



Cor triatriatum sinister reproducido a 6 meses de la primera intervención. A propósito de un caso

Cor triatriatum sinister reproduced to 6 months after the first intervention. Report of a case

Dra. Dayami Bacallao Carril¹, Dra. Lys Mara Senra Reyes², Dr. Norberto Antonio Carballosa Labrada³, Dr. C. Adel González Morejón⁴, Dra. Giselle Serrano Ricardo⁴, Dra. Mariela Céspedes Almira².

¹ Departamento de Anestesiología. Cardiocentro pediátrico "William Soler", La Habana, Cuba.

² Servicio de Pediatría. Cardiocentro pediátrico "William Soler", La Habana, Cuba

³ Departamento de Anestesiología. Hospital General Docente "Enrique Cabrera Cossio", La Habana, Cuba.

⁴ Departamento de Ecocardiografía. Cardiocentro pediátrico "William Soler", La Habana, Cuba

RESUMEN

Se reporta una paciente de edad pre-escolar con antecedentes de asma bronquial, reintervenida de un Cor triatriatum Sinister reproducido luego de 6 meses de la primera intervención. Los síntomas fundamentales que motivaron el estudio fueron la presencia de palpitaciones y disnea a moderados esfuerzos. Se acompaña la presentación del caso de las imágenes ecocardiográficas ilustrativas de la membrana divisoria de la cavidad auricular izquierda. Se realiza la reintervención correctiva del caso de manera exitosa, siguiéndose por consulta la paciente sin residuos ni secuelas.

Palabras clave: Cor triatriatum, cardiopatía congénita, pediatría.

Abstrac

Patient of preschoolers with a history of bronchial asthma, a Cor triatriatum reoperated then reproduced Sinister 6 months of the first intervention is reported. The main symptoms that motivated the study were the presence of palpitations and dyspnea on moderate exertion. Case Presentation of illustrative echocardiographic images of the dividing membrane of the left atrial cavity is attached. Corrective reoperation case successfully, being followed by consultation the patient without waste or sequelae is performed.

Keywords: Cor triatriatum, congenital heart disease, pediatrics

Correspondencia: Dayamí Bacallao Carri. Departamento de Anestesiología. Cardiocentro Pediátrico William Soler. La Habana. Cuba.
email: dayamibacallao@infomed.sld.cu



INTRODUCCIÓN

El cor triatriatum sinister (CTS) es una membrana fibromuscular anómala en aurícula izquierda que la divide en 2 cavidades, con grados variables de obstrucción. Dependiendo del grado de integridad de dicha membrana, el cor triatriatum puede ser clasificado como obstructivo o no obstructivo.¹⁻⁴ Este último puede ser asintomático y ser diagnosticado en adultos en forma casual, tras un estudio ecocardiográfico por otras causas.

Se presenta el caso de una paciente de 4 años de edad reintervenida quirúrgicamente por la reproducción de un cor triatriatum luego de 6 meses de ser operado en una primera ocasión. Existen pocas comunicaciones en la literatura que aborden esta problemática.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 4 años de edad con antecedentes de ser operada de CTS hace seis meses, cuya madre refiere luego de varios meses de intervenida comenzó nuevamente con palpitaciones, palidez y disnea de esfuerzo. En el examen físico se destaca la presencia del aumento del componente pulmonar del 2do tono (R2). En el electrocardiograma se halló ritmo sinusal con eje del QRS en + 120 grados y signos de crecimiento derecho con R alta en V1 y Sokolow- Lyon derecho. El índice cardiotorácico aumentado con abombamiento del tronco de arteria pulmonar con ligera oligohemia pulmo-

nar periférica resultaron los elementos destacado en el telecardiograma.

El estudio se complementó de Ecocardiogramas transtorácico y transesofágico que confirmaron la reproducción de la membrana dividiendo el atrio izquierdo en 2 cámaras, una postero-superior que recogía el drenaje venoso pulmonar, mientras la otra antero-inferior con la orejuela auricular izquierda. El orificio efectivo de la membrana tuvo una dimensión aproximada de 4 mms con un gradiente pico de 30 mmHg generado a su través. La curva de flujo pulmonar fue tipo II, expresión de Hipertensión pulmonar de rango moderado. Figuras 1, 2 y 3. Las funciones sisto-diástolicas biventriculares resultaron ser normales.



Figura No1. Visión ecocardiográfica de la membrana reproducida que divide el atrio izquierdo y se comunica a través de un orificio de 4mm. AD aurícula derecha. AI aurícula izquierda. * orificio

Con estos elementos se decidió la reintervención quirúrgica con la resección exitosa de la membrana. Actualmente la paciente disfruta de buena salud al lado de sus familiares y se sigue por consulta externa en nuestra institución.

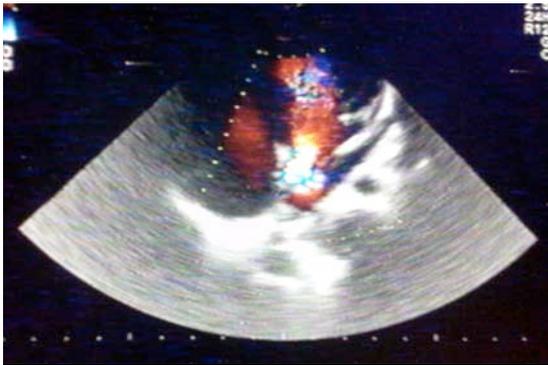


Figura No 2. Imagen ecocardiográfica con doppler color donde se visualiza efecto pisa a nivel del orificio de la membrana que divide la aurícula izquierda en 2 cámaras como característica esencial de la cardiopatía.

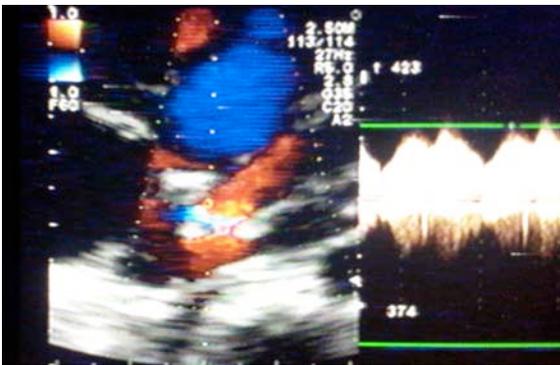


Figura No3. Imagen ecocardiográfica con doppler donde se visualiza efecto PISA a nivel del orificio de la membrana, registrándose un gradiente pico de 30 mmHg.

COMENTARIOS

En el CTS la aurícula izquierda (AI) está dividida en dos compartimientos por una membrana fibromuscular con un orificio de diámetro variable. Embriológicamente se interpreta como el resultado de una incorporación incompleta de la vena pulmonar común (VPC) embrionaria a la AI; por lo tanto el compartimiento superior corresponde a la VPC dilatada y el inferior a la AI. La alteración hemodinámica resultante es similar a la de la estenosis mitral. Ambas anomalías producen hipertensión pulmonar venosa y arterial.^{4,5}

La primera descripción de CTS se atribuye a Church en 1868, y la definición propiamente fue acuñada por Borst hasta 1905, quien describe una cardiopatía congénita rara producto de un defecto embrionario de la unión de las venas pulmonares a la aurícula izquierda⁴. El CTS ocupa 0.1% del total de cardiopatías congénitas, se puede presentar en forma aislada (30% de los casos) o estar asociado a otras anomalías cardíacas, siendo las más frecuentes: el ductus persistente, anomalía parcial del retorno venoso, persistencia de vena cava superior izquierda, comunicación interventricular, Enfermedad de Ebstein, la atresia tricuspídea, la transposición de grandes vasos y el defecto de septación auriculoventricular.⁵⁻⁷

La presentación clínica depende del tamaño del orificio de la membrana, que varía entre 3 y 10 mm. A menor diámetro aparecen más precozmente signos de hipertensión pulmonar e insuficiencia cardíaca. Los más amplios y no restrictivos, provocan síntomas en la segunda o tercera década de la vida, con disnea e infecciones respiratorias a repetición.⁸⁻¹⁰

La cirugía con resección de la membrana es el tratamiento de elección. El acceso puede realizarse por vía auricular derecha, lo cual posibilita la corrección de lesiones asociadas, o por aurícula izquierda. Durante el transoperatorio se describe muy baja incidencia de complicaciones anestesiológicas¹¹⁻¹³ y luego de la cirugía, los pacientes quedan asintomáticos y con buen pronóstico a largo plazo.^{5,9-10}



Resulta sumamente interesante el caso presentado si se tiene en cuenta que en la revisión realizada a este propósito no se detallan eventos de reproducción de membranas y necesidad de reintervención por CTS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bezante GP, de Ferrari L, Molinari G, et al. Cor triatriatum Sinistrum and persistent left superior vena cava: an original association. *Eur J Echocardiogr* 2002; 3(2): 162-5.
2. Eidem BW, Cetta F. Unusual finding of cor triatriatum in a newborn with hypoplastic left heart syndrome. *J Am Soc Echocardiogr*. 2001; 14(8):850-2.
3. Kirklin JW, Barrat B. *Cor triatriatum*. En: Kouchoukos NT, Blackstone EH, Doty DB, Hanley FL, Karp RB, editores. *Cardiac surgery morphology, diagnostic criteria, natural history, techniques, results and indications*. Philadelphia: Churchill-Livingstone; 2003:78 I-9.
4. Attie F, Calderón Colmenero J, Buendía Hernández A. Corazón triatrial. En: Attie F, Calderón J, Zabal C, Buendía A. *Cardiopatías Congénitas*. 2ed. México D.F: Ed. Médica Panamericana 2013; p. 60-64.
5. Lima RP, Fonseca C, Sampaio F, Ribeiro J, Ribeiro VG. Cor triatriatum sinistrum: description and review of four cases. *Rev Port Cardiol* 2010;29: 827- 836.
6. Kopf GS, Laks H. Atrial septal defects and *cor triatriatum*. En: Baue AE, Geha AS, Hammond GL, Laks H, Naunheim KS, editores. *Glenn's thoracic and cardiovascular surgery*. New Jersey: Appleton & Lange; 1998;1 (2):15-25.
7. Pirc B, Gersak B, Rusik Medvescek N. Cor triatriatum Sinistrum, aortic coarctation and bicuspid aortic stenosis in an adult. *Eur J Cardiothorac Surg* 1996;10(12):1139-40.
8. Humpl T, Reineker K, Manlihot C, Dipchand AI, Coles JG, McCrindle BW. Cor triatriatum sinistrum in childhood. A single institution's experience. *Can J Cardiol* 2010; 26: 371-376.
9. Bolio-Cerdán A, Medina-Andrade MA, Romero-Cárdenas P, Ruiz-González S, Luna-Valdéz CM, González-Peña J. Cor triatriatum sinistrum: estrategia diagnóstica y terapéutica. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2007; 64: 29-34.
10. Kazanci SY, Emani S, McElhinney DB. Outcome after repair of cor triatriatum. *Am J Cardiol* 2012; 109:412-416.
11. Gelb A, Leslie, Stanki D, Shafer S. Monitoring depth of anesthesia. Miller R, ed. *Miller's Anesthesia*. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2010: p. 1229-65.
12. Ghoneim M, Block R, Haffarnan M, Mathews M. Awareness during anaesthesia: Risk factors, causes and sequelae: A review of reported cases in the literature. *Anaesth Analg* 2009;108:527-35.
13. Nickalls R, Mahajan R. Awareness and anesthesia: Think dose, think data. *Br J Anaesth* 2010;104:1-2.

Recibido: 08-09-2014

Aceptado: 20-10-2014

