

A propósito de un caso de comunicación interauricular

J.A. Rodil Díaz^a, B. Fernández Llanes^b, J.L. Nieto Caballero^b y F.J. Tamargo de Miguel^a

^aResidente de segundo año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Jove.

^bResidente de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Calzada. Gijón.

INTRODUCCIÓN

La comunicación interauricular (CIA) consiste en la presencia de una abertura en el tabique interauricular, debido a un déficit del tejido que lo constituye¹.

Se presenta a continuación el caso de un niño de 15 años en el que se detectó, de forma casual, un soplo por parte de su médico de cabecera.

CASO CLÍNICO

Niño de 15 años, en el cual se descubre casualmente un soplo sistólico en foco pulmonar, con desdoblamiento fijo del segundo ruido, por lo que es enviado a su cardiólogo.

Como antecedentes familiares de interés presentaban, un abuelo que había sufrido una muerte súbita y dos hermanos asmáticos.

En el momento del diagnóstico estaba totalmente asintomático, sin disnea de esfuerzo, mareos, síncope ni palpitaciones.

Hacía deporte con asiduidad, sin presentar fatiga precoz.

En la exploración física se constata un desarrollo normal para su edad, con buena coloración e hidratación de piel y mucosas.

En la auscultación cardíaca presenta un soplo sistólico eyectivo en foco pulmonar, con desdoblamiento fijo del segundo ruido.

La auscultación pulmonar es limpia, sin ruidos sobreañadidos.

El abdomen es blando, depresible, sin masas, megalias ni puntos dolorosos. En las extremidades no se encontraron hallazgos, con pulsos presentes.

El electrocardiograma puso de manifiesto ritmo sinusal, bloqueo auriculoventricular de primer grado y signos de crecimiento del ventrículo derecho (figs. 1).

La radiología de tórax evidenció prominencia del tronco de la arteria pulmonar, con plétora (figs. 2 y 3).

La ecocardiografía Doppler puso de manifiesto cavidades izquierdas normales. Importante dilatación de cavidades derechas, con amplio defecto en la porción alta del septo interauricular tipo *ostium secundum*, con paso de contraste a aurícula derecha. Insuficiencia tricuspídea leve. Gradiente sistólico entre aurícula derecha y ventrículo derecho: 45 mmHg. Hiperaflujo pulmonar, válvula pulmonar normal, con gradiente de 15 mmHg e insuficiencia leve. La circulación pulmonar era de 13 l/min; la circulación sistémica, de 5 l/min; QP/QS, de 2,6; el septo interventricular estaba íntegro.

Con el diagnóstico de CIA tipo *ostium secundum* fue presentado en sesión medicoquirúrgica en el Hospital Central de Oviedo, decidiéndose realizar tratamiento quirúrgico.

DISCUSIÓN

La mayoría de las CIA son lo suficientemente grandes como para que exista una comunicación libre entre las aurículas¹.

Según su localización anatómica se clasifican en:

1. Anomalía de tipo *ostium secundum*, la más frecuente, localizada en la zona de la fosa oval.
2. Anomalía de tipo *ostium primum*, localizada por debajo de la fosa oval.
3. Anomalía del seno venoso, situada en tabique superior a la fosa oval.

En la CIA, la sangre atraviesa libremente la abertura existente, produciéndose un cortocircuito izquierda-derecha, debido a la menor resistencia de la aurícula derecha y los pulmones. En cambio, una vez instaurada la hipertensión pulmonar, el sentido del circuito puede variar, pudiendo presentar cianosis¹.

Generalmente estos pacientes están asintomáticos hasta la edad de 40-50 años, cuando comienzan con clínica de insuficiencia cardíaca. De hecho, todas las malformaciones cardíacas acianóticas se inician generalmente como fallo cardíaco congestivo (p. ej. la CIA, la CIV, la estenosis pul-

Correspondencia: Dr. J.A. Rodil Díaz.
Avelino González Mallada, 44, 6.º C. 33204 Gijón.

SEMERGEN 2001; 27: 212-214.

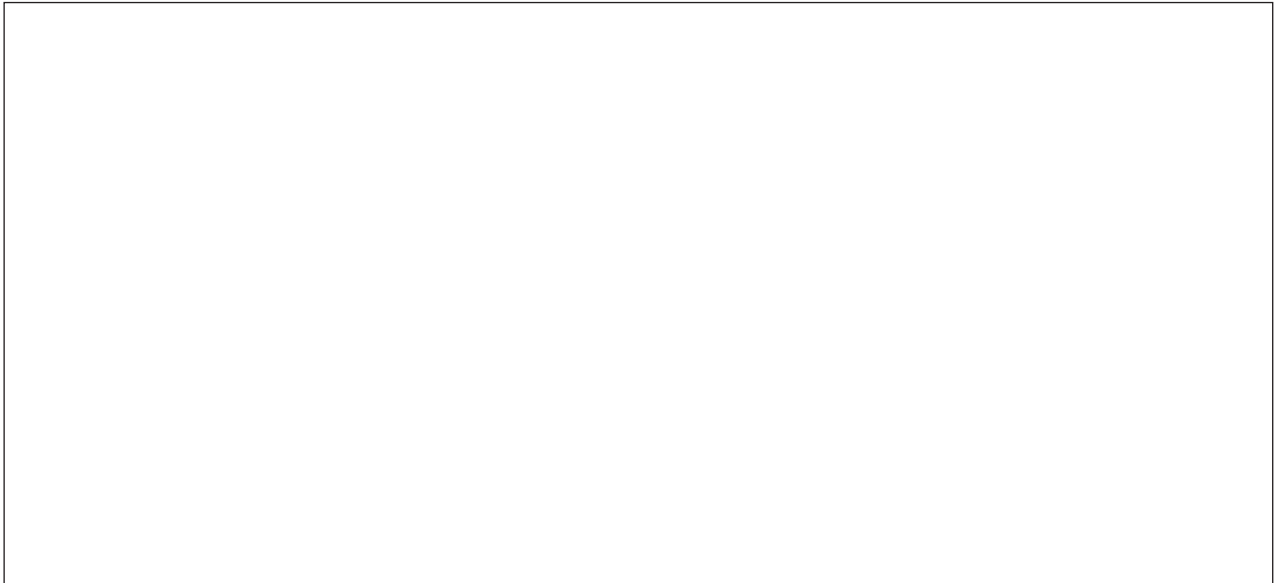


Figura 1. Bloqueo auriculoventricular de primer grado y signos de crecimiento del ventrículo derecho.

monar, la persistencia del ducto arteriovenoso, la estenosis aórtica, la coartación aórtica y el canal arteriovenoso².

En la auscultación cardíaca hallamos generalmente un soplo sistólico de eyección a lo largo del borde esternal con desdoblamiento amplio y fijo del segundo ruido. En el *ostium primum* oímos un soplo holosistólico por regurgitación mitral, este desaparece al instaurarse la hipertensión pulmonar, produciéndose cianosis¹.

En la radiografía de tórax se observa dilatación de arteria pulmonar y de sus ramas, cardiomegalia a expensas de cavidades derechas y reducción del botón aórtico¹.

En el electrocardiograma se observa bloqueo incompleto de rama derecha por dilatación ventricular. En los adultos las arritmias más frecuentes son la fibrilación y el flúter auricular¹.

En la ecocardiografía bidimensional se observa un aumento de cámaras cardíacas derechas, así como aplanamiento o movimiento paradójico del tabique interauricular¹.

La ecocardiografía tridimensional transtorácica parece ser, junto con las imágenes de resonancia magnética nuclear (RMN), el método diagnóstico más preciso para medir la función y el volumen en ventrículo derecho, aunque su uso es todavía limitado³.

El cateterismo cardíaco estaría indicado en pacientes con *ostium primum* y en adultos con probable hipertensión pulmonar¹.

Los niños y adolescentes con esta enfermedad suelen estar asintomáticos y sin alteraciones importantes en las pruebas diagnósticas. Sin embargo, es a esta edad cuando se debería diagnosticar, pues cuanto más precoz es el diagnóstico, más se consigue una disminución importante de la mortalidad⁴.

En los primeros años de la edad adulta, es cuando se empiezan a desarrollar los síntomas y complicaciones, como la hipertensión pulmonar, la vasculopatía pulmonar, las arritmias auriculares y el fallo cardíaco¹.

El electrocardiograma (ECG) de la CIA tipo *ostium secundum*, la más frecuente, suele tener signos de crecimen-

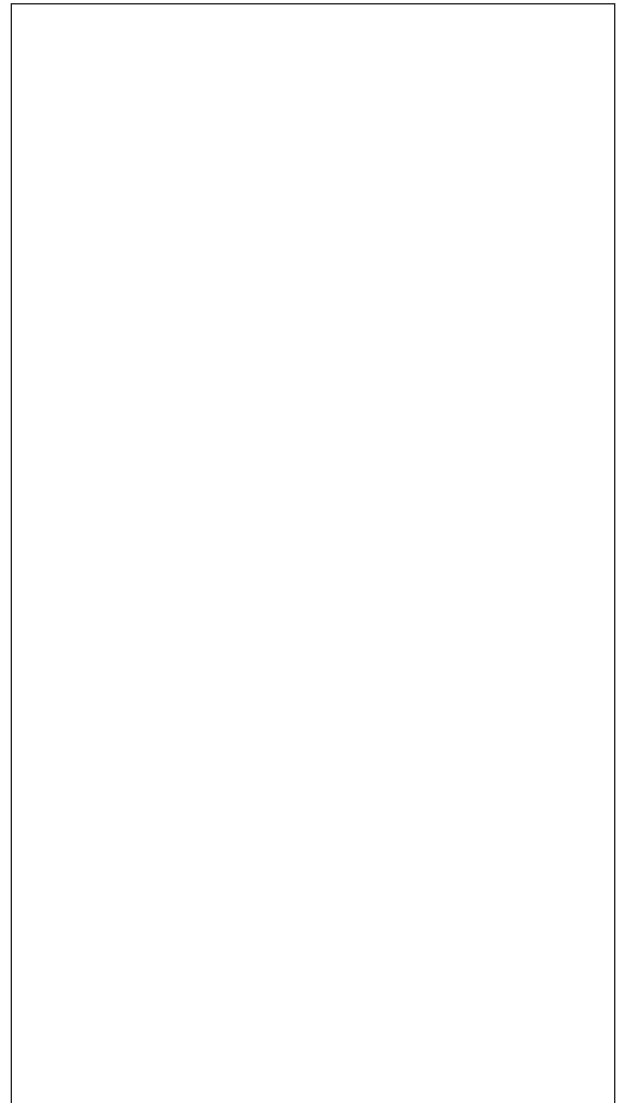


Figura 2 y 3. Prominencia del tronco de la arteria pulmonar plétora.

to ventricular derecho con patrón de sobrecarga diastólica o bloqueo completo o incompleto de rama derecha. En la comunicación tipo *ostium primum*, el ECG suele mostrar, además, una desviación izquierda del eje y puede presentar un alargamiento del intervalo PR. Cuando existe HTP, aparecen signos de crecimiento ventricular derecho con patrón de sobrecarga sistólica.

Un 75% de estos pacientes muere antes de los 50 años¹.

En un estudio reciente, realizado en Francia, se observó cómo en deportistas menores de 30 años que sufrían muerte súbita, un 4% tenía una CIA, mientras que este porcentaje era mucho menor en los mayores de 30 años, lo que indica que la clínica de CIA en pacientes no diagnosticados es bastante temprana⁵.

La intervención terapéutica (corrección quirúrgica) debe realizarse cuando la CIA es grande y el cortocircuito es importante (flujo pulmonar/flujo sistémico $\geq 1,5/1$). La edad óptima para realizar la intervención sería en menores de 5 años, debido al bajo riesgo de la intervención¹. Sin embargo, se ha hecho un estudio en Canadá a niños menores de un año con diagnóstico de CIA en el que se realizó un seguimiento a lo largo de 10 años. Los resultados fueron que un 56% había tenido un cierre espontáneo de la CIA, un 23% tenían un diámetro similar al del momento diagnóstico y sólo en un 21% de los casos la CIA había aumentado su diámetro y manifestado alteraciones hemodinámicas⁶.

Está demostrado, en cambio, que la intervención correctora en pacientes adultos genera mayor morbilidad y mayor porcentaje de resoluciones incompletas (persistencias de arritmias o disfunción ventricular)¹.

Tras la intervención, es necesario un seguimiento postquirúrgico para ver la competencia de la reparación, la desaparición de anomalías previas y el control de las arritmias que pudiesen aparecer¹.

En relación con esto último, se ha demostrado que la aparición de arritmias tras la cirugía, como el flúter y la fibrilación auricular, se relaciona directamente con la edad a la que se ha realizado la intervención y con la presencia de una presión arterial pulmonar elevada. Por esto, la intervención quirúrgica debería llevarse a cabo lo más precozmente posible⁷.

GENERALIDADES DEL SOPLO PEDIÁTRICO

En general, los médicos de atención primaria tienen una carga asistencial importante, por ello es fundamental tener

una estrategia clara a la hora de identificar correctamente si el soplo que detectamos en un niño es fisiológico o bien es subsidiario de derivación al cardiólogo pediátrico.

Los cambios de posición son muy útiles para diferenciar el soplo patológico del funcional. Así, el soplo funcional vibratorio que se oye en el niño (*still*) disminuye en intensidad cuando el paciente está de pie, mientras que los patológicos no varían. Una excepción a esta regla es el caso de la cardiomiopatía hipertrófica, en el que el soplo aumenta en intensidad al ponerse de pie. Por otra parte, un soplo diastólico o de un grado mayor a 3 nos sugiere que sea patológico.

Otros elementos que nos pueden orientar sobre el origen de un soplo son la clínica y la historia previa; así, son rasgos preocupantes en niños la intolerancia a los alimentos, los síntomas respiratorios y la cianosis. En niños mayores, el dolor torácico (especialmente en ejercicio), síncope, intolerancia al ejercicio o una historia familiar de muerte súbita en personas jóvenes nos debe urgir a realizar una exploración más completa.

Cabe reseñar que el defecto del tabique auricular es el diagnóstico patológico que en más ocasiones se confunde con un soplo funcional, pues es difícil diferenciar el desdoblamiento fijo del S2 que se produce en la CIA de la variación respiratoria que provoca un desdoblamiento variable del S2 de un paciente con un soplo fisiológico⁸.

BIBLIOGRAFÍA

- Schlant RC, Wayne Alexander R. El corazón. Manual Hurst (8.ª ed.). Madrid: Interamericana-McGraw Hill, 1995; 257-261.
- Sáenz RB, Beebe DK, Triplett LC. Caring for infants with congenital heart disease and their families. *Am Fam Physician* 1999; 59: 1857-1868.
- Papavassilion DP, James Parks W, Hopkins KL, Fyfe DA. Three-dimensional echocardiographic measurement of right ventricular volume in children with congenital heart disease validated by magnetic resonance imaging. *J Am Soc Echocardiogr* 1998; 11: 770-777.
- Grech V. Atrial septal defect in Malta. *J Paediatr Child Health* 1999; 35: 190-195.
- Tabib A, Miras A, Taniere P, Loire R. Undetected cardiac lesions cause unexpected sudden cardiac death during occasional sport activity. A report of 80 cases. *Eur Heart J* 1999; 20: 900-903.
- Brassard M, Fouron JC, Van Doesburg NH, Mercier LA, De Guisse P. Outcome of children with atrial septal defect considered too small for surgical closure. *Am J Cardiol* 1999; 83: 1552-1555.
- Gatzoulis MA, Freeman MA, Siu SC, Webb GD, Harris L. Atrial Arrhythmia after surgical closure of atrial septal defects in adults. *N Engl J Med* 1999; 340: 839-846.
- McConnell ME et al. Soplos cardíacos en pacientes pediátricos. *Am F Phys* 2000; 7: 145-151.