

Reporte de Caso

Un caso de endocarditis de Libman Sacks

A case of Libman Sacks endocarditis

ÁLVARO JOSÉ MURIEL RUIZ¹, JUAN JOSÉ SERNA HURTADO², SANDRA LORENA GALVEZ CARMONA²,
EIDER FELIPE MORENO CORTÉS, MARÍA EUGENIA CASANOVA VALDERRAMA⁴

Resumen

Libman y Sacks en 1924 evidenciaron lesiones en las válvulas cardíacas de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico, siendo las más afectadas la válvula mitral y la aórtica. Se trata de vegetaciones estériles, cuya prevalencia es del 53 al 74% y guarda relación con actividad lúpica y síndrome de anticuerpos antifosfolípidos. El ecocardiograma es el estudio de elección para el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad. La regurgitación es la afectación más frecuente, las lesiones valvulares pocas veces son severas, el tratamiento incluye profilaxis para endocarditis, manejo antiagregante y en algunos casos anticoagulante. El uso de corticoesteroides no previene la presentación de la enfermedad pero facilita la recuperación. En aquellos pacientes con disfunción valvular y repercusión hemodinámica se puede optar por manejo conservador. En casos seleccionados de afectación valvular severa se debe considerar el reemplazo valvular, así como individualizar el uso de válvula mecánica versus bioprotésica. En la actualidad la reparación valvular es una alternativa al reemplazo con mejores tasas de mortalidad y supervivencia.

Palabras clave: Endocarditis, Insuficiencia cardíaca, Lupus eritematoso sistémico, Síndrome antifosfolípido.

Abstract

In 1924 Libman and Sacks witnessed cardiac valve lesions in patients with Systemic Lupus Erythematosus, being the most affected the mitral valve and the aortic valve. These are sterile vegetations, whose prevalence ranges from 53 to 74% and holds relation to lupus activity and anti-phospholipid antibody syndrome. Echocardiogram is the study of choice for diagnosis and follow-up of the disease. Regurgitation is the most frequent affection, valvular lesions are rarely severe, treatment usually includes prophylaxis for endocarditis, antiaggregant management and in some cases anticoagulants. Corticosteroids are used not to prevent presentation but to facilitate recovery. In patients with valvular dysfunction and hemodynamic repercussion, conservative management can be an alternative. In selected cases of severe valve affections, replacement should be considered, as well as individualized use of mechanical versus bioprosthetic valve. Nowadays, valvular repair is an alternative for replacement with better mortality and survival.

Keywords: Endocarditis, Heart failure, Systemic lupus erythematosus, Antiphospholipid syndrome.

- ¹ Médico internista, Clínica Occidente, Medicina y cirugía, Medicina Interna, Universidad libre Seccional Cali, Colombia. Miembro, Grupo Interinstitucional de Medicina Interna, Categoría B de Colciencias, Universidad Libre Seccional Cali. e-mail: alvaro_m16@hotmail.com
- ² Médico General, Universidad Libre, miembro, Grupo Interinstitucional de Medicina Interna, Categoría B de Colciencias, Universidad Libre seccional Cali. e-mail: juansernah@hotmail.com nenalore5@hotmail.com
- ³ Médico interno, Universidad Libre Seccional Cali, miembro, Grupo Interinstitucional de Medicina Interna, Categoría B de Colciencias, Universidad Libre Seccional Cali. e-mail: eidermc94@gmail.com
- ⁴ Profesora, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Libre Seccional Cali. Medicina y Cirugía, Medicina Interna, Universidad del Valle. Directora, Grupo Interinstitucional de Medicina Interna, Categoría B de Colciencias, Universidad Libre Seccional Cali. e-mail: mariaeugenia_casanova@yahoo.com

Recibido: abril 1 de 2016

Revisado abril 30 de 2016

Aceptado: junio 20 de 2016

Como citar: Muriel Ruiz, AJ, Serna Hurtado JJ, Galvez Carmona SI, Moreno Cortés EF, Casanova Valderrama ME. Un caso de endocarditis de Libman Sacks.

Rev Colomb Salud Libre, 2016; 11 (supl): 82-85.

Introducción

La endocarditis de Libman-Sacks es una afección cardíaca frecuente en el lupus eritematoso sistémico (LES), la cual es poco diagnosticada porque en la mayoría de los casos hay manifestaciones clínicas leves y en un número pequeño de casos es necesaria la cirugía de reemplazo valvular. Se presenta el caso de una mujer con antecedente de LES y síndrome antifosfolípido (SAF), con signos clínicos de insuficiencia cardíaca aguda y requiere ser llevada a cirugía de reemplazo valvular mitral. Se hace revisión de la literatura.

Materiales y métodos

Se presenta el caso de una mujer de 30 años, de raza blanca, con antecedente de LES, SAF, medicada con prednisolona 20 mg día, cloroquina 150 mg día. Consultó por 4 meses de astenia, adinamia, malestar general asociado con pérdida de peso (6 kg), disminución progresiva de la clase funcional hasta ser de reposo acompañado de tos no productiva y dolor pleurítico, fiebre no cuantificada, no sostenida. El examen físico se presentó con signos vitales dentro de límites normales, eritema malar discreto y soplo holosistólico de tono agudo en la punta irradiado a axila.

Se realiza laboratorios (Tabla 1) y ecocardiograma que reporta cardiopatía dilatada leve del ventrículo izquierdo, valvulopatía mitral con insuficiencia mitral severa (valvas engrosadas, anillo de 34 mm), adherida a la cara ventricular de la valva posterior, se observa una masa de 20 x 21 mm que produce retracción de la misma que crea un defecto en la coaptación donde se origina un chorro amplio de insuficiencia clasificado como severo, insuficiencia tricuspídea leve con hipertensión pulmonar severa (80 mmHg). Se realiza hemocultivos para bacterias y hongos que son negativos (sin exposición antibiótica). Por insuficiencia cardíaca aguda se lleva a cirugía de reemplazo de válvula mitral cuya patología informa múltiples excreciencias

Tabla 1. Resultados de paraclínicos realizados a la paciente.

Laboratorios	
Hemoglobina (g/dl)	8,7
WBW (mm3)	4.800
PLT (mm3)	120.000
VES	59
PCR	48
Creatinina sérica	1,03
C3 (mg/dLl)	0,75
C4 (mg/dl)	0,1
Factor reumatoide	9,9
Reticulocitos (%)	1,2
TSH	2,1
AAN	1/640 moteado
ENAS	Negativos
aDNAds	1/40
Anticardiolipina IgM	Positiva (107)
Anticardiolipina IgG	Positiva (87)
Ac lúpico	50 (Positivo)
COOMBS Directo	Positivo

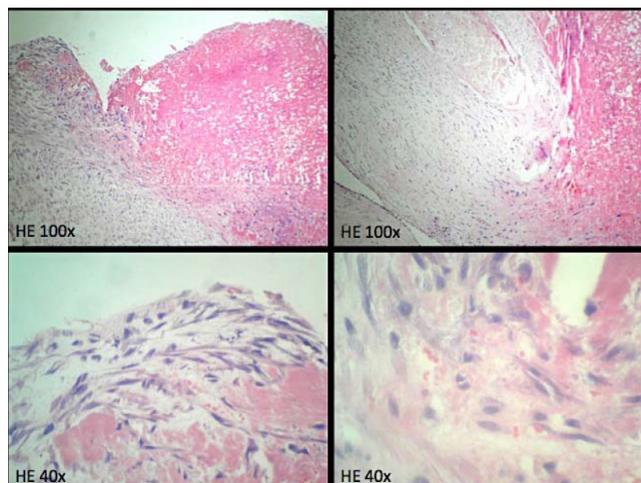


Figura 1. Cortes histológicos con coloración de Hematoxilina Eosina (HE) en diferentes aumentos identificando infiltrado inflamatorio mixto con depósitos de fibrina compatible con endocarditis de Libman-Sacks.

de color pardo claro que en promedio miden 0.3 x 0.3 cm, válvula engrosada con fibrosis, infiltrado inflamatorio mixto y depósitos de fibrina sin identificar bacterias ni vegetaciones, hallazgos compatibles con endocarditis de Libman Sacks (Figura 1).

Discusión

La endocarditis de Libman-Sacks se caracteriza por lesiones de tipo verrugosas implantadas en las superficies valvulares, aunque también se pueden encontrar en los bordes libres de las valvas, la mayoría de las veces en cualquier área del endocardio auricular o ventricular; la histología de las verrugas es generalmente inespecífica¹.

En este caso la ecocardiografía demostraba valvas engrosadas, anillo de 34 mm, masa de 20 x 21 mm adherida a la cara ventricular de la valva posterior que produce retracción de la misma que crea un defecto en la coaptación donde se origina un chorro de insuficiencia.

La regurgitación es la afectación más frecuente; en el presente caso, la paciente presentaba signos de regurgitación severos, teniendo en cuenta que las lesiones valvulares pocas veces son severas como para provocar insuficiencia cardíaca².

El tratamiento de los pacientes con valvulopatía lúpica incluye profilaxis de endocarditis, tratamiento antiagregante o anticoagulante en casos seleccionados y sustitución valvular cuando la afectación sea severa. El uso de corticoesteroides no previene la presentación de la enfermedad pero facilita la recuperación, al tiempo que disminuye la respuesta inflamatoria. Sin embargo, se encuentra en la literatura que estos pueden incrementar la fibrosis y como consecuencia aumenta el daño y la disfunción valvular, no obstante es importante una terapia con esteroides para controlar la actividad inflamatoria^{3,4}.

El riesgo de eventos tromboembólico se encuentra aumentado. En la actualidad se incluye en las guías para el manejo de SAF la anticoagulación a largo plazo⁵, teniendo en cuenta antecedente de evento tromboembólico así como condiciones concomitantes (fibrilación auricular, reemplazo valvular); se considera anticoagulación para toda la vida.

La mayoría de los pacientes con disfunción valvular y repercusión hemodinámica secundaria puede ser controlados con manejo conservador, igual manejo que el indicado en falla cardíaca, así como también manejo conjunto con lo mencionado antes⁵. Si los síntomas de disfunción valvular persisten, se debe considerar intervención quirúrgica⁶.

En la últimas décadas se ha implementado la reparación valvular como alternativa para reemplazo valvular^{6,7}; entre sus ventajas se encuentran baja tasa de mortalidad, alta tasa de supervivencia, menor riesgo de endocarditis infecciosa, menor riesgo de eventos tromboembólicos y menor costo. En el caso de la endocarditis de Libman-Sacks, las indicaciones no son claras, se cuenta con poca literatura al respecto en los que se destaca considerar reparo valvular en pacientes jóvenes con su enfermedad de base relativamente estable, con exploración macroscópica de relativa normalidad, y donde la realización de reparo valvular sea factible; por otro lado el reemplazo valvular se debe considerar según la edad y otros factores, por ejemplo, en pacientes con sangrados anormales la válvula bioprotésica es superior frente a la válvula mecánica, mientras en los pacientes con mayor probabilidad de calcificación de válvula bioprotésica como el caso de la falla renal, el uso de válvula protésica mecánica ofrecería mejores resultados⁸.

En el presente caso la severidad del inicio súbito de los síntomas severos cardíacos motivaron que se optara por la cirugía valvular reparadora. Se deben continuar controles periódicos ecográficos en los próximos años, para vigilar que la evolución del estado de la reparación valvular continúe siendo óptimo.

Conclusiones

La endocarditis de Libman-Sacks es una complicación muy frecuente del LES; en este caso se presentó como una insuficiencia cardíaca severa de origen súbito; los estudios de ecocardiografía

grama son fundamentales para corroborar el diagnóstico con posterior abordaje operatorio.

Agradecimientos

Los autores agradecen a los doctores Álvaro Arbeláez y Jorge Manuel Rueda por su participación en la discusión y enfoque del caso clínico.

Conflicto de interés

Los autores no tienen conflictos de interés.

Referencias

1. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2013; 128:e240-e327. DOI: <http://dx.doi.org/10.1161/CIR.0b013e31829e8776> URL disponible en: <http://circ.ahajournals.org/content/128/16/e240>
2. Moaref AR, Afifi S, Rezaian S, Rezaian GR. Isolated tricuspid valve Libman-Sacks endocarditis and valvular stenosis: unusual manifestations of systemic lupus erythematosus. *J Am Soc Echocardiogr*. 2010; 23(3): 341.e3-341.e5. DOI: 10.1016/j.echo.2009.09.004 URL disponible en: [http://www.onlinejase.com/article/S0894-7317\(09\)00811-6/abstract](http://www.onlinejase.com/article/S0894-7317(09)00811-6/abstract)
3. Hojnik M, George J, Ziporen L, Shoenfeld Y. Heart valve involvement (Libman-Sacks Endocarditis) in the antiphospholipid syndrome. *Circulation*. 1996; 93(8): 1579-87. URL disponible en: <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/long/93/8/1579>
4. Hoffman R, Lethen H, Zunker U, Schöndube FA, Maurin N, Sieberth HG. Rapid appearance of severe mitral regurgitation under high-dosage corticosteroid therapy in a patient with systemic lupus erythematosus. *Eur Heart J*. 1994; 15(1): 138-9. URL disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8174575>
5. Moysakis I, Tektonidou MG, Vasilliou VA, Samarkos M, Voltteas V, Moutsopoulos HM. Libman-Sacks endocarditis in systemic lupus erythematosus: prevalence, associations, and evolution. *Am J Med*. 2007; 120(7): 636-42. DOI: 10.1016/j.amjmed.2007.01.024 URL disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17602939>
6. Taguchi S, Hashimoto K, Sakamoto Y, Okuyama H, Ishii S. A case of mitral valve plasty for Libman-Sacks endocarditis mimicking a cardiac tumor. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2006; 132(6): 1465-7. URL disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002252230601470X>
7. Acker MA, Parides MK, Perrault LP, Moskowitz AJ, Gelijns AC, Voisine P, et al. Mitral-valve repair versus replacement for severe ischemic mitral regurgitation. *N Engl J Med*. 2014; 370(1): 23-32. DOI: 10.1056/NEJMoa1312808 URL disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1312808#t=article>
8. Bouma W, Klinkenberg TJ, van der Horst IC, Wijdhden Hamer IJ, Erasmus ME, Bijl M, et al. Mitral valve surgery for mitral regurgitation caused by Libman-Sacks endocarditis: a report of four cases and a systematic review of the literature. *J Cardiothorac Surg*. 2010; 5: 13. DOI: 10.1186/1749-8090-5-13 URL disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20331896>