

CEGUERA BILATERAL TRANSITORIA COMO PRESENTACIÓN DE UNA ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Marilina Puente Hernández¹, Ariela Noelí Lagorio¹, Enrique Corredera García¹, Purificación Cacabelos Pérez¹, Gustavo Fernández Pajarín¹, Laura Ramos Rúa², Francisco Manuel Martínez Vázquez¹.

¹Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, ²Hospital de Monforte de Lemos.



INTRODUCCIÓN

La ceguera bilateral como complicación de una endocarditis infecciosa es extremadamente rara. Sólo se han descrito unos pocos casos secundarios a lesiones vasculares (hemorragia occipital, ruptura de aneurismas micóticos) o a endoftalmitis bilateral. En estas circunstancias, la pérdida de visión suele ser prolongada y la neuroimagen estructural, patológica.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente de 20 años con antecedentes de migraña con aura y cardiopatía congénita (válvula aórtica bivalva y comunicación interventricular cerrada espontáneamente). Acudió a Urgencias por fiebre y pérdida de agudeza visual bilateral de 48 horas de evolución.

En la exploración únicamente percibía la luz a 20 cm de distancia. Los reflejos pupilares estaban conservados y el fondo de ojo era normal. Presentaba lesiones de Janeway en manos y pies.

En el análisis de sangre destacaba una trombopenia grave (30.000 plaquetas/mcL). En la resonancia magnética cerebral (secuencia de difusión, **Figura 1**) se evidenciaron pequeñas lesiones isquémicas en diferentes territorios arteriales que no justificaban la pérdida visual (**flechas**).

Ante la sospecha clínica de endocarditis infecciosa se realizó un ecocardiograma transesofágico que confirmó la presencia de vegetaciones en válvulas mitral y aórtica, con insuficiencia grave de ambas (**Figura 2**). En los hemocultivos se aisló *Staphylococcus aureus* meticilinsensible.

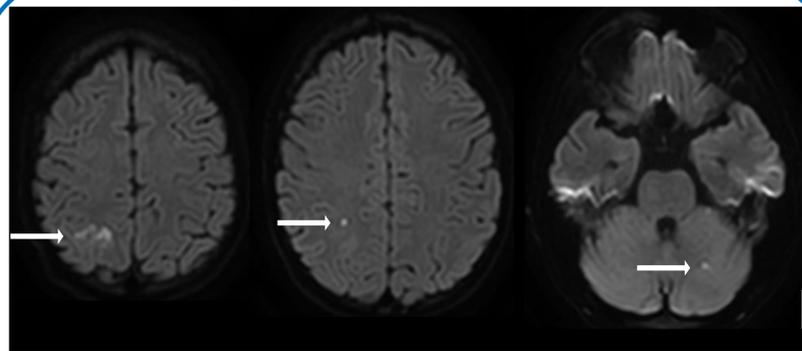
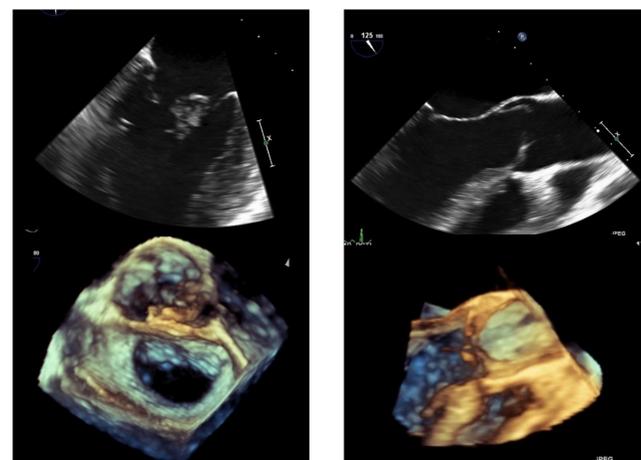


Figura 1



Válvula mitral

Válvula aórtica

Figura 2

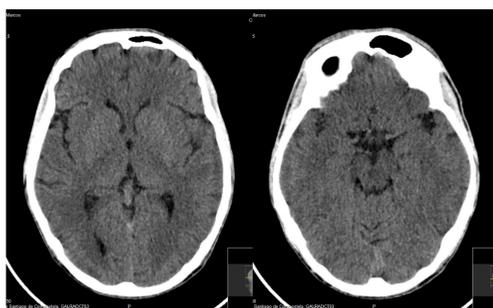


Figura 3

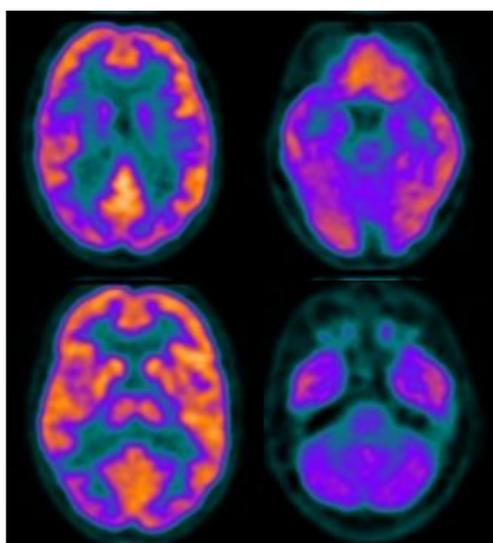


Figura 4

El paciente recuperó por completo la visión 12 horas después de iniciar el tratamiento antibiótico. Se llevó a cabo una cirugía urgente de reemplazo valvular aórtico y mitral. Además se colocó un marcapasos definitivo por bloqueo auriculoventricular completo.

Unos días más tarde tanto la agudeza visual como el examen campimétrico proseguían normales.

Se realizó un TAC craneal de control (**Figura 3**) en el que no se objetivaron lesiones nuevas, y un PET cerebral marcado con F¹⁸-FDG, donde se detectó hipometabolismo parietooccipital derecho, mesial bilateral y en los dos hemisferios cerebelosos (**Figura 4**). Los potenciales evocados visuales fueron asimismo normales.

CONCLUSIONES

Los síntomas visuales del paciente probablemente hayan sido secundarios a un defecto en la perfusión occipital, sin lesiones definitivas en la neuroimagen pero con regiones de hipometabolismo detectadas mediante PET. Este caso ilustra la importancia de considerar la endocarditis en el diagnóstico diferencial de paciente jóvenes con clínica neurológica brusca dentro de un contexto infeccioso.

FUENTES

- Transient bilateral cortical blindness as a presenting symptom of infective endocarditis. A.F.H. Stalenhoef, J. Timmermans, J.W.M. van der Meer. Netherlands Journal of Medicine 48 1996 163-164.
- Bilateral visual loss in a patient with endocarditis. W. J. Brownlee, V. M. Playle, J. C. Fan Gaskin, N. E. Anderson. Lancet 2013; 382: 2038.
- Case Report of False-Negative Diffusion-Weighted Image of Brain Magnetic Resonance Imaging (MRI) in Acute Ischemic Stroke. W.L. Chang, J.C. Lai, R.F. Chen. Am J Case Rep, 2017; 18: 76-79.
- When the heart rules the head: ischaemic stroke and intracerebral haemorrhage complicating infective endocarditis. E. Jiad, S. K. Gill, M. Krutikov, D. Turner et. al. Pract Neurol 2017;17:28-34.
- Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de la endocarditis infecciosa.