

Número: 015
GT: Imagen Cardíaca
Tipo: Caso Clínico
País: Uruguay
Idioma: es

Divertículo apical

Leonardo Curbelo¹; Victoria Briano¹; Gimena Loza¹; Arturo Pazos¹

1 - Cátedra de Cardiología, Hospital de Clínicas.

Introducción

El divertículo ventricular (DV) es una malformación congénita infrecuente. La mayoría de los casos son asintomáticos en sujetos sanos y configuran un hallazgo. Presentamos el caso de una paciente joven que se presenta con palpitaciones y se encuentra en los estudios de imagen un divertículo apical (DA). Se trata de una anomalía cuyo diagnóstico y evaluación de riesgo no se encuentran bien definidos.

Caso Clínico

Sexo femenino, 38 años, deportista. Consulta por episodios de palpitaciones rápidas que aparecen en reposo, de dos meses de evolución, regulares, de inicio y finalización gradual, 10 minutos de duración, acompañadas de dolor precordial tipo puntada. Al examen físico no se destacan elementos patológicos. Se realiza ECG (figura 1 A) y ETT (figura 2) en la que se evidencia un DA. Se estratifica riesgo, realizando PEG (figura 1B y C) que resulta positiva por lo que se realiza CACG sin estenosis angiográficamente significativas. Holter sin evidencia de arritmias, por lo que para finalizar la evaluación de riesgo arritmico se realiza EEF que no induce arritmias. Dada la ausencia de elementos de riesgo en las pruebas invasivas y no invasivas se plantea control clínico-evolutivo. Buena evolución posterior, se mantiene asintomática.

Pruebas complementarias

PEG (figura 1B y C): positiva para isquemia, por presentar infradesnivel del segmento ST de 1,5 mV de V3 a V6 que reniela en el postesfuerzo. CACG: sin estenosis angiográficamente significativas. Holter de 24 horas registra dos extrasístoles supraventriculares aisladas, sin episodios arrítmicos. ETT (figura 2): FEVI levemente disminuida estimada en 50%, sin trastornos sectoriales, aneurisma apical del VI. RNM cardíaca (figura 3): confirma diagnóstico de DA.

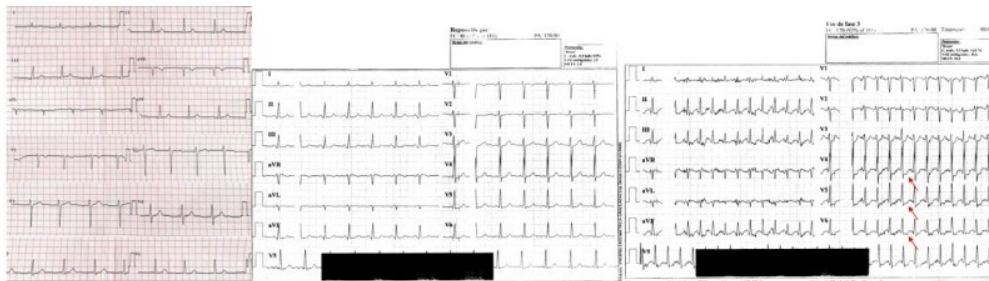


Figura 1. A: ECG evidencia ritmo sinusal de 66 cpm, onda P y PR normales, eje eléctrico medio +60°, QRS 100 ms, fraccionamiento del QRS a nivel de DIII y aVF, rsS' en aVL. QTc 392 ms. **B y C:** Registros de la PEG. En B se observa ECG en reposo. En C se observa ECG al máximo esfuerzo, donde se evidencia infradesnivel del ST horizontal de 1,5 mV de V3-V6 (flechas rojas), que reniela rápidamente en el postesfuerzo, sin arritmias.

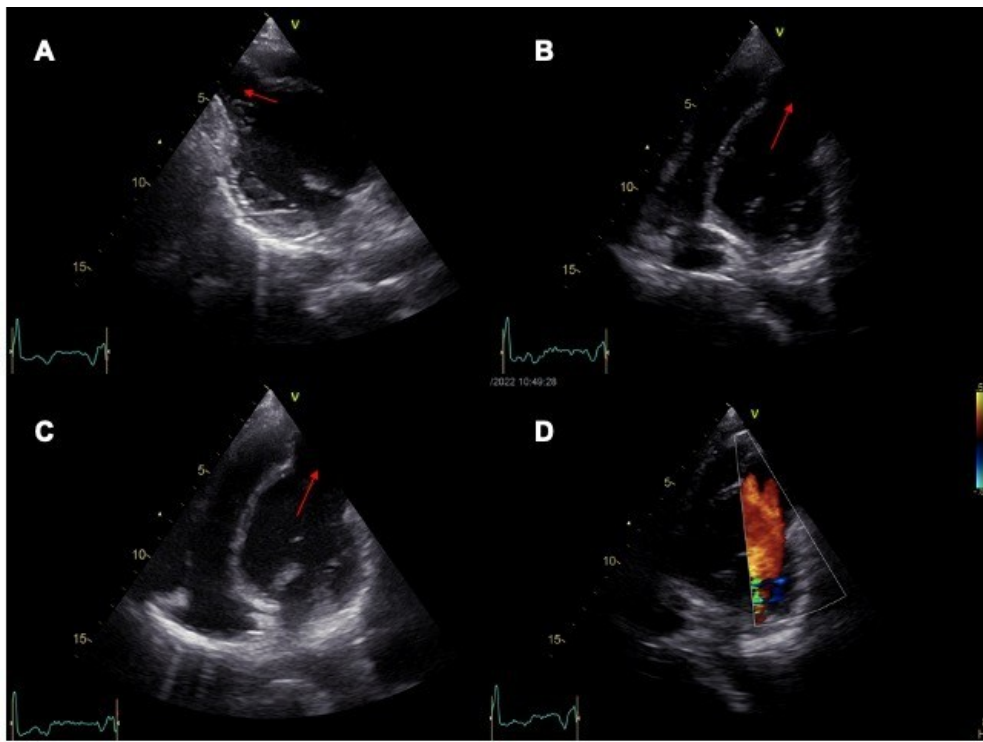


Figura 2. Imágenes de ecocardiograma transtorácico que evidencian aneurisma apical de 35 x 30 mm (flechas rojas) sin trombos en su interior. **A.** Eje paraesternal largo. **B y C.** Imágenes en eje apical. **D.** Eje apical con Doppler color que muestra flujo en su interior

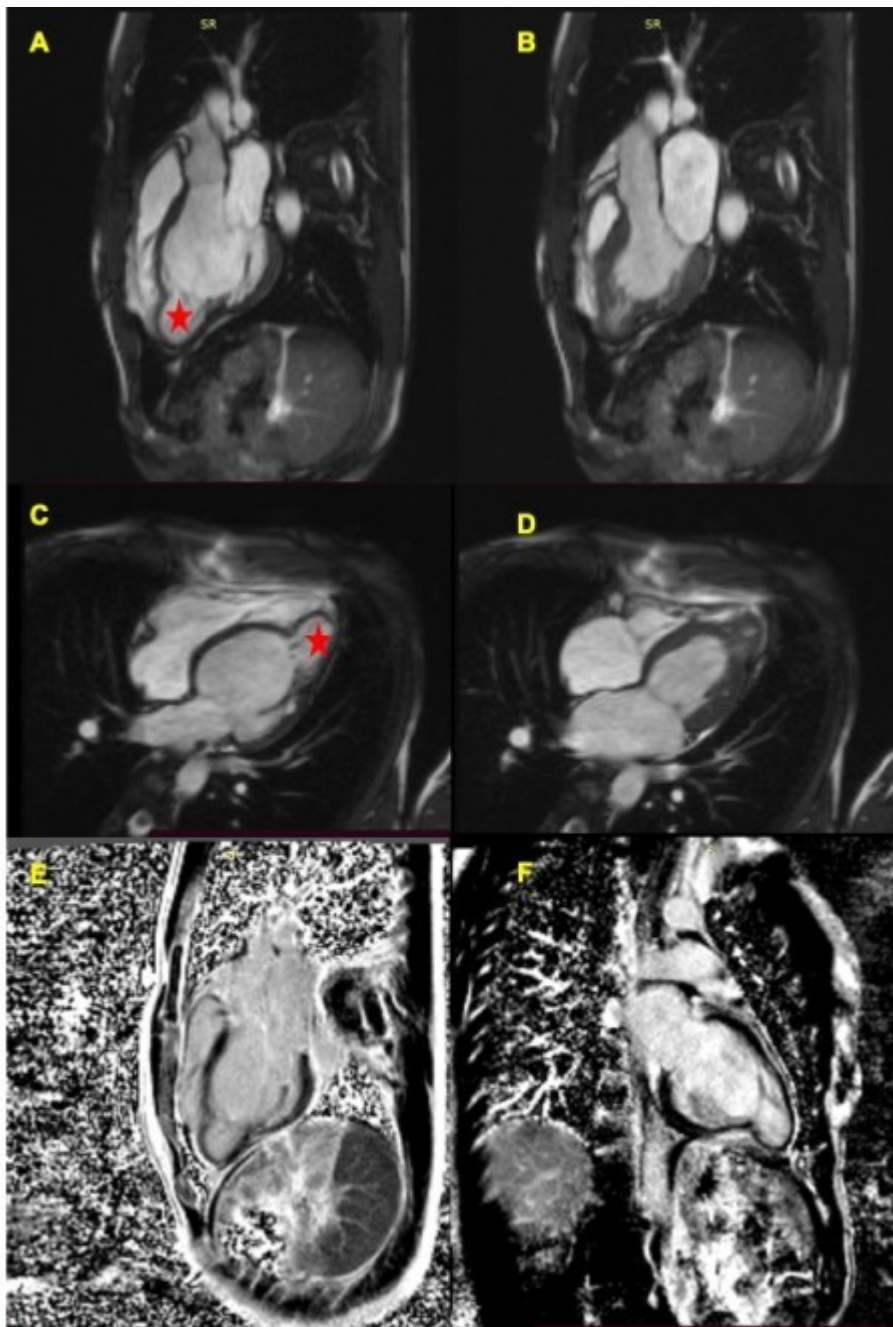


Figura 3. Imágenes de resonancia magnética cardíaca. **A y B:** imágenes de 3 cámaras en diástole (A) y sístole (B). **C y D:** Imágenes de 2 cámaras en diástole (C) y sístole (D). Se evidencia VI de dimensiones normales con motilidad conservada y FEVI 63%, deformación apical que expande en diástole (estrella roja) y se contrae en sístole, de 29 x 26 mm, que se interpreta como un divertículo apical. **E y F:** imágenes de realce tardío con gadolinio, 3 cámaras (E) y 2 cámaras (F). En ellas se evidencia el divertículo apical, sin áreas de realce.

Diagnóstico

Divertículo apical

Discusión

La gran mayoría de los DV suelen ser de carácter asintomático y configuran un hallazgo incidental durante procedimientos diagnósticos por otras causas; sin embargo, un número menor pueden ser sintomáticos y la forma de presentación en estos casos es variable. Se han descrito arritmias ventriculares, eventos cardioembólicos secundarios a trombos intracavitarios, angina por compresión directa de arterias epicárdicas, IC congestiva secundaria a sobrecarga de volumen, y casos muy excepcionales de rotura de la pared ventricular. Su presentación puede ser aislada o asociarse a otras anomalías cardíacas como CIV, CIA, anomalías coronarias o vasculares, e incluso a defectos extra-cardíacos. Es fundamental reconocer la diferencia de esta entidad con el aneurisma apical; este último presenta una pared fibrosa fina y un movimiento paradójico, mientras que en el caso del DV la pared muscular se encuentra constituida por las tres capas musculares (endocardio, miocardio y epicardio) formando una cavidad real con función contráctil conservada. Realizar un diagnóstico preciso es fundamental para decidir el manejo terapéutico. El ecocardiograma es una herramienta sensible para su

identificación y la RNM cardíaca nos permite la evaluación detallada de la localización, tamaño y la existencia de otras cardiopatías. El tratamiento se debe adaptar a cada paciente, requiriendo antiarrítmicos, anticoagulantes o diuréticos, según la clínica. La cirugía se reserva para pacientes que persisten sintomáticos pese a tratamiento médico, tienen mayor riesgo de rotura y una anatomía favorable para su resección.
