

# Fiebre y bloqueo cardíaco

## Fever and heart block

Rebeca Fernández Regueiro<sup>1</sup>, María Estrada Martínez<sup>2</sup>, Ernesto Hernández Martín<sup>3</sup>

### RESUMEN

Los trastornos de la conducción son un fenómeno poco frecuente de la endocarditis infecciosa y se asocia a un aumento de la mortalidad. Presentamos el caso de un paciente con bloqueo cardíaco completo como debut de una endocarditis infecciosa.

**PALABRAS CLAVE:** Fiebre; Bloqueo Cardíaco

### ABSTRACT

Conduction abnormalities are a rare phenomenon in Infective Endocarditis; and they are usually associated with an increase in mortality. We present the case of a patient with complete heart block as the debut of Infective Endocarditis.

**KEYWORDS:** Fever; Heart Block.

### CONTENIDO:

Varón de 66 años con antecedentes de implantación de prótesis tubular mediante técnica de Bentall-Bono por aneurisma de raíz aórtica que ingresa para estudio de anemia. A los 6 días del ingreso comienza con fiebre en relación con flebitis por lo que se inicia tratamiento con vancomicina. 72 horas más tarde, se objetiva un bloqueo aurículo-ventricular (BAV) completo (figura 1) y en el ecocardiograma transesofágico un absceso en la zona del anillo protésico (asterisco, figura 2a) con fistulización (punta de flecha, Figura 2b; fístula con paso de sangre a través de la prótesis). Los hemocultivos resultan positivos para *S. Epidermidis* por lo que se modifica tratamiento a cloxacilina, gentamicina y rifampicina, se implanta marcapasos transitorio por su bloqueo y se remite a Cirugía Cardíaca. Se interviene

mediante circulación extracorpórea, se retira la válvula previa, se sustituye la raíz aórtica mediante prótesis y se reconstruye el anillo aórtico mediante pericardio. Preciso marcapasos definitivo por persistencia del BAV completo y se completó tratamiento antibiótico con cloxacilina y rifampicina con buena evolución clínica.

### DISCUSIÓN

La endocarditis sobre injerto de válvula protésica es una de las posibles complicaciones no letales de esta cirugía<sup>1</sup>. Los trastornos de la conducción son un fenómeno poco frecuente de la endocarditis infecciosa. Según las series, su incidencia varía entre el 1 y el 15% y se asocia a un aumento de la mortalidad<sup>2</sup>.

Fisiopatológicamente se explican por una extensión de la infección desde la válvula a la región perivalvular afectando al sistema de conducción cardíaco. El BAV completo predomina en la endocarditis izquierda (aórtica, 36%; mitral, 33%). El germen responsable es estafilococo en aproximadamente el 31% de los casos, siendo la primera causa los estreptococos. La presencia de absceso perivalvular se demuestra en algunas series hasta en el 50% de los pacientes con BAV y clínica de endocarditis<sup>3</sup>. Estos pacientes se benefician de un diagnóstico precoz mediante ecografía transesofágica por su elevada mortalidad y la necesidad de tratamiento quirúrgico<sup>4</sup>.

1 Servicio de Medicina Interna, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España.

2 Centro de Salud del Coto, Atención Primaria del Área V, Gijón, Asturias, España.

3 Servicio de Cardiología, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España.

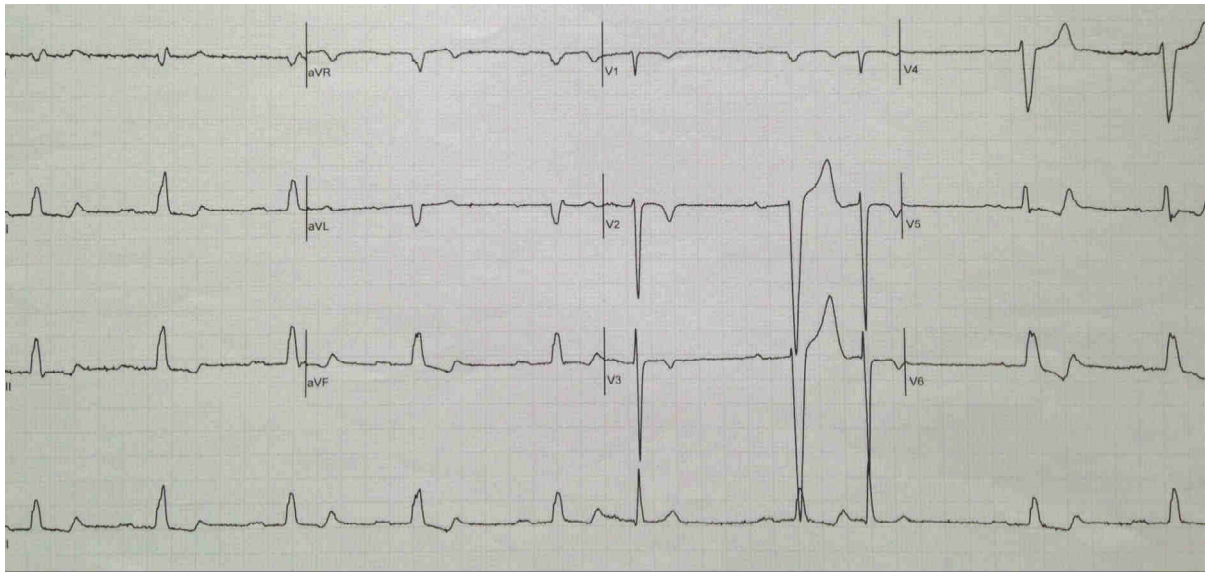


Figura 01.

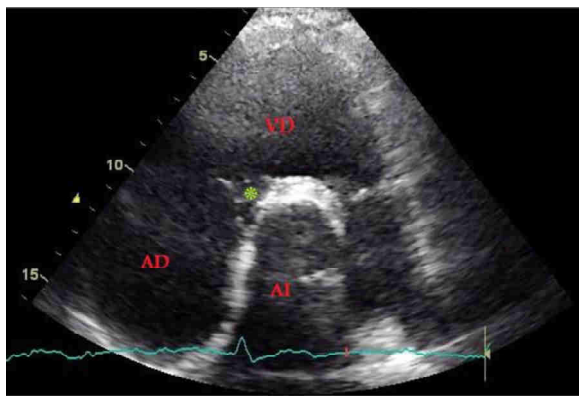


Figura 02a.

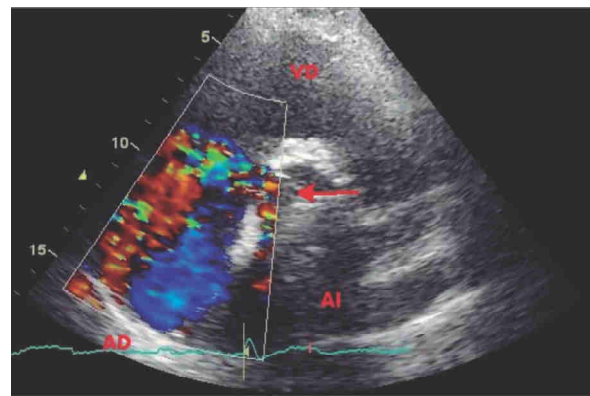


Figura 02b.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Adademir T, Tuncer EY, Tas S, Donmez AA, Polat EB, Tuncer A. Surgical treatment of aortic valve endocarditis: a 26-year experience. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2014; 29 (1):16-24.
2. DiNubile MJ, Calderwood SB, Steinhaus DM, Karchmer AW. Cardiac conduction abnormalities complicating native valve active infective endocarditis. *Am J Cardiol.* 1986; 58:1213-7.
3. Tribouilloy C, Rusinaru D, Sorel C, Thuny F, Casalta JP et al. Clinical characteristics and outcome of infective endocarditis in adults with bicuspid aortic valves: a multicentre observational study. *Heart* 96: 1723-29, 2010.
4. Hara T, Soeki T, Niki T, Kusunose K, Yamaguchi K et al. Bicuspid aortic valve endocarditis complicated by perivalvular abscess. *J Med Invest.* 2012; 59(3-4):261-5.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no presentar conflictos de intereses.

Dirección para correspondencia:

Rebeca Fernández Regueiro  
Hospital de Cabueñes, Camino de los prados 365,  
Gijón, Asturias

Email: rfernandezregueiro@yahoo.es  
Teléfono: 616748230

Fecha Recepción del Trabajo 25 Julio 2015

Fecha Aceptación para publicación 18 Setiembre 2015