

Ventrículo Izquierdo Doble Cámara en Paciente Adulto con Evolución Asintomática

José Luis de Castro e Silva Pretto, Ronei Marquazan de Oliveira, Tiago Franciscatto, Fernando Balestreri, Raquel Melchior Roman

Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo, RS - Brasil

Introducción

Ventrículo izquierdo doble cámara es una expresión utilizada para referirse a una rara condición congénita, caracterizada por la subdivisión de la cavidad ventricular por un haz muscular o por un septo anómalo.¹⁻³

Pocos casos están disponibles en la literatura, con descripciones de presentaciones variables para la condición.² El diagnóstico suele ser establecido en la franja etaria pediátrica o neonatal, y el ecocardiograma y la resonancia magnética cardíaca se presentan como los exámenes más utilizados para la detección y evaluación morfológica y funcional.³⁻⁵

Relato del Caso

Paciente de 29 años, del sexo femenino, blanca, encaminada al cardiólogo para reevaluación por historia de alteraciones ecocardiográficas desde el nacimiento. Trae consigo nueve ecocardiografías previas con conclusiones divergentes. El primer examen, realizado en 1988, relata comunicación interventricular perimembranosa; los demás con descripciones variando desde examen normal hasta presencia de masa en ventrículo izquierdo y hallazgos sugestivos de ventrículo izquierdo no compactado.

Paciente asintomática a la evaluación clínica, sin limitaciones para actividades cotidianas; presentando, al examen físico, soplo en región paraesternal izquierda baja, holosistólico, con 2+/-6+ de intensidad.

Entre los demás exámenes complementarios, fueron realizados: electrocardiograma con ritmo sinusal, giro horario y eje a aproximadamente 100 grados, sin otros hallazgos relevantes. Holter de 24 horas con ritmo de base sinusal, ausencia de arritmias ventriculares y supraventriculares; sin trastornos de conducción atrioventricular o intraventricular. Tampoco fueron evidenciadas pausas o alteraciones de la repolarización ventricular.

Resonancia magnética realizada en 2010 identificó banda muscular en ventrículo izquierdo, comunicando la pared

anteroseptal a la pared anterolateral, con grosor máximo de 1,3 cm; músculo papilar anterior prominente, asociado a posible miocardio no compactado, comprometiendo las paredes anterior y lateral en los segmentos medio y apical. No fueron identificadas áreas de captación en la fase de realce tardío.

Paciente sometida a nuevo ecocardiograma bidimensional y tridimensional en nuestro servicio, donde fue identificada la presencia de trabécula muscular anómala en el ventrículo izquierdo (Figuras 1, 3 y 4, Video 1), resultando en dos cámaras amplias y alineadas en paralelo con la vía de entrada del ventrículo derecho, con llenado no obstructivo (Video 2). Fueron también observadas perforaciones en la trabécula muscular con flujo sistólico de la cámara anterolateral para la medial y comunicación interventricular muscular apical mínima (Figura 2), configurando, entonces, ventrículo izquierdo con doble cámara. Las dimensiones de la cavidad ventricular izquierda estaban dentro de los límites de la normalidad.

Discusión

Los primeros relatos consistentes de ventrículo izquierdo doble cámara datan del final de la década de 1970.^{6,7} La literatura es escasa en informaciones sobre tal anomalía, y poco se sabe respecto a la evaluación pronóstica y potenciales riesgos y complicaciones, siendo tal vez la más temible la capacidad trombogénica de la cámara accesoria.^{2,3}

No existen evidencias de hallazgos electrocardiográficos o en la radiografía de tórax con buena precisión para ese diagnóstico. La confirmación de la presencia de ventrículo izquierdo doble cámara en los casos previamente descritos tuvo lugar básicamente por medio del ecocardiograma y de la resonancia magnética cardíaca,¹⁻³ con algunos pocos relatos citando la tomografía computada como alternativa.⁴

A pesar de la diversidad de presentaciones clínicas y de variaciones morfológicas descritas, se cree que la evolución de pacientes que presentan ventrículo izquierdo doble cámara sea, en general, benigna, considerando que las cámaras suelen estar separadas en paralelo, sin determinar gradientes presóricos u obstrucción de la vía de salida del ventrículo izquierdo.³⁻⁵ De este modo, el tratamiento acaba siendo orientado por el compromiso funcional del paciente.²

Entre los diagnósticos diferenciales, debemos recordar los aneurismas de ventrículo izquierdo, caracterizados como estructuras que se proyectan de la cavidad ventricular a partir de una especie de cuello, presentando una tendencia de expansión, y no de contracción durante la sístole. En la doble cámara ventricular izquierda, la pared muscular presenta

Palabras clave

Cardiopatías Congénitas; Disfunción Ventricular Izquierda, Comunicación Interventricular.

Correspondencia: José Luis de Castro e Silva Pretto •
Av. Scarpellini Ghezzi, 500. CEP 99074-000, Passo Fundo, RS - Brasil
E-mail: jlpretto@cardiol.br
Artículo recibido el 30/8/2016; revisado el 9/9/2016;
aceptado el 10/9/2016.

DOI: 10.5935/2318-8219.20160036

contracción y reducción de volumen simultánea a la sístole, habiendo separación entre las cavidades por una especie de membrana o haz muscular acesorio.^{4,5}

También como diagnóstico diferencial, se debe recordar la distinción para el ventrículo derecho doble cámara (VDDC), condición con fisiopatología completamente distinta: el VDDC es una condición más común, normalmente presentándose con historia clínica de disnea a los esfuerzos y soplo a la auscultación. Existen relatos de asociación entre VDDC y cardiopatías congénitas, como la Tetralogía de Fallot y la transposición de los grandes vasos, asociación no descrita en los casos envolviendo ventrículo izquierdo doble cámara.^{5,8}

Se distingue también la génesis del VDDC, situación en que ocurre el engrosamiento progresivo del septo ventricular derecho, por la presencia de haces musculares anómalos. Tal fenómeno lleva a mayores gradientes y a la formación de dos cámaras en serie,⁸ en contraste con las presentaciones más frecuentemente relacionadas de ventrículo izquierdo doble cámara, en que las cavidades se presentan en paralelo, con menores gradientes presóricos y con contracción sincrónica.^{4,5}

En razón de la rareza de la enfermedad, el desconocimiento de esa condición llevó a varios diagnósticos equivocados en los ecocardiogramas y aun con la descripción de los hallazgos por la resonancia no hubo la conclusión adecuada. Las hipótesis previamente aventadas podrían llevar a la realización de exámenes e intervenciones con potencial de riesgos innecesarios para la paciente.

El comportamiento inocuo de esa condición – encontrado en la mayoría de las evidencias literarias –, aliado a la ausencia de señales y síntomas sugestivos de disfunción ventricular izquierda, hizo que optásemos por conducta expectante en el caso, sin necesidad de terapias farmacológicas o investigación complementaria.

Contribución de los Autores

Obtención de datos: Pretto JLCS, Oliveira RM; Análisis e interpretación de los datos: Pretto JLCS, Oliveira RM; Redacción del manuscrito: Pretto JLCS, Oliveira RM; Revisión crítica del manuscrito respecto al contenido intelectual importante: Pretto JLCS, Oliveira RM, Franciscatto T, Balestreri F, Roman RM.

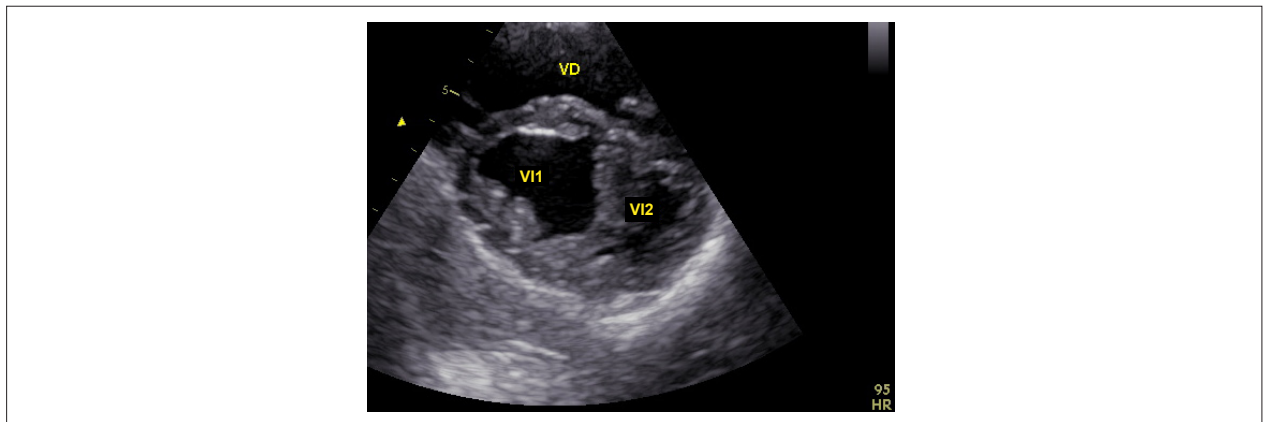


Figura 1 – Corte transversal del ventrículo izquierdo (VI) y derecho (VD).

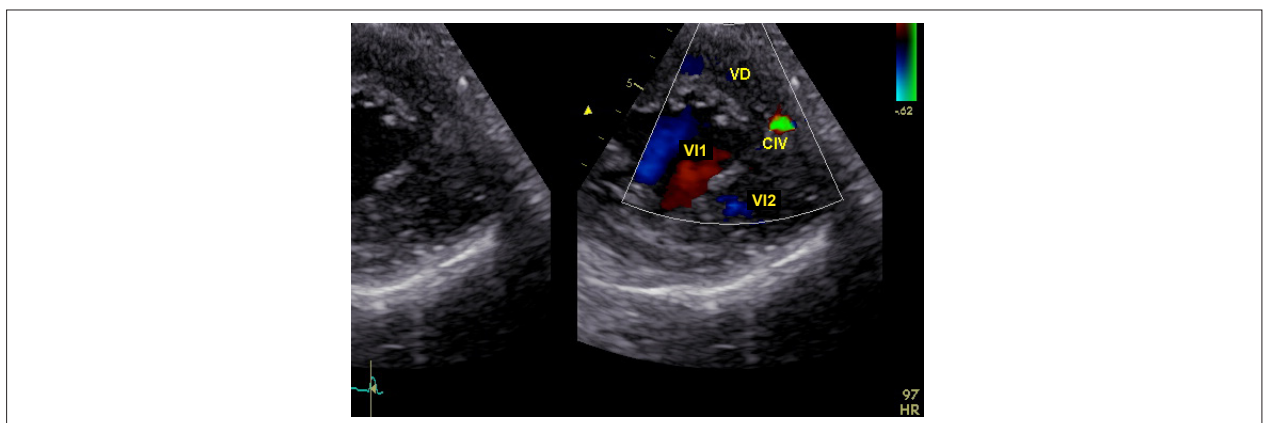


Figura 2 – Corte transversal del ventrículo izquierdo (VI) y derecho (VD) demostrando pequeña comunicación interventricular (CIV).

Caso Clínico

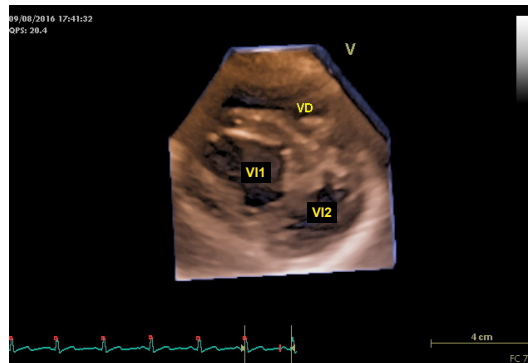


Figura 3 – Corte transversal tridimensional.

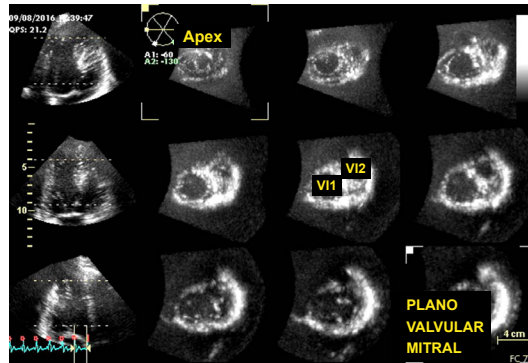


Figura 4 – Multislice transversal tridimensional.

Video 1 – [clique aqui. http://departamentos.cardiol.br/dic/publicacoes/revistadic/2016/v29_4/video_v29_4_166_espanhol.asp](http://departamentos.cardiol.br/dic/publicacoes/revistadic/2016/v29_4/video_v29_4_166_espanhol.asp)

Video 2 – [clique aqui. http://departamentos.cardiol.br/dic/publicacoes/revistadic/2016/v29_4/video_v29_4_166_espanhol.asp](http://departamentos.cardiol.br/dic/publicacoes/revistadic/2016/v29_4/video_v29_4_166_espanhol.asp)

Potencial Conflicto de Intereses

Declaro no haber conflicto de intereses pertinentes.

Vinculación Académica

No hay vinculación de este estudio a programas de postgrado.

Fuentes de Financiamiento

El presente estudio no tuvo fuentes de financiamiento externas.

Referencias

1. Breithardt OA, Ropers D, Seeliger T, Schmid A, von Erffa J, Garlachs T, et al. A heart within the heart: double-chambered left ventricle. *Eur J Echocardiogr.* 2008;9(5): 739-41.
2. Ali I, Tohamy KY, Akbar M. Double-chambered left ventricle. *Egypt J Intern Med.* 2012;24(3):105-7.
3. Masci PG, Pucci A, Fontanive P, Coceani M, Marracini P, Lombardi M. Double-chambered left ventricle in an asymptomatic adult patient. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging.* 2012;13(3):E1-3.
4. Sanz j, Ruis T, Kuschnir P, Macaluso F, Fuster V, Poon M. Double-chambered left ventricle: complete characterization by cardiac magnetic resonance and multidetector-row computed tomography. *Circulation.* 2004;110(20):E502-3.
5. Nacif MS, Mello RA, Lacerda Jr OO, Sibley CT, Machado RA, Marchiori E. Double-chambered left ventricle in an adult: diagnosis by cmri. *Clinics (Sao Paulo).* 2010;65(12):1393-5.
6. Kay PH, Regby M, Mulholand HC. Congenital double chambered left ventricle treated by exclusion of accessory chamber. *Br Heart J.* 1983;49(2):195-8.
7. Gerlis LM, Partridge JB, Fiddler GI, Williams G, Scott O. Two chambered left ventricle: three news varieties. *Br Heart J.* 1981;46(3):278-84.
8. Choi YJ, Park SW. Characteristics of double-chambered right ventricle in adult patients. *Korean J Intern Med.* 2010;25(2):147-53.