

9 CARDIOPATÍA CONGÉNITA E ISQUÉMICA EN EL ADULTO

Patricio Russo, Carolina Sosa, Santiago Cubas, Pablo Straneo

Cátedra de cirugía cardíaca, Centro Cardiovascular Universitario.

Introducción: paciente adulto, portador de cardiopatía isquémica con indicación de CRM, que se presentó con IAMCEST. Durante la valoración se diagnosticó una cardiopatía congénita desconocida previamente. La resolución de ambas patologías fue quirúrgica, fue un procedimiento combinado poco frecuente, asociado a mayor morbimortalidad.

Caso clínico: sexo masculino, 61 años. Antecedentes personales de DM1, ERC en hemodiálisis, HTA sin tratamiento, extabaquista. Presenta angor de reposo que aparece durante hemodiálisis de dos horas de duración, disnea CFNYHA II que evoluciona a III en los últimos dos meses. Durante el episodio de dolor se destaca electrocardiograma (ECG) con infradesnivel del segmento ST difuso con supradesnivel en AVR. Presentaba además un test de troponinas positivo, realizándose diagnóstico de infarto agudo con elevación de ST (IAMCEST). Examen físico: paciente sin dolor, normotenso. A nivel cardiovascular RR 70 cpm, soplo sistólico eyectivo de intensidad II en borde paraesternal izquierdo a segundo EIC, choque apexiano en cuarto EICI LMC, edema de MMII que llega hasta tercio proximal de pierna, IY y RHY presentes. Crepitantes en ambas bases pulmonares.

Pruebas complementarias: ECG con ritmo regular sinusal, sobrecarga auricular izquierda, bloqueo incompleto de rama derecha. RxTx: cardiomegalia a expensas de aurícula derecha, elementos de hiperflujo pulmonar y aumento de la silueta del tronco de arteria pulmonar. Ecocardiograma: VI de dimensiones normales, FEVI conservada, sin alteraciones sectoriales, biauriculomegalia, insuficiencia tricúspidea leve, HTP de 51 mmHg y defecto en el tabique interauricular tipo ostium secundum de 17 mm. CACG: lesión severa de tres vasos: descendente anterior, arteria marginal obtusa y coronaria derecha. Cateterismo derecho con presión en la arteria pulmonar de 57 mmHg, defecto interauricular con un QP/QS de 2,2, *shunt* izquierda derecha de 5,5 l/min.



Figura 1

Diagnóstico: con diagnóstico de coronariopatía asociada a cardiopatía congénita se realizó cirugía combinada (coronaria y reparación de defecto interauricular) con CEC. Se realiza una revascularización completa con tres *bypass*: mamario a descendente anterior y venoso a arteria marginal y descendente posterior. En la exploración se confirma una CIA de gran tamaño, que se cerró con la colocación de un parche de pericardio bovino. Tiempo de CEC: 124 min. Tiempo de paro cardíaco: 79 min. En el posoperatorio el paciente presentó una buena evolución. Extubación de coordinación a las 6 h, rápida suspensión de drogas vasopresoras y alta de CTI a las 48 h. Alta de CCVU al día 10 del acto quirúrgico.

Discusión: la cardiopatía isquémica es la enfermedad cardiovascular de mayor incidencia en el mundo y Uruguay no escapa a esa realidad, la cirugía de revascularización miocárdica es el procedimiento más frecuente de la cirugía cardíaca del adulto. La cardiopatía congénita del adulto es una presentación relativamente infrecuente de la enfermedad. Los individuos portadores habitualmente son diagnosticados y tratados en la etapa inicial de la vida. La CIA es la forma más frecuente de cardiopatía congénita del adulto, si bien es infrecuente su diagnóstico más allá de los 40 años. Los pacientes con CIA mayores de 40 con años presentan mayor riesgo de asociación con coronariopatía. Se trata de un procedimiento complejo con riesgo quirúrgico no despreciable