

## Caso 2/2011 - Niño de 43 Meses de Edad, del Sexo Masculino, con Comunicación Interventricular Múltiple, en Evolución Clínica Desfavorable, Largo Plazo Después de Corrección Anatómica

Edmar Atik

Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, SP - Brasil

### Aspectos clínicos

Desde el nacimiento, era observada disnea persistente, aun después de vendaje pulmonar realizado con 6 meses de edad. Además, bajo aumento ponderal motivó también la realización de la corrección del defecto con 16 meses de edad. Al examen físico en esa ocasión, estaba disneico, acianótico y los pulsos eran normales. El peso era de 7.580 g, con altura de 74 cm. El precordio mostraba abombamiento pronunciado, con impulsos sistólicos moderados y el tórax exteriorizaba esternón protuso en quilla. El *ictus cordis* era difuso en el 4° y 5° espacios intercostales. Había frémito y soplo sistólicos en el 3° y 4° espacios intercostales en el borde esternal izquierdo e irradiación al borde esternal alto. El segundo ruido era hiperfonético y desdoblado. El hígado era palpado a dos centímetros en el reborde costal derecho.

### Exámenes complementarios

**Electrocardiograma** exhibía señales de sobrecarga biventricular acentuada y hemibloqueo anterior izquierdo.

**Radiografía de tórax** mostraba acentuado aumento del área cardíaca y de la trama vascular pulmonar. El arco medio también era prominente (Figura 1).

**Ecocardiograma** mostraba varias comunicaciones interventriculares en la vía de entrada ventricular con 6 mm, en la parte trabecular con 7 mm y otra apical de 10 mm. El *shunt* era bidireccional y el vendaje pulmonar presentaba gradiente de presión de 77 mmHg. Las cavidades izquierdas eran muy dilatadas (Figura 2).

### Palabras clave

Cardiopatías congénitas, comunicación interventricular, insuficiencia cardíaca, soplos cardíacos

### Diagnóstico

Comunicación interventricular múltiple en acentuada insuficiencia cardíaca a pesar del vendaje pulmonar efectiva.

### Conducta

A la cirugía, en circulación extracorpórea prolongada de 105 minutos, fueron cerradas tres comunicaciones interventriculares grandes, una en la vía de entrada ventricular, con 10 mm, otra en la parte trabecular muscular, de 7 mm, ambas a través del atrio derecho, y otra apical con 12 mm, por incisión en la punta del ventrículo izquierdo. El vendaje pulmonar fue realizado con anastomosis término-terminal.

El postoperatorio fue complicado por bajo débito cardíaco que requirió el uso de ventilación mecánica por 4 días, drogas vasoactivas por 6 días y diálisis peritoneal por 7 días. Bloqueo atrioventricular total también complicó el cuadro con reversión espontánea en el 14° día, recibiendo alta en el 16° día después de la operación.

En la evolución a largo plazo, evaluada después de 14 y 26 meses de la operación, era nítida la presencia por soplo cardíaco de comunicación interventricular residual, confirmada por el ecocardiograma como siendo de 4 y de dos milímetros cada una, además de la persistencia de insuficiencia cardíaca con cansancio, cardiomegalia (a pesar de la disminución del área cardíaca en relación a la del preoperatorio - Figura 1) y hepatomegalia a 4 cm del reborde costal derecho. A pesar de esos hallazgos, el niño se mantiene en actividad física bien tolerada y en uso de furosemida, espironolactona, captopril y carvedilol. En el ecocardiograma, se evidencia aumento de las cavidades izquierdas y disfunción de ventrículo izquierdo (fracción de acortamiento de la fibra miocárdica de 27,0% y fracción de eyección de 52,0%).

### Consideraciones

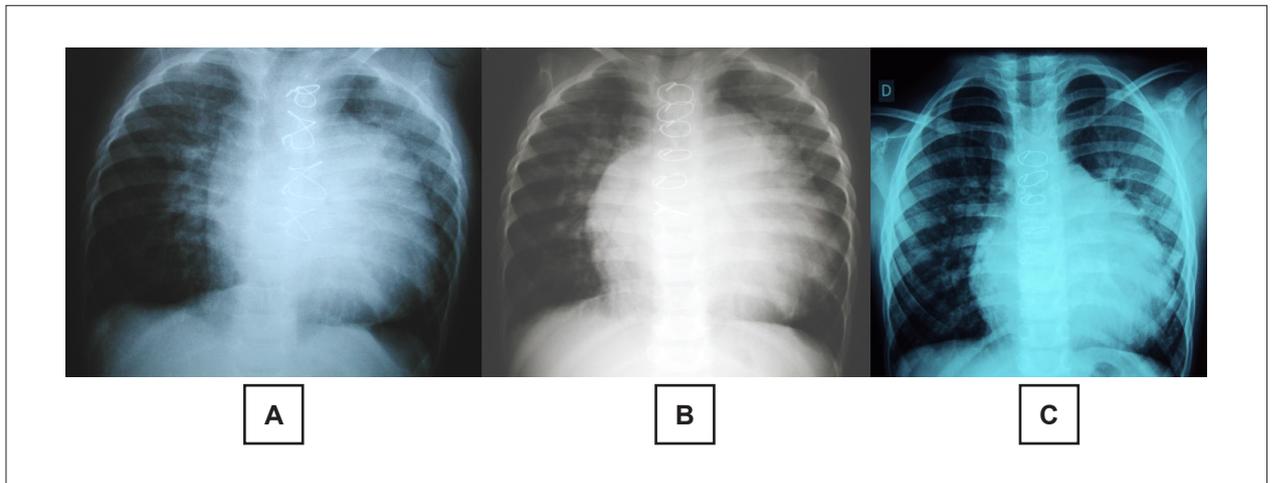
Aun corregida, la comunicación interventricular múltiple puede presentar evolución desfavorable, como en el caso presentado. Se debe esa evolución a varios factores, como la acentuada sobrecarga sistólica y diastólica impuesta al corazón antes de la cirugía por tiempo prolongado, aun aliviada por el vendaje pulmonar con 6 meses, la circulación extracorpórea prolongada, la colocación de varios remiendos para oclusión de los defectos y también por la incisión quirúrgica a través de la punta del ventrículo izquierdo. Se desconoce la

Correspondencia: Edmar Atik •

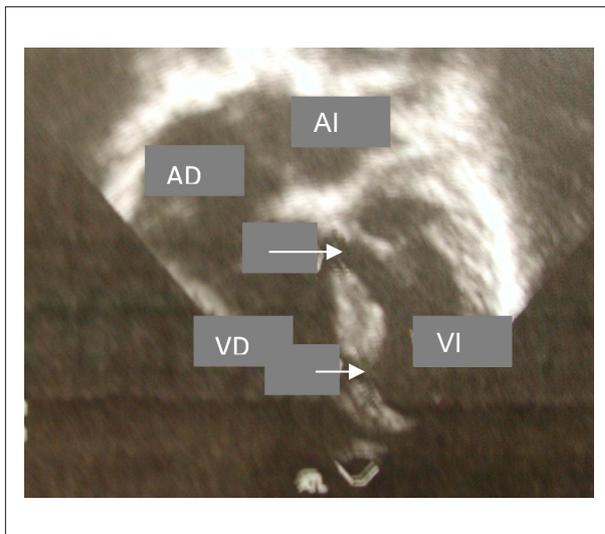
Rua Dona Adma Jafet, 74 conj.73 - Bela Vista - 01308-050 - São Paulo, SP - Brasil

E-mail: eatik@cardiol.br, conatik@incor.usp.br

Artículo recibido el 29/07/10; revisado recibido el 13/01/11; aceptado el 13/01/11.



**Figura 1** - Radiografías de tórax en período preoperatorio (A), 14 meses (B) y 26 meses (C) después de la corrección muestran cardiomegalia variable con tendencia a la disminución, verificada en la última de ellas..



**Figura 2** - Ecocardiograma preoperatorio destaca la presencia de las comunicaciones interventriculares amplias, en la vía de entrada, en la parte trabecular y en la punta (flechas). Abreviaturas: AD - atrio derecho; AI - atrio izquierdo; VD - ventrículo derecho; y VI - ventrículo izquierdo.

evolución en un plazo mayor aun, pero es posible inferir hasta la obtención de mejora, desde que la continuidad de la medicación pueda revertir la disfunción presente.

Continúa esa anomalía siendo desafiante, a pesar de esa última inferencia presuntamente favorable.