

Introducción

Se presenta el reporte de una caso poco frecuente: Masculino de 27 años de edad, tiene valvulopatía aórtica bivalva y coartación de la aorta diagnosticada en la infancia, en el año 2005 presentó episodio de endocarditis por lo que se le realizó sustitución de la válvula aórtica por una prótesis mecánica, en el 2006 se le realizó coartoplastia con implante del stent, en el 2011 sufrió evento vascular cerebral isquémico en territorio de la ACMI.

Presentación del Caso

Inicio y evolución del padecimiento actual: inicio en el año 2011 al presentar EVC en el contexto del paciente joven, se inició estudio y se documentó trombo en prótesis aórtica e insuficiencia mitral ligera que sólo requirió tratamiento médico, en marzo del 2014 presento deterioro de la clase funcional manifestado por disnea de medianos esfuerzos.

Exploración física: consciente, orientado, cuello con ingurgitación yugular grado I, no masas ni tumoraciones, campos pulmonares buena entrada y salida de aire, no crepitos no sibilancias, ruidos cardiacos rítmicos, con soplo regurgitante mitral grado III/IV irradiado a hueco axilar, click protésico ligeramente disminuido en intensidad. Las extremidades inferiores con edema +, adecuados pulsos distales.

Ecocardiograma trantorácico: Ventrículo izquierdo de geometría y dimensiones normales, con hipertrofia concéntrica moderada, sin alteraciones de la movilidad segmentaria, disfunción diastólica del VI tipo 2, aurícula izquierda dilatada de grado moderado, aurícula derecha dilatada de grado leve, válvula mitral con insuficiencia moderada por parámetros cuantitativos más efecto coanda, lo que la convierte en severa, prótesis valvular aórtica con datos de disfunción por estenosis leve, sec a panus, válvula pulmonar con insuficiencia leve, válvula tricúspide con insuficiencia moderada, hipertensión pulmonar moderada, pericardio sin alteraciones.

Ecocardiograma tranesofágico y 3D

Prótesis valvular aórtica con presencia de panus y filamentos de fibrina con adecuada excursión cierre de sus discos, válvula mitral con insuficiencia mitral severa con efecto coanda que circunda toda la aurícula izquierda sec a prolapsos de la valva anterior, que es ocasionado por presencia de disección de la pared auricular izquierda y parte de la valva anterior, que en la sístole condiciona abobamiento de la luz falsa y parte de la valva anterior y desplaza a esta hacia adentro de la aurícula izquierda, el orificio entrada de la disección se documentó a nivel de la continuidad mitro aórtica, con un pequeño trombo móvil, resto de estructuras sin mas que comentar.

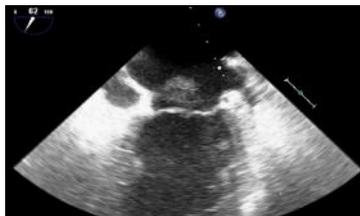


Fig 1 Ecocardiograma TE muestra la disección auricular izquierda con flatering que prolapsa por efecto Venturi de la AI a VI.

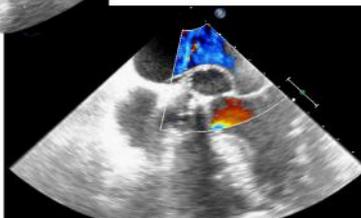


Fig 2 Ecocardiograma TE muestra la disección auricular izquierda periprotésica que provoca insuficiencia mitral severa

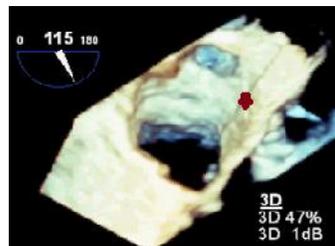
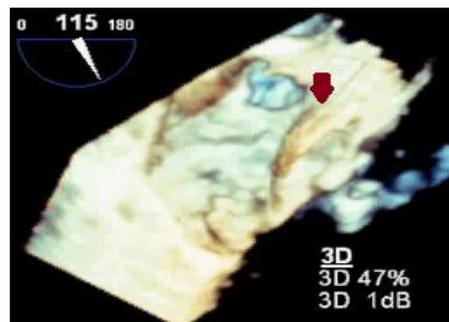


Fig 3 y 4 Ecocardiograma TE3D muestran la disección auricular izquierda



Revisión de la literatura

La disección de la aurícula izquierda, es definida como una brecha del área del anillo mitral o tricúspideo hacia el septum interauricular o la pared de la aurícula izquierda creando una nueva cámara con o sin comunicación hacia la verdadera aurícula izquierda o derecha (1); una separación forzada de las capas de la pared de la aurícula por la sangre (6). Se trata de una patología rara. El primer caso fue descrito en 1979 por Romfh RF, et al (2); ha partir de entonces, se ha reconocido esta entidad en un mayor número de pacientes, por ejemplo, 11 casos de la serie de Gallego et al en Madrid, España, otras de 3 o 4 casos y reportes de casos aislados (4,6,7). En la serie comentada, todos los pacientes tenían cardiopatía reumática (1). Es más frecuente en mujeres (6). Hasta el año 2013, se disponía información de 53 casos de la literatura médica; solo 3 en cirugía aórtica aislada (6). Se han identificado diferentes causas para su desarrollo, la más frecuente es la cirugía valvular mitral, como una complicación temprana o tardía (desde la identificación intraoperatoria hasta 9 años), traumatismos de tórax no penetrantes, ruptura cardiaca después de un infarto del miocardio, endocarditis, tromboectomía atrial, masaje cardiaco, mis-match de la prótesis y el anillo. (1,2,6,8). También ha sido reportado un caso de disección espontaneo sin un factor asociado (3). Se han sugerido los siguientes mecanismos en el contexto de cirugía valvular mitral: sutura inapropiada del anillo al manguito de la prótesis, daño inadvertido de la porción posterior del anillo mitral, desbridamiento excesivo del tejido del anillo, tracción excesiva de la sutura en la parte posterior del anillo, daño inadvertido del endocardio durante una tromboectomía de la aurícula izquierda. (4). El ecocardiograma tranesofágico (ETE), ha sido reconocido como el método diagnóstico más apropiado para identificar y definir esta complicación, con la aplicación sistemática del doppler color. (4) Algunos datos clínicos que se han reportado tras realizar el ETE en algunos casos fueron el desarrollo de signos de insuficiencia cardiaca y soplo nuevo

Bibliografía

- Gallego P, et al. Atrial Dissection: Pathogenesis, Clinical Course, and Prognostic. *Echocardiographic Recognition*, Journal of the American Society of Echocardiography, 2001;14-8:813-820.
- Romfh RF, Paplanus SH, Dissection aneurysm of left atrium following external cardiac massage. *JAMA* 1979;241: 1-151
- Jung-Hyun Choi, Spontaneous Left Atrial Dissection Presenting as Pulmonary Edema. *Circulation*. 2005;111:e372-e373.
- Martínez-Sellés M. et al, Case Report, Echocardiographic features of Left Atrial Dissection. *Eur J Echocardiography* (2000) 1, 147-150
- Lázló Lukács, MD, Dissection of the Atrial Wall after Mitral Valve Replacement. *Tex Heart Inst J* 1996;23:62-4.
- Shinichi Fukuhara, MD, Left Atrial Dissection: Etiology and Treatment. *Ann Thorac Surg* 2013;95:1557-62.
- Omar Di Gregorio, MD, Dissection of Atrial Septum After Valve Replacement. *Ann Thorac Surg* 2000;71:1670-2.
- Kyung Woo Kim, MD, Left Atrial Wall Dissection After Mitral Valve Replacement. *J of Cardiovasc Ultrasound* 2013;21(3):145-147