

Infarto agudo de aurícula y ventrículo derechos

Jesús Vargas-Barrón, Ángel Romero-Cárdenas, Francisco J. Roldán y Clara A. Vázquez-Antona

Departamento de Ecocardiografía. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México.

Los síndromes coronarios agudos que involucran a la parte derecha del corazón se acompañan de una elevada mortalidad, una compleja evolución clínica y un prolongado tiempo de hospitalización, así como de complicaciones mecánicas y eléctricas frecuentes. Es importante reconocer los signos y los síntomas relacionados con la extensión del proceso isquémico a las cavidades derechas, lo cual permite aplicar un tratamiento adecuado que mejora el pronóstico a corto y largo plazo. En esta revisión pretendemos incluir los aspectos más relevantes relacionados con el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de esta enfermedad.

Palabras clave: Infarto de miocardio. Isquemia miocárdica. Aurícula derecha. Ventrículo derecho.

Acute Right Atrial and Ventricular Infarction

Acute coronary syndromes involving the right side of the heart are associated with increased mortality, a complex clinical course, and lengthy hospitalization, as well as with frequent mechanical and electrical complications. It is important that the signs and symptoms associated with the spread of ischemic disease to the right heart chambers are recognized so that the patient can be given appropriate treatment, which can improve short-term and long-term prognosis. The purpose of this review was to summarize key aspects of the diagnosis, prognosis and treatment of this condition.

Key words: Myocardial infarction. Myocardial ischemia. Right atrium. Right ventricle.

Full English text available from: www.revespcardiol.org

GENERALIDADES

Hace 75 años, Saunders describió la tríada clínica de hipotensión arterial, presión venosa yugular elevada y campos pulmonares «limpios» en un paciente con necrosis extensa del ventrículo derecho (VD) y que involucraba mínimamente al ventrículo izquierdo (VI)¹. En la actualidad, el diagnóstico de infarto agudo ventricular derecho (IAVD) se obtiene con el registro electrocardiográfico de las derivaciones unipolares torácicas derechas, su reconocimiento clínico es infravalorado y con frecuencia se subestima el requerimiento de un tratamiento específico, así como sus implicaciones pronósticas.

El IAVD no se consideraba una manifestación importante de los síndromes isquémicos coronarios agudos, debido en parte a que, en animales de experimentación, la isquemia aislada del VD no producía alteraciones significativas en la presión venosa sistémica ni en la presión arterial pulmonar².

En estudios experimentales en perros se identificó el mecanismo fisiopatológico del gasto cardiaco disminuido después de ocluir la arteria coronaria derecha; se encontró una desproporción de la elevación de las presiones de llenado en las cavidades derechas, comparada con las presiones en las cavidades izquierdas, con un incremento en el tamaño del VD y una disminución en los diámetros del VI^{3,4}.

La asociación del IAVD con el infarto de la pared inferior del VI se ha encontrado en el 10-50% de los pacientes, según los criterios de diagnóstico no invasivo, hemodinámico o post mórtem^{5,6}.

El VD es una cámara en forma de luna creciente; su masa miocárdica es aproximadamente un sexto del miocardio ventricular izquierdo; desarrolla un cuarto del trabajo por latido del VI, debido a que los valores de la resistencia vascular pulmonar corresponden a una décima de la resistencia vascular sistémica⁷. Además, hay interdependencia entre los ventrículos, debido a que comparten el tabique interventricular y el pericardio que los envuelve, el gasto cardiaco es similar en ambos^{5,7}.

La arteria coronaria derecha aporta predominantemente flujo sanguíneo al miocardio ventricular derecho; la arteria del cono irriga el tracto de salida; las ramas del margen agudo irrigan la pared posterior

Correspondencia: Dr. J. Vargas-Barrón.
Departamento de Ecocardiografía. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.
Juan Badiano, 1 Col. Sección XVI. 14080 Tlalpan. México DF. México.
Correo electrónico: eco_vargas@terra.com.mx

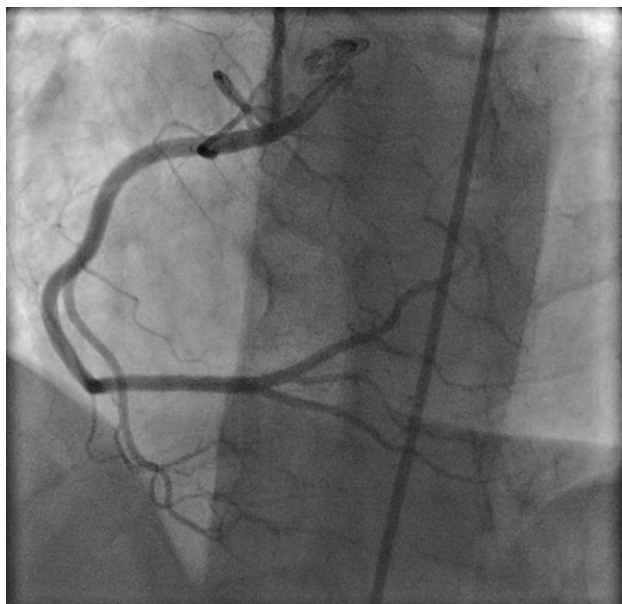


Fig. 1. Arteria coronaria derecha normal. Inicialmente da ramas a la aurícula derecha, la arteria del cono que irriga el tracto de salida del ventrículo derecho y la arteria del nodo sinusal. Las ramas ventriculares del margen agudo a la pared posterior. La arteria del nodo auriculoventricular. La descendente posterior da arterias perforantes septales que perfunden el segmento posterobasal del septo interventricular.

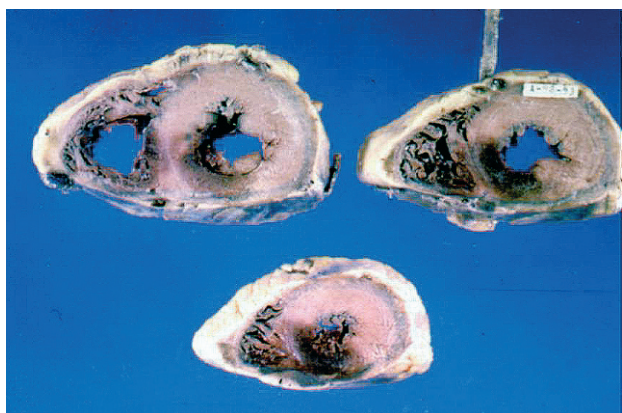


Fig. 2. Pieza anatomopatológica que muestra infarto en la pared posterior del ventrículo izquierdo (basal, media y apical), con extensión a segmentos posteriores del ventrículo derecho (medial y apical).

ventricular derecha. Según el patrón coronario dominante, la arteria descendente posterior puede irrigar en grado variable la pared posterior del VI. La arteria coronaria izquierda usualmente aporta poco flujo a la pared anterior del VD a través de pequeñas ramas de la arteria descendente anterior (fig. 1).

El flujo al miocardio auricular derecho procede de pequeñas ramas originadas en la porción proximal de la coronaria derecha; en ocasiones puede haber flujo suplementario procedente de ramas de la circunfleja izquierda.

INFARTO AURICULAR

El primer informe de infarto del miocardio de la aurícula derecha (AD) detectado en una autopsia fue efectuado por Clerc y Levy en 1925⁸. En 1939, Langendorf⁹ demostró en un estudio necroscópico un infarto de la AD y, de forma retrospectiva, encontró alteraciones electrocardiográficas compatibles con una isquemia auricular. En 1942, Cushing¹⁰ publicó los datos clínicos y los hallazgos anatomopatológicos de 182 sujetos que fallecieron por infarto del miocardio ventricular. En el 17% se demostró un infarto auricular, 27 de la aurícula derecha y 4 de la izquierda. La presencia de trombosis mural auricular se evidenció en 26 de los 31 casos con infarto auricular.

En 1948, Söderstrom¹¹ analizó 192 autopsias con trombosis auricular; en 47 casos (24%) encontró signos de infarto del miocardio auricular, que en casi la totalidad de la serie (46 casos) se localizó en la AD. Describió 2 tipos de infarto auricular, el tipo 1 o ventral, usualmente aislado y localizado en la orejuela o en sus porciones adyacentes, y el tipo 2 o dorsal, que habitualmente involucra una extensa zona auricular y se asocia con infartos biventriculares de localización posteroinferior.

Del 81 al 98% de los infartos auriculares se localizan en la AD, entre sus complicaciones están las arritmias y la tromboembolia pulmonar, también puede aparecer deterioro hemodinámico por la pérdida de la contribución auricular y en casos excepcionales puede producirse rotura parietal.

FISIOPATOLOGÍA

El infarto inferior del VD ocurre por la obstrucción de la arteria coronaria derecha, proximal a las ramas del margen agudo. En pacientes con patrón coronario izquierdo dominante, ocasionalmente la oclusión de la arteria circunfleja puede producir un infarto ventricular derecho. Otra posibilidad, muy poco frecuente, es la producción de un infarto de la pared anterior del VD con la obstrucción proximal de la arteria descendente anterior. Sobre la base de la extensión anatómica de la necrosis del miocardio ventricular derecho (fig. 2), Isner y Roberts¹² describieron una clasificación que incluye 4 grados: grado I cuando la necrosis abarca menos del 50% de la pared posterior del VD; grado II cuando el infarto afecta a más del 50% de la pared posterior del VD; grado III cuando la necrosis afecta a la pared posterior del VD y se extiende a menos del 50% del miocardio de la pared anterolateral, y grado IV cuando el infarto incluye la pared posterior y más del 50% de la pared anterolateral. En los 4 grupos de esta clasificación, el miocardio infartado incluye en mayor o menor grado la porción posterior del tabique interventricular.

De acuerdo con la clasificación descrita, en presencia de mayor masa ventricular derecha con necrosis, las

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3015425>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3015425>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)