

18 DISFUNCIÓN VALVULAR PROTÉSICA SECUNDARIA A SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO POR TOXOCARIASIS

Mariana Marin¹, Carla Di Maggio², Alejandro Dodera¹, Sergio Buruguez¹

1. Centro Cardiológico Americano, Sanatorio Americano. 2. CAMEC, Rosario.

Introducción: los síndromes hipereosinofílicos se definen por aumento del recuento de eosinófilos en sangre periférica ($>1.500/\text{mm}^3$) o infiltrado tisular y daño orgánico directamente atribuible a la hipereosinofilia. Pueden ser primarios o secundarios, siendo las infecciones parasitarias la causa secundaria más frecuente. El compromiso cardíaco ocurre frecuentemente y es una de las principales causas de morbimortalidad asociada. La disfunción valvular protésica como manifestación de daño cardíaco está descrita, pero es poco habitual. A continuación se presenta un caso clínico donde la manifestación clínica inicial de daño cardíaco fue la disfunción valvular protésica.

Caso clínico: sexo femenino, 51 años. HA, hipotiroidismo. 1992: cirugía de resección de membrana subaórtica. 2014: recidiva de membrana subaórtica e IAo severa. Resección de membrana subaórtica y sustitución valvular aórtica con prótesis mecánica. Consulta por síncope de esfuerzo de un mes de evolución. Sin otra sintomatología CV acompañante. Al examen físico: apirética, soplo sistólico eyectivo 3/6 que irradia a vasos de cuello, ausencia de click valvular, sin elementos clínicos de IC.

Pruebas complementarias: ECG: RS de 90 ciclos por minuto, bloqueo completo de rama derecha. ETT/ETE: Prótesis valvular aórtica mecánica bidisco, ausencia de movimiento de uno de los discos, gradientes pico/medio elevados (80/54 mmHg), área valvular 0,8 cm². PSAP 70 mmHg. No se observa imagen compatible con trombo a nivel protésico (figura 1). INR 1,4. Glóbulos blancos 14.460/mm³, eosinófilos 3.141/mm³, resto normal. Se realiza búsqueda de causas secundarias y primarias de hipereosinofilia. Coproparasitario: fresco y enriquecimiento negativos. Cristales de Charcot-Leyden. Investigación de *Strongyloides*: negativo. ANCA y ANA negativos. Factor reumatoideo: 7,41 UI/ml. Inmunoglobulina G: 1.243 mg/dl. Serología para *Toxocara canis*: positiva. Pruebas genéticas para eosinofilia monoclonales (FIPILI-PDGFRB): normales.

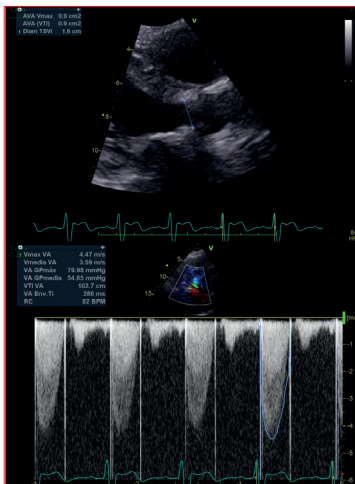


Figura 1

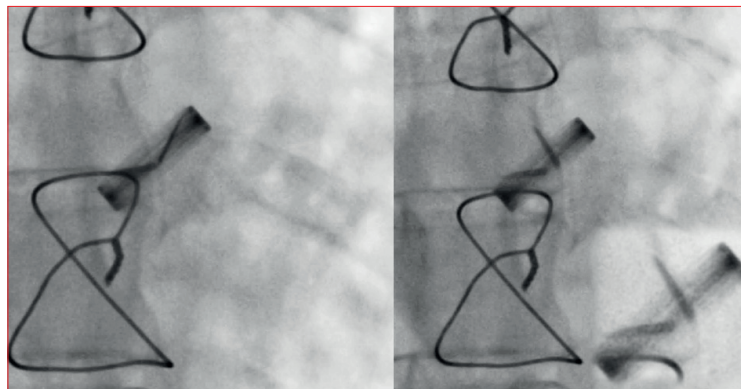


Figura 2. Radioscopia. Uno de los discos inmóvil.

Diagnóstico: disfunción valvular protésica severa. Se decide reintervención para recambio de prótesis aórtica. A la exploración: prótesis mecánica con pannus que tranca un disco. Se implanta prótesis mecánica Carbomedics n.º 21. Se envía pannus a anatomía patológica que evidencia fibrina e infiltrado de eosinófilos, con escasos macrófagos, compatible con enfermedad eosinofílica. Se realiza tratamiento antiparasitario con mebendazol, hemograma de control al mes evidencia glóbulos blancos 8.790/mm³, eosinófilos 291/mm³.

Discusión: la disfunción valvular protésica está descrita en pacientes portadores de hipereosinofilia, con independencia de la etiología, fundamentalmente a nivel mitral. En las bioprótesis genera alteración estructural con degeneración precoz y en las prótesis mecánicas trombosis secundaria de los discos.

Este caso es un ejemplo de esta presentación. Las hipereosinoflias secundarias son las más frecuentes y la toxocariasis, relacionada al contacto con animales domésticos, es una de las causas más comunes de infección parasitaria generadora de hipereosinoflia en la edad adulta. Se ha reportado la recurrencia del cuadro, inclusive en múltiples ocasiones, si se mantiene la hipereosinoflia, por lo que es fundamental el diagnóstico etiológico para tratamiento dirigido. No hay consenso sobre la elección del tipo de prótesis debido al riesgo de complicaciones con independencia de la anticoagulación, hecho sobre todo destacado en las hipereosinoflias primarias.