

# Paciente masculino de 24 años de edad portador de atresia pulmonar sin CIV – 2014

Dr. Francisco A Lopez y Dr. Sebastian Campbell

Hola estimados miembros del foro. Compartimos este caso por que nos parece complejo e interesante y por que con seguridad alguno de ustedes podría aportar algo.

Paciente masculino de 24 años de edad portador de cardiopatía congénita, atresia pulmonar sin CIV al que se somete a cirugía de Glenn y posteriormente a dilatación de la arteria pulmonar con parche y cavitación del ventrículo derecho por hipertrofia severa. Última cirugía a los 2 años de edad. Cursa asintomático, con buena saturación y capacidad física hasta el día del ingreso. Traído a la guardia por palpitations, disnea, dolor de pecho e hipotensión. Se realiza cardioversión.

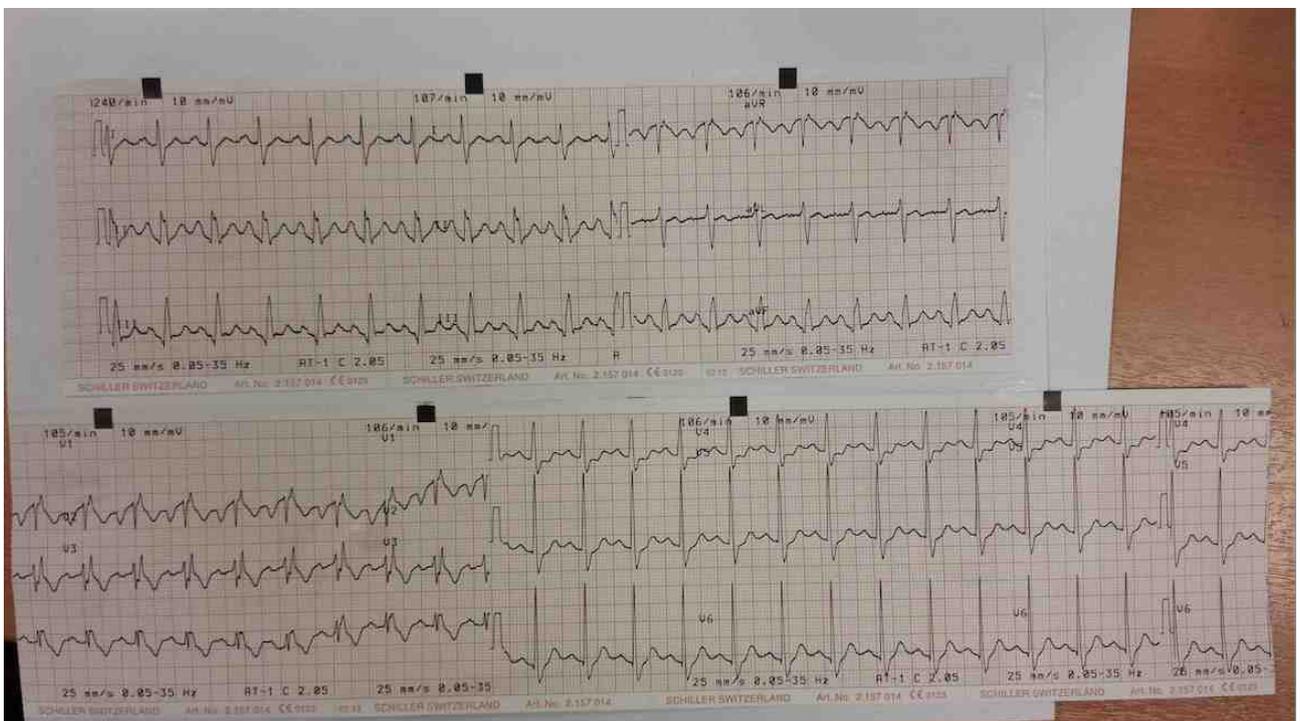
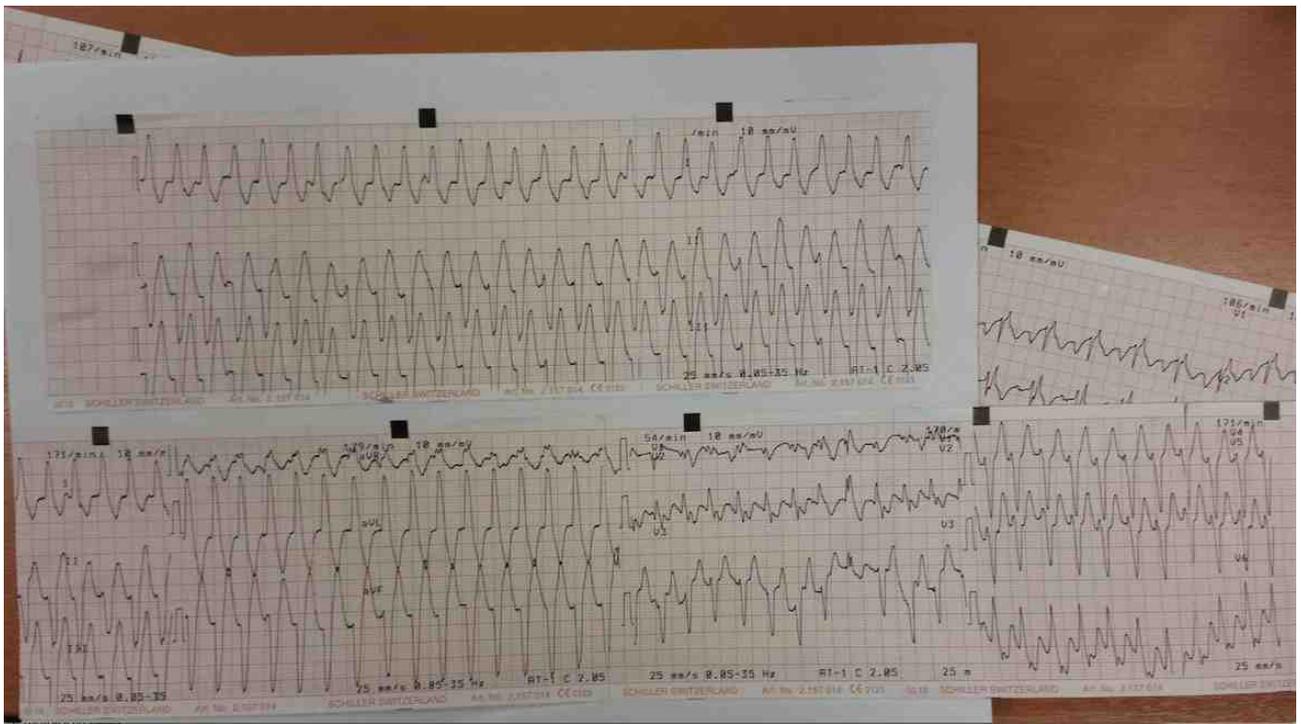
Durante estudio electrofisiológico se logra inducir taquicardia ventricular de similar morfología a la del episodio en cuestión sin evidencia de conducción retrógrada.

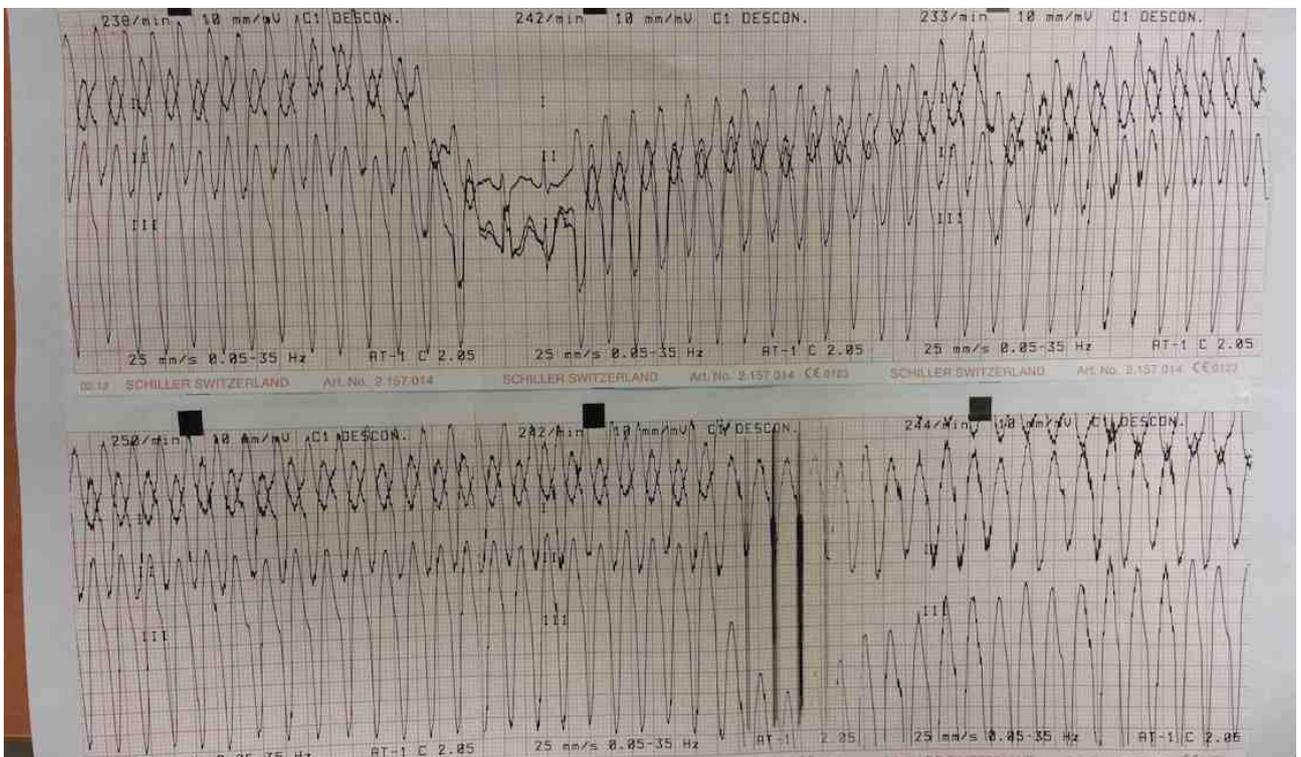
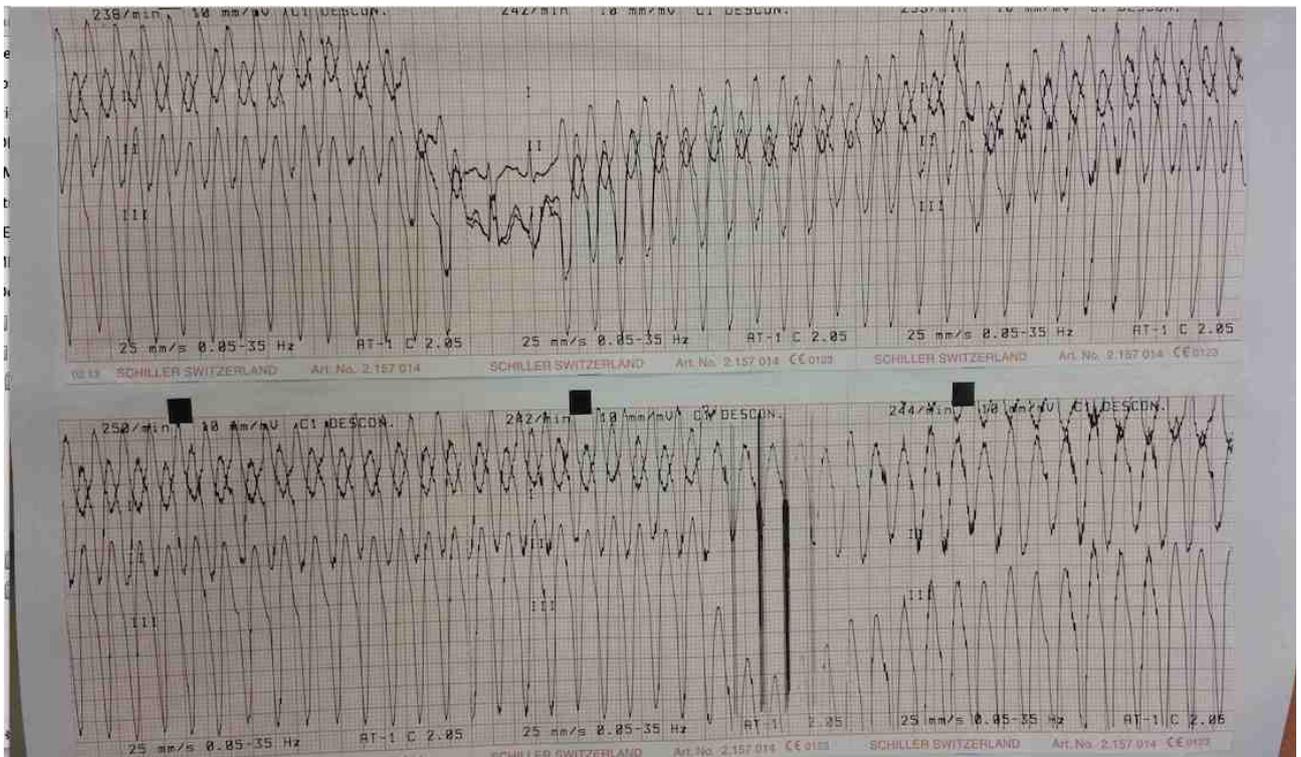
Eco cardiograma transtorácico evidenció dilatación moderada a severa del ventrículo derecho con disfunción leve e insuficiencia pulmonar severa. RMN confirma los hallazgos del eco, además de cicatriz quirúrgica en VD.

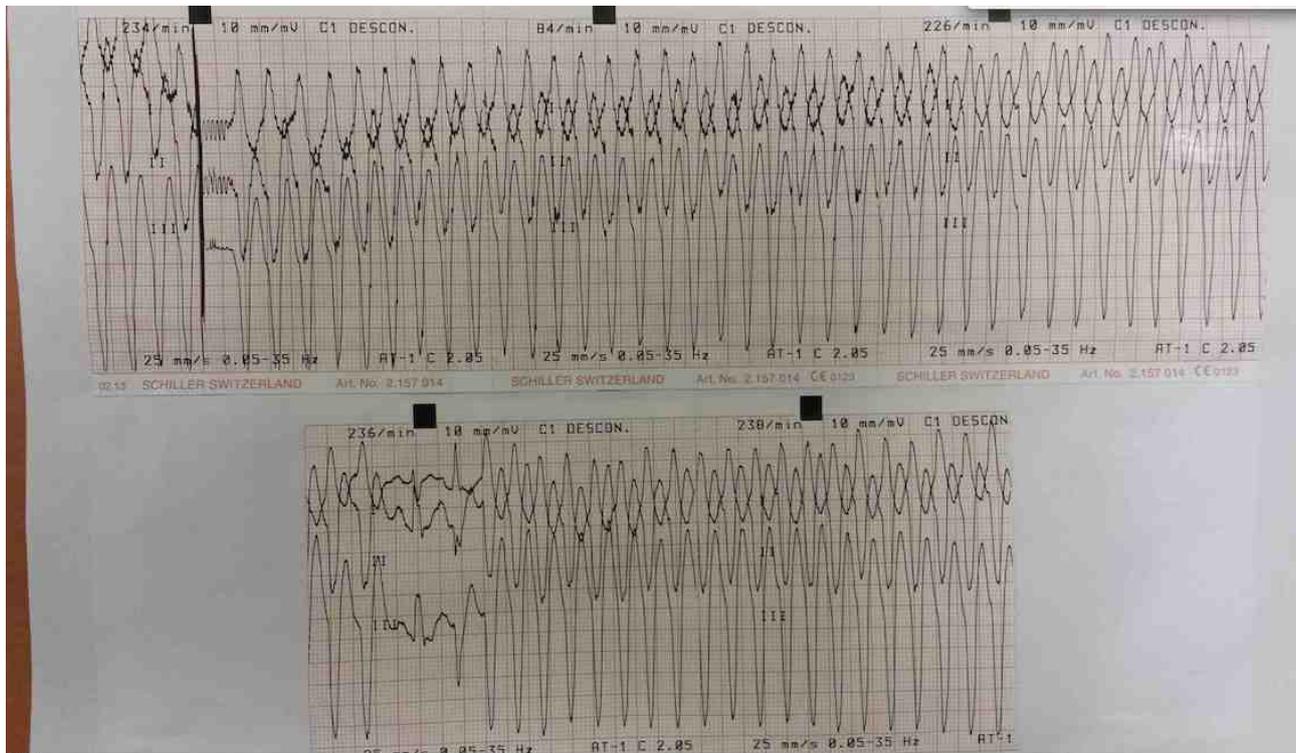
Evaluated en conjunto con cardiología pediátrica y cirugía cardíaca pediátrica concensando la necesidad del implante de un CDI.

Lo difícil del caso es el implante del CDI ya que la vena cava superior drena directamente a la pulmonar, la vena cava inferior a la aurícula derecha. ¿Qué experiencia tienen ustedes con respecto al implante en cardiomiopatías congénitas de este tipo?

Dr. Francisco A Lopez  
Dr. Sebastian Campbell







## OPINIONES DE COLEGAS

Edgardo, en primer lugar algunos comentarios sobre el diagnóstico de base.

La atresia pulmonar sin CIV, es más frecuente en la forma con VD hipoplásico y con sinusoides intramiocárdicos, el relato de Glenn y luego una especie de tunelización no explica como vivió hasta el Glenn, dado que esta cirugía nunca se realiza antes de los 4-6 meses.

Asimismo tener presente que los hermanos siameses, arritmia/deterioro de la función deben siempre analizarse a predominio de la segunda en las cardiopatías congénitas, es decir, primeramente debo corregir la circunstancia que hace a la arritmia manifestarse y estas suelen ser alteraciones hemodinámicas que requieren un muy sesudo análisis pediátrico.

Podemos corregir la arritmia y el resultado ser el mismo, y a su vez, no pocas veces corrigiendo la hemodinamia, con un par de comprimidos podría mantenerse su situación sin intervenciones agregadas.

Un ventrículo en esas condiciones no debe pensarse exclusivamente como uno isquémico o uno "cicatrizal" ya que está cicatrizado desde hace más de 20 años.

Ante la falta de datos, supongamos que todo esto que mi linaje pediátrico exige ya fue analizado y llegamos al CDI.

En pediatría, y en pacientes pediátricos aunque tengan mayoría de edad, el universo de complicaciones es interminable y el acceso venoso uno de ellos.

No tengo pacientes en ese estadio y me alegro de haber alcanzado esa situación, pero conozco que se hace CDI epicárdicos y muy recientemente subcutáneos, evitando la toracotomía, y con bolsillo abdominal.

Sin lugar a dudas SOLO equipos de electrofisiólogos pediátricos están en condiciones de realizarlo y mejorar la calidad de vida del paciente, ambas situaciones. La primera es más sencilla pero no es integral.

En nuestro Buenos Aires, la persona es José Moltedo y a él referiría toda tu duda y el paciente si esto fuera menester.

Ojalá pueda haber transmitido, más que experiencia, sensibilidad y tacto pediátrico, los chicos no son adultos en miniatura y las cardiopatías congénitas complejas son un mundo SOLO para sus profesionales dedicados a full a ellos.

Los centros mundiales que lo hacen con éxito tienen esta conciencia como moto.

No es una especialidad part time.

Un gran abrazo Edgardo.  
Lo mejor para vos

Diego Esandi

---

Hola compañeros del foro.

Se trata de un caso sumamente complejo.

¡Excelentes comentarios de Diego!

Coincido con lo que él dice que ante un paciente adulto con CC paliada con TV clínica e inducible luego en la sala, como es el caso de este joven, siempre se debe considerar la estrecha relación que existe entre las arritmias y los defectos hemodinámicos residuales. En este paciente se asocian como dice Diego las consecuencias de cianosis de larga data hasta la paliación, la presencia de las cicatrices resultantes de la cirugía y una insuficiencia pulmonar severa con la consecuente dilatación del VD.

Creo que se debe abordar esto en el caso presentado.

Es importante destacar que el paciente todavía presenta un adecuada función ventricular derecha. No queremos llegar tarde a ponerle una válvula pulmonar.

Y obviamente no podemos olvidarnos de la arritmia. La pregunta es siempre si la corrección del defecto residual, en este caso la IP, será suficiente por sí solo, o si necesitamos algo más. Como un CDI.

El acceso como dice Diego puede potencialmente ser un factor que complica la decisión. Se han desarrollado distintas técnicas.

En mi grupo tenemos una seria pequeña, pero interesante de CDI epicárdicos usando para ello catéteres epicárdicos para estimulación y sensado, y un catéter endocavitario de CDI suturado a la superficie del ventrículo. Esta técnica la utilizamos en paciente muy pequeños o en aquellos adultos jóvenes con CC y acceso venoso limitado al corazón derecho. Nuestra experiencia es buena en un seguimiento a corto-mediano plazo. El año pasado presentamos esta serie en el 3º Congreso Argentino de Arritmias. Y tenemos también, una publicación sobre esta vía de acceso en un paciente pediátrico de 18 meses con un síndrome de Brugada y MS frustra que está disponible en Pub Med.

Hay otras alternativas descriptas.

Alguna de ellas la he usado para estimulación solamente; es el acceso directo transatrial, colocando el catéter endocavitario de CDI en el VD por esta vía, y luego agregando un catéter epicárdico en la aurícula para estimulación y sensado. Es una buen opción y en cierto sentido puede ser mejor ya que elimina los potenciales problemas de los cables epicárdicos.

Recomiendo, además de transmitir mi humilde opinión y experiencia, un artículo en un JCE de 2006 de mi amigo el Dr. Bryan Cannon, actualmente en la Clinica Mayo, sobre estas vías alternativas de implante.

Les dejo un saludo grande y cualquier cosa a disposición.

Jose Moltedo

---