

Insuficiencia tricuspídea asociada a aneurisma del tabique interauricular

EDGARDO IZCOVICH, RICARDO PARRA, MIGUEL MICELI, RICARDO ALGRANATI,
RICARDO STAGNARO, JORGE BLUGUERMANN

Servicio de Cardiología, Clínica Modelo de Morón

Trabajo recibido para su publicación: 5/89. Aceptado: 11/89

Dirección para separatas: Clínica Modelo de Morón, Servicio de Cardiología, República Oriental del Uruguay 224,
(1708) Morón, Provincia de Buenos Aires, Argentina

La insuficiencia tricuspídea es una patología que fue descrita clínicamente por primera vez por Benson en 1836.¹ La etiología más frecuente es la reumática, pero desde fines del siglo pasado hasta la fecha se han descrito múltiples causas, algunas con compromiso valvular (ejemplo: síndrome carcinoide) y otras sin compromiso de las mismas (ejemplo: hipertensión pulmonar).²

El objetivo de esta presentación es el de mostrar un caso de insuficiencia tricuspídea asociada a una patología inusual, como es el aneurisma del tabique interauricular.

PRESENTACION DEL CASO

Una joven de 30 años, profesora de Educación Física, consultó en nuestro Servicio por presentar episodios de dolor precordial atípicos, asociados a crisis de palpitaciones. En el momento del examen físico presentaba pulso de 64/min, tensión arterial 130/80 mmHg. La auscultación revelaba ruidos normales y un soplo sistólico ++ (I a VI) en área tricuspídea, Rivero Carvalho+. La radiografía de tórax era normal, el ECG mostraba ritmo sinusal, frecuencia de 68 latidos/min y bloqueo de rama derecha.

Se realizó un estudio eco Doppler cardíaco con un equipo Aloka 725; éste mostró registro en modo M nor-

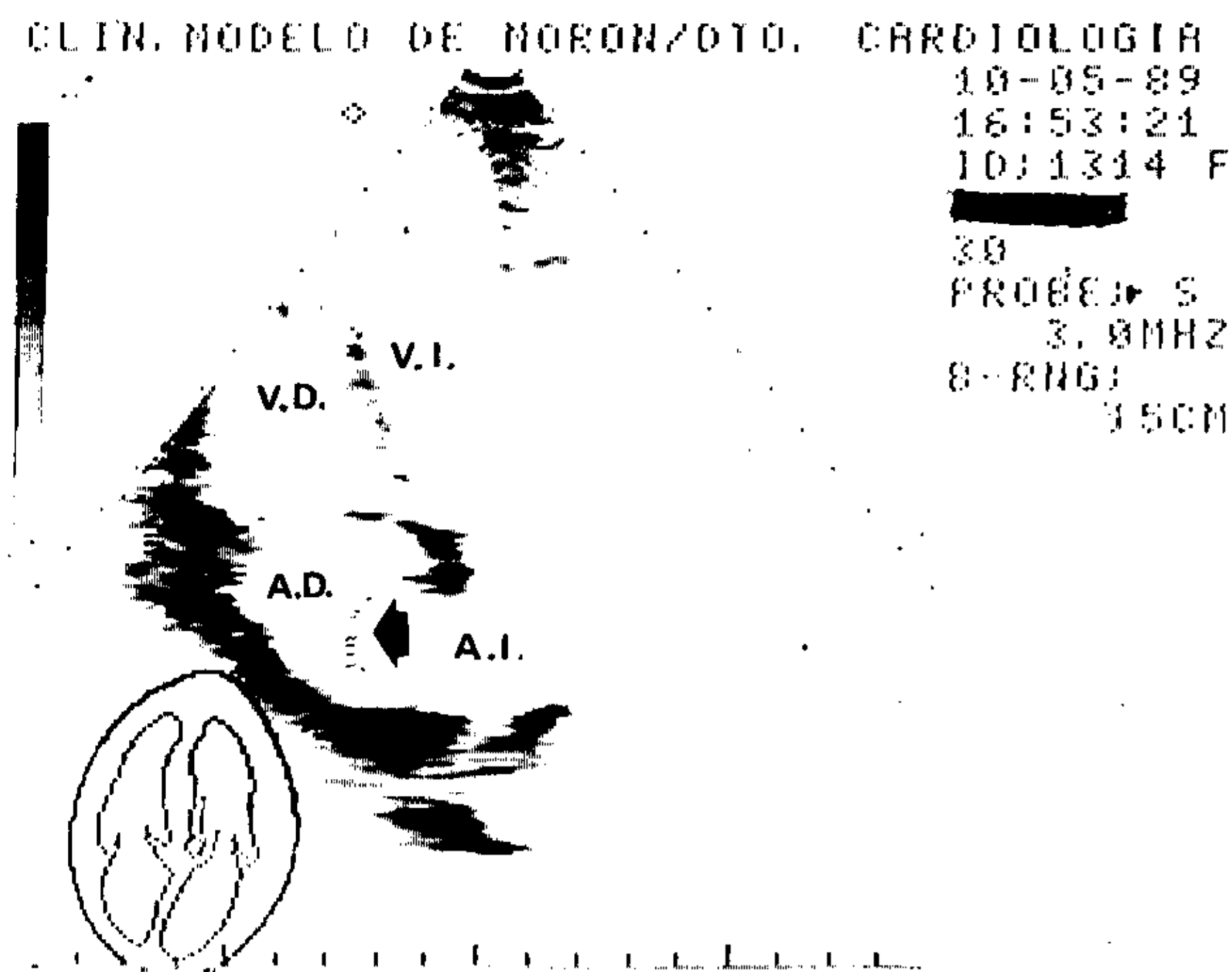


Fig. 1. Imagen ecocardiográfica de cuatro cámaras apical.

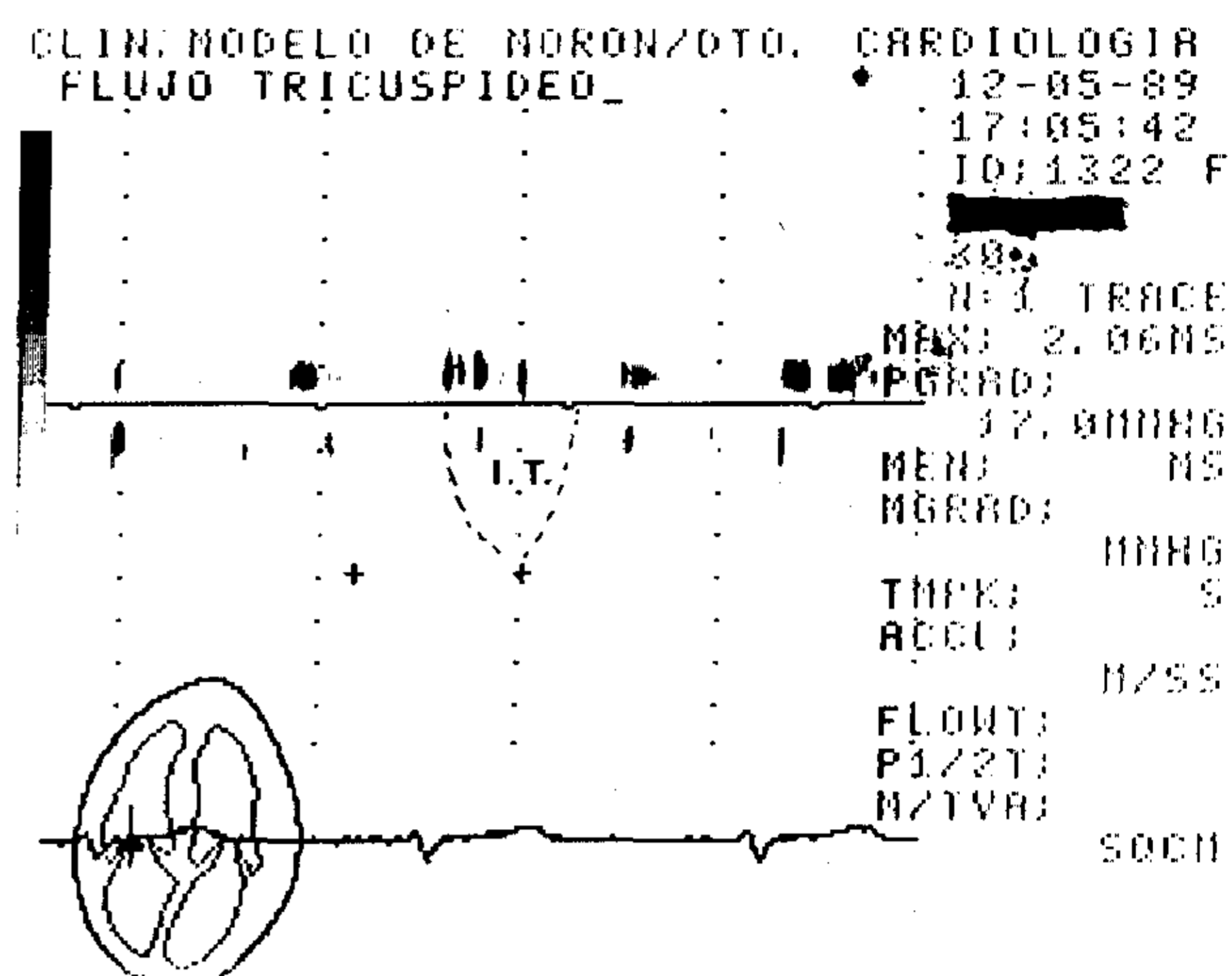


Fig. 2. Imagen del registro Doppler continuo a través de la válvula tricúspide.

mal, tamaño de las cavidades conservado, adecuado espesor de las paredes y buena función ventricular; el estudio 2D (Fig. 1) reveló en el corte de cuatro cámaras apical diámetros ventriculares conservados, adecuada movilidad de las válvulas AV, aumento de densidad del tabique membranoso y, a nivel del tabique interauricular, una delgada membrana que se extiende desde 1 cm por debajo de la válvula mitral, hasta la pared auricular posterior, prolapsando 2 cm hacia la aurícula derecha, determinando un aneurisma del tabique interauricular que sobresale en la aurícula derecha, ocupando 1/3 de la misma.

Por medio del registro del Doppler continuo a nivel de la válvula tricúspide (Fig. 2) se observó que el flujo diastólico anterógrado presentó una velocidad de 0,80 m/seg con morfología conservada, mientras que en sístole había un *jet* retrógrado hacia la aurícula derecha con una velocidad pico de 2,06 m/seg; no se detectó cortocircuito a nivel auricular. Por medio del Doppler pulsado se realizó un mapeo del *jet* en forma retrógrada hasta la unión del 1/3 proximal con el 1/3 medio de la aurícula derecha, lo que constituye una insuficiencia tricuspídea leve a moderada.

Para determinar los límites del aneurisma y su movilidad dentro de la aurícula derecha, se sometió a la paciente a un ecocardiograma contrastado por medio del registro de un eco 2D, mientras se le inyectaban 10 cc de sangre agitada (de la misma paciente) por una vena del pliegue del codo, observándose movilidad del aneurisma hacia la válvula tricúspide durante la sístole auricular; por otro lado, persistencia en aurícula derecha de material de contraste más de medio minuto después de la inyección. Esto está determinado por: a) la inyección se realizó durante 10 segundos; b) persistencia de las burbujas en la aurícula derecha; c) pasaje de contraste del ventrículo derecho a la aurícula durante la sístole.

COMENTARIO

El aneurisma del tabique interauricular es una rara entidad descrita por primera vez por Lang y Posselt en 1934.³ Se caracteriza primariamente por un defecto de la *fossa ovalis* y requiere de tres elementos para su diagnóstico: 1º) tabique interauricular redundante; 2º) saliencia del tabique a una de ambas aurículas > 1,1 cm; 3º) diámetro de la *fossa ovalis* > 1,5 cm.⁴

Su presencia se asocia a una debilidad congénita de la válvula Vieussens, que en los individuos normales obtura la *fossa ovalis*.⁵

En los niños se asocia frecuentemente con otras patologías congénitas (ejemplo: CIA, atresia tricuspídea).^{6,7} En los adultos generalmente es asintomático, pero se han descrito casos de arritmias supraventriculares y raramente embolias pulmonares y/o sistémicas.^{8,9}

El método de elección para su diagnóstico es el eco 2D.¹⁰ La primera descripción ecocardiográfica de esta patología la realizó Sahn en 1978.¹¹ La Clínica Mayo (EE.UU.) presentó una serie consecutiva de 80 pacientes con esta patología, refiriendo una incidencia de 0,22% dentro de sus estudios.¹²

CONCLUSION

El objetivo de esta presentación fue mostrar la infrecuente asociación de insuficiencia tricuspídea con aneurisma del tabique interauricular en un individuo adulto y la utilidad del eco Doppler en su diagnóstico.

La insuficiencia tricuspídea estaría determinada por una interferencia sistólica del mecanismo de cierre de la válvula tricúspide por el aneurisma.

BIBLIOGRAFIA

1. Hansing C, Rowe G: Tricuspid insufficiency: A study of hemodynamics and pathogenesis. *Circulation* 45: 793, 1972.
2. Roberts W, Sjoerdsma A: The cardiac disease associated with the carcinoid syndrome (carcinoid heart disease). *Am J Med* 36: 5, 1964.
3. Lang F, Posselt A: Aneurysmatische vorwölbung der fossa ovalis in den linken vorhof. *Wien Med Wochenschr* 84: 392-396, 1934.
4. Silber M, Dorsey J: Aneurysms of the septum primum in adults. *Arch Pathol Lab Med* 102: 62-65, 1978.
5. Roberts W: Aneurysm (redundancy) of the atrial septum (fossa ovale membrane) and prolapse (redundancy) of the mitral valve. *Am J Cardiol* 54: 1153-1154, 1984.
6. Freedom A, Rowe A: Aneurysm of the atrial septum in tricuspid atresia. *Am J Cardiol* 38: 265-267, 1976.
7. Reder R, Yej H, Steinfeld L: Aneurysm of the interatrial septum causing pulmonary venous obstruction in an infant with tricuspid atresia. *Am Heart J* 102: 786-788, 1981.
8. Gallet B, Malergue M, Adams C, Saudemont J, Collot A, Druon M, Hiltgen M: Atrial septal aneurysm a potential cause of systemic embolism. An echocardiographic study. *Br Heart J* 53: 292-297, 1985.
9. Grosgeat Y, Lhermitte F, Carpentier A, Facquet J, Alhomme P, Tran T: Aneurysme de la cloison interauriculaire revele par une embolie cerebrale. *Arch Mal Coeur* 66: 169-177, 1973.
10. Gondi B, Nanda N: Two-dimensional echocardiographic features of atrial septal aneurysms. *Circulation* 63: 452-457, 1981.
11. Sahn D, Allen H, Anderson R, Goldberg S: Echocardiographic diagnosis of atrial septal aneurysm in an infant with hipoplasic right heart syndrome. *Chest* 73: 227-231, 1978.
12. Hanley P, Tajik A, Hyness J, Edwards W, Reeder G, Hagler D, Seward J: Diagnosis and classification of atrial septal aneurysm by two-dimensional echocardiography. Report of 80 consecutive cases. *J Am Coll Cardiol* 6: 1370-1382, 1985.

Endocarditis de Löffler: forma inusual de miocardiopatía restrictiva

J. H. CASABE*, E. CASAL, E. A. SAMPO, A. TORINO, J. A. MARTINEZ MARTINEZ

Sección Cardiología, Hospital de Clínicas José de San Martín, Buenos Aires

* Para optar a Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología

Trabajo recibido para su publicación: 5/89. Aceptado: 11/89

Dirección para separatas: Hospital de Clínicas José de San Martín, Sección Cardiología, Córdoba 2351, Buenos Aires, Argentina

Una paciente de 56 años ingresó con un cuadro de insuficiencia cardíaca refractaria al tratamiento y eosinofilia persistente (entre 2.500 y 14.000 eosinófilos/mm³). Se diagnosticó un síndrome hipereosinofílico (SHE). El estudio ecocardiográfico bidimensional mostró una imagen que obliteraba el ápex del ventrículo izquierdo con contractilidad conservada. El cateterismo cardíaco y la biopsia endomiocárdica confirmaron el diagnóstico de miocardiopatía restrictiva secundaria a SHE, configurando el cuadro de endocarditis de Löffler. A pesar del tratamiento con corticoides e hidroxiurea, la paciente falleció con insuficiencia cardíaca refractaria y sepsis. Los hallazgos necrópsicos confirmaron el diagnóstico.

La denominada enfermedad endomiocárdica es una forma de miocardiopatía restrictiva que presenta dos formas clínicas: una que aparece principalmente en países tropicales (denominada endomiocardiofibrosis, EMF) y la otra en países con clima templado (denominada por Löffler "endocarditis parietalis fibroplástica").¹

A pesar de que inicialmente se las estudió como dos entidades separadas, existe consenso actual en considerarlas una sola enfermedad. Avala esta postura el hecho de que en casos avanzados los hallazgos anatomopatológicos en ambos casos son idénticos.^{5, 6}

El motivo de esta comunicación es el de presentar un caso de endocarditis de Löffler secundaria a síndrome hipereosinofílico (SHE) que tuvimos la oportunidad de diagnosticar y tratar.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente de sexo femenino, de 56 años de edad, que se internó en el Hospital de Clínicas José de San Martín por disnea, fiebre y edemas. Su enfermedad había comenzado dos meses antes con disnea progresiva hasta hacerse de reposo, edemas generalizados, distensión abdominal y hepatalgia. Estos síntomas se acompaña-