

Paciente de 48 años portador de marcapasos VDD y endocarditis infecciosa – 1999

Dr. Miguel Vicente Solá

Les envío un caso que me plantea dudas. Paciente de 48 años, portador de marcapasos VDD desde hace 2 años por Bloqueo A-V. completo paroxístico, hace 3 meses presenta endocarditis bacteriana, confirmada por eco tansesofágico (verruca en tricúspide), sin aislarse el germen pues venia recibiendo ATB, con el que se continúa por respuesta clínica apropiada y cultivos posteriores persistentemente negativos. Luego de su internación se detecta un aleteo auricular que cambia el modo de estimulación del marcapasos a VVI, comenzando el paciente con disnea y cansancio facil.

Ecocardiográficamente sus cavidades son normales. Se intenta revertir el aleteo con Cardioversion Electrica (CVE) recibiendo 3 choques, el último con 300 joules, sin lograr ritmo sinusal. Se trata con amiodarona via oral 15 dias, y se reintenta CVE, sin éxito.

Mi consulta es: teniendo en cuenta que la endocarditis probablemente fue originada en el cable, ¿esta puede alterar la aurícula de manera tal que torne al aleteo tan refractario? y si esto se asume asi hay que sacar el cable pese a que los hemocultivos se mantienen persistentemente negativos?.

Miguel Vicente Solá

OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Dr. Sola: el caso por Ud planteado tiene dos aspectos.

1) endocarditis derecha: el tiempo (2 a) desde el implante del marcapaso no lo descarta como foco probable; el estafilo es un germen muy traicionero y puede aparecer mucho tiempo después. Deberían descartarse otras posibles causas de endocarditis derecha y de persistir la actividad infecciosa sin foco aclarado quizás deba extirparse el sistema.

2) flutter: es muy raro que en su forma común sea refractario a la cardioversión eléctrica. En principio no lo vinculo a la endocarditis y creo que una vez solucionada ésta debería procederse a la ablación del circuito del mismo.

Dr. Walter J. Reyes

Es muy posible que haya sido una endocarditis derecha, no importa la edad del cable.

No tiene nada que ver la endocarditis con la instalación del flutter. La incapacidad de revertirla con cardioversión eléctrica tampoco es rara, aproximadamente un 10% de los pacientes no responden a la misma. Hay que intentar con las palas en posición ántero-posterior y si eso no es efectivo, una descarga con 700 Joules con dos cardioversores sincronizados entre si (350 Joules cada uno).

Un abrazo

Daniel Boccardo

Estimado Dr:

Creo que independientemente que los hemocultivos son negativos debe retirarse el cable del MP al paciente.

Además el proceso infeccioso puede ser el causante de la refractariedad del Flutter, sin obviar que el Flutter auricular es de por sí muy rebelde.

Por otro lado la Amiodarona tiene un tiempo de impregnación de un mes.

Puede intentar con Quinidina, Flecanida que son más rápidas y hasta efectivas en el Flutter. También puede intentar la sobrestimulación.

Atentamente

Dr. Pablo Hurtado Nuñez

Estimado Dr. Sola:

Respecto a la actitud a tomar con la endocarditis bacteriana creo conveniente realizar un nuevo ETE para descartar la presencia de vegetaciones mayores a 1 cm. Si presenta vegetaciones menores a 1 cm se recomienda la extracción de todo el sistema por medio de extractores, y completar el tratamiento ATB. Luego implantar un nuevo sistema. Si el paciente es MCP dependiente se implanta un MCP epicárdico en el mismo acto del explante del endocavitario con la cobertura ATB adecuada y se completa el tratamiento con ATB. Si la vegetación es superior a 1 cm los catéteres se deben explantar por vía quirúrgica (toracotomía). Las posibilidades de recidiva de la infección sin la extracción de los cables es bastante alta y a veces luego de varios años.

Recomiendo publicación de Circulation Vol 95, No 8 abril 15 1997. pag. 2098-2107.

Atte.

Dr. Marcelo Chambo

En relación al caso del paciente portador de marcapasos definitivo y endocarditis bacteriana, creemos que desde el punto de vista infectológico es necesario realizar interconsulta con dicha especialidad.

Desde el punto de vista del aleteo, no nos sorprende dado que esta arritmia es la más refractaria al tratamiento. En este caso en particular no está asociada a la presencia de una vegetación en la válvula tricúspide.

Consideramos que la presencia de disnea es secundaria a la pérdida del sincronismo AV, dado que el paciente presenta estimulación VVI.

El tratamiento es la ablación por radiofrecuencia.

Dr. Fernando Scazzuso

Estimados colegas:

En el caso de este paciente nuestra experiencia nos dice que es mejor retirar el sistema endocárdico dada la presencia de endocarditis y poner un sistema epicárdico. Tenemos varios casos en los que los resultados no fueron satisfactorios usando terapia antibiótica si permaneció el sistema endocárdico; cuando retiramos el sistema y lo cambiamos por el epicárdico, los paciente están bien por el momento.

Dr. Ignacio R. Perez