

ENDOCARDITIS COMO COMPLICACIÓN EN UN PACIENTE ONCOLÓGICO

Chamorro Vera, Ana¹; Benito Bernal, Ana Isabel²; Fernández Smersu Nicolás¹; Gallego Cortés, Javier¹; Cantero Ulecia Rafael¹; Gutiérrez Agujetas, Marta¹; Cabello Anaya María del Carmen¹; Martínez García, Ana¹; Macías López, Nuria¹; Begines Tirado, Miguel¹.

¹Servicio de Pediatría, Hospital San Pedro de Alcántara.

²Servicio de Oncohematología y Trasplante, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

Introducción

La **endocarditis infecciosa** es una patología infrecuente en niños sanos; no siendo rara en niños con cardiopatías congénitas o inmunodeprimidos.

El 50-75% se asocian a cardiopatías congénitas, siendo factores de riesgo también un procedimiento invasivo previo o ser **portador de un catéter intravascular**.

Caso clínico

Resumen:

Paciente de 6 años diagnosticado de leucemia linfoblástica aguda de alto riesgo, encontrándose en el día +15 del fin de la reinducción 1. Ingresa en oncología por febrícula, astenia y neutropenia grave. Posteriormente precisa ingreso en UCI pediátrica por repercusión del estado general en el contexto de enterocolitis grave por clostridioides y endocarditis bacteriana.

Como antecedente de interés había sido hospitalizado un mes antes por infección asociada a port-a-cath por *Staphylococcus epidermidis* SARM (hemocultivos positivos durante 1 semana hasta retirada de catéter).

El paciente el día de su ingreso había acudido a visita de seguimiento, dónde refiere dolor en la zona perianal junto con decaimiento. Se extrae en ese contexto control analítico donde destaca pancitopenia junto con elevación de reactantes de fase aguda. Se decide ingreso para vigilancia, antibioterapia endovenosa y soporte transfusional. Empeoramiento hemodinámico durante las primeras 24 horas, por lo que se decide su traslado a UCI.

Pruebas complementarias:

- **Ecocardiograma:** Imagen hiperecogénica en aurícula derecha asociada a insuficiencia tricuspídea moderada, que sugiere endocarditis como primera sospecha
- **Hemocultivos seriados:** negativos.

Ante etiología no filiada, se realiza estudio de extensión:

- **Fondo de ojo, hongos en orina, galactomanano, PCR panfúngica, beta-glucano, TAC tórax:** sin hallazgos relevantes.
- **PET-TAC:** imagen en el suelo de aurícula derecha con incremento de la actividad glicídica, que sugiere la existencia de proceso infeccioso activo.

Tratamiento:

Vancomicina intravenosa que se mantiene durante 2 meses cuando se suspende por nefrotoxicidad, iniciándose **rifampicina oral y daptomicina intravenosa**.

Posteriormente tras valoración multidisciplinar, estabilidad de la lesión y comprobación de 3 hemocultivos negativos, se suspende antibioterapia.

Conclusiones

- La **endocarditis clínica** con hemocultivos persistentemente negativos constituye el 5-20% de los casos.
- Se debe a tratamiento **antibiótico previo**, como sería nuestro caso, o a microorganismos difíciles de cultivar.
- Los **hallazgos ecocardiográficos** forman parte de los pilares básicos en los que se asienta el diagnóstico clínico de endocarditis, siendo en la actualidad un **criterio diagnóstico mayor** el hallazgo de **vegetaciones**.

