

contaminación<sup>5</sup>. Las alteraciones electrocardiográficas y radiológicas son similares a las descritas<sup>1,2</sup>. Sólo se han descrito los ecocardiogramas de 2 pacientes con pericarditis infecciosa por *P. acnes*, ambos con derrame pericárdico<sup>1,2</sup>. Mookadam et al<sup>3</sup> publicaron que 34 de sus 49 casos de pericarditis por *P. acnes* necesitaron cirugía. Sin embargo, no especifican el tipo de cirugía realizada. En el único caso en que se describe la cirugía se realizó pericardiectomía parcial<sup>1</sup>. Tres de nuestros pacientes precisaron una amplia resección pericárdica y una epicardiectomía parcheada. El infiltrado inflamatorio y la fibrosis confirman que *P. acnes*, a pesar de su escasa virulencia, posee propiedades inmunoestimuladoras del sistema mononuclear fagocítico, que produce mediadores inflamatorios como las metaloproteasas y el factor de necrosis tumoral alfa<sup>6</sup>. Este microorganismo se ha asociado a enfermedades inflamatorias como la sarcoidosis. Esto explicaría la necesidad de combinar AINE, colchicina y corticoides. La doxiciclina se eligió como antimicrobiano de mantenimiento por su capacidad para inhibir las metaloproteasas de *P. acnes*<sup>6</sup>.

El tratamiento antibiótico se prolongó, pues *P. acnes* resiste la fagocitosis como microorganismo intracelular; la duración no está definida, aunque consideramos necesario un mínimo de 4 semanas, y prolongarlo hasta varios meses en caso de recaída.

El tipo de respuesta pericárdica a la infección por *P. acnes* remeda la pericarditis tuberculosa, también con tendencia a la constricción. Se debe incluir *P. acnes* en el diagnóstico diferencial de la pericarditis constrictiva o síndrome efusivo-constrictivo de causa idiopática, viral y posquirúrgica, cuya incidencia está aumentando los últimos años. Es esencial prolongar el tiempo de incubación de las muestras quirúrgicas o utilizar técnicas de reacción en cadena de polimerasa (PCR) para descartar infección por *P. acnes*<sup>4</sup>.

Daniel Mesado<sup>a,\*</sup>, Cristina Sarriá<sup>a</sup>, Juan Bustamante<sup>b</sup>  
José E. Rodríguez<sup>c</sup>, Lourdes Domínguez<sup>d</sup> y María José Olivera<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Servicios de Medicina Interna-Infeciosas, Hospital de la Princesa, Madrid, España

<sup>b</sup>Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital de la Princesa, Madrid, España

<sup>c</sup>Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Ruber Internacional, Madrid, España

<sup>d</sup>Servicio de Cardiología, Hospital de la Princesa, Madrid, España

<sup>e</sup>Servicio de Radiología, Hospital de la Princesa, Madrid, España

\*Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [daniel.mesado@telefonica.net](mailto:daniel.mesado@telefonica.net) (D. Mesado).

On-line el 20 de enero de 2013

## BIBLIOGRAFÍA

- Iseki H, Kayaba Y, Tamura T, Uzawa H, Suko Y, Miyamoto K. Localized pericarditis with calcifications mimicking a pericardial tumor. *Intern Med.* 1999;38:355-8.
- Parikh SV, Memen N, Echols M, Shah J, McGuire DK, Keeley EC. Purulent pericarditis: report of 2 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore).* 2009;88:52-65.
- Mookadam F, Moustafa SE, Sun Y, Wilson FC, Mohammed SS, Park S, et al. Infectious pericarditis: an experience spanning a decade. *Acta Cardiol.* 2009;64:297-302.
- Guío L, Sarriá C, De las Cuevas C, Gamallo C, Duarte J. Endocarditis crónica sobre válvula protésica por *Propionibacterium acnes*: una causa insospechada de disfunción protésica. *Rev Esp Cardiol.* 2009;62:167-77.
- Pozo E, Vilacosta I, Cañadas MV, Del Trigo M, Silva J, Rodríguez E. Enderteritis infecciosa crónica por *Propionibacterium acnes* sobre tubo protésico aórtico. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65:194-5.
- Choi JY, Piao MS, Lee JB, Oh JS, Kim IG, Lee SC. *Propionibacterium acnes* stimulates pro-matrix metalloproteinase-2 expression through tumor necrosis factor-alpha in human dermal fibroblasts. *J Invest Dermatol.* 2008;128:846-54.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2012.10.017>

## Implante de bioprótesis aórtica CoreValve<sup>®</sup> en un paciente con *situs inversus totalis* con dextrocardia

### CoreValve<sup>®</sup> Aortic Bioprosthesis Implantation in a Patient With Situs Inversus Totalis With Dextrocardia

Sra. Editora:

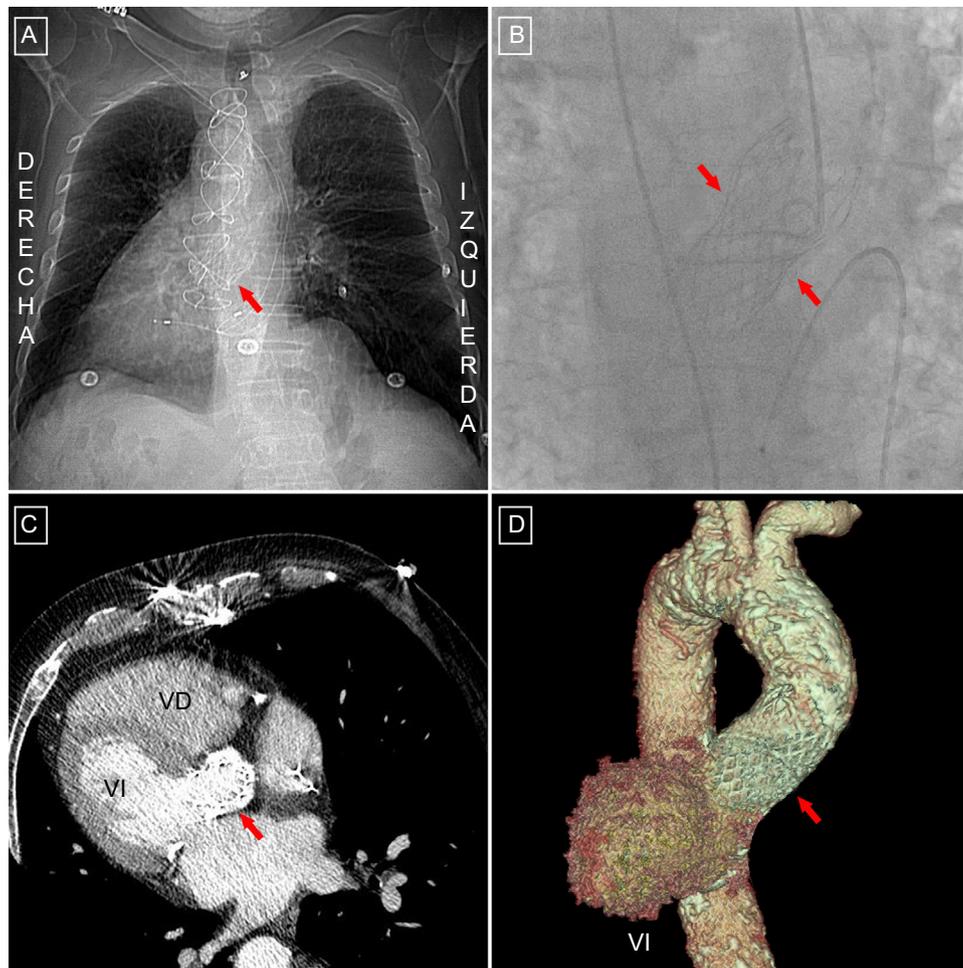
La dextrocardia ocurre en 1/12.000 gestaciones, de las cuales aproximadamente 1/3 se asocia a inversión (imagen en espejo) de los demás órganos viscerales (*situs inversus totalis*)<sup>1</sup>. En dichos casos, la inversión de la anatomía normal puede dificultar la realización de procedimientos intervencionistas guiados por fluoroscopia.

Presentamos el caso de un varón de 78 años con *situs inversus totalis* y estenosis aórtica grave sintomática, que fue referido a nuestro centro para implante transcáteter de válvula aórtica. El paciente había sido rechazado previamente para recambio valvular aórtico convencional por elevado riesgo quirúrgico (EuroSCORE logístico, 21%; aorta de porcelana). El procedimiento, que se realizó por vía femoral derecha, fue complejo debido a la inversión de la anatomía cardíaca. Para realizar la clásica ventriculografía de cinco segmentos, se utilizó una proyección de 30° oblicua izquierda (normalmente visualizada en una proyección de 30° oblicua derecha), y para alinear los tres senos de Valsalva, se utilizó una proyección oblicua de 10° caudal y 10° derecha. Tras realización de valvuloplastia aórtica con sobreestimulación ventricular, se implantó con éxito una bioprótesis autoexpandible CoreValve<sup>®</sup> (Medtronic, Irvine, California, Estados Unidos) de 29 mm. El

paciente volvió estable y asintomático a la unidad coronaria. Sin embargo, 24 h más tarde sufrió un taponamiento cardíaco secundario a perforación de la pared libre del ventrículo derecho por la sonda de marcapasos temporal, y requirió intervención quirúrgica. Tres días más tarde el paciente sufrió bloqueo auriculoventricular de alto grado, motivo por el cual se implantó un marcapasos bicameral definitivo. El paciente fue dado de alta 10 días más tarde, sin más incidencias (figura).

La dextrocardia es una alteración infrecuente de la posición cardíaca<sup>2</sup>. La mayor parte de los casos con *situs solitus* se asocian a otras malformaciones cardíacas o no cardíacas. Sin embargo, los casos con *situs inversus totalis* (como nuestro caso) habitualmente no presentan otras malformaciones asociadas<sup>1-3</sup>, por lo que no es infrecuente que lleguen a edades avanzadas en que la estenosis aórtica degenerativa es común.

La inversión de las estructuras cardiovasculares supone una dificultad añadida al procedimiento de implante percutáneo de válvula aórtica<sup>4</sup>. Las mayores dificultades pueden encontrarse a la hora de dejar el marcapasos temporal en una posición estable, al cruzar la válvula aórtica con la guía recta o al tratar de alinear los tres senos de Valsalva para valorar el correcto posicionamiento de la prótesis. De hecho, en nuestro caso el paciente sufrió una perforación diferida por el cable de marcapasos, lo cual pudo estar relacionado con un posicionamiento inadecuado. En casos como este, en que la alteración de la anatomía cardíaca puede dificultar la orientación espacial del operador, nosotros recomendamos un cuidadoso manejo de los catéteres y una minuciosa selección de las proyecciones angiográficas (habitualmente opuestas a las habituales en un paciente con levocardia<sup>5</sup>). En nuestro conocimiento,



**Figura.** A: radiografía de tórax anteroposterior. B: angiografía tras el implante en proyección de 10° caudal y 10° derecha. C: tomografía computarizada cardiaca. D: reconstrucción tridimensional. Las flechas señalan la prótesis CoreValve®. VD: ventrículo derecho; VI: ventrículo izquierdo.

este es el primer caso de implantación de bioprótesis aórtica CoreValve en un paciente con *situs inversus totalis*.

Rafael Romaguera<sup>a,\*</sup>, Gerard Roura<sup>a</sup>, Joan A. Gómez-Hospital<sup>a</sup>, Josep Gómez-Lara<sup>a</sup>, César Moris<sup>b</sup> y Ángel Cequier<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Cardiología Intervencionista, Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

<sup>b</sup>Departamento de Cardiología Intervencionista, Hospital Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: rafaromaguera@gmail.com (R. Romaguera).

On-line el 24 de enero de 2013

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bohun CM, Potts JE, Casey BM, Sandor GG. A population-based study of cardiac malformations and outcomes associated with dextrocardia. *Am J Cardiol.* 2007;100:305-9.
2. Icardo JM, Garcia Rincon JM, Ros MA. Malformaciones cardíacas, heterotaxia y lateralidad. *Rev Esp Cardiol.* 2002;55:962-74.
3. Perloff JK. The cardiac malpositions. *Am J Cardiol.* 2011;108:1352-61.
4. Palacios IF. Sustitución percutánea de válvula aórtica. Un enfoque multidisciplinario, la clave del éxito. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65 Supl 2:29-32.
5. López-Otero D, Teles R, Gómez-Hospital JA, Balestrini CS, Romaguera R, Saabi-Solano JF, et al. Implante percutáneo de válvula aórtica: seguridad y eficacia del tratamiento del homoinjerto aórtico disfuncionante. *Rev Esp Cardiol.* 2012; 65:350-5.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2012.10.018>

## Afección valvular cardiaca por dosis bajas de cabergolina en pacientes hiperprolactinémicos

### Valvular Heart Disease in Hyperprolactinemic Patients Treated With Low Doses of Cabergoline

Sra. Editora:

Entre 1992 y 1997<sup>1</sup> se describió una valvulopatía similar a la producida por tumores carcinoides con fibrosis, retracción y

calcificación en pacientes tratados con derivados ergotámicos (fenfluramina-fentermina). La activación de receptores de serotonina 5HT2B, ampliamente presentes en el endocardio valvular, y a través de vías de señalización mediadas por cinasas src, activan la mitogénesis de fibroblastos con producción aumentada de matriz extracelular y ocasionan los cambios histológicos típicos de esta valvulopatía restrictiva denominada *Phen-Fen* por su primera descripción<sup>2</sup>. En los últimos años se ha descrito también la aparición de este tipo de valvulopatía en pacientes tratados con agonistas dopaminérgicos con enfermedad de Parkinson<sup>3</sup> y, más