

# CASO CLÍNICO ENDOCARDITIS INFECCIOSA DE VÁLVULA TRICÚSPIDE

**Dra. Lucia Antezana Navia**

**Servicio de Cardiología- Hospital Clínico Francisco Viedma  
Cochabamba - Bolivia**

## Introducción

La endocarditis de la válvula tricúspide es una infección poco común pero grave que afecta la válvula tricúspide, ubicada en el lado derecho del corazón. Generalmente se asocia con factores de riesgo como el uso de drogas intravenosas, dispositivos médicos permanentes (catéteres, marcapasos, etc.), o ciertas condiciones cardíacas preexistentes, así también la inmunosupresión: Sistemas inmunitarios debilitados puede facilitar la infección.

### Presentación del caso

Paciente femenina de 66 años de edad agricultora, con antecedentes de enfermedad de Chagas desde hace 20 años sin tratamiento, Hipertensión arterial; manifiesta cuadro clínico de 2 semanas de evolución caracterizado por presentar cefalea, malestar general, astenia, adinamia, oligoanuria por lo que acude a consulta externa de medicina interna, donde se le realiza **Laboratorio**: Hto: 24 mg/dl, HB:8.3, Leucocitos: 14.100 neutrófilos: 88 % Urea: 140, creatinina: 4mg/dl, TP: 17 seg INR:1.39. Examen general de orina patológico, Urocultivo con germen identificado Escherichia Coli Blee. Interpretándose el cuadro como Infección urinaria, iniciándose tratamiento antibiótico con Imipenem 500 mg cada 12h EV, siendo derivada a hospital de tercer nivel para manejo y tratamiento. Ingres a hemodinámicamente estable TA: 130/80 mmHg, FC: 71 lpm, FR: 20, Temp.: 36,5, Sat O2: 95%, a la auscultación Ritmo regular, soplo sistólico en foco tricúspideo 3/6, edema de miembros inferiores con fóvea 2+. La auscultación pulmonar era normal. Evolucion a las 5 horas de su ingreso con fibrilación auricular paroxística.

Se realiza estudios complementarios:

**Electrocardiograma** (fig. 1) de ingreso Fibrilación auricular de adecuada respuesta ventricular, electrocardiograma de control (fig. 2) Ritmo sinusal, bloqueo completo de Rama Derecha.

**Rx de tórax** (fig. 3): Cardiomegalia grado III. Tratamiento Iniciado: Imipenem 500 mg c/12h EV, Dapaglifozina 10 mg cada 24 h VO, espirolactona 50 mg cada 24 h VO, carvedilol 6,25 mg cada 12 h VO.

**Ecocardiograma transtorácico** (fig. 4-6): Endocarditis infecciosa aguda de válvula tricúspide, objetivándose en válvula tricúspide imagen móvil 2.9 x 0.7 cm, adherida a valva anterior, que prolapsa hacia cavidad auricular y ventricular, Motilidad global y segmentaria de las paredes del ventrículo izquierdo normal en reposo, FEVI: 61 %; Aneurisma del septum interatrial, Insuficiencia tricúspidea moderada a severa.

**Holter de 24 hs**: Ritmo sinusal durante el registro del estudio. FC promedio 56 lpm, FC mínima 45 lpm, No se registró arritmias ni pausas significativas.

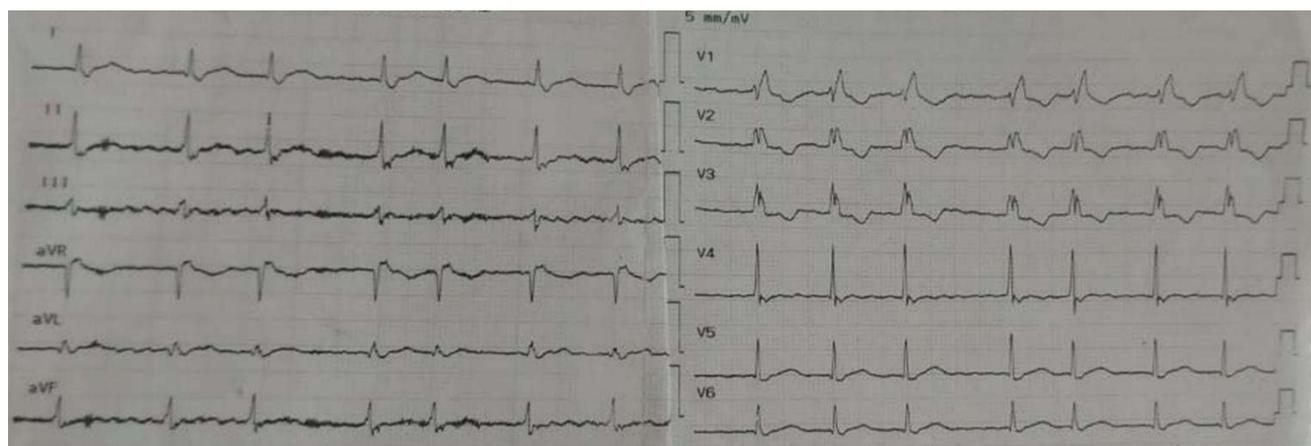
**Ecografía renal**: Atrofia e hidronefrosis bilateral, Riñón derecho 95 x 34x38 mm perdida del parénquima y seno renal adelgazamiento de la ecogenicidad. Vejiga distendida

**PANTAC:** A nivel de ambos campos pulmonares se evidencia imagen nodular hipodensa; la más grande a nivel de base pulmonar derecha 2.5 cm. Imagen hipodensa con capsula en musculo psoas derecho 1 x 1.8 cm. Riñones reducidos de tamaño.

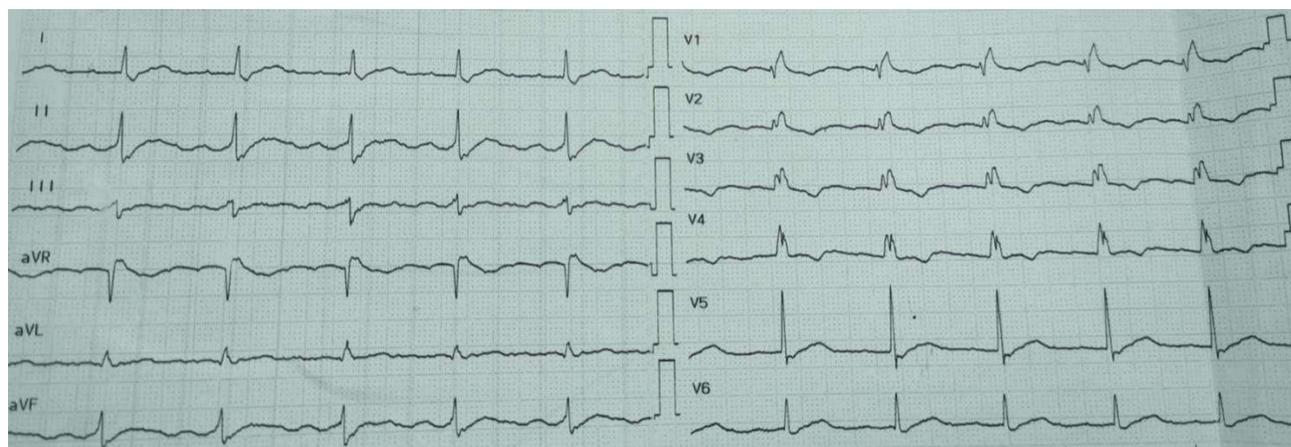
Es evaluada por cirugía cardiovascular: Sin indicación quirúrgica; se interpreta el cuadro como: Endocarditis infecciosa aguda de válvula tricúspide, Fibrilación auricular paroxística, Lesión renal aguda vs enfermedad renal crónica, infección urinaria por Escherichia Coli Blee, Cardiopatía Chagásica. Tratamiento vancomicina, Dapaglifozina, losartán.

Evoluciona durante su internación hemodinámicamente inestable, bradicardia, alteración del estado de conciencia, aumento de azoados e hiperpotasemia (Tabla2), en electrocardiograma se evidencia: Bradicardia FC: 31 lpm: Bloqueo completo de Rama derecha, ausencia de onda P, Latido de escape ventricular (fig. 7), iniciándose hemodiálisis y anticoagulación con rivaroxabán.

Paciente evoluciona favorablemente hasta el alta con los diagnósticos de egreso: Endocarditis infecciosa de válvula tricúspide tratada, Insuficiencia tricuspídea severa, fibrilación auricular paroxística, enfermedad renal crónica en hemodiálisis de reciente inicio, cardiopatía Chagásica.



**Fig. 1** Fibrilación auricular de adecuada respuesta ventricular FC: 80 lpm, bloqueo completo de rama derecha.



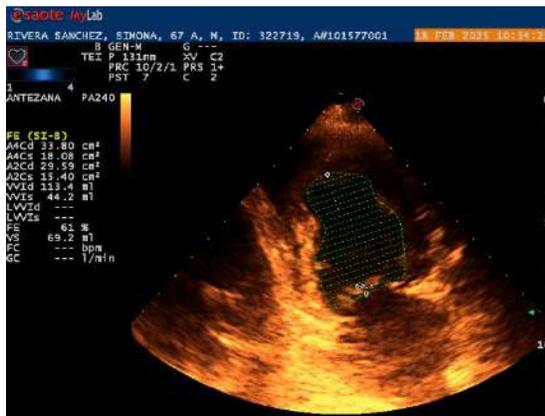
**Fig. 2** Ritmo sinusal, Bloqueo auriculo ventricular de primer grado, bloqueo completo de Rama Derecha



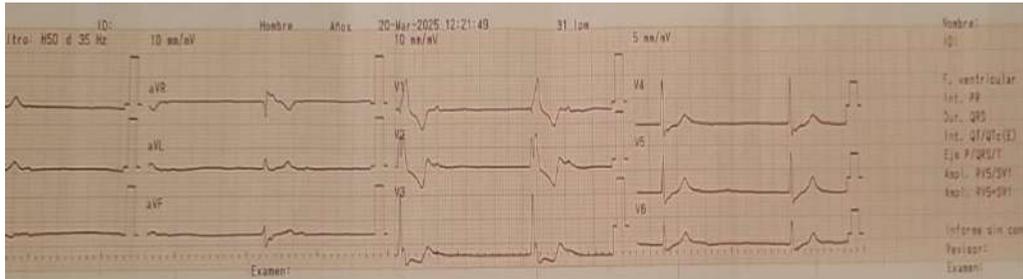
**Fig. 3** Radiografía de tórax anteroposterior: cardiomegalia grado III.



**Fig. 4** Ecocardiograma transtorácico Endocarditis infecciosa aguda de válvula tricúspide, objetivándose en válvula tricúspide imagen móvil 2.9 x 0.7 cm, adherida a valva anterior, que prolapsa hacia cavidad auricular y ventricular.



**Fig. 5** Ecocardiograma transtorácico: Función sistólica de ventrículo izquierdo conservada. FEVI: 61 %.



**Fig. 7** Electrocardiograma: Bradicardia FC: 31 lpm, Bloqueo completo de Rama derecha, ausencia de onda P, Latido de escape ventricular.

### Laboratorios de ingreso

Hemograma		Perfil hepático		Gasometria	
GR	2.76	BT	0.6	Ph	7.3
Hb	8.3	BI	0.4	PaO	77.7
Hcto	24	BD	0.6	PCO2	27.5
GB	14,100	GOT	26	HCO3	18.5
Neutrófilos	88	GPT	22	Lactato	1
Linfocitos	4	GGT	42		
monocitos	6				
Perfil renal		coagulograma		Electrolitos	
Urea	140	TP	17	Na	148
Creatinina	4	INR	1.39	K	4.3
		APTT	54	Cl	113
				Ca	10.8
				Mg	1.6

Tabla 1.

### Laboratorios de control:

	03/3	06/3	09/03	12/03	15/3	19/03	20/03	21/03	26/04
Hb	8.9	10	8.8	8.9	8.5	8.6		8.1	8.4
GB	5,100	6,900	6,700	7,790	6,100	6,910		9,950	6,900
Crea	3.6	4.03	5.2	4.2	4.6	4.4		4.25	4.26
Urea	47	93.6	136	157.2	156	120		110	72
Na	139	139	142	140		142	136		
K	5.4	5.7	5.5	5.1		6.5	6.2		
Cl	117	115	114	120		122	118		

Hemocultivo x3 Negativo  
 Hemocultivo x2 Negativo  
 UROCULTIVO: Sin desarrollo

MARCADORES TUMORALES:  
 CEA: 3.47  
 CA 19-9 : 6.42  
 CA 125 : 65.10

Tabla 2.

**Discusión**

La endocarditis infecciosa de la válvula tricúspide (IEVT) es una afección poco frecuente pero grave que afecta principalmente a personas con ciertos factores de riesgo, como el consumo de drogas por vía intravenosa, el uso de dispositivos médicos permanentes o antecedentes cardíacos. Esta afección se presenta con síntomas generales inespecíficos, como fiebre, fatiga, malestar general y síntomas

respiratorios debido a embolias pulmonares sépticas. El diagnóstico puede ser complejo, y a menudo requiere un alto índice de sospecha y el uso de los Criterios de Duke Modificados. El tratamiento suele consistir en antibióticos prolongados, reservándose la cirugía para casos con complicaciones graves. A pesar de sus dificultades, el pronóstico de la IEVT suele ser mejor que el de la endocarditis izquierda, especialmente cuando se identifica a tiempo y se trata adecuadamente.

La endocarditis tricuspídea causada por *Escherichia coli* (*E. coli*) es una infección poco común pero grave que afecta la válvula tricúspide del corazón. Generalmente, esta infección ocurre en personas con factores de riesgo como el uso de drogas intravenosas, dispositivos médicos implantados o antecedentes de problemas cardíacos. La *E. coli*, aunque comúnmente asociada con infecciones urinarias, puede causar endocarditis, especialmente en individuos con válvulas cardíacas dañadas o protésicas. La endocarditis por *E. coli* puede ser una complicación de infecciones urinarias previas, especialmente en personas mayores o inmunodeprimidas.

### **Conclusiones**

La endocarditis derecha de la válvula tricúspide es poco frecuente, en especial cuando no existen factores de riesgo para su aparición. Su diagnóstico temprano y oportuno es imprescindible para óptimo tratamiento. Los criterios quirúrgicos de abordaje de esta entidad deben considerarse en estos pacientes siguiendo los criterios establecidos.

### **Bibliografía**

1. Di Mauro M, Foschi M, Dato GMA, Centofanti P, Barili F, Corte AD, Ratta ED, Cugola D, Galletti L, Santini F, et al. *Int J Cardiol.* 1 de octubre de 2019; 292:62-67. Publicación electrónica, 7 de mayo de 2019.
3. Hussain ST, Witten J, Shrestha NK, Blackstone EH, Pettersson GB. Endocarditis de la válvula tricúspide. *Ann Cardiothorac Surg.* Mayo de 2017; 6 (3):255-261. [ [Artículo gratuito de PMC](#) ] [ [PubMed](#) ]
4. Wurcel AG, Anderson JE, Chui KK, Skinner S, Knox TA, Snyderman DR, Stopka TJ. Aumento de los ingresos por endocarditis infecciosa entre jóvenes que se inyectan drogas. *Open Forum Infect Dis.* 2016 Sep; 3 (3):ofw157. [ [Artículo gratuito de PMC](#) ] [ [PubMed](#) ].