

ESTUDIO RADIOLOGICO DE LA OREJUELA DE LA AURICULA DERECHA

POR LOS DOCTORES

VICENTE URDAPILLETA * y JOSÉ MARÍA VAYO

DE las dos válvulas aurículoventriculares es con mucho la mitral la más importante en patología cardíaca por su riqueza nosológica. Su vulnerabilidad a la enfermedad reumática la ha convertido desde antiguo en el centro de mayor atracción de la pesquisa semiológica y, cuando la radiología se generalizó en la exploración clínica, la aurícula izquierda pasó a ser el portavoz de la válvula mitral acaparando la atención de médicos y radiólogos favorecida por su cómoda visualización en posición oblicua anterior derecha, frontal penetrada y en oblicua anterior izquierda, por su acción sobre el bronquio de ese lado.

Se estableció así que la presión intraauricular elevada por la rémora sanguínea consecutiva a la estenosis mitral, producía la dilatación progresiva de la cavidad. Esta se realizaba primero hacia atrás, luego hacia arriba, en tercer lugar hacia la derecha y por último hacia la izquierda lo que originó la falsa premisa de que la orejuela es lo último que se dilata en esta cavidad.

La aurícula derecha, por el contrario, ha tenido un papel mucho más modesto pasando más o menos des-

apercibida englobada en las alteraciones clínicas y radiológicas del ventrículo derecho.

El agrandamiento de la aurícula derecha es visible en posición frontal en el tercio inferior del borde derecho de la silueta cardíaca y en sus aumentos de volumen no desplaza al esófago. Su orejuela es cómodamente visible en posición oblicua anterior izquierda ya que abraza por delante el nacimiento del pedículo vascular. Aparece como un pequeño escalón no mayor de tres centímetros entre el borde anterior de la aorta ascendente y la pared del ventrículo derecho. En esta posición resulta fácil apreciar radioscópicamente sus dimensiones ya que sus latidos son opuestos a los del ventrículo.

Considerando que la pared muscular de las orejuelas es más débil que la de las aurículas y que en ellas no se encuentran bandas musculares sino un sincicio contráctil que las hace poco aptas para resistir presiones elevadas, tanto la derecha como la izquierda deben dilatarse precozmente. Es erróneo creer que la orejuela izquierda constituye el último baluarte del agrandamiento auricular. Este es un concepto radiológico originado en la imposibilidad de visualizarla hasta que el corazón bascula porque la aurícula encuentra sólido apoyo en la columna. La cirugía ha puesto en

Trabajo realizado en el Instituto Regional de Cardiología del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación.

* Juncal 1938 - Bs. Aires.

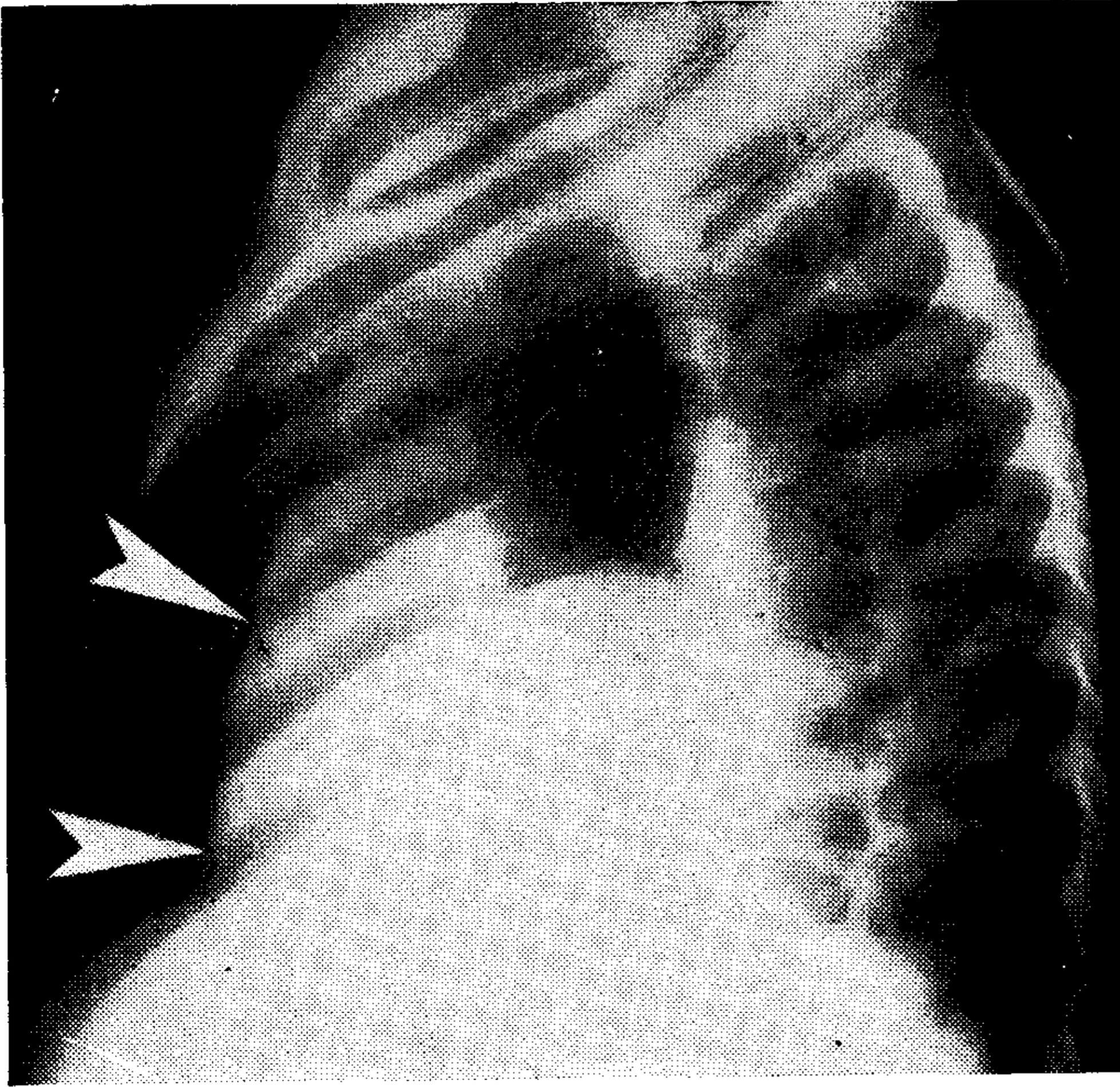
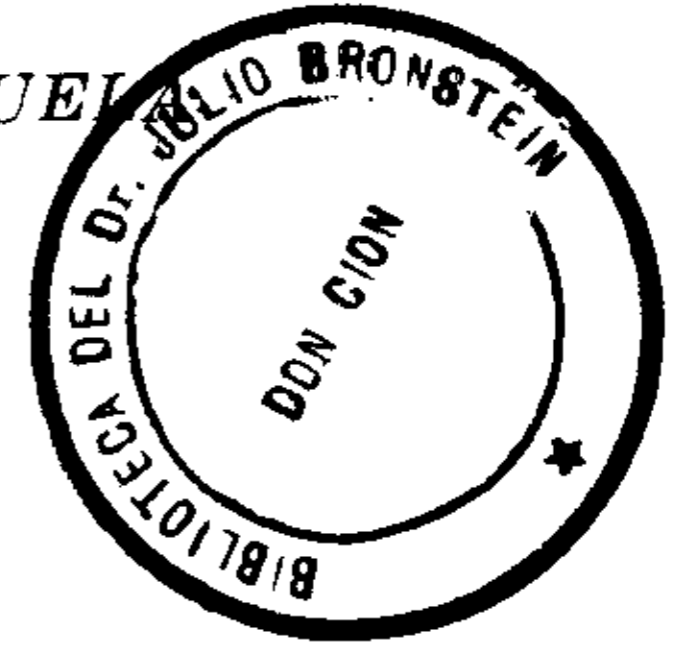
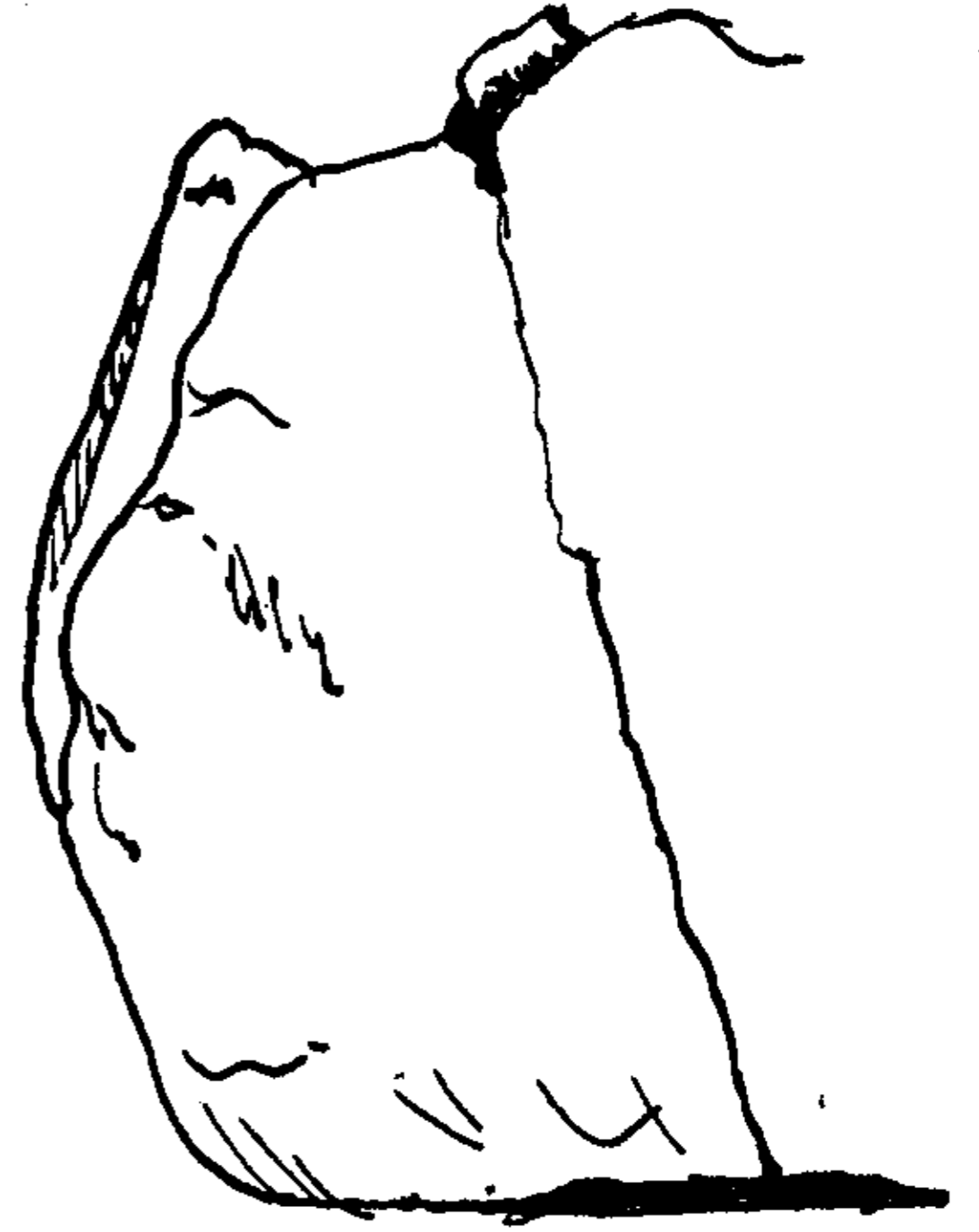


FIGURA 1



ESQUEMA 1



FIGURA 2



ESQUEMA 2

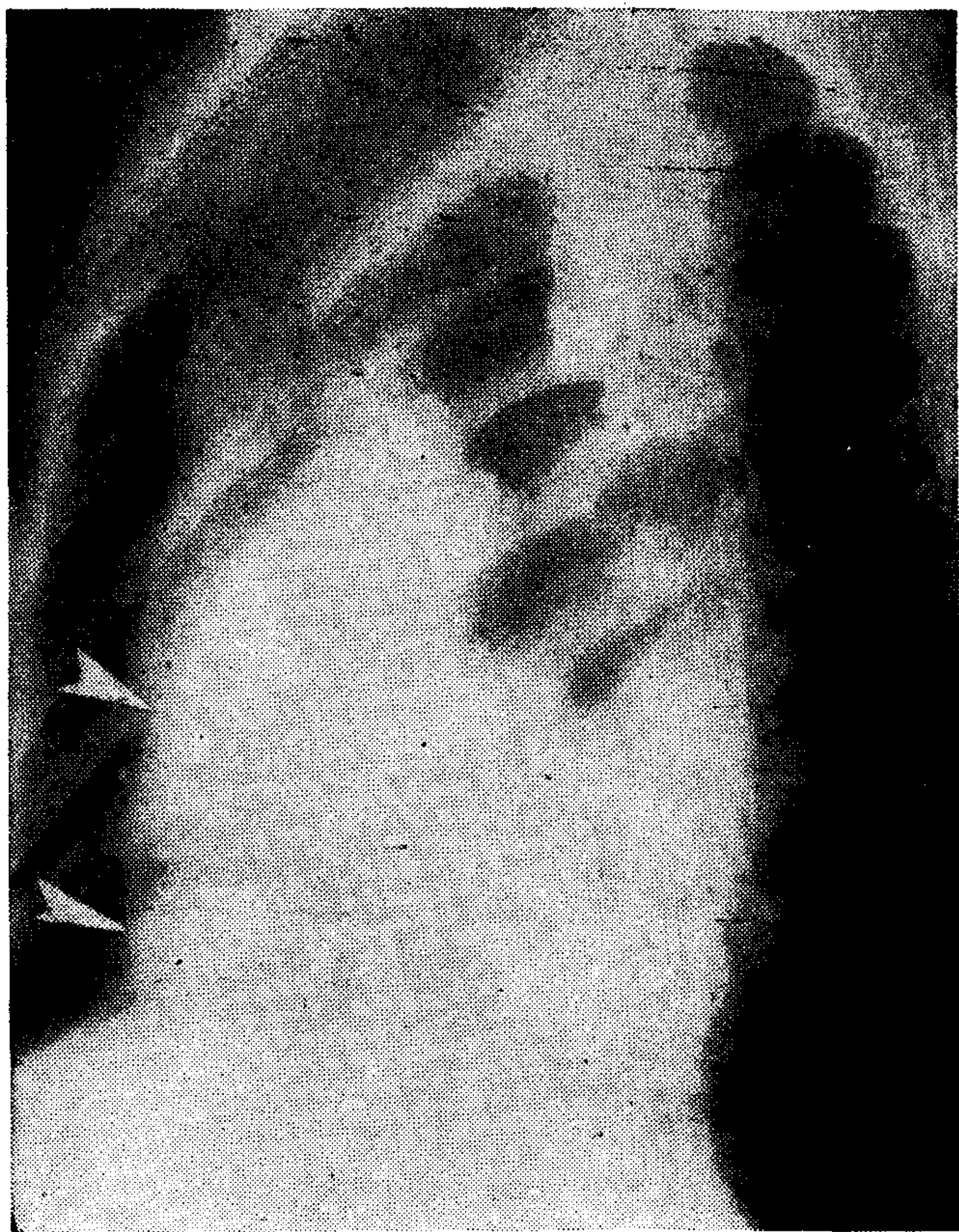
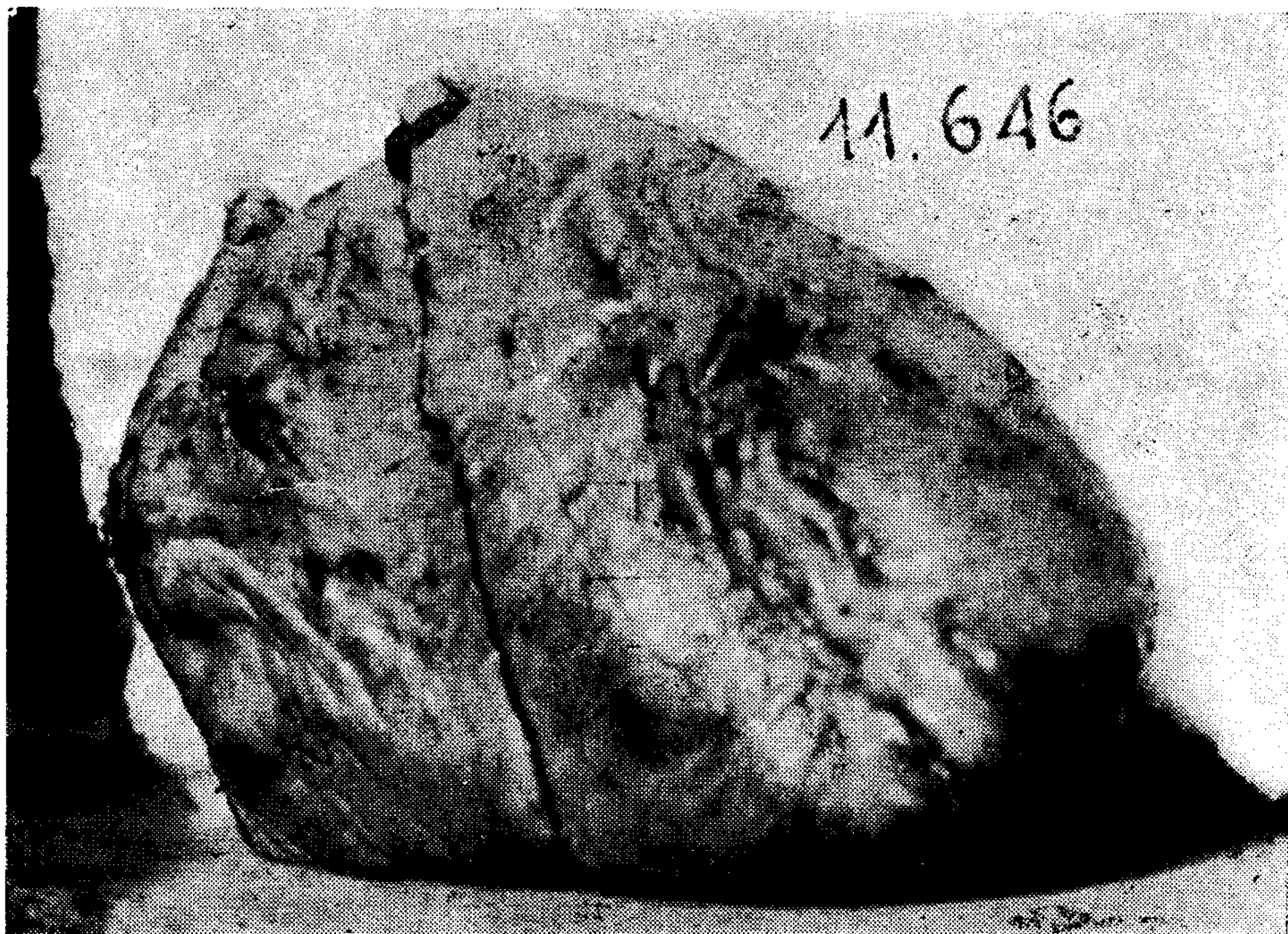


FIGURA 5



ESQUEMA 3



evidencia que enfermos con aurículas de regular tamaño presentan siempre agrandada la orejuela izquierda salvo en los casos en que está esclerosada por algún antiguo proceso inflamatorio.

La dilatación de la orejuela dere-

Hemos reunido 11 casos en que se demostró la comunicación interauricular en cateterismo por pasaje de la sonda a través del defecto septal. 9 de ellos sólo tenían esta anomalía, 1 era una trilogía de Fallot, y 1 una atresia tricuspídea.

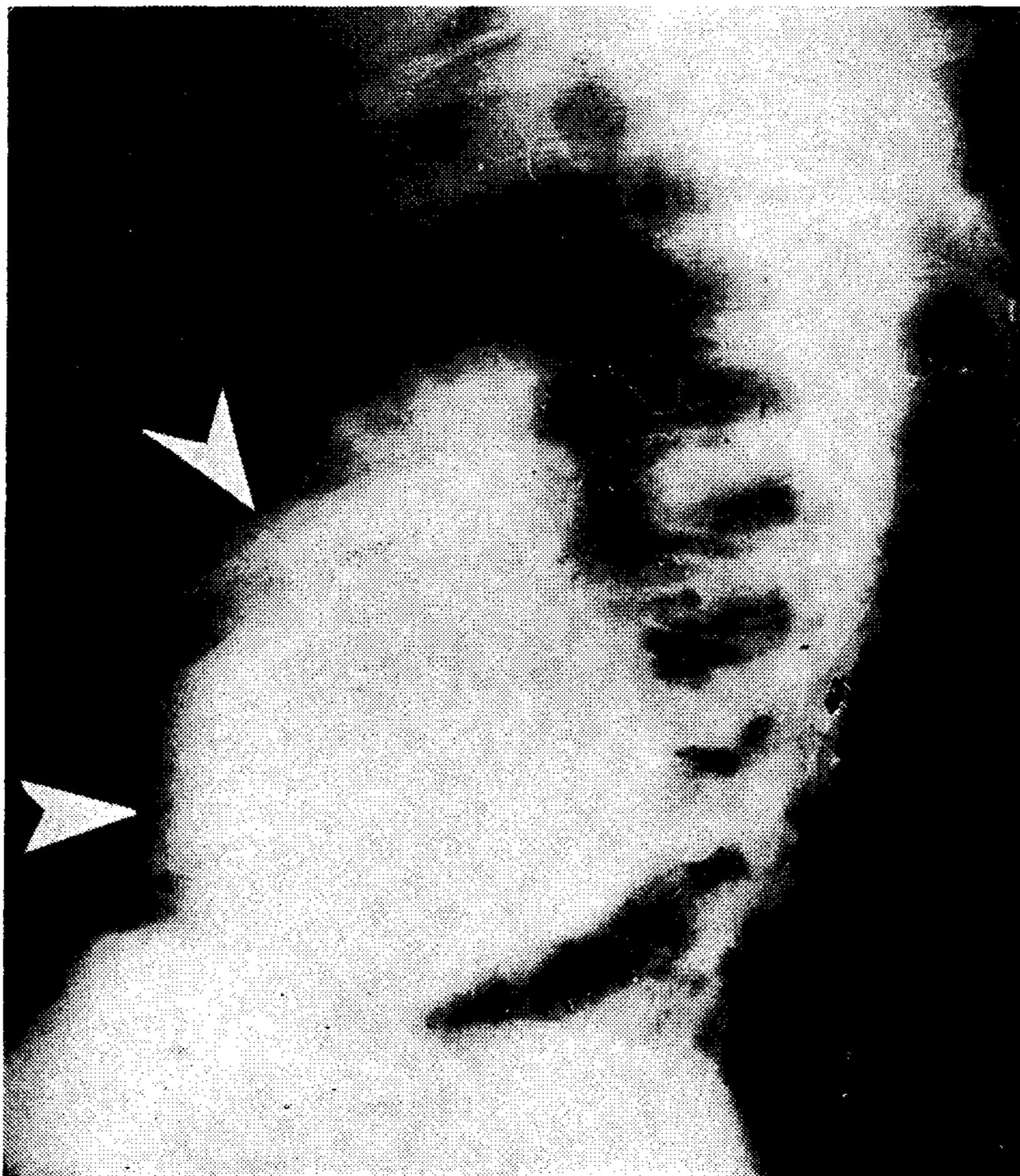


FIGURA 5

cha en cambio, puede apreciarse precozmente como índice primerísimo de sobrecarga auricular.

Este concepto nos hizo buscar sistemáticamente, por medio de la radioscopia, el agrandamiento de la orejuela derecha en aquellos casos en que la cavidad auricular se encuentra electivamente afectada, como sucede en la comunicación interauricular, trilogía de Fallot y atresia tricuspídea.

En todos ellos el signo de la elongación de la orejuela derecha fué francamente positivo.

Para mejor ilustración presentamos a continuación tres casos en que pudo hacerse comprobación necrónica.

CASO N° 1. — Niño de 6 años con atresia tricuspídea (H. Clín. 12.274). Figura 1: Radiografía en O.A.I. Radioscópicamente

se veía que casi todo el borde anterior excepto 1 cm de la porción yuxtadiafragmática, latía como aurícula, es decir en forma opuesta al borde posterior constituido por el ventrículo izquierdo.

Este hecho fué ya observado por Snow¹ quien sugiere que puede tener importancia en el diagnóstico de atresia tricuspídea. Para nosotros constituye el caso extremo de lo que aquí hemos expuesto. En estos enfermos el ventrículo derecho es tan pequeño que en oblicua anterior izquierda todo el borde anterior de la silueta está formado por la aurícula derecha.

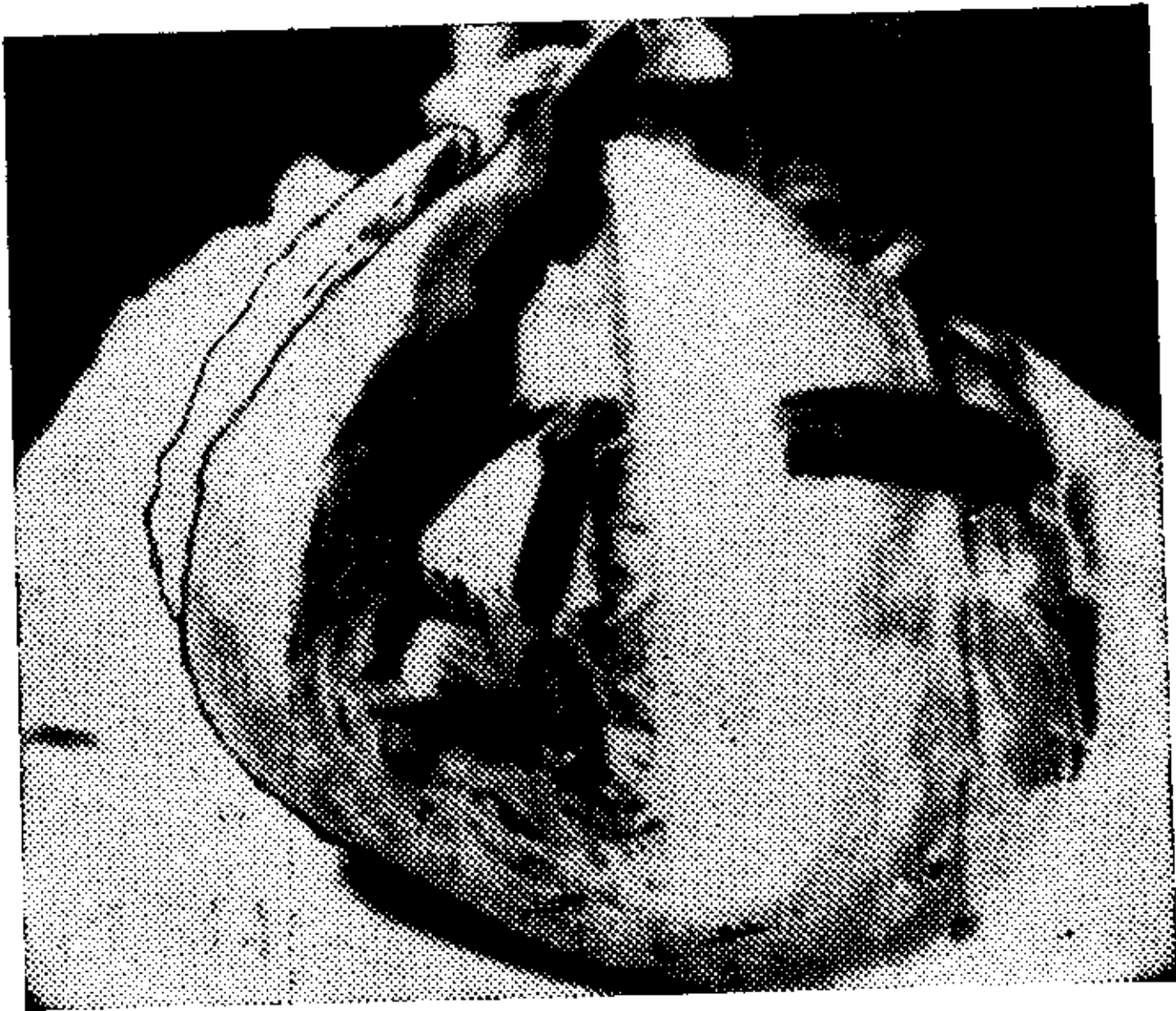


FIGURA 6

En la figura 2 se muestra la pieza anatómica. Obsérvese el tamaño de la orejuela a pesar de la retracción que ha sufrido el órgano al fijarse. En el corazón fresco tenía el doble de volumen.

CASO Nº 2. — Trilogía de Fallot con desagüe anómalo de venas pulmonares (H. C. 11.646). En la figura 3 se presenta la O.A.I. señalándose en ella la porción que radioscópicamente pertenecía a la orejuela derecha para destacar su elongación.

La figura 4 es la fotografía de la pieza fijada obtenida en la misma incidencia de la radiografía. De los dos esquemas siguientes, 1 y 2, el primero representa el borde derecho tal como se ve en la foto. El segundo corresponde a la pieza fresca con su aurícula tal como apareció durante la intervención quirúrgica.

CASO Nº 3. — Comunicación interauricular con carditis reumática. Fig. 5: O.A.I.: las marcas fijan los límites radioscópicos de la orejuela.

Fig. 6: Fotografía de la pieza en la misma incidencia. Puede verse el borde de la aurícula sobrepasando el ventrículo derecho como se destaca en el esquema 3.

RESUMEN

Las orejuelas se dilatan precozmente en los agrandamientos de cualquiera de las dos aurículas. Esto es particularmente visible en la aurícula derecha. Se coloca al enfermo en posición oblicua anterior izquierda y radioscópicamente se determina la longitud de la porción auricular que aparece entre el nacimiento de la aorta y la pared del ventrículo derecho de la que se diferencia por tener latidos opuestos. Si las dimensiones de este segmento superan los 3 cm hay agrandamiento auricular.

El signo es de fundamental importancia en el diagnóstico de cardiopatías congénitas con sobrecarga auricular derecha (comunicación interauricular, trilogía de Fallot, atresia tricuspídea, etcétera).

Se relata la experiencia de 11 casos, tres de ellos con comprobación necrópsica.

SUMMARY

The auricles are early expanded through the enlargement of one of the two auricles. This is partially visible in the right auricle. The patient is placed in left anterior oblique position, and the length of the vestibular portion between the origin of the aorta and the wall of the right ventricle which may be distinguished for its opposite beats, is radioscopically determined. If this segment is longer than 3 cm there is auricular enlargement.

This sign is fundamentally important for the diagnostic of congenital cardiopa-

thies with overburdening of the right auricle (interauricular communication, Fallot's disease, tricuspid atresia, etc.).

Eleven cases have been reported, three having been examined through autopsy.

RÉSUMÉ

Les auricules se dilatent précocement par l'agrandissement d'une des deux oreillettes. Ceci est particulièrement visible chez l'oreillette droite. Le malade est mis dans la position oblique antérieure gauche et l'on détermine radioscopiquement la longueur de la portion auriculaire entre la naissance de l'aorte et la paroi du ventricule droit que diffère de celle-là par ses battements opposés. Si ce segment est de plus de 3 cm il y a un agrandissement auriculaire.

Le signe est fondamentalement important pour le diagnostic des cardiopathies congénitales avec surcharge auriculaire droite (communication interauriculaire, maladie de Fallot, atrésie tricuspide, etc).

On rapporte ici l'expérience sur 11 cas, ayant fait chez 3 une comprobaton nécropsique.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Herzaurikeln erweitern sich frühzeitig bei der Vergrößerung von einem der beiden Herzvorhöfe. Dieses ist hauptsächlich am rechten Vorhof sichtbar. Man bringt den Patienten in vordere linke Schrägstellung und misst auf radioskopischem Wege die Länge des Vorhofsegmentes das zwischen dem Ursprung der Aorta und der Wand der rechten Herzkammer, von der es sich durch entgegengesetzte Schläge unterscheidet, liegt. Wenn die Länge dieses Segmentes mehr als 3 cm. beträgt dann hat man es mit einer Vorhofvergrößerung zu tun.

Dieses Zeichen hat wesentliche Bedeutung in der Diagnose von angeborenen Herzfehlern mit Ueberlastung des rechten Herzvorhofes (interaurikuläre Verbindung, Fallot'sche Trilogie, dreizipfelige Atresie, usw.).

In vorliegender Arbeit wird die Erfahrung bei 11 Fällen, von denen drei durch Autopsie festgestellt wurden, dargelegt.

BIBLIOGRAFIA

1. SNOW, P. J. D. Tricuspid atresia: A new radiosopic sign. Brit. Heart J. 1952, 14, 387.