

Atrio-Ventricularis cummunis total: corrección quirúrgica

Por los Doctores: RICARDO M. LEYRO-DIAZ; MARIO V. KAPLAN;
EDUARDO SCHIEPPATI; VICTOR KÄFER; NORBERTO DE LA
RIESTRA; FERNANDO P. DEGROSSI

Dentro de las anomalías congénitas intracardíacas más complejas, susceptibles de tratamiento quirúrgico, se halla el atrio-ventricularis communis. La asociación de defectos septales: interatriales e interventriculares; y las lesiones en una o dos de las válvulas aurículoventriculares representan por su complejidad defectos difíciles de tratar quirúrgicamente, complicados aún más por la vecindad del haz de conducción aurículoventricular, ante la posibilidad de agraviarlo en la reparación de los defectos mencionados.

El defecto atrioventricular está motivado por falla en el desarrollo embriológico de los cojinetes endocárdicos y su fusión central con los septum interauricular e interventricular primitivos². La presencia de un defecto septal común, interauricular e interventricular que permite la comunicación de las cuatro cámaras cardíacas caracteriza a la forma completa o total del defecto. Cuando el defecto septal no atraviesa el anillo aurículoventricular nomina al defecto de forma incompleta o parcial³. Cualquiera de las dos formas puede presentarse sin insuficiencia valvular dependiendo de la existencia de tejido valvular suficiente que coapte en la sístole ventricular².

La reparación quirúrgica de esta anomalía, tiene en las mejores manos un alto porcentaje de fracasos^{1, 3, 4}. Recientemente Levy y col.³, ha presentado su experiencia en 77 casos, de los cuales 22 pertenecen a la forma total o completa,

y 55 a la parcial o incompleta. La mortalidad operatoria ha sido elevada: 63 % en los primeros, y 25 % en los segundos. El diagnóstico preoperatorio de la lesión no siempre es posible, y aunque se lo pueda presumir, recién en la mesa operatoria se establece en definitiva².

CASO CLINICO

M. M. de H., mujer de 31 años, asintomática hasta Julio de 1964, fecha en la que a consecuencia de una extracción dentaria sufre decaimiento e hipertermia. Se le había diagnosticado en 1960 una cardiopatía congénita acianótica, shunt de izquierda a derecha. En Octubre 24 de 1964, en el Hospital de Niños, se le practicó cateterismo cardíaco derecho que demostró la presencia de una comunicación interauricular baja con presiones: AD: 12/0 (6); VD: 50/0; AP: 45/7 (26); VI: 120/0 (75).

Concurre a la consulta en el Instituto de Cirugía Torácica en Octubre 29, 1964, presentando: choque de la punta en 5º espacio por fuera de la línea hemiclavicular. Frémito sistólico en punta. Soplo sistólico rudo grado 4 con máximo de intensidad en 4º espacio intercostal a la izquierda del esternón, que se propaga por 4º espacio intercostal izquierdo y se ausculta en axila izquierda. Segundo ruido pulmonar reforzado y desdoblado. E.K.G.: eje eléctrico en el plano frontal desviado a la izquierda a -15° . Signos de hipertrofia biventricular. Examen radiológico mostraba agrandamiento car-

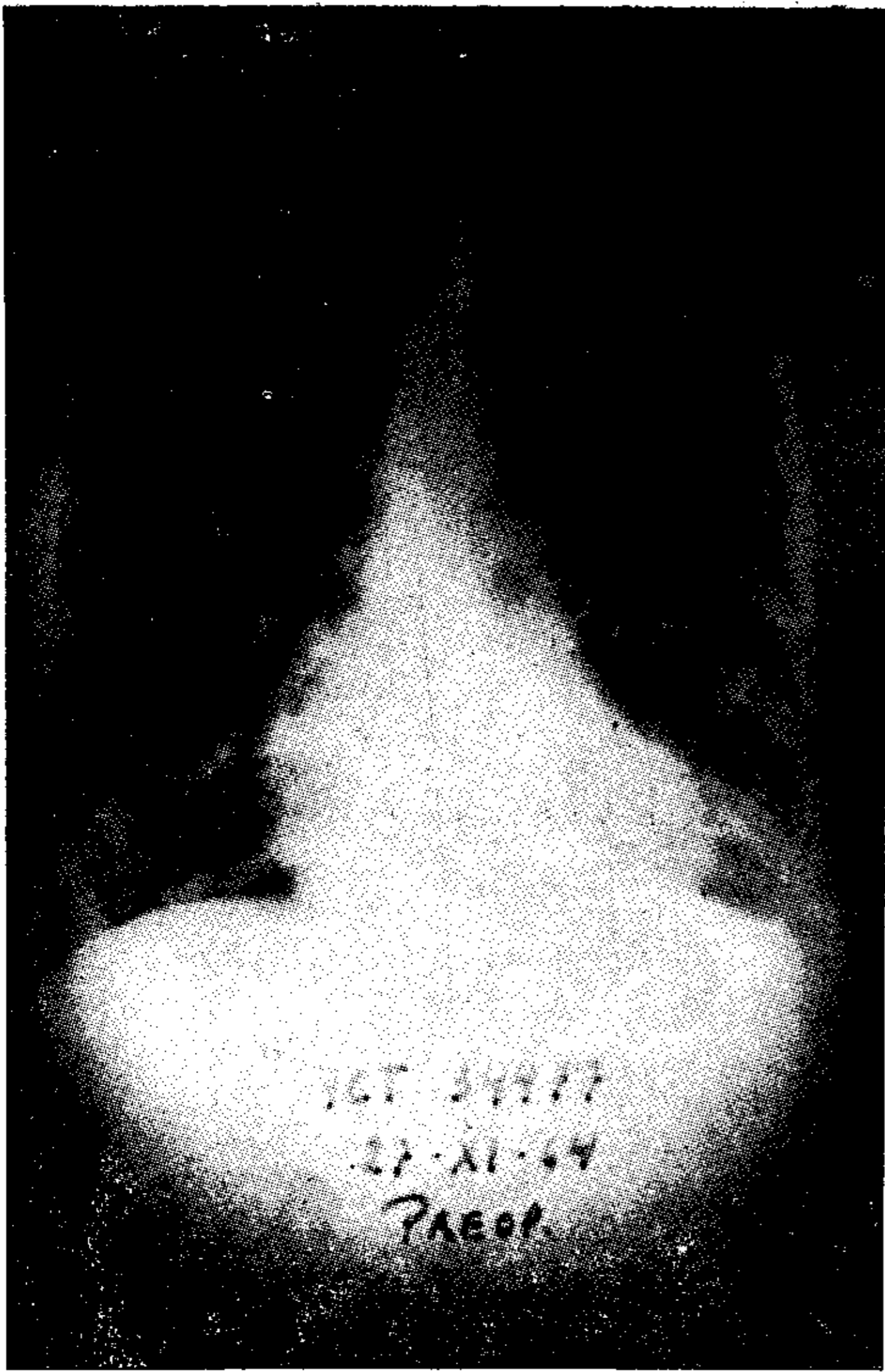


Fig. 1. — Radiografía de tórax al ingreso que muestra agrandamiento cardíaco con circulación pulmonar aumentada.

díaco moderado a expensas de ventrículo derecho y de ventrículo izquierdo. Circulación pulmonar aumentada (Fig. 1).

Con el diagnóstico presuntivo de atrioventricularis communis o ostium I fue sometida a intervención quirúrgica en Diciembre 10, 1964, por toracotomía anterolateral derecha por 4º espacio intercostal con sección transversal del esternón. Previo by pass cardiopulmonar total con bomba oxigenadora a discos, se incindió verticalmente la aurícula derecha constatándose la presencia de un atrioventricularis communis completo en forma de una comunicación interauricular baja de 2,5 x 3 cm. de una comunicación interventricular alta de 1,5 x 0,5 cm., y de un cleft de la mitral (Fig. 2). Se suturó cleft de la mitral por 4 puntos simples de seda 3-0; y se fijó anillo valvular al septum ventricular por 4 puntos del mismo material. Con seda 3-0 en doble aguja se colocó una corona de puntos a la parte inferior del defecto interauricular remanente, los que se pasaron al borde de un parche de Teflon, fijándolo, y completando el cierre de la co-

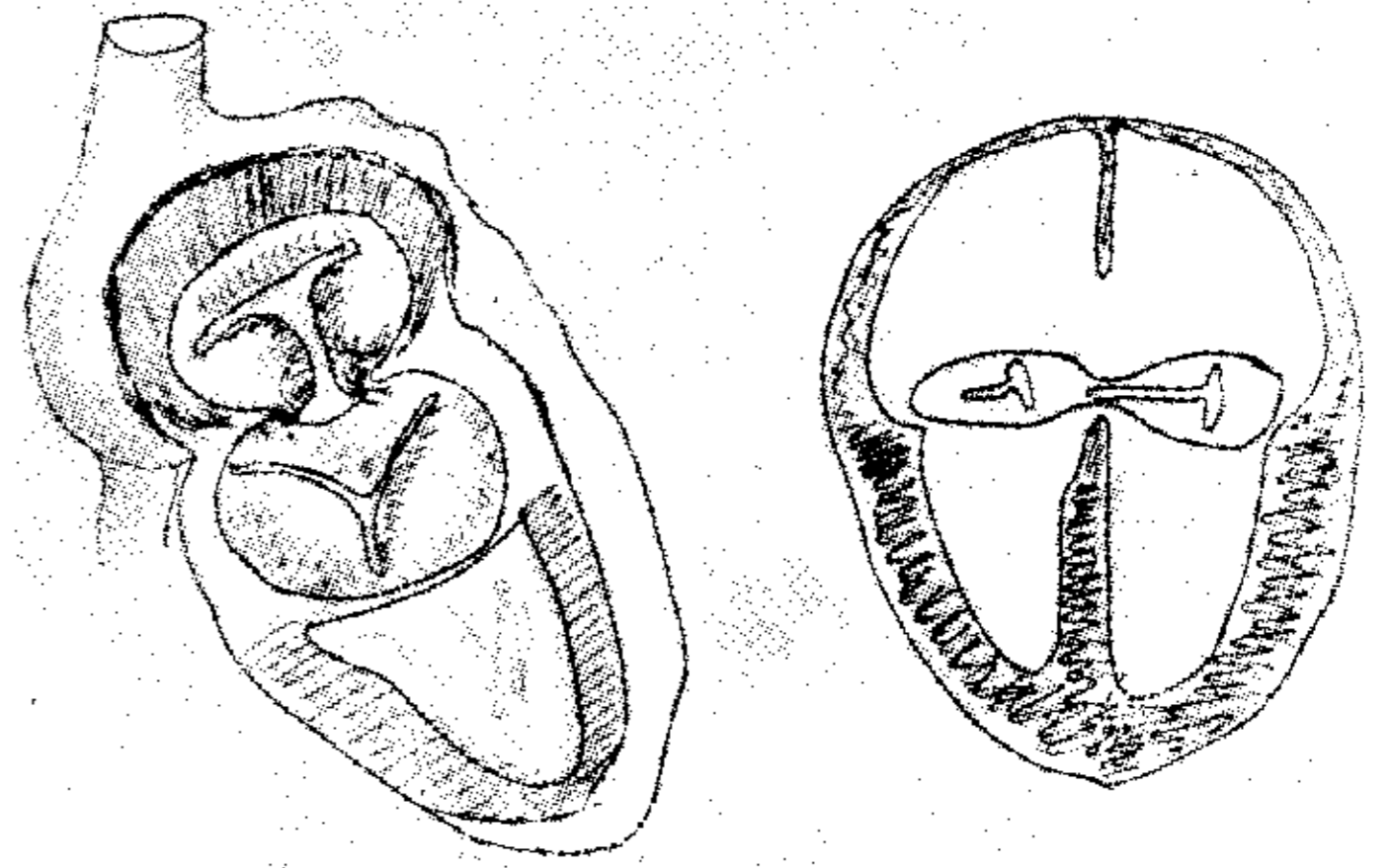


Fig. 2. — Izq.: Ilustración de la lesión hallada en la operación; comunicación interauricular baja, comunicación interventricular, cleft de la mitral que atraviesa el anillo auriculoventricular. Der.: Corte esquemático de las lesiones.

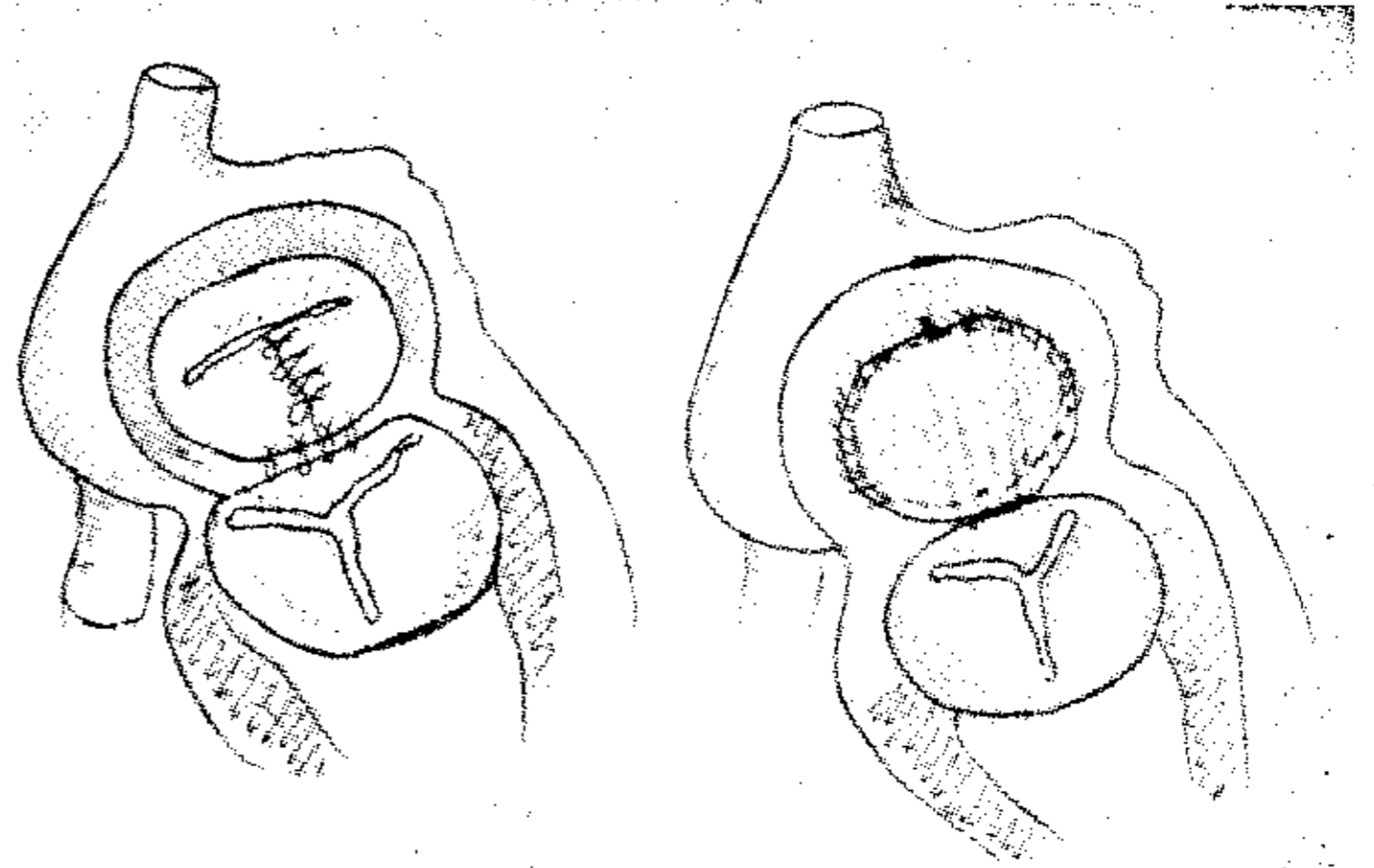


Fig. 3. — Procedimiento quirúrgico empleado. Izq.: Cierre con puntos separados del cleft de la mitral, y cierre de la comunicación interventricular y reparación del anillo auriculoventricular con puntos simples. Der.: Parche de Teflon en la comunicación interauricular baja.

municación interauricular por surjet (Fig. 3). Cierre de la auriculotomía por surjet de ida y vuelta. Tiempo de perfusión: 1 hora 35 minutos.

La enferma cursó satisfactoriamente el posoperatorio, y fue dada de alta el 19 de Diciembre de 1964, a los 9 días de operada.

Con posterioridad ha seguido bien, y el 9 de Septiembre de 1965 fue recharacterizada para control, no demostrándose cortocircuito de izquierda a derecha, utilizando la técnica de hidrógeno con electrodo de platino. Las cifras tensionales fueron: AP: 25/10 (14); VD: 25/3. Radiográficamente muestra una disminución de la circulación pulmonar y del área cardíaca (Fig. 4).



Fig. 4. — Radiografía de tórax a los 10 meses de operada que muestra la disminución de la circulación pulmonar.

DISCUSION

La reparación de un atrio-ventricularis communis requiere un amplio conocimiento de este defecto y de las variantes que se pueden encontrar ante el corazón abierto en que aparentemente, en su forma completa, existe una sola cámara,

con válvulas aurículoventriculares distorsionadas y fisuradas.

A pesar de la mortalidad elevada que presenta su tratamiento quirúrgico, el mismo debe ser practicado como única solución a este problema complejo.

La reparación quirúrgica requiere cuidadosa sutura del/o los clefts que existan, la fijación del anillo valvular con o sin prótesis, del defecto interauricular, teniendo especial cuidado en la colocación de los puntos de sutura a fin de no dañar el haz de conducción aurículoventricular.

SUMARIO

Se presenta un caso de atrio-ventricularis communis total tratado extiosamente por intervención a cielo abierto con corazón-pulmón mecánico.

Se comentan detalles anatómicos y su aplicación quirúrgica en el tratamiento de esta lesión de gran riesgo operatorio.

BIBLIOGRAFIA

1. Cooley, D. A.; Leyro-Díaz, R. M.: Corazón pulmón mecánico; en el tratamiento quirúrgico de lesiones cardiovasculares: Experiencia con 582 casos. *Rev. Arg. de Cardiología*, 25:3; 1960.
2. Cooley, D. A.; McNamara, D. G.: Ostium primun and atrioventricularis communis defects. Clinical manifestations and surgical treatment. *Progress in cardiovascular diseases*, 1:89; 1958.
3. Levy, M. ; Cuello, L.; Luna, N, y Lillehei, C. W.: Atrio-ventricularis communis. Clinical aspects and surgical treatment. *Am. J. Cardiol.* 14:587; 1964.
4. Maloney, J. W.; Marable, S. A.; Mulder, D. G.: The surgical treatment of common atrio-ventricular canal. *J. Thoracic & Cardiovas. Surg* 43:84; 1962.