



<https://www.revclinesp.es>

I-172 - EMBOLISMO SÉPTICO: CAUSA RARA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO

E. Sánchez Relinque¹, P. Fernández García², V. Delgado Gil³, J. Gil Gascón¹, J. Puerto Alonso¹ y V. Amaro Arroyo²

¹Medicina Interna; ²Cardiología; ³Neurología. Hospital de la Línea de la Concepción. La Línea de la Concepción (Cádiz).

Resumen

Objetivos: El objetivo de nuestro trabajo consiste en realizar una búsqueda y reflexión sobre una causa rara de síndrome coronario agudo que es el embolismo séptico secundario a una endocarditis infecciosa.

Material y métodos: Hemos realizado una búsqueda en la bibliografía actual seleccionando como fuentes principales la base de datos The Cochrane Library (Cochrane Library Plus, edición española) y Medline a través del portal PubMed.

Resultados: La embolización periférica en la endocarditis infecciosa es una complicación frecuente. Sin embargo, el infarto agudo de miocardio secundario a un émbolo infeccioso es una complicación extremadamente infrecuente con una tasa de mortalidad muy elevada así como el desarrollo de complicaciones. Presentación precoz (en la primera semana), incluso puede ser la primera manifestación. La válvula más afectada suele ser la válvula aórtica y la arteria descendente anterior la arteria más frecuentemente afectada. Suele asociarse con embolismos en otros territorios. Los mecanismos fisiopatológicos por los que se produce la isquemia miocárdica son: Compresión coronaria secundaria a la presencia de grandes complicaciones perianulares aórticas; embolia coronaria; obstrucción del ostium coronario por una gran vegetación; presencia de lesiones arterioescleróticas coronarias; regurgitación aórtica aguda grave. Los hallazgos en la angiografía que nos deben hacer sospechar de embolismo son: terminación abrupta en zonas distales, sin colateralidad y sin signos angiográficos de enfermedad aterosclerótica. Por tanto, para el diagnóstico, es esencial correlacionar la sospecha clínica con la ecocardiografía y los hallazgos en la coronariografía. El tratamiento no está claramente definido, no recomendándose la fibrinólisis por riesgo de hemorragia intracraneal; siendo una buena opción terapéutica la trombectomía sin implantación de stent por el posible desarrollo de aneurismas micóticos y valorar siempre la opción quirúrgica de sustitución valvular y bypass aortocoronario.

Discusión: Se trata de una causa rara de infarto agudo de miocardio con una incidencia estimada entre 0,3-1%. Presenta una elevada tasa de mortalidad y el diagnóstico suele ser tardío, hay que sospecharla. El principal punto de discusión se plantea en el tratamiento, ya que no está claramente definido pero en lo que sí se está de acuerdo es en la temprana reperfusión de la zona miocárdica dañada. La fibrinólisis está asociada a una elevada tasa de hemorragia intracraneal, secundaria a posibles aneurismas micóticos cerebrales. La angiografía coronaria junto con intervencionismo percutáneo es una opción segura siendo posiblemente la trombectomía aspirativa la mejor opción percutánea. Ésta no está exenta de limitaciones como el tamaño del material a aspirar, desconocimiento de la naturaleza del material trombótico y las complicaciones como la fragmentación y embolización distal. El desarrollo de aneurisma micóticos es una complicación tardía de la angioplastia junto con intervencionismo percutáneo, por lo que, algunos autores recomiendan realización de

coronariografía de control a los 10-15 días. La mejor opción posiblemente sea la cirugía urgente de sustitución valvular, embolectomía junto con bypass de la arteria afectada si fuera necesario.

Conclusiones: Causa muy infrecuente de infarto agudo de miocardio. Para el diagnóstico es esencial la sospecha clínica junto con la correlación ecocardiográfica y los hallazgos de la coronariografía. Más frecuente en endocarditis sobre válvula aórtica y en la arteria descendente anterior. El tratamiento no está claramente definido: la fibrinólisis no está recomendada por el elevado riesgo de hemorragia intracraneal; el intervencionismo percutáneo en la fase aguda con trombectomía junto con angioplastia con balón y/o implante de stent es una opción segura sin olvidarse el posible desarrollo futuro de aneurismas micóticos en la zona de implantación del stent; valorando siempre la opción quirúrgica de sustitución valvular y bypass aortocoronario.