

Compresión extrínseca de aurícula izquierda como presentación infrecuente y fatal de disección aórtica tipo B: utilidad de la ecocardiografía

Tomás Vicente, Domingo Pascual, Eduardo Pinar, Arcadio García, José López y Mariano Valdés

Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario. Murcia.

aneurisma disecante de aorta/ ecocardiografía transesofágica/ ecocardiografía transtorácica

Presentamos un caso infrecuente de compresión extrínseca de la aurícula izquierda causada por una disección aórtica tipo B diagnosticado mediante ecocardiografía. En el ecocardiograma transtorácico se observó obliteración auricular izquierda por una masa heterogénea con 2 imágenes circulares de baja ecogenicidad. El ecocardiograma transesofágico confirmó el diagnóstico al identificar dicha imagen como un gran hematoma que rodeaba las luces verdadera y falsa del aneurisma. El caso ilustra el papel que la ecocardiografía puede desempeñar en el diagnóstico de las disecciones de aorta tipo B.

EXTRINSIC COMPRESSION OF THE LEFT ATRIUM AS AN INFREQUENT AND FATAL PRESENTATION OF TYPE B AORTIC DISSECTION: USEFULNESS OF ECHOCARDIOGRAPHY

We present an infrequent case of extrinsic compression of the left atrium caused by a type B aortic dissection diagnosed by echocardiography. The transthoracic echocardiography showed the obliteration of the left atrium by a heterogeneous mass with two circular images of low echogenicity. The TEE study identified the mass as a huge hematoma surrounding the true and false lumen of the aneurysm. The case demonstrated the value of echocardiography in the diagnosis of type B aortic dissection.

(*Rev Esp Cardiol* 1997; 50: 590-592)

INTRODUCCIÓN

La disección aórtica (DAo) es una patología grave, en la que el diagnóstico urgente resulta crucial para iniciar las medidas terapéuticas necesarias. Diversas exploraciones complementarias han demostrado su utilidad para conseguirlo, destacando clásicamente la angiografía y, de forma más reciente, la tomografía axial computarizada (TAC), la resonancia magnética nuclear (RMN) y la ecocardiografía transesofágica (ETE). Ecocardiográficamente, la DAo se caracteriza por una dilatación local o generalizada de la aorta, con un eco lineal intraluminal correspondiente a la íntima disecada, que separa las luces verdadera y falsa^{1,2}, pudiendo existir ecocontraste espontáneo y trombos en

la falsa luz^{2,3}, localizándose en ocasiones la comunicación entre las luces mediante el Doppler color⁴.

Presentamos un caso en el que la DAo causaba una compresión extrínseca de la aurícula izquierda detectable ya con la ecocardiografía transtorácica (ETT), siendo la ETE la que ayudó a su definición más completa.

CASO CLÍNICO

Mujer de 85 años que llega a urgencias en estado de shock. Unas 2 h antes inició un dolor punzante interescapular, irradiado a ambos hemitórax y acompañado de sudación y mareo. Entre sus antecedentes únicamente destacaba una hipertensión arterial de larga evolución, mal controlada y actualmente sin tratamiento farmacológico. A la exploración, se objetivó una presión arterial de 70/40, frecuencia cardíaca de 110 lat/min, taquipnea de 24 rpm, palidez y frialdad cutáneas. En la auscultación cardíaca se detectaron tonos rítmicos, con un soplo protomesodiastólico III/VI

Correspondencia: Dr. M. Valdés.
Avda. de la Constitución, 4, 2.º C. 30008 Murcia.

Recibido el 4 de noviembre de 1996.

Aceptado para su publicación el 17 de febrero de 1997.

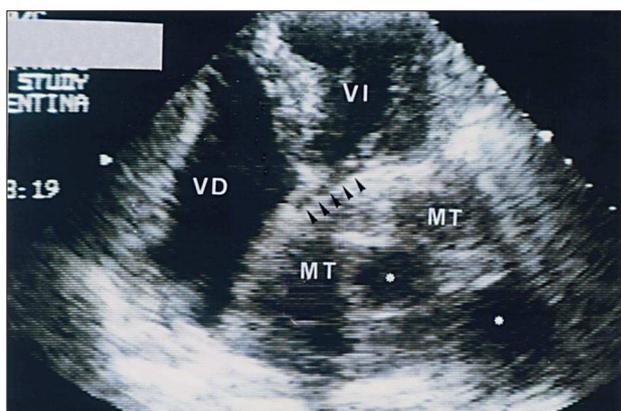


Fig. 1. Ecocardiograma transtorácico apical de 4 cámaras, en el que se aprecian claramente el ventrículo izquierdo (VI) y el ventrículo derecho (VD). En el lugar de la aurícula izquierda se aprecia una masa trombótica (MT) mal definida con imágenes hipogénicas (*) en su interior. La aurícula izquierda queda comprimida (cabeza de flechas) por la masa trombótica.

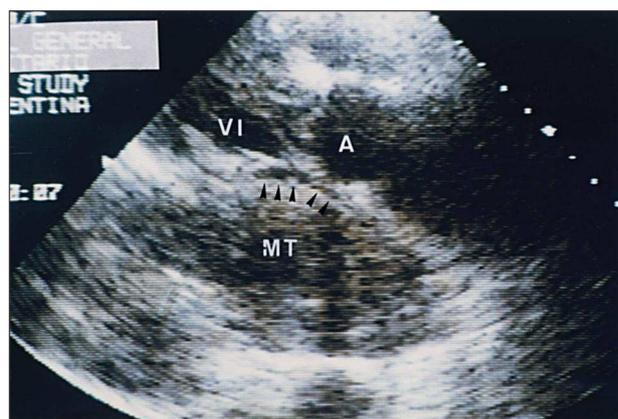


Fig. 2. Ecocardiograma transtorácico en eje largo paraesternal, en el que puede observarse la aurícula izquierda comprimida (cabeza de flechas) por masa trombótica (MT); A: aorta, VI: ventrículo izquierdo.

en foco aórtico y borde esternal izquierdo. En el tórax, destacaba la presencia de crepitantes en ambas bases. La palpación abdominal evidenciaba una masa pulsátil en el mesogastrio acompañada de ausencia de pulsos en las extremidades inferiores. En la radiografía de tórax se observó un ensanchamiento mediastínico por dilatación de la aorta descendente y en el ECG se observó una taquicardia sinusal a 110 lat/min sin alteraciones de la repolarización. Ante la sospecha de DAo, se realizó un estudio ecocardiográfico.

En el ETT desde la ventana apical de 4 cámaras, no se apreciaba la aurícula izquierda (AI), apareciendo en su lugar una masa heterogénea, mal definida, con dos imágenes hipoecogénicas de contorno circular en su interior (fig. 1). En el plano de eje largo paraesternal, la AI aparecía como una línea comprimida por esa estructura (fig. 2).

Posteriormente se practicó el ETE, diagnosticando DAo tipo B, con un gran trombo rodeando la falsa luz que desplazaba la aurícula izquierda, demostrando cómo las formaciones circulares descritas en el ETT correspondían a la verdadera y falsa luz del aneurisma aórtico (fig. 3), observándose la comunicación entre ambas con el Doppler color (fig. 4). La paciente falleció 12 h después de su llegada a urgencias.

DISCUSIÓN

Ante un paciente con intenso dolor torácico, la DAo debe ser una de las posibilidades a valorar en el diagnóstico diferencial. Puesto que la mortalidad aguda de esta entidad es muy alta, superior al 25% en las primeras 24 h², resulta fundamental llegar a un diagnóstico rápido e iniciar el tratamiento a la mayor brevedad.

Diversos trabajos han comparado la eficacia diagnóstica de la ecocardiografía, angiografía, TAC y RMN en la disección aórtica^{2,5,6}. Aunque los excelen-

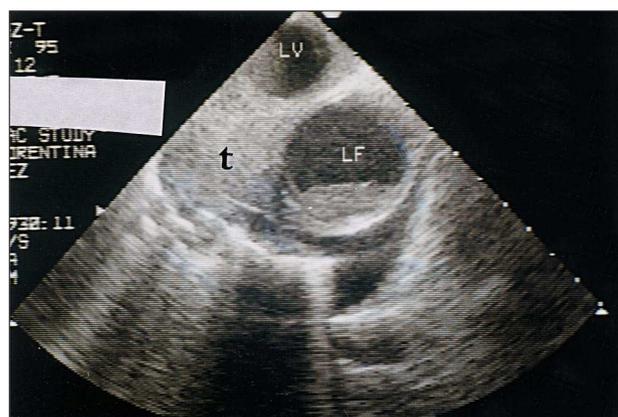


Fig. 3. Ecocardiograma transesofágico de la aorta, con la sonda introducida 30 cm, en el que puede apreciarse el trombo (t) rodeando la luz verdadera (LV) y la falsa (LF).

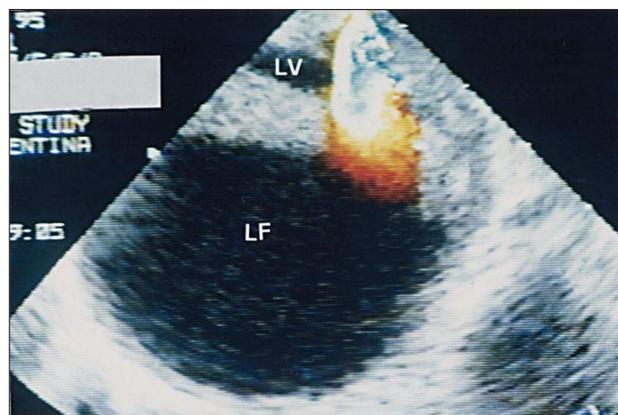


Fig. 4. Ecocardiograma transesofágico aórtico y Doppler en color en el que se observa claramente la comunicación entre la luz verdadera (LV) y la falsa (LF).

tes resultados de la RMN, con sensibilidad del 98,3% y especificidad del 97,8%⁶, hacen que se considere la técnica idónea en pacientes hemodinámicamente estables, la ecocardiografía ofrece una mayor disponibilidad y rapidez, además de la capacidad de detectar derrames pericárdicos e insuficiencia aórtica. Todo ello unido a unas adecuadas sensibilidad (93,8%) y especificidad (87,1%), hace que sea considerada por algunos autores como el mejor método para la evaluación inicial y para las situaciones con compromiso hemodinámico^{2,6} como el caso presentado.

El ETT tiene una sensibilidad muy variable con valores medios del 59%⁶, siendo mayor en las DAo tipo A⁶ al permitir visualizar las zonas proximales de la aorta ascendente y del cayado desde las ventanas paraesternal y supraesternal, la dilatación aórtica con la íntima disecada y frecuentemente, ecocontraste espontáneo.

Sin embargo, en las de tipo B la sensibilidad disminuye hasta el 10%. En estos casos, puede sospecharse el diagnóstico de disección cuando la íntima disecada aparece en el interior de la aorta descendente en el eje largo paraesternal, en los diferentes planos del eje corto paraesternal o subcostal. La peculiaridad del caso presentado radica en el hecho de que el diagnóstico de sospecha de DAo tipo B se estableció al detectar una compresión extrínseca de la AI desde los planos apical de 4 cámaras y de eje largo paraesternal, imagen que no hemos encontrado descrita en la bibliografía revisada.

El diagnóstico diferencial de la compresión auricular izquierda comprende la dilatación aórtica, masas extracardíacas como tumores mediastínicos o hernias diafragmáticas y la hipoplasia del corazón izquierdo. El ETE permite una mejor identificación de estas estructuras con una excelente visualización de la aorta, conduciendo al diagnóstico en la mayor parte de los casos⁸.

En el paciente estudiado, el ETT detectó el aneurisma disecante con un importante hematoma rodeando la falsa luz y llegando a desplazar la AI hasta obliterarla. Además, clarificó el origen de la doble imagen

circular hipoecogénica que se observaba en el ecocardiograma transtorácico y que correspondía a las luces verdadera y falsa del aneurisma disecante. El punto de comunicación entre ambas luces se identificó claramente con el Doppler en color. La diferenciación entre luz verdadera y falsa se estableció considerando la pulsatilidad y la presencia de un flujo sistólico anterógrado en la verdadera, el mayor tamaño y el ecocontraste espontáneo de la falsa y los hallazgos del Doppler pulsado y color, con un flujo sistólico dirigido desde la verdadera a la falsa luz.

Aunque la ausencia de comprobación autóptica es una clara limitación, el caso presentado muestra cómo el ecocardiograma transtorácico fue de utilidad diagnóstica inicial, y cómo el ETE confirmó y definió más nítidamente la anomalía, demostrando la utilidad del uso combinado de ambas técnicas en el diagnóstico de la disección aórtica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grant DE, Dee P, Gibson RS. Utility of two-dimensional echocardiography in suspected ascending aortic dissection. *Am J Cardiol* 1985; 56: 123-129.
2. Evangelista A, García del Castillo E, González Alujas MT, Domínguez Oronoz R, Anivarro I, Salas A et al. Técnicas de imagen en el diagnóstico de la patología aórtica. *Rev Esp Cardiol* 1994; 47 (Supl 4): 71-80.
3. Panidis JP, Kotler MN, Mintz GS, Ross J. Intracavitary echoes in the ascending aorta in type III aortic dissection. *Am J Cardiol* 1984; 54: 1.159-1.160.
4. Illiceto S, Nanda NC, Rizzon P. Color Doppler evaluation of aortic dissection. *Circulation* 1987; 75: 748-755.
5. Erbel R, Daniel W, Visser C, Engberding R, Roelandt J, Renollet H. Echocardiography in diagnosis of aortic dissection. *Lancet* 1989; 1: 457-461.
6. Nienaber CA, Von Kodolitsch Y, Nicolas V, Siglow V, Pieplo A, Brockhoff C et al. The diagnosis of thoracic aortic dissection by noninvasive imaging procedures. *N Engl J Med* 1993; 328: 1-9.
7. Clague J, Magee P, Mills P. Diagnostic techniques in suspected thoracic aortic dissection. *Br Heart J* 1992; 67: 428-429.
8. Granato IE, Dee P, Gibson RS. Utility of two-dimensional echocardiography in suspected ascending aortic dissection. *Am J Cardiol* 1985; 56: 123-129.