



Caso clínico interactivo: Endocarditis en gestante



Irene Méndez Santos
Unidad de Técnicas Diagnósticas por Imagen
Servicio de Cardiología
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

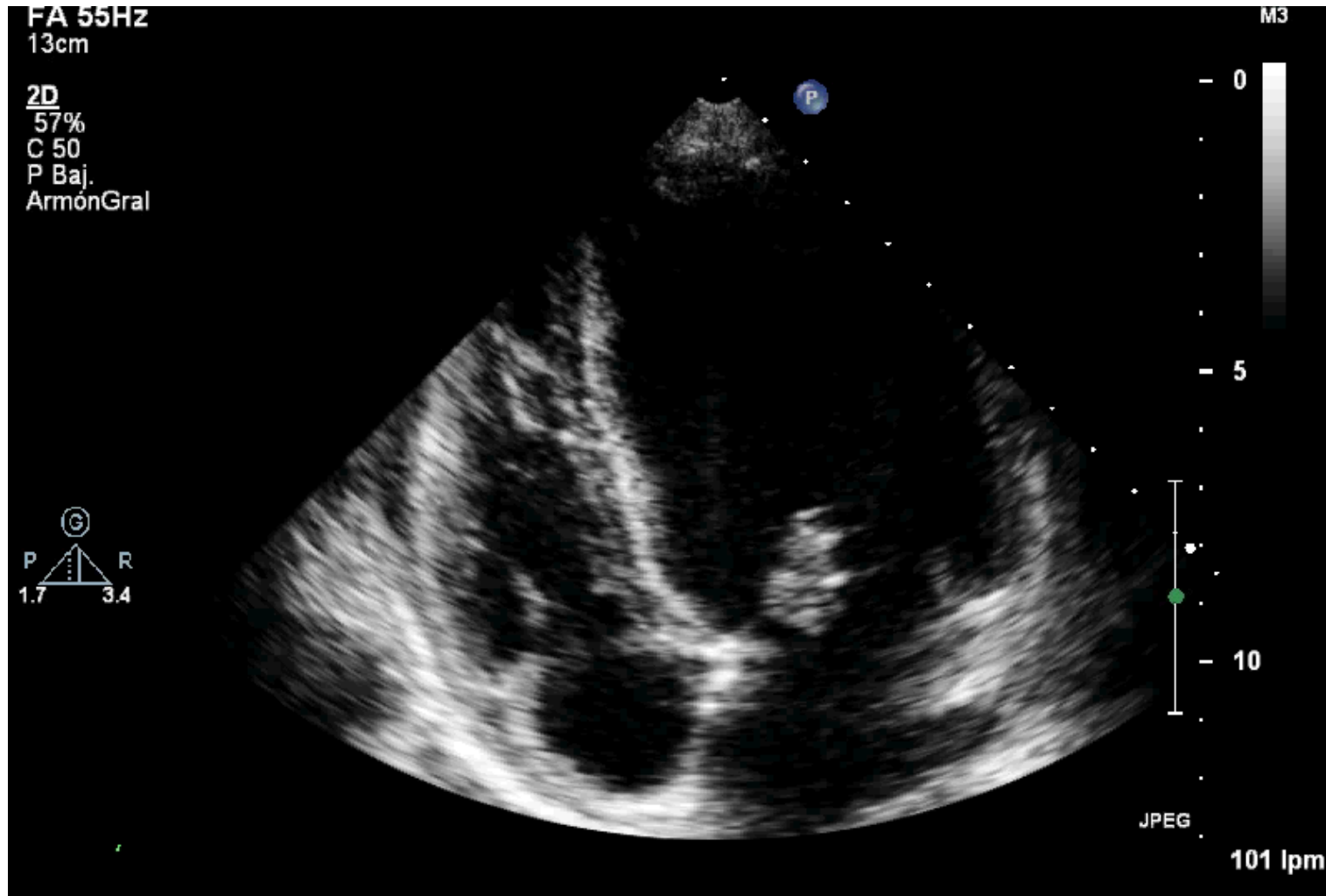
Caso clínico interactivo: Endocarditis en gestante



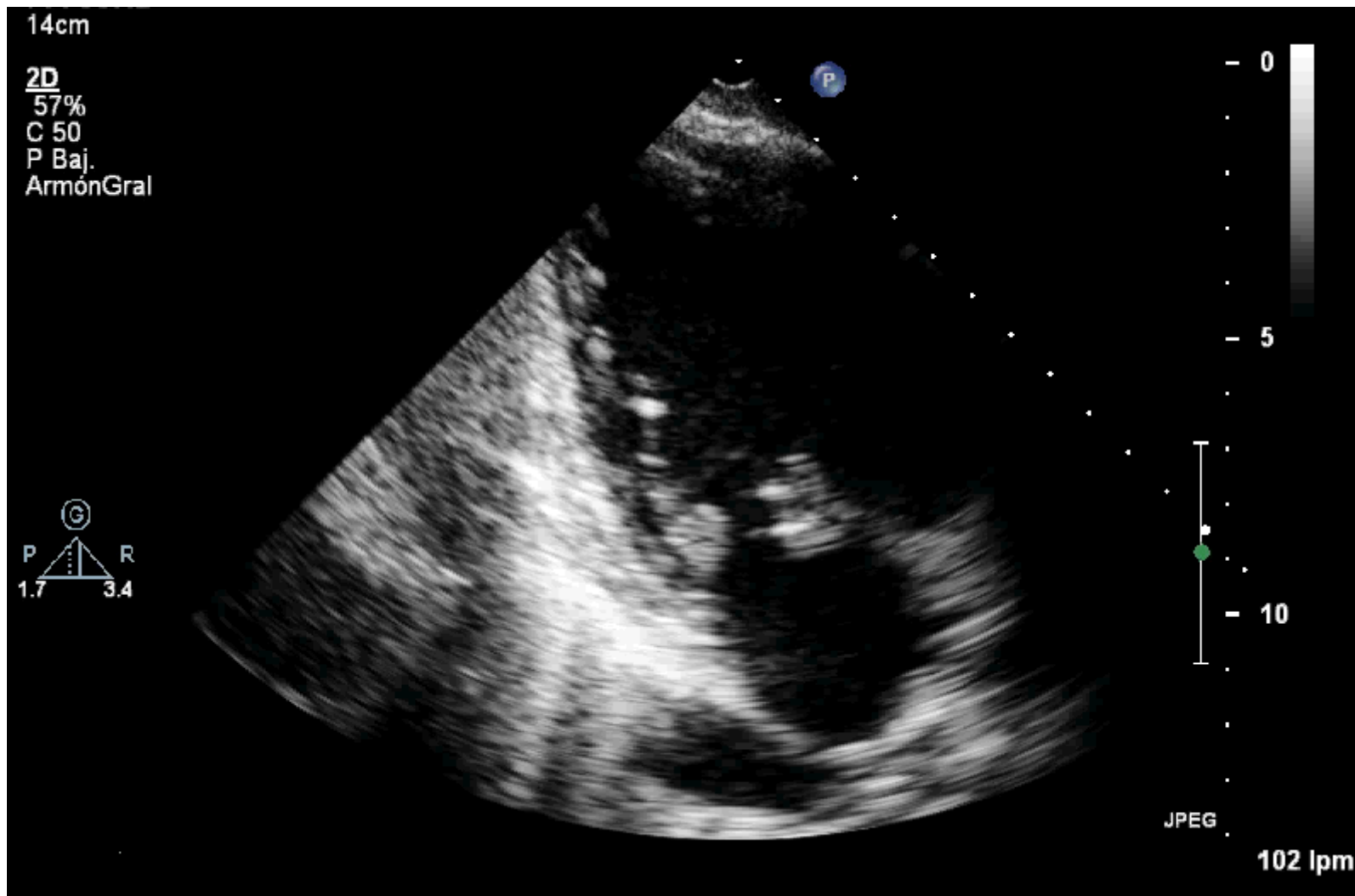
Mujer de 29 años embarazada de 21 semanas

- Ingreso por **febrícula** de 3 meses de evolución en un centro SIN CIRUGIA CARDIACA
- EF: Soplo sistólico en foco mitral III/VI
SIN SIGNOS DE FVI
- PC: Ligera leucocitosis con neutrofilia. Hg 10mg/dl. PCR elevada
- ETT/ETE: IM MODERADA con **verruga de 28px18mm**, móvil.
- Hemocultivos: ***Streptococcus Sanguis***

Caso clínico interactivo: Endocarditis en gestante



Caso clínico interactivo: Endocarditis en gestante



Caso clínico interactivo: Endocarditis en gestante



**ENDOCARDITIS VALVULAR MITRAL
SOBRE VM NATIVA EN GESTANTE DE 21 SEM,
CON IM MODERADA, SIN SIGNOS DE FVI
PERO CON UNA GRAN VERRUGA MÓVIL**

¿¿¿QUE HACEMOS ???

¿¿¿QUE HACEMOS???

- A. Inicio de tratamiento antibiótico y sólo caso de empeoramiento clínico traslado a su centro de referencia para CCV URGENTE
- B. Inicio de tratamiento antibiótico y **traslado** a su centro de referencia para **seguimiento clínico** estrecho.
- C. Inicio de tratamiento antibiótico y derivar para **CCV URGENTE** por el alto riesgo embólico.
- D. Inicio de tratamiento antibiótico y derivar a su centro de referencia para **CCV urgente tras IVE** por el alto riesgo de materno de la CIA extracorpórea en gestantes y las muy probables secuelas en el niño

ENDOCARDITIS EN GESTANTE

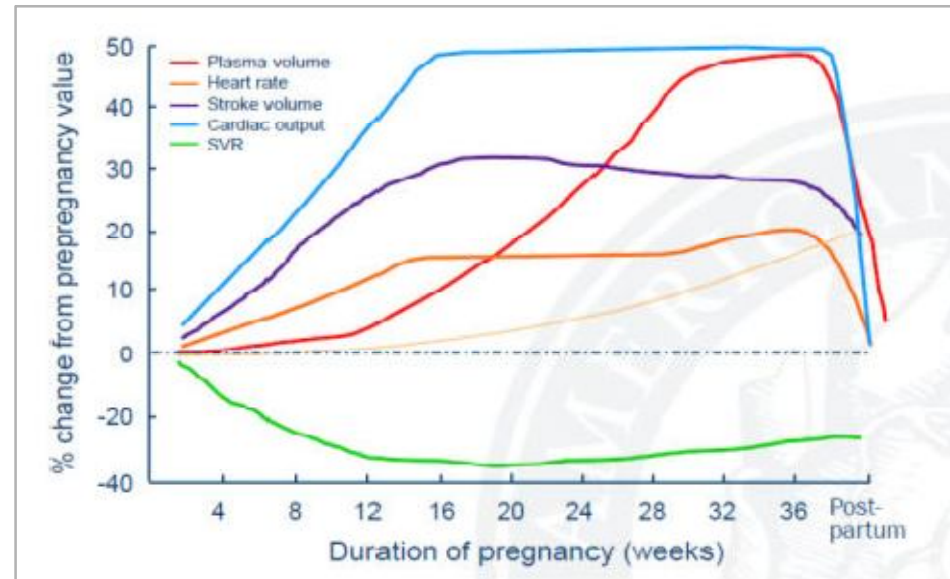
- **Incidencia:** INFRECIENTE 0,006% → 6/100000 embarazos
- **Mortalidad:** MATERNA 11-33%, FETAL 14-40%

Kebed K. Pregnancy and postpartum infective endocarditis: a systematic review. Mayo Clin Prcc;2014:89

- **Diagnóstico:** TARDÍO
CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO
- **Tratamiento antibiótico:**
FETOTOXICIDAD : tetraciclinas y aminoglucoSIDOS

CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO

❑ ADAPTACIONES HEMODINÁMICAS



→ **ESTADO HIPERDINÁMICO E DE HIPERVOLEMIA**

- ❑ ADAPTACIONES HEMOSTÁTICAS > de los fact.coag, adherencia plaquetaria,
< fibrinólisis disminuida

→ **ESTADO DE HIPERCOAGULABILIDAD**

- ❑ TRABAJO DE PARTO: aumento de la TA y del GC.

ENDOCARDITIS EN GESTANTE

- **Tratamiento quirúrgico**

- Indicación
- MOMENTO



ENDOCARDITIS EN GESTANTE

- **Tratamiento quirúrgico**

CONSIDERACIONES GENERALES de la CCV

1. La **mortalidad materna**: SIMILAR a la de mujeres no embarazadas
2. La **mortalidad fetal** : > 20% → el 1º trimestre >50%
Elevada morbilidad.

→ **NUEVAS TECNICAS DE PROTECCION FETAL Y PLACENTARIA**

3. A partir de la semana 26 ; considerar cesárea previa

Sepehripor . Can pregnant women be safely placed on cardiopulmonary bypass? Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2012;15:1063

2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. European Heart Journal (2018) 39, 3165–3241

Caso clínico interactivo: Endocarditis en gestante



ENDOCARDITIS VALVULAR MITRAL SOBRE VM NATIVA EN GESTANTE DE 21 SEM, CON IM MODERADA SIN SIGNOS DE FVI PERO CON UNA GRAN VERRUGA MÓVIL

¿¿¿QUE HACEMOS ???

EVN o EVP aórtica o mitral con vegetaciones persistentes > 10 mm después de uno o más episodios embólicos pese a tratamiento antibiótico adecuado	Urgente	I	B
EVN aórtica o mitral con vegetaciones > 10 mm asociada a estenosis valvular grave o insuficiencia y riesgo operatorio bajo	Urgente	Ila	B
EVN o EVP aórtica o mitral con vegetaciones aisladas muy grandes (> 30 mm)	Urgente	Ila	B
EVN o EVP aórtica o mitral con vegetaciones aisladas grandes (> 15 mm) y sin otra indicación para cirugía ^a	Urgente	Ilb	C

¿¿¿QUE HACEMOS???

- A. Inicio de tratamiento antibiótico y sólo en caso de empeoramiento clínico traslado a su centro de referencia para CCV URGENTE
- B. Inicio de tratamiento antibiótico y **traslado** a su centro de referencia para **seguimiento clínico** estrecho
- C. Inicio de tratamiento antibiótico y derivar para **CCV URGENTE** por el alto riesgo embólico.
- D. Inicio de tratamiento antibiótico y derivar a su centro de referencia para **CCV urgente tras IVE** por el alto riesgo de materno de la CIA extracorpórea en gestantes y las probables secuelas en el niño

¿¿¿QUE HACEMOS???

A. Inicio de tratamiento antibiótico y sólo en caso de empeoramiento clínico traslado a su centro de referencia para CCV URGENTE

B. Inicio de tratamiento antibiótico y **traslado** a su centro de referencia para **seguimiento clínico** estrecho

C. Inicio de tratamiento antibiótico y derivar para **CCV URGENTE** por el alto riesgo embólico.

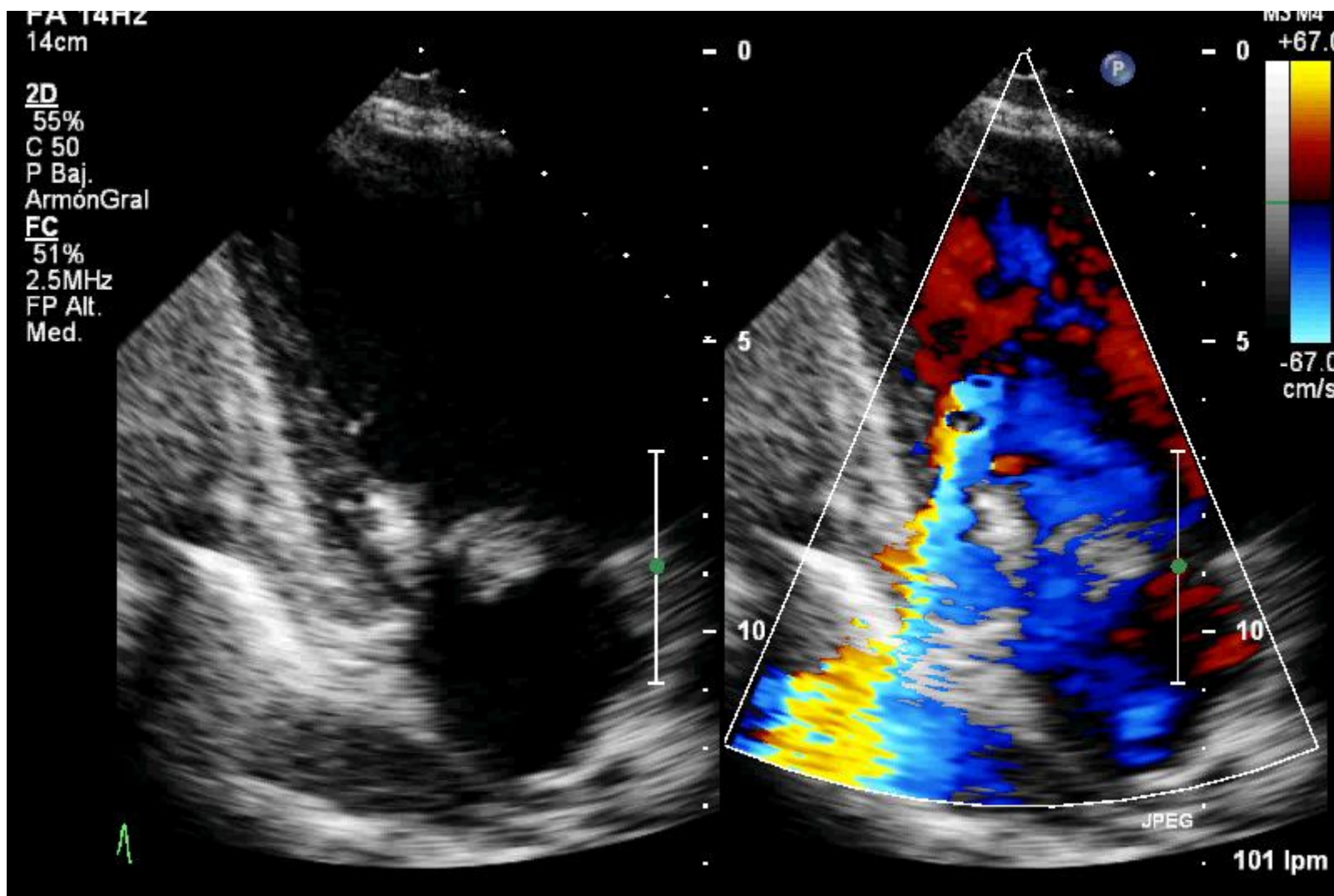
D. Inicio de tratamiento antibiótico y derivar a su centro de referencia para **CCV urgente tras IVE** por el alto riesgo de materno de la CIA extracorpórea en gestantes y las probables secuelas en el niño

Que se hizo.....

A. Inicio de tratamiento antibiótico y sólo en caso de empeoramiento clínico traslado a su centro de referencia para CCV URGENTE

- Inició tratamiento con **ceftriaxona 2 g/24 h iv x6 sem y gentamicina 1mg/Kg/8h x2 sem** →remisión de la fiebre y de la leucitosis al 2º día del inicio del tratamiento.
 - A las dos semanas del inicio del tto (24 semana de gestación) → ANEMIA(Hgl 8,4mgr/dl), TAQUICARDIA.
 - ETT una progresión del grado de IM sin disminución del tam. de la verruga
- traslado a su centro de referencia para tto quirúrgico.

Caso clínico interactivo: Endocarditis en gestante



Caso clínico interactivo: Endocarditis en gestante



ENDOCARDITIS VALVULAR MITRAL SOBRE VM NATIVA

- EN GESTANTE DE 24 SEMANAS
- CON UNA VERRUGA DE GRAN TAMAÑO
- IM SEVERA
- AFEBRIL
- ESTABLE HEMODINAMICAMENTE AUNQUE CON ANEMIA Y TAQUICARDIA
- AFEBRIL
- AL INICIO DE LA 3ª SEMANA DE TTO ANTIBIÓTICO

¿¿¿QUE HACEMOS ?????

¿¿¿QUE HACEMOS ???

A. **CCV URGENTE.** Al riesgo embólico añadimos signos de fallo ventricular izquierdo

B. **Completar tratamiento antibiótico** si es posible. Una vez completado **cesárea seguida de CCV electiva**

C. **Maduración fetal** con corticoides, **cesárea** seguido de **CCV** cuanto antes asumiendo los riesgos asociados a la prematuridad en esta semana de gestación

D. Completar tratamiento antibiótico y , si es posible **continuar con el embarazo hasta las 40 semanas**, parto vaginal y posteriormente cirugía electiva

Que hicimos...

B. Completar tratamiento antibiótico si es posible. Una vez completado cesárea seguida de CCV electiva

Dickerman SA, The relationship between the initiation of antimicrobial therapy and the incidence of stroke in infective endocarditis: an analysis from the ICE Prospective Cohort Study (ICE-PCS). Am Heart J. 2007;154:1086–94

Caso clínico interactivo: Endocarditis en gestante



Evolución final

- Se completó tratamiento antibiótico (ceftriaxona 2g/24horas IV x 6 semanas + gentamicina 1mgr/kgr/8horas x 2 semanas)
- **Cesárea programada** en la semana 30 de gestación sin complicaciones previa maduración fetal con corticoides
- **CCV electiva** pasada una semana:
REPARACIÓN VALVULAR MITRAL
- Buena evolución posterior. A los 12 meses de seguimiento tanto la madre como el bebé están asintomáticos sin complicaciones.

CONCLUSIONES

- La endocarditis durante el embarazo es una patología extremadamente infrecuente pero con una elevada mortalidad tanto materna como fetal.
- La necesidad de cirugía cardiaca debe valorarse en contraposición a un elevado riesgo de muerte fetal.
- Las opciones terapéuticas deben de valorarse de forma individualizada teniendo en cuenta la semana de gestación del embarazo y siempre por un EQUIPO MULTIDISCIPLINAR .

Muchas gracias

