



LA ECOCARDIOGRAFIA TRIDIMENSIONAL EN DEFECTO TIPO GERBODE

Cortez Benitez A., Rascon Sabido R., Ibarra Quevedo D., Martinez Hernandez C., Arenas Fonseca J., Zamorano Hernandez N., Winzig Gomez A.

SERVICIO DE GABINETES, UMAE, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI, IMSS, MEXICO.



Resumen

El Defecto de Gerbode fue originalmente descrito en 1958 y se refiere a una comunicación entre el ventrículo izquierdo y la aurícula derecha. Puede ser congénito o adquirido, entre las causas conocidas de este defecto están la endocarditis, trauma, infarto al miocardio y antecedente de cirugía cardíaca. Se presenta el caso de una paciente del sexo femenino postoperada de cierre de comunicación interauricular hace 10 años, acudió a estudio ecocardiográfico de control por el antecedente quirúrgico descubriéndose la comunicación del ventrículo izquierdo a la aurícula derecha determinándose la presencia de defecto tipo Gerbode y caracterizado de mejor manera con ecocardiografía tridimensional.

Introducción

Gerbode y colaboradores originalmente en 1958 describieron un defecto congénito y adquirido a que comunicaba al ventrículo izquierdo con la aurícula derecha, solo el 1% de los casos es congénito el resto son adquiridos, las causas principales de este defecto fueron endocarditis, trauma, infarto al miocardio y postcirugía cardíaca. Estos autores clasifican el defecto encontrado en 3 variedades: 1. La fusión de la valva septal de la válvula tricúspide a el borde del defecto septal ventricular; se asocio con perforación de la valva, el cortocircuito es del ventrículo izquierdo a la aurícula derecha. 2. un defecto o fisura de la valva de la válvula tricúspide en este punto cubre directamente el defecto ventricular, el cortocircuito ocurre del VI al VD y por regurgitación a la AD. 3. una combinación de las dos variables anteriores permite que una proporción variable de sangre derivada entre a la aurícula derecha y al VD.

En un estudio todos los pacientes fueron diagnosticados con ecocardiografía con una vista en 4 cámaras y con Doppler color, en el mismo estudio todos los pacientes fueron reparados con cirugía con parche. Un defecto tipo Gerbode debe ser sospechado en el ecocardiograma cuando hay una aurícula derecha inusualmente dilatada, la otra característica es un alto gradiente Doppler entre el ventrículo izquierdo y la aurícula derecha. La alta resolución del ecocardiograma transesofágico tridimensional confirma el diagnóstico y la localización del defecto. La ecocardiografía tridimensional con tecnología digital y los transductores transesofágicos permite mejor definición estructural cardíaca. Ha sido utilizada para la evaluación antes de la cirugía, en la sala de operaciones y como ayuda diagnóstica en el manejo de cortocircuitos cardíacos. El cierre espontáneo del defecto es muy rara, la cirugía correctiva de este defecto tiene excelentes resultados quirúrgicos. El cierre percutáneo ofrece un tratamiento alternativo en pacientes con defecto tipo Gerbode.

Reporte del caso

Femenino de 68 años de edad hipertensa, historia cardiovascular: intervención quirúrgica de cierre de comunicación interauricular en el 2004, esta con tratamiento médico con metoprolol y enalapril, se refiere asintomática desde el punto de vista cardiovascular, teniendo una clase funcional I de la clasificación de la Sociedad Americana del Corazón (AHA). Se presenta el día 25 de abril del 2014 para estudio ecocardiográfico de control donde se abordó primero por vía transtorácica encontrando como hallazgo ventrículo derecho no dilatado pero hipertrofico y aurícula derecha dilatada. Se encontró flujo del ventrículo izquierdo a la aurícula derecha y un gradiente de 56 mmHg en dicho flujo sospechándose defecto tipo Gerbode, procediendo a realizar ecocardiograma transesofágico para determinar con mayor precisión el tamaño del defecto. El ETE se realizó con sonda multiplanar X7-2 capturando imágenes en modo bidimensional y tridimensional. Se corroboró la presencia de Defecto Tipo Gerbode de 7x10 mm. que comunica ventrículo izquierdo con aurícula derecha sin hipertensión pulmonar.



Conclusiones

Las características de este defecto caracterizado por la ecocardiografía tridimensional nos da una mejor definición, tamaño y correcto sitio del defecto. En el paciente se presenta un defecto tipo Gerbode, del tipo 1 de la clasificación original.

Bibliografía

1. Gerbode F, Hultgren H, Melrose D, Osborn J. Syndrome of left ventricular-right atrial shunt; successful surgical repair of defect in five cases, with observation of bradycardia on closure. Ann Surg. 1958;148:433-46.
2. Mousavi N, Douglas C, Kilcullen N, et al. Multimodality imaging of a Gerbode Defect. Images Circulation. 2012;126:e1-e2.
3. Lee Y.S, Song Y.J, Baek S.J. Percutaneous closure of the acquired Gerbode shunt Using The Amplatzer Duct Occluder in a 3-month old Patient. Korean Circ J. 2013;43:429-431.