

Fig. 1. Imagen intraoperatoria y detalle de la lesión hallada incidentalmente, destacada con una flecha negra, interrumpiendo una rama coronaria epicárdica tributaria de la arteria coronaria derecha.

Hallazgo incidental de embolia coronaria durante cirugía valvular

Sr. Editor:

Las embolias a partir de verrugas valvulares forman parte del espectro clínico de presentación de la endocarditis. Aunque en teoría pueden afectar a casi cualquier territorio vascular, la presentación en el territorio coronario es particularmente infrecuente gracias a las propiedades anatómicas y hemodinámicas del sistema cardiovascular. Presentamos el caso de un varón de 36 años ex adicto a drogas por vía parenteral, VIH positivo, hepatitis C positivo, con hipertensión pulmonar y dos episodios de endocarditis mitral por *Enterococcus faecalis* 61 meses antes y mitral y tricuspídea por *Staphylococcus aureus* 16 meses antes, que recibieron el pertinente tratamiento antibiótico con buena evolución clínica. Tras estudio cardiológico por clase funcional NYHA III, se hallaron sendas insuficiencias graves mitral y tricuspídea que se remitieron para intervención quirúrgica con doble valvuloplastia reparativa. En la figura 1 se destaca mediante una flecha la lesión descrita a continuación, que se corresponde con la imagen intraoperatoria tomada desde la posición

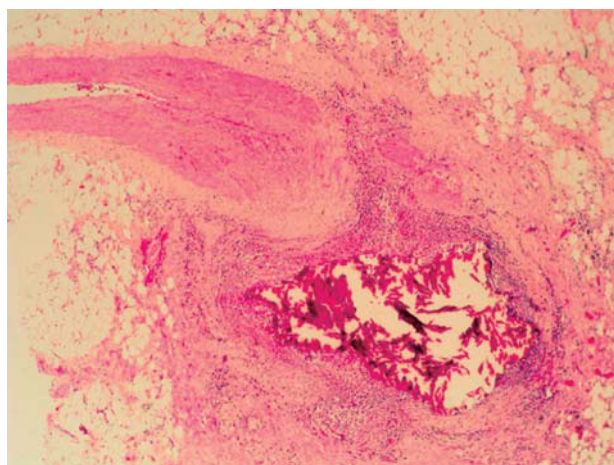


Fig. 2. Imagen microscópica de tinción con hematoxilina-eosina de la lesión extirpada, incluyendo una sección longitudinal de la rama de la arteria coronaria derecha amputada por el absceso tras embolización valvular, todo ello incluido en un contexto de grasa epicárdica.

del anestesiista a la cabecera del paciente (se ve un detalle en la imagen de mayor tamaño).

Intraoperatoriamente se halló una lesión epicárdica de $0,5 \times 0,5$ cm, de superficie eritematosa y localización en la cara anterior libre del ventrículo derecho, en una región tributaria de vascularización de ramas colaterales de la arteria coronaria derecha, a la vista de la interrupción que uno de estos vasos origina. Antes de cualquier procedimiento de canulación o apertura de cavidades, ante la superficialidad de la lesión y su potencial naturaleza séptica a pesar de los tratamientos antibióticos previos, se decidió extirpación a fin de prevenir posterior contaminación endocárdica du-

rante la manipulación quirúrgica, una vez realizada la cardiectomía. La figura 2 muestra mediante tinción de hematoxilina-eosina una sección longitudinal de la pared de un vaso coronario dentro de un contexto de grasa epicárdica y mínimos restos de miocardio del lecho de extirpación. El análisis anatomopatológico describe ausencia de signos de inflamación transmural o infiltrado intraluminal con sus tres tunicas claramente definidas y con células sanguíneas normales en su lumen. La histología normal del vaso queda interrumpida abruptamente por una formación granulomatosa, constituida por componente inflamatorio crónico de linfocitos y células gigantes mononucleadas en torno a un contenido interior de necrosis y calcificación ectópica; se desconoce si el origen de dicho calcio es el propio émbolo valvular o es degenerativo sobre la lesión granulomatosa. El diagnóstico ofrecido es de granuloma epicárdico aislado dependiente de la topografía de un vaso coronario sin signos de vasculitis compatible con embolia coronaria. Ante lo exiguo de la pieza extirpada, no se remitió para estudio microbiológico para no deteriorar su arquitectura hística en el fraccionamiento, y se prefirió enviarla toda para estudio anatomopatológico; de existir estructuras de colonias bacterianas, se podrían detectar asimismo en el análisis microscópico. La importancia del caso comunicado radica en que aúna la rareza de esta complicación dentro del cortejo de manifestaciones de la endocarditis séptica, ya descrito en la literatura¹⁻³, con el hecho de haberse presentado de forma tan silente que fue un hallazgo incidental intraoperatorio, pues el paciente refirió no haber tenido clínica de síndrome coronario agudo previo, muy probablemente por lo reducido del vaso distal afecto. Asimismo tiene especial valor la imagen microscópica obtenida del estudio anatomopatológico de la lesión.

Financiación pública por Diputación de Valencia y Conselleria de Sanitat - Agència Valenciana de Salut

Elio Martín, Alejandro Vázquez y Fernando Hornero
Servicio de Cirugía Cardíaca. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Universidad de Valencia. Valencia. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Roxas CJ, Weekes AJ. Acute myocardial infarction caused by coronary embolism from infective endocarditis. *J Emerg Med.* 2008, Oct 21 [Epub ahead of print]; doi:10.1016/j.jemermed.2007.12.041.
2. Baek MJ, Kim HK, Yu CW, Na CY. Mitral valve surgery with surgical embolectomy from mitral valve endocarditis complicated by septic coronary embolism. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2008;33:116-8.
3. Casazza F, Faorista F, Donatelli F, Grossi A. Acute myocardial infarction in bacterial endocarditis. *G Ital Cardiol.* 1996;26:207-11.