

Onda presistólica bimodal por Doppler en el tracto de salida del ventrículo izquierdo en miocardiopatía hipertrófica

DANIEL PIÑEIRO, RICARDO MIGLIORE

Caso 1

Mujer, 70 años, con diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica asimétrica (MHA) con obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) (gradiente máximo de 60 mm Hg, sin tratamiento farmacológico), medicada con atenolol, 50 mg/d, y amiodarona, 200 mg/d.

Caso 2

Varón, 66 años, con diagnóstico de MHA con obstrucción del TSVI medicado con verapamilo, 400 mg/d.

Ecocardiograma y Doppler

En ambos casos se registra hipertrofia del ventrículo izquierdo, con predominio del septum basal anterior, movimiento anterior sistólico de la valva anterior de la mitral, gradiente máximo en el TSVI de 23 mm Hg en el caso 1, de 31 mm Hg, en el caso 2 e insuficiencia mitral leve, en el caso 1.

En los registros del Doppler se observa una onda presistólica negativa bimodal en el TSVI (Figuras 1, 2 y 3). La primera deflexión (Figuras 1, 2 y 3, A) sería atribuible a la reflexión del llenado tardío del ventrículo izquierdo (AR) y la segunda deflexión (Figuras 1, 2 y 3, B) a flujo intraventricular durante el período de contracción isovolumétrica (PCIV). Cabe destacar que en el ECG no se registra en ambos casos bloqueo auriculoventricular de primer grado que, teóricamente, favorecería la separación entre AR y el flujo intraventricular durante el PCIV.

Además, en el caso 1, se detecta, mediante Doppler continuo, una onda positiva (Figura 2, C) correspondiente a flujo intraventricular durante el período de relajación isovolumétrica.

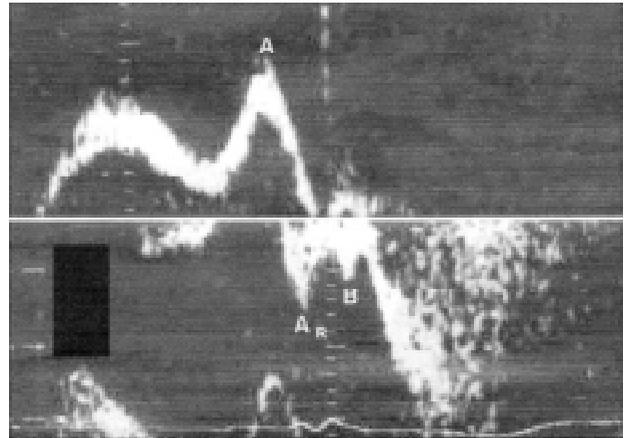


Fig. 1

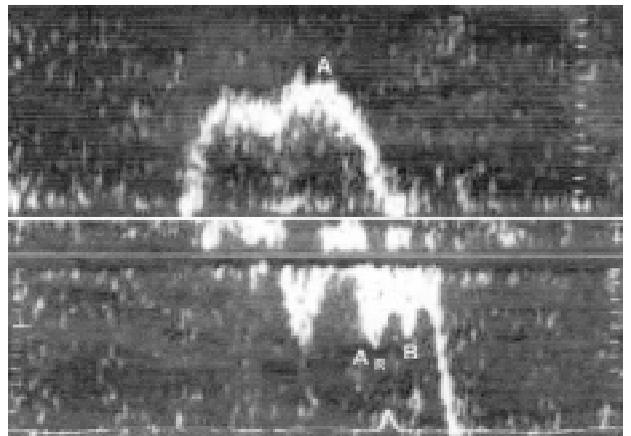


Fig. 2

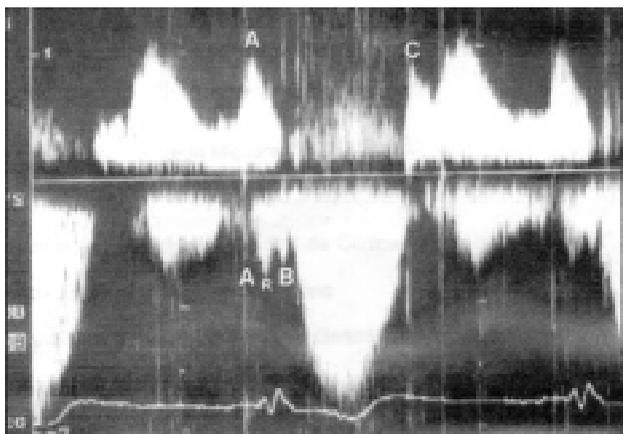


Fig. 3