

Defecto interauricular tipo cava inferior, corregido bajo circulación extracorpórea

*Dres. R. Rivera, J. A. Pedrote, A. Martín, J. Gil Zaragoza y A. Garijo
SEVILLA*

Se trata de una niña de 9 años, nacida de embarazo y parto normal. La sintomatología es compatible con una vida completamente normal, sólo nota ligera disnea de esfuerzo. La madre refiere que cuando la pequeña lloraba con energía se le ponían los labios morados.

En la exploración física sólo cabía destacar una ligera ingurgitación de yugulares. Nada en aparato respiratorio. La auscultación cardíaca presentaba: ritmo central rítmico a 90 sístoles por minuto. En mesocardio y foco pulmonar soplo sistólico de grado II-III que parece ocupar toda la sístole con segundo tono desdoblado. Este desdoblamiento es fijo, se ausculta también en foco mitral, aunque con menor intensidad. No thrill, pero sí impulso sistólico a nivel de mesocardio. Pulsos periféricos conservados. Presión arterial 12'5/7.

En la exploración electrocardiográfica, existía un ritmo sinusal a 80 sístoles por minuto. Aumento de aurícula izquierda y de ventrículo derecho. Bloqueo incompleto de rama derecha de haz de His.

En el fonocardiograma se confir-

man los datos auscultatorios. El desdoblamiento del segundo tono es amplio y fijo, sobre todo en mesocardio y pulmonar.

Mediante radioscopia de tórax se ve en antero-posterior la sombra cardíaca ligeramente agrandada con hilios densos. No se logra ver la danza biliar. Trama vascular marcada. En oblicua anterior derecha parece existir aumento de aurícula izquierda y el ventrículo derecho llega hasta la pared costal. En oblicua anterior izquierda el ventrículo izquierdo no se separa de columna. Practicadas unas radiografías objetivan estas aseveraciones.

El juicio clínico que se hizo fue de comunicación interauricular tipo "ostium secundum". El diagnóstico definitivo así como la indicación terapéutica fue postergado hasta conocer los datos hemodinámicos derivados de un cateterismo cardíaco.

Este se efectuó el día 19 de septiembre por el Dr. Pedrote, quien introduciendo un catéter por vía antecubital derecha penetró en arteria pulmonar, ventrículo derecho y aurícula derecha, obteniendo unas

presiones que son respectivamente de 32/10 mm. Hg. 42/10 mm. Hg. y 2 mm. Hg., se realizó también de-

terminación de gases con una hemoglobina total de 13'8 grs. %, obteniéndose la siguiente oximetría:

Cava sup.	13'2	vol. %	72,5	% de saturación
A. Dcha. (alta) ...	13	"	70	"
A. Dcha. (media) ...	15,2	"	83	"
V. Dcho. (c. tricus)	15,2	"	83	"
V. Dcho. (alto) ...	16	"	88	"
Pulmonar	16	"	88	"

Estas determinaciones indican la existencia de una comunicación izquierda-derecha a nivel auricular, y discreto gradiente a través de la válvula pulmonar que consideramos de origen funcional.

Con el diagnóstico de defecto del tabique interauricular de tipo dorsal (ostium secundum) de tamaño grande, se hace la indicación de su cierre operatorio.

Las determinaciones de laboratorio previas al acto quirúrgico muestran: glucemia 0'96 grs. % o. Uremia 0'32 grs. % o. Sodio 132'6 mEq/l. Potasio 4'8 mEq/l. Velocidad de sedimentación 14/28. Índice de Kzt 14: Hematías 4.500.000. Hb. 80 %. V. G. 0'88. Hematócrito 41 %. Leucocitos 8.000 (c : 1, s : 49, e : 11, l : 38, m : 1), tiempo de hemorragia 2'15 segundos. Tiempo de coagulación 7'45 segundos. Test de labilidad sérica normales.

La intervención se realizó bajo circulación extracorpórea utilizando una máquina corazón-pulmón artificial cargada con 2.000 c.c. de sangre heparinizada grupo A rh +, con pruebas cruzadas de compatibilidad sanguínea previamente realizadas (Dr. Gil Zaragüeta). Bajo anestesia general se practicó una esternotomía media y tras separar

el timo se abrió pericardio y se pasaron cintas en torno a las cavas. El corazón presentaba aumento de aurícula derecha y la arteria pulmonar tenía un calibre similar al de aorta. No se apreciaban otras anomalías externas. Por exploración digital a través de orejuela derecha se apreció la existencia de un defecto interauricular de tipo dorsal, de gran tamaño, y que presentaba borde en todo su contorno excepto en la parte inferior donde se continuaba insensiblemente con la vena cava. Tras canular ambas venas cavas y la arteria femoral, se estableció la perfusión extracorpórea con débitos de 2.300 c.c. con una perfusión total de 15 minutos de duración, precedida y seguida de sendos períodos de perfusión parcial de 8 y 5 minutos. Durante todo el tiempo se mantuvieron buenas presiones arteriales y venosas y continuó la actividad cardíaca.

El defecto se cerró a través de una atriotomía derecha, mediante dos suturas continuas de seda 3/0, poniendo especial cuidado en el extremo inferior en cerrar el defecto sin suturar a la válvula de la vena cava inferior, que es el principal problema técnico de la corrección de este tipo de defectos.

Una vez finalizada la interven-

ción el balance de sangre arrojaba un saldo positivo de 75 c. c. El recuento hemático era de 4.800.000. Hematócrito de 45 %, tiempo de coagulación de 5,30 segundos. Plaquetas 60.000/mm.³. El tromboelastograma realizado con sangre total muestra coagulación lenta por efecto de la heparina. Presión arterial de 11 de máxima. Presión venosa 11 cm. de agua.

Durante las primeras horas la enferma, en régimen de cuidado intensivo, evolucionó con entera normalidad, las cifras de presión arterial y presión venosa se mantienen. Se hace respiración a presión positiva intermitente mediante aparato con válvula Bennet. En el balance de pérdidas sanguíneas se mantiene un superávit de 125 c.c. y finalmente los drenajes se estabilizan con una pérdida total de 270 c.c.

El control radiográfico efectuado a las 5 horas de la intervención evidencia unos espacios pleurales libres y una completa expansión de ambos parenquimas pulmonares. Al día siguiente las pruebas de laboratorio son: Hematíes 4.600.000 Hb. 84 por 100. Hematócrito 44 %. Urea 0'36 grs. % o. Sodio 136'9 mEq/l. y Potasio 5'3 mEq/l. En el tromboelastograma realizado con sangre total se aprecia una discreta disminución de la función plaquetaria. Fibrinolisis normal. Las presiones arteriales siguen alrededor de 13'5/0 y la presión venosa en 9. Pulso central rítmico a 120/m. La diuresis espontánea recogida es de 1.000 c.c.

Levantada al tercer día siguió un postoperatorio absolutamente normal y hoy día la presentamos tras haberle sido retirados los puntos de sutura.

