



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-611 - HEMOPERITONEO POR PSEUDOANEURISMAS HEPÁTICOS TRAS ENDOCARDITIS POR NOCARDIA

Gómez Infante, Marta; Pontes García, Alfonso Carlos; Rodríguez Ortiz, Lidia; Arjona Sánchez, Álvaro; Viyuela García, Cristina; Briceño Delgado, Francisco Javier

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción: La infección por Nocardia es rara, suele manifestarse como una infección supurativa aguda, subaguda o crónica. Su principal órgano diana es el pulmón, donde se presenta como bronconeumonía confluyente con compromiso pleural y cavitación. La afección endocárdica es infrecuente y suele producirse en pacientes portadores de prótesis valvulares. Se presenta el caso de un varón de 58 años diagnosticado de endocarditis protésica mitral precoz, que durante su estancia en Cuidados Intensivos presenta hemoperitoneo masivo, secundario a pseudoaneurismas hepáticos por infección por Nocardia. El pseudoaneurisma se define como un hematoma pulsátil repermeabilizado y encapsulado, en comunicación con la luz de un vaso dañado. Se origina cuando hay una disrupción de la pared arterial por procesos inflamatorios, traumáticos o iatrogénicos. Un pseudoaneurisma puede evolucionar a trombosis y resolución espontánea, infección, compresión local-síndrome compartimental y rotura-hemorragia. Actualmente las técnicas mínimamente invasivas han ido ganando terreno a la cirugía en su tratamiento, con un importante descenso de la morbilidad.

Caso clínico: Varón de 58 años con antecedentes de HTA, obesidad, SAHOS e insuficiencia cardíaca congestiva, intervenido hace 1 mes por insuficiencia mitral y enfermedad coronaria, con colocación de prótesis mitral mecánica y bypass a circunfleja. Acude a urgencias por disnea de mínimos esfuerzos, astenia y fiebre de 20 días de evolución, que no mejora con levofloxacino domiciliario. Se realiza ecocardiograma transesofágico, donde se observa vegetación de 2 × 5 mm en anillo protésico mitral. Se inicia antibioterapia empírica, sin control del proceso infeccioso y con aparición de clínica neurológica. En TC de cráneo se evidencia imagen compatible con absceso en formación, por lo que se modifica antibioterapia. Tras 20 días de tratamiento, se decide intervención para resuturación valvular. En postoperatorio inmediato presenta distensión abdominal, anemia y inestabilidad hemodinámica, por lo que precisa cirugía emergente, objetivando hemoperitoneo masivo secundario a gran hematoma subcapsular hepático, procedente de lesión cavitada en segmento VII hepático, sugestiva de absceso. Se controla sangrado mediante maniobra de Pringle y se reseca tejido hepático desvitalizado de lesión cavitada. El 4º día postoperatorio presenta nuevo episodio de inestabilidad hemodinámica, con hallazgos compatibles con hematoma hepático intra y extraparenquimatoso e imágenes sugestivas de sangrado activo en angioTC. Esta vez, se realiza embolización por Radiología Intervencionista de dos pseudoaneurismas dependiente de las ramas de los segmentos VII y VIII, con posterior revisión quirúrgica, para evacuación de hematoma y comprobar ausencia de sangrado activo. Posteriormente evoluciona de manera favorable, sin nuevos episodios de sangrado. Una vez recibido el resultado microbiológico de la válvula, con crecimiento de Nocardia, se ajusta antibioterapia, consiguiendo correcto control de infección.

Discusión: En pocos casos la antibioticoterapia empírica inicial aplicada al diagnóstico de una endocarditis es apropiada para la endocarditis por *Nocardia*, dado su curso indolente y el bajo grado de sospecha, por lo que puede presentar una evolución fatal. Gracias a la accesibilidad de la radiología intervencionista y el trabajo realizado por un grupo multidisciplinar de expertos en su materia, la evolución del caso fue favorable.