

Cor Triatriatum Restrictivo en Paciente Adulto Asintomático

Roberto Augusto Vasques Junior¹, Alfredo Jose Borges Da Cunha¹, Felipe Yared¹, Denise Bibiana Masselli¹, Roberta Longo Machado¹, Carlos Eduardo Suaide Silva^{1,2}, Claudia Gianini Monaco¹, Manuel Adán Gil¹, Eduardo Velludo Varella Costa¹, Guilherme Yared¹

OMNI-CCNI Medicina Diagnóstica¹; Diagnósticos da América², DASA, São Paulo, SP - Brasil

Introducción

Cor Triatriatum (CT), inicialmente descrito en 1868, es una mala formación congénita resultante del fallo en la reabsorción de la vena pulmonar común durante la formación embrionaria del corazón. Dicho error genético representa el 0,1% de las enfermedades congénitas, con incidencia de óbito infantil el 75% de los niños sintomáticos no tratados. En la forma clásica se caracteriza por la presencia de una membrana fibromuscular en el atrio izquierdo, por lo que divide esa estructura en dos cámaras: una proximal, accesoria, la que recibe las venas pulmonares, y una distal, lo que corresponde al verdadero atrio izquierdo, donde se encuentra el orificio del apéndice atrial y la válvula mitral¹⁻⁵. La gravedad y la edad con la que se manifiestan los síntomas de la enfermedad se determinan esencialmente, por el número y tamaño de las fenestraciones. Enfermos con fenestraciones de diámetro superior a 1 cm normalmente son asintomáticos^{6,7}. Los enfermos con fenestraciones pequeñas desarrollan, generalmente, síntomas recurrentes de la hipertensión pulmonar (disnea de esfuerzo, ortopnea, hemoptisis, etc.) con fisiología semejante a la de la estenosis valvular mitral. El *cor triatriatum* está, frecuentemente, asociado a otras anomalías congénitas como comunicación interauricular, persistencia de vena cava superior izquierda, anomalías del retorno venoso pulmonar, comunicación interventricular o hasta enfermedades más complejas como tetralogía de Fallot⁸.

Relato del Caso

Hemos relatado un caso raro de un paciente adulto, RJA, 39 años, portador de *cor triatriatum* diagnosticado en examen de rutina, solicitado por el cardiólogo para realización de actividades físicas, con orificio de tan sólo 0,4 cm de diámetro, sin que presentara otras alteraciones cardíacas y asintomático, encaminado al servicio de ecocardiografía para realización de ecocardiograma transtorácica. En el consultorio, luego de la primera evaluación, el paciente no presentaba quejas, examen físico normal y electrocardiograma sin alteraciones significativas. Luego de la ecocardiograma transtorácica bidimensional se identificó una membrana

la que divide el atrio izquierdo al nivel de la vena pulmonar superior izquierda y apéndice atrial izquierdo, con conducto de cerca de 0,4 cm de diámetro, levemente restrictivo, con gradiente promedio en el sitio del orificio de 10 mmHg. Se ha observado dilatación discreta del atrio izquierdo, sin evidencias de aumento significativo de la presión sistólica pulmonar. De ahí en adelante se empezó a seguir anualmente en nuestro servicio con ecocardiograma transesofágico multiplanar bidimensional (Figuras 1 y 2). Luego del último examen (agosto de 2013) no se ha observado evolución en el gradiente o en el tamaño del conducto, manteniéndose asintomático (gradiente máximo de 16,6 mmHg y promedio de 10,1 mmHg) (Figura 3). Las imágenes en movimiento pueden observarse en las Películas 1 a 3.

Discusión

La ecocardiograma es el examen de primera línea al diagnóstico de *cor triatriatum*. Sin embargo, otros métodos de imagen como la angiotomografía y la resonancia cardíaca, por su elevada resolución espacial en detectarse alteraciones de la anatomía cardíaca también pueden resultar útiles al diagnóstico⁹. Aunque sea rara, cuando no la acompañen otras mala formaciones cardíacas, el *cor triatriatum* es de fácil corrección quirúrgica, por lo que resulta importante su temprano diagnóstico en los casos sintomáticos. Por lo que resulta raro en adultos, se describió nuestro caso en un paciente de 39 años de edad y, todavía asintomático, aunque presente un orificio de tan sólo 0,4 cm de diámetro. En el caso descrito no se presentaron otros defectos estructurales congénitos. El diagnóstico no invasivo puede presentarse mediante la Ecocardiograma Transtorácica (ETT). El Doppler con análisis de flujo en colores permite el reconocimiento del/los conducto/s entre las dos cámaras, principalmente cuando haya gradiente de presión entre ellas, al igual que en el presente caso. Con el Doppler pulsátil se puede medir ese gradiente. La Ecocardiograma Transesofágica (ETE) se indica de ser necesaria mayor precisión anatómica del defecto para programación de la corrección quirúrgica o todavía para evaluar la presencia de lesiones asociadas que en ese caso se han desechado. Hay que destacar que en ese caso específico la ecocardiografía tridimensional puede agregar informaciones importantes en lo relativo a la anatomía del defecto, ya que resulta raro un orificio tan pequeño no causar síntomas. Se debe cuestionar que, tal vez, el orificio puede que presente una forma más compleja y que sea difícil identificársela correctamente mediante el estudio bidimensional

El tratamiento del *cor triatriatum* en pacientes sintomáticos con gradientes superiores a 10 mmHg es generalmente quirúrgico⁶. Al que nuestro paciente era asintomático y el gradiente limítrofe, se escogió el tratamiento conservador y se lo ha liberado para actividades físicas leves, con seguimiento médico periódico.

Palabras clave

Cor triatriatum; Adulto; Atrios del corazón; Ecocardiografía; Procesamiento de Imagen Asistida por Computadora; Comunicación interauricular.

Correspondencia: Roberto Augusto Vasques Junior •
Av. Nações Unidas, 561, Apto. 92, 09726-110, Chácara Inglesa, São Bernardo do Campo, SP - Brasil
E-mail: vasquesrob@gmail.com
Artículo recibido el 09/12/2013; aceptado el 13/12/2013

Relato de Caso

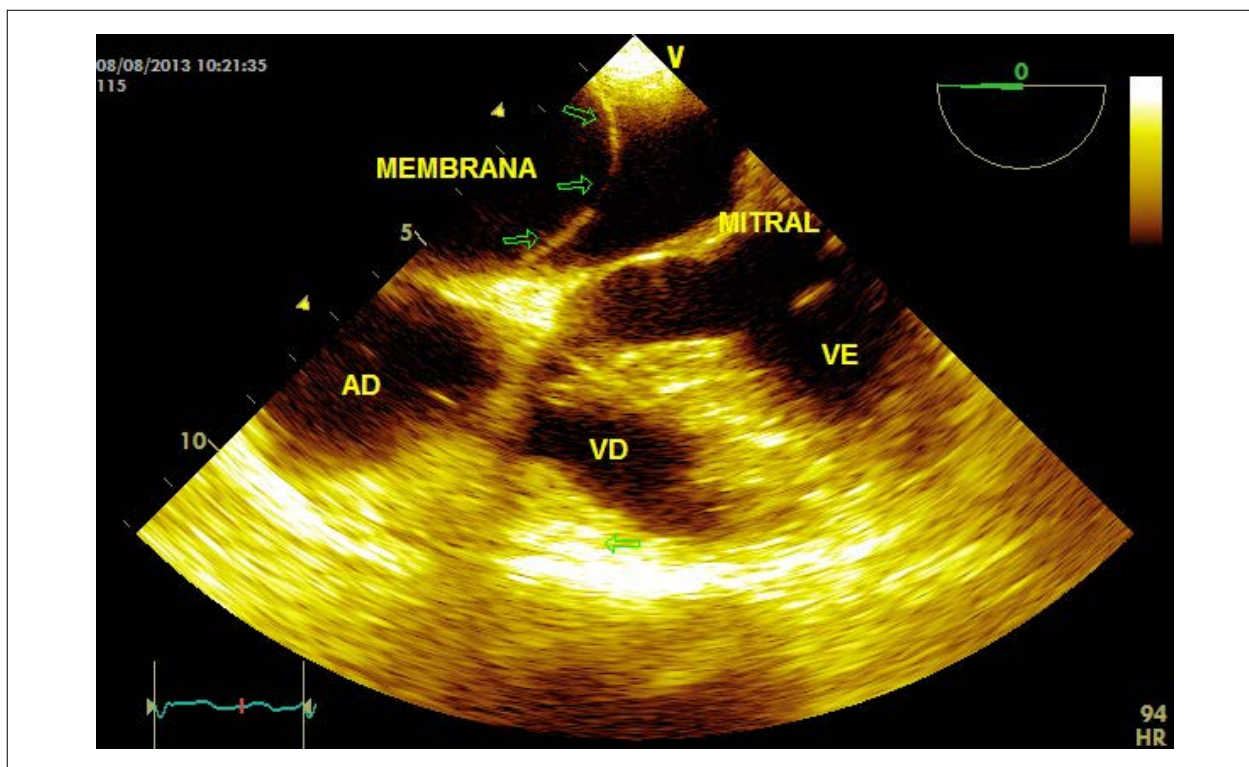


Figura 1 – Corte de 4 cámaras a la ecocardiograma transesofágica evidenciando la membrana al interior del atrio izquierdo. AD = atrio derecho, VD = ventrículo derecho, VI = ventrículo izquierdo.

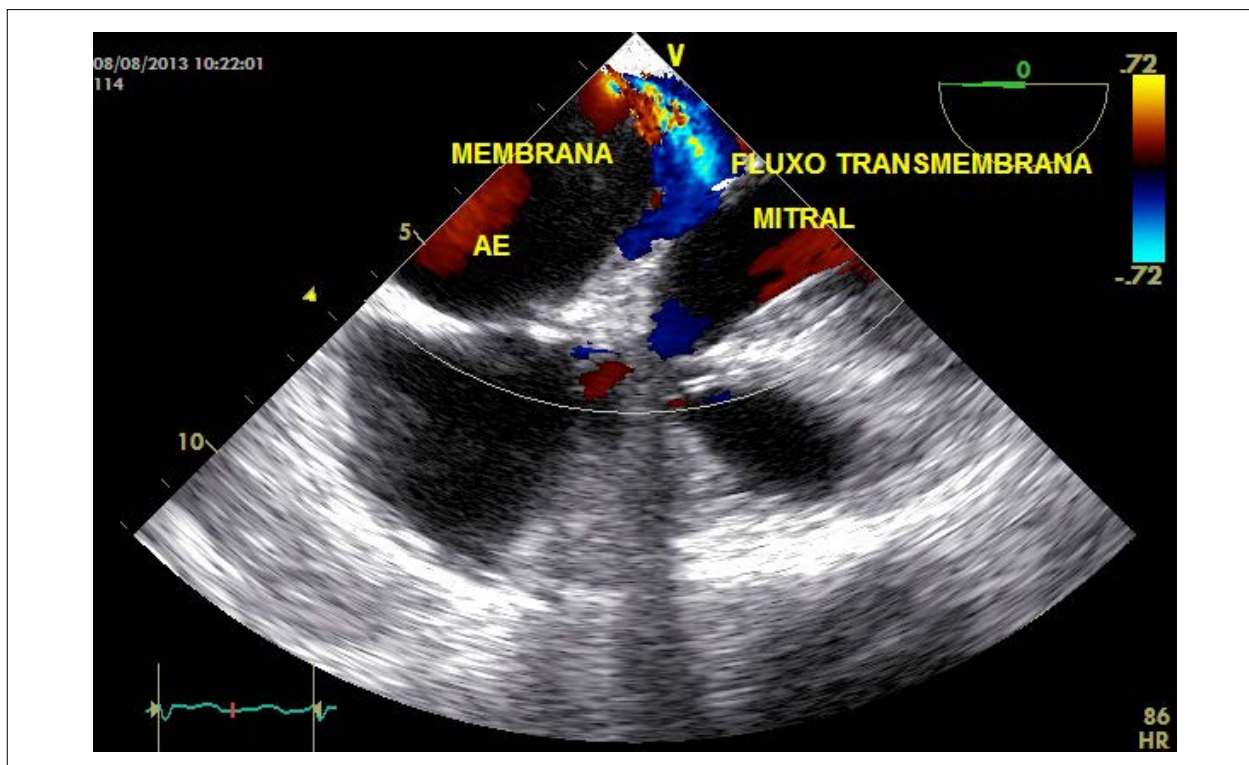


Figura 2 - Corte de 4 cámaras a la ecocardiograma transesofágica con análisis de flujo en colores mostrando el chorro mediante el orificio de la membrana. AI = atrio izquierdo.

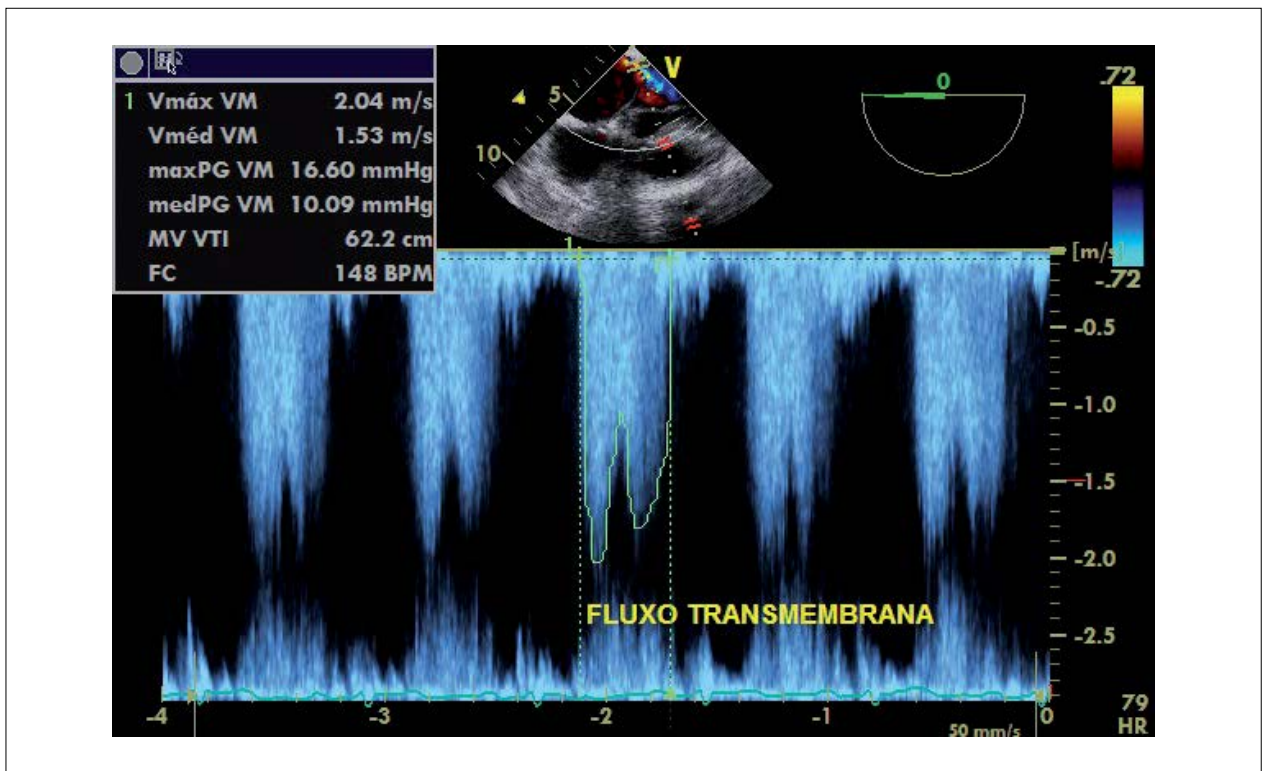
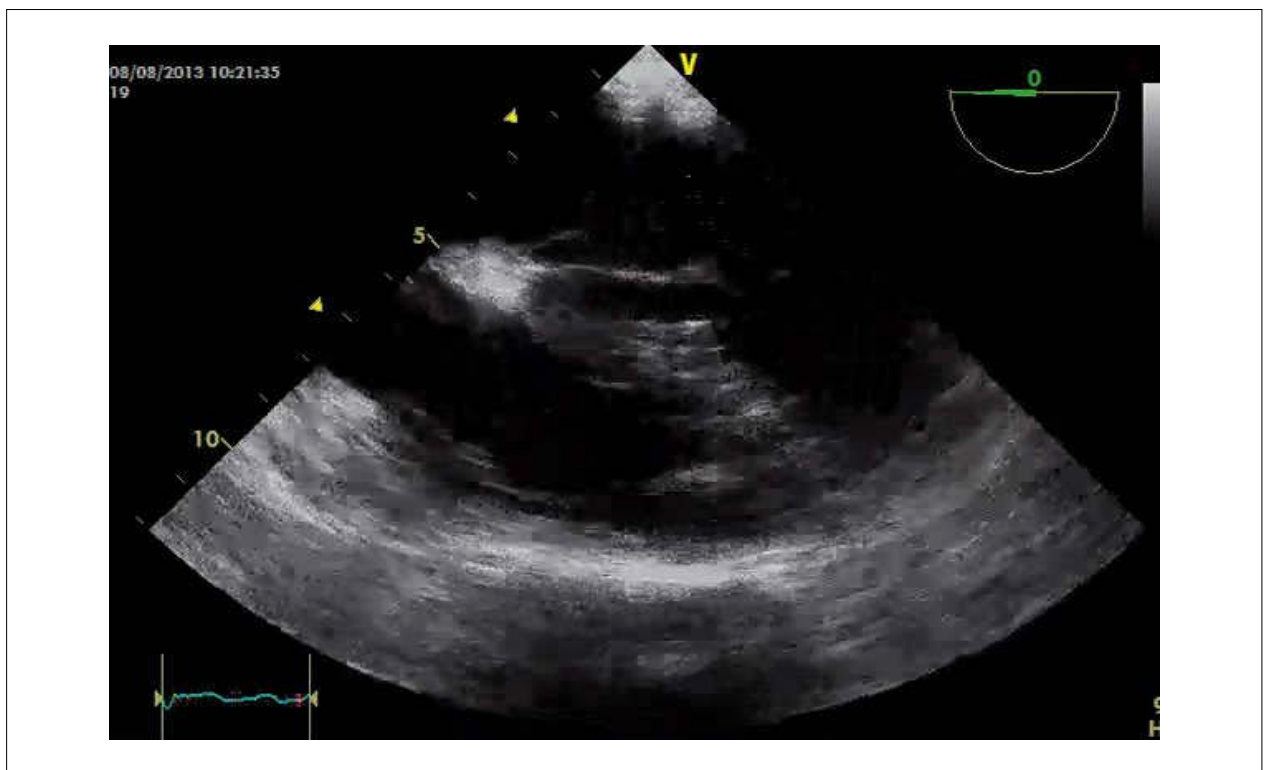


Figura 3 - Estudio del flujo transmembrana al Doppler pulsátil cuantificando el gradiente máximo en 16,6 mmHg e intermedio en 10,1 mmHg.

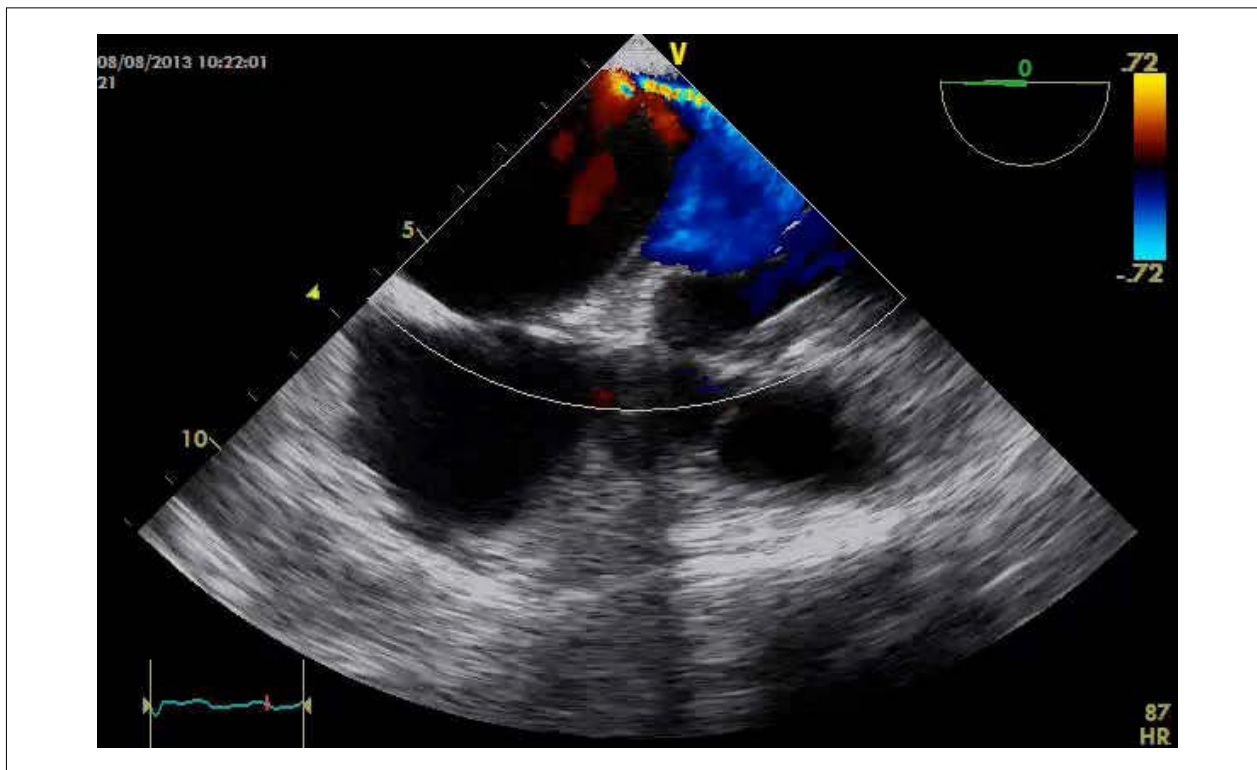


Vídeo 1

Relato de Caso



Vídeo 2



Vídeo 3

Referencias

1. Bloch G, Heurtematte Y, Menu P, Mesnildrey P, Casasoprana A, Magnier S, et al. Coeur Triatrial: formes anatomiques et traitement chirurgical de 6 cas consécutifs. *Arch Fr Pediatr.* 1988;45(7):461-6.
2. Chaara A, Mesbahi R, Joly P, Abdelali S, Brelhay AS, Maazouzi W, et al. A propos d'un cas de coeur triatrial de adulte associe a um retour veineux anormal parciel du poumon gauch. *Arch Mal Coeur.* 1984;77(12):1411-5.
3. Keith JD, Rowe RD, Vlad P. *Heart disease in infancy and childhood*. New York: MacMillan Co.; 1967.
4. Bisset GS 3rd, Kirks DR, Strife JL, Schwartz DS. Cor triatriatum – diagnose by MR imaging. *AJR Am Roentgenol.* 1987;149(3):567-8.
5. Thakrar A, Shapiro MD, Jassal DS, Neilan TG, King ME. Cor triatriatum : the utility of cardiovascular imaging. *Can J Cardiol.* 2007;23(2):143-5.
6. Yoo SM, Lee HY, Jeudy J, White CS. Adult cor triatriatum: the measurement of opening in the membrane using ECG-gated multidetector CT. *Clin Radiol.* 2009;64(12):1235-7.
7. Penafiel HP, Yeo T. Cor triatriatum in adulthood: a case report. *Int J Cardiol.* 2008;123(2):e25-7.
8. Malik A, Fran D, Mohani A, Fischerkeller M, Yekta A, Mohyuddin Y, et al. Cor triatriatum: a multimodality imaging approach. *Can J Cardiol.* 2008;24(3):e19-e20.
9. Su CS, Tsai IC, Lin WW, Lee T, Ting CT, Liang KW. Usefulness of multidetector-row computed tomography in evaluating adult cor triatriatum. *Tex Heart Inst J.* 2008;36(3):349-51.