

31. Endocarditis infecciosa de cavidades derechas con compromiso de válvula pulmonar en mujer joven sin factores predisponentes

Romina Roif¹
Leonardo González¹
Alejandro Heuer¹
Juan Carlos Reinoso¹
Álvaro Marichal¹
Daniel Bigalli¹

¹Servicio de Cirugía Cardíaca, CICU. Casa de Galicia

Resumen

Historia clínica: mujer, 35 años, sana, no consumo de drogas intravenosas. Historia de un mes de lumbalgia, fiebre y leucocitosis sin foco clínico evidente; recibiendo tratamiento antibiótico empírico y analgésicos intramusculares. Mala evolución, ingreso a CTI con depresión de conciencia, sepsis con disfunción orgánica múltiple e infección en sitio de punción glúteo.

Pruebas complementarias: TAC Tx: atelectasia de parénquima basal bilateral asociada a múltiples áreas de consolidación y abscesos, algunos cavitados. Hemocultivos: *Staphylococcus aureus* oxacilina sensible. ETE: válvula pulmonar con gran masa adherida a sus velos, elongada e hipermóvil de 30 por 4 mm generando insuficiencia pulmonar severa. IT leve, PSAP 43 mmHg. Otra masa intracavitaria que impresiona adherida al septum interventricular en el VD de 15 por 13 mm. FEVI normal.

Evolución clínica: cirugía, válvula tricúspide sana, masa adyacente a músculo papilar que se extiende contra el septum del VD hacia la pulmonar comprometéndola totalmente. Se realiza reemplazo valvular pulmonar con bioprótesis Mitroflow número 21 más resección de vegetación. Buena evolución, mejoría clínica-paraclínica, sin falla cardíaca ni actividad infecciosa, bajo tratamiento con cefazolina 8 g/día (6 semanas) + gentamicina 240 mg día (2 semanas).

Diagnóstico: El derecha con compromiso de válvula pulmonar complicada con embolias sépticas pulmonares a *Staphylococcus aureus*.

Discusión: la EI derecha causa un 5-10% del total de EI, afectando fundamentalmente a la válvula tricúspide, raramente a la pulmonar. Los factores de riesgo son: adictos a drogas endovenosas, portadores de MP, CDAI, catéteres centrales, cardiopatías congénitas. *Staphylococcus aureus* es el microorganismo más frecuente, con puerta de entrada cutánea, tiene alto riesgo embólico, sepsis y morbimortalidad. Antibioticoterapia empírica inicial debe de cubrir la

cepa meticilino resistente. Considerar cirugía en: microorganismo difícil de eliminar, bacteriemia > 7 días con tratamiento adecuado, vegetaciones > 20 mm con embolias pulmonares recurrentes e IC secundaria a IT con mala respuesta al tratamiento. Existe poca experiencia sobre el recambio de válvula pulmonar, teniendo como opciones las prótesis mecánicas, biológicas y los homoinjertos. Las biológicas presentan buenos resultados a corto y mediano plazo, no así las mecánicas por alto riesgo embólico y los homoinjertos por poca disponibilidad. La degeneración protésica se asocia a: edad temprana, sobredimensión, mayor área de superficie corporal y tetralogía de Fallot con estenosis pulmonar.