

Diseción auricular izquierda y endocarditis infecciosa

María Lourdes Cordero Lorenzana, José Manuel López Pérez, Eleuterio Merayo Macías, José Manuel Gulías López y Jovita Paz Rodríguez

Servicio de Medicina Intensiva y Unidad Coronaria. Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

diseción aneurismática/ endocarditis infecciosa/ infecciones estafilocócicas/ válvula mitral

Presentamos el caso clínico de un paciente en el que se produjo la diseción de una de las paredes de la aurícula izquierda en el seno de una endocarditis infecciosa por *Staphylococcus aureus*. El ecocardiograma transesofágico permitió objetivar la diseción de la pared auricular en un paciente diagnosticado previamente de endocarditis con afectación de las válvulas mitral y aórtica. Esta patología había sido descrita como complicación en la cirugía reparadora de la válvula mitral, pero no en el seno de una endocarditis infecciosa.

LEFT ATRIAL DISSECTION AND INFECTIVE ENDOCARDITIS

A rare case of left atrial dissection as a consequence of infectious endocarditis is reported. We present a patient with infectious endocarditis with involvement of mitral and aortic valves; in whom the trans-esophageal echocardiography was able to visualise the left atrial dissection. This complication has been reported after surgical repair of the mitral valve, but never in infectious endocarditis.

(*Rev Esp Cardiol* 1998; 51: 402-403)

INTRODUCCIÓN

La endocarditis mitral es una grave enfermedad, que en ocasiones produce complicaciones severas como insuficiencia mitral, trastornos del ritmo cardíaco y fenómenos embólicos. La diseción de la pared posterior de la aurícula izquierda es una entidad infrecuente y grave que ha sido descrita como complicación asociada a la cirugía de la válvula mitral. Presentamos un caso infrecuente de diseción de la pared de la aurícula izquierda secundaria a endocarditis infecciosa por *Staphylococcus aureus* sobre válvula mitral nativa.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente varón de 66 años de edad, que como antecedentes personales de interés había presentado, hace 20 años, quemaduras en miembros inferiores con necesidad de injerto de piel en las extremidades. Desde hace 7 días presenta síndrome general con sensación febril. Ingresa en la unidad de cuidados

intensivos por bajo nivel de conciencia precisando ventilación mecánica. En los hemocultivos se aísla *Staphylococcus aureus* meticilín sensible, y en el ecocardiograma transesofágico (ETE) al ingreso se objetivan lesiones indicativas de endocarditis sobre válvula mitral y válvula aórtica y absceso en la valva posterolateral sobre válvula mitral con insuficiencia mitral (IM) secundaria (fig. 1). Se inicia tratamiento antibiótico intravenoso con cloxacilina a la dosis de 2 g cada 4 h y gentamicina 1,7 mg/kg de peso cada 8 h inicialmente y después según las concentraciones séricas. A las 48 h de ingreso el paciente presenta un cuadro de hipotensión arterial severa e insuficiencia respiratoria severa por edema agudo de pulmón.

Se realiza un nuevo ETE de control que demuestra IM severa aguda secundaria a prolapso de la valva posterolateral de la válvula mitral e imagen en la aurícula izquierda indicativa de diseción de pared auricular (fig. 2). Se indica cirugía urgente y el paciente fallece por insuficiencia respiratoria y shock en el preoperatorio.

DISCUSIÓN

La endocarditis infecciosa sobre válvula cardíaca nativa o protésica, especialmente cuando el germen causante es *Staphylococcus aureus*, da lugar a complicaciones locales en las válvulas cardíacas y sistémicas,

Correspondencia: Dr. J.M. López Pérez.
Servicio de Medicina Intensiva y Unidad Coronaria.
Hospital Juan Canalejo.
Xubias de Arriba, 84. 15006 La Coruña.

Recibido el 19 de mayo de 1997.
Aceptado para su publicación el 27 de junio de 1997.

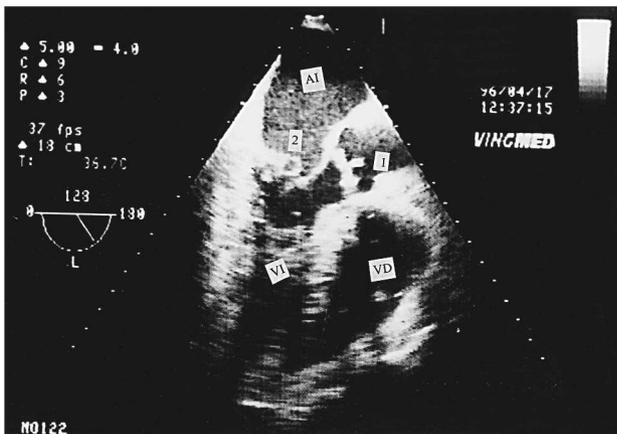


Fig. 1. Ecocardiograma transesofágico (ETE): observamos una imagen indicativa de vegetación en la válvula aórtica (1). En la válvula mitral se visualiza el absceso valvular (2); AI: aurícula izquierda; VD: ventrículo derecho; VI: ventrículo izquierdo.

principalmente en relación con episodios embólicos. El ecocardiograma, sobre todo por vía transesofágica, ha asumido un papel cada vez más importante en la detección de lesiones valvulares¹. Se ha descrito en relación con endocarditis infecciosa la presencia, entre otros, de abscesos, pequeños aneurismas, fístulas e incluso dehiscencias con posterior perforación valvular. Presentamos un caso en el que la endocarditis infecciosa produjo disección de la pared de la aurícula izquierda siendo esto una rara pero posible complicación en la endocarditis infecciosa probablemente por propagación del absceso en la válvula. La mayor parte de las infecciones sobre la piel (quemaduras o heridas) están originadas por gérmenes cocos grampositivos, principalmente *Staphylococcus aureus*² que frecuentemente genera una bacteriemia con el subsiguiente riesgo de endocarditis infecciosa. Es importante resaltar la agresividad de *Staphylococcus aureus* con respecto a otros gérmenes por su rápida destrucción en el aparato valvular. Sólo se han descrito cuatro casos de disección de la pared de la aurícula izquierda en la biblio-

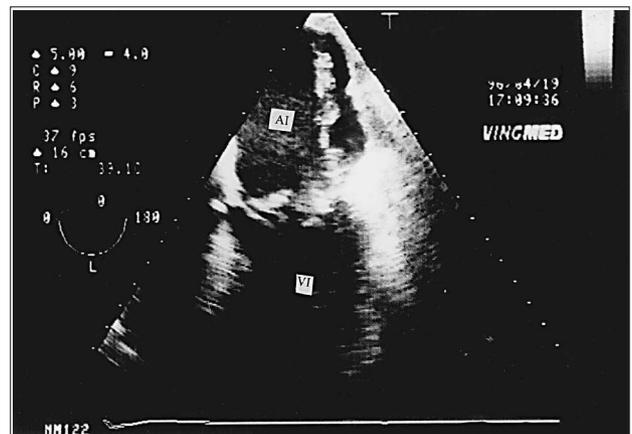


Fig. 2. ETE de control: disección de pared auricular izquierda; AI: aurícula izquierda; VI: ventrículo izquierdo.

grafía biomédica: tres casos relacionados con cirugía sobre la válvula mitral³⁻⁵ y otro caso después de un masaje cardíaco externo⁶ en un paciente sometido a sustitución valvular mitral reciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shanewise JS, Martin RP. Assessment of endocarditis and associated complications with transesophageal echocardiography. *Crit Care Clin* 1996; 12: 411-427.
2. Mukhdomi GJ, McCauley RL, Desai MH, Mitchell AT, Herndon DN. Cellulitis associated with burn scars. *J Burn Care Rehabil* 1996; 17: 346-350.
3. Maeda K, Yamashita C, Shida T, Okada M, Nakamura K. Successful surgical treatment of dissection left atrial aneurysma after mitral valve replacement. *Ann Thorac Surg* 1985; 39: 382-384.
4. Sekino Y, Sadahiro M, Tabayashi K. Successful surgical repair of left atrial dissection after mitral valve replacement. *Ann Thorac Surg* 1996; 61: 1.528-1.530.
5. Lukacs L, Kassai I, Lengye M. Dissection of the atrial wal after mitral valve replacement. *Tex Heart Inst J* 1996; 23: 62-64.
6. Romfh RF, Paplanus SH. Dissecting aneurysm of left atrium following external cardiac massage. *JAMA* 1979; 241: 1.151.