

Pericarditis purulenta secundaria a fístula pericardio-cutánea por pericardiocentesis complicada: reporte de caso

Cutaneous-pericardial fistula and purulent pericarditis secondary to a complicated pericardiocentesis: Case report

Beda Daniela Islas-Muñoz^{1a}, Orlando Acero-López^{1b}, María José Mendoza-Palacios^{1c}, Francisco Javier García-Guillén^{2d}, Edgardo Jimenez-Fuentes^{3e}, Manuel Sánchez-de León^{1f}

Resumen

Introducción: las fístulas pericardio-cutáneas son poco frecuentes, solo existen reportes de casos aislados sobre complicaciones infecciosas asociadas. A continuación, presentamos el caso de un paciente que desarrolló una fístula pericardio-cutánea con pericarditis purulenta secundaria. Asimismo, se incluye una revisión de los 15 casos reportados de fístula pericardio-cutánea en la literatura.

Caso clínico: hombre de 44 años, diagnosticado con linfoma no Hodgkin con actividad mediastinal, que debutó con tamponamiento cardíaco y fue sometido a pericardiocentesis con colocación de catéter de drenaje a permanencia. Seis semanas después del retiro del catéter, desarrolló una fístula pericardio-cutánea y pericarditis purulenta, con aislamiento de *Staphylococcus aureus* metilicina-sensible (SAMS). Ingresó a la unidad de cuidados intensivos (UCI) con diagnóstico de choque mixto (obstrutivo y séptico), y falla orgánica múltiple. Se realizó una ventana pericárdica y recibió ocho semanas de antibioticoterapia, junto con el manejo integral establecido por el servicio de UCI. Presentó una evolución favorable y curación de la infección.

Conclusiones: este caso ilustra una complicación poco frecuente y grave, con alto riesgo de mortalidad. Es indispensable reforzar la vigilancia y el cuidado de los drenajes pericárdicos, así como considerar signos incipientes de infección para ofrecer un tratamiento quirúrgico y antimicrobiano oportuno.

Abstract

Background: Cutaneous-pericardial fistulas are rare, with only isolated case reports related to infectious complications. We present here a complicated case of a patient who developed a cutaneous-pericardial fistula with secondary purulent pericarditis. We also include a review of the 15 reported cases of cutaneous-pericardial fistula in the literature.

Clinical case: A 44-year-old man diagnosed with non-Hodgkin lymphoma presenting with cardiac tamponade underwent pericardiocentesis with placement of an indwelling drainage catheter. Six weeks after catheter removal, he developed a cutaneous-pericardial fistula with purulent pericarditis, the microbiological isolation was *Staphylococcus aureus* methicillin susceptible (SAMS). He was admitted to the intensive care unit (ICU) with diagnosis of mixed shock (obstructive and septic) and multiple organ failure. A pericardial window was performed, and he received 8 weeks of antibiotic therapy along with an integral management established by the ICU service. He presented a favorable outcome and resolution of infection.

Conclusions: This case illustrates a rare and serious complication with a high risk of mortality. It is essential to strengthen monitoring and care of pericardial drains, as well as to consider early signs of infection to provide timely surgical and antimicrobial treatment.

¹Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Cancerología, Departamento de Infectología. Ciudad de México, México

²Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Cancerología, Departamento de la Unidad de Cuidados Intensivos. Ciudad de México, México

³Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Cancerología, Departamento de Cirugía de Tórax. Ciudad de México, México

ORCID: 0000-0002-8720-617X^a, 0000-0001-7055-5982^b, 0009-0004-8811-7103^c, 0000-0003-4493-1774^d, 0009-0000-4301-6596^e, 0009-0000-4301-6596^f

Palabras clave
Pericarditis
Fístula Cutánea
Pericardiocentesis
Linfoma

Keywords
Pericarditis
Cutaneous Fistula
Pericardiocentesis
Lymphoma

Fecha de recibido: 09/07/2025

Fecha de aceptado: 01/08/2025

Comunicación con:

Beda Daniela Islas Muñoz

✉ bedaislas@gmail.com

☎ 55 5628 0400, extensión 12120

Cómo citar este artículo: Islas-Muñoz BD, Acero-López O, Mendoza-Palacios MJ *et al.* Pericarditis purulenta secundaria a fístula pericardio-cutánea por pericardiocentesis complicada: reporte de caso. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2025;63(6):e6723. doi: 10.5281/zenodo.17342297

Introducción

La pericarditis purulenta es una infección infrecuente, pero potencialmente mortal.¹ Por otro lado, la fístula pericardio-cutánea es una afección rara, con tan solo 15 casos reportados en la literatura, la mayoría de ellos tras la implantación transapical transcatéter de válvula aórtica (TA-TAVI). Presentamos aquí el que, hasta nuestro conocimiento, es el primer caso reportado de una fístula pericardio-cutánea complicada con pericarditis purulenta posterior a una pericardiocentesis con colocación de drenaje.

Caso clínico

Hombre de 44 años con diagnóstico reciente de linfoma no Hodgkin estadio IV, con actividad en bazo, pulmón y mediastino, así como desnutrición (IMC: 18 kg/m²). Debutó con taponamiento cardíaco; se realizó pericardiocentesis y colocación de catéter de drenaje a permanencia, guiado por ultrasonido. Diez días después se le retiró el catéter, y el paciente observó un pequeño orificio en la zona de punción sin secreción, sin reportarlo al equipo médico. Posteriormente recibió dos ciclos de quimioterapia con R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona) sin complicaciones.

Seis semanas después del retiro del catéter, el paciente acudió al servicio de Urgencias con fiebre, dolor torácico, disnea y secreción purulenta a través del orificio en la zona de punción (figura 1). Se encontraba taquicárdico (122 lpm), taquipneico (30 rpm), hipotenso (TA: 87/62 mmHg), febril (38 °C) y con desaturación de oxígeno (88%). A la auscultación presentaba frote pericárdico. La radiografía de tórax mostró ensanchamiento mediastinal y corazón en “garrafa”, mientras que el electrocardiograma evidenció bajo voltaje generalizado. En los estudios de laboratorio presentó leucocitosis con neutrofilia, anemia leve, lesión renal aguda, elevación de enzimas hepáticas, pruebas de coagulación prolongadas, así como elevación de proteína C reactiva y procalcitonina (cuadro I).

Se tomaron hemocultivos y cultivo de la secreción purulenta torácica. El paciente ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con diagnóstico de choque mixto, de tipo obstructivo y séptico. Entre los hallazgos relevantes se documentaron voltajes electrocardiográficos bajos; amplitud < 5 mm en DI, DII y aVF, así como amplitud < 10 mm en derivadas precordiales V1 y V2), taquicardia sinusal (entre 120 y 140 lpm) y presión venosa central (PVC) elevada, con un rango de 18 a 27 mmHg durante su estancia en la unidad. Asimismo, presentaba falla orgánica múltiple con compromiso hemodinámico, renal, hepático y hematológico.

Figura 1 Orificio milimétrico con secreción purulenta en tórax anterior del sitio donde se retiró el catéter pericárdico al ingreso a Urgencias



Se inició tratamiento con vasopresores y antimicrobianos de amplio espectro (meropenem y vancomicina). El ultrasonido en el punto de atención (POCUS, por sus siglas en inglés) mostró un derrame pericárdico septado grave, con separación de 5 cm entre las capas pericárdicas (figura 2A).

Se realizó una pericardiocentesis, obteniendo 350 ml de material purulento, y se colocó un catéter de drenaje tipo derivación, con un volumen drenado de 500 ml en las primeras 48 horas (figura 2B).

Se realizó tomografía contrastada (TC) de tórax con reporte de tumor mediastinal, derrame pericárdico y una burbuja de gas milimétrica en el sitio donde previamente se había colocado el catéter de drenaje (figura 3).

En ambos cultivos (líquido pericárdico y secreción torácica) se aisló *Staphylococcus aureus* meticilina sensible (SAMS), y se ajustó el tratamiento a cefalotina (12 g/día). Los hemocultivos resultaron negativos. Dos días después, se realizó una ventana pericárdica subxifoidea, encontrando 100 ml de líquido purulento, abundantes detritos y engrosamiento del pericardio. La biopsia reportó inflamación crónica y fibrosis, sin evidencia de malignidad. En el cultivo de tejido pericárdico también se aisló SAMS.

Tras la cirugía, se observó resolución de la fístula, mejoría de la función cardíaca con retiro de vasopresores, manteniendo una tensión arterial media (TAM) perfusora y sin datos de alternancia eléctrica. Asimismo, se documentó remisión de la falla orgánica múltiple, con un índice urinario de 1.35 ml/kg/h y normalización de las pruebas de funcionamiento hepático al momento de su egreso a piso de hospitalización, tras 21 días de estancia en la UCI.

El paciente egresó con trimetoprim-sulfametoxazol por vía oral y completó un esquema total de ocho semanas de

Cuadro I Evolución de los principales parámetros de laboratorio al ingreso, al tercer día posquirúrgico y al egreso hospitalario

Parámetros de laboratorio	Ingreso	Tercer día posquirúrgico	Egreso
Hemoglobina (g/dL) RN: 15 - 19	12.2	11.7	9.1
Plaquetas (células/mm ³) RN: 150.000 - 450.000	187,000	90,000	233,000
Leucocitos (células/mm ³) RN: 4000 - 12000	26770	17530	5500
Neutrófilos (células/mm ³) RN: 2000 - 6000	24800	15.9	4700
Creatinina (mg/dL) RN: 0.66 - 1.25	3.06	0.49	0.51
Aspartato aminotransferasa (U/L) RN: 15 - 46	3583	161	34
Alanina aminotransferasa (U/L) RN: 0 - 50	3428	654	61
INR RN: 1 - 1.2	3.56	1.91	1.3
Proteína C reactiva (mg/dL) RN 0 - 1	14.50	5.8	2.9

RN: rango normal

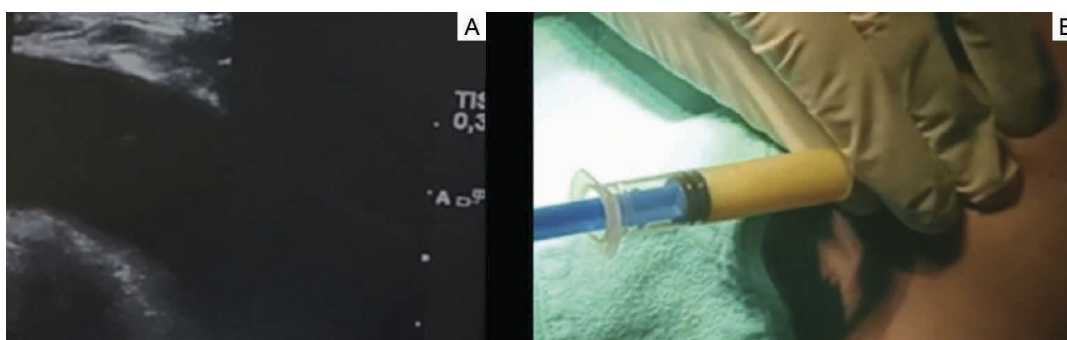


Figura 2A Ultrasonido en el punto de atención que muestra derrame pericárdico con separación de 5 cm entre capas. **Figura 2B** Pericardiocentesis con obtención de líquido purulento

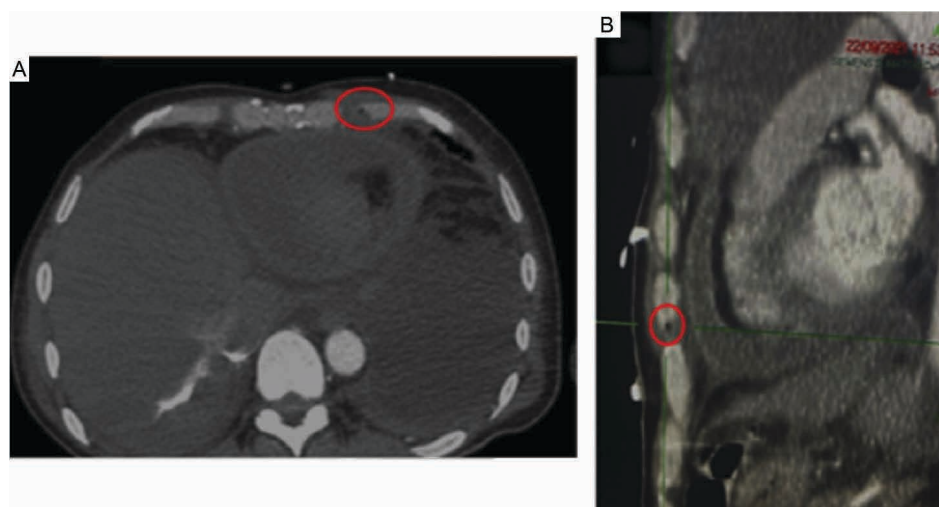


Figura 3 Vistas transversal (A) y lateral (B) de tomografía de tórax con contraste intravenoso que muestra derrame pericárdico y una burbuja de gas milimétrica (círculo rojo) en el lugar donde previamente se había instalado el catéter de drenaje

antibiótico, hasta considerar remisión de la infección, ya que se mantuvo asintomático y con normalización de los reactantes de fase aguda. Además, completó su esquema de quimioterapia y posteriormente recibió radioterapia sin complicaciones. Actualmente, se encuentra en remisión completa y en vigilancia semestral por el servicio de Hematología.

Aunque no fue posible observar un trayecto fistuloso en la tomografía computarizada (TC), debido a la dimensión milimétrica del defecto, la presencia de fístula pericardio-cutánea se corroboró clínicamente por la salida del mismo material purulento con aislamiento de SAMS en el líquido pericárdico, el tejido pericárdico y la secreción del orificio torácico. Adicionalmente, la imagen tomográfica evidenció una burbuja de gas milimétrica en el sitio donde previamente se había colocado el catéter.

Discusión

La pericarditis purulenta se caracteriza por la presencia de pus en el saco pericárdico, generalmente como consecuencia de una infección bacteriana directa en dicho espacio. Es una entidad poco frecuente, representando menos del 1% de todos los casos de pericarditis.^{1,2}

Entre los factores de riesgo asociados se encuentran los estados de inmunosupresión, la presencia de derrame pericárdico, los abscesos retrofaríngeos, perivalvulares o subdiafragmáticos, así como la perforación esofágica. También puede ser una complicación de procedimientos invasivos como la broncoscopia, la escleroterapia endoscópica de várices esofágicas, la funduplicatura y el trauma penetrante.^{3,4}

El agente etiológico más frecuente es *Staphylococcus aureus* (36%), seguido de *Streptococcus pneumoniae* (21%) y *Haemophilus influenzae* (12%). En regiones de alta prevalencia, debe considerarse la tuberculosis como una causa probable.⁵ La presentación clínica suele ser inespecífica, y puede cursar con fiebre, disnea y dolor torácico, como manifestaciones principales. Sin embargo, en hasta 8–25% de los casos puede evolucionar con taponamiento cardíaco y choque séptico, como ocurrió en el caso del paciente reportado.^{6,7}

El ultrasonido en el punto de atención (POCUS) resulta fundamental para evaluar la separación entre las capas pericárdicas y excluir la presencia de taponamiento cardíaco. La pericardiocentesis guiada por ultrasonido constituye un procedimiento diagnóstico y terapéutico esencial.^{7,8}

El tratamiento empírico debe iniciarse de inmediato, considerando los patógenos más frecuentes, el estado inmu-

nológico del paciente y los patrones locales de resistencia antimicrobiana. Las combinaciones recomendadas incluyen vancomicina con ceftriaxona, cefotaxima o gentamicina; así como imipenem, meropenem, ticarcilina/clavulanato, piperacilina/tazobactam o cefepime. El tratamiento debe ajustarse en función de los resultados microbiológicos y, en casos complicados, extenderse por 4 a 8 semanas.⁹

La pericardiocentesis con colocación de catéter percutáneo es un procedimiento de emergencia que presenta una alta tasa de recurrencia y riesgo de formación de colecciones residuales. En casos complicados, es necesario realizar drenaje quirúrgico. La fibrinólisis intrapericárdica puede considerarse únicamente cuando existe contraindicación absoluta para la cirugía.^{9,10}

La mortalidad sin tratamiento es del 100%, y aun con manejo antimicrobiano y quirúrgico adecuados, las tasas de mortalidad reportadas oscilan entre el 30% y el 40%.¹¹

En relación con los derrames pericárdicos de origen neoplásico, una revisión sistemática que incluyó 31 estudios y 1,340 procedimientos encontró una tasa de recurrencia del 38.3% con pericardiocentesis aislada, en comparación con un 12.1% cuando se dejó un drenaje a permanencia.¹² El uso de agentes esclerosantes o quimioterápicos ha mostrado una tasa de recurrencia del 10.8%, y a efectos adversos frecuentes, como dolor y fibrosis.¹³

En el contexto oncológico, se reportó un caso de pericarditis purulenta secundaria a timoma avanzado, con desenlace fatal a los cinco días de ingreso, a pesar del tratamiento antimicrobiano y drenaje del derrame pericárdico,¹⁴ y de carcinoma esofágico que debutó con pericarditis purulenta como manifestación inicial.¹⁵

En el caso aquí descrito, el paciente fue sometido a una pericardiocentesis con colocación de catéter de drenaje para tratar un derrame pericárdico maligno. En una serie de 8,101 pacientes, se reportaron como principales complicaciones la perforación miocárdica y el neumotórax, registrándose solo un caso de complicación infecciosa secundaria.¹⁶ De acuerdo con nuestra revisión, este es el primer caso documentado de fístula pericardio-cutánea con pericarditis purulenta secundaria asociada a este procedimiento.

La fístula pericardio-cutánea ha sido descrita en la literatura principalmente como complicación de procedimientos como el TA-TAVI. Hasta la fecha, se han reportado 15 casos en la literatura.^{17,18,19,20,21,22,23,24,25} De estos, el 62.5% correspondía a mujeres, con una edad media de 75 años (DE $\pm$ 14.9). Doce casos estuvieron relacionados con TA-TAVI, uno con reparación quirúrgica de aneurisma ventricular, y dos sin antecedentes quirúrgicos: uno en un

usuario de drogas intravenosas con tuberculosis pericárdica y otro con un quiste hidatídico gigante que invadía el diafragma y el pericardio.

La descripción detallada de estos casos, incluyendo el nuestro, se presenta en el [anexo 1](#).

Conclusiones

Presentamos un caso clínico complejo, resultado de una complicación poco frecuente pero potencialmente fatal, posterior a un procedimiento relativamente común. Este reporte enfatiza la necesidad de reforzar la vigilancia y el cuidado adecuado de los drenajes pericárdicos permanentes, independientemente del nivel de atención.

Una vez identificada la infección, es fundamental iniciar tratamiento antimicrobiano intravenoso de forma inmediata, a la par del manejo quirúrgico oportuno. Siempre que sea posible, deben obtenerse cultivos para guiar la terapia antimicrobiana de manera adecuada.

Asimismo, se debe considerar que los pacientes oncológicos, debido tanto a la enfermedad de base como al tratamiento inmunosupresor, tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar infecciones graves. Por tanto, requieren una vigilancia más estrecha y un abordaje terapéutico multidisciplinario y precoz.

Agradecimientos:

Al equipo multidisciplinario de la Unidad de Cuidados Intensivos y cirugía de tórax por el manejo integral del caso. Al servicio de Microbiología que contribuyó con el aislamiento microbiológico correcto y oportuno. Al paciente por su confianza.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

Referencias

- Costa L, Carvalho D, Coelho E, et al. Purulent Pericarditis: Is It Really a Disease of the Past? *Eur J Case Rep Intern Med*. 2021 Jul 14;8(7):002658. doi: 10.12890/2021_002658.
- Lee ES, Lin C, Pizula J, et al. Purulent Bacterial Pericarditis: Rare Yet Lethal. *JACC Case Rep*. 2024 Mar 4;29(7):102282. doi: 10.1016/j.jaccas.2024.102282.
- Parikh S V., Memon N, Echols M, et al. Purulent pericarditis report of 2 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 2009; 88(1):52–65. doi: 10.1097/MD.0b013e318194432b.
- Choi KU, Lee CH. Purulent pericarditis: subdiaphragmatic suppurative focus. *Yeungnam Univ J Med*. 2020 Jan;37(1):63–66. doi: 10.12701/yujm.2019.00311.
- Vara P, Urassa D, Temba B, et al. Chronic purulent pericarditis: case report. *Pan Afr Med J*. 2022 Jun 22;42:145. doi: 10.11604/pamj.2022.42.145.34018.
- Cremer PC, Klein AL, Imazio M. Diagnosis, Risk Stratification, and Treatment of Pericarditis: A Review. *JAMA*. 2024 Oct 1;332(13):1090–1100. doi: 10.1001/jama.2024.12935. PMID: 39235771.
- Latif A, Patel AD, Mahfood Haddad T, et al. Massive purulent pericarditis presenting as cardiac tamponade. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2020 Jul 9;33(4):662–663. doi: 10.1080/08998280.2020.1783985.
- Ben-Horin S, Bank I, Shinfeld A, et al. Diagnostic Value of the Biochemical Composition of Pericardial Effusions in Patients Undergoing Pericardiocentesis. *Am J Cardiol*. 2007;99(9):1294–7.
- Imazio M, Brucato A, Mayosi BM, et al. Medical therapy of pericardial diseases: Part I: Idiopathic and infectious pericarditis. *J Cardiovasc Med*. 2010; 11(10):712–22. doi: 10.2459/JCM.0b013e3283340b97.
- Zhang RS, Singh A, Alam U, et al. Treatment of Purulent Pericarditis With Intrapericardial Alteplase. *Circ Cardiovasc Imaging*. 2023 Sep;16(9):e015412. doi: 10.1161/CIRCIMAGING.123.015412.
- Dybowska M, Szturmowicz M, Lewandowska K, et al. Fibrinolytic Therapy in Purulent Pericarditis. *Rev Cardiovasc Med*. 2023 Jan 10;24(1):17. doi: 10.31083/j.rcm2401017.
- Virk SA, Chandrakumar D, Villanueva C, et al. Systematic review of percutaneous interventions for malignant pericardial effusion. *Heart*. 2015; 101(20):1619–26. doi: 10.1136/heartjnl-2015-307907.
- Burazor I, Imazio M, Markel G, et al. Malignant pericardial effusion. *Cardiol*. 2013; 124(4):224–32. doi: 10.1159/000348559.
- Bakhriansyah J, Semita IGPG, Suryawan IGR, et al. Purulent pericarditis in advanced thymoma: A case report. *Radiol Case Rep*. 2022 Aug 17;17(10):3996–4000. doi: 10.1016/j.radcr.2022.07.099.
- Peixoto CM, Souaf S, Martínez A, et al. Purulent Pericarditis as the First Manifestation of Esophageal Carcinoma. *Port J Card Thorac Vasc Surg*. 2024 May 13;31(1):59–62. doi: 10.48729/pjctvs.423.
- Tsang TSM, Enriquez-Sarano M, Freeman WK, et al. Consecutive 1127 therapeutic echocardiographically guided pericardiocenteses: Clinical profile, practice patterns, and outcomes spanning 21 years. *Mayo Clin Proc*. 2002; 77(5):429–36. doi: 10.4065/77.5.429.
- Lin RY, Schwartz RA, Lambert WC. Cutaneous-pericardial tuberculous fistula in an immunocompromised host. *Int J Dermatol*. 1986 Sep;25(7):456–8. doi: 10.1111/j.1365-4362.1986.tb03453.x.
- Baltasar L, Ruiz V, Berjón J, et al. Purulent Pericarditis Complicated by Cardiac Tamponade Secondary to a Hydatid Cyst-Associated Hepatic Abscess. *Revista Española de Cardiología*.

- 2009;62(8): 948-949. doi:10.1016/s1885-5857(09)72666-0.
19. Pasic M, Unbehaun A, Drews T, et al. Late wound healing problems after use of BioGlue for apical hemostasis during transapical aortic valve implantation. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2011;13(5):532-4. doi: 10.1510/icvts.2011.276360.
 20. Baillot R, Fréchette É, Cloutier D, et al. Surgical site infections following transcatheter apical aortic valve implantation: incidence and management. *J Cardiothorac Surg.* 2012;7:122. doi: 10.1186/1749-8090-7-122.
 21. Scheid M, Grothusen C, Lutter G, et al. Cutaneo-pericardial fistula after transapical aortic valve implantation. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2013; 16(4):558-9. doi: 10.1093/icvts/ivs511.
 22. Narala K, Banga S, Gayam S, et al. Cutaneo-Pericardial Fistula After Transapical Approach for Transcatheter Aortic Valve Replacement. *JACC Cardiovasc Interv.* 2016 Apr 11;9(7):747-9. doi: 10.1016/j.jcin.2015.12.020.
 23. Khan HR, Ansari MI, Varcoc RW, et al. Pulsatile sterile abscess in the left breast following transapical transcatheter aortic valve implantation: a case report. *Eur Heart J Case Rep.* 2019;3(2):ytz032. doi: 10.1093/ehjcr/ytz032.
 24. Tarus A, Enache M, Nedelciuc I, et al. Cutaneous-Pericardial Fistula: Rare Complication of Transapical Aortic Valve Replacement-Case Report and Literature Review. *Case Rep Surg.* 2020;2020:2371423. doi: 10.1155/2020/2371423.
 25. Ali M, Pham AN, Martinez JM, et al. Use of Omental Flap for Treating Cardiocutaneous Fistula After Ventricular Aneurysm Repair. *Ann Thorac Surg.* 2020 Aug;110(2):e127-e128. doi: 10.1016/j.athoracsur.2019.11.

Anexo 1 Casos reportados en la literatura de fistula pericardio-cutánea que muestra principales características clínicas, manejo quirúrgico y médico, así como complicaciones y desenlaces

#	Autor/año	Sexo	Edad	Comorbilidades	Procedimiento realizado	Aislamiento microbiológico	Manejo quirúrgico para fistula	Tratamiento antimicrobiano	Complicaciones	Desenlace
1	Lin <i>et al.</i> , 1986	M	32	Usuario de drogas IV	Ninguno	<i>M.tuberculosis</i>	Ninguno	Isoniazida, rifampicina y pirazinamida	Recurrencia de infección	Pérdida de seguimiento tras 6 meses de tratamiento
2	Lainez <i>et al.</i> , 2009	F	81	NA	Ninguno	<i>S. epidermidis</i>	Pericistectomía	NR	NR	NR
3	Pasic <i>et al.</i> , 2011	F	87	NR	TA-TAVI	NR	Resección de fibrosis en herida quirúrgica	Ampicilina	Fístula cutánea	Seguimiento durante 21 meses. Curación clínica
4	Pasic <i>et al.</i> , 2011	F	84	NR	TA-TAVI	<i>Pseudomonas fluorescens</i>	Resección de fibrosis en herida quirúrgica	Piperacilina-Tazobactam	Fístula cutánea	Seguimiento durante 17 meses. Curación clínica
5	Pasic <i>et al.</i> , 2011	F	87	NR	TA-TAVI	NR	Cirugía no especificada	Cefuroxima+ ciprofloxacino	Edema fluctuante	Seguimiento durante 17 meses. Curación clínica
6	Baillot <i>et al.</i> , 2012	F	79	AIT Hipotiroidismo CABG	TA-TAVI	<i>Enterobacter cloacae</i>	Debridación de herida, resección costal adyacente al VI con colgajo pectoral	NR	Neumotórax Ingreso a UCI Seroma drenado	Cicatrización adecuada de herida, sin complicaciones. Sin especificar tiempo de seguimiento
7	Baillot <i>et al.</i> , 2012	M	79	FA EPOC TVP CABG AR	TA-TAVI	<i>S. epidermidis</i>	Drenaje y debridación, resección costal, decorticación pulmonar por empiema y colgajo pectoral	NR	FA, lesión renal, empiema, ICC	Se realizó una gammagrafía con galio sin captación. Defunción a 4 meses, sin especificar la causa
8	Baillot <i>et al.</i> , 2012	F	76	Hipotiroidismo TVP Aorta de porcelana LRC	TA-TAVI	<i>S. epidermidis</i>	Mini-laparotomía con desbridación, parche de omento mayor sobre el VI	NR	FA/Flutter auricular Hernia post-incisional	Requirió re-intervención por hernia post-incisional. Gammagrafía con galio a 2 meses sin alteraciones. Curación clínica
9	Baillot <i>et al.</i> , 2012	F	64	Obesidad Diabetes tipo 2 IAM TEP Ca pulmonary LRC	TA-TAVI	<i>S. aureus</i>	Mini-laparotomía, desbridación, parche de omento sobre el VI	NR	Insuficiencia cardíaca	Gammagrafía con galio a 2 meses sin alteraciones. Curación clínica

Continúa en la página 7

Continúa de la página 6

#	Autor/año	Sexo	Edad	Comorbilidades	Procedimiento realizado	Aislamiento microbiológico	Manejo quirúrgico para fístula	Tratamiento antimicrobiano	Complicaciones	Desenlace
10	Baillot <i>et al.</i> , 2012	F	77	FA Hipotiroidismo Tabaquismo EPOC ICC LRC	TA-TAVI	<i>S. epidermidis</i>	Resección costal, debridación, colgajo de pectoral sobre el VI	NR	Insuficiencia cardíaca	Gammagrafía con galio a 4 meses sin alteraciones. Curación clínica
11	Scheid <i>et al.</i> , 2013	F	87	Diabetes tipo 2 HAS	TA-TAVI	<i>Proteus mirabilis</i>	Exploración quirúrgica bajo anestesia	Ciprofloxacino	Ninguna	No se encontraron signos de infección recurrente en los 3 meses posteriores. Curación clínica
12	Narala <i>et al.</i> , 2016	M	77	EAG CABG Endocarditis infecciosa Fiebre Q crónica	TA-TAVI	Ninguno	Toracotomía con resección costal, remoción de marcapasos, debridación y reparación de fístula	Vancomicina	Ninguna	Egreso hospitalario con curación clínica
13	Khan <i>et al.</i> , 2019	F	87	EAG ICC	TA-TAVI	Ninguno	Drenaje de absceso estéril por intervenciónismo	NR	Ninguna	Seguimiento a 1 mes sin recidiva de absceso por imagen. Curación clínica
14	Tarus <i>et al.</i> , 2020	M	55	Obesidad Diabetes tipo 2 HAS	TA-TAVI	Ninguno	Cirugía y drenaje	Vancomicina	Seroma drenado	Se mantuvo en seguimiento durante 12 meses y no tuvo recedivas
15	Ali <i>et al.</i> , 2024	M	53	IAM CABG Aneurisma recurrente VI	Reparación de aneurisma VI	NR	Lavado quirúrgico, reparación de aneurisma y cierre de fístula	NR	Ninguna	Seguimiento a 10 años, vivo. Curación clínica.
16	Caso presentado	M	44	Linfoma No Hodgkin	Pericardiocentesis con catéter a permanencia	<i>S. Aureus</i>	Ventana pericárdica subxifoidea	Vancomicina y cefalotina	Ninguna	Completó 12 semanas de antibiótico. Remisión del derrame pericárdico tras inicio de QT. Curación clínica

NA: No aplica, TA-TAVI: Implantación Transapical Transcatéter de Válvula Aórtica; NR: No reportado; AIT: ataque isquémico transitorio; CABG: cirugía de bypass de la arteria coronaria; FA: fibrilación auricular; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; TVP: Trombosis venosa profunda; AR: artritis reumatoide; LRC: lesión renal crónica; HAS: hipertensión arterial sistémica; EAG: estenosis aórtica grave; ICC: insuficiencia cardíaca congestiva; VI: ventrículo izquierdo