



## FIEBRE PERSISTENTE EN PORTADOR DE BIOPRÓTESIS MITRAL ASOCIADO A INTERVENCIONISMO HOSPITALARIO: ENDOCARDITIS NOSOCOMIAL COMO PRIMERA SOSPECHA

B. Segura; Y. Carrascal; M. Blanco; L. Pañeda; C. Sánchez; E. Velasco; J. R. Echevarría; M. Fernández; N. Arce; S. Di Stefano; J. Bustamante.

**Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.**

**La endocarditis fúngica es muy infrecuente en portadores de prótesis valvulares cardíacas (1,3-6%), de las cuales 2/3 se deben a subespecies de *Cándida*.**

**Implante de catéteres centrales y dispositivos intracardíacos, tratamiento corticoideo crónico y ADVP son sus principales factores de riesgo.**

### CASO CLÍNICO

Mujer de 80 años, hipertensa con fibrilación auricular persistente y **portadora de bioprótesis mitral**, es diagnosticada de **endocarditis protésica tardía** (figura -1). Tres meses antes, se implantó un **marcapaso por FA bloqueada**. Desde entonces, presentaba **fiebre** refractaria, disnea, astenia y soplo sistólico mitral con **hemocultivos negativos**.

**Ecocardiograma: gran masa sobre la prótesis (33x18mm), hiper móvil**, que ocupaba gran parte del área valvular protésica en sístole, generando **estenosis severa** (figura 2-4).

Tras el diagnóstico, presentó **embolia en ambos MMII e ictus hemorrágico sin secuelas**.

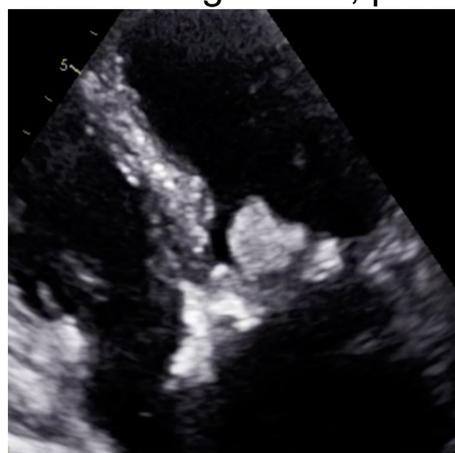


Figura-1: ETT: vegetación sobre bioprótesis mitral.



Figura-2: ETE: vegetación anclada al velo posterior.

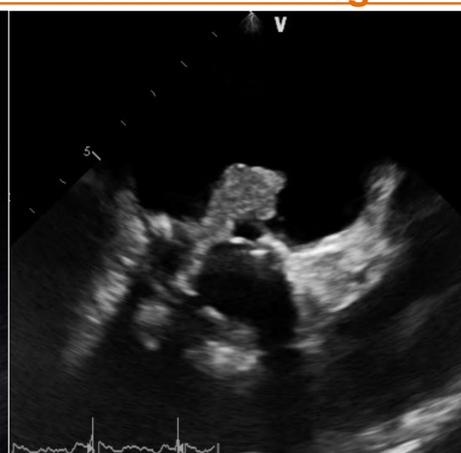


Figura-3: ETE: vegetación con prolapso hacia aurícula.



Figura-4: ETE 3D: vegetación sobre bioprótesis

### TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

**Intervención urgente: gran vegetación coraliforme sobre bioprótesis mitral (30x25mm) (figura 5-8) y otra filiforme en electrodo de marcapaso.** Se implantó nueva bioprótesis mitral y marcapaso epicárdico, retirando el electrodo endocavitario.

**Cultivos positivos para *Cándida Parapsilosis*.**

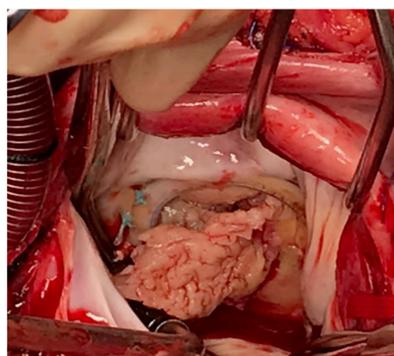


Figura-5: vegetación sobre bioprótesis mitral.

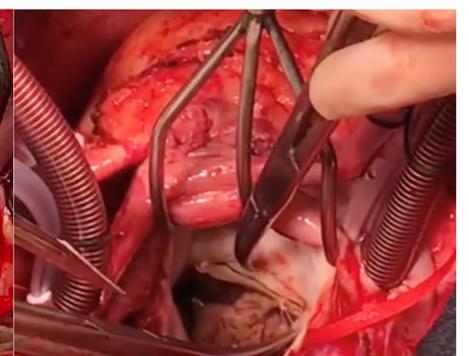


Figura-6: vegetación sobre bioprótesis endotelizada.

**Evolución:** se completó tratamiento antibiótico y antifúngico **durante 6 semanas tras cirugía, sin evidencia de recidiva** en ecocardiogramas ni hemocultivos de control.

A los 6 meses, la paciente se encuentra **asintomática** (NYHA I-II), sin recidiva.

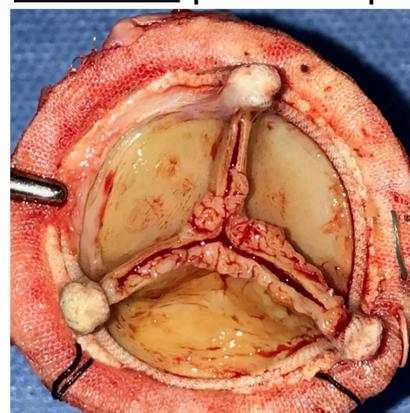


Figura-7: vegetaciones en la totalidad protésica.



Figura-8-9: vegetación sobre bioprótesis mitral de 25x30mm.

### CONCLUSIONES

La morbimortalidad de la endocarditis fúngica sobre prótesis valvulares izquierdas es alta y su diagnóstico tardío debido a embolias por la friabilidad y movilidad de las vegetaciones, siendo necesaria la intervención quirúrgica precoz para prevenir la morbilidad neurológica.

Las infecciones nosocomiales son causa frecuente de endocarditis protésica, debiendo extremarse las condiciones de asepsia para cualquier manipulación en estos pacientes.

Debemos descartar una endocarditis fúngica ante cuadro febriles inespecíficos de larga evolución con hemocultivos persistentemente negativos y el antecedente de intervencionismo.