

UNA VÁLVULA PULMONAR CON MUCHA HISTORIA. A PROPÓSITO DE UN CASO, ENDOCARDITIS SOBRE PRÓTESIS DE VÁLVULA PULMONAR EN PACIENTE CON FALLOT.

Eugenia García Fernández (1); Andrés Cano Pérez (1); Leire Artiñano Mendizabal (1); Naiara Souto Couso (1); Carmen Morillas Herrero (1); Carmen Peña Torres (1)
(1) Hospital Universitario de Cruces

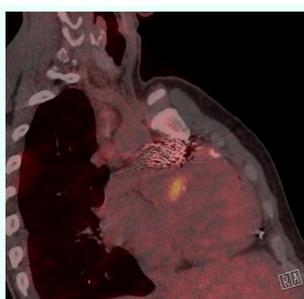
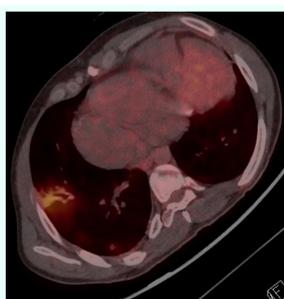
Varón, 27 años, Tetralogía de Fallot. **Primera cirugía 1998** (18m), cierre de CIV y ampliación del tracto de salida de VD. En **2006** (9 años y 10m) **segunda cirugía** por insuficiencia pulmonar severa, interposición de Contegra nº22. Evolutivamente degeneración Contegra, doble lesión pulmonar, con insuficiencia severa. Cateterismo cardiaco febrero 2015: dilatación aneurismática Contegra (60 mm), IP severa. Junio **2016**, **tercera cirugía**, implantación de prótesis biológica inyectable Biopulmonic nº27.

Enero 2017 ingresa por endocarditis sobre prótesis biológica pulmonar: verruga de 2 cm con doble lesión pulmonar severa, con émbolos sépticos pulmonares repetidos. Hemocultivos repetidos negativos, fiebre persistente. Tratamiento antibiótico 6 semanas (Vancomicina + Gentamicina y daptomicina después), empíricamente asociado a Ceftriaxona y después a Meropenem, y posteriormente con Linezolid, y en febrero de **2017 cuarta cirugía**, recambio de tubo valvulado, con Biopulmonic 23 mm. Micro de la bioprótesis retirada: positiva para **Estafilococo Capitis**, manteniéndose tratamiento con Daptomicina, 6 semanas. En ecocardiograma de control, prótesis con gradientes elevados e imagen móvil, hipodensa.

Ecocardiograma febrero 2019, prótesis biopulmonic con estenosis severa. En junio 2019 **nueva intervención**, en cateterismo se objetiva conducto biológico pulmonar con estenosis severa valvular y supra valvular, por lo que se procede a la implantación de covered STENT sobre conducto pulmonar estenótico e implantación de prótesis pulmonar biológica Melody 22 mm sobre la misma.



En mayo 2020, fiebre y estenosis severa de la prótesis pulmonar, con vegetación de 2 mm. En PET-TAC captación leve sobre prótesis pulmonar que sugiere actividad secundaria a presencia de cuerpo extraño. Hemocultivos negativos, y sin nueva fiebre. Tras descartar por TAC trombosis intraprotésica, en julio de 2020 valvuloplastia pulmonar.

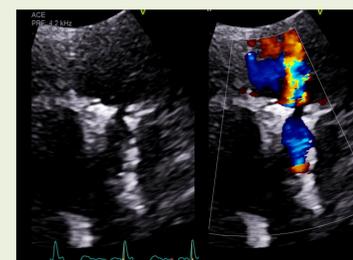


Tras valvuloplastia, fiebre y tiritona. Se inicia antibioterapia empírica con Ceftriaxona y Daptomicina. En PET-TAC persiste captación focal sobre prótesis pulmonar, así como embolismos sépticos pulmonares.

En ETT prótesis con engrosamiento difuso de velos e importante restricción de la movilidad, con ligero aumento de gradientes respecto al ecocardiograma inmediato post-dilatación. Se mantiene antibioterapia con Ceftriaxona + Daptomicina, hasta 6 semanas, **hemocultivos repetidos negativos**. En revisiones asintomático, con Rifampicina + Levofloxacino. En nuevo PET-TAC de control, persistencia de la captación de prótesis pulmonar, con desaparición de las lesiones pulmonares. Se mantiene Rifampicina y Levofloxacino 6 meses.

En ETT de noviembre 2020 engrosamiento, prolapso y disminución de la movilidad de velos válvula pulmonar, aumento de gradiente y pequeña vegetación, manteniendo antibioterapia. En PET-TAC en enero, clara mejoría captación valvular, se pasa a tratamiento con Minociclina indefinido.

Octubre 2021 Melody pulmonar con engrosamiento del Stent, velos y flail de velo posterior, así como vegetaciones. Se decide nueva cirugía.



Quinta cirugía, marzo de 2022, recambio valvular implantando prótesis biopulmonic 25 inyectable. Tratamiento antibiótico con Daptomicina + Ceftriaxona inicialmente, después confirmación microbiológica de endocarditis por **Coxiella Burnetti**, PCR positiva en material de explante y serología positiva a título >6400 IgG fase I; IgM fase I negativo, IgG fase II positivo > 6400; iniciando tratamiento con Doxiciclina e Hidroxicloroquina, mantenido dos años.