

Ventrículo Esquerdo Dupla-Câmara em Paciente Adulto com Evolução Assintomática

Double-chambered Left Ventricle in Adult Patient with Asymptomatic Evolution

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

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

Introdução

Ventrículo esquerdo dupla-câmara é uma expressão utilizada para referir-se a uma rara condição congênita, caracterizada pela subdivisão da cavidade ventricular por um feixe muscular ou por um septo anômalo.¹⁻³

Poucos casos estão disponíveis na literatura, com descrições de apresentações variáveis para a condição.² O diagnóstico costuma ser estabelecido na faixa etária pediátrica ou neonatal, e o ecocardiograma e a ressonância magnética cardíaca apresentam-se como os exames mais utilizados para a detecção e avaliação morfológica e funcional.³⁻⁵

Relato do Caso

Paciente de 29 anos, do sexo feminino, branca, encaminhada ao cardiologista para reavaliação por histórico de alterações ecocardiográficas desde o nascimento. Traz consigo nove ecocardiografias prévias com conclusões divergentes. O primeiro exame, realizado em 1988, relata comunicação interventricular perimembranosa; os demais com descrições variando desde exame normal até presença de massa em ventrículo esquerdo e achados sugestivos de ventrículo esquerdo não compactado.

Paciente assintomática à avaliação clínica, sem limitações para atividades cotidianas; apresentando, ao exame físico, sopro em região paraesternal esquerda baixa, holossistólico, com 2+/6+ de intensidade.

Dentre os demais exames complementares, foram realizados: eletrocardiograma com ritmo sinusal, giro horário e eixo a aproximadamente 100 graus, sem outros achados relevantes. Holter de 24 horas com ritmo de base sinusal, ausência de arritmias ventriculares e supraventriculares; sem distúrbios de condução atrioventricular ou intraventricular. Também não foram evidenciadas pausas ou alterações da repolarização ventricular.

Palavras-chave

Cardiopatias Congênitas; Disfunção Ventricular Esquerda, Comunicação Interventricular.

Correspondência: José Luis de Castro e Silva Pretto •
Av. Scarpellini Ghezzi, 500. CEP 99074-000, Passo Fundo, RS - Brasil
E-mail: jlpretto@cardiol.br
Artigo recebido em 30/08/2016; revisado em 09/09/2016;
aceito em 10/09/2016.

DOI: 10.5935/2318-8219.20160036

Ressonância magnética realizada em 2010 identificou banda muscular em ventrículo esquerdo, comunicando a parede anteroseptal à parede anterolateral, com espessura máxima de 1,3 cm; músculo papilar anterior proeminente, associado a possível miocárdio não compactado, comprometendo as paredes anterior e lateral nos segmentos médio e apical. Não foram identificadas áreas de captação na fase de realce tardio.

Paciente submetida a novo ecocardiograma bidimensional e tridimensional em nosso serviço, onde foi identificada a presença de trave muscular anômala no ventrículo esquerdo (Figuras 1, 3 e 4, Vídeo 1), resultando em duas câmaras amplas e alinhadas em paralelo com a via de entrada do ventrículo direito, com enchimento não obstrutivo (Vídeo 2). Foram também observadas perfurações na trave muscular com fluxo sistólico da câmara anterolateral para a medial e comunicação interventricular muscular apical mínima (Figura 2), configurando, então, ventrículo esquerdo com dupla câmara. As dimensões da cavidade ventricular esquerda estavam dentro dos limites da normalidade.

Discussão

Os primeiros relatos consistentes de ventrículo esquerdo dupla-câmara datam do final da década de 1970.^{6,7} A literatura é escassa em informações sobre tal anomalia, e pouco se sabe quanto à avaliação prognóstica e potenciais riscos e complicações, sendo talvez a mais temível a capacidade trombogênica da câmara acessória.^{2,3}

Não existem evidências de achados eletrocardiográficos ou à radiografia de tórax com boa acurácia para esse diagnóstico. A confirmação da presença de ventrículo esquerdo dupla-câmara nos casos previamente descritos deu-se basicamente através do ecocardiograma e da ressonância magnética cardíaca,¹⁻³ com alguns poucos relatos citando a tomografia computadorizada como alternativa.⁴

Apesar da diversidade de apresentações clínicas e de variações morfológicas descritas, acredita-se que a evolução de pacientes que apresentam ventrículo esquerdo dupla-câmara seja, via de regra, benigna, considerando que as câmaras costumam estar separadas em paralelo, sem determinar gradientes pressóricos ou obstrução da via de saída do ventrículo esquerdo.³⁻⁵ Assim sendo, o tratamento acaba sendo norteado pelo comprometimento funcional do paciente.²

Dentre os diagnósticos diferenciais, devemos lembrar os aneurismas de ventrículo esquerdo, caracterizados como estruturas que se projetam da cavidade ventricular a partir de uma espécie de colo, apresentando uma tendência de expansão, e não de contração durante a sístole. Já na dupla câmara ventricular esquerda, a parede muscular apresenta

contração e redução de volume simultânea à sístole, havendo separação entre as cavidades por uma espécie de membrana ou feixe muscular acessório.^{4,5}

Ainda como diagnóstico diferencial, deve-se lembrar a distinção para o ventrículo direito dupla-câmara (VDDC), condição com fisiopatologia completamente distinta: o VDDC é uma condição mais comum, normalmente apresentando-se com história clínica de dispnéia aos esforços e sopro à ausculta. Existem relatos de associação entre VDDC e cardiopatias congênitas, como a Tetralogia de Fallot e a transposição dos grandes vasos, associação não descrita nos casos envolvendo ventrículo esquerdo dupla-câmara.^{5,8}

Distingue-se também a gênese do VDDC, situação em que ocorre o espessamento progressivo do septo ventricular direito, pela presença de feixes musculares anômalos. Tal fenômeno leva a maiores gradientes e à formação de duas câmaras em série,⁸ em contraste com as apresentações mais frequentemente relatadas de ventrículo esquerdo dupla-câmara, em que as cavidades apresentam-se em paralelo, com menores gradientes pressóricos e com contração sincrônica.^{4,5}

Em razão da raridade da doença, o desconhecimento dessa condição levou a vários diagnósticos equivocados nos ecocardiogramas e mesmo com a descrição dos achados pela ressonância não houve a conclusão adequada. As hipóteses previamente aventadas poderiam levar à realização de exames e intervenções com potencial de riscos desnecessários à paciente.

O comportamento inócuo dessa condição – encontrado na maioria das evidências literárias –, aliado à ausência de sinais e sintomas sugestivos de disfunção ventricular esquerda, fez que optássemos por conduta expectante no caso, sem necessidade de terapias farmacológicas ou investigação complementar.

Contribuição dos autores

Obtenção de dados: Pretto JLCS, Oliveira RM; Análise e interpretação dos dados: Pretto JLCS, Oliveira RM; Redação do manuscrito: Pretto JLCS, Oliveira RM; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Pretto JLCS, Oliveira RM, Franciscatto T, Balestreri F, Roman RM.

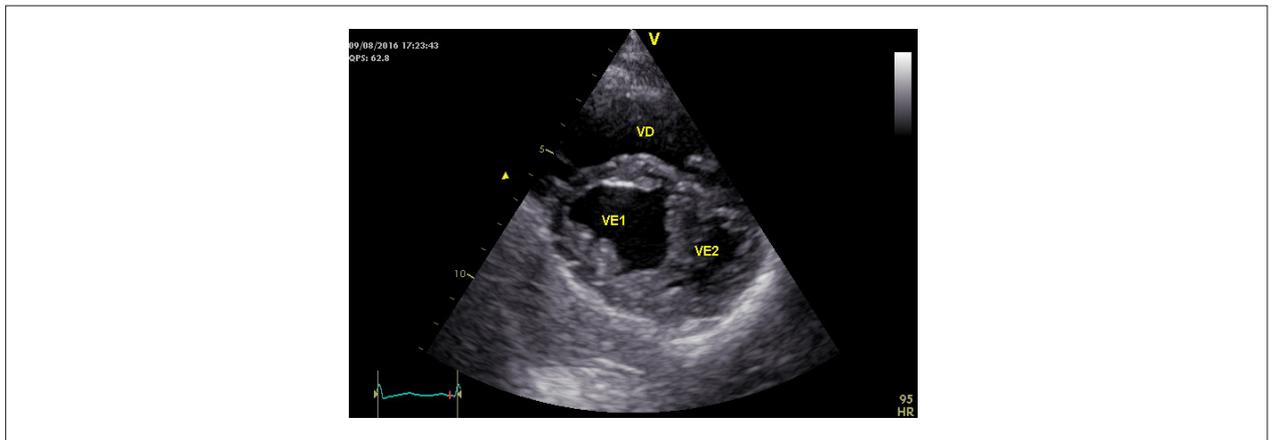


Figura 1 – Corte transversal do ventrículo esquerdo (VE) e direito (VD).

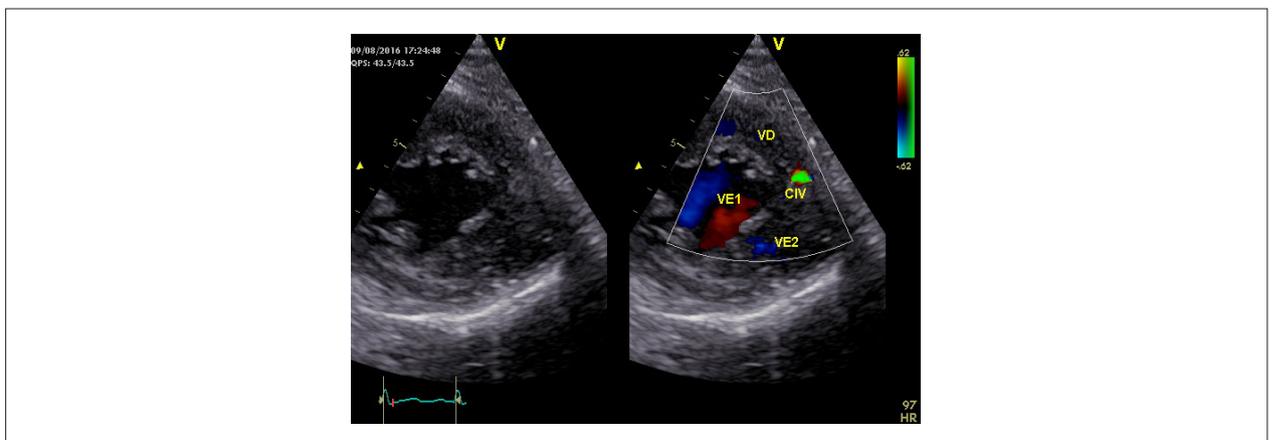


Figura 2 – Corte transversal do ventrículo esquerdo e direito, demonstrando pequena comunicação interventricular (CIV).

Relato de Caso

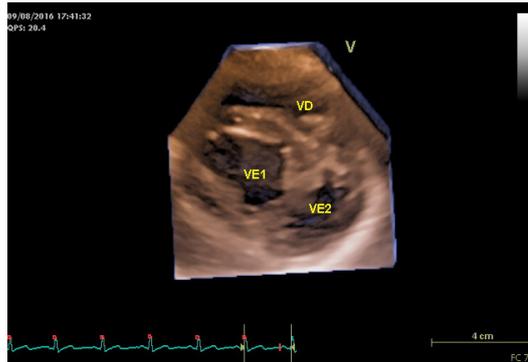


Figura 3 – Corte transversal tridimensional.

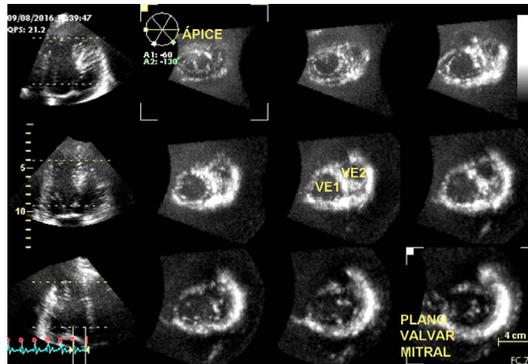


Figura 4 – Multislice transversal tridimensional.

Video 1 – clique aqui para visualizar. http://departamentos.cardiol.br/dic/publicacoes/revistadic/2016/v29_4/video_v29_4_166_portugues.asp

Video 2 – clique aqui para visualizar. http://departamentos.cardiol.br/dic/publicacoes/revistadic/2016/v29_4/video_v29_4_166_portugues.asp

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

Referências

1. Breithardt OA, Ropers D, Seeliger T, Schmid A, von Erffa J, Garlachs T, et al. 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 PC, 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.