

# DEXTROCARDIA CONGENITA AISLADA, SIN SITUS INVERSUS NI TRANSPOSICION DE CAVIDADES CARDIACAS \*

por los doctores

E. ETCHEGARAY y LUIS E. DEL ZAR

La dextrocardia es una anomalía cardíaca de situación, en virtud de la cual el corazón se encuentra en su mayor parte dentro del hemitórax derecho. Con la mayoría de los autores que se han ocupado del tema, distinguimos tres clases de dextrocardia congénita:

1º — No aislada (inversión total de las vísceras): tipo I.

2º — Aislada:

a) Con inversión de las cavidades cardíacas: tipo II.

b) Con disposición normal de las cavidades (dextroversión): tipo III.

El caso que motiva la presente comunicación pertenece al grupo III.

*Historia clínica N° 11.983.* — Un hombre de 23 años de edad, concurre a nuestro servicio para consultarnos acerca de una radiografía obtenida en un examen médico de rutina.

El examen sistemático de su aparato cardiovascular permitió recoger los datos siguientes: la inspección y palpación eran normales. El latido apexiano no se veía ni palpaba. La frecuencia cardíaca era de 72 pulsaciones por minuto y el ritmo era regular. El primer ruido era normal; el 2º ruido estaba acentuado en el foco aórtico. Se auscultaba un soplo sistólico (+ +) de tonalidad discretamente alta en la zona medioesternal a la altura del 4º espacio intercostal, con escasa propagación hacia arriba y a la derecha del esternón.

La presión arterial era de 140/80. Las arterias y venas periféricas, normales; las pruebas hemodinámicas (presión venosa y velocidad circulatoria) también normales.

El examen general de su organismo, no permitió registrar cambios de carácter patológico. Tampoco hay antecedentes personales patológicos y en los antecedentes familiares no hay nada digno de mención.

La radiografía (fig. 1) demuestra la existencia de una silueta cardíaca de forma muy atípica, con una procidencia que deforma aparentemente el borde izquierdo del corazón.

\* Pabellón de Cardiología I. H. Inchauspe. Hosp. Ramos Mejía. Bs. Aires.

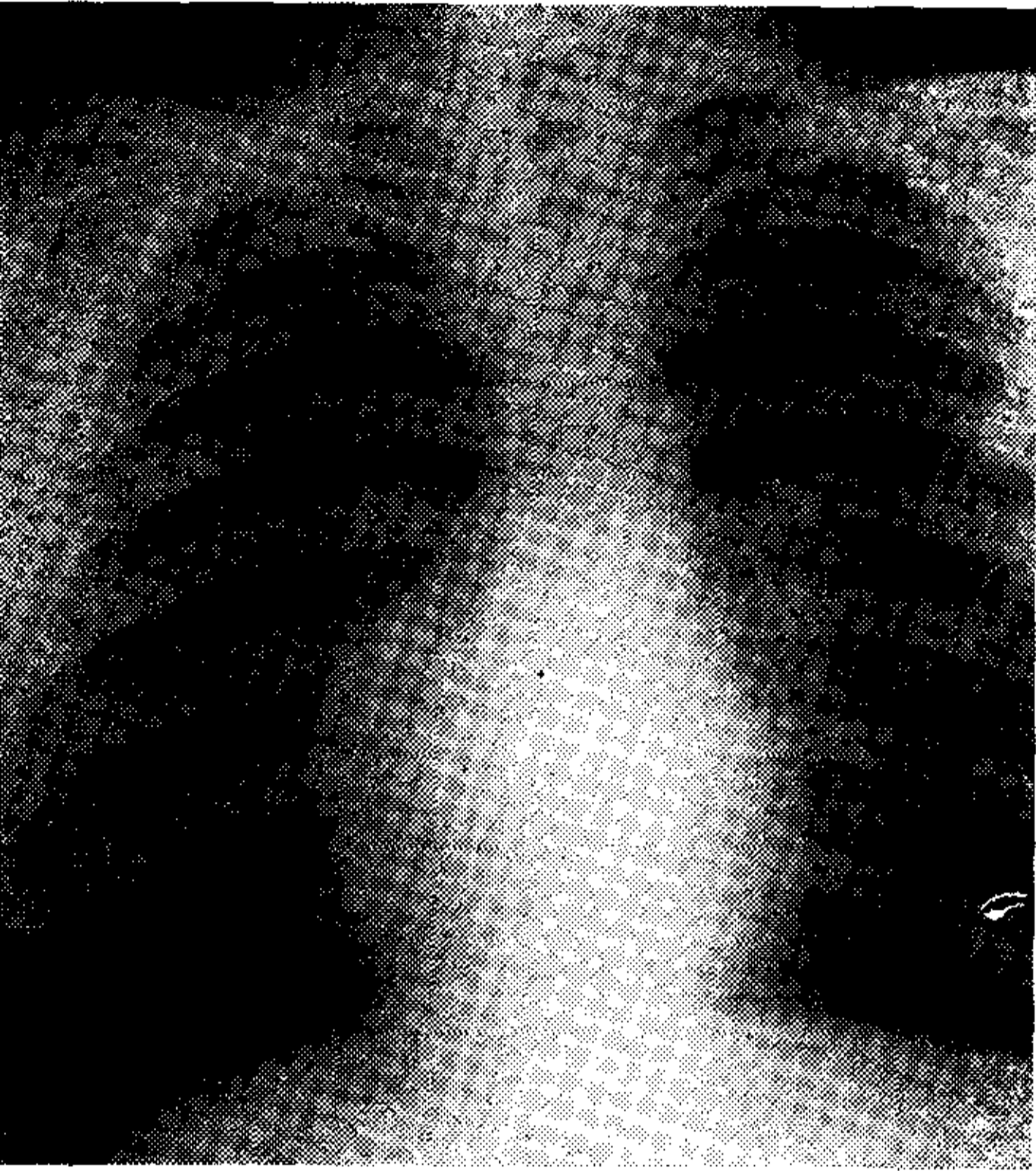


FIG. 1



FIG. 2



FIG. 3

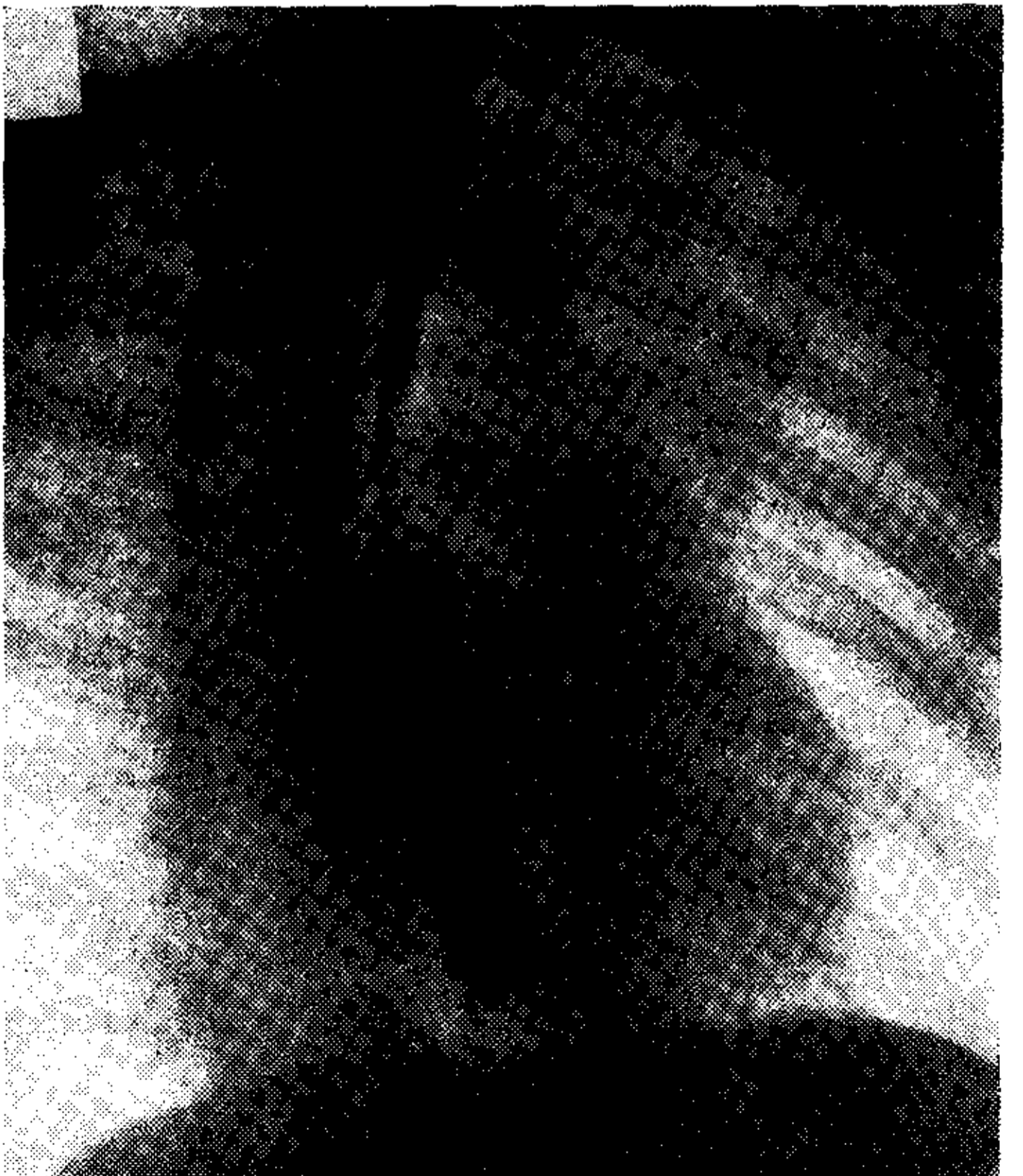


FIG. 4

## DEXTROCARDIA SIN SITUS INVERSUS

La radioscopía practicada de inmediato, nos permitió comprobar que el estómago se encontraba a la izquierda y que el borde del corazón, que en la radiografía parecía corresponder al lado izquierdo, correspondía en realidad al borde derecho del mismo.



FIG. 5

Ambos bordes cardíacos latían con caracteres ventriculares y la hoja derecha del diafragma se encontraba más descendida que la hoja izquierda. Con estos elementos de juicio, se pensó en la posibilidad de una dextrocardia sin situs inversus, dada la posición normal del estómago (fig. 2). Las radiografías en las posiciones oblicuas (figs. 3 y 4) no fueron ilustrativas.

La angiocardiógrafa (fig. 5), que debemos a la gentileza del Dr. Pennington, a quien agradecemos su colaboración, demuestra:

- 1º Que el borde derecho del corazón está constituido por el ventrículo derecho..

2º La porción del ventrículo derecho que forma dicho borde corresponde a la cámara de salida de dicho ventrículo.

En una incidencia pósterioanterior este resultado es ostensiblemente anormal. Efectivamente, la angiocardiógrafa normal en incidencia pósterioanterior<sup>1</sup> se caracteriza por una imagen que en conjunto reproduce la forma de la letra U.

La rama descendente izquierda de dicha U, con respecto al observador, está constituida por la vena cava superior y la aurícula derecha; la porción transversal de la U, por la cámara de entrada del ventrículo derecho y la rama ascendente derecha, con respecto al observador, está formada en sus dos tercios inferiores por la cámara de salida del ventrículo derecho y en su tercio superior por el tronco de la arteria pulmonar.

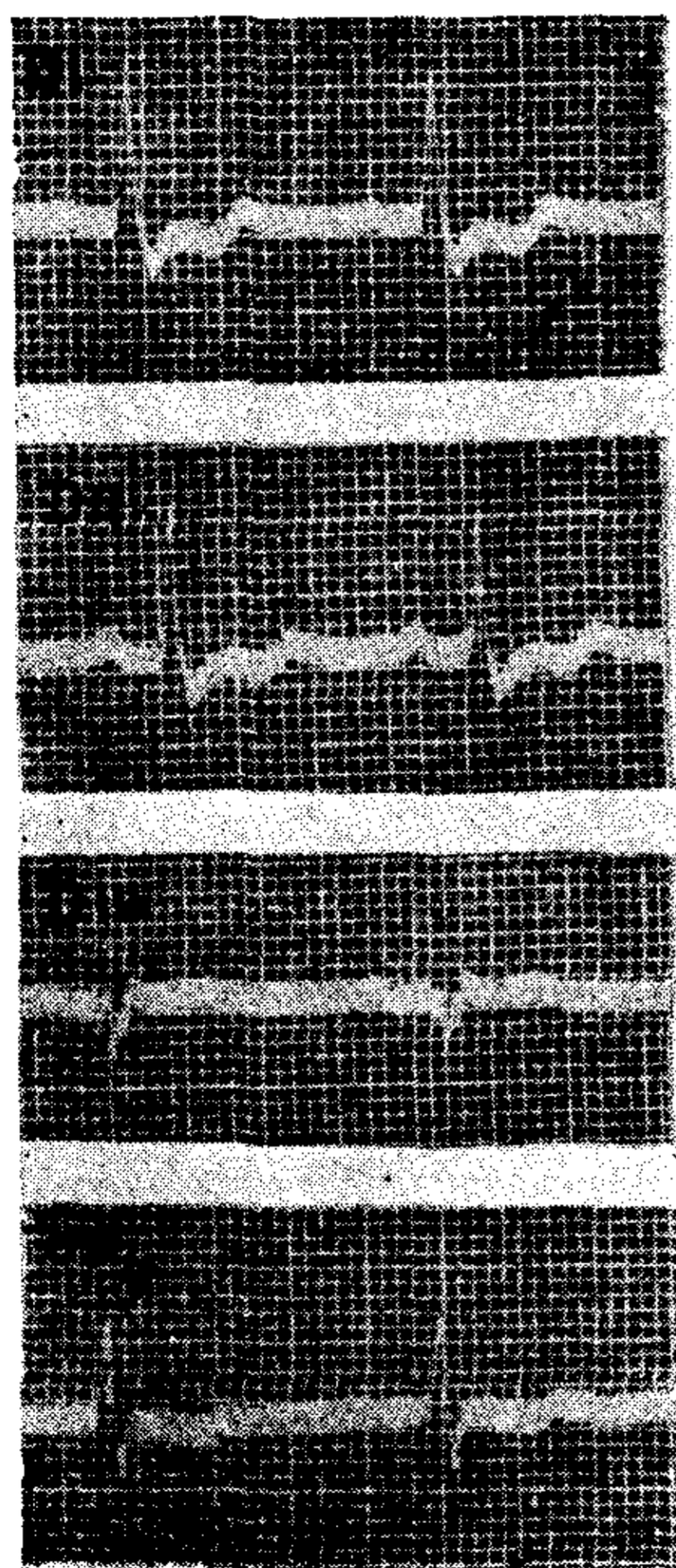


FIG. 6

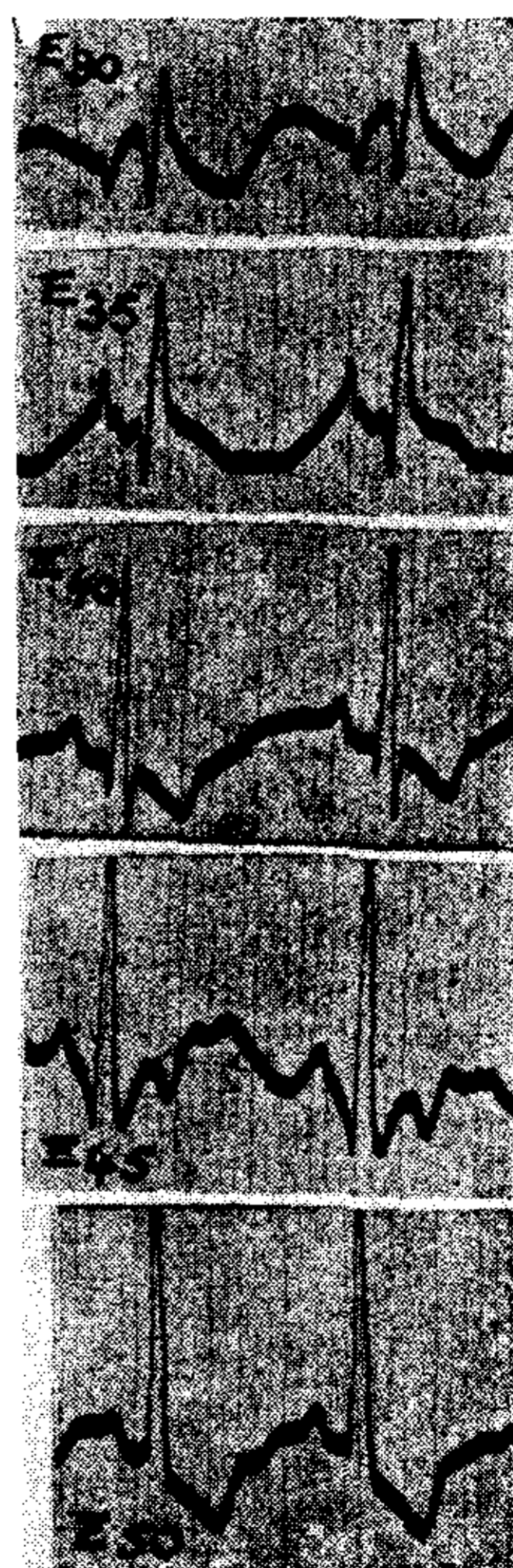


FIG. 7

El electrocardiograma de nuestro paciente (fig. 6) demuestra la existencia de un trastorno serio en la conducción intraventricular. El tiempo de conducción intraventricular es aproximadamente de 12 centésimos de segundo en derivación I, II y derivación IV.

La prolongación del tiempo de conducción intraventricular se hace sobre todo a expensas de la desviación final S del grupo QRS, semejando en conjunto el tipo de perturbación de la conducción conocida con el nombre de bloqueo tipo S.

Las derivaciones esofágicas (fig. 7) no demuestran otras anomalías que las registradas en las derivaciones standard de los miembros.

COMENTARIOS

La posición mediana, por su mayor parte dentro del hemitórax derecho, demuestra la presencia de una dextrocardia. Consideramos que la existencia de trastornos en la conducción intraventricular y la posición descendida del hemidiafragma derecho y la ausencia de factores etiológicos que pudieron determinar una dextroversión adquirida, son una prueba del carácter congénito de esta anomalía.

El E.C.G. sin imagen en espejo y la angiocardiografía, demuestran que no existe transposición de cavidades cardíacas. Por consiguiente, estamos en presencia de una dextrocardia perteneciente al grupo III.

La causa de la dextrocardia congénita es desconocida. A diferencia de los tipos I y II que se constituyen en las primeras semanas de la vida embrionaria, esta anomalía se produce, según los estudios de Nagel<sup>2</sup>, en la 6ª semana de la vida intrauterina aproximadamente, cuando el corazón está situado de una manera casi simétrica, en el sentido del eje longitudinal del cuerpo, aunque predominando un poco, la mitad derecha. Lo que sucede después, es que el corazón no gira hacia la izquierda, sino que permanece en esta posición y su punta se inclina cada vez más a la derecha.

La punta del corazón está formado por el ventrículo derecho que es el venoso y de él sale la arteria pulmonar; el ventrículo izquierdo se encuentra dirigido hacia adelante y en él tiene nacimiento la aorta.

Las aurículas no están invertidas sino solamente desviadas. Habitualmente aunque no siempre el arco aórtico se encuentra a la derecha.

En la mayoría de los casos, los grandes vasos sufren una transposición corregida, encontrándose la aorta en una posición izquierda y anterior con relación a la arteria pulmonar. En la terminología de Spitzer ha ocurrido una detorsión de 90°.

En contraposición a los tipos I y II, las dextrocardias del tipo III están frecuentemente asociadas a otras anomalías cardiovasculares. Liberman<sup>3</sup> relata sólo tres casos auténticos de dextrocardia aislada sin otras anomalías.

La presencia de un hemidiafragma derecho descendido en relación al izquierdo, favorece la teoría de que la altura del diafragma es influenciada más por la posición del corazón que por la situación del hígado.

Este caso presenta muchos puntos similares con dos de dextrocardia tipo III, relatados en la literatura médica.

El caso de Ruskin<sup>4</sup> presentaba una deformación del borde derecho que la angiocardiógrafa demostró estar determinada por la cámara de salida del ventrículo derecho.

Más recientemente Per Aren<sup>5</sup> publica un caso en el que la autopsia demostró que el borde lateral derecho del corazón estaba constituido por el ventrículo derecho, encontrándose la aurícula derecha en una situación posterior.

Si bien esta anomalía es rara, los casos de dextrocardia aislada no sobrepasan posiblemente los 200, el motivo de su presentación no es el de agregar un caso más a la literatura médica, sino más bien la intención de llamar la atención sobre la imagen radiográfica atípica de este corazón, única en más de 10.000 radiografías realizadas en el Servicio, con el pensamiento de que el caso pueda servir para la orientación diagnóstica de otros casos, al mismo tiempo que ratificar las posibilidades diagnósticas de la angiocardiógrafa.

#### RESUMEN

Se presenta el caso de un hombre de 23 años de edad, con imagen cardíaca muy atípica, lateralizada a la derecha. La angiocardiógrafa demostró tratarse de una dextroversión sin inversión de cavidades cardíacas.

El electrocardiograma no mostró tampoco imagen en espejo, presentando, sin embargo, acentuado trastorno de la conducción intraventricular.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Chaves I, Dorbecke N. y Celis A. — "Am. Heart J.". 1947, 33, 557.
2. Klemperer J. y F. — "Tratado completo de clínica moderna", Peuser, Bs. Aires. 1938, 2, 216.
3. Libehman S. — "Arch. Intern. Med.", 1931, 48, 683.
4. Ruskin A., Tarnover H., Lattin B. y Robb G. P. — "Am. Heart J.". 1943, 25, 116.
5. Per Aren. — "Acta Med. Scand.", 1947, 128, 179.

## DEXTROCARDIA SIN SITUS INVERSUS

### RÉSUMÉ

On présente le cas d'un homme de 23 ans avec image cardiaque très atypique latéralisé vers la droite. L'angyocardiographie démontra qu'il s'agissait d'une dextrocardie sans inversion des cavités cardiaques. L'E.K.G. ne montra pas image en miroir, présentant cependant un trouble très accentué de la conduction intraventriculaire.

### SUMMARY

A case of a 23 years old man with an atypical cardiac silhouette lateralized to the right is reported. Angiocardiography showed that dextrocardia without inversion of the cardiac cavities was present. The electrocardiogram did not show a mirror image but revealed changes indicative of defective intraventricular conduction.

### ZUSAMMENFASSUNG

Der Fall eines 23 jährigen Mannes mit einem atypischen Herzschaten der nach rechts verlagert erscheint wird vorgestellt. Die Angiokardiographie bewies, dass es sich um eine Dextrokardie ohne Inversion der Herzkammern handelt. Auch das Ekg. zeigte kein Spiegelbild, hingegen eine deutliche Störung der Kammerleitung.