

TRATAMIENTO MEDICO EXITOSO DE UNA ENDOCARDITIS EN VALVULA PROTESICA POR *CANDIDA TROPICALIS* *

JOSE E. ROEL, ADRIANA GAMBA, MIGUEL CURONE, ADRIANA PESCIO,
CARLOS BRUNO, JORGE FINQUELIEVICH

Servicio de Internación, Clínica y Maternidad Suizo Argentina, Buenos Aires

Resumen La curación sin cirugía de la endocarditis micótica en válvula protésica es raramente descrita. Comunicamos un caso de endocarditis por *Candida tropicalis* sobre una prótesis biológica en posición tricuspídea, en la que se consideró que la cirugía estaba contraindicada. Se había identificado una gran vegetación sobre la prótesis biológica. Se inició tratamiento antimicótico, observándose mejoría progresiva del cuadro y desaparición de la vegetación a lo largo de 15 meses de seguimiento. El tratamiento completó 2 gr de anfotericina B para continuar luego con fluconazol. Nuestra paciente representa el primer caso de endocarditis en válvula protésica por *Candida tropicalis* que sobrevive sin cirugía.

Abstract *Successful medical treatment of Candida tropicalis prosthetic valve endocarditis.* Medical cure of fungal prosthetic valve endocarditis (PVE) is rarely reported. We describe a patient with *C. tropicalis* PVE in whom surgery was believed to be contraindicated. A huge tricuspid valvular vegetation was identified by two-dimensional transthoracic echocardiography. After a total of 2 g of amphotericin B, she continued with fluconazole daily with a follow-up of fifteen months. Our patient represents the first case of long term survival of *C. tropicalis* PVE successfully managed without surgery.

Key words: prosthetic valve endocarditis, *Candida tropicalis*, fluconazole, amphotericin B

La endocarditis micótica en válvula protésica (EVP) es una enfermedad poco frecuente y con alta mortalidad. Sin tratamiento es uniformemente fatal, en tanto que combinando anfotericina B con el reemplazo quirúrgico de la prótesis infectada la mortalidad referida es del 80%¹.

Hasta la actualidad, no se habían descrito casos de EVP por *Candida tropicalis* que hubieran sobrevivido sin cirugía. Presentamos el caso de una paciente que no fue sometida a tratamiento quirúrgico y que respondió al tratamiento antimicótico con anfotericina B y fluconazol, con un seguimiento de 15 meses.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino y 50 años de edad, que ingresó a nuestro Servicio de Internación en septiembre de 1996 refiriendo

fatiga, astenia marcada, dolor lumbar y edemas de cuatro semanas de evolución. Catorce meses antes se le había efectuado un reemplazo valvular mitral con prótesis mecánica y tricuspídeo con prótesis biológica. En el examen físico se encontraba lúcida, con temperatura axilar de 36.8°C, tensión arterial 90/60 mmHg y frecuencia cardíaca 100 por minuto con ritmo irregular.

Presentaba evidencias de insuficiencia cardíaca derecha, esplenomegalia, petequias en miembros inferiores y nódulos de Osler en manos. En el borde esternal izquierdo se auscultó un soplo sistólico que aumentaba de intensidad con la inspiración y un ruidito diastólico. El hematocrito era 27%, glóbulos blancos 3 200 ml, plaquetas 95 000 ml, creatinina 5.8 mg/dl, urea 190 mg% y fosfatasa alcalina 505 U/l. En dos muestras separadas de hemocultivos desarrolló *C. tropicalis* por lo que se inició tratamiento con anfotericina B.

El ecocardiograma transtorácico (ETT) mostró una vegetación móvil de 26 por 13 mm en la prótesis tricuspídea (Fig. 1). En el ecocardiograma transesofágico la válvula mitral era de características normales, corroborándose la imagen mencionada.

En su evolución la paciente desarrolló pancreatitis e insuficiencia renal aguda. Se consideró que el riesgo quirúrgico era muy elevado y se decidió continuar con tratamiento médico.

En las semanas siguientes su función renal retornó a la normalidad y los hemocultivos fueron negativos. Seis meses después, la vegetación no era visible en el ETT. Luego de completar 2 g de anfotericina B se continuó con fluconazol en dosis de 800 mg/día por cinco meses, y con 200 mg/día hasta la actualidad.

Recibido: 16-I-1998

Aceptado: 10-III-1998

* Presentado en el VII Congreso Nacional de Medicina, Sociedad Argentina de Medicina, Buenos Aires, noviembre 1997.

Dirección postal: Dr. José E. Roel, Malabia 2277, 1425 Buenos Aires, Argentina. Fax: 54-1-831-6954

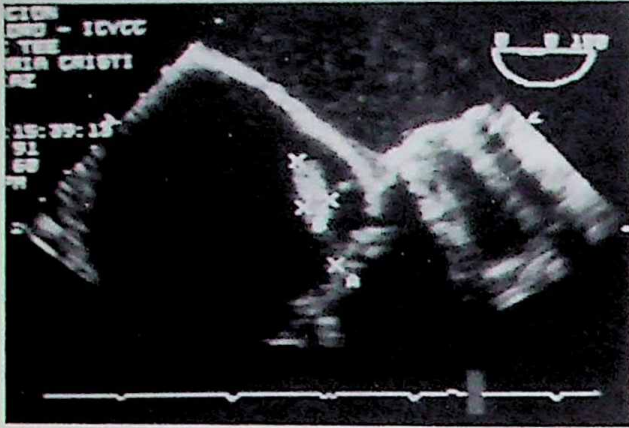


Fig.1.- Ecocardiografía transesofágica: en el orificio auriculoventricular derecho se visualiza la prótesis biológica y pendiendo de ella una vegetación (cruces) de grandes dimensiones.

Discusión

En las últimas décadas se observó un aumento en la incidencia de las endocarditis fúngicas debido al mayor número de cirugías de reemplazo de válvulas cardíacas y a la utilización de infusiones endovenosas por tiempo prolongado². Los gérmenes patógenos más comunes son *Candida spp.* y *Aspergillus spp.*, y en la mayoría de las series el pronóstico sin cirugía es ominoso¹. Actualmente se preconiza el tratamiento quirúrgico junto con agentes antifúngicos³. Muehrcke y col. reportaron una sobrevida del 67% a cinco años combinando anfotericina B preoperatoria, debridamiento quirúrgico agresivo de todo el tejido infectado y tratamiento con fluconazol oral de por vida⁴. Sin embargo, algunos pacientes no son candidatos a la cirugía y, a pesar del tratamiento médico, la mortalidad es muy elevada.

En los últimos años se describieron cuatro pacientes con EVP por *Candida parapsilosis* con sobrevida prolongada sin cirugía. Tres de ellos correspondían a posibles endocarditis, ya que no se documentaron vegetaciones⁵⁻⁷. Czwerwiec y col. publicaron un caso de endocarditis definida con sobrevida prolongada con fluconazol como único tratamiento⁸. No se refirieron hasta el momento casos de EVP por *Candida tropicalis* curados con tratamiento médico.

Nuestra paciente presentó una endocarditis infecciosa definida de acuerdo con los criterios diagnósticos de Durak y col.⁹: se objetivó funguemia persistente y en el ETT se observó una vegetación de grandes dimensio-

nes en la prótesis tricuspídea. La presencia de petequias y nódulos de Osler fue sugestiva de endocarditis izquierda, aun cuando no pudimos documentarla. Al no considerarla quirúrgica por su pobre estado general, la paciente fue tratada con anfotericina B hasta completar una dosis acumulativa de 2 gramos, continuándose con dosis altas de fluconazol. Su cuadro clínico mejoró y en sucesivos ETT se observó que la vegetación en la prótesis tricuspídea se redujo de tamaño hasta desaparecer. Los hemocultivos posteriores fueron negativos, lo que indicaría que no hubo recurrencia de la infección micótica.

En síntesis, consideramos que nuestra paciente representa el primer caso de sobrevida prolongada sin cirugía en una EVP por *Candida tropicalis*. Debido a que existen casos de recaídas tardías¹⁰, consideramos prudente continuar con una dosis de mantenimiento de fluconazol por tiempo prolongado.

Bibliografía

1. Rubinstein E, Noriega ER, Simberkoff MS, Holzman R, Rahal JJ. Fungal endocarditis: analysis of 24 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)* 1975; 54: 331-44.
2. Walsh TJ, Hutchins GM, Bulkley BH, Mendelsohn G. Fungal infections of the heart: analysis of 51 autopsy cases. *Am J Cardiol* 1980; 45: 357-66.
3. Sett SS, Hudon MPJ, Jamieson WRE, Chow AW. Prosthetic valve endocarditis. Experience with porcine bioprostheses. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1993; 105: 428-34.
4. Muehrcke DD, Lytle BW, Cosgrove III DM. Surgical and long-term antifungal therapy for fungal prosthetic valve endocarditis. *Ann Thorac Surg* 1995; 60: 538-43.
5. Baddour LM. Long-term suppressive therapy for *Candida parapsilosis*-induced prosthetic valve endocarditis. *Mayo Clin Proc* 1995; 70: 773-5.
6. Zahid MA, Klotz SA, Hinthorn DR. Medical treatment of recurrent candidemia in a patient with probable *Candida parapsilosis* prosthetic valve endocarditis. *Chest* 1994; 105: 1597-8.
7. Thakur RK, Skelcy KM, Kahn RN, Cannon L, Cherukuri R. Successful treatment of candida prosthetic valve endocarditis with a combination of fluconazole and amphotericin B. *Critical Care Medicine* 1994; 22: 712-4.
8. Czwerwiec FS, Bilsker MS, Kamerman ML, Bisno AL. Long-term survival after fluconazole therapy of candidal prosthetic valve endocarditis. *Am J Med* 1993; 94: 545-6.
9. Durack DT, Lukes AS, Bright DK. New criteria for diagnosis of infective endocarditis: utilization of specific echocardiographic findings. *Am J Med* 1994; 96: 200-9.
10. Mansur JA, Safi J, Paulista Markus MR, Demarchi Aiello V, Gringerg M, Pomerantzeff PMA. Late failure of surgical treatment for bioprosthetic valve endocarditis due to *Candida tropicalis*. *Clin Infect Dis* 1996; 22: 380-1.