episodio de vómitos, cefalea y disminución de conciencia. Pruebas analíticas sanguíneas y de líquido cefalorraquídeo normales. Se instauro tratamiento con aciclovir IV presentando una recuperación completa a las 24 horas, por lo que se decide su paso a planta de hospitalización. PCR para VHS y estudios serológicos y microbiológicos negativos. Durante su estancia en planta, reinicia síndrome febril mantenido, objetivándose un aumento progresivo de los niveles de PCR, leucocitosis y neutrofilia. Se aísla en 3 hemocultivos *Streptococcus pneumoniae* (Rx tórax normal). Ante la sospecha de endocarditis se realiza ecocardiografía que pone de manifiesto la presencia de una verruga que, implantada en la zona perimembranosa del tabique interventricular, se sitúa en el ventrículo derecho. Se inicia tratamiento empírico con vancomicina + gentamicina, que se sustituye por penicilina ante el resultado del antibiograma. La fiebre cede paulatinamente y en las ecocardiografías de control se comprueba disminución del tamaño de la verruga. Dos semanas después de iniciado el tratamiento reaparece la fiebre. Ecocardiografía: ausencia de verruga, que ha sido sustituida por una CIV, presencia de absceso en seno de valsalva y fístula hacia ventrículo derecho. Se decide tratamiento quirúrgico, cerrando la fístula con un punto y la CIV con un parche. Se mantiene con tratamiento antibiótico durante 5 semanas.

CONCLUSIONES: ante un niño con fiebre prolongada sin foco y cardiopatía congénita de base se debe descartar una endocarditis. La endocarditis de localización derecha es inusual. El *Streptococcus pneumoniae* es causa poco frecuente de endocarditis y su importancia radica en su agresividad y en el riesgo de complicaciones. La localización de la lesión, el agente etiológico, unido a la cardiopatía de base del paciente y la iconografía existente, hacen de este caso algo poco frecuente y de importante enseñanza pediátrica.

CASOS CLINICOS