

Comunicación interauricular

Raúl Carrillo-Esper,* Rosa Jenny Alonzo-Almanzar,* Daleni Pérez-Ceballos*

RESUMEN

Se analizarán imágenes correspondientes a un paciente con comunicación interauricular.

Palabras clave. Defecto del septo atrial. Cardiomegalia. Foramen oval.

ABSTRACT

In this article it will be analyzed images corresponding to a patient with atrial septal defect.

Key words. Atrial septal defect. Cardiomegaly. Oval foramen.

CASO CLÍNICO

Enferma de 18 años con antecedentes de fijación de columna por escoliosis congénita. Ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva por cuadro de insuficiencia respiratoria secundaria a neumonía adquirida en la comunidad. A la

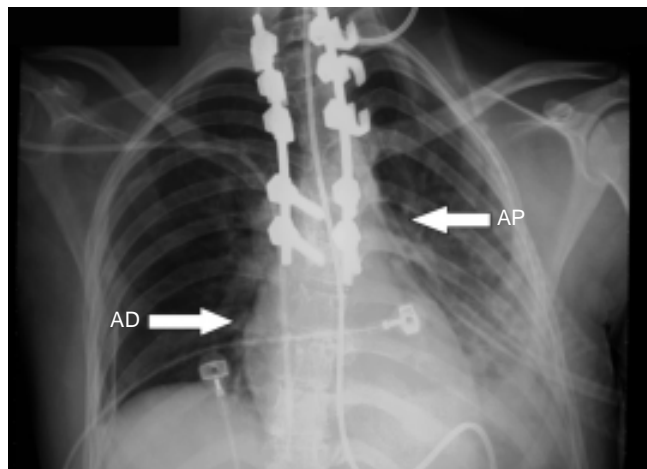


Figura 1. Radiografía AP de tórax donde se observa cardiomegalia con dilatación de la aurícula derecha (AD) y abombamiento de la arteria pulmonar (flechas).

exploración física con síndrome de condensación bibasal. A la auscultación del área cardíaca se detectó complejo de la pulmonar de Chávez, reforzamiento y desdoblamiento del segundo ruido en foco pulmonar. En la placa de tórax se observó infiltrado y condensación bibasal, cardiomegalia con dilatación de aurícula derecha y abombamiento de la arteria pulmonar (Figura 1). En el electrocardiograma se observó migración del marcapaso, crecimiento auricular derecho y datos de hipertensión pulmonar.

Con el diagnóstico clínico de comunicación interauricular (CIA) se realizó ecocardiograma transtorácico donde se observó dilatación de cavidades derechas con hipertensión arterial pulmonar (37 mmHg), fracción de eyección de 66% y presencia de foramen oval permeable de 4 mm que se corroboró con la maniobra de burbujeo al presentarse paso de burbujas de aurícula derecha a izquierda (Figura 2).

DISCUSIÓN

El sistema vascular aparece hacia la mitad de la tercera semana, cuando el embrión ya no es capaz de satisfacer sus requerimientos nutritivos exclusivamente por difusión. Al final de la cuarta semana desde el techo de la aurícula común crece una cresta falciforme hacia la luz,

* Unidad de Terapia Intensiva, Fundación Clínica Médica Sur.

Correspondencia:

Dr. Raúl Carrillo-Esper

Unidad de Medicina Intensiva, Fundación Clínica Médica Sur

Puente de Piedra, Núm. 150, Col. Toriello Guerra. C.P. 14050, Deleg. Tlalpan, México, D.F., Tel.: 5424-7239.

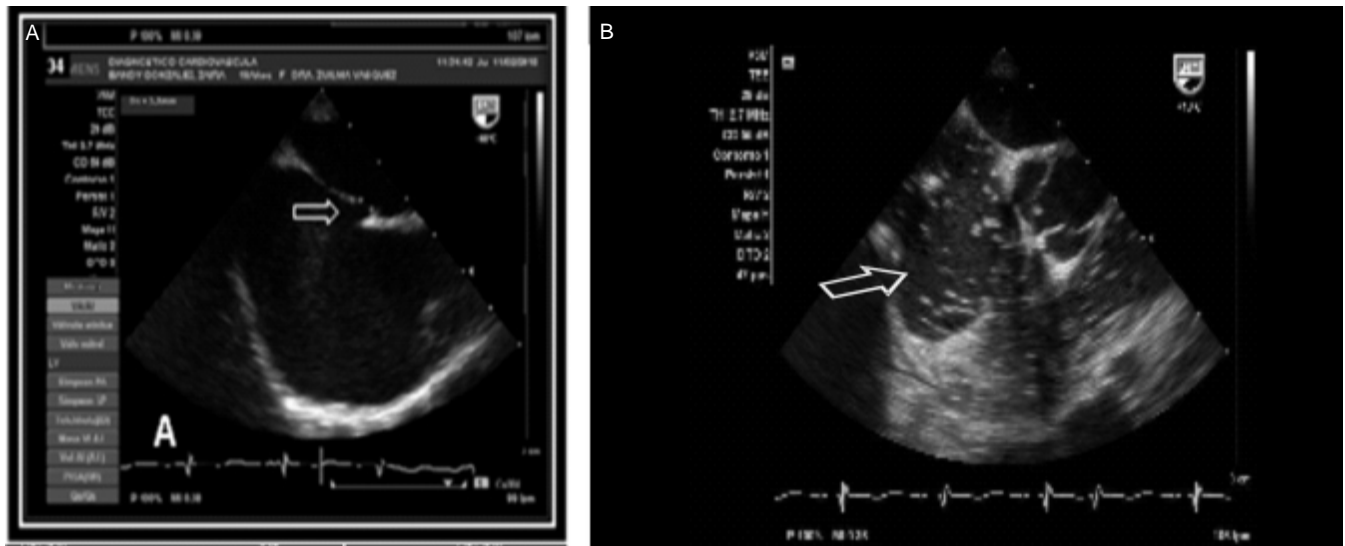


Figura 2. Ecocardiograma transtorácico. **A.** Defecto del tabique interauricular (flecha). **B.** Paso de burbujas de aurícula derecha a izquierda (flecha).

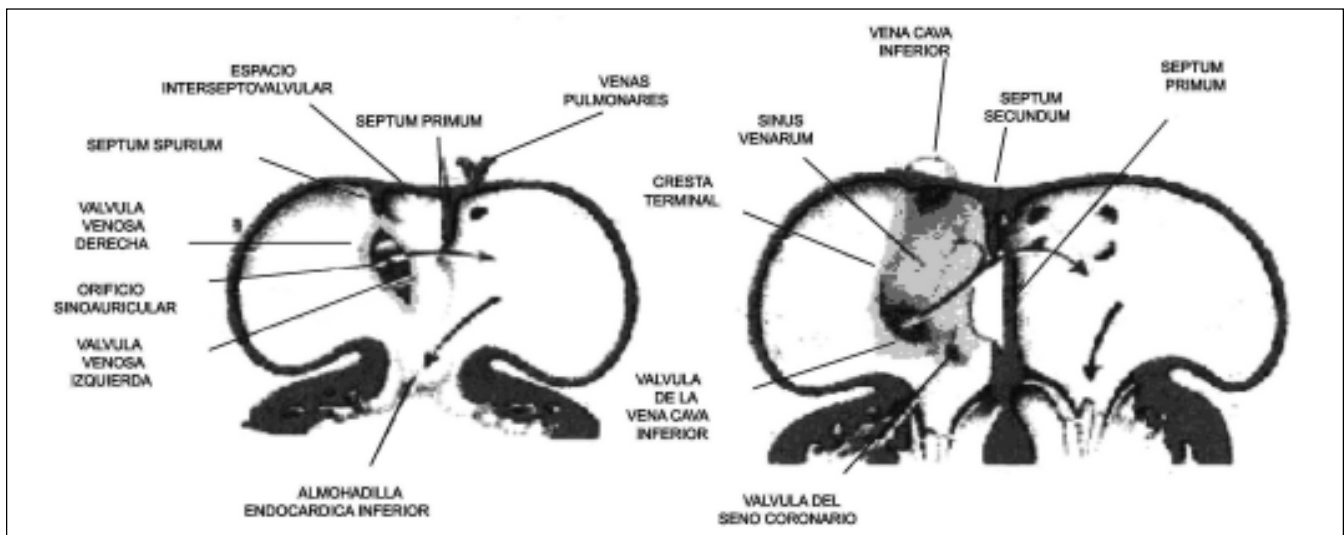


Figura 3. Desarrollo embriológico de las aurículas y tabique interauricular.

ésta representa la primera porción del *septum primum*.¹ El orificio entre el borde anterior del *septum primum* y las almohadillas endocárdicas es el *ostium primum*. Posteriormente aparecen prolongaciones de las almohadillas endocárdicas superior e inferior que siguen el borde del *septum primum* y ocluyen gradualmente el *ostium primum*.² Antes de que se complete el cierre se producen perforaciones en la porción superior del *septum primum*, que al hacer coalescencia forman el *ostium secundum*. El orificio que deja el *septum* aparece gradualmente y la

parte restante se transforma en la válvula del agujero oval. Después del nacimiento, cuando se inicia la circulación pulmonar y aumenta la presión en la aurícula izquierda, la válvula del agujero oval queda comprimida contra el *septum secundum* y oblitera este agujero, separando la aurícula derecha de la izquierda. Las almohadillas endocárdicas superior e inferior se fusionan entre sí al final de la quinta semana, lo cual origina la división completa del canal en orificios auriculoventriculares derecho e izquierdo (Figura 3).

La CIA es la cardiopatía congénita acianótica más frecuente en la edad adulta, presente en 40% de los adultos con cardiopatía congénita, es más frecuente en el género femenino (2:1). Representa 7% de todas las anomalías cardíacas y se manifiesta a cualquier edad, asociadas a otros trastornos genéticos como síndrome de Holt Oram, Marfan, Noonan y Turner.³

La CIA se clasifica en *ostium secundum*, *ostium primum*, seno venoso y seno coronario.

Los pacientes portadores de CIA mayores de 15 años pueden cursar asintomáticos o manifestar signos y síntomas (50% a partir de los 20 años), de los que se destacan infecciones respiratorias, fatiga fácil, disnea de esfuerzo, arritmias auriculares, hipertensión pulmonar, enfermedad vascular pulmonar, hemoptisis, insuficiencia cardíaca derecha y cianosis. A partir de los 50 años de edad 100% presenta sintomatología significativa como hipertensión pulmonar y crecimiento de cavidades derechas que progresa a insuficiencia cardíaca.⁴

A la exploración clínica la CIA se caracteriza por latido apexiano palpable o de Dressler (por dilatación del ventrículo derecho), latido palpable de la arteria pulmonar (en el segundo espacio intercostal izquierdo). El primer ruido cardíaco suele ser normal o desdoblado con acentuación del cierre tricuspídeo, soplo mesosistólico eyectivo en foco pulmonar (por el hiperflujo que disminuye en caso de hipertensión pulmonar), así como soplo de insuficiencia pulmonar, desdoblamiento amplio y fijo del segundo ruido, retumbo mesodiastólico

tricuspídeo, acortamiento del intervalo entre los componentes aórtico pulmonar del segundo ruido, con acentuación del componente pulmonar hasta configurar un solo ruido, cianosis e hipocratismo digital (en caso de inversión del cortocircuito inter auricular por el desarrollo de enfermedad vascular pulmonar: síndrome de Eisenmenger).

El diagnóstico se hace con base en los hallazgos clínicos y los datos obtenidos en los estudios de gabinete. El tratamiento es quirúrgico y percutáneo (dispositivo tipo Amplatzer).⁶

CONCLUSIÓN

La CIA es una cardiopatía frecuente y poco diagnosticada, por lo que una buena exploración clínica, como en este caso, es fundamental para su diagnóstico.

REFERENCIAS

1. Schleich JM, Dillenseger JL. Virtual imaging for teaching cardiac embryology. *Circulation* 2001; 104: 134-5.
2. Sadler TW. Embriología médica de Langman. 8a. ed. Cap. 11. 200-17.
3. Brickener ME, Hillis D, Lane RA. Congenital heart disease in adults. *N Engl J Med* 2000; 242: 256-63.
4. Chiesa P, Gutiérrez C, Tambasco J, Calevaro P. Comunicación interauricular en el adulto. *Rev Urug* 2009; 24: 180-93.
5. Altie F. Comunicación interauricular en pacientes mayores de 40 años. *Rev Esp Cardiol* 2002; 55: 33-6.
6. Ozores J, Ramiro JC, Campa MA, Díaz F, Gómez A. Cierre percutáneo interauricular mediante dispositivo Amplatzer. *Rev Cubana de Pediatría* 2006; 78: 120-6.