

Archivos de Cardiología de México

Volumen
Volume **75**

Número
Number **3**

Julio-Septiembre
July-September **2005**

Artículo:

Comunicación interventricular y
endoarteritis valvular aórtica, como
causa de embolia sistémica y pulmonar

Derechos reservados, Copyright © 2005
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Otras secciones de
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



edigraphic.com

IMÁGENES EN CARDIOLOGÍA

Comunicación interventricular y endoarteritis valvular aórtica, como causa de embolia sistémica y pulmonar

Julio A Aguilar,* Carmen Summerson*

Palabras clave: Endocarditis infecciosa. Embolismo cardíaco. Comunicación interventricular.

Key words: Infective endocarditis. Cardiac embolic. Interventricular defect.

(Arch Cardiol Mex 2005; 75: 371-372)

Los eventos embólicos, constituyen una de las secuelas clínicas más frecuentes en pacientes con endocarditis infecciosa. Éstos se presentan en 22 a 49% de los casos. Durante la fase activa, las vegetaciones son friables y por ende pueden embolizar hacia los pulmones, cuando la infección afecta el lado derecho del corazón,^{1,2} o hacia la circulación sistémica, cuando la afección se localiza en el lado izquierdo, especialmente hacia cerebro, el corazón, el bazo y los riñones.^{3,4} Documentamos un caso poco frecuente, en un paciente con comunicación interventricular, que desarrolla endocarditis infecciosa de cavidades izquierdas, presentando embolismo sistémico, y pulmonar a través del defecto septal.

Se trata de paciente masculino de 28 años, con antecedente de cardiopatía congénita desde la infancia, sin control médico. Inicia 2 meses previos a su ingreso con fatiga, mialgias, y fiebre de predominio nocturno. Posteriormente presenta palpitaciones, edema de miembros inferiores y pérdida de peso. Es internado en el Hospital General Regional No. 20 IMSS de la Cd. de Tijuana, por deterioro de su clase funcional, dolor torácico intenso, y disnea progresiva. Además de dolor de inicio súbito en región poplítea izquierda. El examen físico inicial reveló la presencia de un soplo cardíaco, de tipo sistólico grado II, localizado en mesocardio con irradiación hacia

la región torácica derecha, en el foco aórtico un soplo sistólico grado I. A la exploración del miembro pélvico izquierdo, se observó una extremidad fría con marcada palidez de tegumentos, además de la ausencia del pulso pedio. Un electrocardiograma con taquicardia sinusal, crecimiento biventricular, alteraciones inespecíficas del segmento ST y cambios de la onda T, en derivaciones de V1 a V4. La radiografía de tórax mostró cardiomegalia grado II, con disminución de la vascularización pulmonar en hemitórax derecho, elevación del hemidiafragma derecho y una pequeña atelectasia en hemitórax izquierdo. El ecocardiograma mostró un defecto septal interventricular subaórtico, y una gran vegetación implantada en la válvula aórtica (*Figs. 1 y 2*). Una arteriografía de ilíaca izquierda con oclusión total por la presencia de un émbolo a nivel de arteria poplítea, requiriendo de embolectomía urgente. Un gammagrama pulmonar de tipo perfusorio, con defectos en el parénquima pulmonar, en región media y basal derecha, así como apical izquierda, con alta probabilidad para tromboembolia pulmonar. El paciente recibió manejo con doble esquema de antibiótico, así como de posterior cirugía cardíaca para cierre de defecto septal y cambio valvular aórtico. La evolución y recuperación posterior del paciente fueron satisfactorias.

* Servicios de Cardiología y Ecocardiografía del Hospital General Regional No. 20 del IMSS. Tijuana Baja California, México.

Correspondencia: Dr. Julio A. Aguilar Linares. Calle José Clemente Orozco 2468 int. 401. Zona Río. Tijuana, Baja California, México, Código Postal 22320. Tel.: (664) 634-77-06 e-mail: julioalb@att.net.mx

Recibido: 15 de septiembre de 2004

Aceptado: 22 de noviembre de 2004

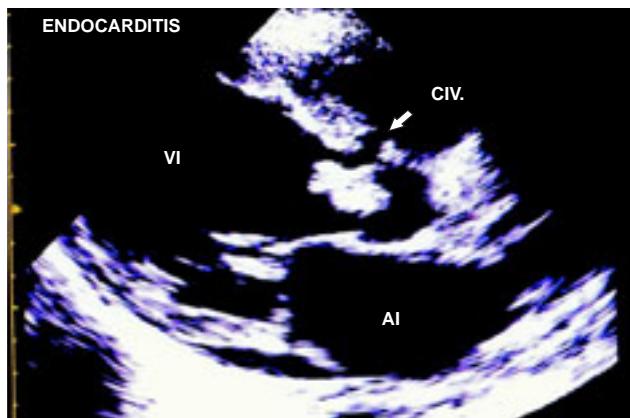


Fig. 1. Eco transtorácico en proyección longitudinal paraesternal, en diástole. Se observa la presencia de una comunicación interventricular, subaórtica, de aproximadamente 7 mm (flecha), y en el interior del tracto de salida del ventrículo izquierdo, una imagen vegetante de gran magnitud implantada sobre la válvula aórtica. AI = aurícula izquierda; CIV = comunicación interventricular; VI = ventrículo izquierdo.

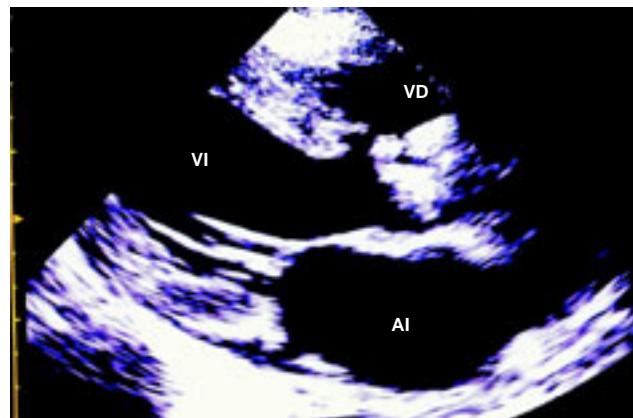


Fig. 2. Eco transtorácico en proyección longitudinal paraesternal en sístole, parte de la gran vegetación, que protruye hacia la comunicación interventricular. AI = aurícula izquierda; VD = ventrículo derecho; VI = ventrículo izquierdo.

Referencias

1. HECHT SR, BERGER M: *Right-sided endocarditis in intravenous drug users. Prognostic features in 102 episodes*. Ann Intern Med 1992; 117: 560-566.
2. AGUILAR JA, SUMMERSON C: *Endocarditis infecciosa en adictos a drogas intravenosas*. Arch Inst Cardiol Méx 2000; 70: 384-390.
3. ROBERTS WC, BUCHBINDER NA: *Healed left-sided infective endocarditis: a clinicopathologic study of 59 patients*. Am J Cardiol 1977; 40: 876-888.
4. SOUTO MCA, COTTER LLE, ASSAD GJ Y COLS.: *Endocarditis infecciosa en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" Experiencia de cinco años (1990-1994)*. Arch Inst Cardiol Méx 1977; 67: 46-50.