

SECCIÓN: UNA IMAGEN VALE MÁS QUE MIL PALABRAS

Coordinador: Carlos Santos Molina Mazón. csmolinamazon@gmail.com

VENTRÍCULO DERECHO, EL GRAN OLVIDADO

RIGHT VENTRICLE, THE FORGOTTEN CHAMBER

Enferm Cardiol. 2017; 24 (70): 82-83.

Autores

Carlos Santos Molina Mazón¹, Xenia Martín Cerezo²,
Gerard Domene Nieves de la Vega², Ana Rojas García²

1 Supervisor de Enfermería. Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos y Unidad de Arritmias. Área de Enfermedades del Corazón. Hospital Universitario de Bellvitge. GRIN, IDIBELL. Sistema de Emergencias Médicas. Barcelona

2 Enfermero/a de la Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos. Área de Enfermedades del Corazón. Hospital Universitario de Bellvitge

Dirección para correspondencia

Carlos Santos Molina Mazón
Área de Enfermedades del Corazón
Hospital Universitario de Bellvitge
Feixa Llarga, s/n 08907
L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona
Correo electrónico: csantos@bellvitgehospital.cat

El ventrículo derecho (VD) es una estructura compleja con morfología en forma de U enrollada sobre el ventrículo izquierdo (VI). Está formado por una cámara de entrada y otra de salida, respectivamente, que forman aproximadamente un ángulo de 60° y que se hallan separadas una de otra por un arco muscular: la «*crista supraventricularis*». Dicha crista, forma un orificio casi completo: el «*ostium infundibuli*». La crista se compone de una banda septal (junto al tabique), gruesa trabécula muscular, y la banda parietal, que hace prominencia sobre el velo anterior tricuspídeo. De la porción distal de la banda septal se desprende una trabécula que llega hasta la base del músculo papilar anterior: «*banda moderadora*» (Figura 1).

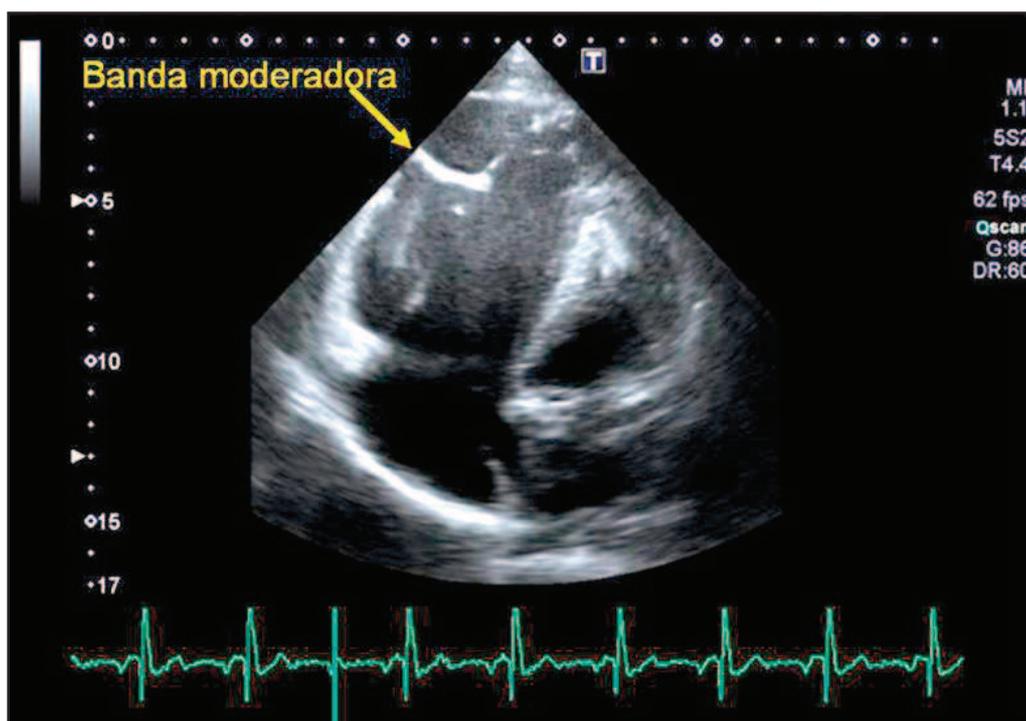


Figura 1. Imagen de ETT de VD dilatado e hipertrofia de la banda moderadora.

El VD ha sido relegado durante décadas, subestimándose la relevancia de su estructura y función. Se caracteriza por ser una estructura con un patrón geométrico y de contracción irregular funcionando como una bomba peristáltica que se ve influenciada por las condiciones de carga. En situaciones patológicas con elevada postcarga se produce una «izquierdización» del VD.

El conocimiento de su función parece trascendental en la Hipertensión Pulmonar especialmente en la idiopática, las cardiopatías congénitas con o sin Eisenmenger, la insuficiencia cardiaca izquierda, sobrecargas de volumen (CIA, insuficiencia tricúspide,...) o miocardiopatías con afectación derecha (Displasia arritmogénica de VD, etc.).

El ecocardiograma transtorácico (ETT) es el método diagnóstico de elección inicial para el estudio de las cardiopatías congénitas. La ETT tiene las ventajas de accesibilidad, inocuidad, coste-eficacia y versatilidad. Permite obtener imágenes de la forma, el tamaño y el grosor de la pared ventricular, permitiendo además, observar los desplazamientos del septo interventricular, la motilidad segmentaria, los diámetros ventriculares y el tamaño auricular derecho (Figura 2).

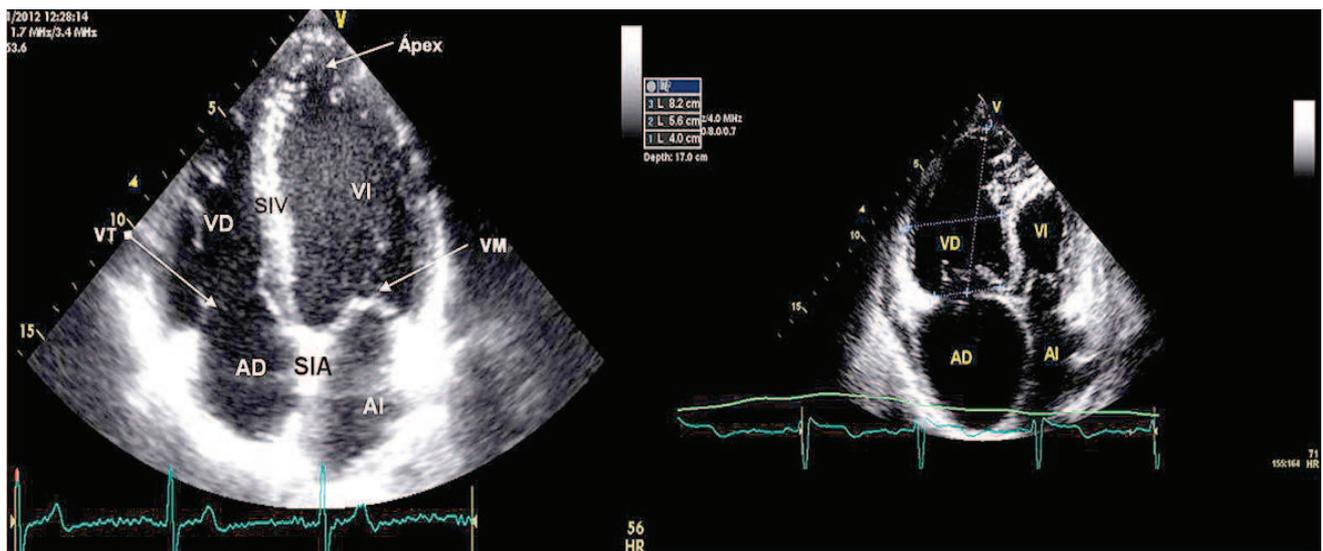


Figura 2. El panel de la izquierda corresponde a un ecocardiograma bidimensional en una proyección apical 4 cámaras donde se evidencia un corazón normal, siendo el tamaño del VD menor que el VI. A la derecha, se aprecia unas cavidades derechas severamente dilatadas con desplazamiento de los tabiques por la sobrecarga de presión. AD: aurícula derecha; SIA: septo interauricular; SIV: septo interventricular; AI: aurícula izquierda; VM: válvula mitral.

A través de la insuficiencia tricúspide (IT) es posible estimar el gradiente de presión sistólica entre el VD y la aurícula derecha (AD); si a éste se le suma la presión estimada de la AD se obtiene la presión sistólica de la arteria pulmonar (PAPs) (Figura 3).



Figura 3. El panel de la izquierda corresponde a un ecocardiograma bidimensional en la proyección apical 4 cámaras con zoom en cavidades derechas donde se evidencia con Doppler-color un importante chorro de regurgitación en AD correspondiente a una IT severa. A la derecha, se muestra el estudio Doppler de la IT para estimar la PAPs (HAP muy severa).