

Endocarditis infecciosa en paciente con osteomielitis y tetralogía de Fallot

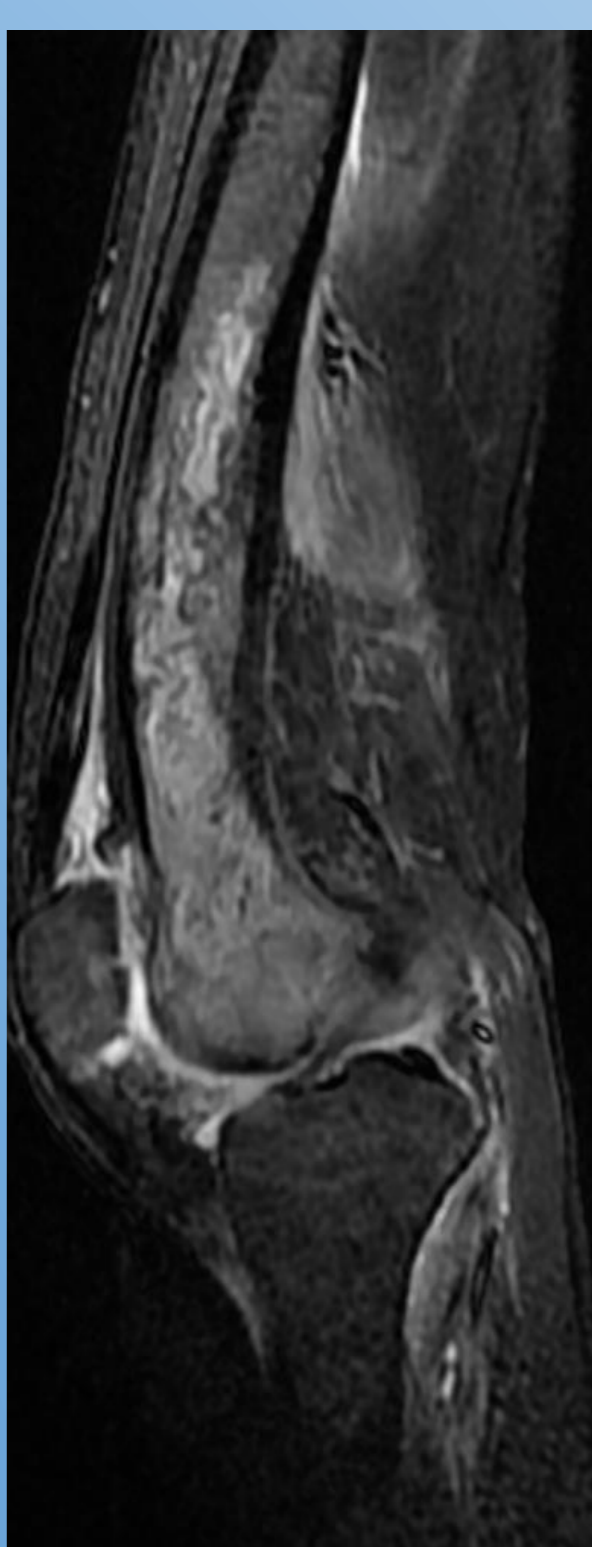
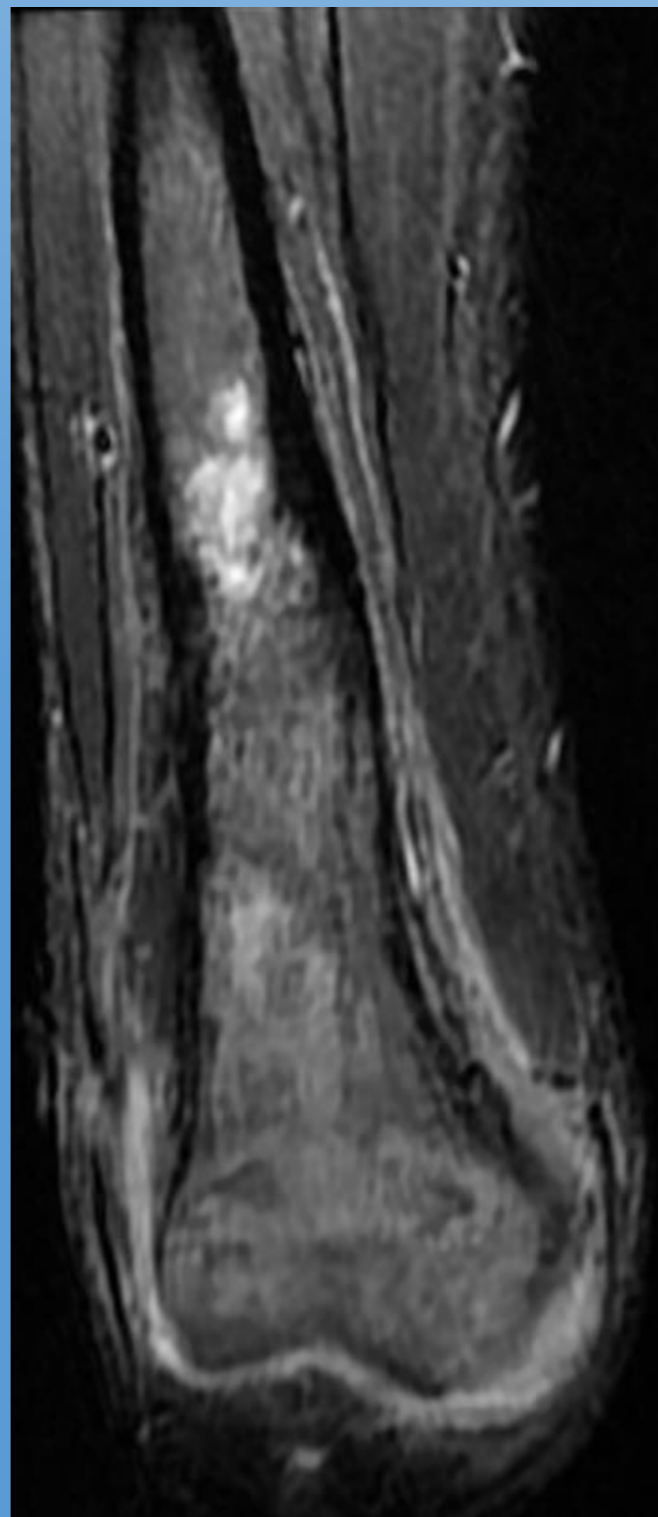
Autores: David Cornejo Jiménez, Ruben Arnaez, Diego Latasa Abancens, Isabe Ayechu, Iñigp Martiarena, Irene Romero Redondo.

Introducción

La osteomielitis puede ser producida por cualquier microorganismo aunque lo más habitual, es que sea de etiología bacteriana, predominantemente los cocos Gram positivos, siendo el S. Aureus sensible el agente más frecuente y con mayor tropismo por las válvulas cardiacas. Los defectos cardiacos son las malformaciones congénitas más frecuentes con una incidencia estimada entre 4-12 por 1000 recién nacidos vivos.

Objetivos:

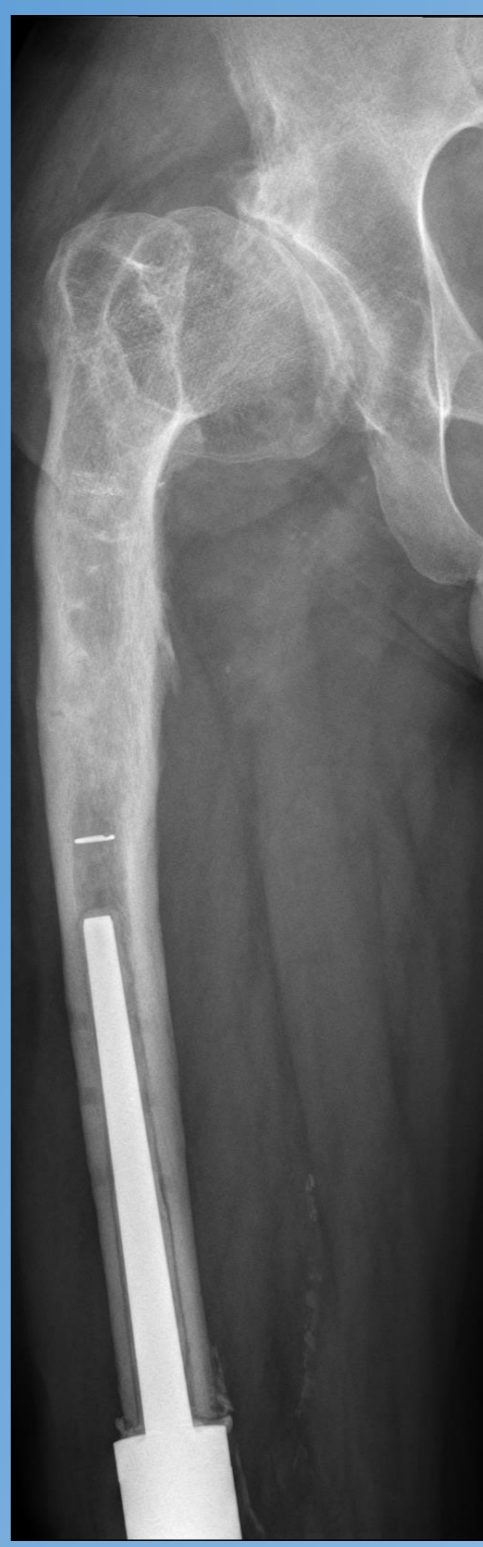
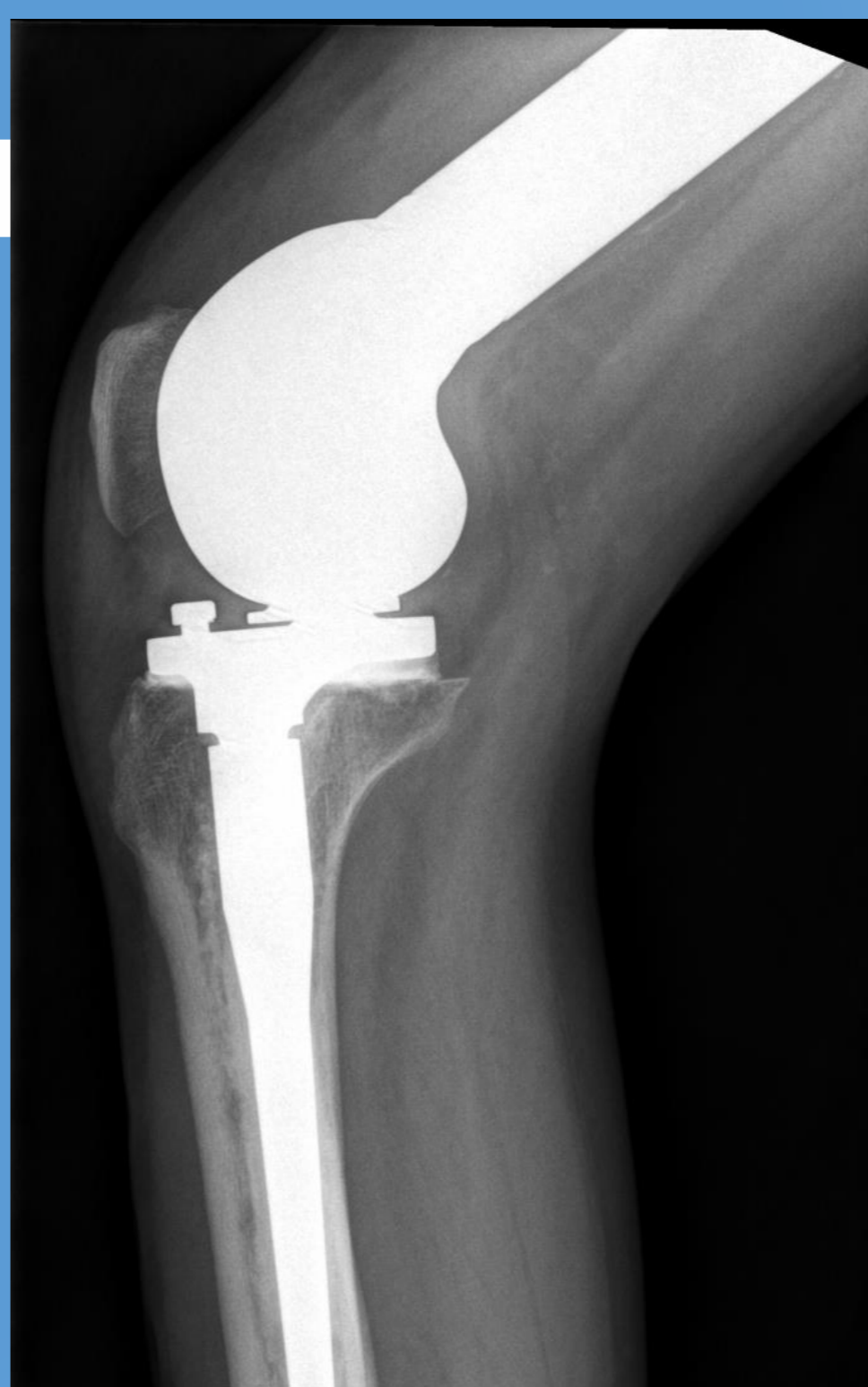
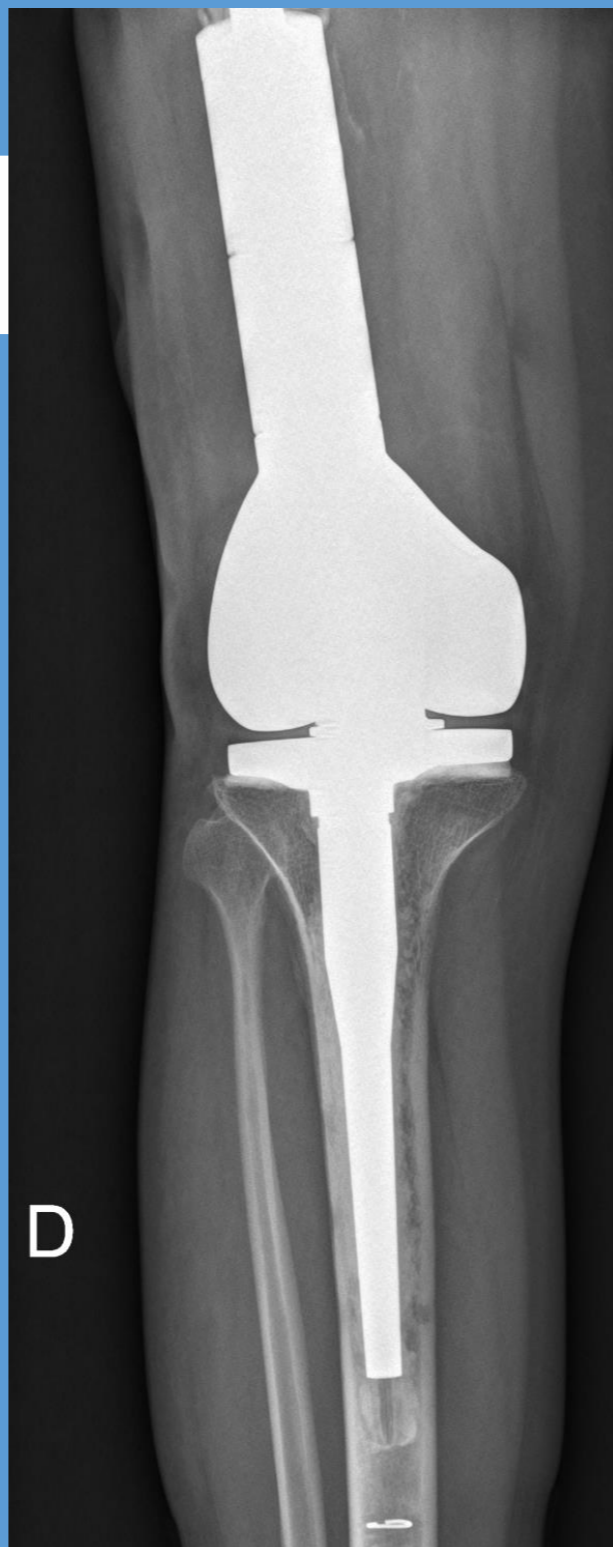
Describir el caso de un paciente de 41 años con tetralogía de Fallot intervenida en la infancia (cierre CIV- derivación aorta, sin cortocircuito residual) que ingresa a cargo de Traumatología por Enfermedad de Legg-Calvé-Perthes (intervenido en tres ocasiones de elongación de fémur derecho) por dolor e incapacidad para la movilización de cadera derecha y rodilla derecha junto con fiebre de 38,8°C. La RM mostraba hallazgos radiológicos de osteomielitis crónica del tercio femoral distal con presencia de extensos abscesos intraóseos con posibles secuestros y cloaca en región metafisaria femoral distal externa. En los cultivos microbiológicos tanto de rodilla derecha como en los hemocultivos se aísla SASM. Se realiza ETT y angioTc donde se observa una cavidad subanular mitral comunicada con VI compatible con EI complicada con absceso.



Realizándose resección de fémur distal, interposición de espaciador de cemento y colocación de fijador externo. Tratado con Cloxacilina en perfusión durante 30 días y posteriormente con Levofloxacino y Rifampicina durante ocho semanas más.

A los seis meses se procede a la extracción de espaciador de cemento y colocación de prótesis total tumoral modelo Endomodel en rodilla derecha con buena evolución posterior.

A los 6 meses



Material y metodología

Revisión retrospectiva de la historia clínica y bibliografía relacionada

Resultados

Resolución tanto de la osteomielitis en un segundo tiempo como de la endocarditis infecciosa en un paciente complejo y que precisa de un equipo multidisciplinar

Conclusiones

La asociación entre osteomielitis y endocarditis esta claramente descrita en la literatura. Aunque las indicaciones para la realización de un EcoTT no son homogéneas en el momento actual, deberemos valorar solicitar esta prueba complementaria, en aquellos pacientes con cardiopatía previa y aislamientos microbiológicos de enterococos, estreptococos y estafilococos (incluyendo los coagulasa negativos), previo al abordaje quirúrgico del paciente.

Bibliografía:

- Acute haematogenous community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus osteomyelitis in an adult: case report and review of literature.Dhanoa A1, Singh VA, Mansor A, Yusof MY, Lim KT, Thong KL.
- Advances in the local and targeted delivery of anti-infective agents for management of osteomyelitis.Ford CA1, Cassat JE2.Treatment of chronic osteomyelitis with multidose oritavancin: A case series and literature review.Chastain DB1, Davis A2 Osteomyelitis.Schmitt SK1.
- Imaging of Osteomyelitis of the Extremities. Anwer U1, Yablon CM2.
- Time interval between infective endocarditis first symptoms and diagnosis: relationship to infective endocarditis characteristics, microorganisms and prognosis. N'Guyen Y1, Duval X2, Revest M3, Saada M4, Erpelding ML5, Selton-Suty C6, Bouchiat C7, Delahaye F8, Chirouze C9, Alla F10, Strady C11, Hoen B12,13; AEPEI study group
- Treatment of Staphylococcus aureus Infections.David MZ1,2, Daum RS3,4