

Caso Clínico

## Reparación transaórtica de un aneurisma del velo anterior mitral como complicación de una endocarditis bacteriana

Rebeca Manrique<sup>a,\*</sup>, Arantza Alzueta<sup>b</sup>, José L. Ramírez<sup>b</sup>, María J. Iribarren<sup>c</sup>,  
Ramiro Montenegro<sup>a</sup> y Gregorio Rábago<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cardiología y Cirugía Cardíaca, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

<sup>b</sup> Facultad de Medicina, Universidad de Navarra, Pamplona, España

<sup>c</sup> Servicio de Anestesia y Reanimación, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 29 de diciembre de 2017

Aceptado el 15 de febrero de 2018

On-line el xxx

#### Palabras clave:

Válvula mitral

Aneurisma

Endocarditis bacteriana

Insuficiencia aórtica

Ecocardiograma transesofágico

### R E S U M E N

Los aneurismas de la válvula mitral son complicaciones infrecuentes de la endocarditis bacteriana. Presentamos el caso de una mujer de 88 años con insuficiencia aórtica moderada y aneurisma en el velo anterior de la válvula mitral, secundarios a endocarditis. Tras completar un ciclo de tratamiento antibiótico se realizó resección del aneurisma, reparación del velo anterior con parche de pericardio autólogo y sustitución valvular aórtica por bioprótesis, ambos procedimientos a través de la aortotomía. La paciente fue dada de alta en el noveno día postoperatorio, sin insuficiencia mitral en el ecocardiograma de control.

© 2018 Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Mitral valve aneurysm transaortic repair as a complication of bacterial endocarditis

#### A B S T R A C T

Mitral valve aneurysms are very rare complications of bacterial endocarditis. We present the case of an 88-year-old woman with moderate aortic insufficiency and an aneurysm in the anterior leaflet of the mitral valve secondary to endocarditis. After completing a full course of antibiotic, we performed through the aortotomy, mitral leaflet aneurysm resection, repairing the defect with an autologous pericardial patch, and aortic valve replacement by a bioprosthesis. The evolution of the patient was uneventful and was discharged on the ninth postoperative day.

© 2018 Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Paciente mujer de 88 años que ingresó por un cuadro de astenia y pérdida de 10 kg de peso de varios meses de evolución, sin fiebre ni otra sintomatología acompañante, con elevación de parámetros inflamatorios, leucocitosis con neutrofilia y anemia de trastornos crónicos. La paciente estaba diagnosticada de insuficiencia aórtica moderada, fibrilación auricular paroxística anticoagulada con acenocumarol y una dudosa polimialgia reumática tratada con prednisona.

Durante el ingreso no se aislaron gérmenes en los cultivos realizados. Se inició tratamiento antibiótico empírico.

En el ecocardiograma transtorácico se objetivó una insuficiencia aórtica moderada ya conocida y una insuficiencia mitral ligera de nueva aparición, con una imagen de aspecto quístico en la unión mitroaórtica. Se realizó ecocardiograma transesofágico que eviden-

ció una perforación en el velo anterior de la válvula mitral, del que se originaba un aneurisma con un diámetro máximo de 1,8 cm, un orificio de entrada de 0,9 cm y flujo sistólico en su interior, y una vegetación de 1,3 cm en la cara ventricular del velo anterior. El ventrículo izquierdo se encontraba ligeramente dilatado, con una función sistólica normal. La aurícula izquierda se encontraba dilatada y la válvula aórtica con insuficiencia moderada-severa, con un jet central y un chorro excéntrico dirigido hacia el velo anterior de la válvula mitral (fig. 1).

Tras completar 4 semanas de tratamiento antibiótico intravenoso se presentó el caso en sesión médico quirúrgica, indicándose cirugía.

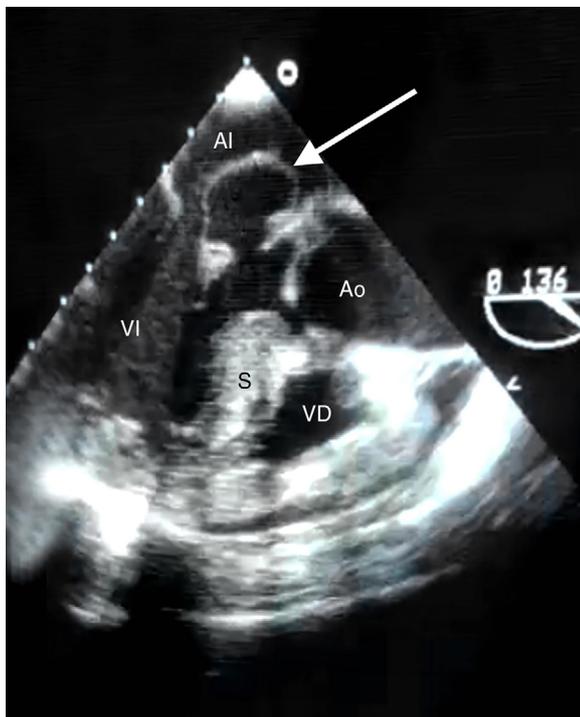
Con anestesia general, esternotomía media y circulación extracorpórea se exploró el velo anterior de la válvula mitral a través del anillo aórtico, encontrándose un orificio de 1,5-2 cm, que terminaba en un saco de tejido fibroso, que protruía hacia la aurícula izquierda. Se prefirió este abordaje frente a la auriculotomía habitual, al considerarse que permitiría una buena exposición del velo

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [rmanriquea@unav.es](mailto:rmanriquea@unav.es) (R. Manrique).

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2018.02.003>

1134-0096/© 2018 Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



**Figura 1.** Plano de 3 cámaras en ecocardiograma transesofágico mostrando el aneurisma mitral (flecha).

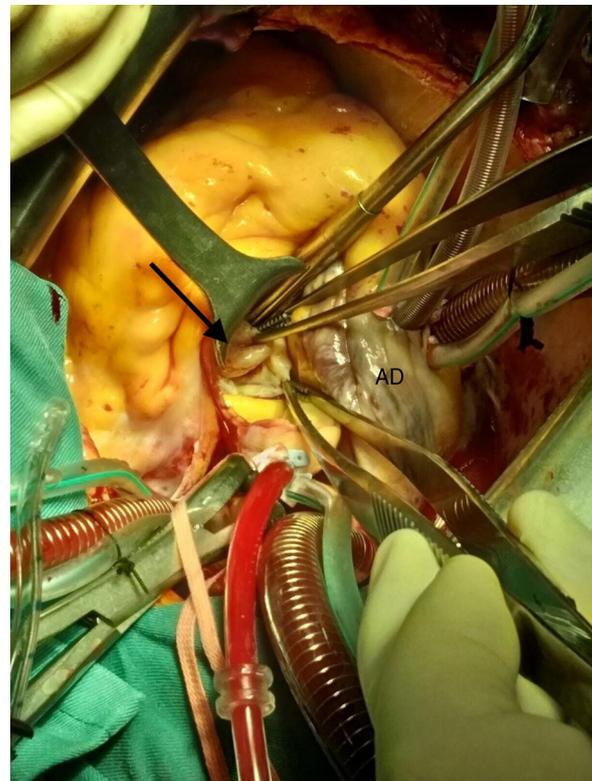
AI: aurícula izquierda; Ao: aorta; S: septo; VD: ventrículo derecho; VI: ventrículo izquierdo.

anterior. Esta técnica se había empleado previamente en nuestro centro para acceder a la válvula mitral, con buen resultado<sup>1</sup>. Se evaginó el aneurisma (fig. 2) y se resecó desde la base (fig. 3). El defecto residual era demasiado grande (fig. 4) para permitir el cierre directo sin ocasionar una retracción del velo, por lo que se reparó con un parche de pericardio autólogo tratado con formaldehído y suturado con puntos sueltos de polipropileno 5/0 en U (fig. 5). Al tratarse de una insuficiencia mitral ligera, sin afectación estructural distinta del aneurisma, no se consideró necesario implantar un anillo para estabilizar la reparación. En posición aórtica se implantó una prótesis biológica Trifecta® (St. Jude Medical) del número 23. En el ecocardiograma transesofágico intraoperatorio se observó una insuficiencia mitral ligera, sin otras alteraciones.

La paciente evolucionó de forma muy favorable. Se realizó ecocardiograma transtorácico que describió una prótesis aórtica normofuncionante y plastia mitral con buen resultado, sin insuficiencia residual. Fue dada de alta en el noveno día postoperatorio.

Los aneurismas del velo anterior de la válvula mitral se definen como una dilatación hacia la aurícula izquierda del tejido del velo mitral, con expansión sistólica y colapso diastólico. La primera descripción la realizó Morand en 1729, seguido por Ecker en 1842<sup>2</sup>. Muy infrecuentes, se estima una incidencia entre 0,2% y 0,3% en ecocardiogramas generales<sup>3</sup>. Están documentados en la literatura sobre todo como complicación de una endocarditis bacteriana sobre la válvula aórtica<sup>2-4</sup>, pero también en pacientes con enfermedad del tejido conectivo como el pseudoxantoma elástico y la degeneración mixomatosa, sin infección asociada<sup>2,3</sup>. En los casos de endocarditis, el aneurisma se origina a partir de un absceso en el velo anterior de la válvula mitral, que debilita el tejido subyacente. A causa de la fragilidad del tejido, este se abomba hacia la cámara de menor presión.

Se han postulado 3 mecanismos potenciales para el desarrollo de un aneurisma mitral en el contexto de una endocarditis aórtica. El primero sería la extensión de la infección aórtica a través de la cortina mitroaórtica, con formación de un absceso en el velo mitral,



**Figura 2.** Imagen intraoperatoria. A través de la aortotomía se accede a la válvula mitral. El saco aneurismático (flecha) se muestra en las pinzas de la parte superior de la imagen.

AD: aurícula derecha.



**Figura 3.** Pieza quirúrgica de tejido valvular con forma sacular, de aproximadamente 15-20 mm de tamaño, que corresponde al aneurisma del velo anterior de la válvula mitral extirpado desde su base.

que se rompería dando lugar al aneurisma. El segundo, la diseminación a través del contacto directo de una vegetación aórtica que prolapsara sobre el velo anterior, dando lugar a una transferencia de bacterias, con la formación de un absceso o de un aneurisma. El tercero consistiría en la siembra bacteriana procedente de un jet de regurgitación aórtica<sup>3,5</sup>.

La debilidad y la destrucción tisular pueden llevar a la perforación del velo en un 72% de los casos<sup>6</sup>, generando una insuficiencia mitral que puede cursar con o sin deterioro hemodinámico.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8658374>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8658374>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)