



Fig. 1. Radiografía de tórax (proyección posteroanterior) que pone de manifiesto una aorta torácica descendente extremadamente dilatada y tortuosa.

yacentes. Sin embargo, la compresión de las cámaras cardíacas es una consecuencia raramente comunicada en la literatura.

Presentamos el caso de un paciente de 61 años con historia de hipertensión arterial, a quien 9 años atrás se había intervenido de una disección aórtica tipo I de DeBakey; la rotura intimal se localizó a 1 cm por encima de los ostia coronarios, y la disección se extendía desde la raíz aórtica hasta el nivel de las arterias renales. La intervención consistió en la colocación de una prótesis de Dacron hasta el nivel del tronco braquiocefálico, donde se sellaron ambas luces de la disección, con resuspensión valvular aórtica. Tras un tórpido postoperatorio, finalmente se dio de alta al paciente, que permanecía asintomático durante las posteriores visitas de seguimiento. Sin embargo, los estudios de imagen seriados mostraron un progresivo incremento de los diámetros de la aorta torácica descendente y la abdominal hasta la salida de las arterias renales; asimismo, se constató que la disección residual se extendía desde el arco aórtico proximal hasta la arteria iliaca externa izquierda. Aunque se planteó una segunda intervención, su complejidad y el elevado riesgo quirúrgico llevaron al paciente a declinar futuras intervenciones en su afección aórtica.

Nueve años tras la intervención el paciente reingresó por dolor torácico agudo. Los estudios de imagen (fig. 1) mostraron una aorta torácica descendente extremadamente dilatada y tortuosa. De acuerdo con el paciente y la familia, se decidió mantener una actitud conservadora. Pocas horas tras el ingreso el paciente presentó un nuevo episodio de dolor torácico asociado a hipotensión severa pertinaz. Se realizó un ecocardiograma transtorácico (fig. 2) que puso de manifiesto la severa dilatación de la aorta descendente (con un diámetro aórtico máximo de 108 mm), así como una disección crónica residual, con un *flap* que separaba la verdadera luz de una falsa luz trombosada en forma de semiluna en los cortes transversales. Asimismo, el ecocardiograma reveló que la aorta descendente comprimía y obliteraba

Obliteración auricular izquierda por un aneurisma de aorta secundario a una disección aórtica crónica

Sr. Editor:

Los aneurismas de aorta pueden dar clínica por efecto de masa local y afección secundaria de diversas estructuras ad-

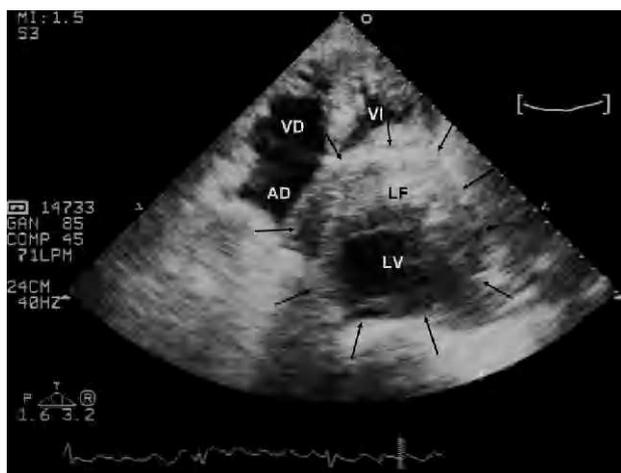


Fig. 2. Ecocardiograma transtorácico (plano apical de 4 cámaras) que muestra un aneurisma gigante de aorta torácica descendente (flechas) que produce colapso de la aurícula izquierda. Se puede observar una disección crónica con un *flap* intimal que separa una luz verdadera (LV) de una luz falsa trombosada (LF) con forma de semiluna. AD: aurícula derecha; VD: ventrículo derecho; VI: ventrículo izquierdo.

completamente la aurícula izquierda (fig. 2). El paciente falleció poco después.

La mayoría de los aneurismas de aorta torácica cursan de forma asintomática, y la aparición de clínica puede ser reflejo de un efecto masa local derivado de la dilatación aórtica. Las disecciones de aorta crónicas tienden a dilatarse con el tiempo debido a que la separación del colgajo íntimo-medial produce un debilitamiento de la pared externa de la falsa luz. Los aneurismas de aorta torácica pueden dar lugar a compresión de vena cava superior, tráquea, bronquios principales, esófago o nervio laríngeo recurrente, entre otras estructuras¹. Se han comunicado compresiones auriculares izquierdas por hematomas secundarios a roturas aórticas². Sin embargo, la compresión extrínseca directa de la aurícula izquierda por un aneurisma aórtico es muy rara^{3,4}, y su obliteración completa es excepcional.

Clínicamente la compresión auricular izquierda puede cursar con síntomas de insuficiencia cardíaca⁴ o taponamiento cardíaco, y aunque supone una causa infrecuente de deterioro hemodinámico, es importante considerarla en el diagnóstico diferencial. El ecocardiograma es una herramienta fundamental en la evaluación de las compresiones cardíacas extrínsecas³.

Nuestro caso ilustra la desafortunada evolución natural de algunos aneurismas de aorta. La rotura aórtica es la causa más frecuente de muerte en pacientes con aneurismas de aorta toracoabdominal¹. Aunque no disponemos de confirmación necrópsica, el cuadro clínico que llevó al fallecimiento del paciente es muy indicativo de rotura aórtica. No obstante, es muy probable que la obliteración auricular izquierda contribuyese, al menos en parte, a las alteraciones hemodinámicas que precedieron al fallecimiento.

Alberto Bouzas-Mosquera, Eduardo Barge-Caballero, Jesús Peteiro-Vázquez y Alfonso Castro-Beiras

Servicio de Cardiología. Hospital Juan Canalejo. A Coruña. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Isselbacher EM. Thoracic and abdominal aortic aneurysms. *Circulation*. 2005;111:816-28.
2. Pyatt JR, Osula S, Mushahwar SS, Somauroo JD, Charles RG. Extrinsic compression of the left atrium: an unusual complication of a type B aortic dissection. *Int J Cardiol*. 2001;79:89-90.
3. Vicente T, Pascual D, Pinar E, García A, López J, Valdés M. Compresión extrínseca de aurícula izquierda como presentación infrecuente y fatal de disección aórtica tipo B: utilidad de la ecocardiografía. *Rev Esp Cardiol*. 1997;50:590-2.
4. Gandhi NM, Greaves M, Brooks NH. Rare case of heart failure caused by compression of the left atrium by a thoracic aortic aneurysm. *Heart*. 2004;90:e9.