

Endocarditis protésica por bipolaris en paciente inmunocompetente.

Pagella, Hugo¹; Vila,
Andrea¹; Orland, Juan¹;
Distefano, Miguel¹;
Furnari, Alberto¹

¹ Hospital Italiano.
Mendoza, Rca. Argentina

Mujer de 62 años que ingresa a nuestra institución el 04.02.04, con diagnóstico de Insuficiencia Mitral Severa por prolapso de la válvula mitral, se le realiza un reemplazo valvular (válvula biológica HVP). Es dada de alta el 10.02.04. En mayo consulta por síndrome febril prolongado, se realiza tratamiento con antibiótico en forma empírica (Ceftriaxona+Gentamicina) sin resolución por lo que se decide su internación nuevamente el 03.06.04. Se le practica una analítica de rutina, arrojando un hemograma con leucocitosis, Hto 37%, VES 57 mm, PCR positiva. La serología para VHL, VHC, Brucelosis y Coxiella burnetti resultaron negativas. Se puncultiva con una serie de 10 hemocultivos BACT/ALER, siendo todos negativos hasta los 30 día de incubación. Ante la sospecha clínica de Endocarditis infecciosa, se realiza ecocardiograma transesofágico, que revela vegetaciones de 16mm, además se practica TAC, de abdomen, tórax y senos paranasales que no aportaron datos de interés. Se instaura un tratamiento empírico con cefepime, vancomicina, gentamicina y ampicilina, ante la mala evolución se rota a imipenem por el cefepime, durante 27 días. Dado el fallo terapéutico y una descompensación hemodinámica se decide su reemplazo valvular. La válvula y las vegetaciones son remitidas al Laboratorio de Microbiología. El examen en fresco con OHK 10%, revela la presencia de filamentos septados con pigmentación oscura. Las muestras son sembradas en medios para gérmenes comunes y hongos. Observándose a los 5 días desarrollo de colonias flocosas marrón grisáceas en la superficie y oscura en el reverso. Microscopicamente se observaron conidios cilíndricos de paredes lisas separados por tabiques transversales en 4 o más células. Frente a estas características junto con la micromorfología filiamos al hongo como "Bipolaris spicifera. Se comienza tratamiento con Anfotericina + Voriconazol, para luego rotar a Voriconazol+Terbinafina, pudiendo así externar la paciente quien presento evolución clínica y ecocardiográfica favorable, sin aparición de lesiones vegetantes o complicaciones supuradas perivalvulares, normalizando su eritrosedimentación, y PCR ,es dada de alta y continua así tratamiento domiciliario. Dos meses después encontrándose bajo tratamiento antifúngico, ingresa en shock hipovolémico por rotura de aneurisma de arteria mesenterica superior. La paciente fallece. El análisis micológico de la pared arterial no mostró hifas y el cultivo fue negativo, por lo que suponemos que hubo erradicación microbiológica.