

RESUMEN DE COMUNICACIÓN



Sociedad Española de
Infectología Pediátrica

Nº. Comunicación:
(No rellenar)

34

AUTOR PRINCIPAL (a efectos de correspondencia)

Apellidos: Fernández Ibieta

Nombre: María

Dirección:

Ciudad:

C.Postal:

Provincia:

Teléfono:

E-mail:

Fax:

Modalidad de presentación preferida: Oral Póster

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título: Endocarditis Infecciosa: Caso Clínico

Centro de trabajo: Hospital Universitario de Getafe (Madrid) y Hospital 12 de Octubre (Madrid)

Autores: Fernandez Ibieta M; Ramos Amador JT; Ruiz Contreras J; Gonzalez Tome MI; Flores P

Texto: INTRODUCCION.- La endocarditis infecciosa (EI) afecta habitualmente al endocardio, las válvulas o las estructuras relacionadas, generalmente sobre una lesión anterior: cardiopatía reumática anteriormente y cardiopatías congénitas en la actualidad. Los nuevos grupos de riesgo son los pacientes sometidos a cirugía cardíaca, los niños que precisan catéteres intravasculares, inmunodeprimidos y adictos a drogas por vía intravenosa. Puede ser aguda, pero más frecuentemente es subaguda y larvada, lo que retrasa el diagnóstico. Las bacterias más frecuentemente aisladas son cocos grampositivos, en especial Streptococcus grupo viridans (alfa hemolíticos, 32%), o Staphylococcus, (27%) más ligados a formas agudas y cirugía cardíaca, y Enterococcus (4%). Otras bacterias aisladas son las pertenecientes al grupo HACEK. La EI micótica es más frecuente en neonatos con infección sistémica o daño valvular por cateter venoso.

CASO CLÍNICO.- Paciente varón de 13 años de edad con síndrome de Down y Comunicación Interventricular (CIV) que ingresa por un cuadro de fiebre intermitente de dos meses de evolución, tratado con ciclos de amoxicilina-clavulánico. Se instaura tratamiento endovenoso con cefotaxima inicialmente. Al aislarse en hemocultivo un Streptococo Viridans, se realiza ecocardiografía, donde se detecta endocarditis tricúspide, alrededor del tejido de cierre de la CIV, con verruga de 16 mm y se instaura tratamiento con Gentamicina y Penicilina. El antibiograma, repetido, demostró resistencia de alto grado a la penicilina (CIM > 4), por lo que se duplicó la dosis de penicilina, a pesar de lo cual el paciente presentaba picos febriles intermitentes con signos de bacteriemia (mala perfusión periférica y tiritona). Valorado en otro centro, se decide cambio de antibiótico a Vancomicina, Gentamicina y Meropenem, desapareciendo finalmente los picos febriles. A las dos semanas del nuevo tratamiento antibiótico se realiza intervención quirúrgica, extirpando finalmente de la válvula tricúspide una verruga de 6 mm y cerrando con parche heterólogo la CIV. Posteriormente, el paciente recibió dos semanas más el mismo tratamiento iv y doce días más tratamiento oral con Linezolid. No han existido complicaciones desde la intervención, hace 22 meses.

CONCLUSIONES.- La supervivencia de pacientes pediátricos con malformaciones o intervenciones cardíacas hace necesario considerar la endocarditis infecciosa como parte del diagnóstico diferencial en cuadros de fiebre sin foco. Por otro lado, la resistencia antibiótica del S. viridans en este caso a los antibióticos habituales en los protocolos clásicos, ha obligado al empleo de nuevos antibióticos, como el Linezolid oral, que contribuyó en este caso al alta temprana del paciente

Este formato deberá enviarse debidamente cumplimentado como archivo adjunto a la dirección correo electrónico ibercongress@ibercongress.net. **Secretaría Técnica.**