

Sustrato Congénito y destrucción Multivalvular por Enterococcus Faecalis. Espectro Endocarditis y Uso del Micra en infección Activa.

(a)Dr. Eduardo Barrio (b) Dr. Richard López (b) Dr. Juan Medina / Rivas (c) Dr. Juan Pablo Masías

(a) Coordinador del Servicio de Planificación Quirúrgica (b) Jefe del área de Cardiología (c y d)Cirujanos Cardioráxicos (e)Médico Postgradista

Departamento de Cardiología del Hospital Alcívar

INTRODUCCIÓN

La endocarditis infecciosa es una entidad patológica potencialmente mortal cercana al 20% sin tratamiento y su incidencia ha ido en aumento en los últimos años, a pesar de los avances en su tratamiento esta sigue siendo un desafío.

Las cardiopatías congénitas constituyen un sustrato potencial permanente de endocarditis infecciosa por diferentes mecanismos y la incidencia de cardiopatías congénitas aumenta constantemente y aunque la distribución de microorganismos causales no difiere de la endocarditis adquirida la endocarditis derecha es más frecuente en este grupo.

OBJETIVOS

Establecer el Micra como una alternativa eficaz en pacientes post quirúrgicos con trastornos de estimulación permanente e infección activa.

Determinar la importancia de la profilaxis antibiótica en pacientes con sustrato congénito.

PRESENTACIÓN DE CASO

Presentamos a una paciente Femenina adulta de 58 años con antecedente de HTA y CIV perimembranosa restrictiva que presenta cuadro clínico de 1 mes de evolución caracterizado por alza térmica no cuantificada secundaria a extracción dentaria (2 molares superiores) sin recibir profilaxis antibiótica, cuadro no cede a antipiréticos convencionales ni tratamiento intravenoso (Aislamiento de Enterococcus Faecalis en hemocultivo) y en las últimas 24 horas suma disnea de pequeños esfuerzos por lo que es enviada a esta casa de salud donde a la exploración destaca soplo holodistólico a nivel aórtico y soplo hosistólico a nivel tricuspídeo y datos de congestión pulmonar, se realiza screening inicial con ecocardiograma evidenciando insuficiencia aortica de grado severo y tricuspídea torrencial con presencia de vegetaciones a nivel aórtico y tricuspídeo (>10 mm) por lo que se realiza ETE evidenciando absceso periaórtico(17x9 mm) requiriendo intervención quirúrgica urgente donde se realiza doble reemplazo valvular aórtico y tricuspídeo con bioprótesis, intraoperatoriamente intercorre con bloqueo auriculoventricular completo que se prologa en el tiempo(72 horas) en paciente aún con hemocultivo positivo por lo que se decide la colocación de marcapaso Micra con evolución favorable.

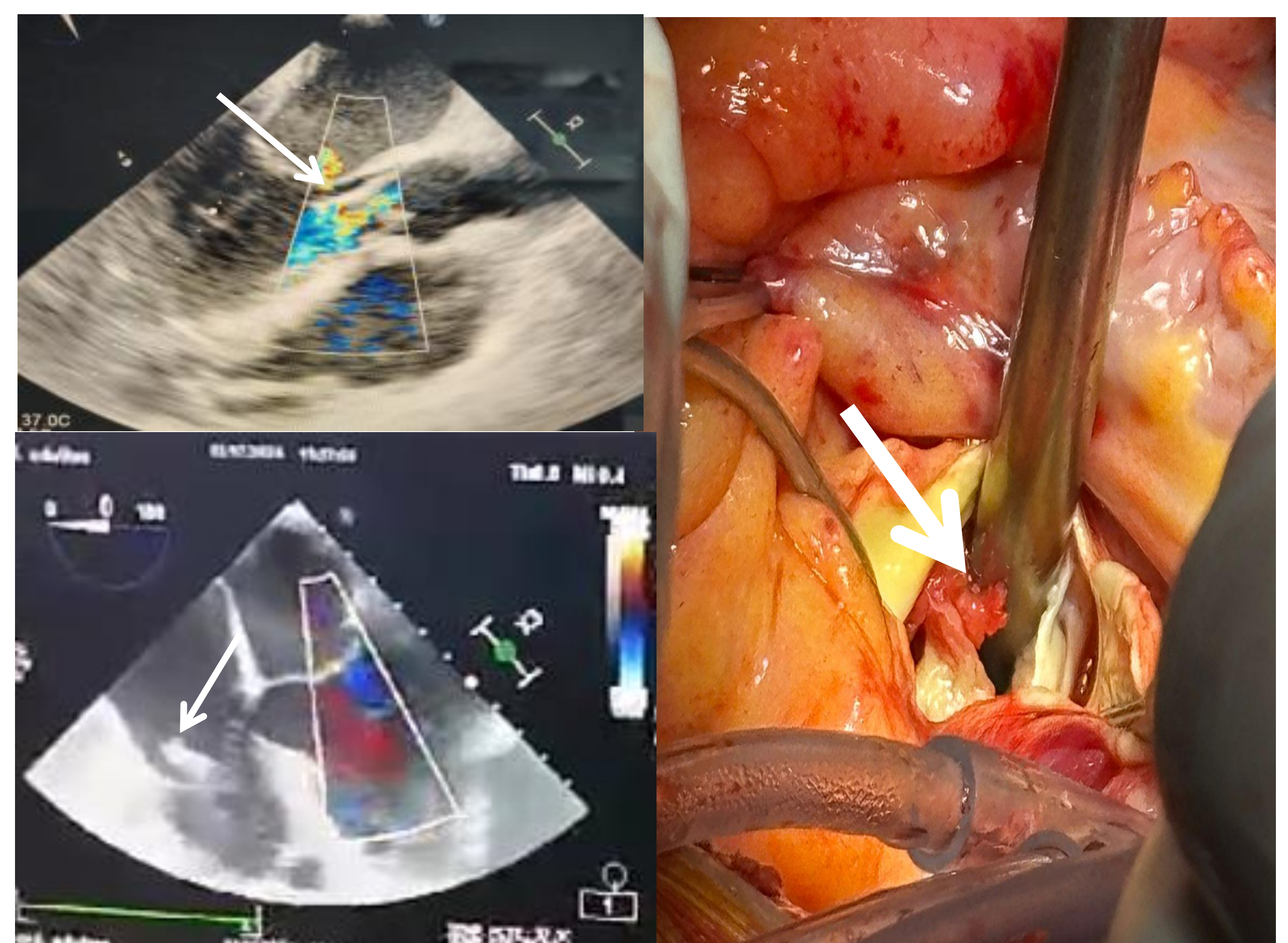


Figura 1-2 ETE: Vegetaciones Aórtico y Tricuspídea Figura3. Vista Qx: Vegetación

INTERVENCIÓN

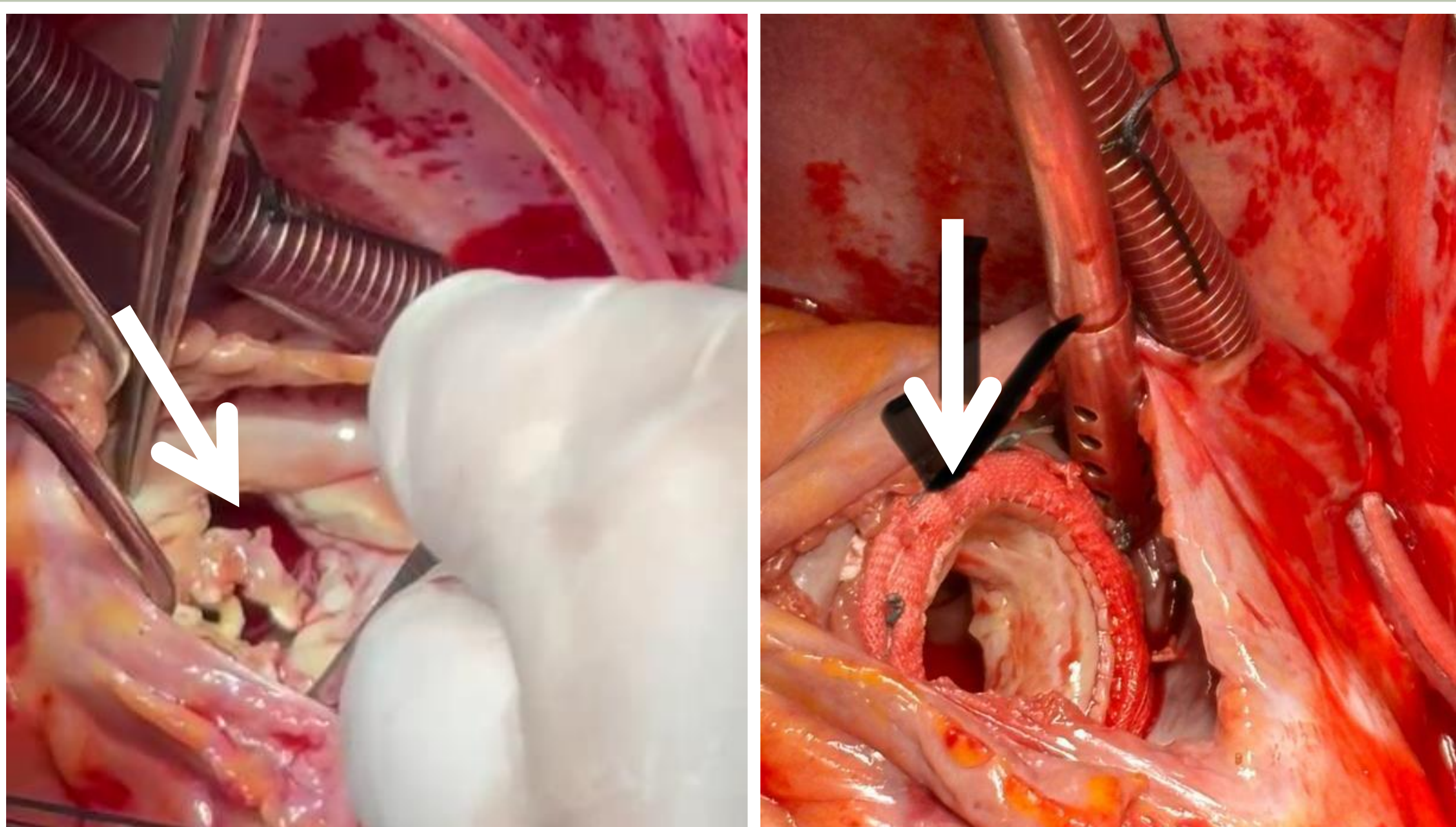


Figura 4 y 5. Vista Qx. Vegetaciones(Izquierda) y Reemplazo Valvular. (Derecha)

RESULTADO

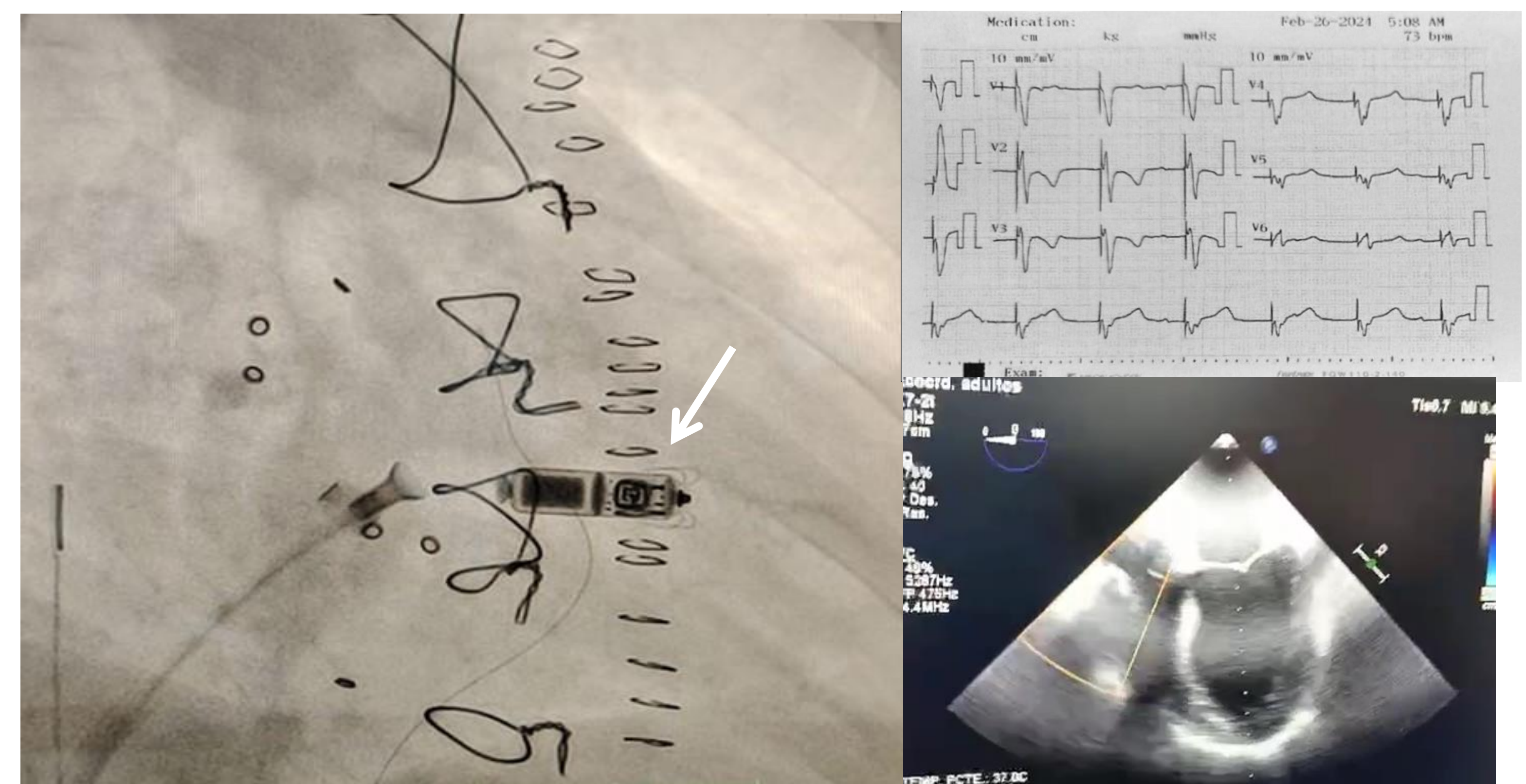


Figura 4 Liberación de Marcapaso Micra

Figura 5. EKG y ETE control.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

El ensayo leadless II informó 1 sola infección del dispositivo en el seguimiento de 504 pacientes con una tasa de infección del 0,04% , incluso en aquellos que se implantó el dispositivo en infección activa, esta observación sugiere que los marcapaso sin cables son resistentes a la siembra bacteriana hematogena del dispositivo y reduce las complicaciones inherentes a los dispositivos convencionales, en nuestro paciente con infección activa (Hemocultivos positivos) la colocación de marcapasos convencionales esta contraindicada por lo que en este punto lo que sugieren las guías es la colocación de un marcapaso transitorio sin embargo en este contexto atravesaría por una prótesis tricuspídea recién implantada con riesgo alto de sobreinfección y si a ello sumamos la demora en una rehabilitación cardiovascular óptima y los costes que genera una Terapia intensiva, una opción viable y eficaz fue la implantación de MICRA con excelentes parámetros tras su liberación.

CONCLUSIONES

El implante transcater del Marcapaso Micra es una opción eficaz en pacientes con endocarditis infecciosa que han requerido reemplazo valvular urgente y han presentando trastornos de conducción con infección aún activa en sangre.

La profilaxis antibiótica esta recomendada para pacientes con sustrato congénito que se someten a procedimientos dentales de riesgo alto.

Dado el impacto de la infección relacionada con los dispositivos electrónicos implantables en la morbilidad, la mortalidad y el costo, estos hallazgos tienen una importancia clínica significativa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chang D, Gabriels JK, Soo Kim B, Ismail H, Willner J, Beldner SJ, John RM, Epstein LM: Concomitant leadless pacemaker implantation and lead extraction during an active infection. J Cardiovasc Electrophysiol 2020; 31: pp. 860-867.
2. El-Chami MF, Bonner M, Holbrook R, Leadless pacemakers reduce risk of device-related infection: review of the potential mechanisms. Heart Rhythm 2020; 17: pp. 1393-1397.
3. El-Chami MF, Al-Samadi F, Clementy N, Updated performance of the Micra transcatheter pacemaker in the real-world setting: a comparison to the investigational study and a transvenous historical control. Heart Rhythm 2018.
4. Beurskens NEG, Tjong FVY, Dasselaar KJ, Leadless pacemaker implantation after explantation of infected conventional pacemaker systems: A viable solution?. Heart Rhythm 2019; 16: pp. 66-71.
5. Higuchi S, Okada A, Shoda M, Leadless cardiac pacemaker implantations after infected pacemaker system removals in octogenarians. J Geriatr Cardiol 2021; 18: pp. 505-513.
6. El-Chami MF, Johansen JB, Zaidi A, Leadless pacemaker implant in patients with pre-existing infections: results from the Micra postapproval registry. J Cardiovasc Electrophysiol 2019; 30: pp. 569-574.
7. Tay K, Chelliah R, Pathmanathan R: Utilization of leadless pacemaker following transvenous lead extraction: a series of 10 successful cases. HeartRhythm Case Rep 2022; 8: pp. 292-295.
8. Choi E, Chang D, Gabriels JK, Kim BS concomitant leadless pacemaker implantation and lead extraction during an active infection: a long-term follow up. Heart Rhythm 2021; 18: pp. S210-S211.
9. El-Chami MF, Holbrook R, Gabriels JK, Kim BS, Concomitant leadless pacemaker implantation and lead extraction during an active infection: a long-term follow up. Heart Rhythm 2021; 18: pp. S210-S211.