Cartas al Editor

Seudoaneurisma micótico de la aorta ascendente causado por *Candida albicans*

Mycotic Pseudoaneurysm of the Ascending Aorta Caused by Candida Albicans

Sra. Editora:

La infección aórtica, o aortitis, es una rara entidad que puede conducir a la formación de un aneurisma o seudoaneurisma micótico. Afecta a pacientes con enfermedad arteriosclerótica aórtica o que simultáneamente sufren endocarditis infecciosa[1], y es rara la aparición de esta entidad en pacientes que no tengan estos predisponentes. Además, si bien la infección de la pared aórtica puede conducir a dilatación aneurismática, es mucho más frecuente que se infecte un vaso que previamente se encuentra dilatado[1]. Los gérmenes que se aíslan con mayor frecuencia son diferentes especies de *Staphylococcus* y *Enterococcus* y *Streptococcus pneumoniae*[1]. La pared aórtica sana se afecta por gérmenes como *Staphylococcus aureus* y las especies de *Salmonella*[1]. La infección por *Candida* es extremadamente rara y ocurre en menos del 1% de los casos[2,3].

Un paciente de 72 años, que ingresó en la unidad coronaria por un cuadro compatible con un infarto agudo de miocardio inferoposterior evolucionado y no tenía antecedentes cardiológicos, había acudido al servicio de urgencias por un episodio de mareo y refiriendo haber presentado 48 h antes opresión precordial irradiada a la extremidad superior izquierda. El electrocardiograma presentaba ondas Q de necrosis en derivaciones inferiores y una R mayor que S en la derivación V2, y en la analítica se objetivaba elevación de troponina con creatincinasa normal por lo que, con el diagnóstico de infarto de miocardio inferoposterior evolucionado, ingresó en la unidad coronaria. Se realizó una ecocardiografía transtorácica, en la que se visualizaba una función conservada y acinesia mediobasal posterior e inferior; además hay imagen paracardiaca derecha de densidad líquida, con imagen de mayor densidad en su interior, que comprimía intensamente la aurícula derecha (fig. 1). Ante dicho hallazgo, se decidió realizar una tomografía computarizada (TC) torácica, en la que se visualizó un seudoaneurisma de raíz aórtica comunicado con la cavidad pericárdica, donde había un hematoma con imágenes aéreas en su interior compatibles con sobreinfección (fig. 2). Interpretamos el cuadro como un seudoaneurisma aórtico micótico sobre aorta no aneurismática contenido por pericardio y que probablemente comprometía a la coronaria derecha. Se decidió cirugía cardiovascular urgente, dados los signos ecocardiográficos de colapso parcial de cavidades derechas, con el objetivo de descomprimirlas y reparar el defecto en la pared

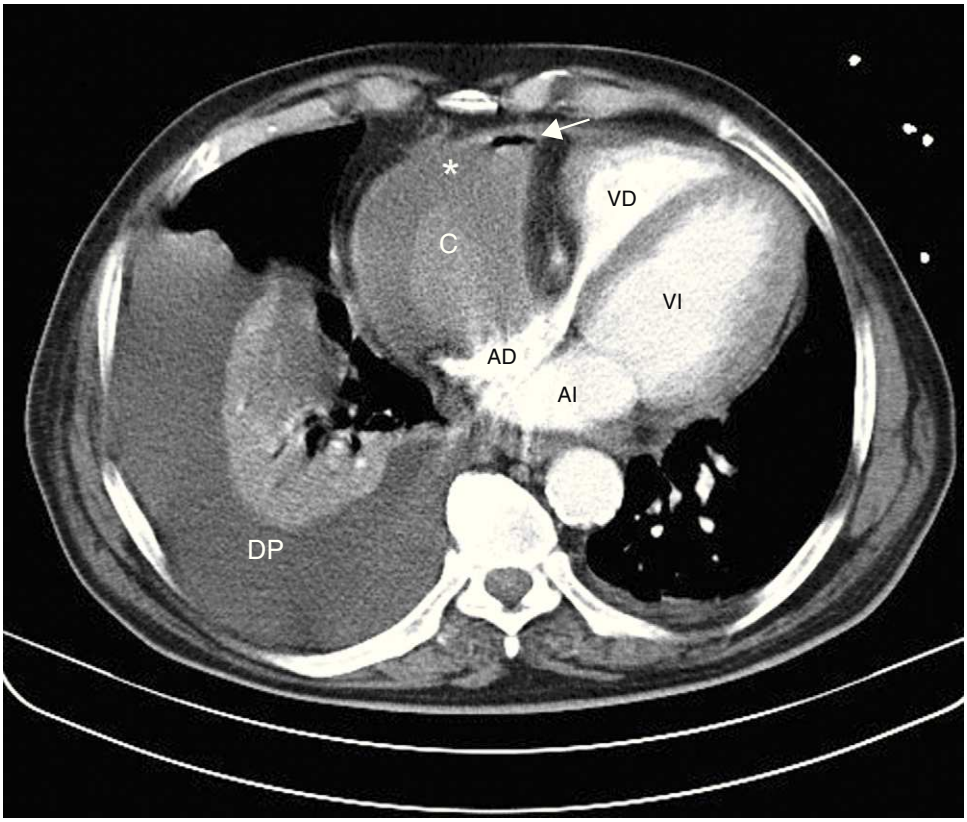

Figura 1. Imagen de tomografía computarizada torácica que muestra seudoaneurisma aórtico. Hay un hematoma en el pericardio (*), con coágulo organizado en su interior (C) que presenta burbujas aéreas (flecha). La aurícula derecha se encuentra comprimida. Derrame pleural de densidad mayor al agua, indicio de sangre o pus y atelectasia pulmonar de lóbulo inferior derecho. AD: aurícula derecha; AI: aurícula izquierda; DP: derrame pleural; VD: ventrículo derecho; VI: ventrículo izquierdo.

0300-8932/$ – see front matter © 2010 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

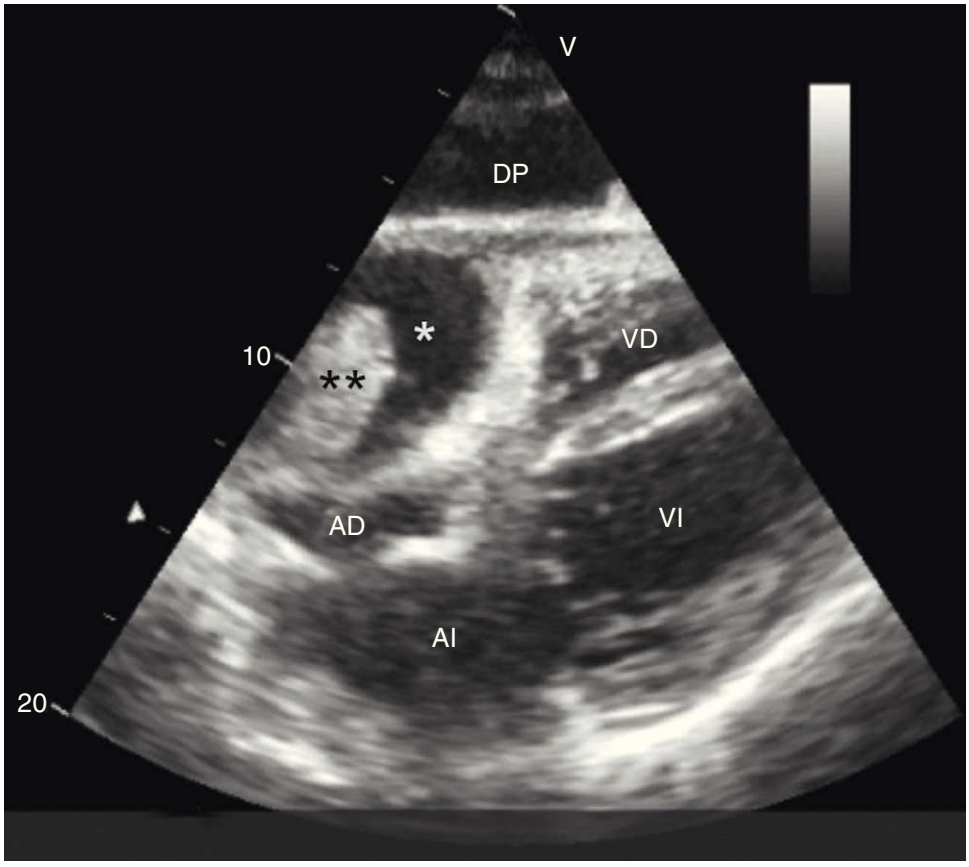

Figura 2. Plano subcostal de ecocardiograma transtorácico, que muestra una imagen paracárdica derecha de densidad líquida (*), con imagen sólida en su interior (**), todo ello en relación con seudoaneurisma comunicado a pericardio parcialmente trombosado. Este rechaza y comprime intensamente la aurícula derecha. Además, se visualiza el derrame pleural. AD: aurícula derecha; AI: aurícula izquierda; DP: derrame pleural; VD: ventrículo derecho; VI: ventrículo izquierdo.

aórtica. En la imagen de TC torácica, además había una calcificación extensa a nivel del tronco común y la descendente anterior, pero se desestimó hacer un cateterismo antes de la intervención por considerar elevado el riesgo, aunque se valoró realizar una TC multicorte, que no se llevó a cabo por no estar disponible. Durante la intervención, salieron hematoma y gran cantidad de material purulento al abrir el pericardio. El pericardio y el miocardio estaban engrosados e infiltrados. Se identificaron dos sitios de rotura aórtica en la pared anterior de la aorta ascendente, que se repararon con pericardio. En el cultivo de las muestras extraídas durante la intervención, creció *Candida albicans*. Se completó tratamiento antifúngico. Tras permanecer ingresado en nuestro hospital 1 mes, el paciente fue dado de alta en buena situación, que persistía al año de seguimiento.

En conclusión, el seudoaneurisma micótico es una afección de escasa prevalencia que, en ocasiones, puede tener manifestaciones atípicas. Ello hace que se deba mantener un elevado índice de sospecha para poder realizar un diagnóstico precoz que permita un tratamiento adecuado y, de esta forma, disminuir la mortalidad que conlleva.

Arantza Manzanal[a,*], Juan C. Ibáñez de Maeztu[a], Lara Ruiz[a] y Juan J. Gómez[b]

[a]*Servicio de Cardiología, Hospital de Basurto, Bilbao, Vizcaya, España*
[b]*Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital de Basurto, Bilbao, Vizcaya, España*

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: Arantza.manzanal@gmail.com (A. Manzanal).

On-line el 12 de abril de 2011

BIBLIOGRAFÍA

1. López RJ, Almeida J, Dias PJ, Pinho P, Maciel MJ. Infectius thoracic aortitis: a literature review. Clin Cardiol. 2009;32:488–90.
2. Vara J, Segovia E, Barriales V, Sanmartín JC, Hevia S. Pseudoaneurysm of the descending aorta caused by *Candida albicans*. Int J Cardiol. 1999;71:185–7.
3. Baruffi E, Pragliola C, Intonti M. Mycotic false aneurysm of the descending thoracic aorta due to *Candida albicans:* sucessful removal and in situ grafting. Tex Heart Inst J. 1986;13:459–62.

doi:10.1016/j.recesp.2010.11.019