

Imagen en cardiología

Cardiopatía congénita compleja: la imagen multimodal avanzada es clave

Complex congenital heart disease: advanced multimodal imaging is key

Marta Zielonka^{a,b,*}, Carlos Igor Morr-Verenzuela^c y Adelina Doltra^c^a Servei de Cardiologia, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España^b Institut de Reserca Biomèdica de Lleida (IRBLLEIDA), Lleida, España^c Institut Clínic Cardiovascular, Hospital Clínic, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 3 de marzo de 2023; Aceptado el 27 de abril de 2023

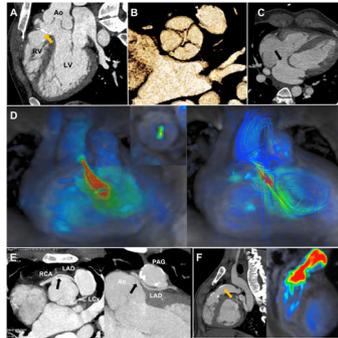


Figura 1.

Se presenta el caso de un varón de 22 años con antecedentes de tronco arterioso de tipo I, al que se operó cuando aún no había cumplido 1 año de vida para implantarle un conducto de Contegra (Medtronic Inc., Estados Unidos) y cerrar una comunicación interventricular (figura 1A). A los 5 años se le volvió a operar con un implante de conducto valvulado de arteria pulmonar (PAG). Presentaba una válvula troncal cuatricúspide (figura 1B) y una amplia comunicación interauricular de tipo *ostium secundum* sin dilatación significativa del ventrículo derecho (VD) debido a la estenosis del PAG (figura 1C).

La ecocardiografía y la resonancia magnética cardíaca (RMC) se hicieron de manera periódica. La RMC de flujo 4 D documentó insuficiencia grave de la válvula troncal, con una fracción de insuficiencia del 50% (figura 1D izquierda; vídeo 1 del material adicional), dirección del flujo y velocidad máxima del flujo (figura 1D derecha).

El orificio anatómico cuantificado mediante tomografía computarizada (TC) cardíaca (Somatom Definition Flash 128-slice Siemens, Alemania) era de 0,53 cm². Debido a la visualización coronaria incompleta, se hizo una TC coronaria que reveló un mismo origen de la arteria coronaria derecha (ACD) y la arteria coronaria descendente anterior izquierda (ACDA) del seno anterior derecho (figura 1E izquierda). La ACDA tenía un trayecto interarterial entre la aorta (Ao) y el PAG (figura 1E derecha). La arteria circunfleja izquierda (LCx) surgía del seno posterior izquierdo con un trayecto normal. Por último, se observó calcificación del PAG (figura 1F izquierda) con estenosis moderada (velocidad sistólica máxima de 3 m/s cuantificada mediante RMC de flujo 4 D; figura 1F derecha y vídeo 2 del material adicional) sin indicación actual de tratamiento. Se consideró la sustitución de la válvula troncal, la cirugía de revascularización coronaria y el cierre de la comunicación interauricular de tipo *ostium secundum*. La imagen multimodal avanzada ayudó a seleccionar el momento óptimo de la cirugía y a planificar la técnica quirúrgica más apropiada. Los autores confirman que se ha obtenido el consentimiento por escrito del paciente para la publicación de este artículo.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Todos los autores contribuyeron a la obtención de los datos, la conceptualización, el redactado y la revisión de la versión final del artículo. Los autores aceptan la responsabilidad definida por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

ANEXO. MATERIAL ADICIONAL

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2023.04.015>

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mzzielonka.lleida.ics@gencat.cat (M. Zielonka).

On-line el 28 de julio de 2023