

# Cartas al Editor

---

Me dirijo a ustedes con el fin de aclarar algunos conceptos que considero erróneos del trabajo presentado en el N° 6 del volumen 48, págs. 325-330, "Actualizaciones en Ecocardiografía", del Dr. Horacio A. Prezioso y colaboradores.

En el mismo, los autores muestran en la fig. 1 un trazado en Nivel 1, en el cual, según ellos, hay movimiento septal paradójal, definiendo a éste como movimiento anterior sistólico, con engrosamiento normal del septum interventricular.

En base a esta imagen y a la dilatación del ventrículo derecho, sugieren el diagnóstico de sobrecarga de volumen de dicho ventrículo. Pero si analizamos en dicho trazado el movimiento septal en relación con el electrocardiograma, se ve claramente que al finalizar el QRS, es decir, cuando comienza la sístole mecánica, el septum se dirige claramente hacia atrás, presentando una imagen casi idéntica a la que se ve en la figura 11-14, de la pág. 280 del libro "Echocardiography", del Dr. Feigenbaum (2ª edición).

Este tipo de movimiento septal según lo que plantea el Dr. Feigenbaum y mi experiencia personal, se ve en dos tipos de pacientes: a) pacientes con sobrecarga de presión del ventrículo derecho, y b) en el postoperatorio alejado de C.I.A., y de ninguna manera es manifestación de sobrecarga de volumen del ventrículo derecho.

De ahí, por lo que, al observar el ecocardiograma publicado por los autores, no cabe la menor duda que el primer diagnóstico que se debe plantear es el de sobrecarga de presión del ventrículo derecho, y dado que la válvula mitral es normal, las dos posibles causas podrían ser en este caso: a) estenosis de las venas pulmonares, b) hipertensión pulmonar primaria.

Sin otro particular, saluda a ustedes atentamente,

Edgardo Izcovich  
Bioimágenes  
Junín 45 - 4º piso  
Capital Federal

Nos dirigimos a ustedes para contestar la nota del Dr. E. D. Izcovich referida a nuestra publicación "Ejerci-

cios de diagnóstico ecocardiográfico" (Rev. Arg. Cardiol. 48: 325, 1980).

La crítica se centra en la fig. 1, comparando su movimiento septal con el de la figura 11-14 del libro "Echocardiography", del Dr. Feigenbaum, 2ª edición. Transcribimos el párrafo que explica esa figura en el libro del Dr. Feigenbaum: "El movimiento septal puede ser normal en pacientes con sobrecarga de presión del ventrículo derecho (V.D.), aunque el ecocardiograma de la figura 11-14 podría sembrar confusión. Durante la mayor parte de la sístole ventricular, el movimiento septal es descendente y parece normal, pero cuando se inicia la despolarización eléctrica surge un breve movimiento anterior de los ecos septales. En contraste con las figuras 11-10 y 11-12, el septum interventricular (SIV) empieza a retroceder antes del comienzo de la eyección ventricular, algo atrasada en este enfermo. Si bien el V.D. está dilatado y se sospecha sobrecarga de volumen de V.D., el movimiento septal no sería del todo característico de esta anomalía. Este paciente resultó con hipertensión pulmonar primaria y un pequeño cortocircuito de derecha a izquierda en un agujero oval permeable a la sonda".

Feigenbaum dice, entonces, que estos movimientos se prestan a confusión y nosotros interpretamos que él no define —como se sugiere en la carta del Dr. Izcovich— a este tipo de anomalía como característica privativa de una o dos situaciones; dice que es un hallazgo solamente, que aún el problema no está claro. Tanto es así, que aunque la nota enviada se refiere a la 2ª edición del libro del Dr. Feigenbaum (de 1976), en la 3ª edición del mismo libro (de 1981), a pesar de permanecer la figura 11-10 (ahora es 3-64) y la 11-12 (es la 3-66) desaparece la 11-14 y no hay en el texto la mínima referencia al movimiento septal comentado, rectificando o anulando esa opinión.

En la sobrecarga de presión del V.D. lo más frecuente es encontrar el septum hipertrofiado y con movimiento normal. Si se encuentra un SIV como el de la figura 1 comentada, es muy arriesgado concluir por ese solo hallazgo que se debe a sobrecarga de presión del V.D., y deben analizarse los otros niveles (V.D., ventrículo iz-

quierdo, válvula mitral, válvula pulmonar).

En nuestra experiencia personal no es frecuente ese movimiento. Si existiera, no está demostrado que el movimiento septal anormal con hipertensión pulmonar severa no se deba a una sobrecarga de volumen asociada por insuficiencia pulmonar o tricuspídea secundarias. Esto ya fue citado en la primera publicación sobre el tema (Goodman DJ, Harrison DC, Popp RL: Echocardiographic features of primary pulmonary hypertension; *Am J Cardiol* 33: 438, 1974), en los cuales, de 9 pacientes con hipertensión pulmonar primaria, 4 tenían movimiento septal anormal (paradojal) y en los 4 se encontró insuficiencia pulmonar o tricuspídea; en los 5 restantes el

movimiento era normal y no había insuficiencia pulmonar o tricuspídea. La conclusión sería que las causas del movimiento septal anormal en la hipertensión pulmonar primaria sería precisamente una sobrecarga volumétrica asociada.

En última instancia, estamos convencidos que ante pacientes con un ecocardiograma con estas características, para hacer la diferenciación definitiva entre hipertensión pulmonar primaria y sobrecarga de volumen con hipertensión pulmonar severa, se requiere la cateterización cardíaca.

**Horacio Prezioso, Inés Rodríguez y Carlos Killinger**