

Comunicación interventricular postinfarto. Utilidad de la ecocardiografía 3D

GUILLERMO VACCARINO*, RICARDO RONDEROS†, MARCELO TRIVI†, SANTIAGO FLORIT*, DANIELO NAVIA*

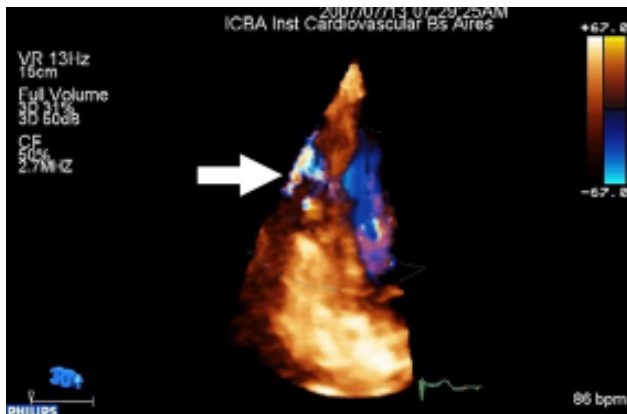


Figura 1. Ecocardiograma 3D: cortocircuito izquierda a derecha a nivel del septum interventricular.

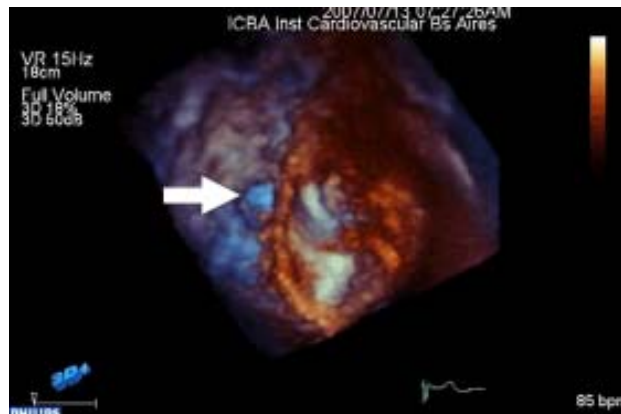


Figura 2. Ecocardiograma 3D: defecto anatómico redondeado, de bordes irregulares, a nivel de la porción posterior y medial del septum inferior.

La incidencia actual de la comunicación interventricular (CIV) postinfarto es menor del 1%. Habitualmente es una complicación fatal, y el cierre quirúrgico suele ser la única alternativa terapéutica.

Los avances de la ecocardiografía, en sus diferentes modalidades, brindan datos sustanciales para la adopción de una conducta terapéutica, y los cirujanos han aprendido, junto a los ecocardiografistas, a interpretar las imágenes y correlacionarlas con los hallazgos quirúrgicos.

Presentamos el caso de un paciente, de sexo masculino, 42 años de edad, con antecedente de tabaquismo, asintomático hasta julio de 2007, que presentó dolor intenso en epigastrio, acompañado de disnea. Los síntomas se prolongaron durante 48 horas, razón por la cual el paciente consultó a un cardiólogo. Fue internado en Unidad Coronaria, con diagnóstico presuntivo



Figura 3. Ventriculotomía izquierda: cierre de la CIV postinfarto con parche de pericardio bovino.

Instituto Cardiovascular de Buenos Aires.

* Departamento de Cirugía Cardiovascular.

† Departamento de Imágenes.

Dirección postal: Guillermo N. Vaccarino. Departamento de Cirugía Cardiovascular. Instituto Cardiovascular de Buenos Aires. Blanco Encalada 1543. C1428DCO Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

e-mail: gnvaccarino@icba-cardiovascular.com.ar

La versión digitalizada de este trabajo, con imágenes en color, está disponible en www.fac.org.ar

de infarto agudo de miocardio evolucionado de cara inferior.

El paciente evolucionó con angor postinfarto de miocardio y *shock* cardiogénico, con buena respuesta inicial al tratamiento médico. Luego de 7 días de internación fue trasladado a nuestra institución para completar sus estudios diagnósticos y tratamiento.

El paciente ingresó asintomático y hemodinámica-

mente estable. En el examen físico presentó, como dato positivo, soplo holosistólico 4/6 con irradiación derecha. El electrocardiograma (ECG) mostró ritmo sinusal y signos de infarto inferodorsal evolucionado, con los siguientes valores de enzimas miocárdicas: CK 54 y CKmb 4. La radiografía de tórax mostró silueta cardíaca en límites normales.

El ecocardiograma Doppler color 3D evidenció leve deterioro de la función ventricular izquierda, aquinesia inferior y del septum posterior desde ápex a base, y una comunicación interventricular con *shunt* de izquierda a derecha (QP/QS = 2/1), con presión en arteria pulmonar estimada en 50 mmHg y disfunción diastólica moderada con insuficiencia mitral leve.

La manipulación de las imágenes ecocardiográficas en 3D permitió localizar la CIV en la porción más inferior del septum posterior medio, observándose, en la cara ventricular derecha, un orificio desgarrado, de bordes irregulares, con flujo de izquierda a derecha. La remoción virtual de la pared lateral y posterior del ventrículo izquierdo, mediante el postproceso de las imá-

genes del eco 3D (Figuras 1 y 2), permitió observar claramente, y de frente, el orificio izquierdo, por lo cual se dedujo que la ventriculotomía izquierda en esa posición permitiría acceder directamente a la CIV, lo que fue constatado en el acto quirúrgico.

La cinecoronariografía mostró oclusión total de la arteria coronaria derecha y ausencia de lesiones significativas en el resto del árbol coronario.

Con diagnóstico de CIV postinfarto localizada en la porción posterior del septum, se indicó tratamiento quirúrgico. Los datos preoperatorios del eco Doppler color cardíaco 3D fueron corroborados en el acto quirúrgico. La ecocardiografía 3D permitió agregar al diagnóstico un exacto conocimiento anatómico preoperatorio, facilitando la decisión del abordaje quirúrgico. La CIV, de 2 cm de diámetro, fue cerrada con parche de pericardio bovino (Figura 3) y se realizó un *bypass* a la coronaria derecha con arteria mamaria derecha *in situ*. La evolución postoperatoria fue favorable y el paciente fue dado de alta a los 7 días del postoperatorio.

Escribir simplemente es tan difícil como escribir bien.

SOMERSET MAUGHAM