

Soplo cardiaco en varón joven

¹Parra Gordo ML, ²Aroca Peinado A, ³Olivera Serrano MJ

¹Unidad de Imagen Médica. Hospital Universitari y Politècnic La Fe. Valencia

²Servicio de Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitari y Politècnic La Fe. Valencia

³Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario La Princesa. Madrid

Varón de 42 años, con antecedentes de cardiopatía en varios familiares. Fallecimiento de muerte súbita de su madre a los 50 años y de un hermano a los 23 años de edad.

Consulta por dolor torácico sin fiebre. Está consciente y orientado, eupneico en reposo. No hay ingurgitación venosa yugular y el latido carotídeo es rítmico. En la auscultación cardiaca llama la atención un soplo continuo en el foco pulmonar. En la auscultación pulmonar el murmullo vesicular está conservado. No existen edemas en los miembros inferiores y los pulsos pedios están presentes y son simétricos.

El hemograma, la bioquímica y la coagulación están dentro de la normalidad. En el electrocardiograma se aprecian signos de crecimiento de ventrículo izquierdo (VI), con trastornos de la repolarización en V5 y V6.

En la radiografía de tórax (figuras 1 y 2) se aprecia cardiomegalia global. Existe un aumento del número y tamaño de las estructuras vasculares pulmonares en los campos pulmonares superiores e inferiores y en las regiones laterales y centrales. Este patrón de vascularización sugiere la existencia de plétora pulmonar. Se visualizan líneas B de Kerley en el seno costofrénico lateral derecho, que pueden corresponder a edema intersticial.

Ante estos hallazgos, el radiólogo recomienda estudio desde el punto de vista cardiológico para descartar cortocircuito izquierda-derecha.

Se realiza un ecocardiograma ambulante que muestra VI dilatado, sin hipertrofia, con función sistólica en límites bajos de la normalidad, sin alteraciones de la contractilidad segmentaria. Aurícula izquierda dilatada. Las cavidades derechas y todas las válvulas son normales. Se observa cortocircuito continuo izquierda-derecha a través de ductus arterioso persistente (DAP), con un diámetro máximo de 12-13 mm.

Se realiza ingreso programado del paciente para cateterismo, con presencia de ductus arterioso persistente, dilatación de VI e hipertensión moderada por hiperflujo. Se realiza cierre percutáneo con dispositivo Amplatzer de 16 mm con éxito.

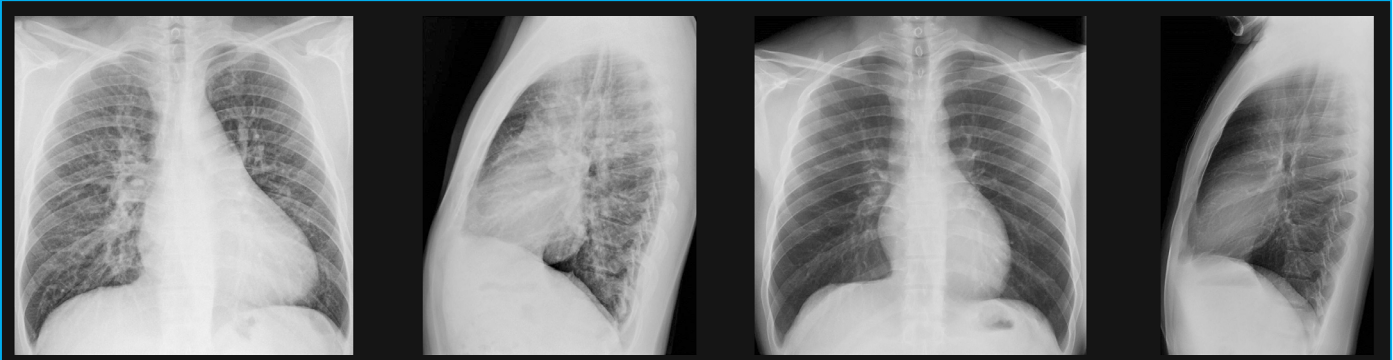
En el ecocardiograma postintervención no se objetiva ductus. Hay una imagen hiperecogénica entre la aorta ascendente y el tronco de la arteria pulmonar que parece corresponder a dispositivo de cierre percutáneo.

Durante su estancia en planta el paciente permanece clínica y hemodinámicamente estable.

El paciente es dado de alta sin precisar antiagregación. Se recomienda realizar profilaxis de la

Figuras 1 y 2: Radiografía PA y lateral de tórax. Se aprecia cardiomegalia y aumento del número y tamaño de las estructuras vasculares pulmonares, que sugieren la existencia de plétora pulmonar. Se visualizan líneas B de Kerley en seno el costofrénico lateral derecho, que pueden corresponder a edema intersticial

Figuras 3 y 4: Radiografía PA y lateral de tórax un año después. Índice cardior torácico y vascularización pulmonar dentro de la normalidad



endocarditis infecciosa ante procedimientos de manipulación de la mucosa bucal, respiratoria o genitourinaria.

En una radiografía de tórax de control, solicitada por el médico de cabecera un año después, no se aprecian alteraciones significativas y hay desaparición de la cardiomegalia y de la plétora pulmonar (figuras 3 y 4).

COMENTARIO

La permeabilidad aislada del ductus en los nacidos a término es una de las cardiopatías congénitas más frecuentes (5-10% del total)¹. Se asocia a malformaciones más complejas, en las que la perfusión pulmonar (atresia pulmonar...) o la sistémica (interrupción del arco aórtico...) dependen de la persistencia ductal. En estos casos, el DAP es imprescindible para la supervivencia inicial. Sin embargo es muy poco frecuente que un ductus con significación clínica pase desapercibido y llegue permeable a la edad adulta, dado el elevado riesgo de hipertensión pulmonar no reversible.

Las "Guías Clínicas de la ACC/AHA de 2008 para el abordaje de los adultos con cardiopatía congénita"² reconocen como indicación Clase I el cierre quirúrgico o percutáneo del ductus que dilate las cavidades izquierdas y/o tenga hipertensión pulmonar (HTP) con cortocircuito izquierda-derecha demostrado y/o antecedentes de endarteritis.

En los casos con HTP, cortocircuito bidireccional y resistencias vasculares pulmonares elevadas, está indicado el test de oclusión transitoria en hemodinámica con/sin la administración de vasodilatadores pulmonares. Si la respuesta es favorable (caída de la presión pulmonar), se recomienda su oclusión.

En la actualidad, el tratamiento de elección es el cierre percutáneo mediante coils u otros dispositivos de oclusión tipo Amplatzer. Se reserva la intervención quirúrgica para los casos desfavorables por su gran tamaño.

Los pacientes intervenidos quirúrgicamente, en quienes el ecocardiograma de control demuestre la ausencia de cortocircuito, se consideran curados y pueden ser dados de alta definitivamente.

Se aconseja revisión cardiológica al menos una vez cada 5 años a los pacientes que han sido

tratados mediante cierre percutáneo.

BIBLIOGRAFIA

1. Mitchell SC, Korones SB, Berendes HW. Congenital heart disease in 56109 births. Incidence and natural history. *Circulation* 1971;43:323.
2. ACC/AHA 2008 Guidelines for the Management of Adults With Congenital Heart Disease. *Circulation* 2008;118:2395-2451.