

#051 | Desafío clínico-quirúrgico: endocarditis protésica con compromiso de la fibrosa mitroaórtica. Resolución mediante cirugía de Commando.

Lucía Lescoumes¹; Juan Montero²; Flavia Hernandez¹; Víctor Dayan²

1 - CASMU.2 - Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca.

Introducción:

La EI es una patología de elevada morbimortalidad. Cerca del 50% de los casos requieren resolución mediante cirugía cardíaca (CC). Si bien las indicaciones de CC son claras, es difícil determinar la oportunidad de la misma. Retrasar la cirugía permite antibioticoterapia prolongada y estabilización hemodinámica, aumentando el riesgo de progresión con destrucción valvular, abscesos y compromiso del cuerpo fibroso mitroaórtico (FIMA). A continuación se presenta un caso clínico de extrema complejidad y altísima mortalidad, donde el trabajo del heart team logró una resolución exitosa, mediante la realización de una cirugía compleja e invasiva, novedosa en nuestro medio: cirugía de Commando.

Historia clínica:

Masculino, 71 años, hipertenso, hipotiroideo, enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Cardiopatía isquémico-valvular: en 1995 EI con sustitución valvular mecánica Mitral y Aórtica. Ingresó por registros febriles prolongados y foco infeccioso en fístula arteriovenosa de miembro superior derecho. Se realizó demolición quirúrgica de ésta y se inició antibioticoterapia empírica con Vancomicina y Amikacina. Evolucionó oligosintomático. Examen físico: lúcido, eupneico, edema en brazo derecho. Se ve y palpa choque de punta desplazado a izquierda. Ritmo regular de 90 cpm, ruidos normofonéticos, clicks valvulares presentes, sin soplos, sin elementos clínicos de falla cardíaca.

Pruebas complementarias:

Dos hemocultivos positivos a Streptococcus mitis. ETE: FEVI 35%, prótesis mecánica aórtica y mitral de aspecto y funcionalidad normal. Absceso del intersticio mitroaórtico de 14 mm por 31 mm y área de 2.8 cm², con contenido anecoico y fístula paravalvular con comunicación entre raíz de aorta y ventrículo izquierdo. (Figuras 1 y 2). Body TAC sin evidencia de embolismos sépticos. CACG: sin lesiones significativas.



Figura 1. Flechas: Absceso mitroaórtico.

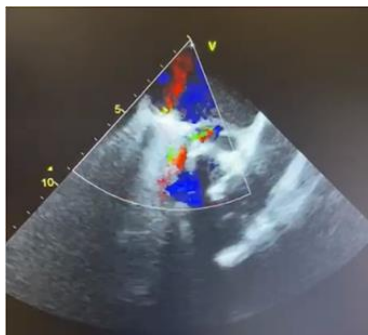


Figura 2: Doppler color con flujo dentro de absceso.

Diagnóstico:

El protésica tardía por *Streptococcus mitis*, complicada con absceso mitroaórtico fistulizado, con indicación de CC. Riesgo quirúrgico muy elevado (EuroScore II 21.2%) por ser reintervención, El protésica con compromiso de la FIMA y enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Se realizó tratamiento antibiótico intenso con Ceftriaxona y Gentamicina. Evolucionó con parámetros infecciosos en descenso. A la quinta semana de antibioticoterapia se procedió a cirugía de coordinación, enfocada en la resección del foco infeccioso y reconstrucción anatómica cardíaca. La cirugía de "Commando" consistió en sustituir ambas válvulas protésicas con la reconstrucción de la FIMA, incluyendo el techo de la AI y ampliando la raíz de aorta con parche de pericardio (Figura 3). Tiempo de CEC 222 minutos y clampeo aórtico 214 minutos. Muy buena evolución postoperatoria sin complicaciones.

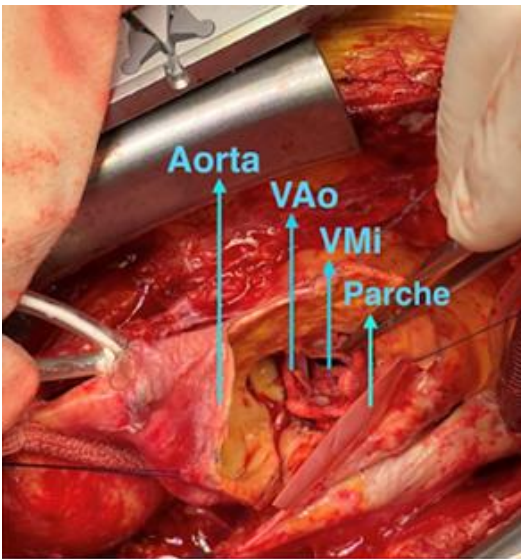


Figura 3: Prótesis biológicas, VAo: Válvula aórtica y VMi: Válvula mitral.

Discusión:

El absceso mitroaórtico es una complicación grave de la EI; a pesar de la buena evolución clínica bajo tratamiento conservador con antibioticoterapia, su resolución quirúrgica es indispensable, asumiendo el alto riesgo de la reintervención y la complejidad de la técnica. El procedimiento Commando asocia altas tasas de mortalidad, tempranas y tardías, debido a la invasividad y al estado crítico de los pacientes, pero constituye la mejor alternativa para la curación definitiva. La interacción constante cardiología-cirugía, permitió establecer el momento óptimo para la CC y lograr un excelente resultado.