

Integración diagnóstica en la comunicación interauricular

Diagnostic Integration in Atrial Septal Defect

MARTÍN LOMBARDERO¹

Las imágenes corresponden a un paciente de 24 años, varón, asintomático, derivado a nuestro centro por hallazgo de insuficiencia tricuspídea y dilatación de cámaras derechas.

El eco transtorácico (ETT) (Figura 1 A) mostró un ventrículo derecho (VD) dilatado, con función sistólica conservada, signos de sobrecarga del VD y la aurícula derecha (AD) e insuficiencia tricuspídea de grado moderado. Presentó hiperflujo tanto en el tracto de salida del VD como en el de entrada (velocidad onda E tricuspídea 1,1 m/seg, velocidad pulmonar 2 m/seg). Presión sistólica pulmonar: 45 mm Hg. El *septum* interauricular por ETT 2D estaba indemne; sin embargo, el cálculo de *shunt* fue estimado en 2,2/1. Presentaba marcada dilatación del seno venoso. Se realizó inyección IV de poligelina batida (contraste de cámaras derechas, Figura 1 B) por el brazo derecho y se observó pasaje de microburbujas de la AD a la AI a nivel interauricular “alto”, interpretándose el cuadro como una probable comunicación interauricular (CIA) tipo seno venoso [en la desembocadura de la vena cava superior (VCS)].

Se le realizó una tomografía computarizada multicorte cardíaca (TCMC) (64 filas de detectores) con contraste, con inyección IV en el brazo izquierdo por sospecha (además de la CIA) de asociación con vena cava izquierda persistente (VCIP). Se confirma la presencia de CIA tipo seno venoso (Figura 1 C), observándose que la vena pulmonar derecha superior, si bien desemboca en la AI, tiene estrecha relación con el orificio de la CIA (Figura 1 D). Tamaño de la CIA: 1,4 cm. En la reconstrucción 3D de la TCMC presentó una gran VCIP, de 1,8 cm de diámetro, que drena en la cara posterior e inferior de la AD (Figura 2, flechas).

La TCMC es un método diagnóstico con excelente resolución espacial y temporal, cuya utilidad ya se ha demostrado en el diagnóstico de enfermedad coronaria. (1) Con el advenimiento de los nuevos tomógrafos se redujeron el tiempo de exposición y el monto de radiación y se mejoró la capacidad diagnóstica. (2, 3)

En nuestro caso se llegó al diagnóstico de CIA tipo VCS asociada con VCIP con un ETT e inyección IV de poligelina batida, más una TCMC, evitando así el eco transesofágico (ETE, referente de oro para diagnóstico de CIA “alta”) y el cateterismo invasivo. La indicación de TCMC permitió medir con precisión el tamaño de la CIA, evaluar la anatomía de las venas pulmonares, el árbol coronario, la coexistencia de otras enfermedades

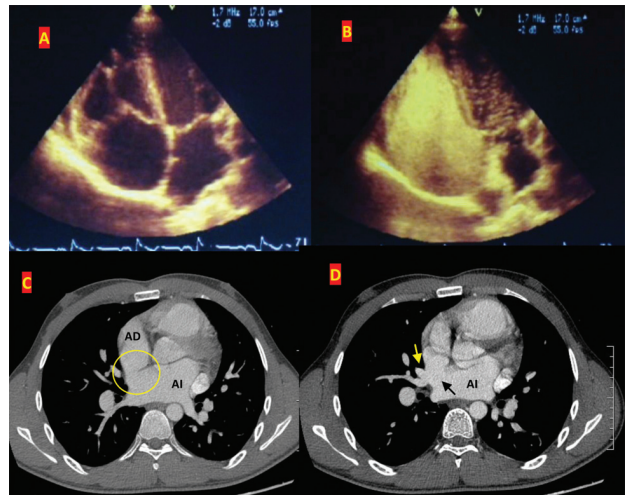


Figura 1

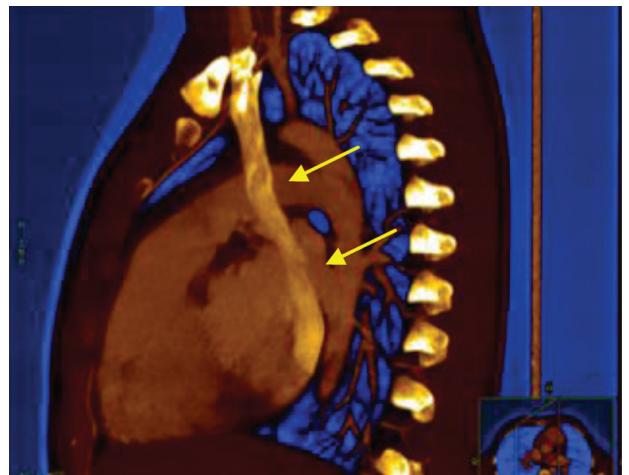


Figura 2

congénitas y confirmó la presencia de CIA tipo VCS asociada con VCIP.

En pacientes con sospecha de CIA “alta” por ETT, la clásica y habitual indicación es un ETE, y si se confirma el diagnóstico se debe realizar un cateterismo como método de evaluación quirúrgica. Sin embargo, hoy existen otras herramientas para llegar al diagnóstico. Integrando el ETT con una TCMC se obtiene un diagnóstico rápido, no invasivo y cuya

dosis de radiación efectiva es similar o menor que la del cateterismo invasivo. La sinergia de información cuando el mismo médico operador informa el ETT y la TCMC potencia el diagnóstico al integrar los puntos fuertes de ambos métodos: la anatomía en la TCMC más la interpretación de flujos, gradientes y presiones por parte del ETT.

Declaración de conflicto de intereses

El autor declara que no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pujadas S, Hidalgo A. Cardiopatías congénitas por resonancia magnética y tomografía computarizada con multidetector. *Rev Esp Cardiol Supl* 2009;9:57E-66.
2. Nicol ED, Gatzoulis M, Padley SPG, Rubens M. Assessment of adult congenital heart disease with multi-detector computed tomography: beyond coronary lumenography. *Clin Radiol* 2007;62:518-27.
3. Cook SC, Raman SV, et al. Multidetector computed tomography in the adolescent and young adult with congenital heart disease. *J Cardiovasc Comput Tomogr* 2008;2:36-49.