



Configuración en reloj de arena del tabique interauricular provocando obstrucción de la vena cava superior

Hour glass configuration of the interatrial septum causing obstruction of the superior vena cava

Dr. Juan Valiente Mustelier^I, Dr. Julio O. Cabrera Rego^{II}, Dra. Biolkis Sorio Valdés^I, Dr. Raymid García Fernández^I, Dr. Julio C. Gandarilla Sarmientos^I

^I Departamento de Ecocardiografía. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana. Cuba.

^{II} Servicio de Cardiología. Hospital Dr. Miguel Enríquez. La Habana. Cuba.

RESUMEN

La mal denominada "hipertrofia lipomatosa del tabique interauricular", es una lesión benigna que se caracteriza por una importante acumulación de tejido graso epicárdico a nivel del tabique interauricular. Presentamos una paciente femenina con disnea a grandes esfuerzos y diagnóstico mediante ecocardiografía transtorácica y transesofágica de configuración en reloj de arena del tabique interauricular provocando obstrucción a nivel de la vena cava superior.

Palabras clave: Tabique interauricular, hipertrofia lipomatosa, vena cava superior, ecocardiografía.

ABSTRACT

The erroneous denomination "lipomatous hypertrophy of the interatrial septum" is a benign lesion characterized by an important epicardial fat accumulation in the interatrial septum. We present a female patient with shortness of breath at great efforts and transthoracic and transesophageal echocardiography diagnosis of hourglass configuration of the interatrial septum provoking inflow obstruction of the superior vena cava.

Key words: Interatrial septum, lipomatous hypertrophy, superior vena cava, echocardiography.

Correspondencia: Dr. Julio Oscar Cabrera Rego. Hospital Miguel Enríquez. La Habana, Cuba. Correo electrónico: jocabrera@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La mal denominada "hipertrofia lipomatosa del tabique interauricular", es una lesión benigna que se caracteriza como un fenómeno de máxima expresión en la acumulación de tejido graso a nivel del tabique interauricular, y que se define como un engrosamiento ≥ 20 mm, adoptando la clásica forma en reloj de arena al respetar de manera invariable la fosa oval.¹ Este término fue descrito en autopsias por primera vez por Prior en 1964² y se diagnosticó *in vivo* en 1982 mediante tomografía computarizada, reportándose hasta el año 2003 cerca de 200 casos.³

Si bien es frecuentemente asintomática, se ha descrito su asociación a arritmias supraventriculares.⁴ Se han establecido otras asociaciones más bien anecdóticas como la presen-

cia de enfisema pulmonar, xantomatosis cerebrotendinosa, lipomatosis mediastino-abdominal, uso de esteroides y nutrición parenteral a largo plazo.²

Se han reportado también trastornos de la conducción intra-auricular por un efecto de masa que provoca distorsión geométrica, y muerte súbita en algunos casos.⁵ En relación con este efecto, en los depósitos grasos de mayor cuantía puede producirse obstrucción al flujo venoso, sobre todo a nivel de la vena cava superior.⁶ Cuando esta obstrucción es sintomática, puede estar indicada la cirugía de reconstrucción del TIA.⁵

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 64 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial controlada

que acude al Laboratorio de Ecocardiografía con indicación de ecocardiograma transtorácico por disnea a grandes esfuerzos de aparición intermitente. Al examen físico no se detectaron datos positivos de interés. El ecocardiograma transtorácico reveló como único hallazgo un engrosamiento marcado y ligeramente ecogénico de la porción cefálica del TIA (32,6 mm) (Figura 1) con incremento de las velocidades del flujo de entrada a la aurícula derecha a nivel de la vena cava superior (Figura 2A). El ecocardiograma transesofágico confirmó la presencia presencia de flujo turbulento por Doppler Color en la entrada de la vena cava superior (Figura 2B) con una obstrucción significativa (70 %) a ese nivel

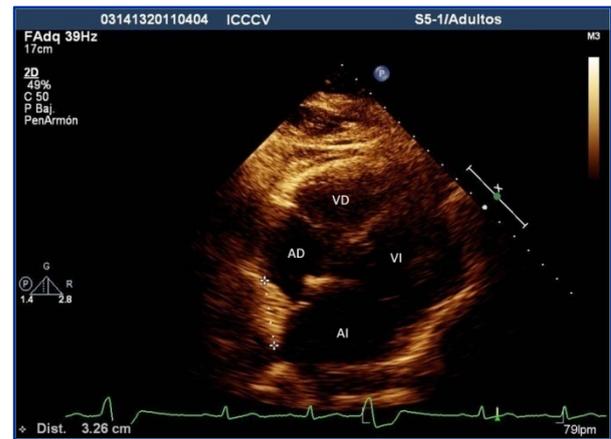


Figura 1. Ecocardiograma transtorácico.

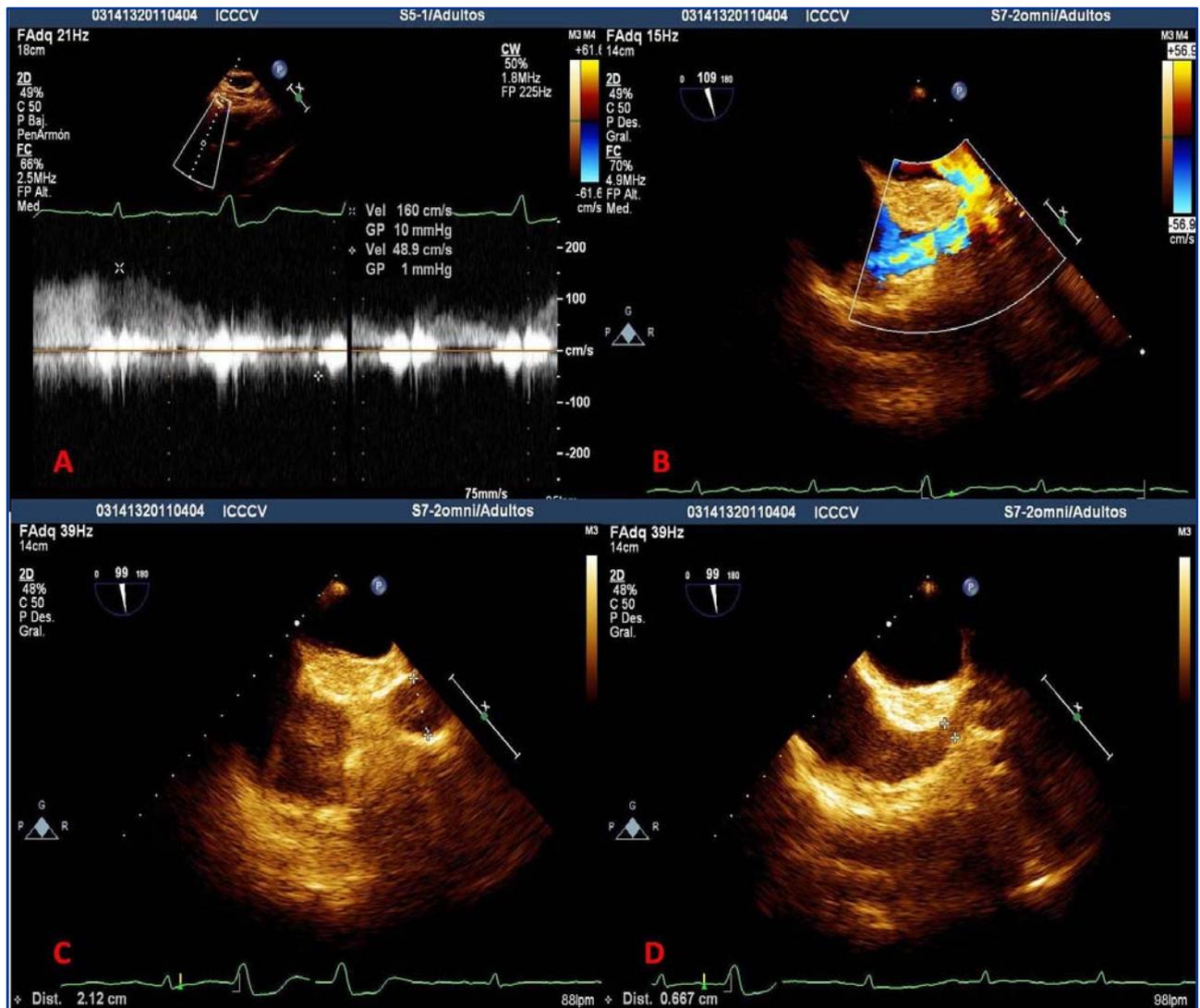


Figura 2. Ecocardiograma transtorácico.

(Figura 2C y 2D). Se mantuvo una conducta expectante, iniciando tratamiento con Beta-Bloqueadores en dosis bajas (Atenolol 100mg $\frac{1}{4}$ tableta al día), debido a la pobre repercusión en la clase funcional y la ausencia de hallazgos positivos en el examen físico.

DISCUSIÓN

La configuración en reloj de arena por aumento de la grasa epicárdica a nivel del TIA es una entidad relativamente rara.² Datos provenientes de diversos estudios postmortem reportan una prevalencia del 1 % dependiendo de las series y de los métodos usados para detectar la lesión, hasta una incidencia tan alta como un 8 % de hallazgos incidentales por ecocardiografía transesofágica.⁷

De manera similar a nuestro caso, esta lesión se ha descrito frecuentemente en pacientes mayores de 60 años, demostrándose una fuerte relación con el proceso de envejecimiento, informándose en la mayoría de los estudios una mayor presencia de este fenómeno en las mujeres.^{2,5} La extensión hacia la VCS provocando obstrucción a la entrada de flujo en la aurícula derecha ha sido reportada en forma de casos clínicos aislados.^{6,8-9}

La ecocardiografía transtorácica bidimensional detecta fácilmente esta entidad, reservándose la ecocardiografía transesofágica para aquellos pacientes con ventana acústica subóptima o para la evaluación transoperatoria, como guía a la resección quirúrgica. En nuestro caso, la ecocardiografía transesofágica ayudó a precisar el fenómeno obstructivo a nivel de la entrada de la VCS en la aurícula derecha. Múltiples reportes de casos han usado otras modalidades de imagen con alta exactitud diagnóstica que limitan la necesidad de biopsia para confirmación histológica, como la tomografía computarizada multicortes y la resonancia magnética, técnicas costosas y limitadas a centros especializados.^{10,11}

El manejo quirúrgico de esta entidad usualmente no es necesario y debería limitarse a aquellos pacientes con arritmias severas intratables, inestabilidad hemodinámica o síndrome de la VCS.¹² En nuestra paciente se evitó la conducta quirúrgica al no cumplir ninguno de estos criterios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabrera Rego JO, Hernández Puentes YZ, Gandarilla Sarmientos JC, Valiente Mustelier J. Hipertrofia lipomatosa del tabique interauricular. ¿Mito o realidad? *Rev Fed Arg Cardiol* 2011; 40(3).
2. Heyer C M, Kagel T , Lemburg S P, Bauer T T, Nicolas V. Lipomatous Hypertrophy of the Interatrial Septum. A Prospective Study of Incidence, Imaging Findings, and Clinical Symptoms. *Chest* 2003; 124:2068-73.
3. Cunningham KS, Veinot JP, Feindel CM, Butany J. Fatty lesions of the atria and interatrial septum. *Human Pathol* 2006; 37:1245-51.
4. Batal O, Schoenhagen P, Shao M, Ayyad AE, Van Wagoner DR, Halliburton SS, et al. Left atrial epicardial adiposity and atrial fibrillation. *Circ Arrhythm Electrophysiol*. 2010; 3:230-36.
5. Lentini S, Tancredi F, Monaco F, Gaeta R. Lipomatous hypertrophy of the interatrial septum: surgical indications refined. *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2008; 7:717.
6. Dickerson JA, Smith M, Kalbfleisch S, Firstenberg MS. Lipomatous Hypertrophy of the Intraatrial Septum Resulting in Right Atrial Inflow Obstruction and Atrial Flutter. *The Annals of Thoracic Surgery* 2010; 89:1647-49.
7. Pochis WT, Saeian K, Sagar KB. Usefulness of transesophageal echocardiography in diagnosing lipomatous hypertrophy of the atrial septum with comparison to transthoracic echocardiography. *Am J Cardiol* 1992; 70:396-98.
8. Breuer M, Wippermann J, Franke U, Wahlers T. Lipomatous hypertrophy of the interatrial septum and upper right atrial inflow obstruction. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002; 22:1023-25.
9. Scholten KJ, Soran PD, Van der Starre PJA. Obstruction of pulmonary artery catheterization because of lipomatous hypertrophy of the interatrial septum. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2008; 22:751-52.
10. Niemann T, Meckel S, Zellweger MJ, et al. Lipomatous hypertrophy of the interatrial septum. *Eur J Radiol* 2007; 64:49-52.
11. Mioulet D, Paule P, Roche NC, et al. Hypertrophie lipomateuse du septum interatrial. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)* 2010; 59:111-13.
12. Calé R, Andrade MJ, Canada M, Hernández-Estefanía R, Lima S, Abecasis M, et al. Lipomatous hypertrophy of the interatrial septum: report of two cases where histological examination and surgical intervention were unavoidable. *Eur J Echocardiogr* 2010; 10:876-79.

Recibido: 1 de julio del 2011.

Aceptado: 1 de noviembre del 2011.