



# Endocarditis Infecciosa sobre Válvula Aórtica Cuadricúspide

María Ascaso, MD<sup>1</sup>; Robert Pruna-Guillem, MD<sup>1</sup>; Elena Sandoval, MD FEBCTS <sup>1</sup>; Marta Hernández-Meneses, MD<sup>2</sup>; Irene Rovira, MD<sup>3</sup>; Eduard Quintana, MD PhD FETCS<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Cirugía Cardiovascular. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. Barcelona, España

<sup>2</sup> Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínic-IDIBAPS, Barcelona, España

<sup>3</sup> Anestesia Cardíaca. Hospital Clínic. Barcelona, España

## INTRODUCCIÓN

La válvula aórtica cuadricúspide (VAQ) es una malformación rara de presentación aislada en su mayoría de casos<sup>(1)</sup>. La anomalía funcional más frecuente es la insuficiencia valvular (65%). El flujo turbulento generado por la asimetría de sus velos incrementa el riesgo de endocarditis infecciosa (EI)<sup>(2)</sup>. Presentamos el caso de una mujer de 71 años con valvulopatía quadricúspide desconocida complicada por EI por *Enterococcus faecalis*.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 71 años con fiebre, fatiga, mialgias y pérdida de peso de un mes de evolución, es admitida en hospital de referencia con soplo diastólico panfocal. Hemocultivos positivos para *Enterococcus faecalis* con una ecografía que destaca insuficiencia aórtica (IA) moderada. Con la sospecha de endocarditis infecciosa sobre válvula nativa, se inicia antibioterapia combinando Ampicilina y Ceftriaxona. La ecografía transesofágica en nuestro centro muestra progresión de la lesión valvular con IA torrencial con una vegetación hiper móvil de 7 mm sobre válvula aórtica cuadricúspide. Dados los hallazgos, se realiza recambio valvular aórtico con prótesis biológica mediante esternotomía media de manera urgente<sup>(3)</sup>. Los cultivos intraoperatorios confirmaron el diagnóstico.

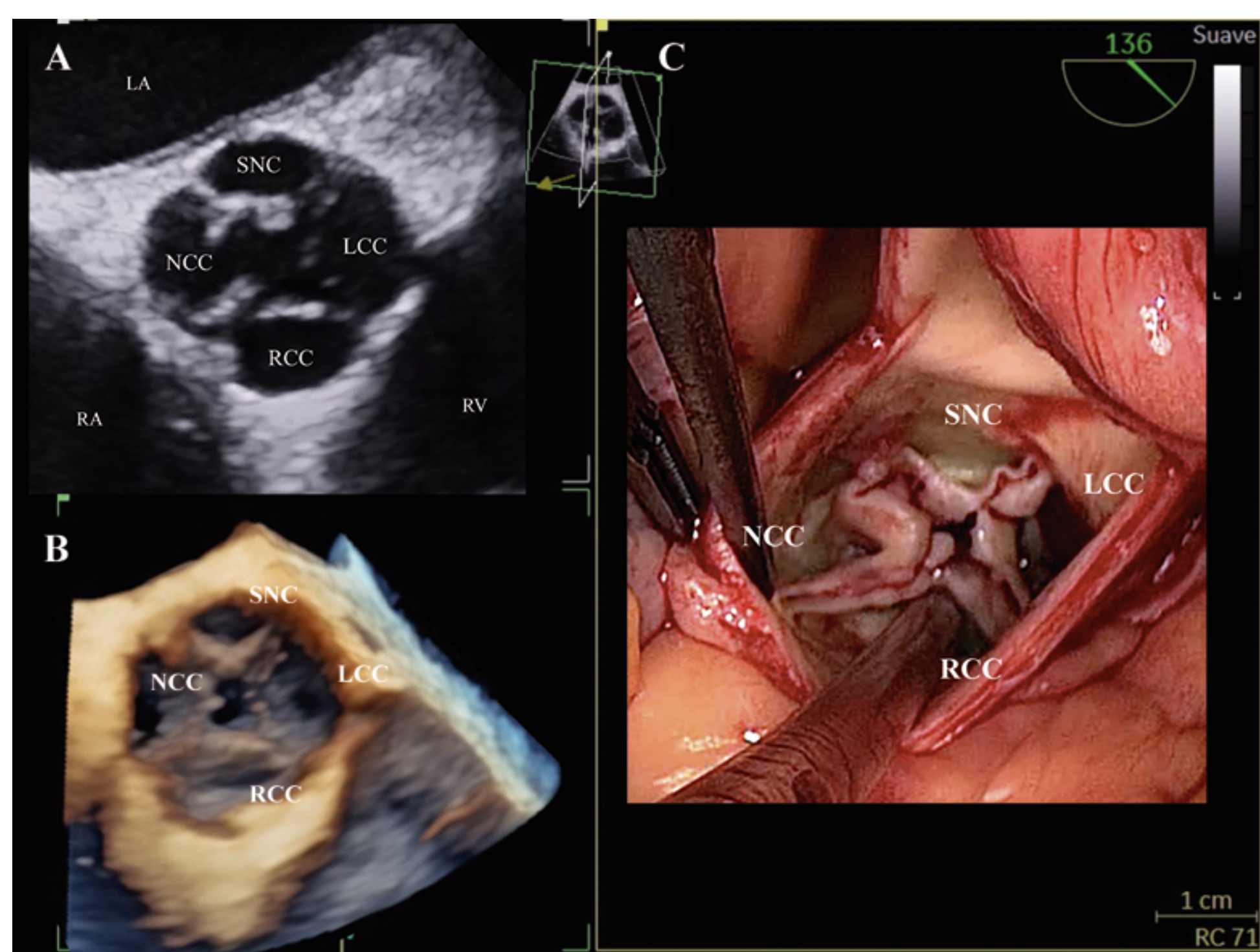


Figura 1. Comparación visión ecocardiográfica de la VAQ con su visión directa. Destaca la presencia de 1 velo de menor tamaño y asimétrico, correspondiente al supernumerario (SNC). Válvula tipo B de la clasificación Hurwitz & Roberts<sup>(4)</sup>.

## CONCLUSIÓN

Las VAQ presentan mayor riesgo de bloqueo auricular ventricular completo (BAVc) y oclusión coronaria durante la intervención. La presencia de la cúspide supranumeraria entre el seno derecho y no coronario (variante anatómica más frecuente<sup>(5)</sup>) presenta el mayor riesgo de BAVc, dado su proximidad al septo membranoso. Las anomalías coronarias más frecuentemente asociadas son la malformación o desplazamiento de los ostios coronarios. La asimetría entre la válvula y las bioprótesis disponibles en el mercado aumenta el riesgo de obstrucción mecánica de los ostios coronarios; por lo tanto, la prótesis debió ser apropiadamente orientada para minimizar el riesgo de oclusión ostial.

## REFERENCIAS

- (1) Tsang MY. *Circulation*. 2016;133(3):312-9
- (2) Takeda N. *Jpn Heart J*. 2003;44(3):441-5
- (3) Habib G. *European Heart Journal* 2015;36:3075–3123
- (4) Hurwitz LE, Roberts WC. *Am J Cardiol*. 1973;31(5):623-626
- (5) Nakamura, Y. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg*. 2001;49:714–716

Figura 2. A, Vegetación de 7 mm sobre el velo izquierdo. B, Ostio coronaria derecha en el seno derecho. C, Ostio tronco común en el seno anterior. D, Posición final de la bioprótesis.

