

Caso Clínico

Atresia tricúspide. Diagnóstico diferencial

C. AMO, A. BERCEDO, P. VALLÉS

Unidad de Cardiología Infantil. Hospital Universitario «Marques de Valdecilla». Santander.

RESUMEN

Se presenta un caso de atresia tricúspide (AT) diagnosticada prenatalmente por ecocardiografía. Se expone la clasificación de los diversos tipos de AT y las diferentes manifestaciones clínicas en el periodo neonatal, así como los aspectos quirúrgicos y sus limitaciones.

Palabras Clave: Atresia. Tricúspide.

INTRODUCCIÓN

La atresia tricúspide (AT) es una cardiopatía congénita relativamente poco frecuente (representa el 1,7 % de las cardiopatías que concurren anualmente a un hospital pediátrico), pero que tiene una elevada mortalidad si no se realiza un tratamiento adecuado (dejados a su evolución espontánea el 38 % de los niños con AT fallecen durante el primer año de la vida). Se caracteriza⁽¹⁾ por la falta de continuidad entre la aurícula derecha y el ventrículo derecho. El retorno venoso sistémico llega al corazón izquierdo a través del foramen oval o

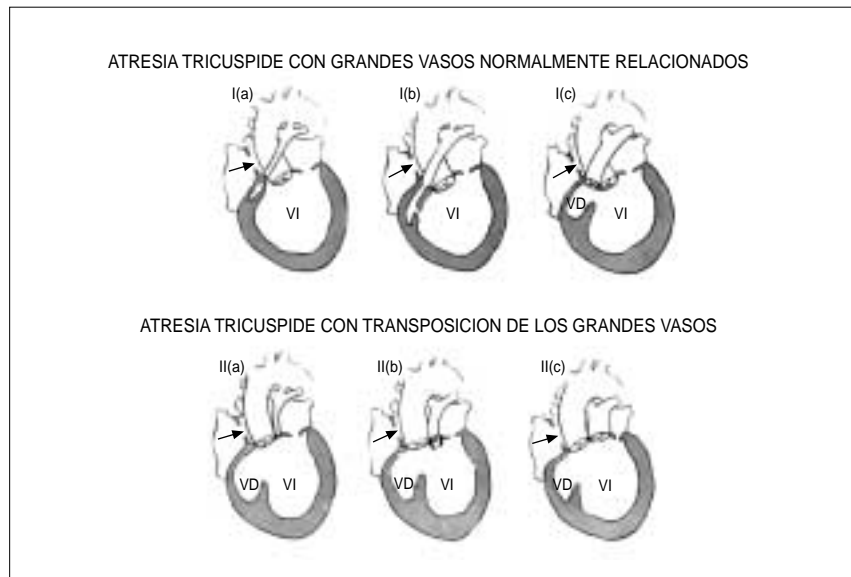


Figura 1. Clasificación anatómica de las malformaciones con atresia tricúspide (según Edwards y Burchel 1949 y Keith y cols. 1958).

de una comunicación interauricular originándose el flujo aórtico y pulmonar a partir del ventrículo izquierdo.

Las AT se clasifican (Fig. 1) según la posición espacial de las grandes arterias en dos grupos: Tipo I, con normoposición; Tipo II, con transposición y en varios subgrupos dependiendo de la existencia de:

1. Disminución del flujo pulmonar:

subgrupos «a» y «b». El «a» sería el caso extremo con atresia pulmonar y solo llegaría flujo a la pulmonar a través del conducto arterioso y el «b» en el que el flujo pulmonar llegaría a través de una comunicación interventricular restrictiva, acompañándose de estenosis pulmonar.

2. Aumento del flujo pulmonar, subgrupo «c».

Correspondencia: Pablo Vallés Serrano. Unidad de Cardiología Infantil. Hospital Universitario «Marqués de Valdecilla». Hospital Cantabria. C/ Cazona s/n. Santander.

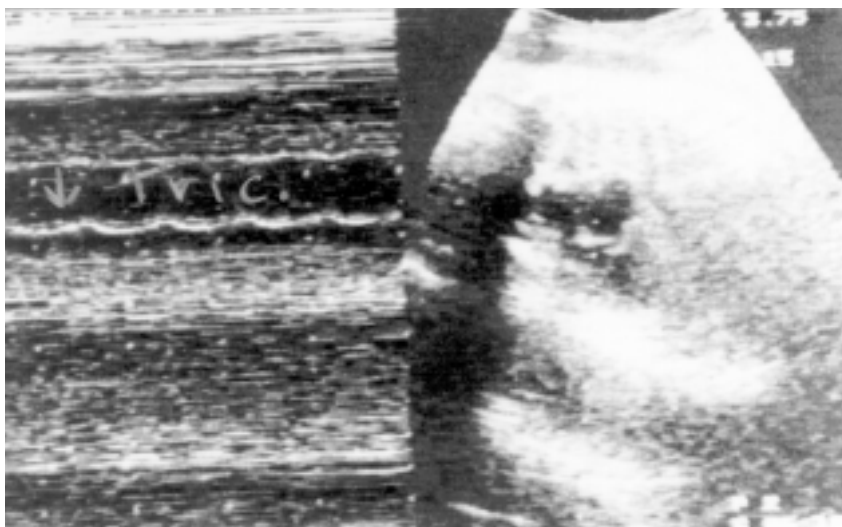


Figura 2. Por eco M se aprecia la escasa movilidad de la válvula tricuspídea atrésica.

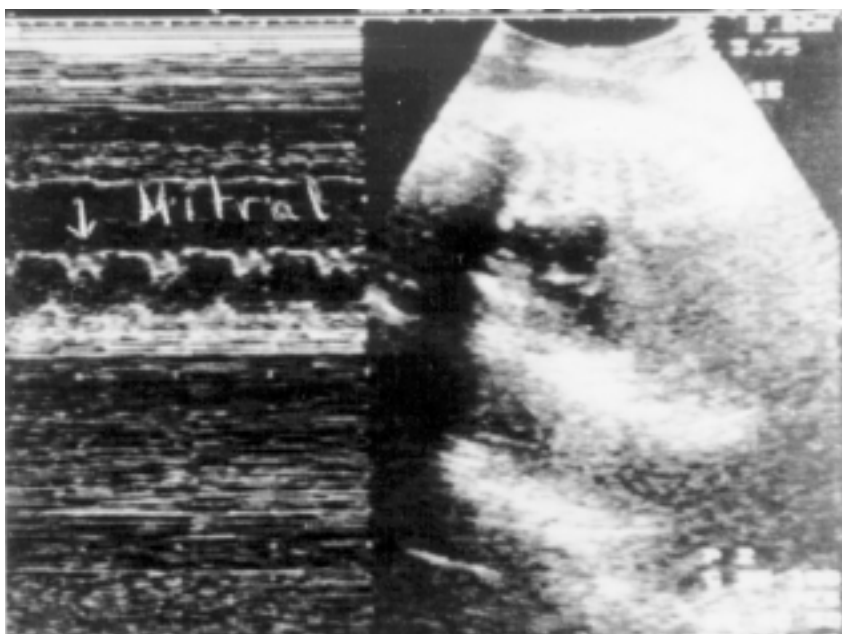


Figura 3. Morfología normal de la válvula mitral al ser atravesada por el haz de ecos modo M.

El tamaño de la arteria pulmonar es menor que el de la aorta en los subgrupos «a» y «b» y mayor en el sub-

grupo «c». La forma más frecuente es la I b que representa un 40% de las AT y que corresponde al caso que vamos

a presentar. La clasificación anterior tiene importancia porque las manifestaciones clínicas⁽²⁾ dependen, fundamentalmente, del flujo pulmonar:

- Cuando está disminuido (lo cual representa el 80-85% de las AT, el síntoma fundamental es la cianosis tanto más intensa cuanto menor sea el flujo pulmonar (por lo tanto en el subgrupo «a» la afectación será más precoz que en el «b»). Pueden existir incluso crisis hipoxémicas severas (con adormecimiento, pérdida de conciencia y acidosis metabólica).

- Cuando está aumentado provoca una substancial sobrecarga de volumen que es generalmente mal tolerada por el ventrículo izquierdo, predominando los síntomas de insuficiencia cardíaca.

CASO CLÍNICO

Presentamos un caso de AT diagnosticado prenatalmente por ecocardiografía⁽³⁾. Se trata de una primigesta de 18 años de edad. Embarazo no controlado. Refiere proceso gripal en los primeros meses de embarazo sin otros antecedentes familiares ni personales de interés. Cuando acude por primera vez a la consulta obstétrica se le calcula por ecografía una edad gestacional de 35 semanas. En el estudio ecocardiográfico (Figs. 2 y 3) se detecta AT hipoplasia de ventrículo derecho, dilatación de ventrículo izquierdo y comunicación interventricular con normoposición de grandes arterias. El parto tuvo lugar a las 37 semanas mediante fórceps por periodo

expulsivo prolongado. Apgar al nacer 8-9. Peso 2.550 g. Los primeros días se mantuvo asintomático, siendo normales el hemograma y la gasometría. En el ECG (Fig. 4) se observa eje izquierdo, ausencia de R en V1 y S en V6, lo que indica crecimiento de ventrículo izquierdo. Por ECO 2 D (Fig. 5) se confirma la presencia de AT con estenosis pulmonar. A los 8 días presenta subcianosis de labios y se detecta soplo sistólico en precordio. En la Rx de tórax se aprecia tamaño cardíaco normal o ligeramente aumentado y flujo pulmonar normal. La cianosis aumenta progresivamente, sigue con buen estado general y sin crisis hipoxémicas. En control analítico a los 4 meses de edad presenta Hb y Hto. en límites altos aceptables e hipoxemia. A los 5 meses se envía a centro de referencia donde se practica estudio hemodinámico que confirma los hallazgos anteriores y se realiza fístula subclavia-pulmonar izquierda. La evolución es favorable.

DISCUSIÓN

Nos parece de interés aportar este caso que muestra la posibilidad y relativa facilidad con que se puede diagnosticar en el periodo fetal esta grave cardiopatía facilitándonos en el periodo neonatal el manejo de estos niños y evitar las posibles graves complicaciones que se pueden instaurar de forma precoz. A largo plazo pueden surgir graves complicaciones que hacen de las intervenciones quirúrgicas que hoy se pueden ofrecer: procedimiento de Fon-

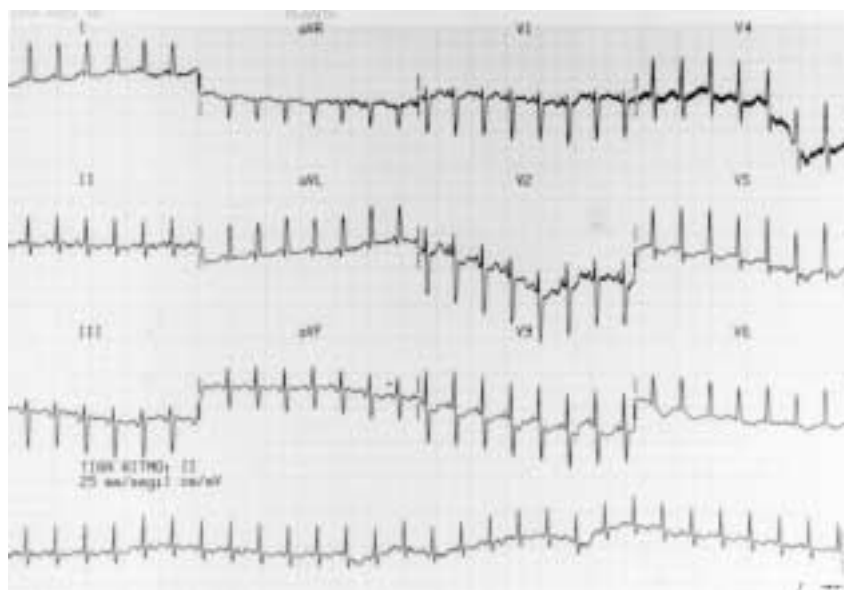


Figura 4. ECG al nacer.

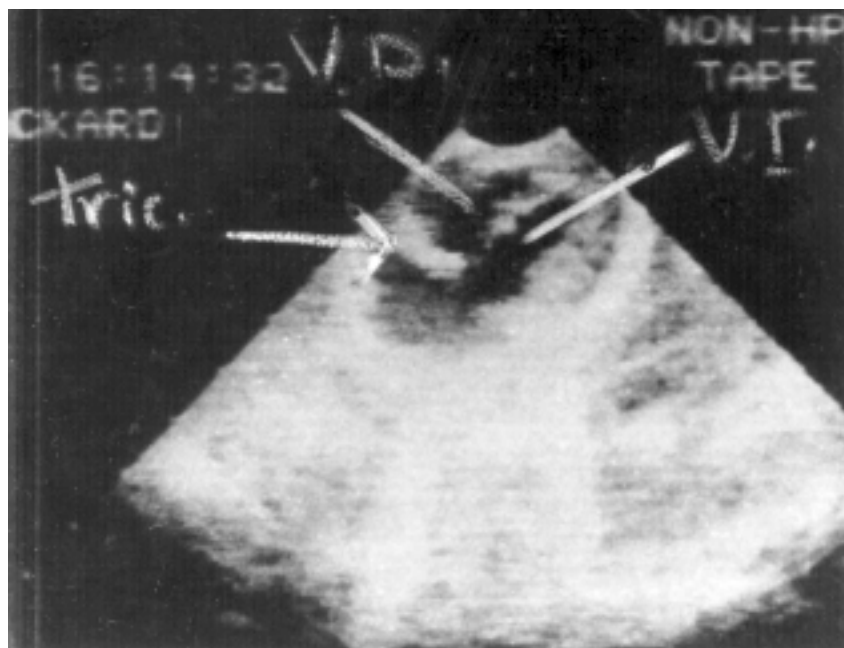


Figura 5. ECO 2 D en cuatro cámaras mostrando la AT al nacer.

tan o anastomosis cavopulmonares⁽⁴⁾, procedimientos más bien paliativos que curativos precisando en algunos casos de trasplante cardíaco.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Martínez VM, Rodríguez Coronel A. Atresia tricuspídea. En: Sánchez PA. *Cardiología Pediátrica*. Salvat 1986.
2. Rigby ML, Carvalho JS, Anderson RM, Redington A. The investigation and diagnosis of tricuspid atresia. *International Journal of Cardiology* 1990; **27**:1-17.
3. de Vera GR, MD, Siassi B, MD, Platt LD, MD. Fetal Echocardiography: The Prenatal Diagnosis of Tricuspid Atresia (Type Ic) During the Second trimester of Pregnancy. *S. Clin Ultrasound* 1987; **15**: 317-324.
4. Huas U y cols. Derivation bicavo-pulmonaire extracardique dans le traitement de l'atresie tricuspide. *Arch Mal Coeur* 1992; **85**:573-576.