

## Dissección de Atrio Izquierdo por Endocarditis Infecciosa de Válvula Mitral

Francisco Fábio Gadelha Cavalcante, Fernanda Fonseca Costa, Wellington Antônio Silva, Sandra Nívea dos Reis Saraiva Falcão, Nelson Lopes Evangelista, José Eloy da Costa Filho

Hospital de Messejana, Fortaleza, Ceará, CE – Brasil

### Introducción

Dissección de Atrio Izquierdo (DAI) es una entidad rara, definida como la separación forzada de las capas de la pared del atrio izquierdo por sangre, más comúnmente asociada a la cirugía cardíaca. Sólo casos aislados fueron descritos, no conociéndose verdadera incidencia, etiología y manejo de esa enfermedad. Describimos un caso de dissección de atrio izquierdo después de endocarditis infecciosa de válvula mitral nativa. Una complicación rara que merece ser reconocida y tratada con urgencia.

### Relato del Caso

Paciente del sexo masculino, 30 años, desde hace un año con síntomas de insuficiencia cardíaca y desde hace siete días con empeoramiento de la disnea asociada a fiebre. Al examen físico lúcido, orientado, ritmo regular, soplo sistólico (3+/6+) en foco mitral, auscultación pulmonar con crepitaciones en dos tercios inferiores, edema de miembros inferiores (4+/4+), lesiones descamativas en dorso y presión arterial 140 x 90 mmHg.

Realizó ecocardiograma transtorácico que evidenció imágenes cavitadas a nivel del anillo valvular mitral posterior, con destrucción parcial de la cúspide posterior y dissección parcial de la pared posterior del atrio izquierdo (Figura 1). Fue observada imagen móvil midiendo cerca de 6 x 7 mm junto a la pared septal del atrio izquierdo, sugestiva de vegetación (Figura 2), además de reflujo mitral importante y falla de coaptación de las cúspides de la válvula tricúspide con reflujo importante. La Presión Sistólica de la Arteria Pulmonar (PSAP) fue estimada en 68 mmHg y fue observado derrame pericárdico discreto.

El paciente fue sometido a cirugía de urgencia con hallazgos de válvula mitral insuficiente con ruptura de cuerda, tejido necrótico envolviendo valva posterior y septos interatrial e interventricular (absceso de la pared septal). Fue realizado el reemplazo de válvula mitral por prótesis biológica, corrección de la pared septal, plastia tricúspide (técnica de De Vega) y resección con reconstrucción de banda ventricular izquierda por absceso. Paciente recibió alta hospitalaria estable y con control ambulatorio.

### Palabras clave

Atrios del corazón/Cirugía; Dissección; Endocarditis/Complicaciones; Válvula Mitral/Fisiopatología.

**Correspondencia:** Francisco Fábio Gadelha Cavalcante •

Rua Esperanto, 546, Ap. 203, Código Postal 60410-312, Parreão, Fortaleza, CE - Brasil

E-mail: fabiogcavalcante@yahoo.com.br

Artículo recibido el 14/7/2014; revisado el 21/8/2014; aceptado el 3/9/2014.

DOI: 10.5935/2318-8219.20150007

Después de un año y cinco meses, el paciente fue nuevamente admitido con cuadro febril e insuficiencia cardíaca descompensada. En ese momento fue realizado el ecocardiograma transesofágico que mostró bioprótesis mitral con área valvular de 2,1 cm<sup>2</sup> (estimada por el PHT), gradiente diastólico medio entre atrio izquierdo y ventrículo izquierdo de 10 mmHg y reflujo mitral paraprotético moderado. Se observó imagen de probable dissección de septo interatrial, con formación de gran cavidad ocupada por trombo, y proyección de ese trombo hacia la prótesis mitral, llevando a restricción relativa de la apertura valvular y aumento del gradiente entre atrio izquierdo y ventrículo izquierdo. Fue también evidenciada la presencia de imágenes móviles en la extremidad del trombo, sugestivas de vegetaciones (¿trombo infectado?) (figuras 3 y 4). La válvula tricúspide presentaba aspecto normal y reflujo leve. La PSAP fue estimada en 41 mmHg.

El paciente fue encaminado a cirugía, en la que fue visto gran absceso en el anillo de la prótesis mitral y en el septo interatrial. Fue realizado el reemplazo de la prótesis mitral biológica por prótesis metálica, así como atrioseptoplastia y drenaje de los abscesos.

El paciente evolucionó satisfactoriamente en el postoperatorio y recibió alta hospitalaria estable clínicamente.

### Discusión

La dissección del atrio izquierdo es una separación del endocardio del atrio izquierdo del miocardio o epicardio, extendiéndose del anillo mitral o tricúspide para el septo interatrial o pared del atrio izquierdo, creando una nueva cavidad<sup>1</sup>. Es una enfermedad extremadamente rara que ocurre predominantemente después de cirugía de reemplazo de válvula mitral<sup>2,3</sup>. Trauma cardíaco, infarto agudo de miocardio, endocarditis de prótesis, masaje cardíaco vigoroso, intervención coronaria percutánea, canulación de vena pulmonar<sup>4</sup>, cirugías de válvula aórtica, de revascularización ventricular o de reparación de aneurisma ventricular izquierdo pueden también causar dissección de atrio izquierdo. La incidencia de DAI después de cirugía de la válvula mitral es de 0,84%. Sólo algunos casos aislados han sido publicados. Según revisión de Fukuhara et al.<sup>1</sup>, 36 casos ocurrieron después de cirugía de la válvula mitral y apenas cinco casos con dissección espontánea. De esos, dos casos fueron relacionados a amiloidosis y uno, a calcificación del anillo mitral.

En casi todos los casos reportados la cavidad disecada tenía continuidad con el ventrículo izquierdo, que es una de las razones de la asociación de la DAI con ruptura del VI<sup>5</sup>.

Fue observado que la mayoría (81%) de las dissecciones es de pared posterior del atrio izquierdo, y apenas cinco casos (11,9%) fueron del septo interatrial, a semejanza a

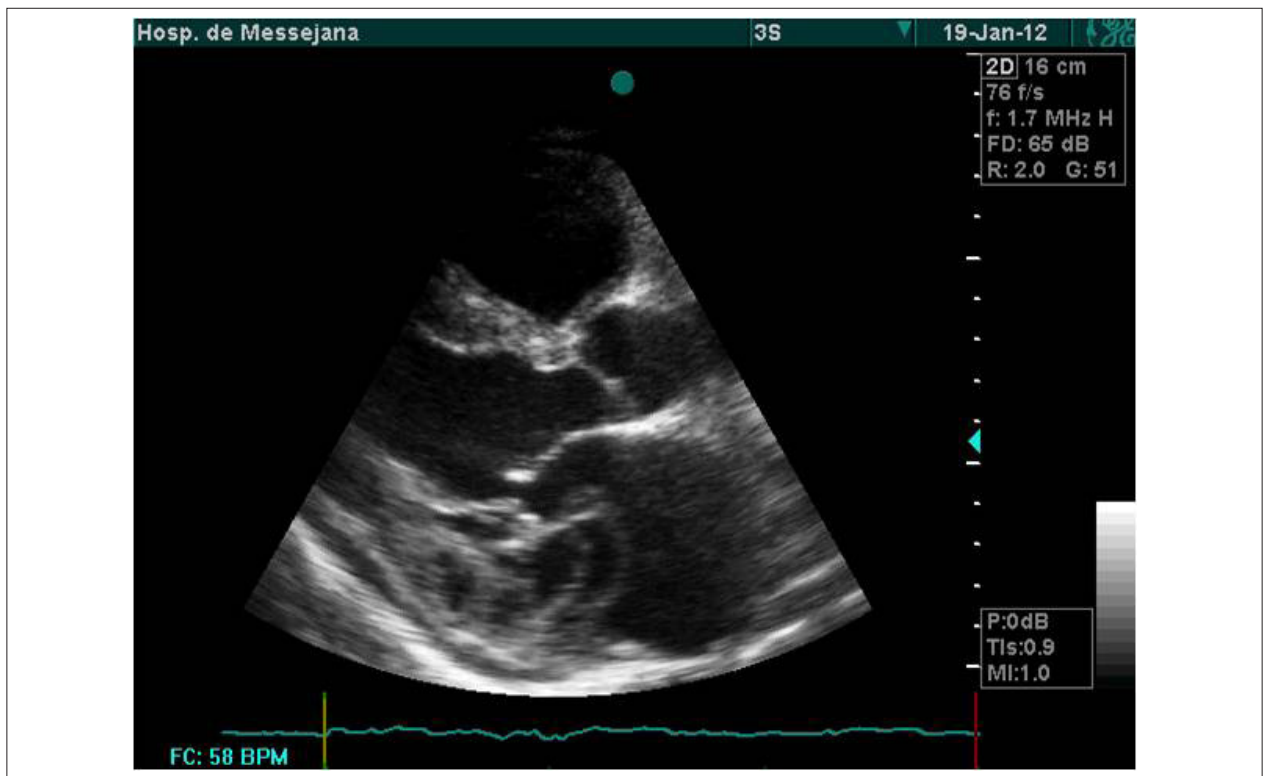


Figura 1 – Diseción de atrio izquierdo, mostrando separación de las capas de la pared atrial, corte paraesternal longitudinal al ecocardiograma transtorácico.

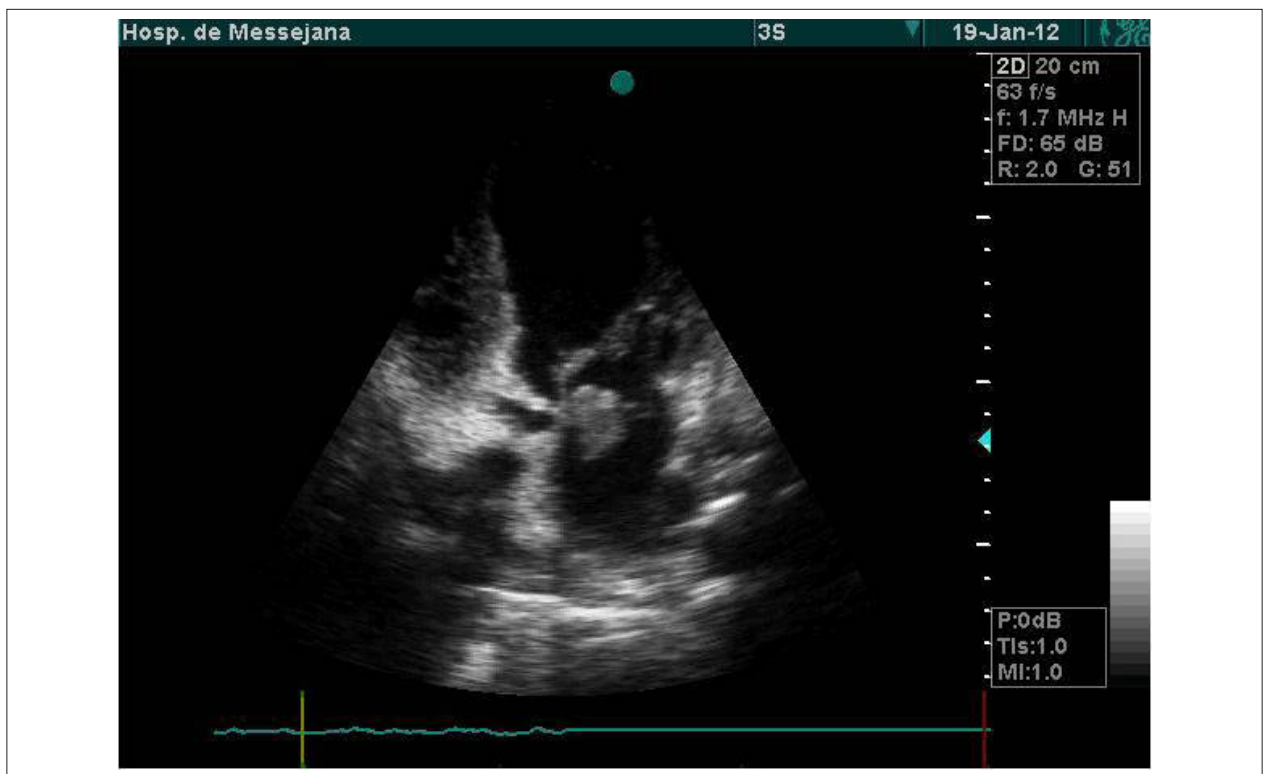
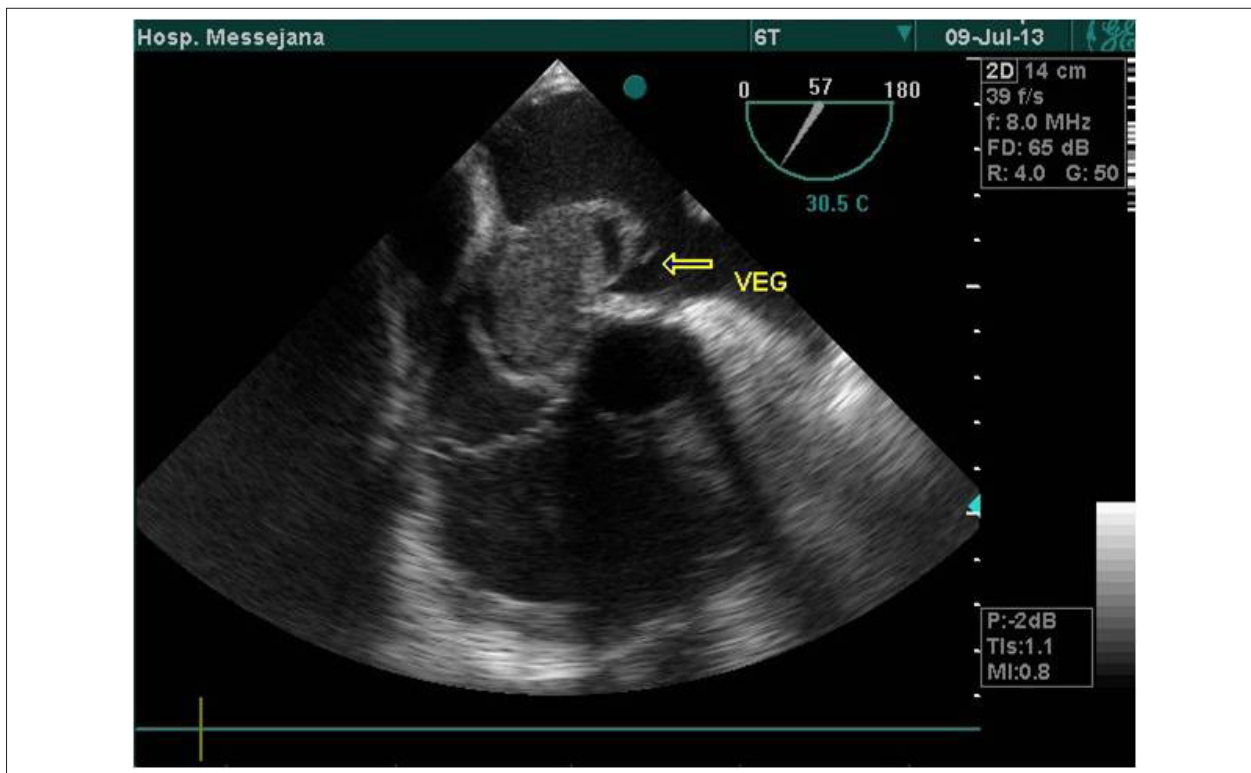
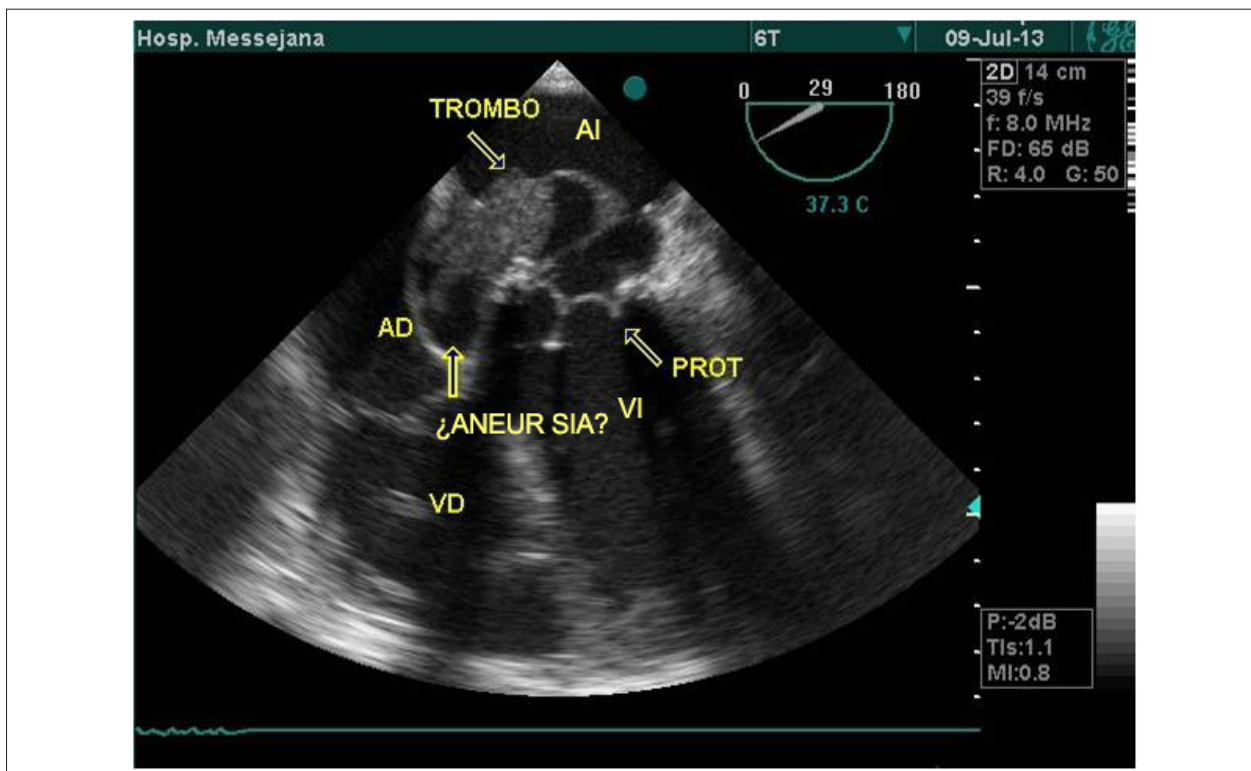


Figura 2 – Corte apical cinco cámaras con imagen móvil midiendo cerca de 6 x 7 mm junto a la pared septal del atrio izquierdo, sugestiva de vegetación.

## Caso Clínico



**Figura 3** – Presencia de vegetación en septo interatrial al ecocardiograma transesofágico.  
VEG: vegetación.



**Figura 4** – Presencia de trombo en atrio izquierdo y aneurisma de septo interatrial al ecocardiograma transesofágico.  
AI: atrio izquierdo; AD: atrio derecho; VI: ventrículo izquierdo; VD: ventrículo derecho; PROT: prótesis; ¿ANEUR SIA?: ¿Aneurisma de septo interatrial?.

lo ocurrido con ese paciente presentado, y solamente tres casos de la pared anterior.

El ecocardiograma transefágico es una herramienta importante para el diagnóstico correcto y auxilia al cirujano cardíaco en el tratamiento con el abordaje adecuado de la lesión. No fue realizado en el primer episodio de endocarditis infecciosa en razón de la gravedad del cuadro clínico con inmediata transferencia del paciente al quirófano.

Según el consenso americano de 2014 de enfermedad cardíaca valvular, el ecocardiograma transefágico en el intraoperatorio es recomendación clase I para cirugía valvular de endocarditis infecciosa, a fin de evaluar el éxito de la corrección o sustitución valvular y detectar complicaciones, como extensión de la enfermedad infecciosa además del tejido valvular<sup>6</sup>. Pero no todos los centros de cardiología del Brasil disponen de él con facilidad en el quirófano.

La mayoría de los casos es tratada quirúrgicamente; pero cuando es descubierto tardíamente en paciente hemodinámicamente estable, puede ser controlado clínicamente<sup>7</sup>. En la literatura fue revisado que la tasa de reparación quirúrgica está en torno de 79% de los pacientes con DAI<sup>1</sup>.

Lorenzana et al.<sup>8</sup> describieron en 1998 un caso semejante en un paciente de 66 años con endocarditis infecciosa de válvula mitral nativa por *Staphylococcus aureus*<sup>8</sup>. Después de 48 horas de tratamiento, el paciente presentó cuadro de hipotensión arterial grave e insuficiencia respiratoria por edema agudo de pulmón, evolucionando para óbito en el preoperatorio por insuficiencia respiratoria refractaria y choque.

De ese modo, ese caso presentado es peculiar por presentar disección de la pared septal del atrio izquierdo causado

por endocarditis de válvula mitral nativa, tratado con éxito quirúrgicamente y recurrencia del cuadro por nueva infección en prótesis mitral con nuevo abordaje y evolución satisfactoria.

Esa presentación atípica demuestra la importancia de la realización precoz del ecocardiograma transtorácico y si es posible transefágico para el diagnóstico de enfermedades graves y programación quirúrgica adecuada.

### Contribución de los autores

Concepción y diseño de la investigación: Falcão SNRS, Costa Filho JE; Obtención de datos: Costa FF, Silva WA, Evangelista NL; Análisis e interpretación de los datos: Cavalcante FFG, Silva WA, Evangelista NL; Análisis estadístico: Cavalcante FFG, Silva WA, Evangelista NL; Redacción del manuscrito: Cavalcante FFG; Revisión crítica del manuscrito respecto al contenido intelectual importante: Falcão SNRS, Costa Filho JE.

### Potencial conflicto de intereses

Declaro no haber conflicto de intereses pertinentes.

### Fuentes de financiamiento

El presente estudio no tuvo fuentes de financiamiento externas.

### Vinculación académica

Este artículo está vinculado a la conclusión de la residencia médica en Ecocardiografía del Hospital de Messejana de la Secretaría de Salud de Ceará.

## Referencias

1. Fukuhara S, Dimitrova KR, Geller CM, Hoffman DM, Ko W, Tranbaugh RF. Left atrial dissection: etiology and treatment. *Ann Thorac Surg*. 2013;95(5):1557-62.
2. Fujiishi T, Koitabashi T, Inomata T, Ohori K, Shibata K, Okamoto H, et al. Prosthetic mitral valve endocarditis with left atrial dissection. *Circulation*. 2013;77(6):1585-6.
3. Ota T, Subramaniam K, Cook CC, Bermudez C. Left atrial wall hematoma/dissection after mitral valve replacement. *Circulation*. 2010;121(4):584-5.
4. Tolpin DA, Collard CD, Thomas Z, Pan W. Left atrial dissection associated with pulmonary vein cannulation: echo rounds. *Anesth Analg*. 2009;109(5):1409-12.
5. Lombardo A, Luciani N, Rizzello V, Natale L, Pennestrí F, Ricci R, et al. Images in cardiovascular medicine. Spontaneous left atrial dissection and hematoma mimicking a cardiac tumor: findings from echocardiography, cardiac computed tomography, magnetic resonance imaging and pathology. *Circulation*. 2006;114(7):e249-50.
6. Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP III, Guyton RA, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2014;63(22):e57-185.
7. Martínez-Sellés M, García-Fernández MA, Moreno M, Bermejo J, Delcán JL. Echocardiographic features of left atrial dissection. *Eur J Echocardiogr*. 2000;1(2):147-50.
8. Lorenzana MLC, Pérez JML, Macías EM, López JMG, Rodríguez JP. Disección auricular izquierda y endocarditis infecciosa. *Rev Esp Cardiol*. 1998;51(5):402-3.