

Editorial: Hospital Metropolitano

ISSN (impreso) 1390-2989 - **ISSN (electrónico)** 2737-6303

Edición: Vol. 29 (suppl 2) 2021 - noviembre

DOI: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol29/supple2/2021/38-39>

URL: <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/344>

Pág: 38-39

Valoración por RMN cardiaca de un paciente con ventrículo único con atresia tricúspidea con tubo extracorpóreo de Glenn y cirugía de Fontan-Kreutzer

Entre las cardiopatías congénitas (CC) el ventrículo único en su variante con atresia tricúspide o de entrada única es poco frecuente (1.5% de todas las CC). Es una cardiopatía cianótica y grave. La sangre no oxigenada sistémica llega a través de la VCS a la AD se mezcla a través de una CIA con la sangre pulmonar oxigenada de la AI y llega al ventrículo único predominante que es de doble salida. Los que no presentan estenosis pulmonar asociada (25% de estas cardiopatías) suelen tener una saturación más aceptable durante los primeros meses de vida. Con las técnicas quirúrgicas actuales la expectativa de vida es del 90 - 93% a los 10 años. El diagnóstico es principalmente a través del ecodoppler cardiaco y la hemodinamia nos permite valorar además patologías asociadas ocupando la RMN cardiaca un rol cada vez más importante en la evaluación de estos pacientes.

Se trata de un varón de 12 años de edad portador de ventrículo único con atresia tricúspidea con cirugía de colocación de tubo extracorporeo de Glenn a los 4 meses y cirugía paliativa con tubo con fenestración a AD de Fontan-Kreutzer a los 8 años enviado para evaluación anatomo-funcional a través de RMN.

RMN CARDIACA: 12 años de edad. Altura 146 cm. Peso 44 Kg. Cavidades izquierdas: AI de morfología y tamaño conservado. Venas pulmonares drenan en aurícula situada a la izquierda. VI de tamaño conservado dominante con porción trabeculada bien desarrollada. Válvula mitral sin alteraciones morfológicas. Cavidades derechas: AD de tamaño aumentado. VCS e I de tamaño aumentado drenan

en aurícula situada a la derecha. VD hipoplásico de tamaño disminuido. Se observa tubo extracorpóreo de Glenn con anastomosis termino-lateral de VCS a arteria pulmonar derecha con flujo bidireccional y boca amplia (15 mm). Tubo de VCI a pulmonar (Fontan). Válvula tricúspide atrésica. Rama pulmonar derecha (22mm) de mayor tamaño que la rama izquierda (16mm). Aorta ascendente de diámetros aumentados (30 mm) a predominio de su porción anular. Salida de grandes vasos de cayado aórtico. VI con engrosamiento, motilidad parietal y función global conservada. FEY izquierda estimada 60 %. Pericardio sin particularidades.

Poco se sabe de la evolución a largo plazo de los pacientes con esta patología, aunque estudios observacionales sugieren que el sexo masculino, la función ventricular y la presencia de arritmias complejas son predictores de mortalidad. El estudio con RMN cardiaca ocupa un lugar cada vez más preponderante en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con cardiopatías congénitas ya que permite la valoración anatómica y funcional de las cavidades cardiacas tanto izquierdas como derechas y de los grandes vasos.

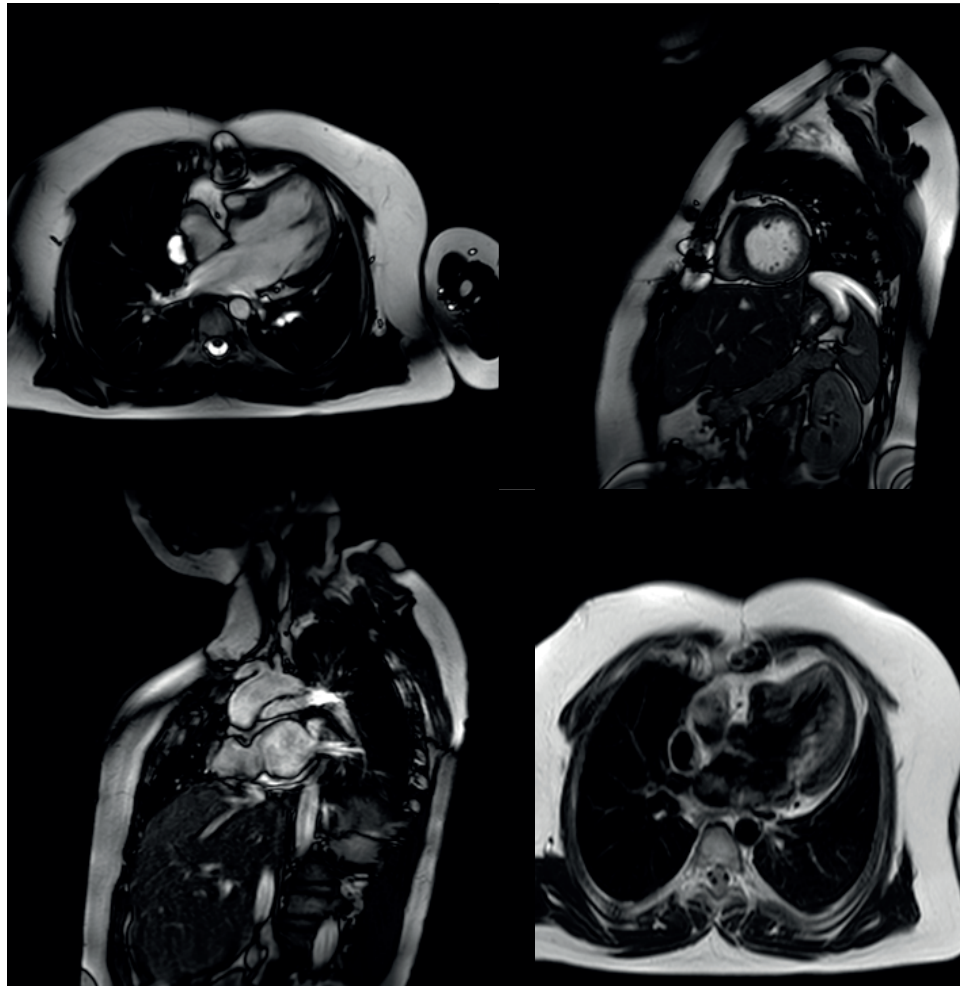


Figura 1. Tomografía computarizada (TC).

Luis Alberto Mutti¹
Hospital Dr. Alberto Duhaú
Argentina

 <https://orcid.org/0000-0002-1454-9972>

Mónica Couso²
Hospital Dr. Alberto Duhaú
Argentina

 <https://orcid.org/0000-0002-6402-5704>