Trombo en aurícula derecha secundario a absceso paravalvular aórtico fistulizado: a propósito de un caso

Gloria Álvarez Vicente, Jesús María de la Hera Galarza, Vicente Barriales Álvarez, Javier Vara Manso y María del Carmen González del Rey*

Servicios de Cardiología y *Anatomía Patológica. Hospital Central de Asturias. Oviedo.

absceso / aurícula derecha / autopsia / ecocardiografía / endocarditis / fístula / tromboembolismo

Se describen los hallazgos ecocardiográficos y de autopsia en un paciente con endocarditis aórtica complicada con un absceso que rompe en la aurícula derecha, creando una fístula entre aorta y aurícula derecha, con el desarrollo posterior de un trombo pediculado desde la raíz de la fístula hasta dicha cavidad.

Palabras clave: *Endocarditis aórtica. Fístula entre aorta y aurícula derecha. Trombo pediculado.*

THROMBUS IN RIGHT ATRIAL SECONDARY TO FISTULATED PARAVALVULAR AORTIC ABSCESS: A CASE REPORT

This report describes the two dimensional echocardiographic and autopsy findings in a patient with aortic valve endocarditis complicated by a posterior aortic root abcess with rupture into the right atrium, creating an aortico-right atrial fistula, with a later development from the root of the fistula of a pediculated thrombus inside the cavity.

Key words: *Aortic valve endocarditis. Aortico-right atrial fistula. Pediculated thrombus.*

(*Rev Esp Cardiol* 1999; 52: 142-144)

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de abscesos sobre una endocarditis aórtica es una complicación no del todo infrecuente[1,2]. A partir de ellos se pueden establecer trayectos fistulosos con todas las estructuras vecinas.

El interés del presente caso radica en el hallazgo de un gran trombo pediculado, que se originaba en la raíz de una fístula abierta en aurícula derecha, como complicación de un absceso aórtico. Aunque la fistulización a cavidades derechas desde la valva posterior aórtica está descrita (como solución de continuidad a través del septo membranoso)[3], no hemos encontrado en la bibliografía ningún caso de organización de trombo a partir de dicha fístula.

CASO CLÍNICO

Varón de 82 años que ingresó por cuadro sincopal y bloqueo auriculoventricular completo. El paciente presentaba antecedentes de ex tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II controlada con dieta e infarto de miocardio anteroseptal hacía 8 años, con un cateterismo que revelaba obstrucción del 99% de la arteria coronaria descendente anterior, irregularidades no significativas en el resto del árbol coronario, así como una estenosis aórtica leve-moderada.

Durante los seis meses previos al ingreso consultó por clínica de cuadro catarral y aumento de su disnea habitual. No se objetivó fiebre ni leucocitosis. A la exploración únicamente se auscultaba un soplo eyectivo aórtico 3/6 con segundo ruido disminuido. El electrocardiograma (ECG) mantenía ritmo sinusal con espacio P-R normal y sin bloqueo de rama.

En los días previos al ingreso refería agudización del síndrome gripal, presentando el día anterior clínica de mareos y cuadro confusional. Ingresó por cuadro sincopal con una temperatura de 37,4 °C, objetivándose en el ECG un ritmo nodal a 40 lat/min, con imagen de bloqueo de rama derecha del haz de His. En la analítica destacaba un hemograma con 24.000 leucocitos (5% cayados), una urea de 162 mg/dl y una creatinina de 3,6 mg/dl. En la radiografía de tórax se observaba cardiomegalia sin signos de fallo. En la exploración se auscultaba un soplo eyectivo aórtico grado 3/6 y un soplo 2/6 de insuficiencia tricuspídea (IT).

A las dos horas del ingreso sufrió un nuevo episodio sincopal, por lo que se procedió a la implantación de un marcapasos provisional.

Correspondencia: Dra. G. Álvarez Vicente.
Las Campanillas, 19, 3.º B. 24008 León.

Recibido el 15 de diciembre de 1997.
Aceptado para su publicación el 12 de marzo de 1998.

Se realizó un ecocardiograma transtorácico en el que se observó una hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo con diámetros y función sistólica normales con aurícula izquierda dilatada y calcificación del anillo mitral con insuficiencia mitral moderada. La válvula aórtica estaba fibrocalcificada con apertura reducida y con insuficiencia aórtica moderada. Las cavidades derechas eran de dimensiones normales. En la unión auriculoventricular derecha, por debajo de la válvula tricúspide, se observaba una masa ecogénica ligada al septo interauricular bajo, de 2,7 × 1,7 cm y que prolapsaba a través de la válvula tricúspide en diástole (fig. 1), así como IT severa con presión sistólica de arteria pulmonar de 80 mmHg.

Ante la sospecha de que esta imagen pudiera corresponder a una verruga secundaria a una endocarditis derecha se pautaron inicialmente antibióticos de forma empírica en espera de los resultados de los hemocultivos, que llegaron posteriormente positivos para *Staphylococcus.*

El paciente evolucionó rápidamente hacia una situación de fallo cardíaco refractario y shock cardiogénico, falleciendo al tercer día de su ingreso.

En el examen autópsico la válvula aórtica apareció calcificada de forma importante, observándose en la valva no coronaria la presencia de tejido friable compatible con verruga, y existiendo en el espesor de la pared de esta zona material de aspecto trombótico que se relacionaba con un trombo organizado, adherido y pediculado en la aurícula derecha (fig. 2). El análisis microscópico confirmó el examen macroscópico de endocarditis de válvula aórtica, abscesificación de la pared en contigüidad con la valva y material trombótico organizado en la aurícula derecha.

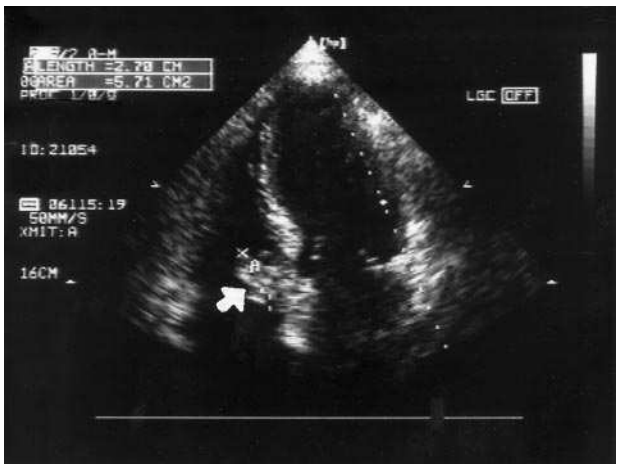

Fig. 1. Ecocardiograma bidimensional en proyección 4 cámaras apical. Se visualiza una masa ecogénica en aurícula derecha en la porción inferior del septo interauriculoventricular (flecha).

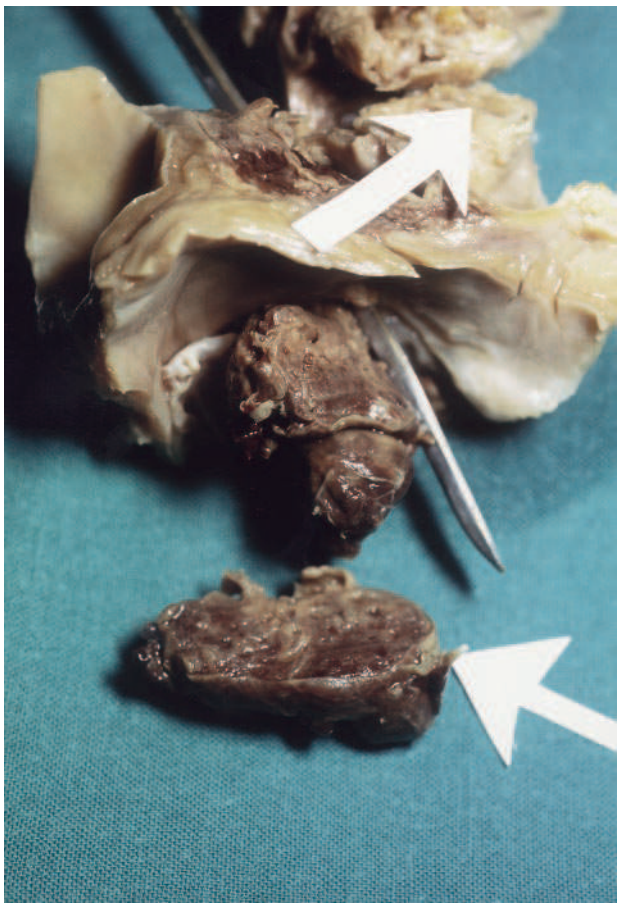

Fig. 2. Pieza autópsica donde se visualiza una fístula de aorta a aurícula derecha (sonda) con trombo en su salida (flecha de la derecha). La flecha de la izquierda señala la verruga aórtica.

DISCUSIÓN

Los abscesos miocárdicos son esencialmente perivalvulares y complican el 20-30% de las endocarditis. Son mucho más frecuentes a nivel valvular aórtico, y se presentan fundamentalmente en endocarditis sobre válvula aórtica prótesica[2].

La porción derecha de la valva aórtica sigmoidea posterior (no coronaria) se inserta sobre la parte alta del septo membranoso, lo que explica la fácil propagación de la infección de la válvula aórtica a esta zona. Esta porción del septo está formada únicamente por la unión de los endocardios del corazón derecho e izquierdo, no superando su espesor los 2 mm, lo que explica la facilidad con que se perfora. Su parte izquierda corresponde en su totalidad al ventrículo izquierdo, pero en su parte derecha existen dos segmentos separados por la válvula tricúspide, uno interventricular y otro interauriculoventricular. Estos datos anatómicos justifican la posible fistulización hacia la aurícula derecha como complicación de una endocarditis aórtica, siendo los factores que parecen favorecer la perforación de un absceso el carácter agudo de la endocarditis y la virulencia del germen, casi siempre *Staphylococcus*[4].

Asimismo, el haz de His atraviesa el septo membranoso y se bifurca en su parte inferior, lo que explica los trastornos de la conducción auriculoventricular que acompañan tan a menudo a los abscesos aórticos (en torno al 75%)[4].

Nuestro paciente presentaba una endocarditis aguda sobre una válvula aórtica nativa estenótica con la formación de un absceso en el tabique interauriculoventricular y la posterior fistulización a aurícula derecha. En esta cavidad se fue organizando un trombo pediculado desde el orificio de la fístula, dando una imagen ecocardiográfica de masa. Ante este hallazgo se valoraron una serie de diagnósticos diferenciales como trombos, endocarditis derecha, e incluso tumor cardíaco tipo mixoma. En el contexto general del paciente nos inclinamos por el diagnóstico de probable verruga auricular derecha, siendo finalmente el examen autópsico el que estableció el diagnóstico final de trombo auricular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Behnam R. Aortico-left atrial fistula in aortic valve endocarditis. Chest 1992; 102: 271-273.
2. Witchitz S. Endocardite infectieuse: le moment de la chirurgie. Presse Med 1995; 24: 113-117.
3. Loire R, Madonna O, Tabib A. Les abcès cardiaques dans l'endocardite infectieuse. A propos de 25 cas anatomo-cliniques. Arch Mal Coeur 1985; 8: 1.216-1.222.
4. Ollitrault J, Pitel C, De Place C, Le Guerrier A, Rioux C, Daubert JC et al. Communications ventricule gauche-oreillette droite acquises au cours des endocardites bactériennnes. Arch Mal Coeur 1985; 12: 1.833-1.839.