

# Absceso periprotésico aórtico con extensión a ambas aurículas

Pedro J. Morillas, Francisco J. Roldán\*, Miguel Ángel Arnau, Joaquín Osca, Ana Osa, Vicente Miró y Jesús Vargas\*

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

\*Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México DF.

*absceso / bloqueo cardíaco / diagnóstico / ecocardiografía transeofágica / ecocardiografía transtorácica / endocarditis infecciosa / infecciones estafilocócicas / mortalidad / prótesis de válvulas cardíacas / staphylococcus epidermidis / válvula aórtica*

El absceso periprotésico secundario a endocarditis infecciosa constituye una grave complicación del reemplazo valvular aórtico, con una alta mortalidad a pesar del tratamiento combinado médico-quirúrgico, en especial en las endocarditis «precoces». La ecocardiografía transtorácica, y en especial la transeofágica, constituye el procedimiento de elección para el diagnóstico no invasivo de la vegetación y de las complicaciones locales.

Presentamos el caso de una mujer de 43 años con un absceso periprotésico aórtico y extensión a ambas aurículas, provocado por el *Staphylococcus epidermidis* y que presentó un comportamiento muy agresivo y fulminante.

**Palabras clave:** Endocarditis. Prótesis valvular. *Staphylococcus epidermidis*.

## AORTIC PERIPROSTHETIC ABSCESS EXTENDED BOTH AURICLES

The periprosthetic abscess due to infective endocarditis constitutes a severe complication of an aortic valve replacement, causing high mortality, despite combined medical and surgical treatment, especially in «early» endocarditis. Transthoracic echocardiography, and especially transesophageal study, is the election procedure for a non invasive diagnosis of vegetation and local complications.

We report the aggressive and fulminant case of a 43 year old woman with aortic periprosthetic abscess and the extension to both auricles, due to *Staphylococcus epidermidis*.

**Key words:** Endocarditis. Valvular prosthesis. *Staphylococcus epidermidis*.

(Rev Esp Cardiol 1999; 52: 869-871)

## INTRODUCCIÓN

La endocarditis infecciosa (EI) sobre válvula protésica constituye una enfermedad potencialmente letal, con una mortalidad que oscila entre el 23 y el 64%, según diferentes estudios<sup>1,2</sup>. Se calcula que alrededor de un 2-4% de los pacientes con prótesis cardíacas presentarán una infección a lo largo de su vida. El tratamiento antibiótico suele ser ineficaz y la alta mortalidad de este tipo de EI obliga a ser agresivo en el diagnóstico y en el tratamiento<sup>3</sup>. La ecocardiografía transeofágica (ETE) ha permitido acortar la duración del período diagnóstico y agilizar el inicio del tratamiento en los pacientes con EI, y en los que la cirugía de recambio protésico precoz constituye la terapia de elección<sup>4</sup>.

Presentamos un caso extremadamente virulento y fulminante de EI en una mujer de 43 años con un absceso periprotésico aórtico por *Staphylococcus epider-*

*midis* con extensión a ambas aurículas y destrucción del tabique interventricular.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 43 años que consulta por fiebre de 40 °C de 10 días de evolución, de carácter vespertino, junto con escalofríos, diaforesis intensa y mialgias difusas, que no han cedido a pesar del tratamiento oral con amoxicilina más ácido clavulánico. Como antecedentes la paciente había sido sometida a cirugía de recambio valvular aórtico por prótesis mecánica secundaria a aorta bicúspide hacía 23 días, con buena evolución posterior y sin objetivar en el ecocardiograma prealta alteraciones significativas. En la exploración física destacaba la presencia de fiebre de 39 °C, con frecuencia cardíaca de 120 lat/min y presión arterial de 150/70 mmHg. No existían signos de infección en la herida quirúrgica. No se objetivaron adenopatías, visceromegalias o lesiones cutáneas. En la auscultación cardíaca las prótesis funcionaban correctamente. El resto de la exploración física fue anodina. En el ECG (fig. 1) se observaba taquicardia sinusal con bloqueo auriculoventricular (AV) de primer grado (de nueva aparición). La radiografía de tórax presentaba mínima cardiomegalia con campos pulmonares claros.

Correspondencia: Dr. P.J. Morillas.  
Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Fe.  
Avda. Campanar, 21. 46009 Valencia.

Recibido el 17 de noviembre de 1998.

Aceptado para su publicación el 5 de febrero de 1999.

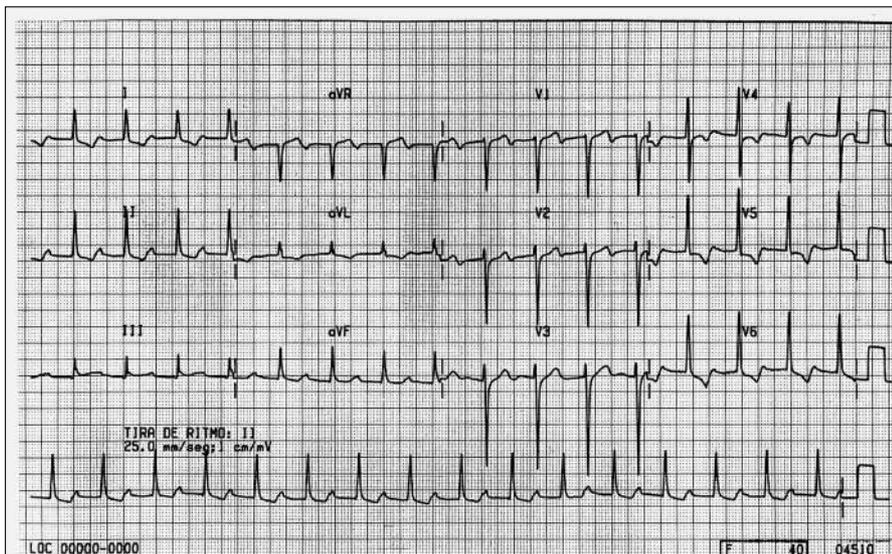


Fig. 1. Electrocardiograma de la paciente en el que se observan un ritmo sinusal con respuesta ventricular a 98 lat/min y un bloqueo AV de primer grado.

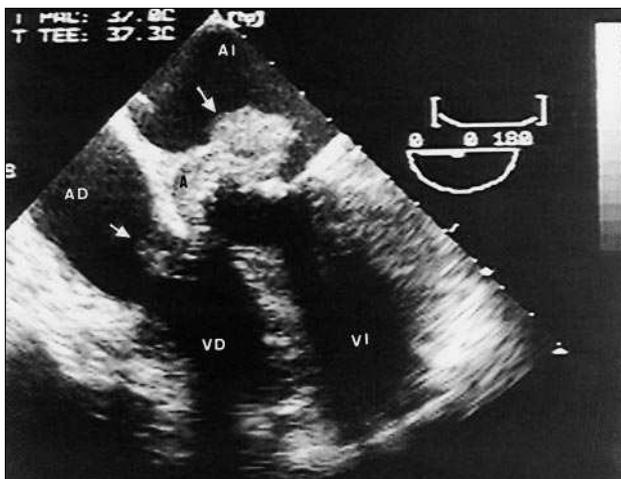


Fig. 2. Ecocardiograma transesofágico, plano de 5 cavidades, en el que se observa un absceso aórtico (A) abierto a ambas aurículas, así como dos grandes vegetaciones afectando a las válvulas mitral y tricúspide (flechas); AI: aurícula izquierda; AD: aurícula derecha; VI: ventrículo izquierdo; VD: ventrículo derecho.

El hemograma y la bioquímica eran normales. Los hemocultivos tomados fueron positivos para cocos grampositivos. El ecocardiograma transtorácico y transesofágico puso de manifiesto un absceso en la pared posterior de la raíz aórtica, abierto a ambas aurículas, objetivando dos masas de 3 x 3 cm adheridas a válvula anterior mitral y válvula tricúspide, de bordes irregulares y compatible con vegetaciones (fig. 2).

Durante las siguientes horas la paciente presentó un episodio de inestabilización hemodinámica, lo que obligó a la utilización de ventilación mecánica y al soporte con fármacos inotrópicos. Fue sometida a cirugía de urgencia en la que se objetivó un absceso en la cara posterior de la aorta que invadía el techo de la aurícula izquierda, la válvula mitral y el área tricúspide

con destrucción del *septum* interventricular. Se realizó cirugía de Bental-Bono con prótesis aórtica, recambio valvular mitral y tricúspide por prótesis y cierre de la comunicación interventricular. Tras la desconexión de la circulación extracorpórea presentó hemorragia difusa con shock cardiogénico y fibrilación ventricular, que hicieron ineficaces las maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada aplicadas. Los posteriores análisis microbiológico y anatomopatológico de las piezas quirúrgicas evidenciaron una endocarditis por *Staphylococcus epidermidis* resistente a meticilina.

## DISCUSIÓN

De acuerdo con el tiempo transcurrido entre la cirugía valvular y la aparición del proceso infeccioso protésico, la EI se denomina «precoz» cuando ocurre en los primeros 60 días y «tardía» cuando aparece tras ese período de tiempo. Dicha diferenciación tiene gran importancia desde el punto de vista clínico y pronóstico, dado que la EI precoz suele ser generalmente consecuencia de contaminación perioperatoria, habitualmente por *Staphylococcus aureus* o *epidermidis*, con una alta mortalidad (40-80%). En cambio, la EI «tardía» suele ser secundaria a bacteriemia tras procedimientos invasivos (extracción dental, sondaje vesical, etc.), habitualmente por *Streptococcus viridans* (30%) y con un comportamiento clínico parecido al de la EI sobre válvula nativa<sup>5,6</sup>.

Aunque inicialmente parecía existir una mayor incidencia de endocarditis en pacientes con prótesis aórticas en relación con las mitrales, estudios recientes no han podido demostrar estas diferencias<sup>2</sup>. La infección de la prótesis aórtica produce a menudo invasión del miocardio formando abscesos, o bien produciendo bloqueos cardíacos por afectación del tejido de conducción, como ocurrió en nuestra paciente.

En comparación con la EI sobre válvula nativa, la infección protésica tiene un peor pronóstico relacionado, entre otros factores, con las dificultades que existen en demostrar vegetaciones injertas en las estructuras protésicas, especialmente las de tipo mecánico. El advenimiento del ETE en la práctica clínica ha logrado incrementar las posibilidades diagnósticas y pronósticas de la EI, al permitir visualizar estructuras de difícil registro transtorácico como son las porciones auriculares de las prótesis mitrales o los abscesos paravalvulares protésicos, por lo que constituye en la actualidad la exploración no invasiva de elección para el diagnóstico de la infección de prótesis valvulares<sup>4,6</sup>.

La EI «precoz» no responde habitualmente al tratamiento antibiótico, por lo que en la gran mayoría de los centros hospitalarios se suele indicar la cirugía como tratamiento de elección. El riesgo de reinfección tras la nueva intervención oscila entre el 0 y el 15%; sin embargo, cuando la cirugía está indicada dicho riesgo no es suficiente para retardar la intervención<sup>2</sup>.

A pesar de que la EI «precoz» por *Staphylococcus epidermidis* suele tener un curso virulento, no suele ser muy habitual que comience de forma tan agresiva y extensa, con la destrucción de tejidos tan severa que

presentó en nuestra paciente y que, desgraciadamente, tuvo un curso fulminante.

Todo ello pone de manifiesto la importancia de la mejoría en las técnicas de reemplazo valvular, la profilaxis antibiótica durante la cirugía, la exigencia de la erradicación de focos sépticos previa a la intervención y los cuidados postoperatorios.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Erbel R, Rohmann S, Drexler M, Mohr-Kahaly S, Gerharz CD, Iversen S et al. Improved diagnostic value of echocardiography in patients with infective endocarditis by transesophageal approach. A prospective study. *Eur Heart J* 1988; 9: 43-53.
2. Almirante B, Tornos MP, Soler J. Endocarditis protésica. *Rev Esp Cardiol* 1998; 51 (Supl 2): 58-63.
3. Tornos MO, Almirante B, Soler J. Historia natural y pronóstico de la endocarditis infecciosa. *Rev Esp Cardiol* 1998; 51 (Supl 2): 40-43.
4. García JM, Maté I, De Alba JM, Gómez JA, Domínguez F, Oliver J et al. Endocarditis protésica aórtica y absceso periprotésico por *Staphylococcus aureus*. *Rev Esp Cardiol* 1995; 48: 496-498.
5. Karchmer A. Infective endocarditis. En: Braunwald E, editor. *Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine*. Filadelfia: J.B. Saunders Company, 1997; 1.077-1.104.
6. Crespo L, Espínola N, Romero A, Vargas J. La ecocardiografía transesofágica en el estudio de prótesis valvulares infectadas. *Arch Inst Cardiol Mex* 1998; 68: 315-321.