

20 ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN VÁLVULA PROTÉSICA POR CÁNDIDA

Karina Ferrer¹, Carla Di Maggio¹, Alejandro Dodera², Henry Albornoz¹

1. CAMEC IAMPP. 2. Sanatorio Americano.

Introducción: la endocarditis infecciosa (EI) por hongos es poco frecuente y con una alta tasa de mortalidad, en torno a 50%. Presentamos el caso de un paciente con endocarditis por *Candida* sobre válvula aórtica protésica.

Caso clínico: paciente de sexo masculino de 73 años con antecedentes personales de cardiopatía isquémica con cirugía de revascularización miocárdica más sustitución valvular aórtica con prótesis biológica hace 6 meses, HTA, diabetes mellitus no insulino-requiriente y dislipemia. Consulta en emergencia por fiebre sin foco evidente y elementos de insuficiencia cardíaca descompensada. Con sospecha de endocarditis infecciosa sobre válvula protésica biológica aórtica se comienza tratamiento empírico con ceftriaxona y gentamicina. Los hemocultivos seriados fueron positivos, desarrollando *Candida parapsilosis*. El ecocardiograma Doppler transtorácico (TT) evidenció bioprótesis aórtica con gradientes elevados (figura 1) y el tranesofágico (ETE) mostró masa de 10 x 6 mm a nivel de velo aórtico, en asociación con valva mayor de la mitral con movimiento independiente (figura 2). Se solicitó TAC, descartándose embolias sistémicas. Valorado junto a infectólogo para determinar tratamiento, se indicó caspofungina por tres semanas y posteriormente fluconazol intravenoso. Es intervenido quirúrgicamente con recambio valvular aórtico con bioprótesis, sin complicaciones y buena evolución (figura 3). Se realizan hemocultivos de control a mitad de tratamiento, con resultados negativos, y al mes, con resultado otra vez positivo al mismo germen. Se realiza nuevamente fluconazol intravenoso por dos semanas y luego vía oral cada 8 horas en forma indefinida, con seguimiento ambulatorio por policlínica.

Diagnóstico: endocarditis infecciosa protésica por *Candida*.

Estudios complementarios

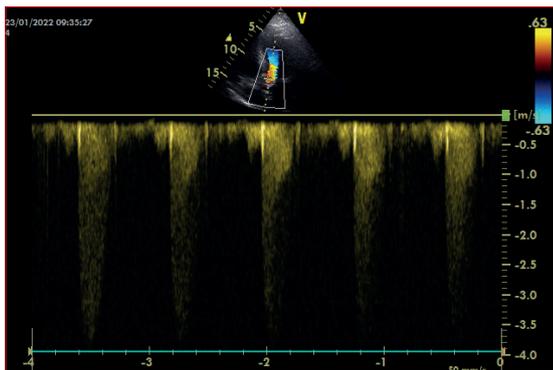


Figura 1

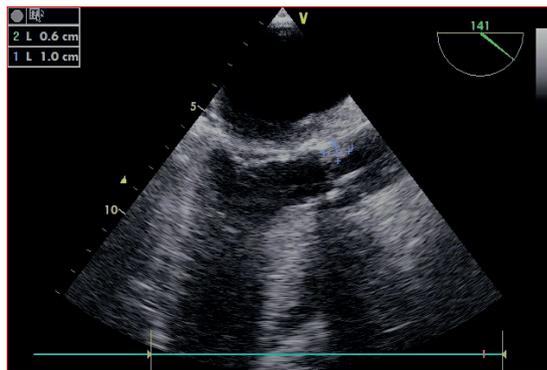


Figura 2

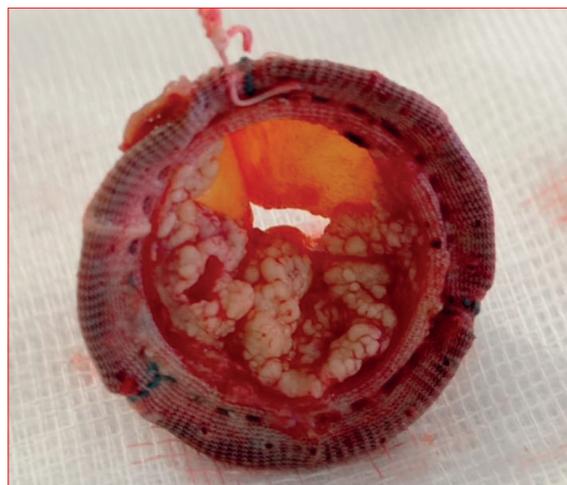


Figura 3

Discusión: la EI sobre válvula protésica se ha diferenciado clásicamente en dos grupos: la EI protésica precoz, que ocurre en el primer año tras la cirugía, y la protésica tardía, luego del primer año. El diagnóstico de EI se establece según los criterios de Duke modificados, que se basan fundamentalmente en hallazgos clínicos, ecocardiográficos y microbiológicos. La endocarditis causada por hongos representa alrededor del 0%-2% del total de pacientes. Las especies más frecuentes son *Candida albicans* y *Aspergillus*. Las debidas a *Candida sp.* son las más frecuentes (50%-70% del total de endocarditis por hongos). Los factores predisponentes en nuestro paciente fueron: edad de 72 años, sexo masculino, DM II, internación prolongada previa a la primera cirugía cardíaca, sustitución valvular aórtica. El ecocardiograma TT evidenció un aumento de los gradientes de la bioprótesis aórtica, por lo que se realizó un ETE que evidenció una masa adherida compatible con vegetación que confirma dicho diagnóstico. El tratamiento combinado es superior a la monoterapia (antifúngicos más cirugía). La combinación de anfotericina B y caspofungina tiene efecto sinérgico, más fluconazol vía oral durante varios meses, según la bibliografía hasta en forma crónica y tratamiento quirúrgico complementario. La cirugía sigue siendo el pilar del tratamiento, debido a las complicaciones y a la dificultad para esterilizar las vegetaciones fúngicas. La indicación de cirugía precoz está dada por infección no controlada, embolia y la relación con el tamaño de las vegetaciones. En nuestro paciente se realizó tratamiento con caspofungina por 21 días y fluconazol (actualmente en tratamiento) más recambio valvular aórtico con buena evolución posterior, un hecho no menor dada la alta mortalidad que implica.