

Obstrucción de cánula venosa por vegetación de endocarditis

Sr. Editor:

La endocarditis por infección del cable de marcapasos es un síndrome poco frecuente, pero si no se diagnostica y se trata adecuadamente, puede derivar en grandes complicaciones. La creciente utilización de dispositivos endocavitarios convierte a este síndrome en objetivo de estudio. Aquí presentamos el caso de un varón de 42 años, portador de marcapasos secuencial endocavitario sin fijación activa funcionando de forma correcta durante los últimos 8 años, indicado por bloqueo auriculoventricular en el contexto de una miocardiopatía hipertrófica diagnosticada 15 años antes. Un año antes presentó un cuadro con síndrome febril y repetidos hemocultivos positivos a *Staphylococcus epidermidis*. Al ser una bacteria poco agresiva, se trató con antibióticos durante 6 semanas hasta comprobar ecográficamente¹ la desaparición de unas vegetaciones adheridas al cable de marcapasos. Luego continuó tratamiento domiciliario con amoxicilina-clavulánico durante 1 año. Tras la retirada de los antibióticos, el paciente ingresa de nuevo, con síndrome febril. Los hemocultivos vuelven a ser positivos a *S. epidermidis*, lo que indica una infección recurrente. El diagnóstico fue realizado fundamentalmente por la clínica y la ecocardiografía. Las imágenes actuales de ecocardiografía transesofágica² muestran los cables de marcapasos con una vegetación adherida (fig. 1A y B), de gran tamaño (4,18 × 2,48 cm), ramificada, que deja libres ambas venas cavas superior e inferior (fig. 1C y D) y que protruye hacia el ventrículo derecho en telediástole (fig. 1E y F), aparentemente sin afectar a la válvula tricúspide. Los estudios de ventilación-perfusión indican la existencia de embolias pulmonares sépticas. Dado que se trata de una enorme verruga adherida al cable de marcapasos, se desestimaron las técnicas percutáneas como la extracción con estilete bloqueador o disección mediante vainas de radiofrecuencia o láser excimer³ por el elevado riesgo de embolización. Se inició tratamiento antimicrobiano con vancomicina, gentamicina y rifampicina y se planteó cirugía como la única posibilidad factible; se decidió realizar la extracción en visión directa

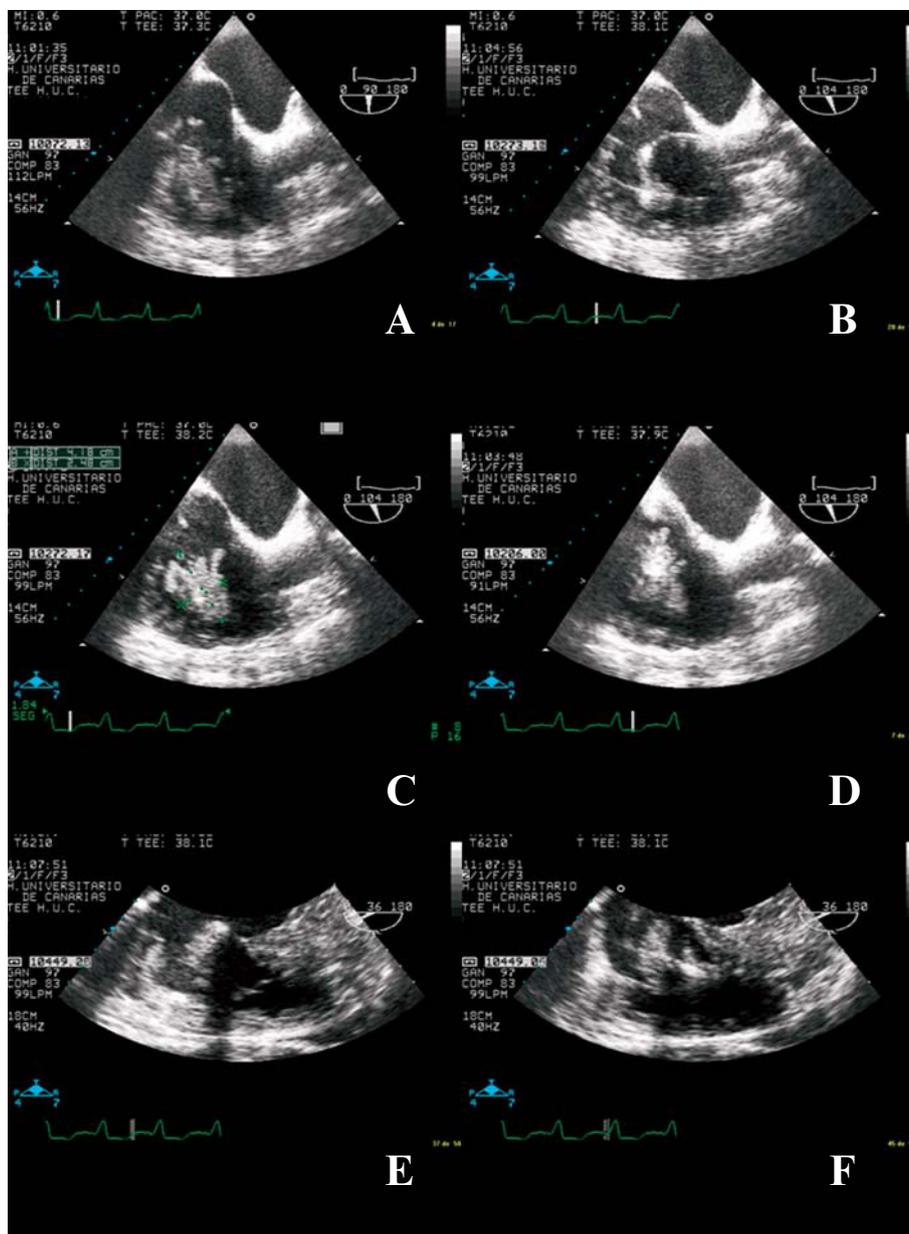


Fig. 1. Ecocardiografía transesofágica. A y B: verruga adherida a los cables de marcapasos con cava superior libre. C y D: medida del gran tamaño de la verruga con aspecto esfacelado y la cava inferior libre de verrugas. E y F: protrusión de la verruga en el ventrículo derecho en tele-diástole y comparación con la posición en protosístole.

con circulación extracorpórea⁴. En la cirugía y al insertar la cánula venosa en cava inferior, se nota una cierta dificultad, que se vence fácilmente. Al iniciar la extracorpórea, se comprueba un mal drenaje por dicha cánula, lo que obliga a interrumpir la circulación extracorpórea y revisar la canulación. Se objetiva la oclusión total de la cánula de cava inferior por material verrugoso (fig. 2A) y se sustituye por una nueva. Se comprueba que la válvula tricúspide está libre de vegetación, así como el ventrículo derecho. Al intentar extraer el cable, se objetiva que la punta está fuertemente adherida al ventrículo derecho. Sin embargo, el cable auricular se pudo extraer sin resistencia. Se explanta

una gran vegetación de aproximadamente 9 cm de longitud adherida al cable de marcapasos (fig. 2B), sin más complicaciones. El tratamiento antibiótico, sin duda y visto el tamaño de la vegetación, no habría sido efectivo sin cirugía. El cultivo de la verruga fue positivo al mismo germen. En el postoperatorio el paciente presentó insuficiencia renal aguda secundaria a antibioterapia, que se trató adecuadamente, y se le dio de alta sin otras incidencias, tras completar el ciclo antibiótico. La oclusión de una cánula de extracorpórea es una complicación extremadamente rara, pero de no haberla detectado a tiempo, podría haber complicado la intervención. La movilización de las ve-

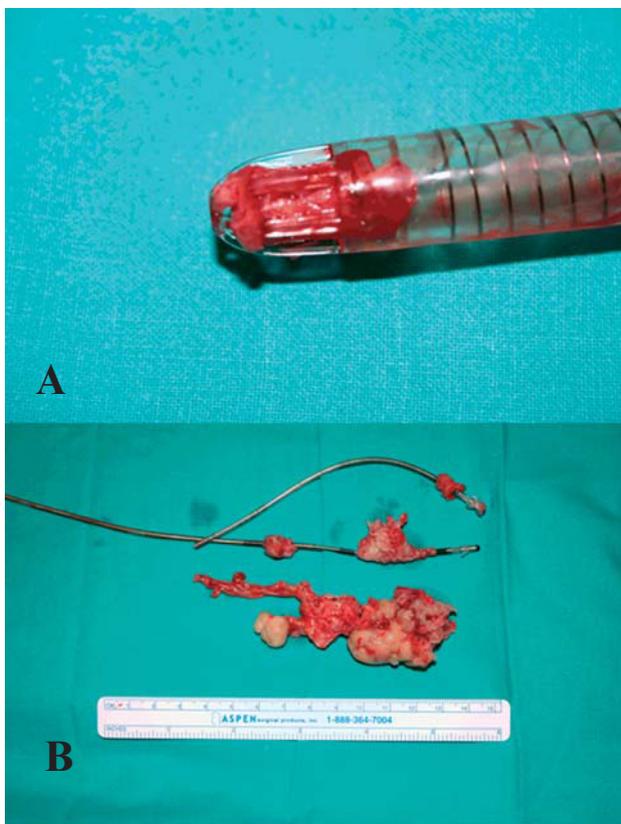


Fig. 2. A: la obstrucción de la cánula venosa por material verrugoso. B: cable de marcapasos con la verruga adherida.

rrugas, con la consecuente embolización, podría haber ocurrido antes o durante la cirugía, con posibles graves consecuencias para la vida del paciente.

Ibrahim M. Nassar^a, Ramiro de la Llana^a, Rafael Martínez-Sanz^a y Juan Lacalzada^b

^aServicio de Cirugía Cardiovascular. Universidad de La Laguna. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife. España.

^bServicio de Cardiología. Universidad de La Laguna. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sohail MR, Uslan DZ, Khan AH, Friedman PA, Hayes DL, Wilson WR, et al. Management and outcome of permanent pacemaker and implantable cardioverter-defibrillator infections. *J Am Coll Cardiol.* 2007;49:18.
2. Kerut EK, Hanawalt C, Everson CT. Role of the echocardiography laboratory in diagnosis and management of pacemaker and implantable cardiac defibrillator infection. *Echocardiography.* 2007;24:1008-12.
3. Roux JF, Page P, Dubuc M, Thibault B, Guerra PG, Macle L, et al. Laser lead extraction: predictors of success and complications. *Pacing Clin Electrophysiol.* 2007;30:214-20.
4. Nishimura Y, Kajiwara T. Successful removal of infected pacemaker leads under extracorporeal circulation in three cases. *Fukuoka Igaku Zasshi.* 2007;98:329-31.