

Imagen en cardiología

Trasposición de grandes arterias congénitamente corregida, anomalía coronaria y trasplante



Congenitally corrected transposition of the great arteries, coronary anomaly and transplant

Diana Isabel Katekaru-Tokeshi^{a,*} y Moisés Jiménez-Santos^b^a Servicio de Cardiología, Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú^b Departamento de Radiología, Servicio de Tomografía Cardíaca, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Ciudad de México, México

Figura 1.

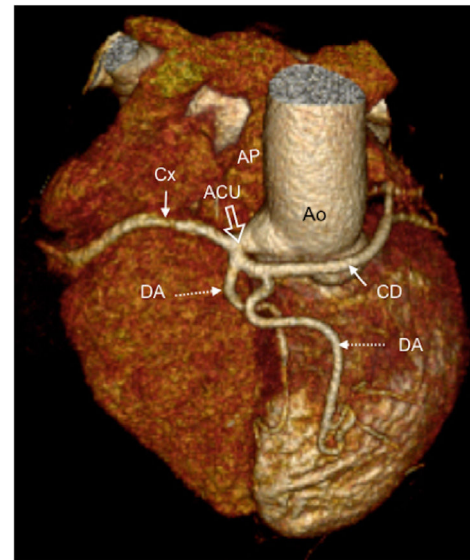


Figura 2.

A una mujer de 55 años sin síntomas cardiovasculares, en un examen de rutina se le detectó un soplo sistólico II/VI en el quinto espacio intercostal izquierdo. El ecocardiograma transtorácico mostró transposición de grandes arterias congénitamente corregida (ccTGA) y válvula tricúspide displásica con cuerdas tendinosas gruesas, regurgitación excéntrica grave y función sistólica ventricular sistémica del 39%. La angiografía computarizada confirmó la ccTGA con salida de vasos en paralelo, aorta (Ao) anterior y a la izquierda con respecto a la arteria pulmonar (AP) (figuras 1A-C; AD: aurícula derecha; AI: aurícula izquierda; OI: orejuela izquierda; VD: ventrículo derecho; VI: ventrículo izquierdo) y detectó una arteria coronaria única (ACU) que emergía del seno de Valsalva anterior derecho, dando origen a las arterias circunfleja (Cx) y coronaria derecha (CD), de la cual nace un doble sistema de arteria descendente anterior (DA) (figura 2).

La combinación de esta doble anomalía coronaria es muy rara, se han descrito solo 2 casos. En pacientes con ccTGA referidos para reemplazo de válvula tricúspide, la supervivencia posoperatoria a 10 años es de menos del 20% si la fracción de eyección del ventrículo sistémico es < 40%.

Para los pacientes con insuficiencia cardíaca derecha y ccTGA, el trasplante cardíaco representa una opción, ya que los pocos casos reportados han tenido resultados comparables con otros motivos de trasplante a largo plazo. Debido a la alineación anormal de las grandes arterias, se requiere modificar la extracción del corazón donante, diseccionando completamente el arco aórtico transversal y la arteria pulmonar en su bifurcación, para poder obtener un ajuste apropiado durante la reimplantación.

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: diakatekaru@hotmail.com (D.I. Katekaru-Tokeshi).

On-line el 20 de diciembre de 2019