



FÍSTULA ATRIOVENTRICULAR (DEFECTO DE GERBODE) ASOCIADO A ENDOCARDITIS INFECCIOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Montesino J, García-Valentín A, Hurlé A, Bernabeu E, Candela G, Meseguer J.

Servicio de Cirugía Cardíaca
Hospital General Universitario de Alicante

INTRODUCCIÓN. OBJETIVO. MÉTODOS:

El defecto de Gerbode es una fístula que comunica principalmente el ventrículo izquierdo con la aurícula derecha. En 1958 Gerbode describió cinco casos quirúrgicos y expuso tres variantes de presentación. Su etiología puede ser traumática, post infarto de miocardio e infecciosa, siendo esta última poco usual con alta morbimortalidad.

Se expone un caso clínico en el cual los estudios de imagen son la piedra angular para la comprensión y planificación del tratamiento quirúrgico del defecto de Gerbode.

CASO CLÍNICO:

- Varón de 46 años que acude a urgencias por fiebre, malestar general y disnea de varios días de evolución, sin dolor torácico.
- A la auscultación destaca un soplo pandiastólico en foco aórtico irradiado a carótidas y borde esternal izquierdo.
- La analítica sanguínea muestra elevación de reactantes de fase aguda (leucocitosis con neutrofilia, proteína C reactiva, procalcitonina).
- Ante la sospecha de endocarditis infecciosa, se realiza toma cultivos y se inicia antibioterapia empírica.
- Se completa el estudio con exploraciones de imagen.

El ecocardiograma transtorácico muestra insuficiencia aórtica severa, verruga en cara ventricular de válvula aórtica de 10x6 mm e insuficiencia tricuspídea ligera. Fracción de eyección conservada.

El ecocardiograma transesofágico confirma fístula con dos chorros independientes desde la raíz de aorta hacia aurícula y ventrículo derechos, además de insuficiencia aórtica masiva (Figuras 2, 3).

En el cateterismo cardíaco se evidencia paso de contraste desde raíz de aorta a ventrículo y aurícula derechos (Figura 1).

Ante los hallazgos y persistencia de insuficiencia cardíaca refractaria a tratamiento médico se decide cirugía urgente.

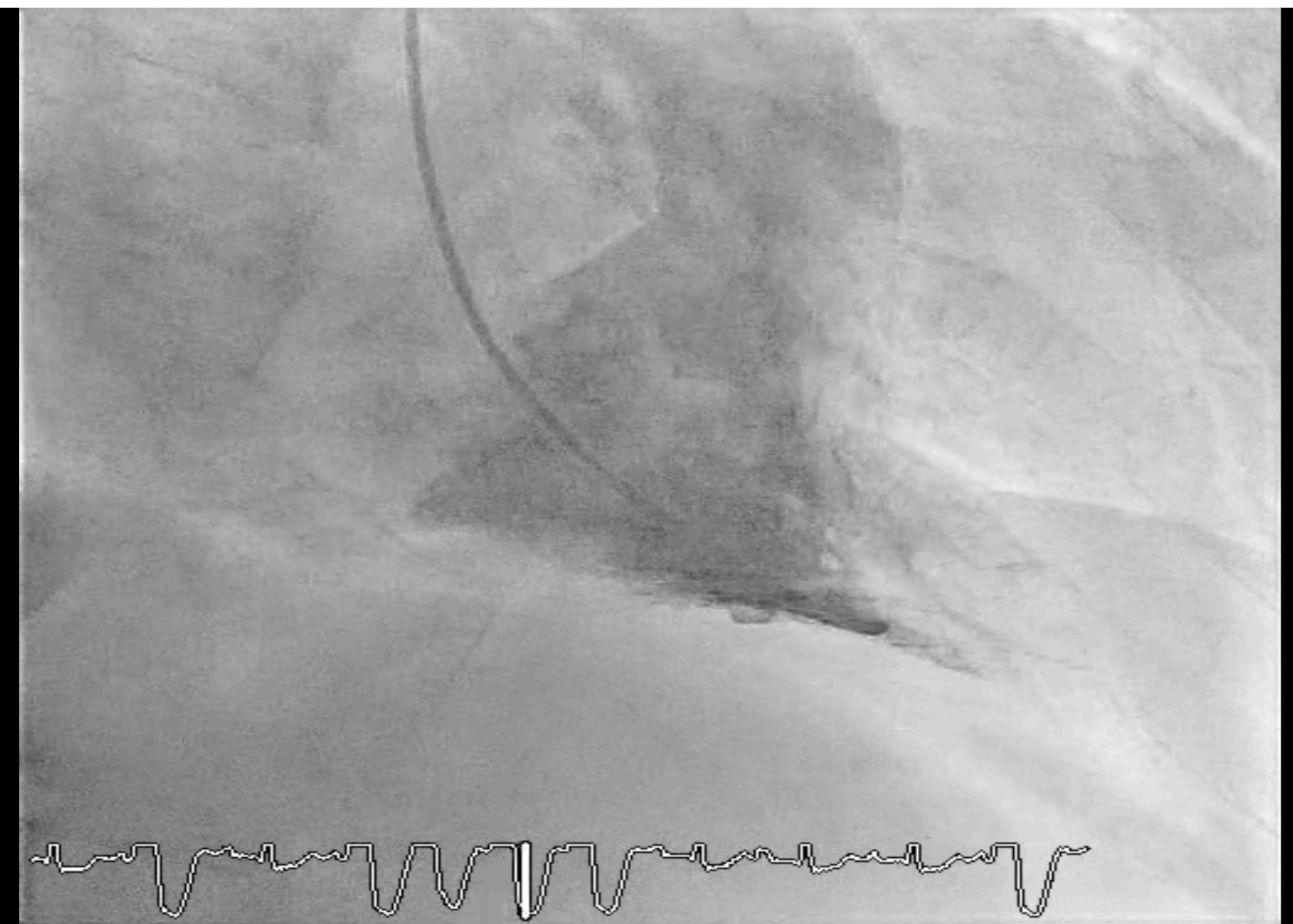


Figura 1. Ventriculografía derecha

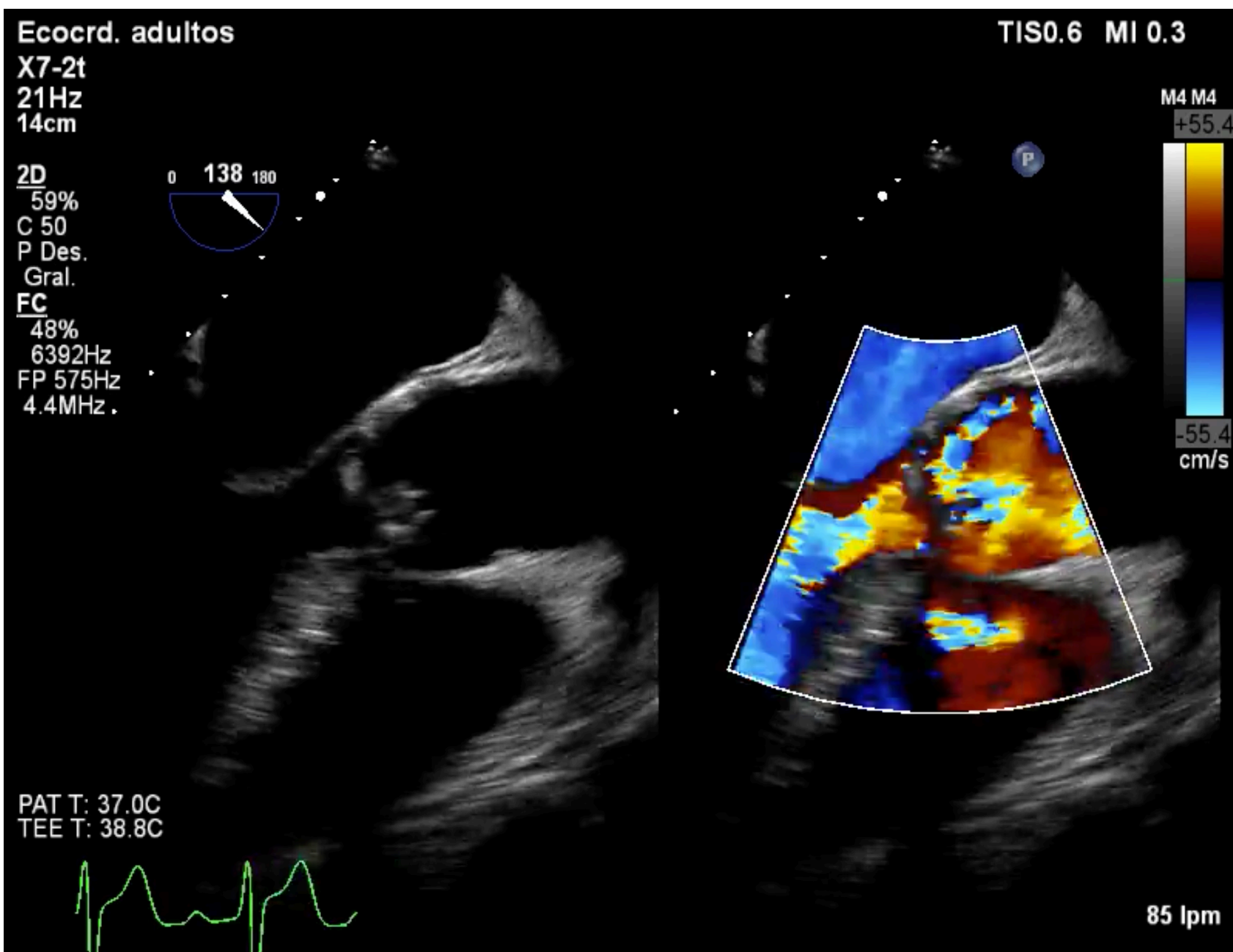


Figura 2

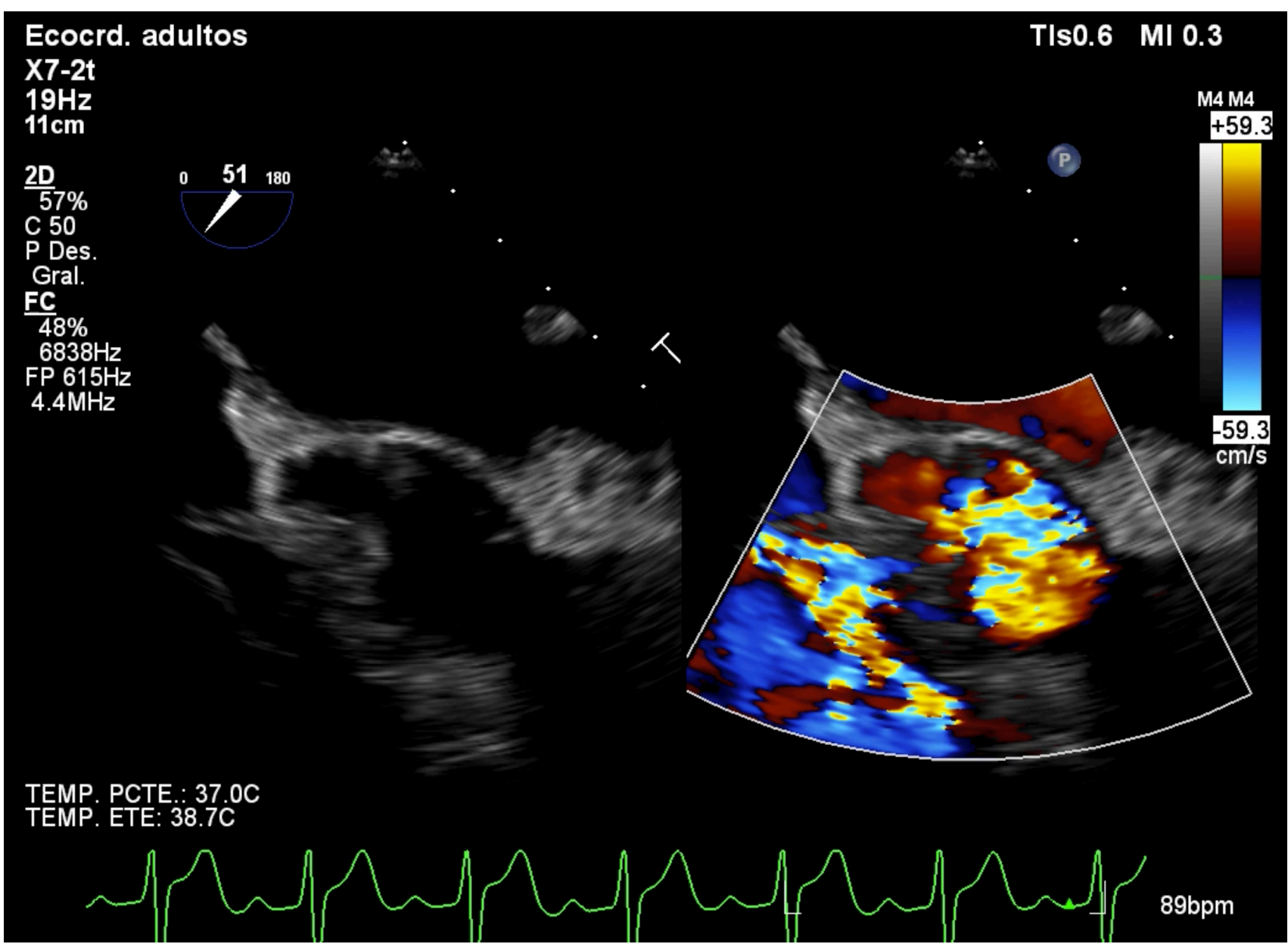


Figura 3

En el intraoperatorio se evidencia fístula de 30 mm que comunica raíz de aorta y aurícula derecha con desinserción de velo anterior de la válvula tricúspide (Figura 4A). Válvula aórtica bicúspide, muy calcificada con verruga en comisura entre velos no coronariano y coronariano derecho (Figura 4B).

Tras limpieza y desbridamiento de esfacelos se repara el defecto con parche de pericardio heterólogo y reinserción del velo anterior tricuspídeo (Figura 4C). Sustitución de válvula aórtica por prótesis mecánica (Figura 4D).

Curso postoperatorio sin complicaciones. Se constata ecocardiográficamente normal función de la prótesis aórtica y la válvula tricúspide.

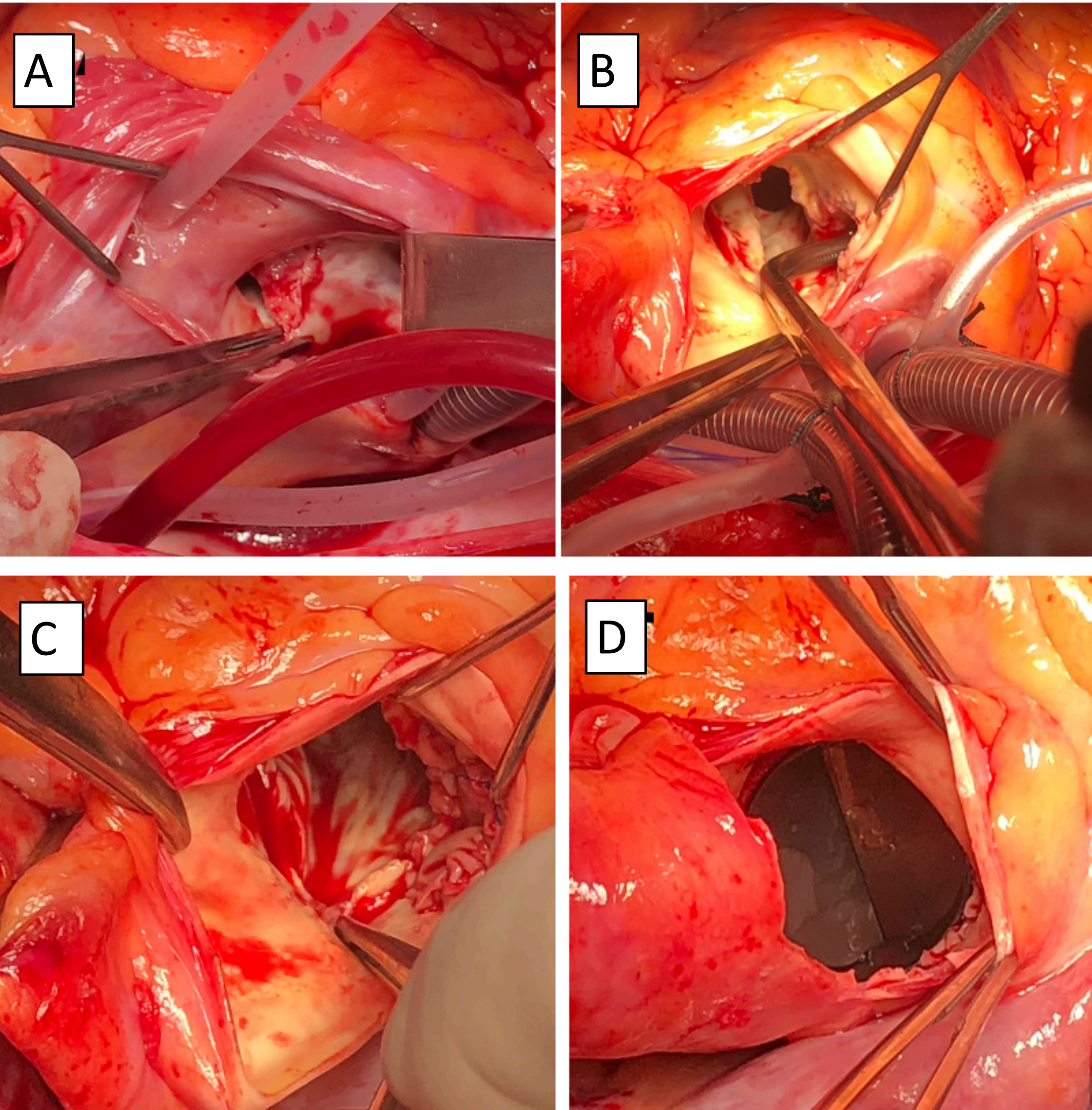


Figura 4

CONCLUSIONES:

- El defecto de Gerbode es un hallazgo poco frecuente tras endocarditis infecciosa, pero su presencia constituye un reto para el cirujano cardíaco por su asociación a alta morbimortalidad.
- Las manifestaciones clínicas son variables, desde oligosintomático hasta shock cardiogénico refractario.
- El diagnóstico se basa principalmente en estudios de imagen, por lo que la ecocardiografía transesofágica debe ser exhaustiva en búsqueda de complicaciones de este tipo.