

CASO CLÍNICO

COR TRIATRIATUM SINISTER, REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Autores

*Dra. Mónica López **, Dra. Gerardine Andreina Leal Rojas **, Dra. Diana Salgado ***

RESUMEN

Se describe a una adulta joven que acude con epigastralgia que no cede a los inhibidores de la bomba de protones, por lo que es referida al servicio de Cardiología para cheque previo la realización de Endoscopia Digestiva Alta. Se realiza anamnesis en la que se destaca disnea de moderados esfuerzos y dolor a nivel precordial de aproximadamente un año de evolución. Por lo que se realiza ecocardiograma en el cual reporta cor triatriatum sinistrum e imágenes sugestivas de trombos o tumoración en la desembocadura de la vena cava inferior. Por lo que requirió manejo quirúrgico. El artículo enfatiza que esta patología se diagnostica por hallazgo accidental, ya que se puede confundir con estenosis mitral o hipertensión pulmonar.

Palabras clave:

Cardiopatía congénita, Cor triatriatum, ecocardiograma.

ABSTRACT

This description is about a young adult who presents with epigastric pain that does not yield to the inhibitors of the proton pump, so she is referred to the Cardiology service for a previous check to perform High Digestive Endoscopy.

Anamnesis is performed in which dyspnea of moderate efforts and pain at precordial level of approximately one year of evolution is highlighted. Therefore, an echocardiogram is performed in which is reported triatriatum sinistrum and images suggestive of thrombi or tumor at the mouth of the inferior vena cava. Furthermore, surgical management was required. This emphasizes that the pathology is diagnosed by accidental finding, since it can be confused with mitral stenosis or pulmonary hypertension.

Keywords

Congenital heart disease, triatriatum, echocardiogram.

**** Médico residente del servicio de cardiología del Hospital de Especialidades de las FFAA N°**

Autor Correspondencia: Diana Margarita Salgado
Dirección: Calle Mariano Echeverría y Francisco Feijo
Teléfono: 593- 987634496
Correo electrónico: diani_salgado@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Cor triatriatum es una condición poco común, y su presencia es más frecuente en la aurícula izquierda, representando del 0.1 al 0.4 % de todas las malformaciones cardíacas congénitas. La primera descripción de una aurícula izquierda subdividida fue hecha por Church en 1868, pero el término cor triatriatum fue utilizado solo en 1905 por Bust. En 1975, Rokitsanski describió el cor triatriatum dexter.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina de 25 años de edad, nace y reside en Manabí (El Carmen), casada, católica, instrucción superior completa, ocupación Ingeniera Comercial. Antecedentes personales: Diagnosticada de comunicación interauricular a los 6 años de edad, por lo que requirió cierre de defecto auricular a los 8 años de edad.

Acude por presentar epigastralgia que no cede a tratamiento a base de inhibidores de la bomba de protones, pendiente de endoscopia digestiva alta. Durante la exploración por el servicio de Cardiología refiere disnea de moderados esfuerzos de un año de evolución, acompañado de dolor precordial no anginoso, valorado por facultativo quien prescribe beta bloqueante e inhibidor de glucoproteína IIb-IIIa (atenolol y clopidogrel), sintomatología persiste, se incrementa haciéndose de pequeños esfuerzos hasta llegar a ortopnea.

HALLAZGOS CLÍNICOS

Paciente sin alteración neurológica, presión arterial dentro de parámetros normales, no signos de falla cardíaca aguda, a la exploración física se destaca soplo diastólico en foco pulmonar grado II/VI, sin irradiación.

CRONOLOGÍA

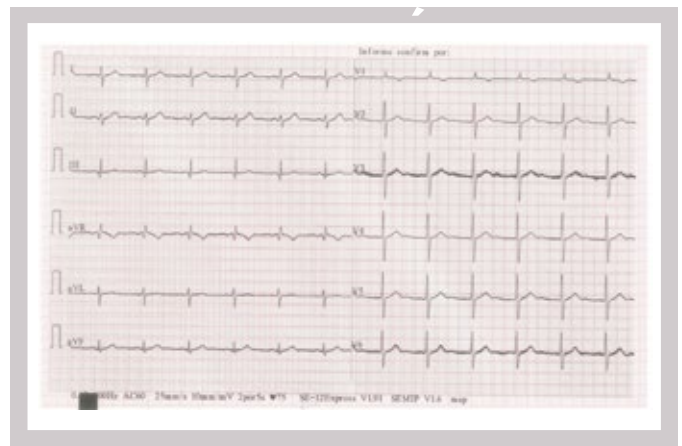
FECHA	DESCRIPCIÓN
2008	Cierre CIA
18/04/2017	Valorada por el Servicio de Cardiología ETT
27/04/2017	Valorada por el Servicio de Cirugía Cardiorádica
08/05/2017	Procedimiento Quirúrgico
07/07/2017	Control Ecocardiográfico

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Paraclínicos sin hallazgos relevantes.

Electrocardiograma (Fig. 4) reporta ritmo sinusal, frecuencia cardíaca 75 latidos por minuto, eje eléctrico a $+150^\circ$, hemibloqueo antero superior, sugiere crecimiento auricular, no signos de bloqueo.

Figura 4
ELECTROCARDIOGRAMA



Radiografía de tórax: (Fig 5) sin lesiones pleuro pulmonares, ligera dilatación de botón aórtico, signos de redistribución de flujo.

Figura 5
ELECTROCARDIOGRAMA



Holter ECG : 1.- ritmo sinusal con mínima de 54, media de 88 y máxima de 156 lpm. 2.- ausencia de bloqueos AV, pausas sinusales o PR corto. 3.- ausencia de extrasistolia supraventricular o ventricular. 4.- intervalos QT normales. 5.- paciente no reporta síntomas durante este estudio holter.

Ergometría: electrocardiograma de esfuerzo realizado mediante protocolo de bruce en 05:00 minutos, respuesta normotensiva al ejercicio, frecuencia cardíaca máxima alcanzada al 88% de la calculada, doble producto conservado, capacidad funcional NYHA II correspondiente a 5.2 METS, refiere dolor precordial opresivo leve en el ejercicio, no se observan arritmias ni isquemias esfuerzo inducidas, test ergométrico negativo para isquemia.

Ecocardiograma Transtorácico: (Fig 6) Fevi: (TEICH) 83.8%, 1-persiste buen resultado del cierre quirúrgico del CIA. 2-presencia de cor triatrium sinistrum con flujo restrictivo entre la cámara superior (en relación con las venas pulmonares) y la inferior que está en relación con la válvula mitral y la OAI. 3-presencia de imágenes sugestivas de trombos en la desembocadura de la VCI en la AD de 9.9 x 10.2 mm hay una más pequeña y muy móvil unida a la mayor redondeada y menos móvil. 4-regurgitación mitral leve.

Figura 6
ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO



Ecocardiograma transesofágico en el cual se reporta presencia de cor triatrium sinistrum con flujo restrictivo entre la cámara superior (en relación con las venas pulmonares) y la inferior que está en relación con la válvula mitral y la orejuela de la aurícula izquierda, presencia de imágenes sugestivas de trombos o tumoración en la desembocadura de la vena cava inferior en la aurícula derecha de 9.9 x 10.2 mm.

Figura 7
ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA

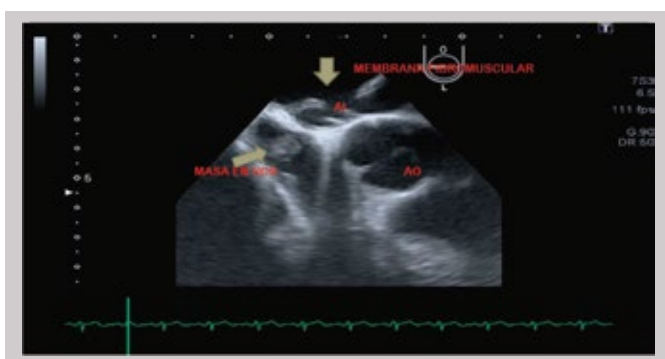
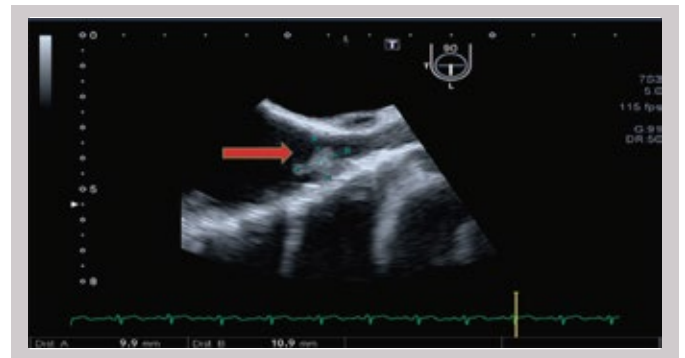


Figura 8
ECOGRAFÍA TRANSESOFÁGICO



INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Resección de banda fibromuscular a nivel de aurícula izquierda (cor triatrium sinister tipo A) y exéresis de tumoración en aurícula derecha próxima a desembocadura de la vena cava superior. En atrio derecho: presencia de tumoración de 1 x 1 cm de diámetro con basa de implantación a nivel de atrio derecho próximo a desembocadura de vena cava superior. Acto operatorio principal cursa sin complicaciones.

Figura 10
ATRIO IZQUIERDO ABIERTO

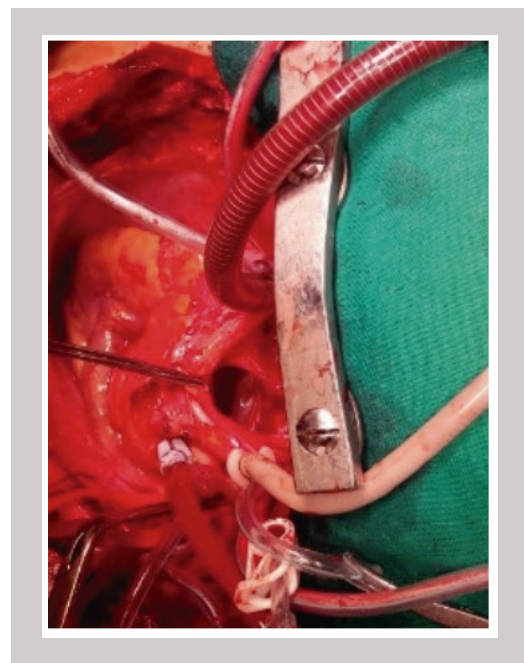
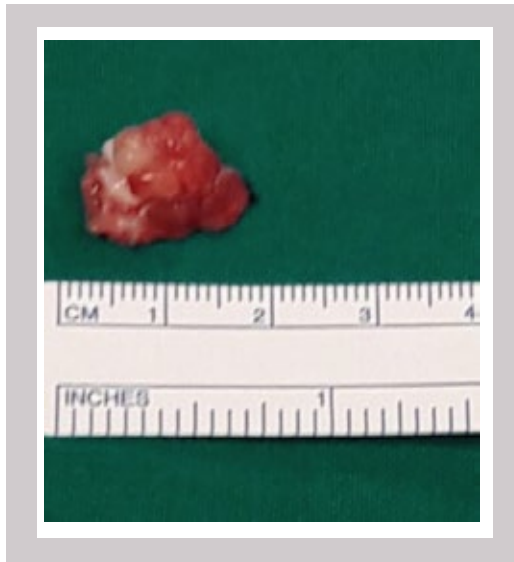


Figura 11
EXCÉRESIS DE MASA DE ATRIO DERECHO



SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

Paciente se ha mantenido en controles por consulta externa, asintomática cardiológica, se ha realizado Ecocardiograma el cual reporta, resección exitosa de membrana de Cor Triatriatum. La histopatología evidencia: membrana auricular; tejido muscular cardíaco con cambios sugestivos de hipertrofia, negativo para malignidad.

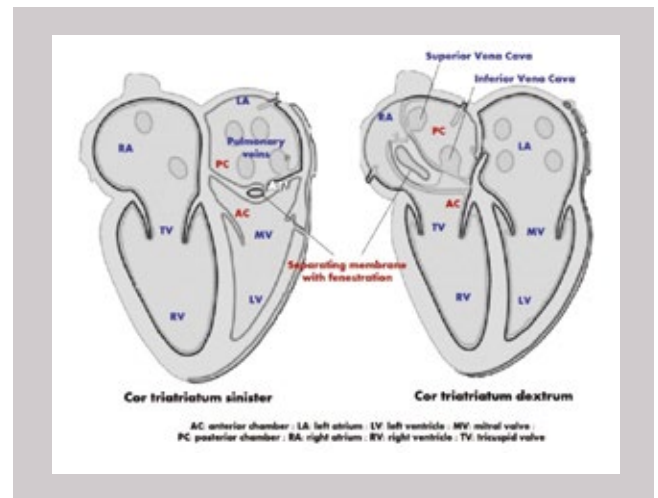
DISCUSIÓN

Cor Triatriatum es una malformación congénita infrecuente (representa 0.1 – 0.4%). Existen varias teorías en las cuales se explica su origen, siendo la más aceptada como defecto en la anexión de la vena pulmonar común a la aurícula izquierda en las primeras semanas de la embriogénesis, lo que se conoce como teoría de la incorporación.

Existen dos tipos: 1.- Cor Triatriatum Sinistrum: la cámara posterior-superior recibe las venas pulmonares, mientras que la cámara anteroinferior se vacía en la válvula mitral, se asocia en más del 50% con anomalías cardíacas, las cuales pueden incluir defectos septales auriculares y ventriculares, tetralogía de Fallot, regurgitación mitral y retorno venoso anómalo parcial. La mayoría de los pacientes están libres de síntomas y la presentación clínica será proporcional al grado de obstrucción del flujo pulmonar a través de la membrana,

dependiendo del tamaño de la fenestración (una comunicación inferior a 3 cm puede hacer que el paciente se vuelva sintomático en los primeros meses de vida). 2.- Cor Triatriatum Dextrum: la cámara superior recibe sangre de la vena cava y del seno coronario, mientras que la cámara inferior contiene la auricular y la válvula tricúspide. Las malformaciones cardíacas más comúnmente observadas asociadas con cor triatriatum dextrum incluyen estenosis o atresia de la válvula pulmonar, ventrículo derecho hipoplásico, estenosis de la válvula tricúspide o atresia. La cianosis puede estar presente debido a la derivación de la sangre en la aurícula izquierda a través de un defecto del tabique auricular. La insuficiencia cardíaca congestiva del lado derecho con presión venosa central elevada puede estar presente en casos con tabique auricular intacto y obstrucción del flujo de entrada o salida del ventrículo derecho.

Figura 1
COR TRIATRIATUM SINISTRUM Y DEXTER
FUENTE: RADIOLOGY, COLTEA CLINICAL
HOSPITAL - BUCHAREST/RO



El ecocardiograma establece el diagnóstico preciso y la repercusión hemodinámica, la ecocardiografía transesofágica intraoperatoria evalúa el grado de insuficiencia de la válvula mitral tras la resección de la membrana. La plastia con balón de la membrana mediante septostomía, se considera como paliativo; la mejor opción es el manejo quirúrgico, ya que muestra rangos de supervivencia del 83.0% a 10 años, manteniéndose en clase funcional I-II de la New Heart Association. Se recomienda el abordaje transatrial derecho, lo que permite el cierre de la comunicación interauricular (mayor frecuentemente) o bien otros defectos añadidos.

El caso reportado se considera típico según la clasificación de la base anatómica de Marín – García como tipo A1. Paciente adulta con antecedentes de cierre de defecto auricular, por varios años se mantuvo asintomática. Presenta disnea de moderados esfuerzos; requirió la valoración por Cardiología, donde se realizan estudios complementarios: electrocardiograma evidenciándose desviación del eje a la derecha, con signos de crecimiento auricular. Ecocardiograma reporta cor triatriatum sinister con flujo restrictivo entre la cámara superior y la inferior; presencia de imágenes sugestivas de trombos o tumoración en la desembocadura de la vena cava inferior.

En este caso la exploración ecocardiográfica inicial no describió la presencia de la membrana en la aurícula izquierda, por lo que se solucionó solo el defecto de tabique auricular; no se exploraron anomalías congénitas asociadas. La Ecocardiografía se debe realizar de manera metódica cuando se evidencia defectos congénitos ya que existe gran asociación entre ellos. En esta paciente se realizaron dos intervenciones quirúrgicas para resolución de un defecto que se obvió en la exploración inicial.

Con estos hallazgos se decide tratamiento quirúrgico, entre los hallazgos se describe: presencia de banda fibromuscular a nivel de atrio izquierdo tipo A, que fue resecada completamente. Presencia de tumoración de 1 x 1 cm a nivel de atrio derecho próximo a desembocadura de vena cava superior, la cual es resecada; histopatológico evidencia: tejido muscular cardíaco con cambios sugestivos de hipertrofia, tumor de cava: pseudotumor inflamatorio secundario a placa ateromatosa, incremento de colágeno de intima, negativo para malignidad. Paciente se mantiene en controles por nuestro servicio, asintomática cardíaca, en clase funcional I de la New Heart Association.

INFORME DE CONSENTIMIENTO

SI

REFERENCIAS

1. PANKAJ Saxena, FRACS, HAROLD M. Burkhart, Otros. *Surgical Repair of Cor Triatriatum Sinister: The Mayo Clinic 50-Year Experience*. Dec 18, 2013.
2. REINALDO Elías Milán Castillo, LETICIA Pardo Pérez, MAIKEL Santos Medina. *Cor Triatriatum Sinistrum en la edad adulta, presentación de un caso*, 2015.
3. PHILLIP S. Naimo, MD, AND Igor E. Konstantinov, MD, PHD, FRACS. *Cor triatriatum sinister: Is it less sinister in older patients?*. Sept 11, 2015.
4. BENITEZ Ramos D. CABRERA Ortega M. RAMIRO Novoa J. Otros. *Cor Triatriatum sinister: a propósito de un caso*. Cuba, 2014.
5. SALAZAR José J, GALACHE José, MOLINERO Edmundo. Otros. *Presentación clínica, diagnóstico y tratamiento de cuatro casos de cor triatriatum*. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. Rev Esp Cardiol 2001; 54: 1013-1016.
6. CHAN-HEE Lee, JANG-WON Son, DONG-GU Shin. *Cor Triatriatum Sinister – Source of Unusual Thrombogenesis in Mitral Stenosis*. June 30, 2015.
7. TREJO-NAVA Carlos Alberto. *Cor triatriatum, reporte de un caso*. Julio-Septiembre 2015.
8. C. A. Minoiu, A. Meduri, B. Merlino, etc. *Cor triatriatum: the role of cardiac-MR in establishing a correct diagnosis*. 2015.
9. Dra. BENÍTEZ Ramos Dunia Bárbara, Dr. ORTEGA Michel Cabrera, Dr. RAMIRO Novoa Juan Carlos, Dr. MARCANO Sanz Luis E.. *Cor Triatriatum sinister: a propósito de un caso*. 2014.
10. VELASCO Elena, CORROS Cecilia, GARCIA Ana, etc. *Adult cor triatriatum and transient ischemic attack. Does this rare congenital heart defect augment embolic risk?*. Marzo 10, 2015.
11. SÁNCHEZ-Brotons Juan A., LÓPEZ-Pardo Francisco J., RODRÍGUEZ-Puras María J, LÓPEZ-Haldón José E.. *Cor triatriatum dexter en la edad adulta*. Agosto 2010.
12. BALSELGA Patricia a, CAZZANIGA Marioa, GÓMEZ Ricardo, etc. *Aurícula izquierda dividida: resultados quirúrgicos y seguimiento en el cor triatriatum*. Diciembre 2000.