

A

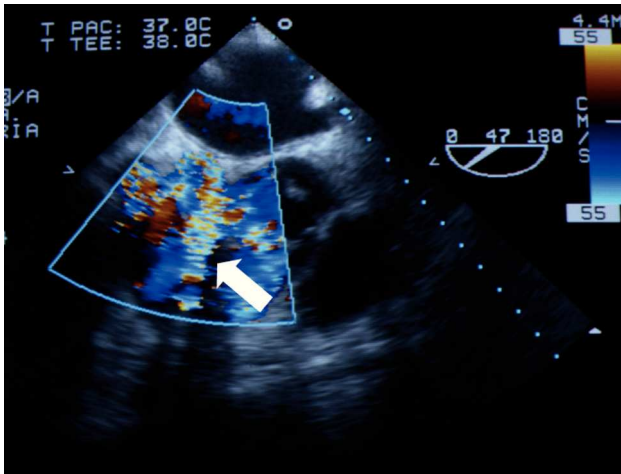
B

## Aneurisma micótico coronario y embolismos sépticos pulmonares

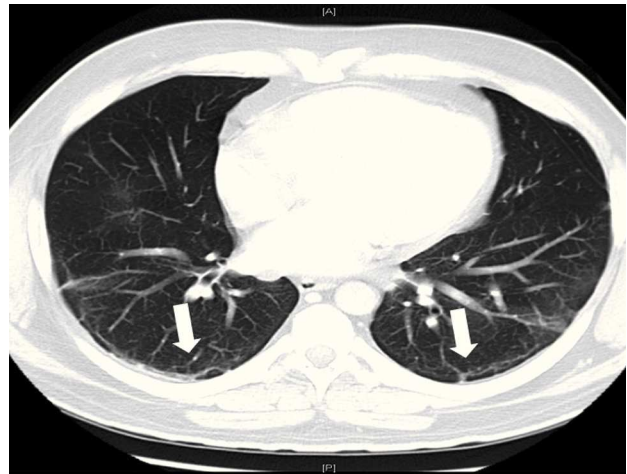
### Sra. Editora:

La endocarditis infecciosa (EI) es una infección microbiana del endocardio. Se clasifica en aguda, subaguda y crónica, según el tiempo y la severidad clínica. Su lesión característica, la vegetación, es un agregado de plaquetas, fibrina, microorganismos y células inflamatorias. La extensión de la infección alrededor del anillo valvular es un factor para una alta mortalidad y causa frecuente de insuficiencia cardíaca y necesidad de tratamiento quirúrgico. Los aneurismas micóticos pueden ser una complicación de la endocarditis infecciosa. Con mayor frecuencia se localizan en la raíz aórtica o los senos de Valsalva, cuya erosión puede causar pericarditis, hemopericardio, taponamiento cardíaco o fistulas hacia las cavidades cardíacas derechas o izquierdas<sup>1,2</sup>.

Presentamos el caso de un varón de 47 años, con antecedentes personales de hernia de hiato y obesidad, que ingresó por tos seca, fiebre, astenia, anorexia y pérdida de peso de varios meses de evolución. Previamente había acudido a su médico por tos y mal estado general, y recibía tratamiento antibiótico con levofloxacino pero, ante la persistencia



**Fig. 1.** Trayecto fistuloso con flujo continuo que drenaba en la aurícula derecha.



**Fig. 2.** Bandas parenquimatosas subpleurales en ambos lóbulos inferiores, algunas de ellas cavitadas, < 1 cm.

de los síntomas, acudió a urgencias de nuestro hospital. En la analítica destacaba la hemoglobina, de 10,8 g/dl, con fórmula leucocitaria, tiempos de coagulación, función renal y hepática, iones y sedimento urinario normales. Tres hemocultivos dieron positivo a *Streptococcus viridans* resistente a clindamicina, eritromicina y oxacilina. La ecocardiografía transtorácica mostró un ventrículo izquierdo moderadamente dilatado con función sistólica conservada y una válvula aórtica tricúspide con vegetación e insuficiencia significativa. El ecocardiograma transesofágico confirmó dichos hallazgos y permitió visualizar una vegetación en el velo coronario derecho, que impactaba en sístole contra el *ostium* de la arteria coronaria derecha (CD). Dicho *ostium* estaba dilatado y se continuaba con un trayecto fistuloso con flujo continuo que drenaba en la aurícula derecha (AD) (fig. 1), en cuya desembocadura se apreciaron pequeñas vegetaciones móviles. Se realizó tomografía computarizada toracoabdominal con contraste que mostró pequeñas adenopatías mediastínicas, reactivas e inespecíficas, parénquimas pulmonares bien ventilados con bandas parenquimatosas subpleurales en ambos lóbulos inferiores, algunas de ellas cavitadas y no mayores de 1 cm, con sospecha de embolia séptica (fig. 2); en el resto del estudio no hubo otros hallazgos de significado patológico. Se inició tratamiento antibiótico con penicilina G sódica y gentamicina, con lo que quedó afebril. En ningún momento aparecieron datos de isquemia miocárdica, aunque sí signos de insuficiencia cardíaca ligera, que mejoraron tras tratamiento de aclaramiento. Antes de someter al enfermo a tratamiento quirúrgico por endocarditis aórtica crónica y sospecha de aneurisma micótico coronario en el origen de la CD, frente a fístula coronaria complicada, se realizó una coronariografía,

que mostró dilatación del *ostium* de la CD y árbol coronario normal. En circulación extracorpórea, se practicó sustitución valvular aórtica por una prótesis mecánica St. Jude de 23 mm, y se encontró una válvula aórtica con vegetaciones, un trayecto fistuloso y un aneurisma micótico en la porción proximal del *ostium* de la CD, dentro del cual se encontraba el origen de la arteria CD, por lo que se colocó un parche de pericardio para ocluir el aneurisma y se realizó un *bypass* de safena a CD. No se evidenció absceso perianular aórtico. El postoperatorio inmediato fue favorable, y actualmente el paciente está asintomático desde el punto de vista cardiovascular.

La extensión perivalvular es la causa más frecuente de infección no controlada en la EI (incluye abscesos, aneurismas, pseudoaneurismas y fístulas)<sup>2</sup>. Los aneurismas micóticos son una complicación poco frecuente pero no despreciable en la EI. Generalmente se localizan en la raíz aórtica y los senos de Valsalva y las arterias viscerales o cerebrales, pero muy raramente a nivel de las arterias coronarias, y generalmente son un hallazgo al realizar la necropsia del enfermo<sup>3,4</sup>.

María Facenda-Lorenzo<sup>a</sup>, Antonio Trugeda-Padilla<sup>a</sup>,  
Fernando Moujir-Nasser-Eddine<sup>a</sup> y Rafael Llorens-León<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. España.  
<sup>b</sup>Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospiten Rambla. Santa Cruz de Tenerife. España.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Mylonakis E, Calderwood SB. Infective Endocarditis in adult. Review article. N Engl J Med. 2001;345:1318-30.
2. Anguera I, Miró JM, Evangelista A, Cabell CH, San Román JA, Vilacosta I, et al. Periannular complications in infective endocarditis involving native aortic valves. Am J Cardiol. 2006;98:1254-60.

3. Negishi K, Ono Y, Kurosawa K, Takamatsu H, Nakano A, Hasegawa A, et al. Infective endocarditis complicated by mycotic aneurysm of a coronary artery with a perforated mitral valvular aneurysm. *J Am Soc Echocardiogr.* 2009;22:542.
4. Reece IJ, Al Tareif H, Tolia J, Saeed FA. Mycotic aneurysm of the left anterior descending coronary artery after aortic endocarditis. A case report and brief review of the literature. *Tex Heart Inst J.* 1994;21:231-5.