

Endocarditis infecciosa a *N. Gonorrhoeae*, una rara etiología

Infective Endocarditis Caused by N. Gonorrhoeae. A Rare Etiology

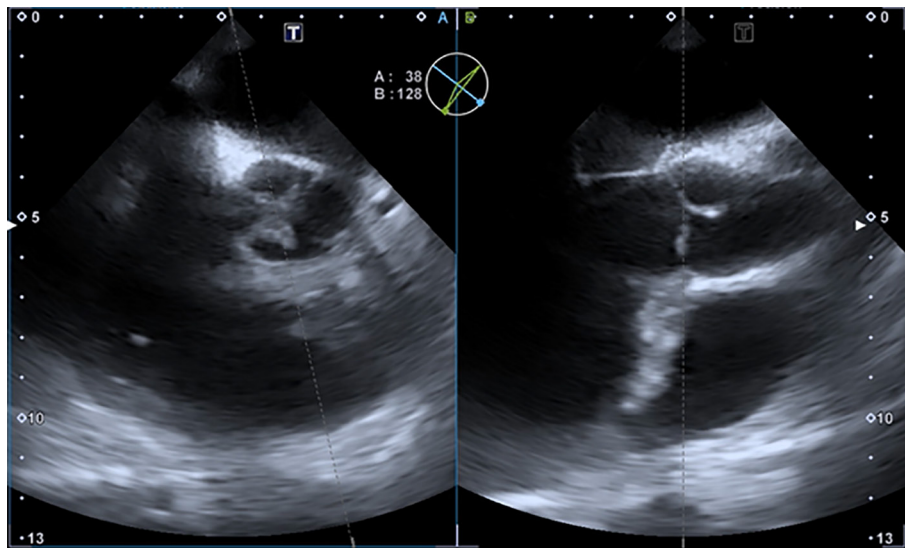
MARÍA FLORENCIA HERMAN CAVARRA¹, ANA BELÉN VALDES², MARÍA JIMENA GAMBARTE², CLAUDIO C. HIGA²

La endocarditis infecciosa sigue representando un reto diagnóstico debido a la gran variabilidad de su presentación clínica. Dentro de los microorganismos más frecuentemente asociados se destacan el *Staphylococcus Aureus* y la familia de estreptococos de la cavidad oral, y en menor medida el *Enterococcus Faecalis*. Se presenta un caso de un paciente joven con endocarditis a *Neisseria Gonorrhoeae* como etiología poco prevalente. (1-3)

Se trata de un paciente masculino de 28 años de edad, tabaquista y con sobrepeso, sin otros antecedentes de relevancia, que consultó a un hospital de comunidad por presentar fiebre, dolor abdominal y diarrea de 3 semanas de evolución. Fue evaluado por el Servicio de Clínica Médica, y se interpretó el cua-

dro clínico como una diverticulitis no complicada. Se tomaron dos hemocultivos de los cuales se obtuvo relevamiento en uno de ellos de *N. Gonorrhoeae*, por lo que se inició tratamiento antibiótico con metronidazol, ceftriaxona y doxiciclina. El paciente negó conductas sexuales de riesgo y presentó serologías para infecciones de transmisión sexual negativas. Al examen físico se detectó un soplo diastólico en foco aórtico de intensidad 3/6 no conocido, por lo que se realizó ecocardiograma Doppler color, transtorácico y transesofágico. En ambos se visualizó una vegetación de 9 mm x 4 mm en valva no coronariana de válvula aórtica con insuficiencia grave asociada (Figuras 1 y 2) con leve dilatación del ventrículo izquierdo (6,2 cm en diástole en el transesofágico)

Fig. 1. Ecocardiograma. Proyección en eje corto y largo, se observa vegetación en valva no coronariana de válvula aórtica



REV ARGENT CARDIOL 2026;94:165-166. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v94.i2.20999>

Dirección para correspondencia: María Florencia Herman Cavarra. Correo electrónico: flor.herman.cavarra@gmail.com



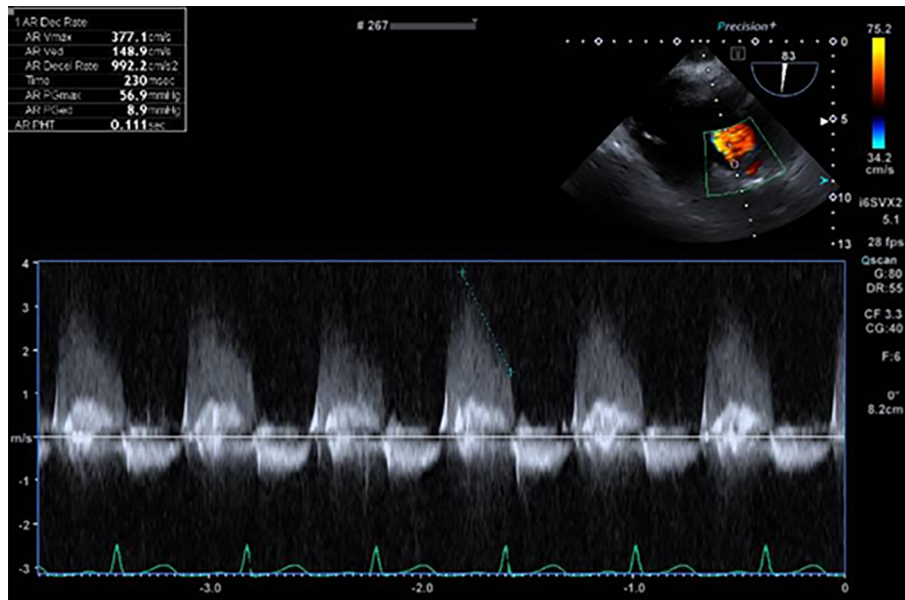
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

©Revista Argentina de Cardiología

¹Ex residente del Servicio de Cardiología del Hospital Alemán. Ciudad Autónoma de Buenos Aires

²Hospital Alemán, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Fig. 2. Ecocardiograma. Por vía transgástrica se observa jet de regurgitación grave con tiempo de hemipresión de 0,11 s y tasa de desaceleración de 992 cm/s a nivel de la válvula aórtica



y una vegetación móvil pedunculada de 6,3 mm en P1-P2 de la válvula mitral en cara auricular, que prolapsaba hacia el ventrículo en diástole sin generar disfunción valvular.

Se interpretó el cuadro clínico como endocarditis infecciosa definitiva en válvulas nativas (aórtica y mitral) a *N. Gonorrhoeae*. No se hallaron signos de impactos sépticos. Cursó internación en sala general manteniendo estabilidad hemodinámica, sin evidenciarse arritmias por monitorización telemétrica ni alteraciones del electrocardiograma basal.

Por insuficiencia aórtica aguda grave asociada a endocarditis, se decidió su intervención quirúrgica tras completar antibioticoterapia por diverticulitis con metronidazol y ceftriaxona. Se realizó reemplazo valvular aórtico con válvula mecánica N° 21 con colocación de parche pericárdico autólogo en fibrosa mitroaórtica, por absceso detergido a ese nivel. Se realizó además cierre de comunicación interauricular. Se realizó ecocardiograma transesofágico durante la cirugía que comprobó adecuado funcionamiento valvular protésico sin insuficiencia o *mismatch* asociado. Se obtuvo Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) positiva para *N. Gonorrhoeae* en muestra tomada de la válvula nativa removida. Continuó tratamiento antibiótico con ceftriaxona y se indicó anticoagulación por válvula mecánica.

Evolucionó favorablemente durante el posoperatorio, por lo que fue dado de alta completando tratamiento antibiótico en domicilio por un total de 6 semanas desde el recambio valvular.

La endocarditis por *N. Gonorrhoeae* es una entidad poco frecuente y poco descripta. Es importante sospecharla frente a un examen físico concordante y realizar un ecocardiograma precoz para poder identificarla. (4,5)

Consideraciones éticas

No aplica

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web)

BIBLIOGRAFÍA

- Butler WN, Stephenson C, Young BD, Shah P. An Evasive Case of Gonococcal Endocarditis. *Cureus* 2023;15:e44890. <https://doi.org/10.7759/cureus.44890>.
- Fenech M, Xerri T, Grech P, Portelli A. Neisseria gonorrhoeae infective endocarditis. *BMJ Case Rep* 2022;15:e249723. <https://doi.org/10.1136/bcr-2022-249723>.
- Volpato J, Estrella ML, Kazelian LR. Endocarditis infecciosa por Neisseria gonorrhoeae [Infectious endocarditis due to Neisseria gonorrhoeae]. *Medicina (B Aires)* 2021;81:861-4.
- Saleh Z, Florea I, Scalia D, Stepanyan A, Mitzner J, Ginsberg F, Fraimow H, Shersher D, Rosenbloom M, Minakata K. An Atypical Presentation of Gonococcal Endocarditis. *JACC Case Rep* 2024;15:102370. <https://doi.org/10.1016/j.jaccas.2024.102370>.
- Neto A, Sevilha J, Seabra D, Oliveira I, Santos RP, Andrade A, Pinho P, Costa PM, Viana M, Pinto P. Acute Aortic Regurgitation Due to Endocarditis Caused by Disseminated Gonococcal Infection: A Case Report. *Sex Transm Dis* 2021;48:e48-e50. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001251>.