

Una vez realizado el diagnóstico de un quiste hidatídico en el corazón, la cirugía inmediata es el tratamiento de elección, dado el posible riesgo de rotura y anafilaxis. Los quistes pueden romperse también a la cavidad pericárdica y causar un derrame pericárdico o un taponamiento y la formación de quistes hijos³. En nuestro caso, la paciente fue operada y recibió tratamiento médico con un fármaco antiparasitario.

Mehmet Ozkan^a, Mehmet Ali Astarcioglu^{a,*}, Altug Tuncer^b, Ozan GURSOY^a y Ahmet Cagri Aykan^a

^aDepartment of Cardiology, Kosuyolu Kartal Heart Training and Research Hospital, Estambul, Turquía

^bDepartment of Cardiovascular Surgery, Kosuyolu Kartal Heart Training and Research Hospital, Estambul, Turquía

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: maliastarcioğlu@hotmail.com (M.A. Astarcioglu).

On-line el 23 de julio de 2011

BIBLIOGRAFÍA

1. Bayezid O, Ocal A, Isik O, Okay T, Yakut C. A case of cardiac hydatid cyst localized on the interventricular septum and causing pulmonary emboli. J Cardiovasc Surg (Torino). 1991;32:324-6.
2. Elorriaga A, Rubio A, Bóveda J. Quiste hidatídico pericárdico aislado como hallazgo casual. Rev Esp Cardiol. 2011;64:430-1.
3. Lainez B, Ruiz V, Berjón J, Lezaun R. Pericarditis purulenta complicada con taponamiento cardiaco secundario a quiste hidatídico hepático abscesificado. Rev Esp Cardiol. 2009;62:948-9.

doi: 10.1016/j.recesp.2011.04.009

Ecocardiografía transesofágica tridimensional en tiempo real en la valoración anatómica de la regurgitación mitral compleja secundaria a endocarditis

Real Time Three-Dimensional Transesophageal Echocardiography in the Anatomical Assessment of Complex Mitral Valve Regurgitation Secondary to Endocarditis

Sra. Editora:

La introducción de la ecocardiografía tridimensional en tiempo real (3DTR) ha mejorado notablemente la visualización de las

estructuras cardíacas, especialmente de la válvula mitral¹. Diversas publicaciones han mostrado que la ecocardiografía 3DTR proporciona información adicional en la evaluación de la endocarditis en válvulas protésicas², y la ecocardiografía transesofágica (ETE) 3DTR es superior a la imagen ETE bidimensional (2D) en la detección de vegetaciones y complicaciones añadidas³.

Comunicamos nuestra experiencia en el uso de la ETE3DTR en el diagnóstico de la regurgitación mitral (RM) «compleja» en varios casos pertenecientes a nuestra serie de pacientes sometidos a reparación valvular mitral tras endocarditis.

Presentamos a un paciente de 66 años de edad que ingresó por fiebre prolongada y hemocultivos positivos para *Streptococcus faecalis*.

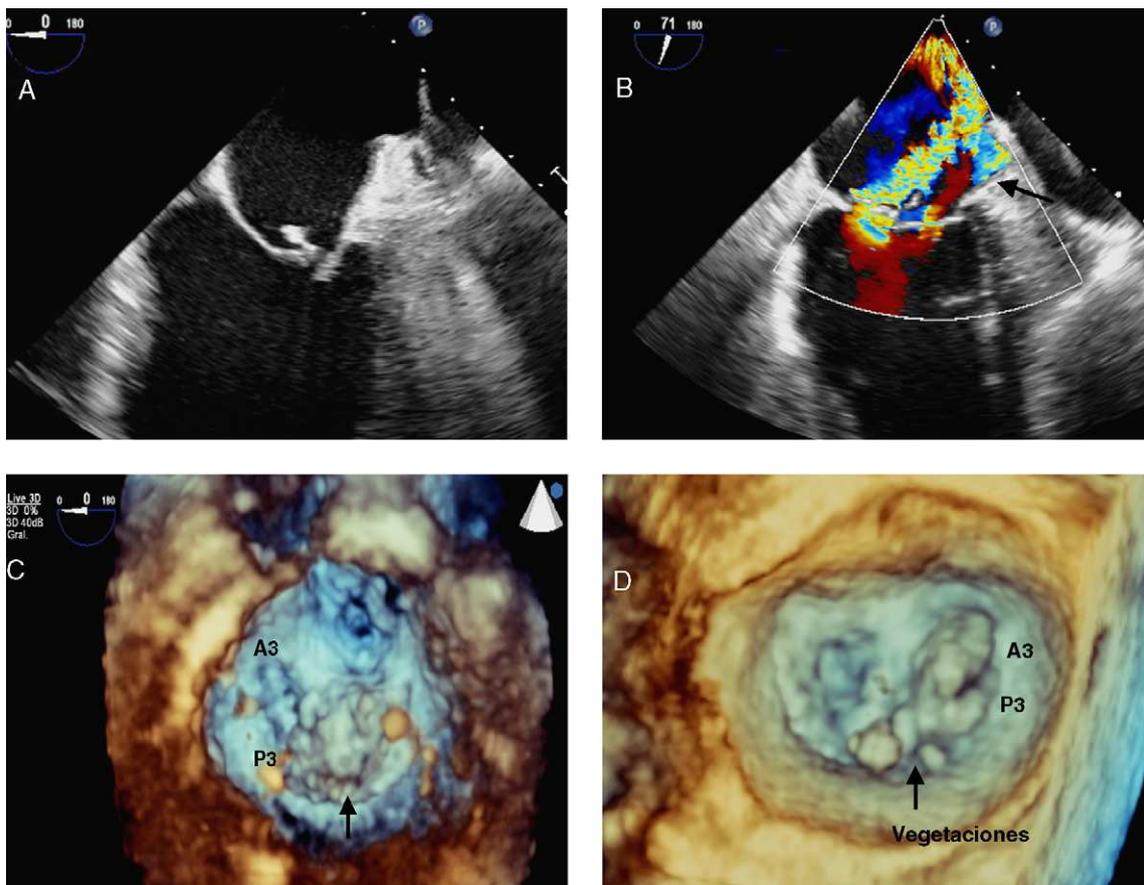


Figura 1. A: ecocardiografía transesofágica bidimensional 0°. B: ecocardiografía transesofágica bidimensional, plano bicomisural 70°, Doppler color. C: ecocardiografía transesofágica tridimensional de la válvula mitral desde la cara ventricular. D: ecocardiografía transesofágica tridimensional de la válvula mitral desde la cara auricular.

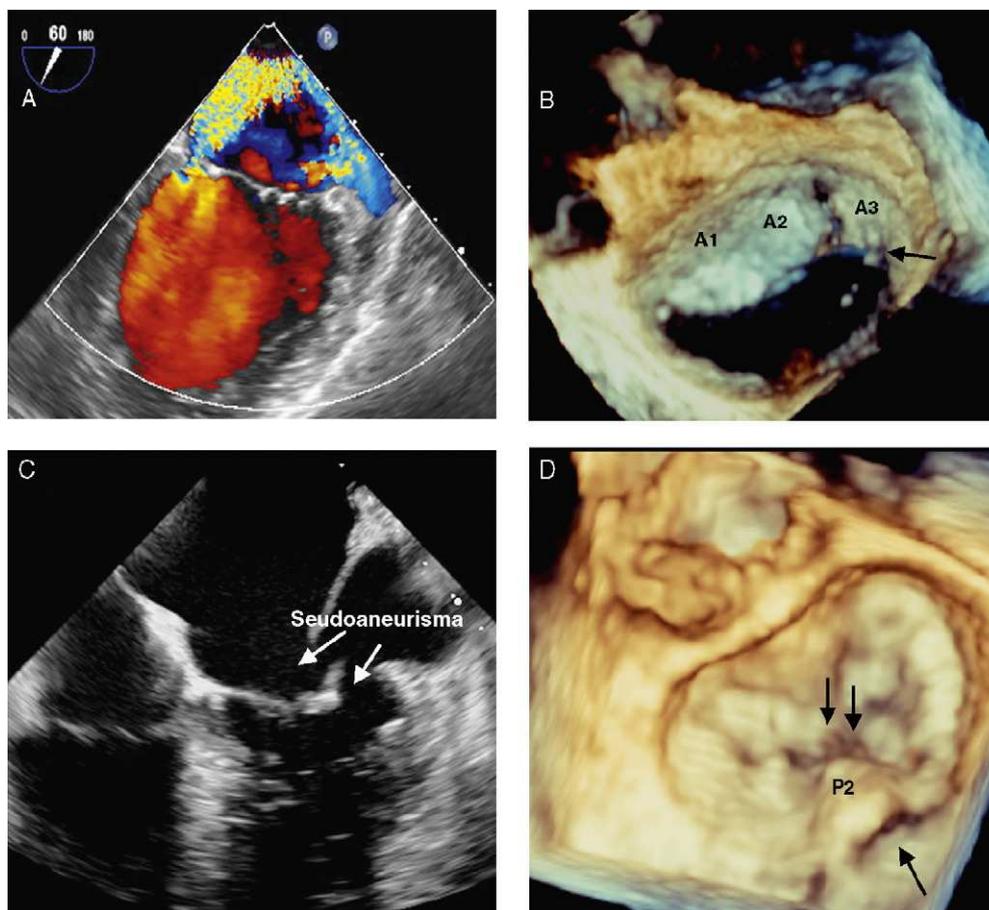


Figura 2. A: ecocardiografía transesofágica bidimensional, plano bicomisural 60°, Doppler color. B: ecocardiografía transesofágica tridimensional de la válvula mitral desde la perspectiva auricular. C: ecocardiografía transesofágica bidimensional 0°. D: ecocardiografía transesofágica tridimensional de la válvula mitral desde la perspectiva auricular.

El ecocardiograma transtorácico muestra un ventrículo izquierdo (VI) dilatado, con diámetro telediastólico de 58 mm, fracción de eyección del 58% y acinesia inferobasal. ECG con patrón de infarto de miocardio inferior evolucionado y silente.

La ETE2D (fig. 1A, vídeo 1) muestra una restricción de la movilidad del velo mitral posterior (VMP) y la presencia de una vegetación en la cara auricular del velo mitral anterior (VMA). En el plano bicomisural (fig. 1B) se detecta un chorro de regurgitación a nivel comisural posterior y un segundo chorro (flecha) en la cara lateral de la aurícula izquierda (AI), secundaria a la restricción del VMP de origen isquémico funcional.

La perspectiva ventricular de la válvula mitral en ETE3DTR (fig. 1C) muestra ausencia de coaptación de los velos (flecha) y menor ecogenicidad a nivel comisural posterior, que indica prolapso y se confirma con la visión desde la cara auricular, que muestra un prolapso amplio de los festones A3-P3 y múltiples vegetaciones (flecha) a nivel de festones medios y posteriores de ambos velos (fig. 1D).

La coronariografía muestra una oclusión crónica del ramo posterolateral de la arteria coronaria derecha.

En la cirugía se confirman los hallazgos de la ETE3DTR y se realiza una sutura *edge-to-edge* en A3-P3, resección de vegetaciones e implante de anillo rígido n.º 28. En el ETE intraoperatorio no se detecta RM y el área mitral tras la reparación es de 1,7 cm².

Presentamos a una segunda paciente de 26 años, remitida desde otro hospital para cirugía de reparación mitral y diagnosticada 6 meses antes de perforación del VMA secundaria a endocarditis por *Streptococcus mitis*. En la ETE2D en plano

bicomisural (fig. 2A), se registra un chorro de regurgitación localizado a nivel comisural posterior. En la ETE3DTR (fig. 2B) y desde la cara auricular, se observa una hendidura (*cleft*) mitral entre los festones A2-A3 y la presencia de cuerdas rotas a nivel comisural posterior (flecha).

En el acto quirúrgico se confirman estos hallazgos y se realiza sutura del *cleft* y anuloplastia con anillo rígido n.º 30. No hay RM residual.

Presentamos a una tercera paciente de 60 años con antecedentes de mieloma múltiple y portadora de reservorio venoso. Dos meses antes había presentado bacteriemia por *Staphylococcus aureus* secundaria a infección del reservorio.

Es remitida desde otro centro con el diagnóstico de absceso en anillo mitral posterior con fistulización a AI y VI.

En la ETE2D (fig. 2C) se observa una cavidad situada lateralmente al velo mitral posterior y correspondiente a un pseudoaneurisma, con rotura a AI y perforación del VMP (flechas). En la ETE3DTR (fig. 2D, vídeo 2), se observa, desde la cara auricular, una perforación en la base del VMP a nivel del festón P2 (flecha), la presencia de cuerdas rotas (flechas) en la unión A2-P2 y prolapso de este último festón. Con Doppler color, se detecta la perforación del pseudoaneurisma en AI y un segundo chorro excéntrico de dirección anterior en relación con el prolapso del VMP (vídeo 3).

Se interviene quirúrgicamente, con obliteración de la cavidad pseudoaneurismática y cierre de la comunicación con AI y de la perforación del VMP. Se confirma un prolapso de la unión P2-3 y rotura de cuerdas en A2, y se implantan dos neocuerdas, se practica anastomosis *edge-to-edge* en comisura posterior y se coloca un

anillo rígido completo n.º 30, con buen resultado en la ETE intraoperatoria.

La incidencia estimada de endocarditis en la población general oscila desde 16 a 62 casos/millón de personas/año. Aunque la sustitución valvular mitral se propone desde hace muchos años en el tratamiento de la endocarditis mitral, más recientemente se ha popularizado la reparación de la válvula mitral, y una reciente revisión ha confirmado los buenos resultados en pacientes con endocarditis⁴.

En ocasiones la endocarditis mitral se presenta con una afección extensa y compleja, por lo que es necesario un conocimiento exhaustivo de la anatomía, los mecanismos y la gravedad de la regurgitación valvular.

Según nuestra experiencia inicial, la ETE3DTR es especialmente útil en pacientes con RM compleja y mecanismo múltiple, mejora los hallazgos obtenidos con la ETE2D y aporta al cirujano una información de gran relevancia para una adecuada reparación valvular.

MATERIAL ADICIONAL



Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.recesp.2011.04.021](https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.04.021).

Francisco López-Pardo*, Antonio González-Calle, José López-Haldón, Juan Acosta-Martínez, Diego Rangel-Sousa y María J. Rodríguez-Puras

Área del Corazón, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: fjlopezp@telefonica.net (F. López-Pardo).

On-line el 2 de agosto de 2011

BIBLIOGRAFÍA

1. Sugent L, Sheman SK, Weinert L, Shook D, Raman J, Jeevanandam V, et al. Real-time three-dimensional transesophageal echocardiography in valve disease: comparison with surgical findings and evaluation of prosthetic valves. *J Am Soc Echocardiogr.* 2008;21:1347-54.
2. Tsang W, Weinert L, Kronzon I, Lang RM. Ecocardiografía tridimensional en la evaluación de las válvulas protésicas. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64:1-7.
3. Hansalia S, Biswas M, Dutta R, Hage FG, Hsiung M, Nanda NC, et al. The value of live/real time three-dimensional transesophageal echocardiography in the assessment of valvular vegetations. *Echocardiography.* 2009;26:1264-73.
4. Feringa HH, Shaw LJ, Poldermans D, Hoeks S, Van der Wall EE, Dion RA, et al. Mitral valve repair and replacement in endocarditis: a systematic review of literature. *Ann Thorac Surg.* 2007;83:564-71.

doi: 10.1016/j.recesp.2011.04.021

Estimulación en el tracto de salida de ventrículo derecho en pacientes con persistencia de vena cava superior izquierda

Outflow Tract Right Ventricular Pacing in Patients With a Persistent Left Superior Vena Cava

Sra. Editora:

La persistencia de la vena cava superior izquierda (VCSI) es una anomalía congénita relativamente frecuente, con una prevalencia estimada en torno al 0,5%. En los sujetos con cardiopatías congénitas alcanza casi el 5% y en un 10% no existe vena cava superior derecha.

En la literatura hay numerosos casos clínicos y algunas series pequeñas de implante de un marcapasos o un desfibrilador a través de una VCSI. Todas coinciden en describir las particularidades técnicas para conseguir ubicar en un sitio estable el electrocáteter de estimulación¹⁻³. Algunas de ellas proponen una técnica concreta para ubicar la sonda-electrodo en el ápex del ventrículo derecho (AVD)⁴. Sin embargo, hasta la fecha existen pocas comunicaciones que describan la posibilidad de implantar el electrocáteter en la región del tracto de salida del ventrículo derecho (TSVD) y su técnica⁵.

A continuación presentamos 2 casos en los que se realizó el implante de la sonda-electrodo de marcapasos a través de la VCSI consiguiendo situarla en el TSVD.

El primer caso era una mujer de 72 años, con antecedentes personales de obesidad e hipertensión arterial, que ingresó por clínica de astenia de varias semanas de evolución. En el electrocardiograma (ECG) y la posterior monitorización electrocardiográfica, se documentó la alternancia entre un ritmo de la unión auriculoventricular (AV) a 45 lat/min y bradicardia sinusal con hemibloqueo anterior izquierdo. Se realizó una ecocardiografía, que objetivó hipertrofia ventricular izquierda concéntrica ligera con función sistólica conservada. En el estudio electrofisiológico se documentó un intervalo HV de 60 ms y un tiempo de recuperación del nodo sinusal corregido ligeramente prolongado (600 ms), con pausas secundarias significativas (2.800 ms).

Se procedió a la implantación de un marcapasos definitivo bicameral por vena axilar izquierda, y al canalizarla se sospechó la persistencia de la VCSI por el trayecto de la guía, que se confirmó con venografía. Se decidió realizar el implante de los electrocáteteres a través de esta. Se insertó primero un electrocáteter de fijación activa de 58 cm (Medtronic Capsure Fix 5076) con electrodo distal en TSVD, usando para ello un estilete preformado manualmente con curva de 180° a unos 4 cm de su punta, y en segundo lugar un electrocáteter de fijación activa de 52 cm (Medtronic Capsure Fix 5076) con electrodo distal en la aurícula derecha (AD) lateral alta, usando para ello un estilete preformado manualmente con una curva de unos 60° a unos 3 cm de la punta. Ambos mostraban unos parámetros eléctricos óptimos, por lo que se finalizó el procedimiento. En la evolución no se produjeron dislocaciones ni cambios en los parámetros de estimulación (figs. 1 y 2).

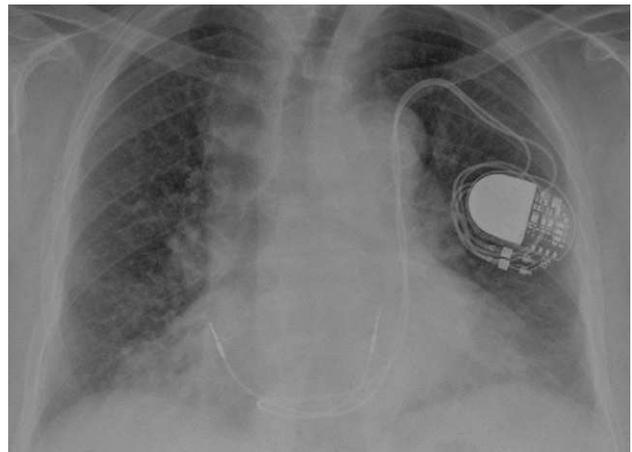


Figura 1. Radiografía de tórax posteroanterior, con electrocáteteres de estimulación a través de la vena cava superior izquierda. Electrodo distal ventricular anclado al tracto de salida del ventrículo derecho.