

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "MANUEL ASCUNCE DOMENECH". CAMAGÜEY

Endocarditis trombótica no bacteriana. Informe de 2 nuevos casos

Dr. Rafael Pila Pérez, Dra. María Álvarez Navarro

Pila Pérez, R.; M. Álvarez Navarro: *Endocarditis trombótica no bacteriana. Informe de 2 nuevos casos.*

Se presentan dos casos de endocarditis trombótica no bacteriana en los hallazgos de necropsia. Se señala que una de las pacientes presentó una neoplasia de pulmón y la otra estaba asociada con tuberculosis. Se hace el comentario de cómo una enfermedad maligna o benigna, puede complicarse con una segunda enfermedad con consecuencias fatales. Se revisa el tema y se exponen los criterios fisiopatológicos más aceptados sobre esta enfermedad en el momento actual.

INTRODUCCION

La endocarditis trombótica no bacteriana (ETNB) o maràntica es una entidad clínica de patogenia oscura, que en un principio fue reconocida como un hallazgo incidental de autopsias, sin repercusión clínica.¹

Esta enfermedad oculta procesos graves, ha empezado a considerarse sobre todo a partir de la comunicación de *Me Donald* y *colaboradores*² como causa de embolismo con sintomatología evidente y en ocasiones, como motivo principal de la muerte.

La endocarditis trombótica no bacteriana se define como la presencia, en las válvulas cardíacas, de vegetaciones blandas compuestas de fibrina y plaquetas, sin la existencia de inflamación o destrucción.³ Las lesiones están localizadas en las áreas expuestas al flujo sanguíneo, principalmente en las válvulas mitrai y aórtica, y es muy rara la localización pulmonar y triscuspídea.

El objeto de este trabajo es la presentación de 2 casos de ETNB; una causada por una neoplasia de pulmón y otra por una tuberculosis, en las cuales la existencia de fenómenos embólicos contribuyó al desenlace final de la enfermedad.

* Especialista de II Grado en Medicina Interna.

** Residente de 1er año en Anatomía Patológica.

Presentación de casos

Caso 1

Paciente M.D.R., de 64 años de edad, del sexo femenino, de la raza blanca e historia clínica 631428. Ingresó en este hospital por presentar fiebre, dolor torácico, pérdida de peso y alteración de la conciencia, sin signos de localización neurológica.

El examen físico mostró estertores crepitantes en ambos campos pulmonares más acentuados en el pulmón izquierdo.

El examen cardiovascular fue normal. Al realizarse rx de tórax (figura 1) mostró lesiones de posible causa tuberculosa, lo cual fue confirmado por una baciloscopia de esputo donde se identificaron abundantes *Mycobacterium tuberculosis*.

Se establece el tratamiento con estreptomicina, isoniacida, rifampicina y pirazinamida.

A los 7 días de su ingreso comienza a presentar gran toma de conciencia, con hemiplejía izquierda. Fue agravando su cuadro y falleció a las 3 semanas de su ingreso.

La necropsia (figura 2) mostró una tuberculosis del pulmón izquierdo y ETNB de la válvula mitral. En el cerebro existía marcada arteriosclerosis, infarto cerebral en la arteria cerebral media, varios infartos en el cerebelo, lóbulos frontales y parietales, así como infartos múltiples en el hígado y el bazo.

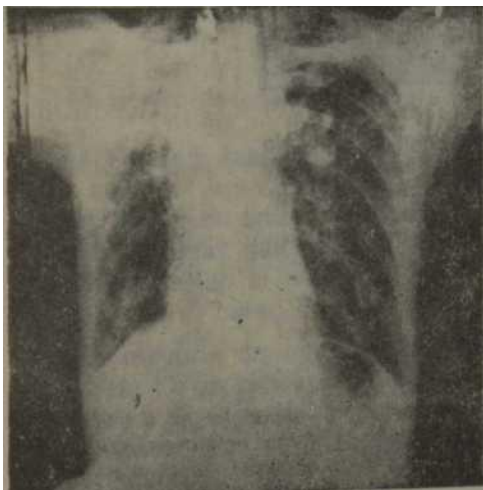


Figura 1. Fibrotórax del lóbulo superior derecho y apicalización hilar bilateral. Tractus de fibrosis de la región infraclavicular izquierda.



Figura 2. Pequeñas vegetaciones de color pardo grisáceo que tienen adherido plasma coagulado, situadas en el borde del cierre de la válvula mitral. Las vegetaciones no se extienden ni a cuerdas tendinosas ni al miocardio.

Caso 2

Paciente J.G.P., de 66 años de edad, del sexo femenino, de la raza blanca y de historia clínica 584110. Fumadora inveterada con antecedentes de bronquitis crónica. Ingresó en este centro por presentar fiebre, tos y hemoptisis. Varias semanas antes del ingreso había desarrollado gran pérdida de peso no explicada. El examen al ingreso mostró una paciente febril y disneica.

La tensión arterial era normal. Existían abundantes estertores crepitantes en el pulmón izquierdo, pero no se auscultaban soplos cardíacos.

La radiografía de tórax (figura 3) mostró opacidad homogénea del lóbulo superior izquierdo, con tracción de los órganos del mediastino.



Los exámenes de laboratorio mostraron anemia de 9 g de hemoglobina y leucocitosis de $13\,500 \times \text{mm}^3$. Los esputos bacteriológicos y BAAP fueron negativos, no así los esputos citológicos que mostraron abundantes células neoplásicas. El electrocardiograma fue normal.

Al sexto día de su ingreso falleció en un cuadro {je insuficiencia respiratoria, estridor, cianosis y pérdida de la conciencia con hemiplejía derecha.

El estudio necrópsico (figuras 4A y 4B) mostró neoplasia de pulmón izquierdo del tipo anaplásico, de células pequeñas, con Invasión del mediastino, ETNB de la válvula del anillo aórtico. Se comprobó diseminación al hígado, bazo y riñones. Existía además arteriosclerosis cerebral marcada, con infarto en el territorio de la arteria cerebral media y en lóbulos frontales del cerebro.



Figura 4. Se observan vegetaciones friables, voluminosas, en forma de grumos, que ocupan todas las válvulas del anillo aórtico. Las vegetaciones no se extienden ni a cuerdas tendinosas ni al miocardio.

DISCUSION

Esta entidad, conocida también como endocarditis marasmática terminal o maligna, fue descrita originalmente por *Hammar* en 1878⁴ y a partir de esa fecha, su existencia ha sido descrita asociada principalmente con adenocarcinomas mucosecretorios, y las localizaciones primarias más frecuentes han sido el páncreas, el estómago, el pulmón^{5,6} e incluso se ha señalado en el curso de hepatomas.⁷

En la mayoría de estudios necrópsicos de ETNB, se ha encontrado la existencia de un proceso neoplásico de base entre el 50 y el 75 % de los casos.^{8,9}

La ETNB se ha asociado también con otras enfermedades no malignas, tales como infecciones, diabetes mellitus, cirrosis o enfermedad renal. Aunque la tuberculosis ha sido referida entre dichas causas¹⁰⁻¹¹ no existe información sobre la importancia clínica de esta complicación, a pesar de qué ha sido descrita Como causa de ETNB desde hace más de 100 años.

La patogenia de la ETNB no ha sido aclarada. Los autores que se han ocupado de este tema están de acuerdo con que todo parece ocurrir a través de un mecanismo que implica la producción de sustancia con actividad procoagulante y el desarrollo de una coagulación intravascular diseminada crónica con depósitos locales de fibrina y plaquetas en el

endocardio,¹²⁻¹³ esto ocurre en las neoplasias, mientras que la coagulopatía de consumo ha sido descrita en enfermos con tuberculosis,¹⁴ y observaciones *in vivo* de la patogenia del tubérculo han mostrado la existencia de trombosis masiva de los pequeños vasos que rodean al tubérculo en desarrollo, lo que precede ligeramente a la formación de la necrosis caseosa.¹⁵

La ETNB ha sido considerada como una curiosidad anatomopatológica, sin importantes consecuencias clínicas, sin embargo, los embolismos múltiples son un riesgo y una fuente de morbilidad de estos pacientes.¹⁻²⁹ Aunque *Ellis y colaboradores*¹⁶ no señalan a la tuberculosis como causa de morbilidad, en estos enfermos la formación de embolias en órganos vitales provenientes de una ETNB debe tenerse presente.

Aunque los 2 enfermos tenían previamente una enfermedad severa, se cree que la presencia de ETNB y su posible relación con la existencia de infartos cerebrales, hepáticos, esplénicos y renales, pudo contribuir a su fatal desenlace.

Se debe tener presente que si el diagnóstico de la ETNB fuese realizado en vida, ya sea por procedimientos clínicos, ecocardiográficos u otros, la cirugía cardíaca podría prevenir el daño en los órganos vitales.

SUMMARY

Pila Pérez, R.; M. Alvarez Navarro. *Non-bacterial thrombotic endocarditis. Report of two new cases.*

Two cases of non-bacterial thrombotic endocarditis found at necropsy are reported. One of the female patients presented pulmonary neoplasia and in the other one it was associated with tuberculosis. How a malignant or benign disease can be complicated with a second disease carrying on fatal consequences is commented. The theme is reviewed and the most accepted physiopathologic criteria, at the present time, on such disease are exposed.

RÉSUMÉ

Pila Pérez, R.; M. Alvarez Navarro: *Endocardite thrombotique non bactérienne. A propos de 2 nouveaux cas.*

Il est présenté 2 cas d'endocardite thrombotique non bactérienne comme trouvailles de nécropsie. Une malade a présenté une néoplasie du poumon et l'autre présentait une tuberculose associée. Les auteurs commentent le fait qu'une maladie maligne ou bénigne peut se compliquer par l'association d'une autre maladie à issue fatale. Une revue est faite sur ce sujet et il est exposé les critères physiopathologiques les plus acceptés de nos jours à propos de cette maladie.

BIBLIOGRAFIA

1. *Gross, L.; C. K. Friedberg*: Nonbacterial thrombotic endocarditis. Classification and general description. *Arch Int Med* 58 : 628, 1936.
2. *Mc Donald, R. A.; S. L. Robbins*: The significance of nonbacterial thrombotic endocarditis. An autopsy and clinical study of 78 case. *Ann Int Med* 46: 255, 1957.
3. *Bryan, C. S.*: Nonbacterial thrombotic endocarditis with malignant tumors *Am J Med* 46: 787, 1969.
4. *Lie, J. T.*: Centenary of the first antemortem diagnosis of coronary thrombosis by Adam Hammer (1818-1878). *Am J Cardiol* 42: 849, 1978.
5. *Rohner, F. R.; J. T. Prior; J. M. Sipple*: Mucinous malignancies, venous thrombosis and terminal endocarditis with emboli. *Cancer* 19: 1805, 1966.
6. *Min, K. W.; F. Gyorkey; C. Sato*: Mucin-producing adenocarcinomas and nonbacterial thrombotic endocarditis. *Cancer* 45: 2374, 1980.
7. *Hugon, J. et al.*: Nonbacterial thrombotic endocarditis associated with latent primary hepatoma. *La presse medicale* 14(1): 44, 1985.
8. *Chaudhuri, M. R.*: Nonbacterial thrombotic endocarditis in association with mucus secreting adenocarcinomas. *Brit J Chest Dis* 65: 98, 1971.
9. *Barry, IV. E.; D. Scarpelli*: Nonbacterial thrombotic endocarditis: a clinicopathologic study. *Arch Int Med* 109: 79, 1962.
10. *Chino, F.; A. Kocama; M. Otake; D. S. Dock*: Nonbacterial thrombotic endocarditis in a Japanese autopsy sample. A review of wighty cases. *Am Heart J* 90: 190, 1975.
11. *Castelman, B.; V. IV. Towne*: Case records of the MGM. Case 5-1969. *N Engl J Med* 280: 265, 1969.
12. *Cliffon, E. E.*: Review of clinical experience with clotlysing agents. *Am J Cardiol* 6: 475, 1960.
13. *Kin, H. S.; M. Suzuki; I. T. Lie; J. L. Titus*. Nonbacterial thrombotic endocarditis and disseminated intravascular coagulation. *Arch Pathol Lab Med* 101, 65, 1977.
14. *Goldfine, I. D.; H. Schacter; W. R. Barclay; H. S. Kingdon*: Consumption coagulopathy in miliary tuberculosis. *Ann Int Med* 71: 775, 1969.
15. *Ebert, R. H.; J. J. Ahern; R. G. Bloch*: Development of tuberculous infection in vivo observations in the rabbit ear chamber. *Proc Soc Exp Bio Med* 68, 625, 1948.
16. *Ellis, M. E.; A. K. Webb*: Cause of death in patients admitted to hospital for pulmonary tuberculosis. *Lancet* I: 665, 1983.

Recibido: 6 de febrero de 1986

Aprobado: 13 de febrero de 1986

Dr. *Rafael Pila*

Lugareño, No. 317, apartamento 403

Camagüey

Cuba