



<http://www.elsevier.es/semergen>

387/40 - BLOQUEO AV COMPLETO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

J. Sánchez Ceña¹, I. Cabrera Rubio¹, B. Carballo Rodríguez¹, M. Cea Gómez², S. Díaz-Salazar de la Flor³, M. Martín Nicolau⁴

¹Médico Residente de Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Ignacio. Bilbao. Vizcaya. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Castros. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 76 años hipertenso de larga evolución y con antecedente de cirugía de recambio valvular aórtico por prótesis mecánica hace más de 15 años. Actualmente en tratamiento con Sintrom, bisoprolol y simvastatina. Acude a Urgencias Hospitalarias por fiebre y síndrome general de 2 semanas de evolución. En las últimas 24 horas 2 episodios sincopales en sedestación. Niega tos, expectoración, así como otros posibles focos infecciosos.

Exploración y pruebas complementarias: TA 95/70, FC 40, T^o 39 °C, SatO2 (GN 2L) 94%. FR 20. EF: PVY normal. ACP clic de prótesis. Crepitantes pulmonares hasta campos medios bilaterales. EEII sin edemas. Analítica: Creat 1,12 GF 56. K 4,5. Na 132. 16.000 L 12,4 Hb 134.000 plaquetas. TP 34% INR 3,5. ECG: bloqueo AV completo a 35 lpm. Bloqueo rama izquierda (BRI). Rx tórax: sobrecarga hídrica bilateral compatible con insuficiencia cardíaca. Ecocardiograma transtorácico: función ventricular izquierda normal. Se objetiva imagen en la cara ventricular de un disco de la prótesis que en dicho contexto clínico podría corresponder a endocarditis. Además, imagen compatible con absceso en la continuidad mitroaórtica. Insuficiencia periprotésica significativa (hallazgos confirmados posteriormente con ecocardiograma transesofágico). Hemocultivos positivos (a las 48 horas) para *Staphylococcus aureus* meticilín sensible.

Juicio clínico: Endocarditis infecciosa sobre válvula protésica aórtica. Bloqueo AV completo secundario a complicación (absceso) de la raíz aórtica.

Diagnóstico diferencial: Bloqueo AV completo sincopal. Insuficiencia cardíaca izquierda secundaria. Infección respiratoria hipoxémica.

Comentario final: Las endocarditis infecciosas sobre válvula protésica representan hasta el 20% de las endocarditis. Siempre que un paciente portador de material protésico intracardíaco presenta un cuadro infeccioso sin foco hay que descartar la presencia de una endocarditis infecciosa. El bloqueo AV en sus diferentes grados indica que el proceso infeccioso ha invadido la “cortina mitroaórtica”, región por donde pasan las fibras del tejido de conducción del nodo sinusal al nodo AV (aurículo-ventricular). En este caso, ya que el paciente presentaba un absceso a nivel de la raíz aórtica hubo que someterlo a cirugía de re-emplazo valvular por un homoinjerto aórtico, además de instaurar tratamiento antibiótico dirigido durante 6 semanas e implantación a posteriori de un marcapasos definitivo VDD.

Bibliografía

Karchmer AW. Infective Endocarditis. En: Braunwald E, ed. Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. Filadelfia: W.B. Saunders, 1997;1077-104.

Habib A, Lancellotti P, Antunes MJ, Bongiorni MG, Casalta JP, Del Zotti F, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force for the management of Infective endocarditis of the European Society of Cardiology. Eur Heart J. 2015. doi:10.1093/eurheartj/ehv319