

Endocarditis bacteriana en el cable de resincronizador

Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura

Juan Carlos Modenesi*, Alfredo Martín Crespo**

*“No hay cuestiones agotadas, sino hombres agotados
en las cuestiones”*

CAJAL

El caso clínico presentado por los Dres. Contreras Zuniga y Zuluaga Martínez es no solamente muy interesante, sino que valientemente trae a la polémica, una conducta que parecía totalmente desechada, una discusión que parecía absolutamente terminada y archivada.

Toda endocarditis infecciosa (EI) de material protésico debe ser abordada con el retiro de ese material, a excepción de la EI de válvula protésica tardía, cuya curación es factible con antibióticos, exclusivamente.

La EI asociada a dispositivos cardíacos endocavitarios (EIDC) constituye una forma más de estas infecciones protésicas.

En estos casos, universalmente, se acepta la extracción de todo el material para su curación; pues, los intentos de preservar el sistema han terminado con recaídas o recidivas de la infección, a veces en forma tardía. Teniendo en cuenta que los factores de riesgo para presentar una endocarditis son: el haberla padecido previamente y la presencia de un material protésico, agregándose en el caso de los cables de marcapasos, la dificultad de visualizar pequeñas imágenes residuales, donde se mantendrían a veces largo tiempo gérmenes adheridos a la superficie de los cables.

La situación donde se podría contemporizar un tratamiento médico, exclusivamente, podría ensayarse, a

modo experimental, en los casos en donde el germen sea muy sensible (*Streptococcus*), la vegetación desaparezca precozmente y la respuesta clínica sea óptima; y/o, donde el paciente esté soportando otra circunstancia médica, donde las maniobras de extracción de cables y generador sean de alto riesgo, la sobrevida del enfermo esté sensiblemente acortada, o la colocación del dispositivo sustituto para el mantenimiento del ritmo (marcapaso epicárdico) sea también riesgosa. Por supuesto, que se necesitarían muchos más casos para demostrar que esta conducta está libre de recidivas en el seguimiento.

El caso que nos ocupa se trata de una EIDC tardía (4 años después del implante), asociada a *Stafilococcus aureus*, cuya sensibilidad desconocemos, pero con buena respuesta clínica. Estimando que la dificultad técnica de extraer cables de resincronización y la buena respuesta podría ser la causa de haber tomado la conducta conservadora en el paciente referido en la comunicación.

De todas maneras, en manos expertas, con los actuales avances de extracción de cables (vainas endovasculares), el procedimiento se podría haber realizado.

Camus y col. defendieron hace años, la conducta de no extracción, cuando las infecciones son tardías, no estafilocócicas, aunque en la discusión, aseveran no tener esos casos en su reporte y las referencias bibliográficas a la que aluden no parecen acompañarse de seguimiento a largo plazo.

¿Se podrá en el futuro ensayar un tratamiento conser-

* Médico cardiólogo. Subjefe del Servicio de Cardiología del Complejo Médico de la Policía Federal Argentina Churrucá-Visca (CMPFACHV). Ciudad de Buenos Aires. República Argentina.

** Consultor médico de la Unidad Cardíaca del Complejo Médico de la Policía Federal Argentina Churrucá-Visca (CMPFACHV). Ciudad de Buenos Aires. República Argentina.

Correspondencia: Dr. Juan Carlos Modenesi
Miro 773 - CP: 1406. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. República Argentina.
E-mail: jmodenesi@hotmail.com

Recibido: 20/04/2009
Aceptado: 11/05/2009

vador inicial, estratificando el riesgo de la afección, evaluando las formas de presentación agudas o crónicas, el germen causal, el cuadro clínico, la respuesta global del paciente y la desaparición o no de la bacteriemia, así como el ritmo del paciente sin el marcapasos, entre otras; para proceder en forma similar a lo recomendado con la endocarditis de válvula protésica tardía?

¿Será éste un motivo para un reclutamiento multicéntrico, dado el escaso número de casos en los cuales podríamos proceder en forma conservadora?

La libertad de enfermedad del paciente referido, en su seguimiento, parecen avalar las palabras de Cajal con las que encabezamos el comentario.

Referencias bibliográficas

1. Camus Ch, Leport C, Raffi F et al. Sustained bacteremia in 26 patients with a permanent endocardial pacemaker: Assessment of wire removal. Clin Infect Dis 1993;17:46-55.
2. Molina E. Undertreatment and overtreatment of patients with infected antiarrhythmic implantable devices. Ann Thorac Surg 1997;63:504-9.
3. Westling K, Aufwerber E, Ekdahl CH et al. Swedish Guidelines for diagnosis and treatment of infective endocarditis. Scand J of Inf Dis 2007;39:929-946.

Palabras clave: Endocarditis infecciosa - Resincronizador cardíaco - Infección en cable de marcapasos