

Imagen en cardiología

Una vegetación de infarto

Myocardial infarction and culprit vegetation

Lucía Matute-Blanco*, Pablo Pastor Pueyo y Kristian Rivera

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLLLEIDA), Lleida, España

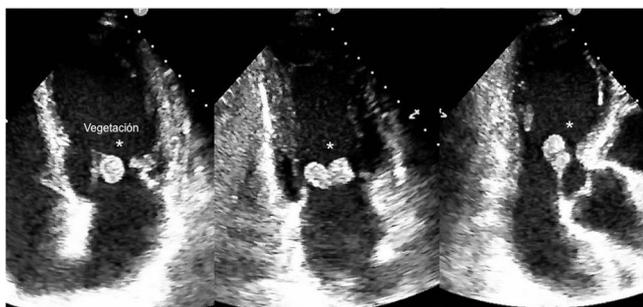


Figura 1.

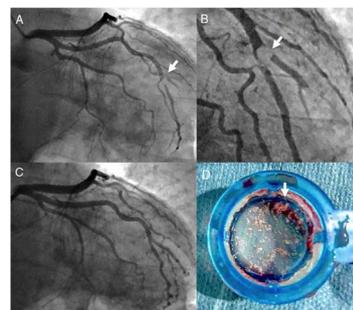


Figura 2.

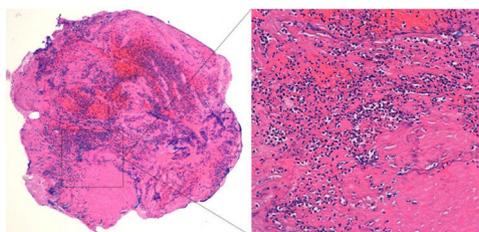


Figura 3.

Un varón de 62 años, sin antecedentes de interés, ingresó por fiebre y pérdida de peso durante el mes previo. Los hemocultivos mostraron bacteriemia por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina y la tomografía computarizada abdominal evidenció infartos esplénicos. En la ecocardiografía transtorácica (vídeos 1 y 2 del material adicional) se observó endocarditis en la válvula mitral nativa con vegetaciones en la cara auricular de ambos velos, la mayor de 10 × 25 mm, unida al velo anterior (figura 1, asterisco), que originaba una insuficiencia de grado moderado. Durante el cuarto día de ingreso, el paciente refirió dolor torácico opresivo en reposo. El electrocardiograma mostró elevación del segmento ST de 2 mm en las caras inferior y lateral. La coronariografía emergente (vídeo 3 del material adicional) reveló una lesión suboclusiva de aspecto embólico en el primer ramo marginal bifurcado (figuras 2A y B, flecha). La aspiración mecánica intracoronaria permitió la reperusión de la arteria ocluida (figura 2D) sin que se evidenciaran lesiones ateroscleróticas (vídeo 4 del material adicional). El estudio anatomopatológico del material aspirado (figura 2D, flecha) mostró tejido mixoide con abundante infiltrado por polimorfonucleares (figura 3), y en el estudio microbiológico se aisló *S. aureus*. El paciente se sometió a cirugía urgente de reemplazo valvular mitral con prótesis mecánica y tuvo una recuperación sin incidencias.

El infarto agudo de miocardio es una complicación poco frecuente en pacientes con endocarditis infecciosa; el diagnóstico diferencial incluye la compresión coronaria extrínseca y la embolia de material infeccioso. En este caso, la tromboaspiración permitió la reperusión del vaso y la confirmación del diagnóstico de infarto secundario a embolia séptica.

ANEXO. MATERIAL ADICIONAL

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.02.013>.

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: luciamatuteblanco@hotmail.com (L. Matute-Blanco).
On-line el 28 de marzo de 2019