

Dextrocardia

Luis Serrano Mallagray*, Javier Gancedo Martínez*, José Ignacio Ceña García** y Santiago Corredor Barranco***

*Centro de Salud Soria Norte. Soria. **Área Básica de Salud número 10. Barcelona. ***Centro de Salud Berlanga de Duero. Soria.

INTRODUCCIÓN

La existencia de cuadros difusos, de escasa duración y mal definidos, es una de las características de la atención primaria. La accesibilidad hace que en muchas ocasiones los pacientes acudan a consulta por problemas banales. Es posible objetivar afecciones poco frecuentes en la evaluación de estos pacientes, lo que obliga a estar siempre alerta. A continuación se expone un caso de dextrocardia que fue diagnosticado en el estudio de un cuadro de mareo.

CASO CLÍNICO

Paciente de 18 años que acudió a consulta por presentar un cuadro de mareos de corta duración desde hacía 2 días. No notaba sensación de giro de objetos, hipoacusia ni acúfenos. No existía clínica de ortostatismo y los mareos no tenían relación con la movilización. Le habían ocurrido en otras ocasiones y los relacionaba con episodios de estrés emocional y cedían espontáneamente sin acudir a consulta médica. No presentaba otra sintomatología.

Carecía de antecedentes familiares y personales de interés, y no tenía hábitos tóxicos.

La exploración neurológica fue normal, presentaba normotensión y se objetivaban únicamente tonos cardíacos apagados.

Se le realizó un ECG (fig. 1) en el que se objetivó la existencia de un ritmo sinusal con una frecuencia de 65 lat/min, desviación del eje hacia la derecha (+180), estaba invertido P, QRS y T en DI y aVL, era positivo en aVR y la onda R iba decreciendo desde V1 hasta V6. Existían alteraciones difusas en la repolarización. Al objetivar las anomalías en las derivaciones unipolares habría que pensar en una equivocación al poner los electrodos, pero la existencia de las alteraciones en las precordiales confirmó la existencia de una dextrocardia. El diagnóstico se confirmó con la realización de una radiografía de tórax en la que se objetivó la presencia del ápex cardíaco al lado derecho.

La paciente fue remitida al hospital de referencia por vía normal para completar el estudio y fue diagnosticada de *situs inversus*. No se encontró enfermedad cardíaca. Se descartó su asociación con síndrome de Kartagener. Actualmente se encuentra asintomática y realiza una vida completamente normal.

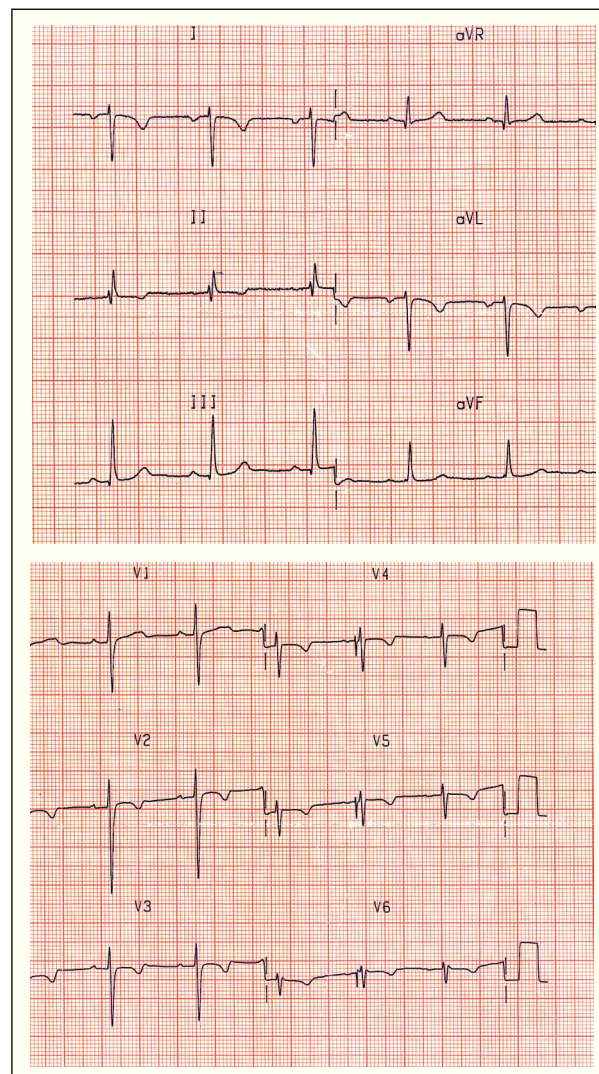


Figura 1. Electrocardiograma de 12 derivaciones del paciente.

Correspondencia: Dr. L. Serrano Mallagray.
San Francisco Javier, 21. 31511 Cabanillas. Navarra.

SEMERGEN 2000; 26: 90-91.

DISCUSIÓN

La dextrocardia ocurre en el 0,01% de la población y tiene un 3-5% de incidencia asociada a enfermedades congénitas del corazón. Está presente desde el nacimiento. Afecta por igual a varones y a mujeres. Es transmitida de forma autosómica recesiva, por lo que es necesario realizar consejo genético. Recientemente se ha descubierto el especial protagonismo que desempeña el gen *Pitx2* en la asimetría de las vísceras durante el desarrollo embrionario, tanto en lo que se refiere a su posición en el organismo (izquierda o derecha) como a su formación interna (que un lado sea distinto al otro)¹.

Se distinguen tres tipos de malposiciones cardíacas, fácilmente identificables en la radiografía simple: la dextrocardia, en la que el corazón está situado a la derecha del tórax (ápex a la derecha); la mesocardia, cuando está en la línea media, y la levocardia, cuando ocupa su posición normal². Su significación clínica depende del *situs* visceral asociado, que puede ser *situs solitus*, con el hígado situado a la derecha y la cámara gástrica a la izquierda; *situs inversus*, si están al revés, o *situs ambiguus*, si el hígado es simé-

trico y central, en cuyo caso cabe la posibilidad de que exista una simetría bilateral con dos lados derechos o con dos lados izquierdos. En presencia de malposiciones y alteraciones de la configuración cardíaca, el diagnóstico de la cardiopatía subyacente puede ser complejo y requiere un análisis sistemático y detallado de: *a*) la posición de las aurículas, a juzgar por el eje de la onda P, la situación del hígado o el ecocardiograma bidimensional; *b*) la situación anatómica de los ventrículos derecho e izquierdo, y *c*) la posición de los grandes vasos (transpuestos o en posición normal)³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Friedman WF. Congenital heart disease in infancy and children. En: Braunwald E, editor. Heart disease. Filadelfia: WB Saunders, 1992; 887-965.
2. Perloff J. The clinical recognition of congenital heart disease. Filadelfia: WB Saunders, 1991.
3. Navarro-López F. Cardiopatías congénitas. En: Farreras Rozman, editores. Medicina interna (13.ª ed.). Edición en CD Rom 1996; 196-235.