

a la paciente, se obtuvo una PaO<sub>2</sub> de 54 mmHg y el empleo de FiO<sub>2</sub> al 100% apenas modificó estas cifras. En primer lugar, se decidió descartar una tromboembolia pulmonar, para lo que se realizó un estudio vascular con tomografía axial computarizada (TAC) helicoidal, que resultó ser normal. La gammagrafía pulmonar de ventilación/perfusión también lo fue. Además, no se apreció trombosis venosa profunda al realizar una ecografía doppler de extremidades inferiores. La TAC torácica descartó alteraciones en el parénquima pulmonar, y sólo se observó una dilatación aneurismática de la aorta ascendente y del cayado aórtico. No se observaron fístulas arteriovenosas pulmonares. Se procedió entonces a descartar un cortocircuito intracardíaco. El ecocardiograma transtorácico no permitió visualizar defectos en los tabiques, únicamente se pudo observar la dilatación aneurismática de la aorta ascendente y un abombamiento del septo interauricular en la fosa oval. La inyección de burbujas, obtenidas al agitar solución salina, permitió comprobar su paso masivo e inmediato desde la aurícula derecha a la izquierda. El estudio trasesofágico corroboró la existencia de un aneurisma del septo interauricular y de un cortocircuito derecha izquierda durante la sístole. Una vez realizado el diagnóstico se decidió, al tener en cuenta la edad y situación previa de la paciente, de aconsejar el cierre percutáneo del defecto.

La hipoxemia causada por un cortocircuito derecha-izquierda a través de un defecto interauricular, siendo normales las presiones de la arteria pulmonar, es un hecho excepcional<sup>1-6</sup>. Existen varias teorías que intentan explicar este fenómeno que aparentemente contradice las leyes de la fisiología. Una de ellas lo atribuye a un gradiente de presión interatrial que puede observarse en casos de mixomas o durante la realización de la maniobra de Valsalva<sup>1</sup>. Otra se basa en la existencia de un flujo sanguíneo que, desde la vena cava inferior o superior, se dirige de forma preferente hacia la aurícula izquierda si el eje del septo interatrial está horizontalizado por dilatación de la aorta ascendente<sup>2-4</sup>. Una última teoría se fundamenta en que se puede crear un cortocircuito desde una cámara de menor a otra de mayor compliancia si hay un defecto septal<sup>5</sup>.

En el caso presentado, coexiste la dilatación de la aorta ascendente con la presencia de un defecto septal atrial y una dilatación aneurismática del tabique causada por una redundancia del *foramen ovale*, por lo que pensamos que la segunda de las teorías expuestas podría justificar los hechos observados.

La mayor parte de los casos publicados hasta la fecha se engloban bajo el término "síndrome de platipnea-ortodeoxia", definido por la aparición de disnea e hipoxemia con el ortostatismo y su mejoría o desaparición al adoptar el decúbito<sup>6</sup>. Sin embargo, en el caso aquí referido, la paciente no aquejaba platipnea y no se pudo comprobar la existencia de ortodeoxia.

En resumen, la hipoxemia debida a un cortocircuito auricular derecha-izquierda con presiones normales de la arteria pulmonar es un fenómeno raro, pero posiblemente infra-diagnosticado. Debe sospecharse en pacientes con hipoxemia refractaria sin causa aparente y la instilación de solución salina agitada permite deducir el sentido del flujo a través del defecto atrial.

A. Veres Racamonde<sup>a</sup>, C. González Juanatey<sup>b</sup> y L.A. Pérez de Llano<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Sección de Neumología.  
Hospital Xeral-Calde. Lugo.

<sup>b</sup>Sección de Cardiología.  
Hospital Xeral-Calde. Lugo.

1. Dubourg O, Bourdarais JP, Farcot JC, Gueret P, Terdjman M, Ferrier A, et al. Contrast echocardiographic visualization of cough-induced right to left shunt through a patent foramen ovale. *J Am Coll Cardiol* 1984;4:587-94.
2. Laybourn KA, Martin ET, Cooper RAS, Holman WL. Platypnea and orthodeoxia: shunting associated with aortic aneurysm. *J Thoracic Cardiovasc Surg* 1997;113:955-6.
3. Godart F, Rey C, Prat A, Vicentelli A, Chmait A, Francart C, et al. Atrial right-to-left shunting causing severe hypoxaemia despite normal right-sided pressures. *Eur Heart J* 2000;21:483-9.
4. Roman MJ, Devereux RB, Kramer-Fox R, O'Loughlin J, Spitzer M, Robins J. Two-dimensional echocardiographic aortic root dimensions in normal children and adults. *Am J Cardiol* 1989;64:507-12.
5. Ciafone RA, Aroesty JM, Weintraub RM, LaRaia PJ, Paulin S. Cyanosis in uncomplicated atrial septal defect with normal cardiac and pulmonary arterial pressures. *Chest* 1978;74:596-9.
6. Robin ED. An analysis of platypnea-orthodeoxia syndrome including a "new" therapeutic approach. *Chest* 1997;112:1449-51.



## Hipoxemia grave debida a un cortocircuito derecha-izquierda interauricular en una paciente sin hipertensión pulmonar

**Sr. Director:** La presencia de un *foramen ovale* permeable es frecuente en adultos y habitualmente cursa sin síntomas. El diagnóstico de un cortocircuito derecha-izquierda a través de un defecto en el tabique interauricular es excepcional, si no coexiste con hipertensión pulmonar. Presentamos el caso de una paciente en el que la existencia de sendos aneurismas en la aorta ascendente y en el septo interauricular pudo ocasionar la inversión del flujo sanguíneo entre las dos aurículas, causando una hipoxemia grave.

Mujer de 78 años que ingresó en nuestro hospital por aquejar dolor de tipo pleurítico en el hemitórax izquierdo, de 3 semanas de duración. Además, el mismo día de su ingreso, notó el inicio súbito de disnea en reposo. Negó presentar platipnea al ser preguntada sobre ello. Entre sus antecedentes personales destacaba la existencia de una paraparesia espástica causada por un accidente de tráfico, lo que le impedía deambular sin ayuda. En el examen físico se observó una presión arterial de 140/80 mmHg, un pulso de 79 lat/min y una frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por min sin empleo de los músculos respiratorios accesorios. Se apreció una cianosis acra y la presión venosa yugular era normal. La auscultación cardíaca y pulmonar no mostraron anomalías. No había edema en las extremidades inferiores. El hemograma y la bioquímica en sangre fueron normales. Lo único destacable en la radiografía de tórax era la presencia de una elongación de la aorta ascendente. El electrocardiograma puso de manifiesto un bloqueo de rama derecha. La gasometría arterial, con FiO<sub>2</sub> de 0,21 evidenció una PaO<sub>2</sub> de 48 mmHg, una PaCO<sub>2</sub> de 32 mmHg y un pH de 7,42. Al sentar