

Boletín de Comunicación Interauricular en Niños

Se define como cardiopatía congénita (CC) toda anomalía estructural del corazón o de los grandes vasos. Son consecuencia de las alteraciones del desarrollo embrionario del corazón, aproximadamente entre la 3ª y la 10ª semana de gestación. Estas pueden tener una causa genética, ambiental o multifactorial. Dentro de las cardiopatías congénitas más frecuentes encontramos la Comunicación Interauricular (aproximadamente un 7% de todas las CC) que es la patología que ampliaremos en el presente Boletín.

La **Comunicación Interauricular** es un defecto en el septo interauricular que permite el paso de sangre entre las dos aurículas. Las consecuencias hemodinámicas dependerán de la localización y tamaño del defecto y de la asociación con otros defectos.

Clasificación

- **CIA Ostium Secundum:** Corresponde al 70% de todas las CIA, es más frecuente en mujeres. Se localiza en la región de la fosa oval en la parte central del septo. Se puede asociar a CIA del seno venoso y también al prolapso de la válvula mitral.
- **CIA del seno venoso:** 10% de las CIA. Puede ser tipo superior, que se localiza en el septo interauricular por debajo del orificio de la vena cava superior, que se asocia a drenaje venoso pulmonar anómalo parcial, también puede ser inferior (cerca vena cava inferior).
- **CIA Ostium Primum:** Localiza en la base del septo interauricular por falta de unión del septum primum con los cojines endocardíacos. Casi siempre se asocia a anomalías en las válvulas AV.

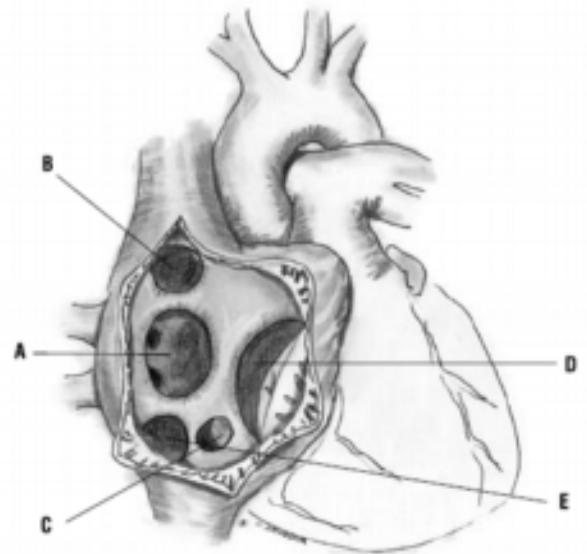


FIGURA 130.1 Esquema de los diferentes tipos de CIA. A. Tipo *ostium secundum* o foramen oval. B. Tipo seno venoso superior. C. Tipo seno coronario. D. Tipo seno coronario inferior. E. Tipo *ostium primum*.

Figura tomada del libro de Cardiología Pediátrica, pág. 394.

Cuadro Clínico

La CIA aislada no suele dar síntomas en la infancia y el diagnóstico suele hacerse por la presencia de un soplo o de un desdoblamiento fijo del 2º R cardíaco.

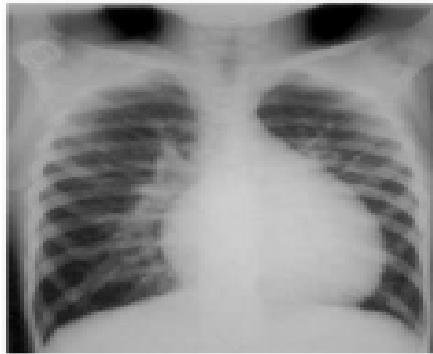
Sin embargo, en los lactantes con una CIA grande, puede haber un retraso ponderoestatural, bronquitis a repetición y síntomas de Insuficiencia Cardíaca.

El soplo es eyectivo pulmonar, debido al hiperflujo pulmonar y no al paso a través de la CIA (dado

que la velocidad a este nivel es baja). Hay que diferenciarlo del soplo de la estenosis pulmonar válvular ligera-moderada, que suele ser más rudo y generalmente de mayor intensidad. Suele haber un desdoblamiento del 2R fijo, que no varía con la respiración. Si se ausculta un soplo sistólico apical, sospechar una insuficiencia mitral, que suele asociarse a la CIA ostium primum.

Diagnóstico

- **ECG** puede ser normal en una CIA pequeña o presentar un retraso de la conducción del ventrículo derecho.
- **Rx de tórax:** en la CIA grande, se observa una cardiomegalia a expensas del borde derecho de la silueta cardíaca, que corresponde a la aurícula derecha; también, puede haber una prominencia del tronco de la arteria pulmonar y un aumento de la vascularización pulmonar.



- **Ecocardiograma-Doppler:** Es el método de elección para el diagnóstico. Nos da información anatómica (tamaño y localización), así como, funcional, como el grado de dilatación del ventrículo derecho, el movimiento septal, y presión pulmonar.

Tratamiento

Puede haber un cierre espontáneo de las CIA si son inferiores a 8 mm, con una tasa de cierre que puede llegar al 70-80 % antes de los 18 meses. Si son más grandes o persisten después de los 18 meses, difícilmente se cerrarán.

Si se deja una CIA a su libre evolución podría dar lugar a hipertensión pulmonar y taquiarritmias (fibrilación auricular) a partir de la 3ª década.

- **¿Cuándo estará indicado cerrar una CIA?**
Cuando hay un cortocircuito significativo con un QP (gasto pulmonar)/QS (gasto sistémico) > 1,5 entre los 3-5 años de edad.
Niños con CIA y gran afectación hemodinámica se cerrarán antes de los 3 años.

Hay dos posibilidades de cierre, por un lado, el cierre quirúrgico convencional, con una sutura del defecto o con un parche de pericardio, bajo circulación extracorpórea. Por otro lado, está el cierre con un dispositivo mediante cateterismo cardíaco.

Elección del método para cierre: la selección inicial será mediante el ecocardiograma, valorando si la CIA está centrada en el septo, el tamaño y si tiene bordes adecuados para implantar el dispositivo. Posterior al cierre se precisa tratamiento antiagregante y profilaxis endocarditis durante 6 meses.

Con el cierre de la CIA en niños se ha observado mejoría de la conducción AV, disminución de los periodos refractarios del nodo AV y mejoría de la función del nodo sinusal. La mejoría posiblemente se debe a la reducción del volumen manejado por las cavidades auricular y ventricular derechas.

Referencias

- Perich Duran. Cardiopatías congénitas más frecuentes. *Pediatr Integral* 2008;XII(8):807-818.
- Gongora. G; Fragoso. C; Gordillo. L. Comunicación Interauricular: defectos del complejo septal interauricular. *Cardiopatías Congénitas*. Capítulo XV. P 1260-1421.