

## 27 ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR *LISTERIA MONOCYTOGENES* CON PRESENTACIÓN PSEUDOTUMORAL

Daniela Barranco<sup>1</sup>, Pablo Álvarez<sup>2</sup>, Lucía Florio<sup>1</sup>, Sergio Burguez<sup>1</sup>

1. Sanatorio Americano. 2. AMSJ.

**Historia clínica:** hombre de 64 años, con hipotiroidismo. Recibe T4 25 µg día, FA crónica en tratamiento con atenolol y warfarina. Presenta 10 días de síndrome febril con 39°C, chusco solemne reiterado, sudoración nocturna, concomitantemente neuralgia del trigémino tratada con antiinflamatorios. Niega disnea y tos, no síntomas urinarios ni abdominales, no mialgias. Ingresa aislado. Examen: lúcido, PA 120/70 mmHg, temperatura axilar de 37,8°, piel y faneras sin alteraciones, saturación de oxígeno de 98%, CV RI 88 cpm sin soplos. No estertores, no edemas.

**Pruebas complementarias:** se realizan dos hisopados negativos para coronavirus. Glóbulos blancos 14.700 elementos/ml. Velocidad de eritrosedimentación de 92 mm/h, proteína C reactiva de 160 mg/l, creatinemia de 1,4 mg/dl. Hemocultivos por 4, desarrolla en uno de ellos *Listeria monocytogenes* (LM) sensible a ampicilina y gentamicina. El ETT muestra HVI moderada, hipoquinesia lateral medioapical e inferior medioapical con engrosamiento de la pared a dicho nivel, pudiendo corresponder a infiltración tumoral, que se extiende hasta el músculo papilar anterolateral, y por encima imagen redondeada de aspecto quístico, móvil, de 1,8 cm por 1,1 cm y otra imagen con diámetro de 0,7 cm, de aspecto más sólido. Sin insuficiencia mitral ni compromiso de otras válvulas. El *strain* 2D está disminuido a nivel lateral medioapical en -7%. FEVI 56%. CACG: sin lesiones coronarias. CR: masa móvil intracavitaria no caracterizable. Tumor cardíaco compatible con naturaleza maligna, probable sarcoma en pared lateral de 43 x 29 x 39 mm. PET sin evidencia sistémica de lesiones hipermetabólicas, no es posible evaluar miocardio.

**Diagnóstico:** se descarta infección por coronavirus, se planteó EI a LM. Se inicia ampicilina y gentamicina intravenosa. La CR informa tumor cardíaco. Se descartó proceso tumoral extracardíaco con PET, no pudo evaluarse miocardio. Sigue con ampicilina por 6 semanas. Desapareció rápidamente la fiebre y a los 12 días el ETT no mostraba las imágenes iniciales, tuvo una paresia transitoria de miembro superior izquierdo con TAC de cráneo normal. El ETT al final del tratamiento mostró resolución completa de imágenes redondeadas vinculadas al músculo papilar y desaparición del engrosamiento mural que infiltraba el mismo y la pared lateral. Quedó aquinesia mediolateral e inferior medioapical con disquinesia lateral-apical. *Strain* 2D -10%. FEVI 42%. Se concluye diagnóstico de EI mural por LM con presentación pseudotumoral. A los 4 meses, el paciente seguía asintomático. Se negó a nueva CR.

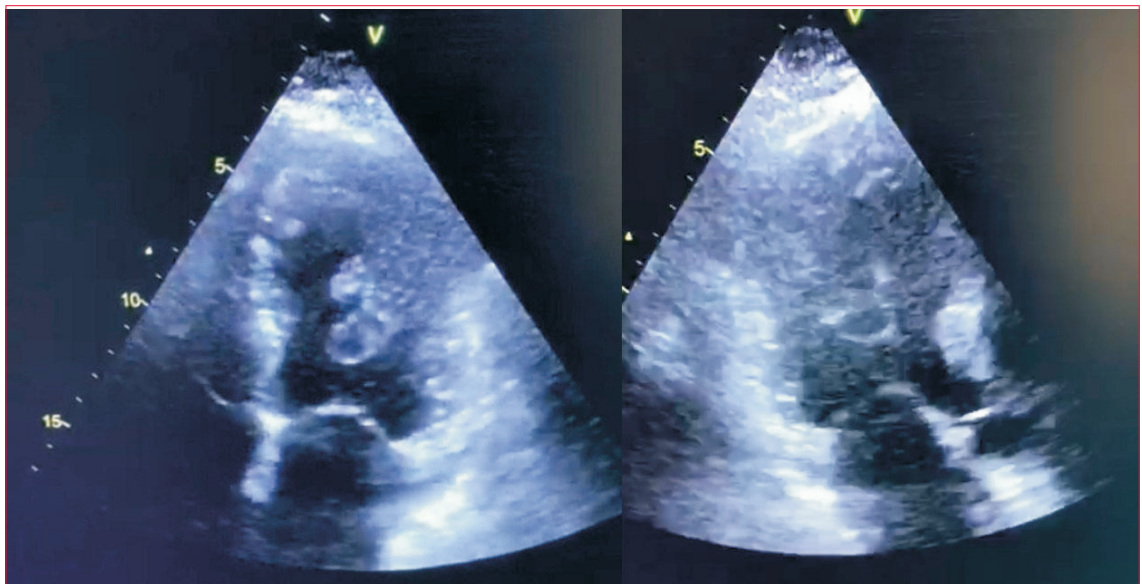


Figura 1

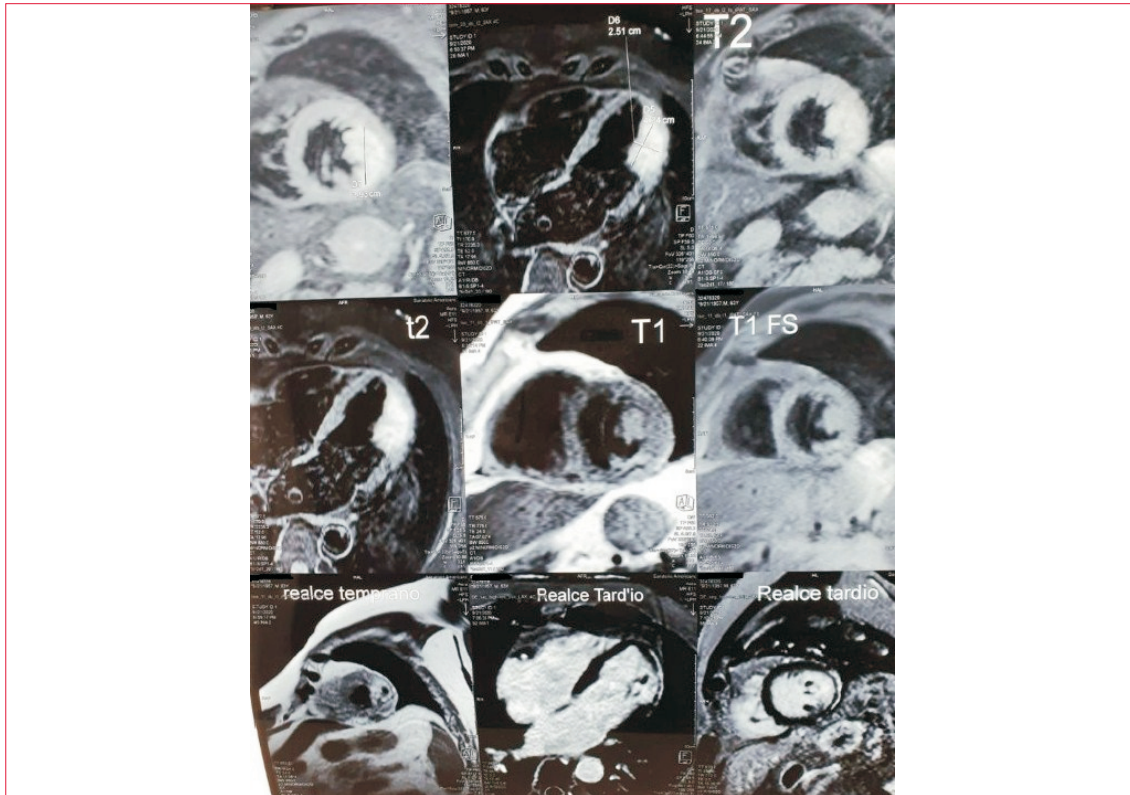


Figura 2

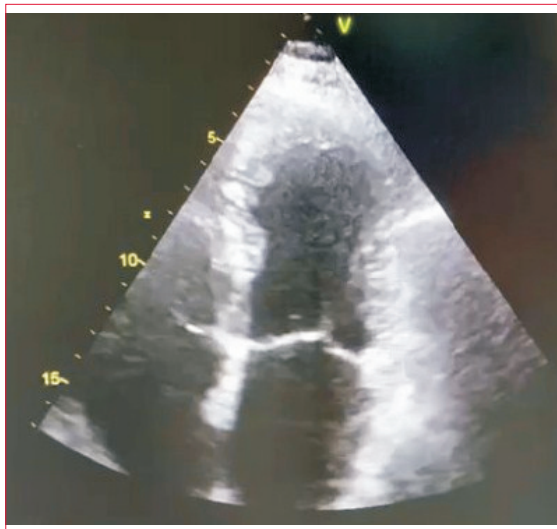


Figura 3

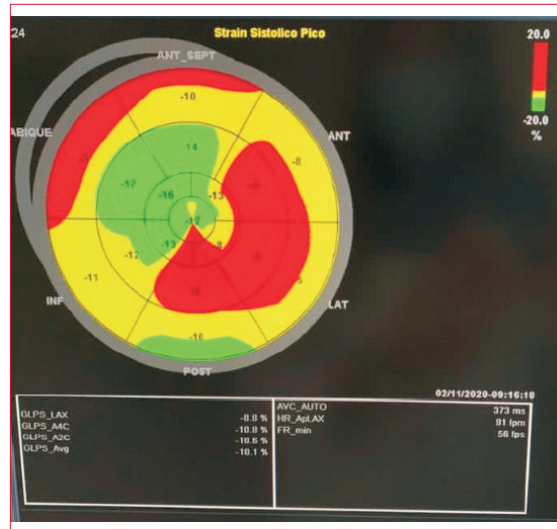


Figura 4

**Discusión:** se presenta caso de EI a LM con una presentación pseudotumoral. La EI por LM es poco frecuente pero con alta mortalidad, más frecuente en mayores de 60 años, con válvulas protésicas, inmunocomprometidos y con tumores sólidos. Los abscesos o la EI mural son raros pero se describen en casos de LM. Las imágenes en la CR son muy sensibles y específicas para detectar tumores, pueden tener falsos positivos al no poder caracterizar claramente el miocardio, como en pacientes con FA. Su concordancia histológica es cercana al 80% y existen reportes de pseudotumores en casos de EI mural a LM que luego se interpretan como procesos inflamatorios. A pesar de la resolución de la EI con antibióticos, el remodelado secular del miocardio tiene pronóstico incierto.