



Revista Española de Cardiología



6001-597. INCIDENCIA DE LESIONES RESIDUALES POR ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA TRAS LA RETIRADA DE MARCAPASOS O DESFIBRILADORES INFECTADOS

Nieves Montoro López, Daniele Gemma, Teresa López Fernández, M. Carmen Gómez Rubín de Célix, Ulises Ramírez, José María Mesa, Mar Moreno Yangüela y José Luis López Sendón del Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La endocarditis infecciosa (EI) asociada a marcapasos (MP) y desfibriladores (DAI) es una situación clínica de alto riesgo, que requiere el explante del sistema. La presencia de lesiones típicas adheridas a los cables es suficiente para realizar el diagnóstico de EI en un contexto clínico adecuado. Sin embargo, en ocasiones nos encontramos con imágenes móviles, no sugestivas de vegetaciones, o que simulan cables de dispositivos que ya se han explantado. Se desconoce la incidencia y relevancia clínica de estas lesiones residuales (LR) tras la retirada de dispositivos infectados.

Métodos: Entre enero de 2010 y febrero de 2012, se realizaron en nuestro centro 86 explantes de sistemas (MP/DAI), 37 de ellos por EI (infección de la bolsa $\pm$ vegetaciones adheridas a los cables). En todos los pacientes se realizó un ecotranseofágico (ETE) antes de la extracción del dispositivo y un ecotranstorácico (ETT) o ETE, tras completar el tratamiento antibiótico y antes del nuevo implante, según el criterio del médico responsable. Se analizó la presencia de LR tras la extracción del sistema, clasificándolas en imágenes filamentosas adheridas al endocardio de cavidades derechas (LR1) o imágenes densas circulares que simulan un cable de dispositivo ya retirado (LR2).

Resultados: De los 37 pacientes, el 60% eran portadores de MP y el 40% de DAI. El 45% presentaban verrugas adheridas a los cables y el resto infección limitada a la bolsa. Se realizó ecocardiografía de control en el 70,2% de los casos. El 69% de los monitorizados con ETE presentó LR: el 40% tipo LR1 y el 60% LR2, localizadas la mayoría a nivel de la vena cava superior (70%), y el resto en aurícula derecha (25%) o ventrículo derecho (5%). Del grupo de pacientes que se siguió con ETT sólo en el 10% se identificaron LR (LR2, en ventrículo derecho). El 20% de pacientes con LR en ETE, independientemente del tipo, presentó recidiva de EI o complicaciones graves en la evolución.

Conclusiones: En el 69% de los casos con EI sobre cable de MP/DAI se encontraron LR en el ETE postexplante, la mayoría tipo LR2 y localizadas en la vena cava superior, lo que determina que estas LR sean difícilmente identificables con ETT. La realización de ETE postexplante permitiría monitorizar de forma precisa la presencia de LR y ayudaría a planificar el tratamiento y seguimiento de EI complejas.

6001-597.tif

Ejemplo de LR2.

