

Diagnóstico a primera vista

Masa adherida a la válvula de Eustaquio

Mass attached to the Eustachian valve

Susana Gorriño Marín ^{*}, Carlos Lara García y Daniel Gaitán Román

Servicio de Cardiología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España



Mujer de 72 años en tratamiento con hemodiálisis mediante catéter venoso central yugular, presenta durante una sesión de diálisis cuadro de hipotensión arterial (80/40 mmHg), fiebre (38,4 °C) y tiritona, por lo que es ingresada en nuestro centro. Como antecedente destaca 9 meses antes una nefrectomía izquierda por carcinoma papilar de células renales tipo 1 con invasión locorregional (TNM pT2aN0M0).

A nuestra valoración observamos paciente con mal estado general, obnubilada, eupneica en reposo, SatO₂ del 97%, hipotensión arterial que remonta tras sueroterapia, arrítmica, leves crepitantes bibasales y leves edemas en miembros inferiores. No existen signos de inflamación en zona de implantación del catéter venoso central. En la analítica destaca anemia normocítica normocrómica y trombocitopenia, ambas de nueva aparición, leucocitos $7,87 \times 10^9/l$, TnI 3.880 ng/l, NT-proNBP 242.000 pg/ml, PCR 245 mg/l y procalcitonina 46 ng/ml. En el electrocardiograma se observa una fibrilación auricular *de novo*. Con objetivo de encontrar el origen de la sepsis se realiza TC toracoabdominal donde llama la atención un derrame pericárdico moderado, adenopatías prevasculares y paratraqueales derechas e infiltrado pulmonar bilateral en vidrio deslustrado. Dado el resultado de las anteriores pruebas, se inicia anticoagulación con heparina a dosis terapéuticas y antibioterapia empírica con meropenem y vancomicina, retirándose el catéter venoso central yugular y canalizándose una vía venosa femoral. Tanto en hemocultivos de sangre periférica como de punta de catéter crece *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina, por lo que se desescaliza antibioterapia a cefazolina.

Dados los hemocultivos positivos y los infiltrados pulmonares en la TC se solicita un ecocardiograma transtorácico (fig. 1A) en el cual se observa derrame pericárdico moderado con masas intrapericárdicas, a descartar, dados los antecedentes, implantes tumorales versus grasa pericárdica en disposición nodular. En el plano subcostal aparece una imagen nodular móvil a nivel de la entrada de la cava inferior en aurícula derecha. Dada la sospecha clínica, se realiza un ecocardiograma transesofágico (fig. 1B) donde destaca una imagen móvil de área 1,83 cm², diámetro 1,97 cm sobre

la válvula de Eustaquio compatible con vegetación. Otras opciones en el diagnóstico diferencial incluyen implante tumoral o trombo.

Evolución

Tras 2 semanas de tratamiento con cefazolina se repiten los hemocultivos siendo el resultado negativo, así como el ecocardiograma transesofágico (fig. 1C) donde dicha masa ha disminuido considerablemente quedando solo un leve tapizado sobre la válvula de Eustaquio. Dada la buena evolución clínica la paciente es dada de alta, realizándose a la semana de forma ambulatoria una PET/TC (fig. 1.D) donde se observan opacidades seudonodulares periféricas en vidrio deslustrado en el pulmón derecho sugestivas de proceso inflamatorio/infeccioso en fase de resolución, leve captación a nivel pericárdico compatible con proceso inflamatorio. Dado el contexto clínico, el resultado de las pruebas y la respuesta al tratamiento, se descarta enfermedad tumoral apoyando el diagnóstico de endocarditis sobre válvula de Eustaquio en resolución tras antibioterapia.

Comentarios

La válvula de Eustaquio es un remanente embrionario de la porción derecha del seno coronario que en la etapa fetal se encarga de dirigir la sangre oxigenada desde la vena cava inferior a la aurícula izquierda a través del foramen oval. La válvula de Eustaquio persistente en adultos es una anomalía congénita poco común, que en determinadas situaciones puede plantear un reto como diagnóstico diferencial: obstrucción de la vena cava inferior, trombosis intracavitaria, tumoración o vegetación por endocarditis infecciosa.

Tras una extensa revisión bibliográfica describimos que se han documentado 40 casos de endocarditis sobre válvula de Eustaquio, 38 adultos y 2 neonatos¹. Los factores predisponentes más frecuentes fueron electrocatéteres y catéter venoso central, usuarios de drogas por vía parenteral y pacientes VIH, aunque se ha descrito un caso sin dichos antecedentes². El microorganismo más frecuentemente relacionado fue el *Staphylococcus aureus* (18 casos), aunque también se han descrito endocarditis por otras especies de *Staphylococcus*, enterobacterias, hongos y *Mycobacterium abscessus*. En la mayoría se ha precisado de ecocardiograma transesofágico para el diagnóstico de endocarditis. Referente a la evolución clínica 5

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: susanagmarin@gmail.com (S. Gorriño Marín).

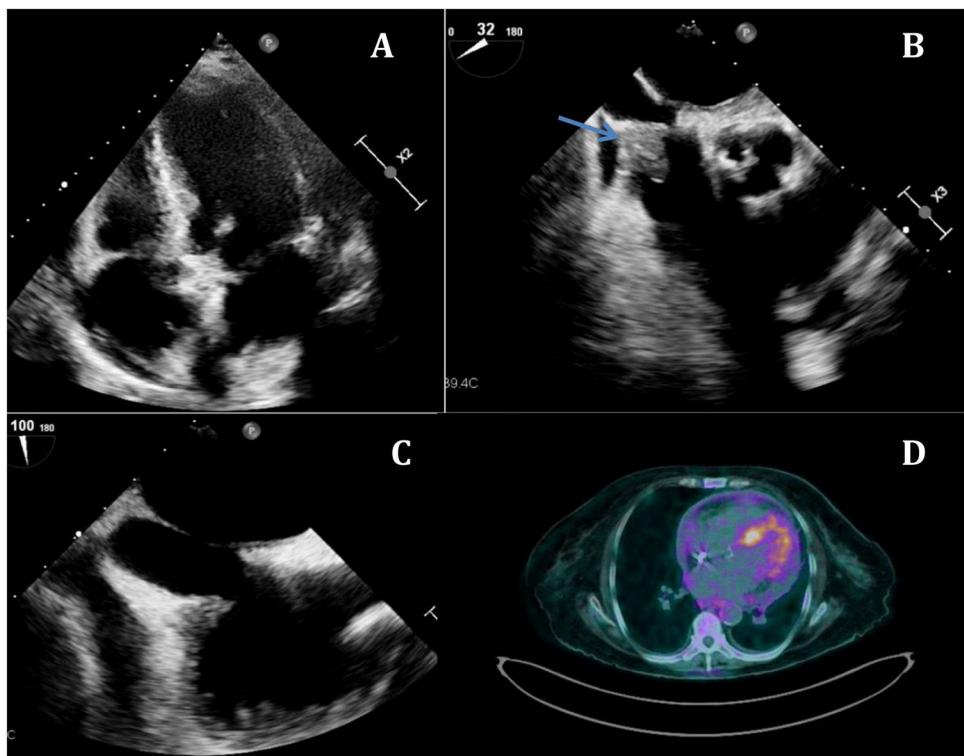


Figura 1. A) Ecocardiograma transtorácico donde observamos una válvula de Eustaquio engrosada. B) Ecocardiograma transesofágico en el cual destaca una masa móvil adherida a dicha válvula (flecha). C) Tras el tratamiento antibiótico, la masa ha desaparecido casi por completo. D) PET/TC, leve captación pericárdica sugestiva de proceso inflamatorio.

pacientes fallecieron, 9 precisaron cirugía, se realizó una vegetectomía percutánea³ y el resto evolucionaron favorablemente con antibioterapia.

Como conclusiones podemos extraer que la endocarditis sobre la válvula de Eustaquio es una entidad muy infrecuente, probablemente infradiagnosticada⁴, y que debemos sospechar en aquellos pacientes con factores predisponentes, clínica compatible, hemocultivos positivos y ecocardiograma transtorácico/transesofágico sugestivos.

Responsabilidades éticas

Se han seguido los protocolos habituales sobre la publicación de datos de pacientes, y contamos con el consentimiento del paciente para su publicación, respetando así su privacidad.

Financiación

Los autores declaran que este caso no ha recibido financiación.

Bibliografía

1. Sánchez Andrés A, Carrasco Moreno JI. Redundant eustachian valve endocarditis: Neonatal diagnosis. Rev Esp Cardiol. 2009;62:1200–2, [http://dx.doi.org/10.1016/S1885-5857\(09\)73341-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1885-5857(09)73341-9).
2. Mariana Alves M, Rita Faria R, Antonio Messias A, Meneses-Oliveira C. Eustachian Valve Endocarditis: Echocardiographic Diagnosis in a Critical Care Patient. Case Rep Crit Care. 2018;2018:5193976, <http://dx.doi.org/10.1155/2018/5193976>.
3. Seow SC, Lin WQ, Wong RCC. Snare vegetectomy for right-sided endocarditis. Catheter Cardiovasc Interv. 2013;82:E750–3, <http://dx.doi.org/10.1002/ccd.24994>.
4. San Román JA, Vilacosta I, Sarriá C, García Martín I, Rollán MJ, Fernández-Avilés F. Eustachian valve endocarditis: Is it worth searching for? Am Heart J. 2001;142:1037–40, <http://dx.doi.org/10.1067/mhj.2001.119125>.