



COMUNICACIÓN BREVE

Hematoma parietal auricular espontáneo

Á. Iglesias López*, A. Rodríguez Pan y V. Pazos Silva

Servicio de Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC), A Coruña, España

Recibido el 4 de mayo de 2011; aceptado el 5 de septiembre de 2011

Disponible en Internet el 31 de enero de 2012

PALABRAS CLAVE

TC multidetector;
Corazón;
Masa

KEYWORDS

Multidetector CT;
Heart;
Mass

Resumen Las manifestaciones clínicas de las masas cardíacas suelen ser inespecíficas y, generalmente, dependen más de la repercusión funcional que generan por su localización que de su naturaleza. Las técnicas de imagen nos permiten limitar el diagnóstico diferencial de las masas cardíacas considerando su localización, morfología y características de ecogenicidad, atenuación o intensidad según la técnica empleada.

Presentamos el caso de una mujer con dolor centrotorácico opresivo irradiado a la espalda y marcadores miocárdicos positivos, a la que un ecocardiograma detectó una masa en la aurícula izquierda. El hallazgo se confirmó posteriormente con una tomografía computarizada torácica. La semiología en la TC era compatible con un hematoma mural, que se confirmó con una biopsia intraoperatoria.

© 2011 SERAM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Spontaneous hematoma of the atrial wall

Abstract The clinical signs of heart masses tend to be nonspecific, generally depending more on their repercussions on heart function caused by their location rather than on their type. Imaging techniques make it possible to limit the differential diagnosis of heart masses based on their location, morphology, and characteristics of echogenicity, density, or intensity, depending on the technique used to study them.

We present the case of a woman with squeezing mid chest pain irradiating to her shoulder and positive cardiac markers in whom a left atrial mass was identified at echocardiography. This finding was confirmed at chest CT. The signs at chest CT were compatible with a mural hematoma and this diagnosis was confirmed after intraoperative biopsy.

© 2011 SERAM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El hematoma parietal auricular es una entidad rara. Se ha descrito como una complicación infrecuente de la cirugía y endocarditis infecciosa de la válvula mitral, infarto,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: a-iglesias@hotmail.com (Á. Iglesias López).

traumatismo torácico, amiloidosis cardíaca, y después de una ablación percutánea en pacientes con trastornos del ritmo. En ausencia de estos factores predisponentes, es más difícil pensar en esta entidad.

El objetivo de esta comunicación es ilustrar los hallazgos en la tomografía computarizada (TC) del hematoma auricular espontáneo, que creemos de interés debido a su carácter infrecuente. Para ello presentamos el caso de una mujer con dolor precordial cuyo origen resultó ser un hematoma auricular espontáneo e idiopático.

Presentación del caso

Mujer de 74 años que acudió a urgencias con dolor centrotorácico opresivo irradiado a la espalda, acompañado de náuseas, que aumentaba con la inspiración profunda y con el decúbito supino y mejoraba con la sedestación.

Al ingreso, la paciente presentaba buen estado general. La tensión arterial era de 98/64 mmHg. El electrocardiograma mostraba ritmo sinusal a 60 lpm y ascenso del ST cóncavo de forma difusa en las derivaciones V2-V6, I, II y aVL de < 1 mm. Las pruebas de laboratorio mostraron marcadores de daño miocárdico con una troponina I de 0,89 ng/ml, hemoglobina 12,6 g/dL y hematocrito 0,37. Dados estos resultados y el ECG, se interpretó el cuadro como una miopericarditis.

La radiografía de tórax no mostró alteraciones. En la ecocardiografía transtorácica se identificó una aurícula izquierda ligeramente dilatada, con una lesión ocupante de espacio ovalada de 40 × 30 mm, heterogénea, que se extendía hasta la vecindad del velo posterior de la válvula mitral donde se asociaba a una imagen hiperecogénica; los ventrículos eran de tamaño normal con función sistólica conservada.

Se realizó una TC torácica sin y con contraste. En las imágenes sin contraste (fig. 1) se identificó una masa de 65 × 36 mm, de contorno liso, que se extendía por la cara inferior, posterior y la pared libre de la aurícula izquierda hasta la entrada de las venas pulmonares, predominantemente de alta atenuación y con calcificaciones amorfas. En la TC en fase arterial aórtica tras la administración intravenosa de 120 cc de contraste yodado no aumentó su atenuación (fig. 2).

La paciente ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos, donde se le realizó una ecocardiografía transesofágica, que confirmó la masa y la disminución del volumen auricular sin afectación significativa de las venas pulmonares. En un primer momento, se decidió tener una actitud expectante. Al día siguiente presentó un deterioro hemodinámico y respiratorio brusco, sugestivo de shock obstructivo por compresión de las cavidades cardíacas izquierdas. Se decidió intervenirla urgentemente. Durante la cirugía se demostró un hematoma mural organizado y se descartó una alteración intraauricular. La biopsia intraoperatoria confirmó el diagnóstico preoperatorio de hematoma.

Discusión

La clínica que provocan las masas cardíacas suele ser inespecífica, y generalmente depende más de la localización de la masa y la repercusión funcional que de su naturaleza.

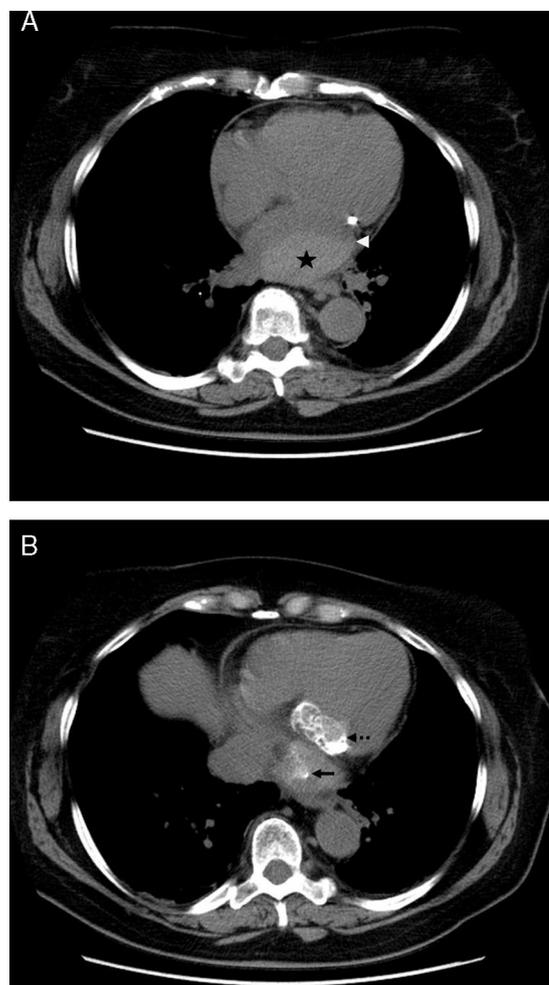


Figura 1 Tomografía computarizada sin contraste. A) Masa adherida a la pared posterior y libre de la aurícula izquierda (asterisco). Su contorno es liso y presenta forma ovalada, con una prolongación de su base hacia la pared (cabeza de flecha). B) En su parte más basal contiene calcificaciones amorfas (flecha). Adyacente a la masa podemos ver la válvula mitral extensamente calcificada (flecha discontinua).

El diagnóstico diferencial de las masas cardíacas se establece teniendo en cuenta la localización, forma y ecogenidad, atenuación o intensidad según la técnica de imagen empleada. Las causas de masas o pseudomasas en la aurícula izquierda incluyen a variantes anatómicas como las trabéculas prominentes de la orejuela, lesiones intraauriculares como los trombos intracavitarios y los mixomas, las lesiones murales como aneurismas, pseudoaneurismas, quistes hidaídicos, disecciones auriculares y hematomas intramurales¹, las neoformaciones parietales¹ y las lesiones extrínsecas como los quistes broncogénicos y pleuropericárdicos.

Una masa ovalada en la aurícula izquierda, con una atenuación elevada en el estudio de TC sin contraste que no aumenta tras la administración de contraste intravenoso yodado, como en el caso que se presenta, limita el diagnóstico diferencial a un trombo hemático, un hematoma mural y una disección intramural con hematoma secundario.

Los trombos son la causa más frecuente de masa cardíaca y la aurícula izquierda es la localización más frecuente de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4245248>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4245248>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)