

INFECCIÓN DE DISPOSITIVO INTRACARDIACO POR CANDIDA LUSITANIAE

Dácil García Rosado, María del Mar Alonso Socas, Cielo Borja-Goyeneche, Mauro Di Silvestre Alonso, Pablo César Prada Arrondo, Ana Madueño Alonso, Martín Jesús García González, María Marta Martín Cabeza, Isabel Dolores Poveda Pinedo, Juan LaCalzada Almeida. Hospital Universitario de Canarias

Justificación

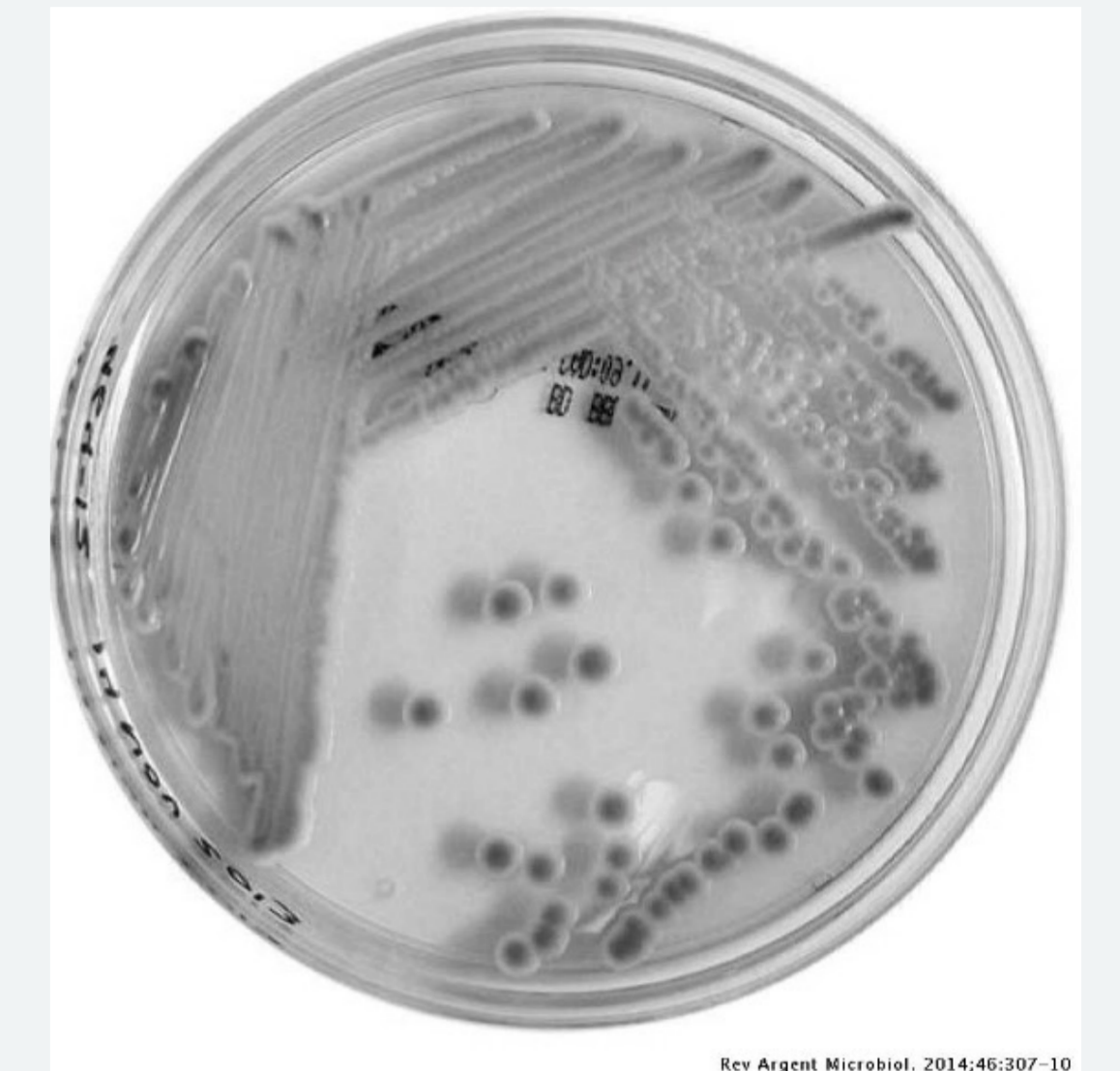
Las infecciones asociadas a dispositivos intracardiacos se ha visto incrementada con la ampliación de su uso. La endocarditis asociada a los mismos tiene una incidencia de un 10% y las causadas por *Candida* sp es algo excepcional, (*Cándida albicans* o *C. parapsilopsis* más frecuentes) con alta mortalidad si no se retira el dispositivo. Se han descrito algunos casos de endocarditis sobre válvula protésica por *Cándida lusitaniae*, pero no lo hemos encontrado en la infección de DICs.

Objetivo:

Caso con etiología poco frecuente

Método

Infección de marcapasos por *Cándida lusitaniae*.



Rev Argent Microbiol. 2014;46:307-10

Antecedentes Personales

- 69 años
- Implantación de marcapasos (MCP) VDD definitivo en 2014 por bloqueo AV Mobitz II. En 2020 recambio bicameral contralateral por disfunción, abandonando el electrodo VDD.
- Vertebroplastia percutánea de L2 en 2021 postraumática
- Hiperplasia prostática benigna

Presentación clínica:

- Pérdida de peso, sudoración nocturna y disnea progresiva, de meses de evolución.
- ETT: estructura de 2,8 x2,5 cm en AD en contacto con cable ventricular. FEVI 60, PAPs 30 mmHg.
- Hemocultivos 2/4 se aísla *S. epidermidis* y en 3/4 *Cándida lusitaniae* (sensible a fluconazol, voriconazol y Anfotericina B).
- En AngioTAC inicial no se observa infiltrados ni TEP, no inmunosuprimido, no antibióticos en los dos últimos años, ni sondaje vesical.

Conclusiones

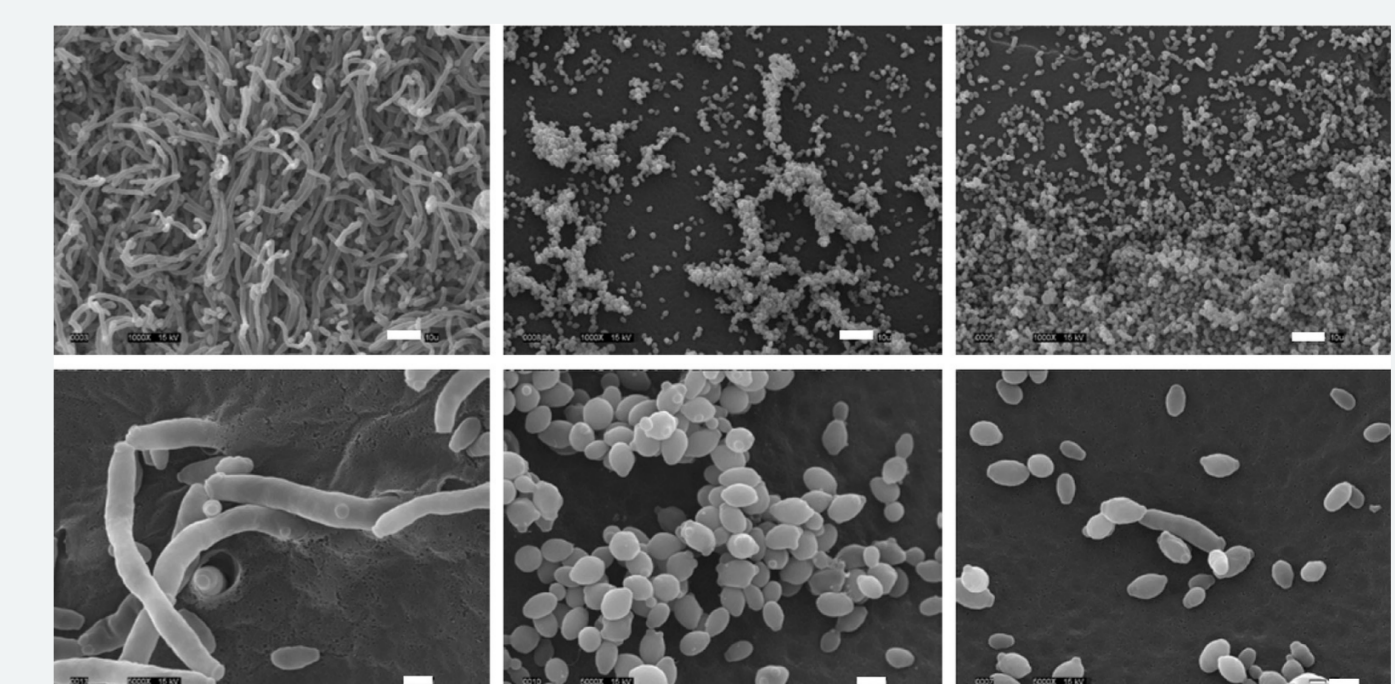
Paciente sin factores de riesgo e infección grave del DIC por *C lusitaniae* (sin resistencia a antifúngicos) y embolismo séptico recurrente de la arteria pulmonar principal derecha, con evolución fue favorable tras explante del DIC, trombectomías de la A. pulmonar a y tratamiento antifúngico prolongado.

Evolución clínica y manejo terapéutico:

- Se inicia tratamiento con cloxacilina, daptomicina, voriconazol y caspofungina.
- Tras hemocultivos de control negativos (5 días tras inicio del tratamiento) se procede a la retirada percutánea del cable abandonado y DIC completo; Cultivos DIC positivos para *C lusitaniae*.
- Inmediatamente presenta fiebre, desorientación e insuficiencia respiratoria.
- En ETT se observa mamelones espiculados en AD de 1,1 cm, HTP moderada y se detecta trombo que ocluye por completo la arteria pulmonar principal derecha, por lo que realiza trombectomía, consiguiéndose repermeabilización del tronco común principal y sus ramas principales, cultivos del trombo positivos para *C. lusitaniae*.
- Se modifica el tratamiento antifúngico a Anfotericina B liposomal y fluconazol altas dosis, con control de la candidemia. Se coloca marcapasos epicárdico, se suspende la Anfotericina B por TV secundaria a alteraciones electrolíticas, se modifica por fluconazol y anidulafungina.
- Precisa una segunda trombectomía, la histología del trombo con esporas e hifas pero el cultivo es ya negativo.
- Posteriormente evoluciona favorablemente y en la ETE, a 4 semanas del explante, continúa imagen en pared de AD de 1 cm, IT leve. Recibió 6 semanas de tratamiento antifúngico endovenoso y continuó con fluconazol vía oral durante 6 meses con control ecocardiográfico y angioTAC.



Émbolo séptico de la arteria pulmonar



in *Candida lusitaniae*. PLoS ONE 7(8): e44192. Zhang J, Silao FGS, Bigol UG, Bungay AAC, Nicolas MG, Heitman J, et al. (2012) Calcineurin Is Required for Growth, Virulence, and Drug Resistance Pseudohyphal