

## CASO CLÍNICO

### **Masa en aurícula derecha**

### **Mass in right atrium**

**MsC. Edis Alberto Rosales Guibert, Dr. Orlando Ramos Prevez, MsC. Rafael Martín Torres, MsC. Tamara Meriño Hechavarria y MsC. Elizabet Jay Dimon**

Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba.

### **RESUMEN**

Se presenta el caso clínico de un anciano de 83 años de edad, ingresado en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba por presentar enfermedad cerebrovascular, además de fibrilación auricular, de manera que se sospechó una fuente embolígena cardiovascular. En el ecocardiograma realizado se observó una imagen de tipo T en la aurícula derecha que no explicaba el cuadro clínico del paciente, pero llamó la atención que esta desapareció después del tratamiento, lo cual motivó a la descripción del siguiente caso clínico para ser publicado.

**Palabras clave:** anciano, masa cardíaca, aurícula derecha, enfermedad cerebrovascular, fibrilación auricular.

### **ABSTRACT**

The case of a 83-year-old man is reported, who was admitted to "Dr. Joaquín Castillo Duany" Teaching Clinical Surgical Hospital in Santiago de Cuba due to cerebrovascular disease and atrial fibrillation, so that an embolic cardiovascular source was suspected. The echocardiogram showed a T-type image in the right atrium that did not explain the patient's clinical pattern, but it was noticed that it disappeared after treatment, which led to the description of this case for publication.

**Key words:** elderly, cardiac mass, right atrium, cerebrovascular disease, atrial fibrillation.

### **INTRODUCCIÓN**

Las masas cardíacas son estructuras anormales situadas en el interior de las cavidades cardíacas o inmediatamente adyacentes que se clasifican en 3 tipos: trombos, tumores y vegetaciones.<sup>1,2</sup>

Entre los métodos de diagnóstico, la ecocardiografía permite el estudio no solo de los aspectos morfológicos (tamaño, forma, movilidad, punto de anclaje, localización) sino también de sus consecuencias fisiológicas (obstrucción, regurgitación, compresión). El diagnóstico implica el diagnóstico diferencial con alteraciones y estructuras cardíacas no patológicas.

La evaluación ecocardiográfica de las masas intracardíacas depende, sobre todo, de la capacidad de diferenciar los hallazgos normales de los anormales. Son frecuentes las alteraciones ecográficas, incluso en los estudios de alta calidad, y pueden confundirse con hallazgos patológicos. Las variantes anatómicas pueden encontrarse en todas las partes y afectar cualquiera de las cámaras o de las válvulas y a veces suelen confundirse con estructuras patológicas.

La aurícula derecha es la cámara que con mayor frecuencia constituye una fuente de variantes anatómicas que conducen a una interpretación errónea. La red de Chiari, la válvula de Eustaquio y la cresta terminal son ejemplos de estructuras encontradas normalmente en la aurícula derecha que debido a variaciones individuales suelen confundirse con alguna afección. La infiltración grasa en el surco auriculoventricular, especialmente alrededor de la válvula tricúspide, es una fuente habitual de confusión, es decir, este cuadro benigno con depósito adiposo puede crear confusión con un tumor o líquido.

Otras fuentes de confusión pueden ser las iatrogénicas, por ejemplo, la línea de sutura en la pared auricular posterior, después del trasplante cardíaco, y las terminales de marcapasos o los catéteres suelen ser estructuras normales que a veces se interpretan erróneamente como patológicas. El reconocimiento de estas variantes normales depende de la calidad de la imagen, así como de la técnica y la experiencia del observador. El uso de ventanas de múltiples imágenes y de transductores de distintas frecuencias, constituyen opciones adicionales para garantizar un diagnóstico correcto; asimismo, la disponibilidad de información clínica pudo ser de extremo valor para evitar errores.<sup>3,4</sup>

## CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de un anciano de 83 años de edad, quien hacía un mes había sido ingresado en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba por presentar cefalea frontooccipital y sensación de pérdida del conocimiento, acompañado de cifras elevadas de tensión arterial (200/100 mm de Hg).

- Antecedentes patológicos personales: hipertensión arterial y diabetes mellitus de tipo II, para lo cual llevaba tratamiento regular con nifedipino, a razón de 1 tableta cada 8 horas y control higienicodietético, respectivamente.
- Examen físico: disminución de la fuerza muscular del hemicuerpo derecho y disartria, por lo que fue ingresado en esa ocasión en la Unidad de Cuidados Intensivos con el diagnóstico de enfermedad cerebrovascular, probablemente isquémica.

Se le realizó tomografía axial computarizada, cuyas imágenes revelaron elementos de atrofia cortical, sin signos hemorrágicos. Evolucionó favorablemente y fue egresado con tratamiento médico. Como elemento positivo al examen físico se constató paresia con predominio crural.

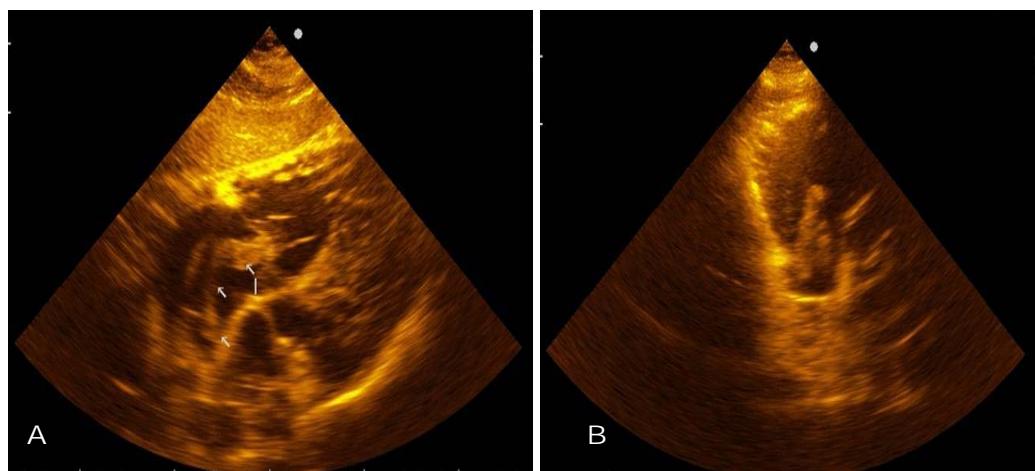
Dos semanas después fue llevado por sus familiares al cuerpo de guardia del policlínico de su área de salud con dolor interescapular del lado izquierdo, que se irradiaba al tórax anterior, de carácter opresivo e intenso, acompañado de pérdida transitoria del conocimiento, pero se recuperó espontáneamente y de forma rápida.

En el examen físico se constató tensión arterial elevada (110 mm de Hg diastólica) y mediante el electrocardiograma se observó fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida (presumiblemente se trataba de un primer episodio al no existir

referencias en el ingreso anterior), por lo cual fue remitido a este centro hospitalario, con dolor de igual localización, pero se encontraba consciente y orientado en tiempo, espacio y persona. Se indicó tratamiento con digitálicos y fármacos antihipertensivos e ingresó nuevamente con los diagnósticos siguientes: fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida y probable enfermedad cerebrovascular isquémica.

- Exámenes complementarios al ingreso

- Hemograma: hemoglobina: 13,8 g/L; leucocitos  $10 \times 10^9/L$
- Eritrosedimentación: 25 mm/h
- Creatinina: 90 mmol/L
- Lipidograma: colesterol: 6,1 mmol/L; triglicéridos: 2,0 mmol/L
- Glucemia: 7,0 mmol/L
- Electrocardiograma: se observó fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida, se indicó tratamiento con digitálicos y se logró la reversión del ritmo.
- Ecocardiograma transtorácico: se visualizó una imagen de tipo T en la aurícula derecha, móvil, sin definición de sitio de anclaje, que se proyectaba en las diferentes vistas hacia el plano valvular (figura 1). Teniendo en cuenta los hallazgos anteriores se coordinó en el Cardiocentro de esta ciudad donde se repitió el estudio.



**Fig. 1.** A) Eje subcostal; B) Eje de 2  
á

Luego de estos resultados y ante las diferentes hipótesis diagnósticas, se inició terapia con anticoagulantes (warfarina) y se determinó el tiempo de protrombina después de la dosis de ataque para ajustar dosis de mantenimiento, así como el número de eosinófilos para verificar la presencia o no de parasitismo.

Después de una semana de tratamiento con digitálicos, diuréticos, anticoagulantes, antiagregantes e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, se reevaluó al paciente mediante los ecocardiogramas transsesofágico y transtorácico y se comprobó que la imagen inicial, vista por varios observadores y en diferentes equipos, había desaparecido (figura 2).



**Fig.2.** Eje de 4 cámaras

## COMENTARIOS

Se impone analizar las causas que pueden determinar la aparición de imágenes de este tipo en la aurícula derecha y debe tenerse en cuenta tanto la edad del paciente como el contexto clínico.

Como ya se planteó, las masas situadas en el interior de las cavidades cardíacas pueden ser de 3 tipos: vegetaciones, trombos y tumores.

Casi todos los tumores en el corazón son el resultado de la diseminación directa de neoplasia maligna o enfermedad metastásica.

Sin dudas, el tumor cardíaco benigno primario más frecuente es el mixoma, que determina cerca de 30 % del total de estos. Suele ser único y cerca de 75 % se localizan en la aurícula izquierda, específicamente en la fosa oval. Su tamaño y textura son bastante variados y su forma más frecuente es irregular, con arborizaciones o aspecto de racimos de uvas; asimismo, en ocasiones afecta la aurícula derecha (15 %) y el ventrículo izquierdo (5 %); elementos que no presentó este paciente, aunque inicialmente no se descartó totalmente esta posibilidad diagnóstica, pero el hecho de que la imagen desapareciera después del tratamiento negaba esta posibilidad.<sup>1-5</sup>

Por otra parte, en cuanto a las cavidades auriculares, la presencia de trombos es mucho más frecuente en la aurícula izquierda, sobre todo en la orejuela, atribuible a determinados procesos, tales como la fibrilación auricular, la estenosis mitral y la insuficiencia ventricular izquierda; sin embargo, las imágenes obtenidas desde el primer momento se localizaban en la aurícula derecha.

En los pacientes con fibrilación auricular pueden desarrollarse trombos en la aurícula derecha, aunque con menor frecuencia, lo cual está bien documentado en el contexto de la fibrilación auricular y se asocia con la posibilidad de padecer embolia pulmonar.

En otros casos se han registrado trombos en la aurícula derecha (en tránsito), lo que representa mayor probabilidad de desarrollar embolia pulmonar y en cuyo caso los trombos han migrado de las venas de las extremidades inferiores o de la pelvis; situación que posiblemente se relacione con el caso presentado.<sup>1-6</sup>

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ryan T, Armstrong W, Feigenbaum H. Ecocardiografía 6 ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2006. p. 701-30.
2. Evangelista A, Alfonso A, Martín R, Moreno M, Oliver JM, Rodríguez Radial L, *et al.* Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología. Rev Española Cardiol. 2000; 53:663-83.
3. García Fernández MA, Zamorano Gómez JL. Procedimientos en ecocardiografía. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2003.
4. Ruiz RS, San Román JA, Alonso JR, Fernández Avilés F. Acute myocardial infarction secondary to left atrial mural endocarditis. Echocardiography. 2005; 22(7):621-2.
5. Chen EW, Redberg RF. Echocardiographic evaluation of the patient with a systemic embolic event. In: Otto CM. The practice of clinical echocardiography. Philadelphia: Saunders; 2002.p. 806-28.
6. Ekmektzogou KA, Samelis GF, Xanthost T. Heart and tumors. Location metastasis, clinical manifestation, diagnostic approach and therapeutic considerations. Echocardiography. 2ed. Philadelphia: Saunders; 2002.p. 806-27.

Recibido: 15 de agosto de 2013.

Aprobado: 20 de agosto de 2013.

*Edis Alberto Rosales Guibert.* Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Punta Blanca s/n, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico:

[jcd@medired.scu.sld.cu](mailto:jcd@medired.scu.sld.cu)