

Fibrilación auricular en una paciente con megaorejuela auricular izquierda

ALEJANDRO VILLAMIL¹, PATRICIA AVELLANA¹, CLAUDIO HADID¹, HORACIO DI NUNZIO^{MTSAC, 2}, DANIELA CORIA¹,
DARIO DI TORO^{MTSAC, 1}, NOEMÍ PRIETO^{MTSAC, 1}

Recibido: 12/10/2006

Aceptado: 13/12/2006

Dirección para separatas:

Dr. Alejandro M. Villamil
Hospital General de Agudos
Francisco Santojanni
Pilar 950 (1048) Capital Federal
Tel. (011) 4630-5786/5747
e-mail: amvillamil@intramed.net.ar

RESUMEN

La FA constituye una de las arritmias sostenidas más frecuentes que motivan la consulta. El sustrato comprende diferentes mecanismos, entre los que se encuentra el agrandamiento auricular izquierdo. Presentamos el caso de una mujer de 33 años con antecedentes de palpitaciones, que ingresó en la guardia por FA de alta respuesta ventricular. En la radiografía de tórax se observó una deformación del borde izquierdo de la silueta cardíaca. Posteriormente, el ecocardiograma transesofágico y la resonancia magnética nuclear evidenciaron una megaorejuela aneurismática debida, probablemente, a un defecto pericárdico. La conducta fue anticoagulación oral y tratamiento con atenolol, con evolución favorable.

REV ARGENT CARDIOL 2007;75:61-63.

Palabras clave > Megaaurícula - Aneurisma de orejuela - Defectos pericárdicos - Fibrilación auricular

Abreviaturas >	AI Aurícula izquierda	IM Insuficiencia mitral
	ECG Electrocardiograma	VI Ventrículo izquierdo
	ESV Extrasístoles supraventriculares	VD Ventrículo derecho
	ETE Ecocardiograma transesofágico	OI Orejuela izquierda
	FA Fibrilación auricular	RMN Resonancia magnética nuclear
	FC Frecuencia cardíaca	VCS Vena cava superior
	HTA Hipertensión arterial	

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) representa aproximadamente el 30% de las consultas en los servicios de guardia. Alrededor del 20% carecen de patología estructural demostrable y su reversión espontánea alcanza el 50%. Si bien la reversión farmacológica o eléctrica parece segura respetando el período de 48 horas desde el inicio de la arritmia, ciertas condiciones patológicas pueden incrementar el riesgo de procesos embólicos, por lo que deben evaluarse previamente. Presentamos el caso de una mujer de 33 años con el único antecedente de palpitaciones recurrentes e HTA durante un embarazo que ingresa en la guardia por FA de alta respuesta ventricular.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 33 años, obesa, con historia de HTA durante el embarazo y palpitaciones recurrentes. En mayo de 2006 ingresó en la guardia del hospital por presentar un episodio de palpitaciones asociadas con mareos. El ECG evidenció FA de alta respuesta ventricular con signos de sobrecarga de la AI y la radiografía de tórax mostró un cuarto arco prominente compatible con agrandamiento auricular

izquierdo (Figura 1). La arritmia revirtió espontáneamente dentro de la hora del ingreso y se derivó a la paciente al Servicio de Electrofisiología.

En el ecocardiograma transesofágico (ETE) se visualizó dilatación severa de la AI (área de 45 cm²) con megaorejuela aneurismática (27 cm²), que se proyectaba por delante del tracto de salida del ventrículo derecho (VD) comprimiéndolo y generando un gradiente leve con hipertensión pulmonar leve. No se observaron trombos ni ecogenicidad espontánea. El ventrículo izquierdo (VI) presentó diámetros endocavitarios normales, hipertrofia excéntrica leve, función sistólica conservada, sin alteraciones en la motilidad. El septum interauricular y las válvulas no presentaron alteraciones (Figura 2).

El registro Holter de 24 horas bajo tratamiento con atenolol 50 mg/día informó ritmo sinusal bradicárdico, ESV poco frecuentes aisladas y taquicardia auricular de segundos de duración con una FC de hasta 137 lpm. La ergometría, también bajo tratamiento con atenolol, 50 mg, resultó insuficiente. Al doble producto no presentó angor, alteraciones del ST ni arritmias. El comportamiento de la tensión arterial fue normal, en tanto que manifestó disnea desproporcionada al esfuerzo sin ruidos agregados a los 7 METS.

Como único hallazgo positivo en los resultados de laboratorio se encontraron valores hormonales tiroideos compatibles con hipotiroidismo (TSH 14,9 UI/ml y T4 de 6,2 µg/dl).

Con el objeto de confirmar el diagnóstico y su etiología, se realizó una resonancia magnética nuclear (RMN) con

^{MTSAC} Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología

¹ Servicio de Cardiología, Hospital General de Agudos Francisco Santojanni

² Fundación Científica del Sur

gadolinio. Las imágenes demostraron dilatación difusa severa de la AI, con deformación del septum interauricular, signos de herniación severa y dilatación aneurismática de la orejuela auricular izquierda, con proyección de ésta hacia afuera, adelante y arriba, por encima del VI, con forma abollonada y con un extremo distal que configura una pseudoorejuela. Estos hallazgos son compatibles con ausencia parcial del saco pericárdico izquierdo. También se observó IM moderada, dilatación acentuada de la AD con VD normal. El VI mostró volúmenes, grosores y función sistólica normales con rectificación leve de su cara anterior (Figuras 3 y 4).

El tratamiento instituido incluyó anticoagulación oral, atenolol 50 mg/día y reemplazo hormonal tiroideo, con evolución favorable.

DISCUSIÓN

La FA es una de las arritmias sostenidas más frecuentes que motivan la consulta. Su aparición se relaciona con diversas patologías que provocan dilatación auricular como la HTA, enfermedades valvulares y otras menos frecuentes, como el aneurisma de la orejuela izquierda. Esta patología puede ser congénita o adquirida. Las formas congénitas se originan por una displasia del músculo pectíneo y de las bandas del músculo auricular de donde nacen y generalmente se presentan en forma aislada. (1) En cambio, los adquiridos se asocian con procesos inflamatorios o degenerativos del endocardio. La edad de presentación es variable, pero suele ocurrir entre la segunda y tercera década de la vida. La manifestación clínica más frecuente es la aparición de arritmia auricular incesante o recurrente, especialmente la FA y los procesos embólicos. (2) También hay comunicaciones de pacientes asintomáticos, dolor precordial inespecífico, disnea, signos de taponamiento cardíaco e insuficiencia cardíaca. Pueden estar localizados en el espacio intrapericárdico o extrapericárdico, por ausencia parcial de esta membrana. (3)

La agenesia pericárdica es una rara anomalía de difícil diagnóstico. La forma completa representa sólo el 9%, mientras que la variedad más prevalente es la ausencia del hemipericardio izquierdo en el 70% de los pacientes. Embriológicamente, se origina en la atrofia prematura de la vena cardinal común o conducto de Cuvier, responsable del aporte sanguíneo a la membrana pleuropericárdica que impide su cierre normal. (4) La incidencia es tres veces mayor en los varones y se asocia frecuentemente con otras anomalías. (5, 6)

Tanto la megaaurícula como la megaorejuela izquierda son entidades poco frecuentes capaces de generar FA y tienen alto riesgo de morbilidad y mortalidad, que debe tenerse en cuenta en el momento del diagnóstico. (1)

Una amplia variedad de defectos estructurales auriculares se han relacionado con la aparición de FA y en la gran mayoría de esos procesos se ha encontrado una conducta terapéutica establecida. Nuestro caso representa una condición de excepción en la cual no existen pautas claras para el tratamiento ni evidencias de respuesta a él.



Fig. 1. Radiografía de tórax: Deformación del borde izquierdo de la silueta cardíaca.

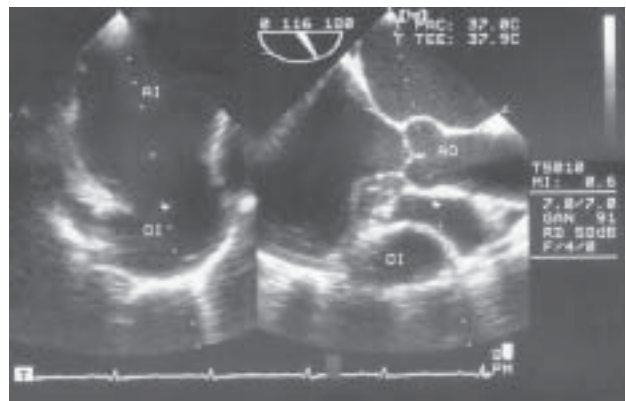


Fig. 2. ETE. Se visualiza dilatación severa de la aurícula y la orejuela izquierda. AI: Aurícula izquierda. OI: Orejuela izquierda. AO: Aorta.



Fig. 3. Cineangiografía coronal. Dilatación de la aurícula izquierda con herniación aneurismática de la orejuela auricular izquierda. AI: Aurícula izquierda. OI: Orejuela izquierda. VI: Ventrículo izquierdo. VCS: Vena cava superior. AP: Arteria pulmonar. AO: Aorta.



Fig. 4. RMN con gadolinio y reconstrucción 3D, donde se visualiza dilatación de la orejuela auricular izquierda y su relación con las cavidades cardíacas izquierdas. Ol: Orejuela izquierda. Al: Aurícula izquierda. VI: Ventrículo izquierdo.

En nuestra opinión, la conducta a seguir depende principalmente del tamaño del aneurisma y de la signosintomatología que pueda aparecer. En los casos con arritmias incesantes, trombos o complicaciones embólicas está indicada la cirugía, aunque no sin riesgos, pero en los casos asintomáticos o con aneurisma de menor tamaño, la anticoagulación puede ser la mejor opción terapéutica. Si la cirugía está indicada por las razones expuestas, deberá considerarse la aplicación de la técnica de Cox III para prevenir nuevos episodios de FA.

El presente caso reafirma el valor de la pesquisa de cardiopatía estructural subyacente previo a la reversión, que en este caso pudo establecerse con una simple radiografía de tórax y signos de sobrecarga de AI en el ECG, para minimizar el riesgo embólico. El seguimiento clínico puede ayudar a encontrar el momento oportuno para la reparación quirúrgica.

SUMMARY

Atrial Fibrillation in a Patient with a Giant Left Atrial Appendage

Among sustained arrhythmias, atrial fibrillation is one of the most common causes of patient consultation. Its substrate comprises various mechanisms, including left atrial enlargement. In this report, we present the case of a 33 year-old woman with a history of palpitations, who was admitted to the emergency room due to atrial fibrillation with a rapid ventricular response. In the chest X-ray, the left border of the cardiac silhouette was deformed. Subsequently, both the transesophageal echocardiogram and the magnetic resonance images showed a giant aneurysmal left atrial appendage, probably due to a pericardial defect. Treatment consisted of oral anticoagulation and atenolol, with a favorable patient outcome.

Key words > Giant left atrium - Left atrial appendage aneurysm - Pericardial defects - Atrial fibrillation

BIBLIOGRAFÍA

1. Lekkerkerker JC, Jaarsma W, Cramer MJ. Congenital giant aneurysm of the left atrial appendage. *Heart* 2005;91:e21.
2. Mathur A, Zehr KJ, Sinak LJ, Rea RF. Left atrial appendage aneurysm. *Ann Thorac Surg* 2005;79:1392-3.
3. Pomerantzeff PM, Freyre HM, de Almeida Brandao CM, Pereira Barreto AC, Almeida de Oliveira S. Aneurysm of the left atrial appendage. *Ann Thorac Surg* 2002;73:1981-3.
4. Rubio Alcaide A, Herrero Platero C, Sanchez Calle JM, de Mora Martin M, Barakat S, Pinedo Rodriguez J, et al. The imaging diagnosis of pericardial agenesis. *Rev Esp Cardiol* 1999;52:211-4.
5. Finet G, Bozio A, Frieh JP, Cordier JF, Celard P. Herniation of the left atrial appendage through a congenital partial pericardial defect. *Eur Heart J* 1991;12:1148-9.
6. Gil S, Dias M, Baudino P, Anauch D, Barcudi R. Agenesia pericárdica. *Rev Fed Arg Cardiol* 2003;32:99-102.