



¿ECOCARDIOGRAFÍA NORMAL?



Montoya Martínez, C.; Gómez Melero, R.; Delgado González, JL.; Pérez Rocamora, F.; Marín Perez, AM.; Paredes Martínez, R.; Mas Ruiz, SP. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Rafael Méndez de Lorca.

INTRODUCCIÓN

- La incidencia estimada de cardiopatías congénitas se encuentra entre 8-10/1000 recién nacidos. La mitad de ellos presentarán clínica en el periodo neonatal.
- La mortalidad se estima alrededor del 10%.
- La transposición de grandes arterias es una cardiopatía que se define por una discordancia ventrículo-arterial. Las aurículas y los ventrículos están normalmente relacionados, pero la aorta sale del ventrículo derecho y la pulmonar del ventrículo izquierdo.

CASO CLÍNICO

Mujer de 26 años, gestante de 20 semanas, que acude a ecografía morfológica.

Ecografía 12 semanas dentro de la normalidad. Cribado aneuploidías bajo riesgo.

Se realiza ecografía morfológica junto a pediatría en la que se visualiza:

Eje cardíaco: levoápex normal. No hay dominancia de cavidades ni derrame pericárdico significativo.

Corte sagital (imagen 1): salida de grandes vasos con disposición en paralelo, del VD se observa salida de la aorta y del VI salida de otro gran vaso con bifurcación que se corresponde con la arteria pulmonar.

Corte de 3 vasos: anómalo. No ARSA.

Corte de 4 cámaras: normal, no se objetiva CIV. Válvulas AV correctamente implantadas y normofuncionantes.

Discreta insuficiencia tricuspídea.

La principal orientación diagnóstica en este caso es que se trata de una transposición de grandes arterias sin CIV. El resto del rastreo es aparentemente normal.

La paciente es derivada para valoración en hospital de referencia, donde se cataloga como D-Transposición de grandes arterias simple (sin otros defectos anatómicos).



Imagen 1: Transposición de grandes arterias en ecografía.

CONCLUSIONES

- El diagnóstico va a ser ecográfico. Es fundamental el estudio de los tractos de salida del corazón, nunca se visualizará el cruce normal de los grandes vasos, ambos tractos de salida se encontrarán en un mismo plano.
- El tratamiento es quirúrgico durante las primeras dos semanas de vida. Dicha corrección debe ser anatómica siempre que sea posible (cirugía de Jatene).

Bibliografía:

- J.Skinner et al: Transposition of the great arteries: from fetus to adult. Heart 2008;94:1227- 1235