

trombo, lo que nos permitió utilizar un abordaje quirúrgico sin *bypass* cardiopulmonar.

Se ha identificado la aparición de embolias pulmonares asociadas a la trombosis de electrodos de MP⁴. Las opciones de tratamiento para evitar esta complicación consisten en anticoagulación, tratamiento trombolítico y embolectomía quirúrgica. La anticoagulación no logró reducir el tamaño del trombo y se ha demostrado que el tratamiento trombolítico puede dar lugar a una fragmentación del trombo y embolia pulmonar⁵. Nosotros optamos por un abordaje quirúrgico que permitió, además, colocar electrodos epicárdicos permanentes. La trombectomía realizada sin *bypass* cardiopulmonar fue una opción factible y útil en un caso de trombosis grande y asintomática asociada a un electrodo de MP.

João Silva Marques^{a,*}, Manuel Gato Varela^a, Ricardo Ferreira^b, Ângelo Nobre^b, Ana G. Almeida^a y João de Sousa^a

^aServiço de Cardiologia I, CHLN, EPE-Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

^bServiço de Cirurgia Córdio-Torácica, CHLN, EPE-Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: silvamarques.j@gmail.com (J. Silva Marques).

On-line el 23 de julio de 2011

BIBLIOGRAFÍA

1. Van Rooden CJ, Molhoek SG, Rosendaal FR, Schalij MJ, Meinders AE, Huisman MV. Incidence and risk factors of early venous thrombosis associated with permanent pacemaker leads. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2004;15:1258-62.
2. Novak M, Dvorak P, Kamaryt P, Slana B, Lipoldova J. Autopsy and clinical context in deceased patients with implanted pacemakers and defibrillators: intracardiac findings near their leads and electrodes. *Europace*. 2009;11:1510-6.
3. Ren JF, Marchlinski FE. Intracardiac echocardiographic detection of mobile echodensities adherent to the intracardiac leads. *JACC Cardiovasc Imaging*. 2010;3:895-6.
4. Da Costa SS, Scalabrini Neto A, Costa R, Caldas JG, Martinelli Filho M. Incidence and risk factors of upper extremity deep vein lesions after permanent transvenous pacemaker implant: a 6-month follow-up prospective study. *Pacing Clin Electrophysiol*. 2002;25:1301-6.
5. Chrzanowski L, Fiutowski M, Krzeminska-Pakula M, Wierzbowska-Drabik K, Drozd J, Wozniakowski B, et al. Images in cardiovascular medicine. The metamorphosis of the thrombus after thrombolytic therapy. *Circulation*. 2007;115:e646-7.

doi: 10.1016/j.recesp.2011.04.013

Endarteritis infecciosa crónica por *Propionibacterium acnes* sobre tubo prótesis aórtico

Chronic Infective Endarteritis Due to *Propionibacterium Acnes* on Aortic Prosthetic Graft

Sra. Editora:

Un varón de 62 años fue admitido en su hospital de referencia por hemiparesia derecha, disfasia y fiebre. Había presentado malestar general y tiritona las semanas previas.

Como antecedente cardiológico, el paciente había sufrido a los 46 años una disección tipo A, por la que fue sometido a cirugía de sustitución de aorta ascendente y arco aórtico mediante la técnica de Cabrol con dos tubos de Woven-Dacron[®]. Había sido

hospitalizado 2 años antes por un episodio de dolor abdominal; se realizó una tomografía computarizada, que evidenció un infarto esplénico y ascitis. Se aisló *Propionibacterium acnes* en el líquido ascítico. Fue dado de alta asintomático con el diagnóstico de peritonitis neutrofílica primaria. Posteriormente, presentó recurrencia de los síntomas, y fue reingresado 1 mes más tarde. Con la sospecha de absceso esplénico, recibió 4 meses de tratamiento empírico con imipenem y fue sometido a una esplenectomía. La anatomía patológica evidenció absceso esplénico crónico y en las muestras se aisló *P. acnes*.

Durante los siguientes 2 años, sufrió episodios intermitentes de fiebre y tiritona. Evaluado en su hospital de referencia para descartar endocarditis infecciosa, se realizaron hemocultivos y ecocardiografía transesofágica, que resultaron negativos, y se decidió no iniciar tratamiento antibiótico.

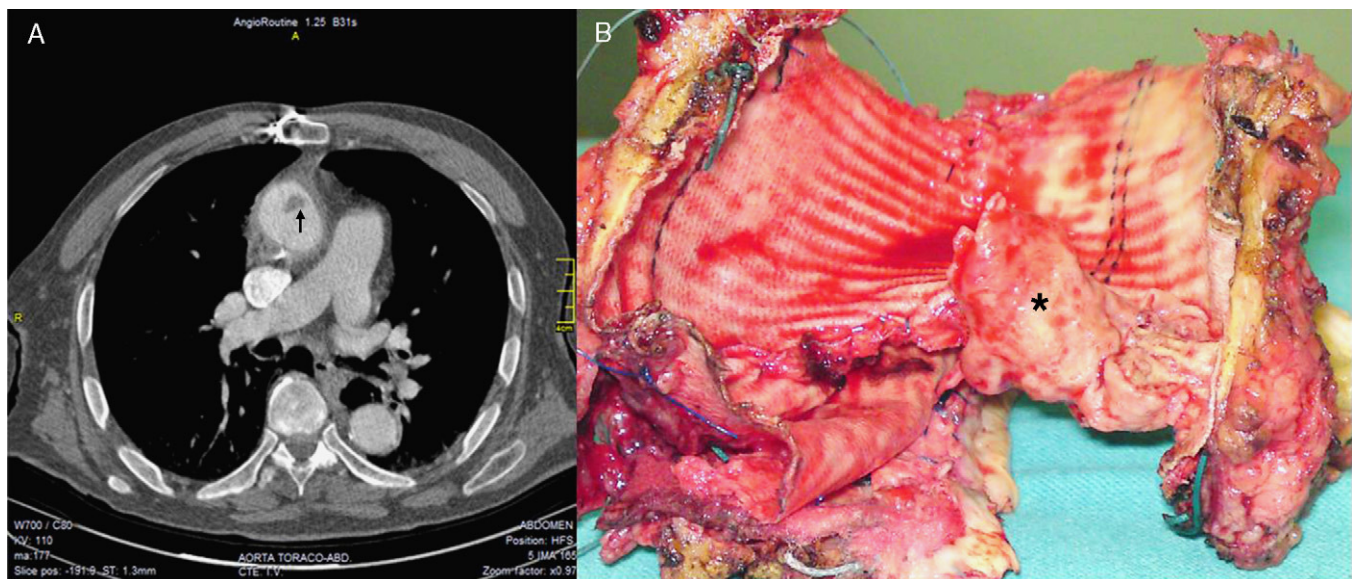


Figura 1. A: tomografía computarizada torácica con contraste. Se evidencia una masa (flecha) como un defecto de repleción en la luz aórtica. B: pieza quirúrgica; se puede objetivar una gran vegetación (asterisco) en la unión de ambos tubos protésicos.

En el presente ingreso, estaba febril (39 °C) y se encontraba hemodinámicamente estable. La exploración física demostró disfasia mixta y hemiparesia derecha. El electrocardiograma estaba en ritmo sinusal y la radiografía de tórax era normal. En la analítica tenía leucocitosis (26.700/ μ l) y en la tomografía computarizada cerebral sin contraste no se evidenciaron signos de hemorragia ni desplazamiento de la línea media.

Se realizó una resonancia magnética craneal, en la que se documentó una lesión isquémica en la corteza temporoparietal izquierda. Con la sospecha clínica de endocarditis infecciosa, se inició tratamiento antibiótico empírico con vancomicina y gentamicina. No se evidenciaron signos de endocarditis infecciosa en el estudio con ecocardiografía transesofágica, pero la tomografía computarizada torácica con contraste detectó la presencia de una masa (17 mm) en la luz de la aorta ascendente anclada al injerto protésico (fig. 1A). Se aisló *P. acnes* en los hemocultivos. El paciente fue remitido a nuestro centro para valorar la necesidad de cirugía aórtica. Dado que el microorganismo era sensible a penicilina, se inició tratamiento con penicilina G (16 · 10⁶ U/día), que se mantuvo durante 6 semanas. Se interpretó el cuadro clínico como una endarteritis sobre tubo aórtico de curso crónico, con signos de infección persistente, una vegetación de gran tamaño y al menos dos episodios embólicos (esplénico y cerebral) a pesar de tratamiento antibiótico. Por estos motivos, en presencia de buena evolución neurológica, se indicó cirugía cardiaca durante la fase activa transcurridas 2 semanas del inicio del tratamiento médico. Durante el acto quirúrgico, se demostró la presencia de una masa gris pediculada implantada en la unión de ambos tubos protésicos (fig. 1B). Se lo sometió a reemplazo de aorta ascendente mediante técnica de Bentall-De Bono con un tubo valvulado Carbon Art® 25/28, con buen resultado. El paciente evolucionó satisfactoriamente y en la última revisión, 2 años tras la cirugía, presenta únicamente mínima hemiparesia y leve disfasia.

P. acnes es una causa poco común de bacteriemia. La endarteritis sobre injerto protésico aórtico es una forma infre-

cuenta de infección intravascular. La presentación clínica en la infección del injerto aórtico puede ser insidiosa, en muchos casos sin leucocitosis ni positividad de los hemocultivos, y la tomografía computarizada con contraste es el método diagnóstico de confirmación¹. Si la sospecha clínica es alta, la combinación con tomografía por emisión de positrones con fluorodesoxiglucosa puede incrementar la sensibilidad de la tomografía computarizada². El aislamiento de *Propionibacterium* en los hemocultivos no debe interpretarse siempre como contaminación, pudiendo ser causa de endocarditis predominantemente sobre material protésico³, dada su conocida capacidad de adhesión a superficies de cuerpos extraños y de producción de biofilm⁴.

Eduardo Pozo*, Isidre Vilacosta, María Victoria Cañadas, María del Trigo, Jacobo Silva y Enrique Rodríguez

Instituto Cardiovascular, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: eduardopozoosinalde@yahoo.es (E. Pozo).

On-line el 26 de julio de 2011

BIBLIOGRAFÍA

1. Kearney RA, Eisen HJ, Wolf JE. Nonvalvular infections of the cardiovascular system. *Ann Intern Med.* 1994;121:219-30.
2. Cavalcanti Filho JL, De Souza Leão Lima R, De Souza Machado Neto L, Kayat Bittencourt L, Domingues RC, Da Fonseca LM. PET/CT and vascular disease: current concepts. *Eur J Radiol.* 2011 Mar 1 [Epub ahead of print].
3. Sohail MR, Gray AL, Baddour LM, Tleyjeh IM, Virk A. Infective endocarditis due to *Propionibacterium* species. *Clin Microbiol Infect.* 2009;15:387-94.
4. Guió L, Sarriá C, De las Cuevas C, Gamallo C, Duarte J. Endocarditis crónica sobre válvula protésica por *Propionibacterium acnes*: una causa insospechada de disfunción protésica. *Rev Esp Cardiol.* 2009;62:167-77.

doi: [10.1016/j.recesp.2011.04.020](https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.04.020)