

## Endocarditis sobre válvula de Eustaquio redundante: diagnóstico neonatal

### Sr. Editor:

Presentamos el caso de un recién nacido pretérmino de 33 semanas de gestación, con un peso de 1.730 g, que inicia dificultad respiratoria que precisa de ventilación no invasiva, sin oxígeno suplementario, y canalización de la vena umbilical. Al tercer día presenta clínica de sepsis con alteración de los parámetros infecciosos, y se inicia tratamiento con vancomicina y cefotaxima. La evolución es mala, con signos de insuficiencia cardíaca derecha y auscultación de soplo sistólico regurgitante 2-3/6 en foco tricúspide; la ecocardiografía muestra gran vegetación pediculada en la aurícula derecha y dos pequeñas vegetaciones en la valva septal tricúspide. Hay un foramen oval permeable de 5 mm con cortocircuito izquierda-derecha. En el hemocultivo se aísla *Staphylococcus aureus*.

Es remitido a nuestro centro, donde se diagnostica endocarditis sobre válvula de Eustaquio redundante con ecorrefringencias periféricas (figs. 1 y 2), compatibles con trombosis sobre la vegetación. Se mantiene el tratamiento antibiótico durante 6 semanas, y se añade heparina de bajo peso molecular, con lo que presenta buena evolución. La ecocardiografía



**Fig. 1.** Corte de cuatro cámaras en el que se aprecia la gran vegetación protruyendo en el ventrículo derecho.



**Fig. 2.** Corte de cuatro cámaras en el que se ven las vegetaciones sobre la válvula de Eustaquio y sobre la válvula tricúspide.

grafía previa al alta mostraba ligera reducción del tamaño de la vegetación sobre la válvula de Eustaquio y desaparición de las dos pequeñas vegetaciones sobre la válvula tricúspide.

El paciente fue intervenido a los 6 meses de vida, con resección completa mediante cirugía extracorpórea a través de auriculotomía derecha, sin incidencias en el postoperatorio. La anatomía patológica demostró una válvula de Eustaquio redundante con restos de vegetación y zonas trombosadas. No se aislaron microorganismos en su cultivo.

La válvula de Eustaquio es un remanente embriológico que tiene la misión en el feto de derivar la corriente sanguínea hacia la aurícula izquierda a través del foramen oval, y se puede identificar en el *ostium* de la vena cava inferior y visualizar en el interior de la aurícula derecha<sup>1</sup>. Es un hallazgo infrecuente en adultos, pero se identifica ecocardiográficamente en todos los niños menores de 1 mes y en 2/3 de los niños mayores; sólo ocasionalmente es de gran tamaño y móvil<sup>2</sup>.

En la revisión realizada hemos encontrado un total de 17 casos de endocarditis infecciosa sobre válvula de Eustaquio, todos ellos en adultos. La adicción a drogas por vía parenteral (ADVP) es el principal factor de riesgo de endocarditis sobre válvula de Eustaquio<sup>3</sup>. No hemos encontrado ningún caso descrito durante la época neonatal. La fuente

de infección en estos pacientes se encuentra fundamentalmente en catéteres centrales, a lo que se añade la inmunodeficiencia fisiológica en la que se encuentran los recién nacidos, que se incrementa en caso de prematuridad.

De los 17 casos revisados en pacientes adultos, en 11 se requirió estudio con ecocardiografía transesofágica para establecer el diagnóstico concreto<sup>4,5</sup>. Ambas técnicas ofrecen similar información en pacientes pediátricos, pero debido a las limitaciones de la ecocardiografía transesofágica en la edad pediátrica y a que la ventana acústica suele ser de calidad mucho mejor que en pacientes adultos, el método de elección es siempre la ecografía transtorácica, y se reserva la transesofágica para casos seleccionados<sup>6-8</sup>.

Respecto al tratamiento, cabe mencionar en nuestro caso la persistencia de la vegetación con signos de trombosis periférica, que precisó tratamiento antiagregante y anticoagulante hasta la actualidad, sobre una válvula de Eustaquio redundante, que tras la buena respuesta inicial al tratamiento médico se fue controlando ambulatoriamente. Se decidió intervención a los 6 meses sobre todo porque inicialmente no había repercusión alguna en el paciente y se trataba de un recién nacido prematuro de muy bajo peso —con los riesgos que conlleva una cirugía extracorpórea—, así como por la persistencia de la vegetación y su

gran tamaño, que en controles ecocardiográficos posteriores afectaba a la función de la válvula tricúspide, y por el riesgo de embolización.

Antonio Sánchez Andrés y José Ignacio Carrasco  
Moreno

Sección de Cardiología Pediátrica. Hospital Infantil La Fe. Valencia.  
España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Chiari H. Veber netzbildungen im rechten Vorhofe des Herzens. *Beitr Path Anat.* 1897;22:1-10.
2. Limacher MC, Gutgesel HP, Vick GW, Cohen MH, Huhta JH. Echocardiographic anatomy of the Eustachian valve. *Am J Cardiol.* 1986;57:363-5.
3. Sawhney N, Palakodeti V, Raisinghani A, Rickman LS, DeMaria AN, Blanchard DG. Eustachian valve endocarditis: a case series and analysis of the literature. *J Am Soc Echocardiogr.* 2001;14:1139-42.
4. San Román JA, Vilacosta I, Sarriá C, Garcimartín I, Rollán MJ, Fernández-Avilés F. Eustachian valve endocarditis: is it worth searching for? *Am Heart J.* 2001;142:1037-40.
5. Barriales V, Busta MA, Morís C, Martínez Trabanco I, Simarroy E, Segovia E, et al. Estudio de la válvula de Eustaquio mediante ecografía bidimensional. *Rev Esp Cardiol.* 1988;41:349-51.
6. James PR, Dawson D, Hardman SMC. Eustachian valve endocarditis diagnosed by transesophageal echocardiography. *Heart.* 1999;81:91.
7. Georgeson R, Liu M, Bansal RC. Transesophageal echocardiographic diagnosis of eustachian valve endocarditis. *J Am Soc Echocardiogr.* 1996;9:206-8.
8. Palakodeti V, Keen WD, Rickman LS, Blanchard DG. Eustachian valve endocarditis: detection with multiplane transesophageal echocardiography. *Clin Cardiol.* 1997;20:579-80.