

327/49 - LO QUE DESENMASCARÓ UN BLOQUEO AURICULO VENTRICULAR.

M. Alonso Santiago¹; P. López-alonso Abaitua²; R. Maye Soroa³; C. Marinero Nova⁴; O. Casanueva Soler³; L. Moreno Suárez⁵; I. García Díaz²; L. Rodríguez Vélez⁶; R. Correa Gutiérrez⁷; M. Cobo Rossell⁸.

¹Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Santander. Cantabria.; ³Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.; ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo.; ⁵Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Santander.; ⁶Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria.; ⁷Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.; ⁸Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de La Sal. Cabezón de La Sal. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 71 años acude a consulta de Atención Primaria tras haber sufrido un síncope con pérdida de conciencia. Según refiere, se encontraba en el sofá y lo último que recuerda es encontrarse caída en el suelo. No alude pródromos, ni dolor torácico ni cortejo vegetativo. Niega fiebre u otra sintomatología asociada. Como antecedentes: hipertensa, dislipémica, diabética tipo 2, osteoporosis, prótesis biológica de válvula aórtica hace 7 años y extracción del primer molar inferior el mes anterior.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 135/71. Temperatura: 38.3°C. En el Centro de Salud se realizó un electrocardiograma que reveló BAV de primer grado no conocido anteriormente sin otras alteraciones. Ante esto, el médico de Atención Primaria decidió derivar a la paciente al Servicio de Urgencias para valoración y realización de pruebas complementarias. En Urgencias se realizó analítica en la que destacó una cifra de 18.200 leucocitos. Resto de parámetros normales. Toponina I de alta sensibilidad 4.3 pg/mL. Debido a la fiebre y a los antecedentes de bioprótesis aórtica, se decidió extracción de hemocultivos e interconsulta con el Servicio de Cardiología. Los cardiólogos en la Urgencia, realizaron ecocardiograma transtorácico en el que se observó dudosa excrecencia móvil en válvula protésica y una imagen con sombra acústica en pared posterior de raíz aórtica sugestiva de absceso. Por ello se realizó de urgencia un ecocardiograma transesofágico que confirmó presencia de vegetación en válvula aórtica protésica y absceso en pared posterior de raíz aórtica. Durante las siguientes horas, la paciente se inestabilizó hemodinámicamente y requirió VMI y fármacos inotrópicos. Fue sometida a cirugía de Bentall-Bono con recambio valvular aórtico de urgencia. Los hemocultivos fueron positivos para Estreptococo viridans.

Juicio clínico: Síncope por BAV de primer grado secundario a absceso aórtico en contexto de endocarditis infecciosa por Estreptococo viridans tras extracción de pieza dental.

Diagnóstico diferencial: Síncope cardiógenico o neuromediado.

Comentario final: La endocarditis infecciosa, es más frecuente en corazones con válvulas protésicas, ya sean mecánicas o biológicas, especialmente en válvulas aórticas. Puede darse de manera precoz (en los 60 días posteriores al recambio valvular), o bien de manera tardía (tras este período de tiempo). Dicha diferenciación tiene gran importancia desde el punto de vista clínico y pronóstico, dado que la precoz, suele ser

generalmente consecuencia de contaminación perioperatoria, habitualmente por *Staphylococcus aureus* o *epidermidis*, con una alta mortalidad (40-80%). En cambio, la tardía suele ser secundaria a bacteriemia tras procedimientos invasivos (extracción dental, sondaje vesical, cirugías varias, etc), habitualmente por *Streptococcus viridans* (30%) y con un comportamiento clínico parecido al de la endocarditis sobre válvula nativa, menos agresiva. El absceso periprotésico secundario a endocarditis infecciosa constituye una grave complicación del reemplazo valvular aórtico, con una alta mortalidad a pesar del tratamiento combinado médico-quirúrgico. La infección de la prótesis aórtica produce a menudo invasión del miocardio formando abscesos, o bien produciendo bloqueos cardíacos por afectación del tejido de conducción, como ocurrió en nuestra paciente.

Palabras clave: Endocarditis. Síncope. BAV.

Bibliografía

García JM, Maté I, De Alba JM, Gómez JA, Domínguez F, Oliver J et al. Endocarditis protésica aórtica y absceso periprotésico por *Staphylococcus aureus*. Rev Esp Cardiol 1995;48: 496-498