

Comunicación breve

ENDOCARDITIS VERRUCOSA VENTRICULAR IZQUIERDA**D Arias¹, M Tortora¹, A Cruz¹, L Klima², R Rodríguez², A Massone³, N Stanchi⁴**

¹Servicio de Cardiología, ²Servicio de Diagnóstico por Imágenes ³
Cátedra de Patología Especial, ⁴Cátedra de Microbiología
Facultad de Ciencias Veterinarias. Universidad Nacional de La Plata

RESUMEN: La endocarditis bacteriana es una entidad poco frecuente en caninos o subdiagnosticada. Un canino Rottweiler hembra de 3 años de edad fue derivado con signos compatibles de Insuficiencia Cardíaca Congestiva. El animal presentaba intolerancia al ejercicio, disnea y tos. La evolución del cuadro fue de 5 días con antecedentes de tos paroxística principalmente nocturna. La auscultación reveló un soplo de 6/6 en ambos precordios, ruidos hipofonéticos y ritmo irregular. A la palpación el choque cardíaco estaba disminuido. El clínico actuante no refirió otra signología previa. Se indicó: radiografía torácica, electrocardiograma (ECG) y ecocardiograma. La radiología torácica evidenció cardiomegalia moderada a predominio izquierdo, signos de congestión pulmonar. El ECG, reveló ritmo irregular con presencia de contracciones prematuras ventriculares (CPV) unifocales aisladas, una frecuencia cardíaca de 160 a 170 latidos por minuto. Ecocardiográficamente se observó una masa intraventricular izquierda que ocupaba casi dos tercios del lumen ventricular, adherida al ápice y a la pared libre del ventrículo izquierdo (VI) en su tercio distal y una porción libre de tipo verrucosa proyectada hacia la base del lumen ventricular. El paciente murió 48 h luego de la consulta. Realizada la necropsia se constató una masa intraventricular izquierda sólida, irregular, lobulada, que estaba adherida e infiltraba la pared libre (PL) y el tabique interventricular (TIV) izquierdo y se continuaba en dos lóbulos de unos 5 x 2 cm y 3 x 2 cm cada uno. Histopatológicamente se confirmó una endocarditis verrucosa organizada.

LEFT VEGETANS VALVULAR ENDOCARDITIS

ABSTRACT: Bacterial endocarditis is a not very frequent entity or is under diagnosed in canine. A 3 years old female Rottweiler was derived with compatible signs of Heart Congestive Insufficiency. The animal presented intolerance to the exercise, dyspnea and cough. The evolution was of 5 days with antecedents of paroxistic cough mainly at night. The auscultation revealed a blow of 6/6 in both precordials, hypophrenic noises, irregular rhythm with an increased heart beat. The doctor didn't refer other previous signology. It was indicated; thorax x-rays, electrocardiogram (ECG) and ecocardiogram. The thorax radiology evidenced moderate cardiomegaly to left prevalence, and signs of lung congestion. The ECG, revealed irregular rhythm with presence of ventricular premature contractions (CPV) isolated unifocals, a heart frequency of 160 at 170 beat per minute. Echocardiographically it was observed an intraventricular left mass that occupied two thirds of the ventricular lumen almost, stuck to the apex and the wall free of the left ventricle (VI) in its third distal, and a portion free of type verrucose projected toward the base of the ventricular lumen. The patient died 48 h after the consultation. The autopsy was carried out and we verifies a mass accustomed to left intraventricular, irregular that was stuck and infiltrated the free wall (PL) and the left interventricular septum (TIV) and continued in two lobes of about 5 x 2 cm and 3 x 2 cm each one. Histopathologically it was confirmed a vegetans valvular endocarditis.

Fecha de recepción: 19/07/01

Fecha de aprobación: 18/07/02

Dirección para correspondencia: Daniel Arias, Servicio de Cardiología, Facultad de Ciencias Veterinarias. Universidad Nacional de La Plata. CC 296 (B1900AVW) La Plata, ARGENTINA.

E-mail: dliarias@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

La endocarditis bacteriana es una entidad poco frecuente en caninos o por lo menos subdiagnosticada (1, 2, 3, 4). El asiento valvular es el más frecuente, principalmente las válvulas mitral y aórtica, pudiendo extenderse a cuerdas tendinosas, senos de Vasalva, endocardio mural o miocardio adyacente (1, 5, 3, 4, 6). Los signos de insuficiencia cardíaca clínica se desarrollan cuando se produce, destrucción valvular, ruptura de cuerdas tendinosas u obstrucción del tracto de salida (4, 7). La lesión miocárdica también produce deterioro del funcionamiento cardíaco (8). De las lesiones vegetativas pueden producirse embolizaciones (6), pero es esta una complicación poco frecuente en el perro. El diagnóstico de la enfermedad es dificultoso por la inespecificidad signológica y por lo aleatorio de los resultados de los métodos complementarios de diagnóstico (9), fundamentalmente los hemocultivos (1, 3, 4, 7). Quizás el método que logra un mejor acercamiento diagnóstico sea la ecocardiografía a partir de la ecoestructura valvular o de la cinética valvular alterada (4, 5, 6, 7, 10). El ECG puede ser normal, pueden aparecer signos inespecíficos como disturbios conductivos o signos de hipoxia miocárdica (5, 8). El objetivo de este trabajo es la descripción de un caso de endocarditis bacteriana verrucosa organizada.

INFORME DEL CASO

Un canino Rottweiler hembra de 3 años de edad fue derivada con signos compatibles de Insuficiencia Cardíaca Congestiva. El animal presentaba intolerancia al ejercicio, disnea y tos. La evolución del cuadro fue de 5 días con antecedentes de tos paroxística, principalmente nocturna. El clínico actuante no refirió otra signología previa. La auscultación reveló un soplo de 6/6 en ambos precordios, ruidos hipofonéticos y ritmo irregular. A la palpación el choque cardíaco estaba disminuido. Realizado el diagnóstico presuntivo de Insuficiencia Cardíaca Congestiva se indicó: hemocultivo, radiografía torácica, electrocardiograma y ecocardiograma.

RESULTADOS

Las placas de tórax mostraron cardiomegalia moderada a predominio izquierdo, signos de congestión pulmonar. El electrocardiograma reveló ritmo irregular con presencia de contracciones prematuras ventriculares (CPV) unifocales aisladas, frecuencia cardíaca de 160 a 170 latidos por minuto. El ecocardiograma reveló una masa intraventricular izquierda que ocupaba casi dos tercios del lumen ventricular, adherida al ápice y a



Figura 1. Ecocardiograma en ventana paraesternal derecha, eje corto, plano 3, donde se observó una masa de ecogenicidad mixta y ecoestructura heterogénea que ocupó gran parte de la luz del ventrículo izquierdo.

Figure 1 Ecocardiograma in right paraesternal window, short axis, plane 3, where it was observed a mass of mixed ecogenicity and heterogeneous ecoestructure that occupied great part of the light of the left ventricle.

la pared libre del ventrículo izquierdo (VI) en su tercio distal y una porción libre de tipo verrucosa proyectada hacia la base del lumen ventricular (Figura 1). Los hemocultivos fueron negativos. Al rechazar los propietarios un tratamiento de tipo invasivo, se instauró tratamiento de sostén y el paciente murió 48 h después. Se realizó la necropsia y se constató una masa intraventricular izquierda sólida, irregular, lobulada, que estaba adherida e infiltraba a la pared libre (PL) y el tabique interventricular (TIV) izquierdo y se continuaba en dos lóbulos de unos 5 x 2 cm y 3 x 2 cm cada uno (Figura 2). Se remitió el órgano para su estudio histopatológico y se confirmó una endocarditis verrucosa organizada.

DISCUSIÓN

A pesar que los tumores cardíacos de localización en (VI) son infrecuentes (1, 11) el diagnóstico presuntivo más consistente fue el de neoplasia cardíaca ya que las características ecocardiográficas, la falta de signología previa, la gravedad del cuadro, la negatividad de los hemocultivos y la edad del paciente hacían poco probable la posibilidad de una endocarditis bacteriana. Sin embargo, la histopatología confirmó la misma con asiento principalmente mural y no valvular que es el asiento común. Esto amerita una exhaustiva



Foto 1. Corte de ventrículo izquierdo. Se observa una masa de aspecto fibrinoso adherida a la pared libre y comprometiendo el tabique interventricular.

Photo 1. Left ventricle. A mass of fibrinosis aspect is observed stuck to the free wall and compromise the interventricular septum.

investigación clínica así como la correcta selección de los métodos complementarios de diagnóstico para optimizar tiempo y recursos materiales. En este caso fue la ecocardiografía la que permitió confirmar la presencia de una masa intracardiaca.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ettinger SJ, Feldman EC. Tratado de Medicina Interna Veterinaria. Editorial Intermédica. 1997.
2. Subiros I. Ecocardiografía: casuística. Selecciones Veterinarias 1997; 7 (5): 476-485.
3. Breitschwerdt EB, Kordik DL, Malarkey DE, Keene B, Hadfield TL, Wilson K. Endocarditis in a dog due to infection with a novel *Bartonella* subspecies. J Clin Microbiol 1995; 33 (1): 154-160.
4. Breitschwerdt EB, Atkins CE, Brown TT, Kordick DL, Smyder PS. *Berkhoffi* and related members of the Alpha subdivision of the *Proteobacteria* in dogs with cardiac arrhythmia, endocarditis or myocarditis. J Clin Microbiol 1999; 37 (11): 3618-3626
5. Miller MS, Tilley LP. Manual of Canine and Feline Cardiology. W.B. Saunders Company. 1995.
6. Sohiaux J, Franck M. Echocardiographic appearance of flail aortic valve in a dog with infective endocarditis. Clinique Veterinaire de Flachat; Villeurlane, France.
7. Elwood MA, Cobb RL, Sttepien. Clinical and echocardiographic findings in 10 dogs with vegetative bacterial endocarditis. J of Small Animal Practice. 1993; 34: 420-427.
8. Boswood A. Resolution of dysrhythmias and conduction abnormalities following treatment for bacterial endocarditis in a dog. J Small Anim Practice. 1996; 37 (7): 327-332.
9. Thrall DE. Textbook of Veterinary Diagnostic Radiology. Third Edition. W.B. Saunders Company. 1998
10. Smith AN, Finn-Bodner ST, Dillon AR. Left ventricular outflow tract to left atrial fistula associated with endocarditis in a dog. J. Am. Anim. Hosp. Assoc. 2000; 36 (2): 133-136.
11. Campbell MD, Gelberg HB. Endocardial ossifying myxoma of the right atrium in a cat. Vet. Pathol. 2000; 37 (5): 460-462.