

Vegetación gigante en endocarditis asociada con cardiodesfibrilador implantable

Endocarditis with Giant Vegetations on Implantable Cardioverter-Defibrillator

CRISTINA LORENZO CARRIÓN, FERNANDO SOKN^{MTSAC}, RICARDO POVEDA CAMARGO

La presentación clínica de la endocarditis infecciosa es muy variable, con formas oligosintomáticas en un extremo, en las que predomina un síndrome febril prolongado, hasta cuadros graves de sepsis con falla multiorgánica. (1) La endocarditis asociada con dispositivos electrónicos implantables es un cuadro con mortalidad elevada, (2) en el cual el diagnóstico y el tratamiento óptimo continúan siendo un tema de controversia. Las imágenes corresponden a un varón de 51 años, con antecedentes de muerte súbita reanimada y posterior colocación de un cardiodesfibrilador implantable (CDI) en prevención secundaria. Ingresó por un episodio sincopal asociado con taquipnea, desaturación arterial de oxígeno y registros febriles, con parámetros de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y falla renal aguda (IRA). La auscultación reveló un soplo sistólico 3/6 con predominio del foco tricuspídeo, no conocido previamente. El ecocardiograma transtorácico evidenció una masa de 27 × 20 mm móvil en la aurícula derecha compatible con vegetación (Figura 1), en relación con el catéter ventricular del CDI. La masa prolapsaba al tracto de entrada del ventrículo derecho e impresionaba comprometer la valva septal de la tricúspide generando una insuficiencia tricuspídea grave (véase Vídeo en la web). Se inició triple esquema antibiótico, que luego se adecuó al resultado bacteriológico (hemocultivos 3/3 positivos para *S. epidermidis* oxacilina sensible). Ante la sospecha de embolia pulmonar por masa vegetante y en contexto de IRA que desaconsejaba el uso de contraste intravenoso, se realizó un centellograma V/Q que confirmó defectos de perfusión con predominio izquierdo, con alta probabilidad de tromboembolia pulmonar. Debido a que el gran tamaño de la vegetación y el antecedente de embolia pulmonar contraindicaban la utilización de vainas para la extracción no invasiva del catéter, (3-5) se decidió su extracción quirúrgica bajo visión directa. En la cirugía se observó una masa de 3 cm de diámetro unida al catéter del CDI que fue extraída durante el procedimiento a través de una auriculotomía derecha mediante circulación extracorpórea y corazón batiente; la imagen de la Figura 2 corresponde a un trozo de catéter con la vegetación ya resecada. El examen anatomopatológico informó fragmentos tisulares extensamente necróticos con histólisis pronunciada y elementos leucocitarios.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Casabé H, Deschle H, Cortés C, Stutzbach P, Hershson A, Nagel C, et al. Predictores de mortalidad hospitalaria en 186 episodios de endocarditis infecciosa activa en un centro de tercer nivel (1992-2001). *Rev Esp Cardiol* 2003;56:578-85.

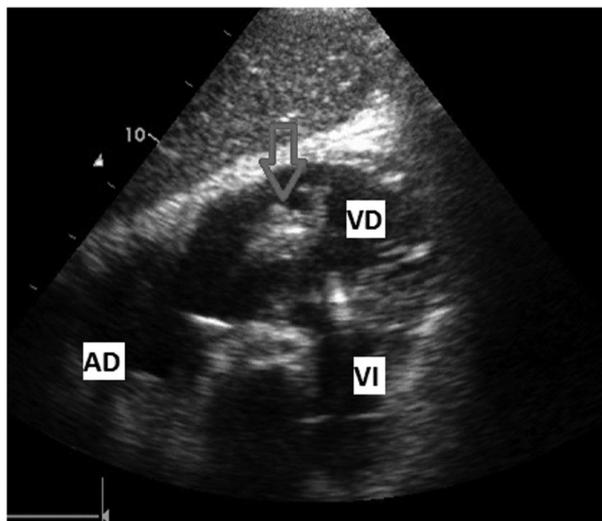


Fig. 1.

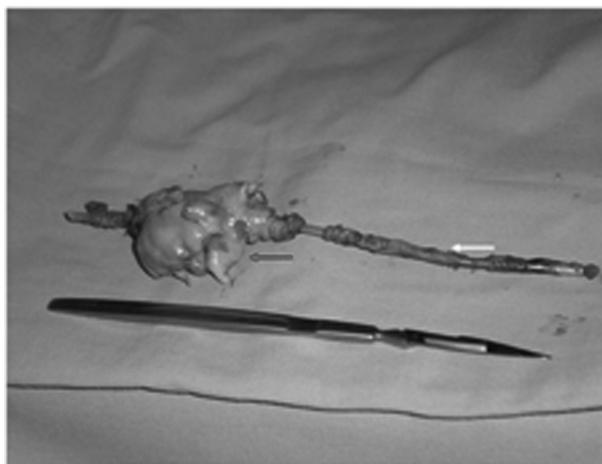


Fig. 2.

- Rundstrom H, Kennergren C, Andersson R, Alestig K, Hogevik H. Pacemaker endocarditis during 18 years in Goteborg. *Scand J Infect Dis* 2004;36:674-9. <http://doi.org/bsjktv>
- Olaison L, Pettersson G. Current best practices and guidelines. Indications for surgical interventions in infective endocarditis. *Infect Dis Clin N Am* 2002;16:453-75. <http://doi.org/cjzcsq>
- Habib G, Hoen B, Tornos P, Thuny F, Prendergast B, Vilacosta I y cols. Guía de práctica clínica para prevención, diagnóstico y tratamiento de la endocarditis infecciosa (nueva versión 2009). *Rev Esp Cardiol* 2009;62:1465.e1-e54.
- Consenso de Endocarditis Infecciosa. *Rev Argent Cardiol* 2002;70(Supl 5):1-63.