

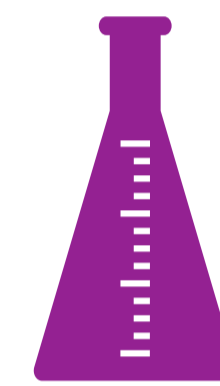
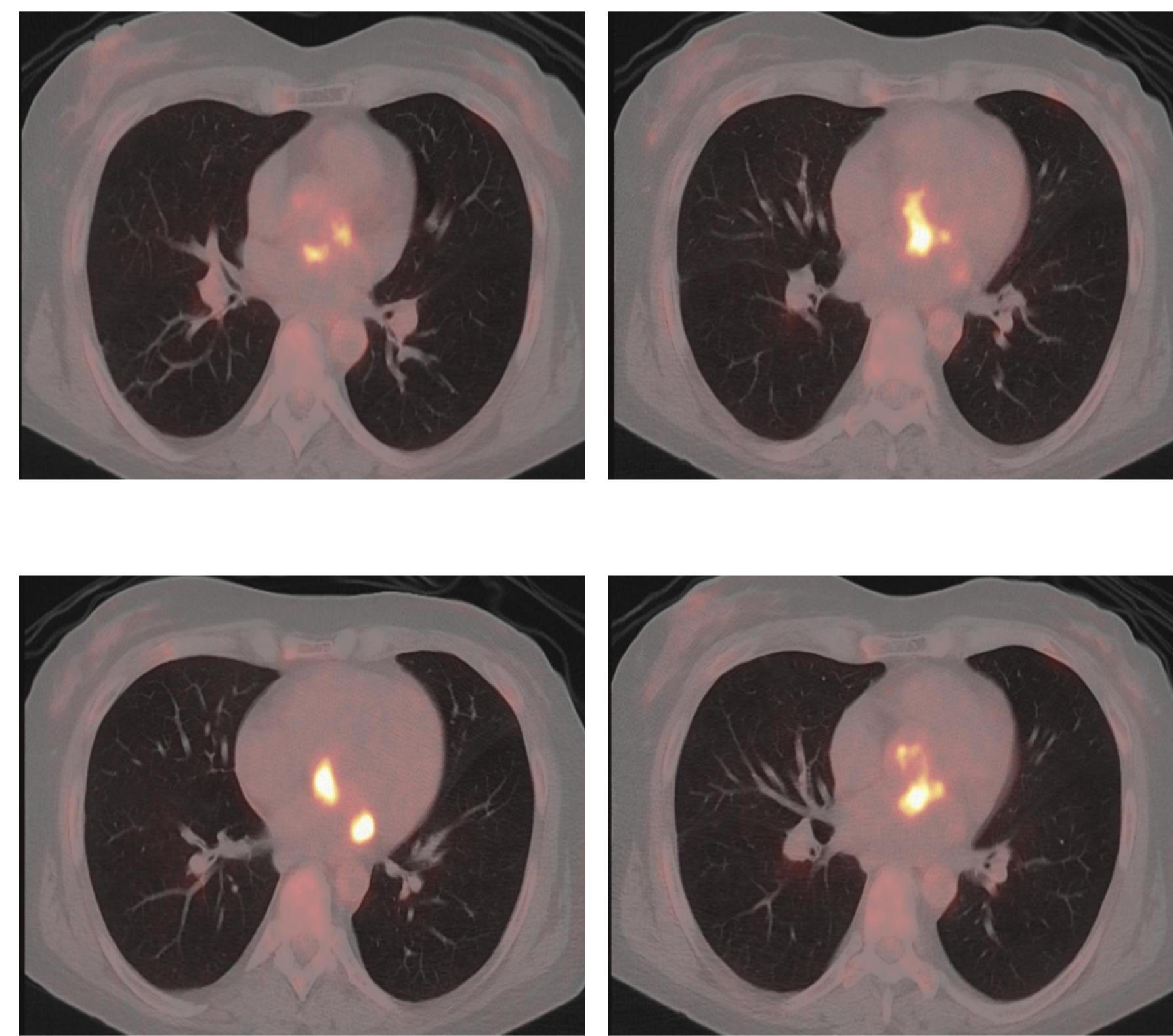
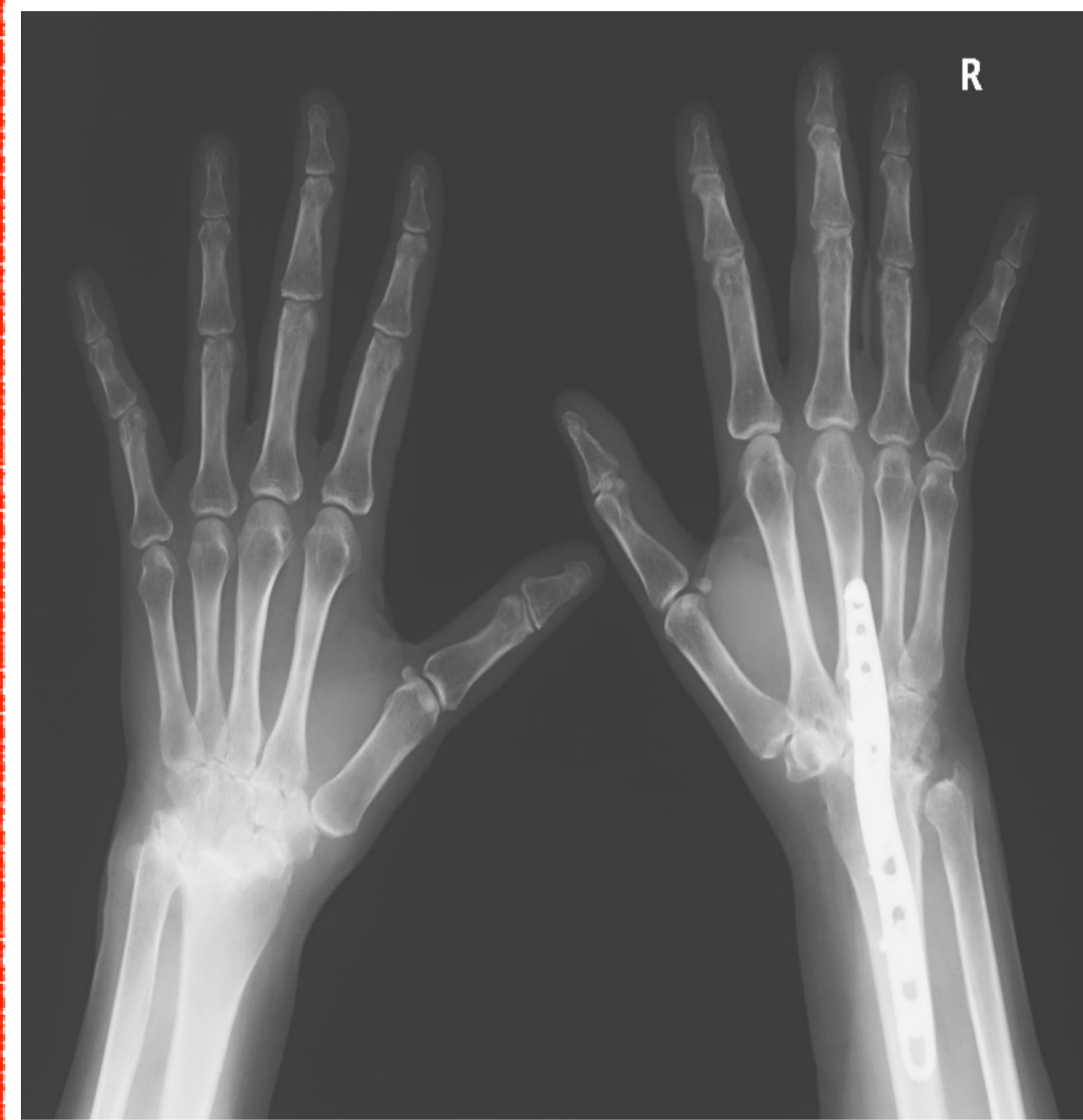
Mujer de 52 años, fumadora de 20 paquetes/años con antecedentes personales de:

- Dislipemia.
- Asma bronquial.
- Artritis Reumatoide seropositiva, diagnóstica en 2012, en seguimiento en otro centro hasta 2018.
- Reconstrucción tendinosa de bandolera del tendón extensor del 5º dedo de mano I. Artrodesis en carpo izq.

Tratamientos para la **Artritis Reumatoide (AR)** desde su diagnóstico en 2012:

- Metotrexato (MTX) y corticoides (Cs) a dosis variables.
  - MTX, Cs y Abatacept (por retirado por fallo 2º)
  - Leflunomida, Cs y Etanercept (por retirado por fallo 2º)
  - Tocilizumab (retirado por fallo 1º y reacción alérgica)
- Tratamiento actual: MTX 20mg/semanal, Certolizumab 200 mg/15 días y Cs.

Ingresa en Cardiología por infarto agudo de miocardio sin elevación del ST. En ecocardiograma transtorácico al alta, se aprecia **masa filiforme en válvula aórtica de 6 mm con insuficiencia valvular grave y masa anclada a válvula mitral de 16x7 mm.** Desde el punto de vista articular sin tumefacción ni sinovitis en la exploración física. Mala adherencia a tratamiento y seguimiento en consulta.



Hemocultivo x 3: ausencia de crecimiento



Serología *Coxiella burnetti*, *Bartonella*, *Legionella* y *Brucella* negativa. AL, ACL y B2 negativo.



PCR panfúngica y panbacteriana negativa. PCR *Tropheryma whipplei* negativa.

**ENDOCARDITIS TROMBÓTICA NO BACTERIANA (ETNB)** en el seno de AR con mala adherencia al tratamiento.



Bolos de metilprednisolona (MTP) 250 mg (x3) e inducción con Infliximab y MTX. Bemiparina 10.000 U/día.



Desaparición de la masa mitral y aórtica. Insuficiencia aórtica grave.



Cirugía de recambio de válvula aórtica por prótesis mecánica. Anatomía patológica de válvula aórtica: material fibrinoide superficiales con denso infiltrado neutrofílico.

- La ETNB representa, en algunas series, hasta el 15% de las endocarditis. Entre sus causas se encuentran enfermedades autoinmunes, infecciones y cáncer. Se caracteriza por la presencia de vegetaciones de fibrina en válvulas cardiacas en ausencia de infección bacteriana. Típicamente, las válvulas afectadas son la mitral y la aórtica, aunque de forma menos común, también se ha reportado la participación de las válvulas cardiacas derechas.
- El protocolo de estudio más extendido es: serologías (*Coxiella burnetti*, *Bartonella*, *Legionella* y *Brucella* negativa; FR y ANAs), PCR (panfúngica, panbacteriana y *Tropheryma whipplei*) y estudio histológico. Se han descrito casos de ETNB en el seno de artritis reumatoide con actividad
- El tratamiento es el adecuado control de la enfermedad de base. En nuestro caso, optó por bolos MTP y tratamiento de fondo con Infliximab (IFX).
- Otra posibilidad, sería los nódulos reumatoideos (NR) cardiacos que, como en nuestro caso, son más frecuentes en válvula aórtica y mitral. No se pudo confirmar este diagnóstico pues las verrugas desaparecieron con el tratamiento con infliximab, lo cual iría en contra de esta posibilidad.
- El tratamiento quirúrgico tanto de la ETNB como de los NR se indica cuando hay repercusión hemodinámica.

- La AR es una enfermedad sistémica con posibles complicaciones extraarticulares graves, especialmente en paciente con mal control, como demuestra nuestro caso.
- Ante un soplo cardiaco, especialmente en paciente con mal control de la enfermedad, se debe pensar en una manifestación cardiaca de la AR.
- El tratamiento de la ETNB se basa en un adecuado control de la AR junto con anticoagulación. En nuestro caso tras tratamiento con bolos de MTP e IFX desaparecieron las verrugas.
- La cirugía se reserva para situaciones en las que existe compromiso hemodinámico.