

HOSPITAL GINECOOBSTÉTRICO UNIVERSITARIO
"MARIANA GRAJALES"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

CARDIOPATÍA CONGÉNITA COMPLEJA. PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE

Por:

Dra. Maribel Navarro Ruiz¹, Dra. Ana Miriam Clemades Méndez² y Dr. Guillermo González Ojeda³

1. Especialista de II Grado en Neonatología. Hospital Ginecoobstétrico Universitario "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC. e-mail: lizijorge@capiro.vcl.sld.cu
2. Especialista de I Grado en Neonatología. Hospital Ginecoobstétrico Universitario "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC.
3. Especialista de II Grado en Pediatría y en Cardiología. Máster en Atención Integral al Niño. Hospital Pediátrico Universitario "José Luis Miranda". Santa Clara, Villa Clara. Instructor. ISCM-VC. e-mail: mariguiller@hped.vcl.sld.cu

Descriptor DeCS:

CARDIOPATIAS CONGENITAS

Subject headings:

HEART DEFECTS, CONGENITAL

Las cardiopatías congénitas son lesiones anatómicas de una o varias de las cuatro cámaras cardíacas, de los tabiques que las separan, o de las válvulas o tractos de salida. Aproximadamente, 8 de cada 1 000 recién nacidos la padecen. En la mayoría de los casos, no existe un motivo conocido para la malformación del corazón. Se considera que del 85-90 % puede producirse por una herencia multifactorial¹⁻³.

Presentación del paciente

Se presenta un recién nacido del sexo femenino, raza blanca, de cuatro horas de vida, con los siguientes antecedentes obstétricos: cuatro gestaciones, un parto y dos abortos. No refiere antecedentes patológicos familiares ni personales; serología no reactiva, grupo y factor materno: O+. Nace a las 39 semanas de edad gestacional, de un parto distócico por cesárea, a causa de sufrimiento fetal agudo; Apgar 8/9 peso 3 200 g. Es ingresado en el servicio de Neonatología por cianosis y soplo cardíaco.

Al realizar examen físico, se comprobó: cianosis importante palmo plantar y peribucal, polipnea ligera que tolera bien, vitalidad conservada que le permite succionar el pecho materno, la diuresis era adecuada, y se encontraba hidratado y afebril.

Aparato cardiovascular: Precordio ligeramente abombado, no frémito, latido epigástrico palpable, ápex a la derecha, palpable en cuarto espacio intercostal, ruidos cardíacos rítmicos, primer ruido fuerte, soplo sistólico grado 2/6 en borde esternal izquierdo bajo, segundo ruido fuerte y constante, no se ausculta tercer ruido, no tiene retumbo; frecuencia cardíaca: 144/min, con pulsos periféricos débiles.

Aparato respiratorio: Ligeramente tiraje bajo, murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no se auscultan estertores; frecuencia respiratoria: 68/min.

Abdomen: suave depresible; hígado palpable 2 cm por debajo del reborde costal izquierdo.

Sensorio presente, reflejos normales, tono muscular adecuado.

- ECO DOPPLER (Fig 3):

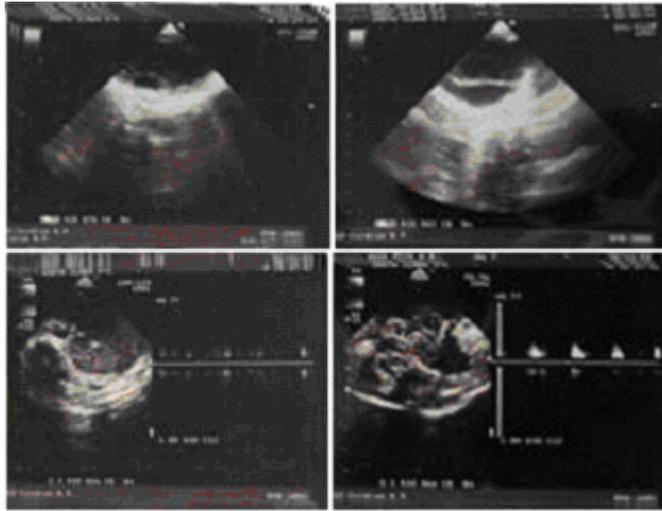


Fig.3 Ecocardiograma Doppler donde se observa predominio de cavidades derechas.

- Aorta abdominal anterior y derecha
- Vena cava inferior posterior e izquierda
- Conexión venoatrial y atrioventricular concordante
- Conexión ventrículo arterial discordante de tipo doble emergencia
- Predominio de cavidades derechas
- Comunicación Interventricular de entrada de 13 mm con cortocircuito izquierdo-derecho
- Comunicación Interauricular de 12 mm con cortocircuito izquierdo-derecho
- Aparato valvular auriculoventricular único, con un solo anillo y un solo orificio valvular
- Insuficiencia valvular auriculoventricular ligera-moderada
- Aorta que emerge del ventrículo derecho, marcadamente dilatada, que mide 12 mm y con insuficiencia ligera.
- Válvula pulmonar muy pequeña y el anillo valvular con turbulencia sistólica; con tronco de la arteria pulmonar (TAP) de 124 mmHg (que emerge también del ventrículo derecho).
- TAP hipoplásico de 3 mm, así como ambas venas pulmonares que miden 2 mm, y arco aórtico izquierdo libre.
- Vena cava superior izquierda persistente que drena en senos coronarios, los cuales están dilatados.
- Corazón situado en hemitórax derecho con dextroapex.

Estos resultados permitieron realizar los siguientes diagnósticos:

- Situs inversus con dextrocardia
- Doble emergencia ventricular derecha
- Estenosis pulmonar con hipoplasia del TAP y de ambas ramas
- Defecto de septación auriculoventricular completo tipo C
- Persistencia del conducto arterioso grande
- Vena cava superior persistente que drena en seno coronario

Conducta:

Se administró Prostin en infusión continua, con el objetivo de mantener el conducto arterioso permeable durante su traslado para el Cardiocentro Pediátrico "William Soler" de Ciudad de La Habana, donde se le realizó tratamiento quirúrgico paliativo, hasta que sea posible practicar el tratamiento definitivo.

Comentario

Hay que tener en cuenta que la cardiopatía congénita puede ser única o múltiple, y por ello el diagnóstico implica la descripción anatómica y funcional de la misma; además, el 25 % de los niños con cardiopatía congénita tienen otras anomalías extracardíacas, y de ellos, una tercera parte presenta un síndrome establecido. En un recién nacido, la sospecha de cardiopatía congénita puede ser difícil, ya que los síntomas de una enfermedad cardíaca pueden simular alteraciones en otros órganos, en especial, la afección pulmonar; por otro lado, un recién nacido sin cardiopatía congénita puede mostrar signos sugestivos de esta enfermedad. Esto se debe a diversos factores, como: características fisiopatológicas del miocardio neonatal (menor número y disposición no paralela de las miofibrillas, menor inervación simpática, menor número de unidades contráctiles por unidad de masa, con una mayor concentración de elementos no contráctiles, como agua o mitocondrias, entre otros); la función respiratoria del recién nacido con la posible presencia de enfermedad pulmonar primaria o consecutiva a insuficiencia cardíaca izquierda; la presencia de cortocircuitos fetales (derecho-izquierdo o izquierdo-derecho), con las consecuencias sobre la hemodinamia y el intercambio gaseoso) y la alteración de uno o varios de los indicadores del transporte de oxígeno⁴⁻⁶.

Referencias bibliográficas

1. Sistema cardiovascular. En: Sadler TW. Lagman. Embriología médica. 8^{va} ed. Colombia: Médica Panamericana; 2001. p. 217-20.
2. Moore KL, Persaud TUH. Embriología clínica. 6^{ta} ed. México: Guanabara Kougan; 2000.
3. Enfermedades cromosómicas. Diplomado virtual nacional de genética médica. Curso 2000-2001. La Habana: Ciencias Médicas; 2001.
4. Yates R. The influence of prenatal diagnosis on postnatal outcome in patients with structural congenital heart disease. *Pren Diagn.* 2004;24:1143-9.
5. Verheijen P, Lisowski L, Stoutenbeek P, Hitchcock J, Bennink G, Meijboom E. Lactacidosis in the neonate is minimized by prenatal detection of congenital heart disease. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2002;19:552-5.
6. Franklin O, Burch M, Manning N, Sleeman K, Gould S, Archer N. Prenatal diagnosis of coarctation of the aorta improves survival and reduces morbidity. *Heart.* 2002;87:67-9.

Recibido: 20 de noviembre de 2007

Aprobado: 12 de diciembre de 2007