

#022 | Endocarditis infecciosa en válvula de Eustaquio.

Dra. Karina Arieta ¹ ; Dr. Alejandro Pomi ¹ ; Dra. Gabriela Fajardo ¹
1 - Hospital Español-ASSE.

Introducción:

La EI afecta el endocardio, especialmente las válvulas cardíacas o dispositivos intracardíacos. La EI derecha es más común en usuarios de drogas intravenosas, pacientes con marcapasos o vías venosas y cardiopatías congénitas, afectando mayormente la válvula tricúspide. La EI de la válvula de Eustaquio es rara y se visualiza fácilmente en el ETT.

Historia clínica:

Mujer 41 años, HT, enfermedad renal crónica por vasculitis en hemodiálisis desde 8/2023. Angioaccesos: fístula arterio-venosa húmero-cefálica izquierda que se trombosa en 2023, cateter doble luz en yugular interna derecha desde 12/23, se recambia por cateter por un yugular derecho. Ingresa posterior a chuco febril intradiálisis, sin foco clínico. Asintomática. Examen físico sin particularidades. ECG: Ritmo sinusal, regular. FC: 55 lpm. No signos de isquemia.

Pruebas complementarias:

Hemocultivos por 2 y se inicia empíricamente vancomicina y ceftazidime. Se retira catéter para cultivo. A las 24 hs del ingreso hemocultivos desarrolla aeromona: se suspende vancomicina, se aumenta ceftazidime. A las 72 horas se coloca en block quirúrgico nuevamente catéter doble luz en yugular izquierda. Ese mismo día se recibe cultivo de punta de catéter: Serratia y Pseudomona multisensible, se agrega amikacina post diálisis por 6 dosis, se comienza con ciprofloxacina 500 mg cada 12 horas vía oral. Se realiza ETT: FEVI 53%. Se observa en la AD pequeña masa hiperecogénica, de 0,8 x 0,6cm , poco móvil, adherida a punta de catéter. (Fig. 1).

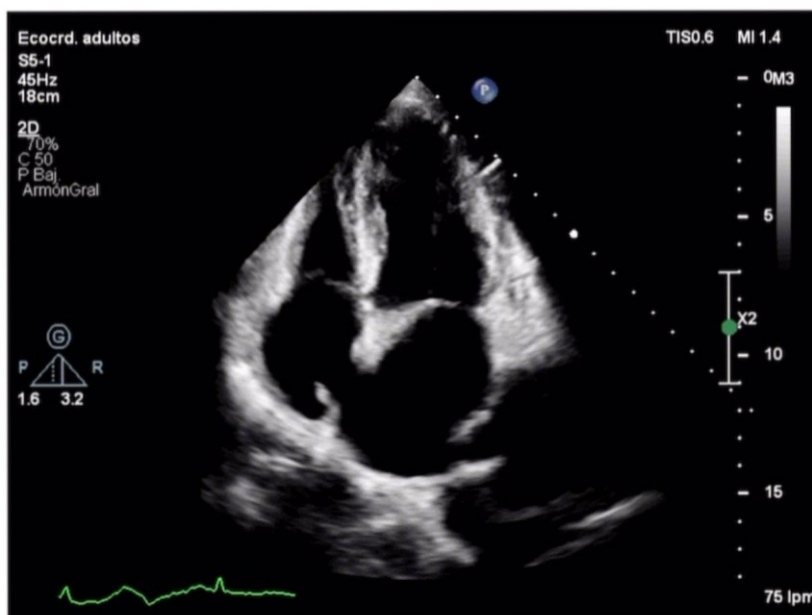


Fig. 1: Imagen apical 4 cámaras donde se observa masa a nivel de lo que se interpreta punta de catéter.

Se complementa valoración con ETE que informa: HVI leve. FEVI 53%. Masa móvil de 15 x 6 mm sugestiva de endocarditis sobre la pared posterior de la aurícula derecha próxima a la vena cava inferior y vinculada a la válvula de Eustaquio. (Fig. 2).



Fig. 2: Enfoque bicava a la derecha vena cava superior y a la izquierda vena cava inferior.

Diagnóstico:

Con diagnóstico de EI en válvula de eustaquio se continúan antibióticos direccionado por hemocultivos y se retira catéter yugular colocando uno femoral. A las 24 horas del ETE se reciben hemocultivos de control: sin desarrollo. Se realiza angio tomografía de tórax que descartan episodios embólicos. Paciente se mantuvo clínicamente estable, Asintomática en lo cardiovascular. Completó tratamiento con amikacina 15 días. Se complementó tratamiento con ceftazidime 2 g post hemodiálisis y ciprofloxacina vo 500 mg por 6 semanas. ETE de control al mes de tratamiento: A nivel de la pared posterior de la AD, próxima a la VCI y vinculada a la válvula de Eustaquio pequeña masa de 4 mm, con franca reducción de su tamaño en relación a estudio previo. Foramen oval permeable. (Fig.).

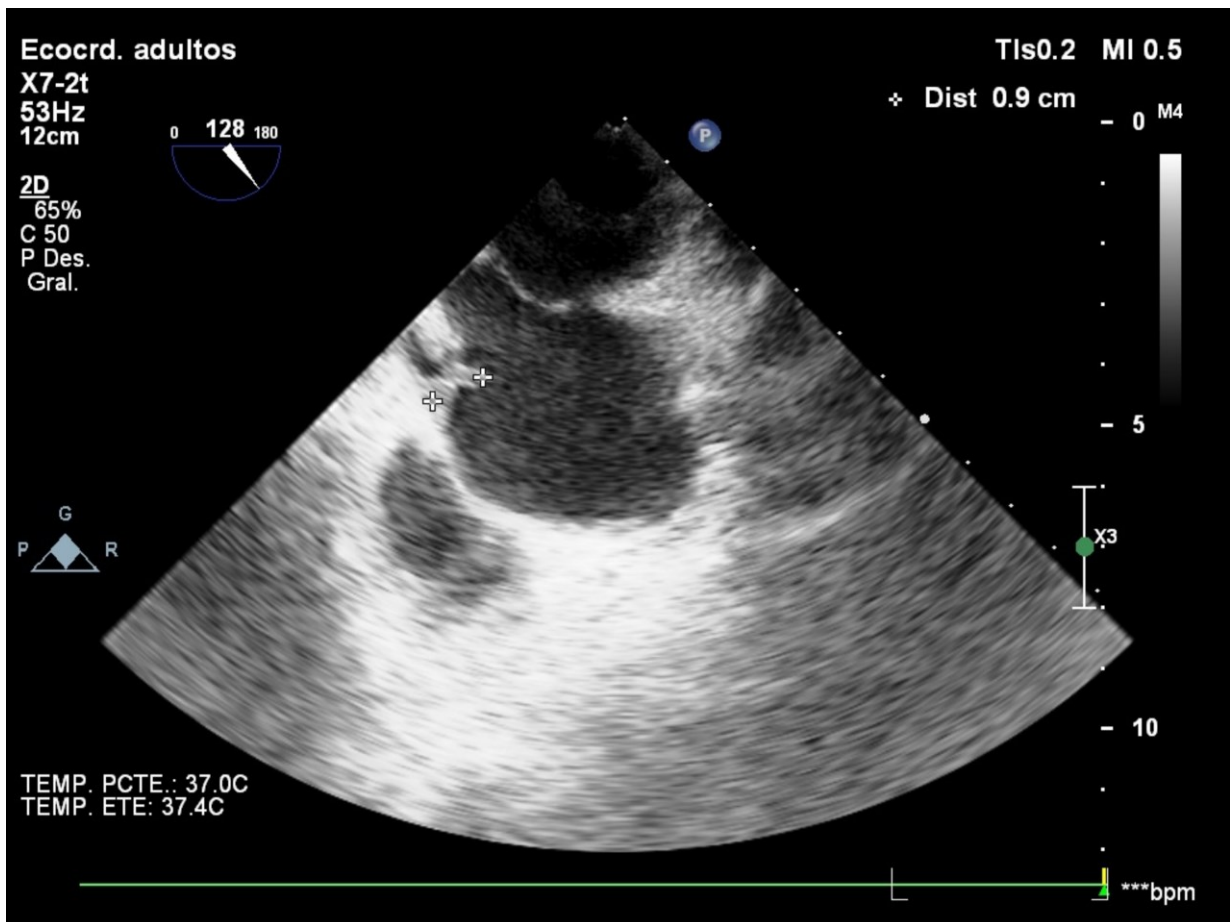


Fig. 3 Vemos por ETE la disminución en el tamaño de la vegetación.

Dada la buena evolución clínica, infecciosa y ecocardiográfica se otorga alta a domicilio.

Discusión:

La EI del lado derecho es poco frecuente (5-10% de los casos), y el compromiso de la válvula de Eustaquio es aún más raro. Entre 1986 y 2018, se reportaron solo 37 casos, principalmente asociados al uso de drogas intravenosas (46%) y a accesos venosos permanentes (24%). El ETT es clave para el diagnóstico, mientras que el ETE se indica cuando el ETT es positivo o no concluyente. No existen guías específicas para su tratamiento, recomendándose antibióticos y diuréticos según necesidad.