

## Imágenes en Cirugía Torácica y Cardiovascular

## Gas en la arteria pulmonar por endocarditis protésica



## Gas inside the pulmonary artery due to prosthetic endocarditis

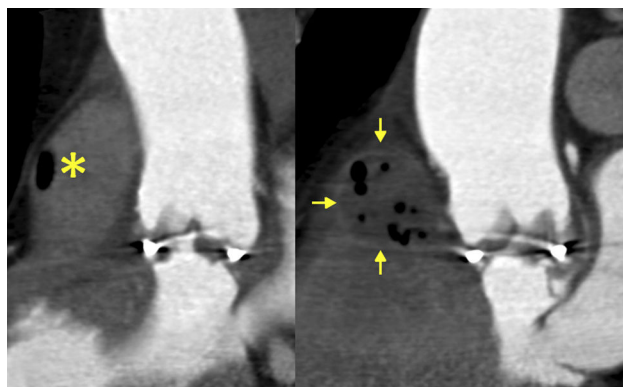
Arnaú Blasco-Lucas<sup>a,\*</sup>, Eduard Permanyer<sup>a</sup>, Hug Cuéllar<sup>b</sup>, Núria Fernández-Hidalgo<sup>c</sup> y Antonia Sambola<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

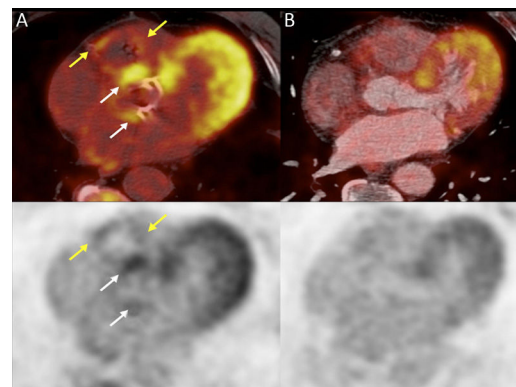
<sup>b</sup> Servicio de Radiología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

<sup>c</sup> Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

<sup>d</sup> Servicio de Cardiología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España



**Figura 1.** TAC. Gran burbuja de gas en la arteria pulmonar principal (asterisco). Absceso con gas en su interior (flechas).



**Figura 2.** PET/TAC. A) Captación a nivel del anillo aórtico (flechas blancas) y alrededor del absceso (flechas grises). B) Postoperatorio. Resolución de la infección sin presencia de gas residual.

Varón de 72 años, portador de una bioprótesis aórtica implantada en el 2010, se diagnosticó de endocarditis protésica por *Enterococcus faecalis* a los 5 años de la intervención. El ecocardiograma transesofágico mostró un absceso a nivel de la unión mitroaórtica, de 11 mm de diámetro, con una vegetación de 9 mm adherida a la cara ventricular del velo no coronario.

Una tomografía axial computarizada (TAC) reveló un gran absceso con gas en su interior, a nivel de la raíz aórtica, que se extendía hacia el tracto de salida del ventrículo derecho. También se advertía la presencia de burbujas de gas en el interior del tronco de la arteria pulmonar (fig. 1). Una tomografía por emisión de positrones (PET)/TAC con <sup>18</sup>F-fluoro-2-desoxiglucosa (<sup>18</sup>F-FDG) confirmó la extensión de la infección en ambas localizaciones (fig. 2A).

En la cirugía se reemplazó la prótesis infectada por un homoinjerto valvular aórtico criopreservado, suturado de manera subcoronaria. Las muestras quirúrgicas fueron positivas para el mismo microorganismo aislado en la sangre. No se halló afectación macroscópica de la arteria pulmonar principal. La pared libre del tracto de salida del ventrículo derecho fue explorada, y aunque se encontraba compactada, su punción no obtuvo ningún producto patológico, descartando colecciones francas a ese nivel.

El postoperatorio transcurrió sin incidencias. La <sup>18</sup>F-FDG PET/TAC de control no evidenció gas residual ni captación significativa de <sup>18</sup>F-FDG (fig. 2B). Los hemocultivos de control fueron del mismo modo negativos.

#### Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [arnaulasco@hotmail.com](mailto:arnaulasco@hotmail.com) (A. Blasco-Lucas).



**BIOMED**



unidix

# Especialistas en cirugía cardiovascular

**desde 1977 al cuidado de tu salud**



**91 803 28 02**



**info@biomed.es**