

*obteniéndose microorganismo causal en el restante. La semiología fue predominantemente respiratoria, destacándose la presencia de embolismo pulmonar séptico y empiema pleural en dos pacientes. La ecocardiografía evidenció vegetaciones sobre válvula tricúspide en todos los casos. La evolución fue favorable en los tres pacientes, respondiendo al tratamiento antibiótico instituido, no requiriendo cirugía.*

**Dra. Marta Berón**  
**Dr. Eduardo Curbelo**  
Médicos de guardia del CTI Hospital Maciel  
**Dr. Homero Bagnulo**  
Director del CTI Hospital Maciel  
**Dr. Luis Zimet**  
Médico ecocardiografista

## Introducción

La endocarditis infecciosa que compromete las estructuras valvulares de las cavidades derechas, es una afección que predomina en drogadictos (1). La endocarditis infecciosa tricuspídea (EIT), se ha vuelto un grave problema médico en los países desarrollados. En nuestro medio, en los últimos años se ha notado un importante incremento de la drogadicción de uso parenteral, sobre todo con cocaína, a pesar de lo cual no se han descrito casos de EIT en drogadictos, siendo la etiología más frecuente los catéteres endovasculares (vías venosas, Swan-Ganz, cables de marcapasos) y el aborto séptico, patología frecuente en nuestro medio (2, 3).

Comunicamos los tres primeros casos de endocarditis tricuspídea en pacientes drogadictos, asistidos en el Centro de Tratamiento Intensivo del Hospital Maciel.

## Casos clínicos

### CASO Nº 1

R.A., sexo masculino, 17 años, con antecedentes personales de drogadicción de 2 años de evolución con cocaína inhalatoria e inyectable, compartiendo jeringa con otros individuos sin ningún tipo de asepsia. 20 días antes del

ingreso inyección de cocaína, presentando posteriormente flebitis de miembro superior izquierdo, que cura espontáneamente. 10 días después comienza con fiebre, sudoración, astenia, tos con expectoración mucosa y dolor tipo puntada de lado en hemitórax izquierdo, sintomatología que persiste hasta el momento del ingreso.

Al examen físico: lúcido, con excitabilidad y agresividad, febril, fascies terrosa, palidez cutáneo-mucosa, lesiones cutáneas en miembros superiores con flebitis evolucionadas y palpación de trayectos venosos indurados; taquicardia sinusal regular de 100 cpm, ruidos apagados, sin soplos cardíacos, PA 115/60; polipnea de 20 rpm, síndrome en menos en 1/3 inferior de hemitórax izquierdo con roces pleurales; dolor abdominal a la palpación de hipocondrio izquierdo con matidez en área esplénica.

Ecocardiograma modo M y bidimensional realizado el día del ingreso, evidenció pequeña vegetación en cara ventricular de válvula tricúspide, sin insuficiencia tricuspídea ni dilatación de cavidades, ni derrame pericárdico (Figura 1); 5 hemocultivos positivos a *Staph. aureus* meticilino sensible; ECG ritmo sinusal regular de 100 cpm, con eje a +60°; radiografía de tórax que muestra derrame pleural a izquierda; toracocentesis diagnóstica: líquido pleural serofibrinoso con pH 7.25, que al examen citológico mostró leucocitos PMN y piocitos. Gasometría arterial ventilando espontáneamente al aire, evidenció insuficiencia respiratoria tipo I; leucocitosis de 8600/mm<sup>3</sup>; azoemia 0.27 g/l. Serología positiva para VIH (métodos ELISA, Aglutinación, ANTI-P24, Inmunofluorescencia y Western Blot).

Centro de Tratamiento Intensivo. Hospital Maciel (M.S.P.). Montevideo, Uruguay.









