

travascular tipo Palmaz en tracto de salida de arteria pulmonar. No se realizó profilaxis antibiótica y no se registraron incidencias posteriores durante su estancia hospitalaria. Seis meses después de este procedimiento, el paciente comienza con fiebre diaria sin focalidad aparente y sin respuesta a tratamiento empírico con amoxicilina-ácido clavulánico oral, por lo que se decidió ingreso. En los hemocultivos seriados se aisló de manera repetida (9/9) *Staphylococcus epidermidis* resistente a meticilina y en la ecocardiografía transtorácica se observó una imagen móvil de 1,2 cm prolapsando en el tracto de salida de ventrículo izquierdo compatible con vegetación. Se propuso la realización de ecocardiografía transesofágica para valorar mejor los hallazgos de la transtorácica, a lo cual se negó el paciente. Con el diagnóstico de endocarditis infecciosa aórtica de evolución subaguda, se realizó tratamiento antimicrobiano con vancomicina (1 g i.v./12 h) y rifampicina (900 mg/día p.o.) durante 6 semanas, lográndose la curación microbiológica, con hemocultivos de control negativos a los 2 y 4 meses de finalizado el tratamiento. No se presentaron complicaciones, se observó una disminución del tamaño de la vegetación, la insuficiencia aórtica no ha aumentado y el paciente está clínicamente asintomático con tratamiento médico (furosemida y captopril).

La endocarditis infecciosa sobre el procedimiento de Ross es una complicación raramente descrita (3,3%) en la serie del mismo creador de la técnica². La indemnidad de la propia raíz y válvula pulmonar consigue un excelente comportamiento hemodinámico y una baja adherencia bacteriana al prescindir de material biosintético. Sin embargo, en el presente caso, estas características se habían perdido en parte por la aparición de insuficiencia en el autoimplante, que favorecería un flujo turbulento, factor predisponente para el desarrollo de endocarditis en presencia de una bacteriemia intercurrente. Creemos además que la manipulación realizada (cateterismo de cavidades derechas con colocación de *stent* de Palmaz) originó la bacteriemia inicial, por un germen habitual en el medio nosocomial³⁻⁵ y con frecuencia responsable de endocarditis de curso subagudo^{6,7}. Ninguna de las actuales guías para la prevención de endocarditis bacteriana recomiendan la profilaxis antibiótica para los procedimientos intravasculares por vía percutánea⁸⁻¹⁰, a pesar de un riesgo de bacteriemia de hasta el 5% en algunas series¹⁰. Sin embargo, teniendo en cuenta los hallazgos antes referidos, pensamos que esta actitud debería re-

Endocarditis sobre autoinjerto en procedimiento de Ross

Sr. Editor: Como se puede observar en recientes publicaciones, el método de recambio valvular aórtico con la técnica de Ross ofrece excelentes resultados¹. En relación con esta cuestión describimos a continuación una complicación poco frecuente relacionada con este procedimiento.

Varón de 26 años diagnosticado de estenosis aórtica grave por valvulopatía bicúspide y rodete subvalvular. A la edad de 11 años se le practicó comisurotomía y resección del rodete. Once años más tarde, por reaparición de la estenosis, fue necesaria una nueva intervención para sustitución aórtica mediante autoinjerto pulmonar y colocación de homoinjerto criopreservado en posición pulmonar, así como aortovertriculoplastia tipo Konno. Tres años más tarde el paciente desarrolló una insuficiencia aórtica de grado moderado (fracción regurgitante del 35%) y una estenosis grave del homoinjerto pulmonar (gradiente pico de 85 mmHg medido por ecografía y cateterismo derecho), que se resolvió con la colocación de un dispositivo in-

considerarse de manera individualizada en pacientes de alto riesgo.

*Manuel Frutos-López^a,
Aristides de Alarcón^b
y Nieves Romero-Rodríguez^a*

^aServicio de Cardiología.
^bUnidad de Enfermedades
Infecciosas. Hospital Universitario
Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Bibliografía

1. Rus C, Mesa D, Concha M, Casares J, Suárez de Lezo J, Delgado M, et al. Resultados a corto plazo en la técnica de Ross. ¿Influye la etiología de la valvulopatía aórtica? *Rev Esp Cardiol.* 2004;57:531-7.
2. Ross D, Jackson M, Davies J. Pulmonary autograft aortic valve replacement: long-term results. *J Card Surg.* 1991;6 Suppl 4:529-33.
3. Rello J, Ricart M, Mirelis B, Quintana E, Gurgui M, Net A, et al. Nosocomial bacteremia in a medical-surgical intensive care unit: epidemiologic characteristics and factors influencing mortality in 111 episodes. *Intensive Care Med.* 1994;20:94-8.
4. Noguerado Asensio A, Ruiz Giardin JM, Pizarro Portillo A, Méndez García J, La Hulla Pastor F, Fernández Escribano M, et al. Análisis de factores pronósticos de mortalidad de las bacteriemias y fungemias en un Hospital Universitario. Evolución en 10 años. *Rev Clin Esp.* 2001;201:122-9.
5. Arpi M, Renneberg J, Andersen HK, Nielsen B, Larsen SO. Bacteremia at a Danish university hospital during a twenty-five-year period (1968-1992). *Scand J Infect Dis.* 1995;27:245-51.
6. Miele PS, Kogulan PK, Levy CS, Goldstein S, Marcus KA, Smith MA, et al. Seven cases of surgical native valve endocarditis caused by coagulase-negative staphylococci: An underappreciated disease. *Am Heart J.* 2001;142:571-6.
7. Caputo GM, Archer GL, Calderwood SB, Dinubile MJ, Karchmer AW. Native valve endocarditis due to coagulase-negative staphylococci. Clinical and microbiologic features. *Am J Med.* 1987;83:619-25.
8. The task force on infective endocarditis of European Society of Cardiology. Guidelines on prevention, diagnosis and treatment of infective endocarditis. Executive summary. *Eur Heart J.* 2004;25:267-76.
9. Dajani A, Taubert K, Wilson W, Bolger A, Bayer A, Ferrieri P, et al. Prevention of bacterial endocarditis. *JAMA.* 1997;277:1794-801.
10. Delahaye F, Hoen B, McFadden E, Roth O, DeGevigney G. Treatment and prevention of infective endocarditis. *Exper Opin Pharmacother.* 2002;3:131-45.