

Aspiración percutánea de vegetaciones en endocarditis derecha asociada a dispositivos intravasculares

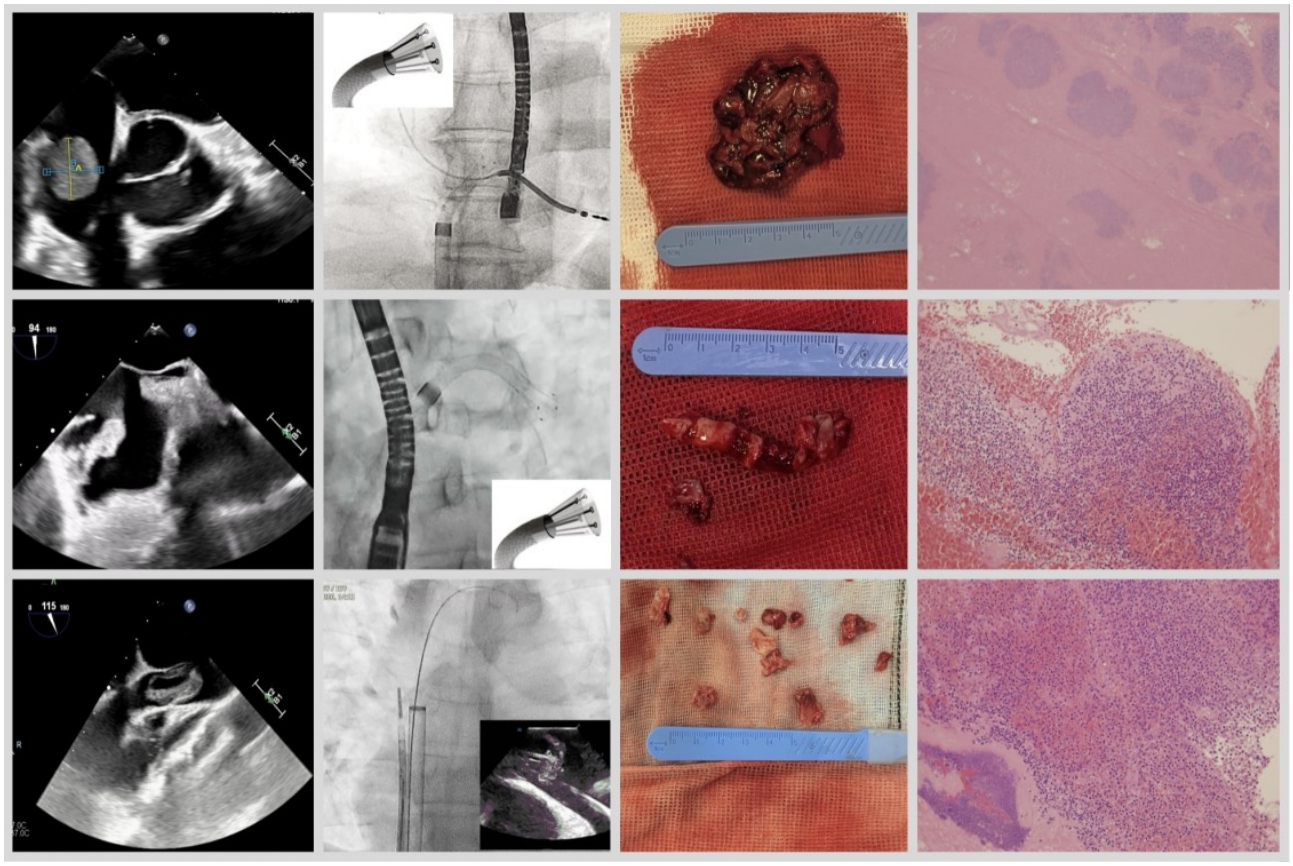
Alberto Funes Almendros(1), Juan Carlos Gómez-Polo(1), Carlos Ferrera Durán(1), Elvira Oteo Cerrato(2), Melchor Saiz-Pardo Sanz(2), Asier Rubio Martínez(1), Óscar García Durán(1), Yassin Daoud(1), Belén Biscotti Rodil(1), Carmen Olmos Blanco(1), Francisco Javier Noriega Sanz(1), Ana Viana Tejedor(1), Pablo Salinas Sanguino(1) y Isidre Vilacosta(1) de (1)Instituto Cardiovascular, Cardiología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España

Introducción: La endocarditis asociada a dispositivos intravasculares presenta una elevada morbimortalidad. Las vegetaciones de gran tamaño (>2cm) suponen un reto por el riesgo embólico y el difícil control del foco infeccioso. La aspiración percutánea ha surgido como una alternativa mínimamente invasiva a la cirugía convencional. Nuestro objetivo es describir la experiencia en tres casos tratados mediante aspiración percutánea guiada por imagen y sin circulación extracorpórea.

Métodos: Serie de tres casos con endocarditis derecha asociada a dispositivos intracardiacos o catéteres venosos centrales. La indicación fue por alto riesgo quirúrgico y persistencia de infección a pesar de tratamiento antibiótico adecuado. Dos casos tenían fiebre o hemocultivos persistentemente positivos y el tercer caso como paso previo a la extracción percutánea del dispositivo.

Resultados: Se realizó aspiración percutánea guiada por imagen sin circulación extracorpórea, empleando sistemas para embolia pulmonar. En dos casos se usó una cánula de 18 Fr con embudo de 33 French guiados por eco transesofágico en aurícula derecha si uno de ellos presentó una embolia séptica por lo que se dirigió la aspiración a la arteria pulmonar izquierda (PET-TAC). Las masas medían 2.2x2.6cm y 1.5x5.2cm
En el tercer caso, localizado en vena innominada, se usó cánula recta de 24 french y ecografía intravascular, previa planificación con ecocardiograma transesofágico y TAC. El tamaño era de 0.9x4.8 cm.
En todos los casos se logró una reducción significativa de la carga trombo-infecciosa con mejoría clínica, resolución de la fiebre, descenso de reactantes de fase aguda y negativización de hemocultivos. No hubo complicaciones mayores del procedimiento, si bien la hemoglobina cayó entre 1-1.5g/dl. El estudio anatomopatológico confirmó material trombo-infeccioso y todos los pacientes fueron dados de alta sin mortalidad en seguimiento de 45 días.

Conclusiones: La aspiración percutánea sin circulación extracorpórea es una estrategia factible y segura en pacientes con endocarditis derecha asociada a dispositivos intravasculares. Las distintas técnicas de imagen previas y durante el procedimiento son fundamentales para evitar cirugías o sistemas complejos con circulación extracorpórea. Los objetivos son favorecer el control del foco de sepsis y disminuir el riesgo embólico, así como para facilitar la extracción percutánea de dispositivos.



Características basales, pre y post procedimiento.

VARIABLE	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3
Edad	73	47	6
Tipo de cateter intravascular	DAI	Reservorio	Tunelizado Diálisis
Microorganismo	E.Faecalis	Staph. Lugdunensis	Staph. Aureus Resistente Meticilina
Fiebre persistente >48h	No	Si	No
Hemocultivos persistentes >48h	No	No	Si
Extracción previa del dispositivo	No	Si	Si
Leucocitos llegada	19,300	19,400	16,900
PCR llegada	36.5	229.7	241.6
Leucocitos pre intervención	13,000	17,000	16,500
PCR pre intervención	92	109.1	234.2
Leucocitos post intervención (48-72h)	7,700	10,500	14,000
PCR post intervención (48-72h)	81	84	102.6

Tabla 1. DAI: Desfibrilador automático implantable. Staph: Staphylococo. Unidades: Leucocitos --($\times 10^3/\mu$L) y PCR --(mg/L)PCR.