

Defectos del septum interventricular postinfarto

Relato de dos casos con larga sobrevida, uno con reparación quirúrgica

Por los Dres. ROBERT M. JERESATY, ARTHUR B. LANDRY
y HORACE C. STANSEL Jr.

American Heart Journal, 74, 543, 1967

Se estudiaron dos pacientes internados en el Saint Francis Hospital de Hartford, Conn.

El caso 1 fue un hipertenso de 63 años con infarto de cara diafragmática. Presenta T.A. 102/72 y soplo holosistólico grado V/VI a distancia media entre el borde izquierdo del esternón y el apex, con thrill, desarrollando al sexto día síntomas de insuficiencia cardíaca izquierda. Luego de un cateterismo derecho que mostró shunt de izquierda a derecha, fue operado a los tres meses desapareciendo el soplo. Este se vuelve a auscultar con intensidad III/VI pasados once días de la gastrectomía a que fue sometido por úlceras sangrantes duodenales al iniciarse tratamiento anticoagulante. No desarrolló insuficiencia cardíaca hasta su muerte dos años después por colangitis y diverticulitis colónica.

Caso 2: paciente de 47 años, no hipertenso, con infarto de cara diafragmática y anteroseptal; su T.A. al ingreso era de 210/130. A los cuatro días intensa precordialgia y aparición de un soplo holosistólico sin thrill entre el apex y el esternón y signos de insuficiencia cardíaca. Sometido a cateterismo derecho, curvas de hidrógeno y angiocardiógrafa se encuentra pequeño shunt de izquierda a derecha, escasa hipertensión pulmonar, manteniéndose aún asintomático 17 meses después con reducido agrandamiento cardíaco.

Con los dos descriptos se conocen 256 casos de ruptura del tabique interventricular, la que asienta en la parte inferior del septum en el 66% de los pacientes.

En los enfermos con larga sobrevida la lesión generalmente está ubicada en el centro de un aneurisma del septum interventricular y se produce entre el 3ro. y el 12mo. día (rupturas en el 1er. día como en el caso 2 se ven en el 21% de los pacientes).

La hipertensión es un factor importante en las rupturas, las que cursan con dolor, shock, insuficiencia cardíaca y soplo holosistólico de máxima intensidad entre el apex y el borde esternal izquierdo, con thrill en el 62% de los casos.

Se debe hacer diagnóstico diferencial con: defecto congénito, ruptura del músculo papilar, insuficiencia tricuspídea e insuficiencia mitral secundaria, dilatación ventricular izquierda.

El ECG muestra signos de infarto septal, bloqueo de rama derecha y bloqueo A-V y las radiografías cardiomegalia con aumento de la circulación pulmonar.

El diagnóstico se confirma por cateterismo derecho (se practicó en 19 pacientes); curvas de hidrógeno y angiocardiógrafa se usaron por primera vez en el caso 2.

La relación flujo pulmonar-flujo sistémico es de 1,5 a 5,5 con moderada hipertensión en aurícula derecha, ventrículo derecho y arteria pulmonar (en esta última 62 mm. de Hg. de presión sistólica de promedio) y poco aumento de la resistencia vascular pulmonar (2,2 unidades promedio).

El cateterismo izquierdo es peligroso por el desprendimiento de trombos murales por lo que se inyecta el medio de

contraste en la arteria pulmonar pudiéndose visualizar así las rupturas múltiples que ocurren en el 40% de los pacientes con larga sobrevida.

El pronóstico es ominoso: 46% mueren en la 1ra. semana, 89% a los dos meses y 93% el primer año (aún cuando un enfermo vivió 13 años).

En consecuencia se impone operar salvo pequeños shunts sin hipertensión pulmonar.

Se han reportado 19 actos quirúrgicos en 8 de los cuales se usó un parche; sólo hubo 4 sobrevidas superiores a los dos años.

Deben dejarse pasar de 3 a 6 meses luego del infarto para que el septum soporte las suturas. Hay dos casos reparados a las 12 horas y a los 24 días de la ruptura con sobrevida de 15 y 9 meses respectivamente.

Dr. Armando H. A. Anselmetti