

IMAGEN EN CARDIOLOGÍA

Dilatación aneurismática de la aurícula izquierda



Carlos Alberto Trejo-Nava*

Departamento de Registros Gráficos, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, México D.F., México

Recibido el 10 de junio de 2014; aceptado el 12 de diciembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Aurícula izquierda;
Dilatación
aneurismática;
Enfermedad mitral
reumática

Resumen Mujer de 48 años con síntomas progresivos de disnea, fatiga, disfagia, edema de miembros inferiores, palpitaciones y disminución de su capacidad física que le obligan a buscar atención médica. La radiografía de tórax muestra cardiomegalia grave o «cor bovis» con índice cardiotorácico de 0.78. Los hallazgos evidencian una dilatación biauricular de predominio izquierdo. El ecocardiograma demuestra una cardiopatía reumática inactiva con doble lesión mitral con predominio de insuficiencia la cual origina una aurícula izquierda «gigante». Descrita por primera vez en 1938 por Semans y Taussing se considera un hallazgo poco frecuente y la principal causa es la enfermedad mitral reumática. Este tipo de lesiones valvulares son cada vez menos frecuentes al igual que las dilataciones aneurismáticas. Los diámetros, el área y el volumen calculados la muestran como una de las mayores reportadas.

© 2014 Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Left atrium;
Giant left atrium;
Rheumatic mitral
disease

Giant left atrium

Abstract Woman 48 years old with progressive dyspnea, fatigue, dysphagia, lower limb edema, palpitations and decreased physical ability that made her to seek medical attention. The chest film showed severe cardiomegaly or «cor bovis» with cardiothoracic index of 0.78. The findings suggest a dilatation of both atria but mostly in the one. The echocardiogram shows severe mitral regurgitation consistent with rheumatic valve disease and «giant» left atrium. Semans and Taussig by first described in 1938 considered a rare finding and principal cause is rheumatic mitral disease. Valve lesions that are becoming less frequent as aneurysmal dilation. The diameters, the area and the calculated volume as one of the greatest reported atrium.

© 2014 Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Published by Masson Doyma México S.A. All rights reserved.

* Seris y Zaachila s/n, Col. La Raza, Delegación Azcapotzalco, México Distrito Federal, CP 02990. Teléfono: +57245900, extensión 24071. Correo electrónico: carlosnacidime@hotmail.com

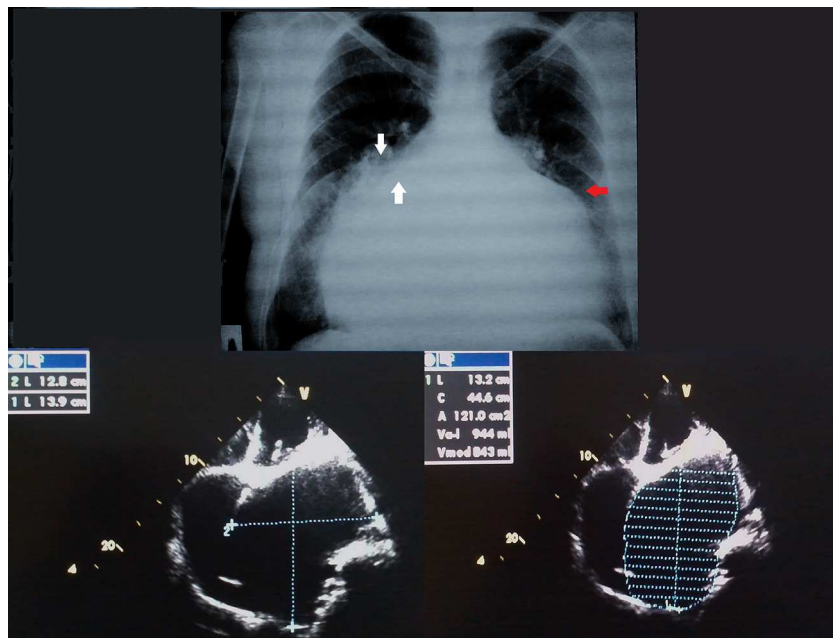


Figura 1

Isomura et al. definieron la «dilatación aneurismática» (o gigante) de la aurícula izquierda cuando su diámetro anteroposterior en modo M es $\geq 60\text{ mm}$ ¹. Fue descrita por primera vez en 1938 por Semans y Taussing². La principal causa es la insuficiencia mitral reumática³ seguida de fibrilación auricular, disfunción diastólica y el envejecimiento². El tromboembolismo, la compresión de estructuras adyacentes con disfagia crónica y bronconeumonías recurrentes son complicaciones habituales². El caso corresponde a una mujer de 48 años de edad con cuadro progresivo de fatiga, disnea, ortopnea, disfagia, edema de miembros inferiores, deterioro de la clase funcional y palpitaciones. La telerradiografía de tórax muestra una cardiomegalia grado IV⁴ («cor bovis») con un índice cardiotorácico de 0.79 (fig. 1), en la que se observa aumento en el diámetro de las ramas de la arteria pulmonar, la redistribución del flujo, «cefalización», con rectificación de la arteria pulmonar seguida de una convexidad muy marcada (flecha roja) que culmina en un borde redondeado del perfil izquierdo. El diámetro longitudinal y transversal es similar lo que evidencia una cardiomegalia verdadera⁵. Un doble contorno auricular (flechas blancas) desplazado de la línea medioesternal sobresale del perfil derecho. Los signos muestran dilatación biauricular de predominio izquierdo. Por ecocardiografía en modo M el diámetro anteroposterior fue de 9 cm⁶. La proyección apical de 4 cámaras mostró diámetros de 12.8 × 13.9 cm, un volumen de 944 ml y un área de 121 cm². Se llegó a la conclusión de que se trataba de una cardiopatía reumática inactiva del tipo de doble lesión mitral con predominio de la insuficiencia y «dilatación aneurismática de la aurícula izquierda».

Responsabilidades éticas

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este estudio.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Isomura T, Hisatomi K, Hirano A, et al. Left atrial plication and mitral valve replacement for giant left atrium accompanying mitral lesion. *J Card Surg.* 1993;8:365–70.
2. Morales JM, Patel SG, Jackson JH, et al. Left atrial aneurysm. *Ann Thorac Surg.* 2001;71:719–22.
3. Moreno-Martínez FL, González Alfonso O, Lagomasino Hidalgo ÁL, et al. Aneurisma gigante del apéndice auricular izquierdo. *Arch Cardiol Mex.* 2006;76:90–4.
4. Díaz Arrieta G, Mendoza Hernández ME, Hernández Cabrera J, et al. Correlación entre la radiografía de tórax y el

- ecocardiograma para la valoración de cardiomegalia en pacientes con hipertensión arterial sistémica. *Arch Cardiol Mex.* 2006;76:179–84.
5. Bettmann MA. The chest radiograph in cardiovascular disease. En: Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, et al., editores. *Tratado de medicina cardiovascular.* 9.^a ed Barcelona: Elsevier; 2012. p. 277–92.
 6. Abhayaratna WP, Seward JB, Appleton CP, et al. Left atrial size: Physiologic determinants and clinical applications. *J Am Coll Cardiol.* 2006;47:2357–63.