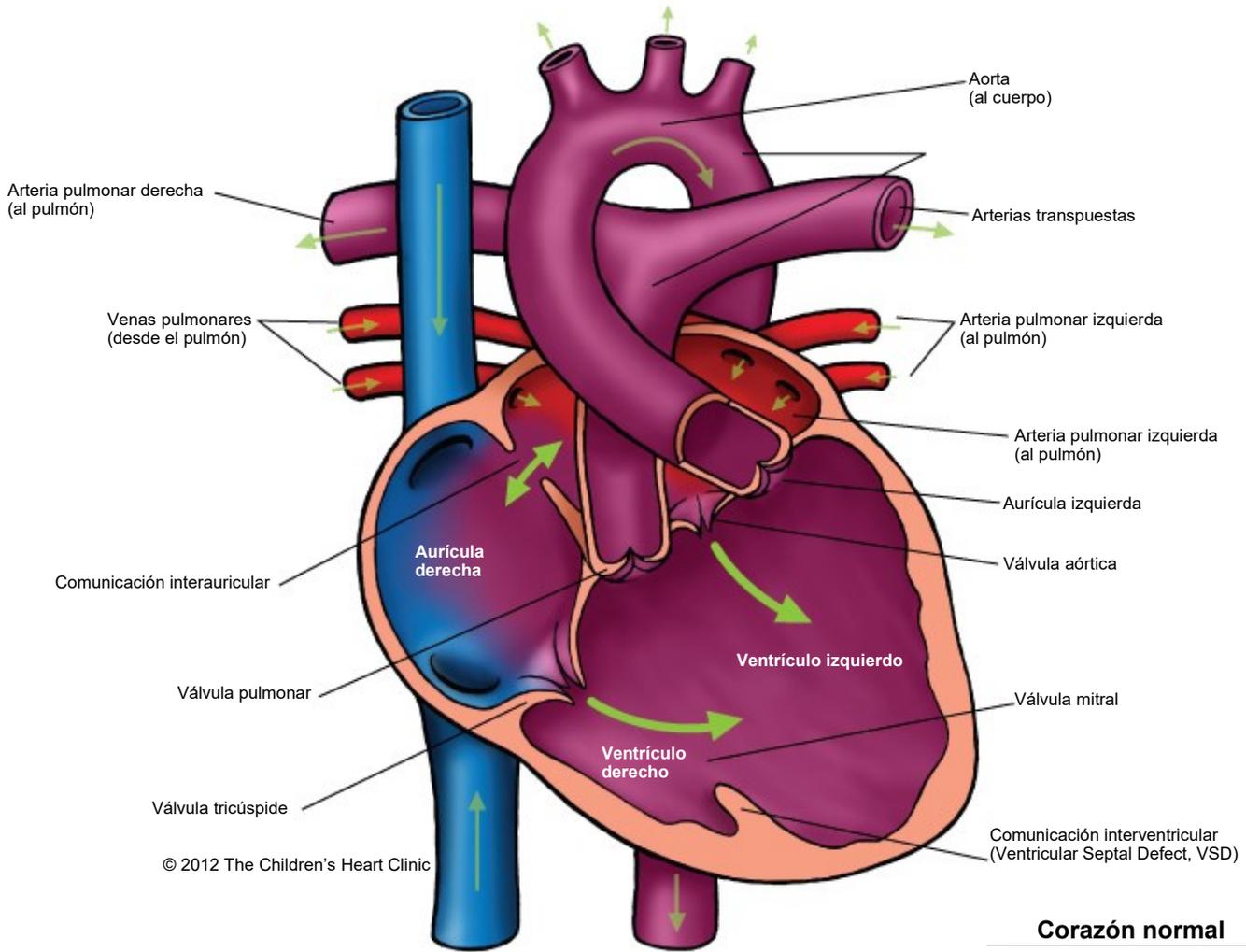
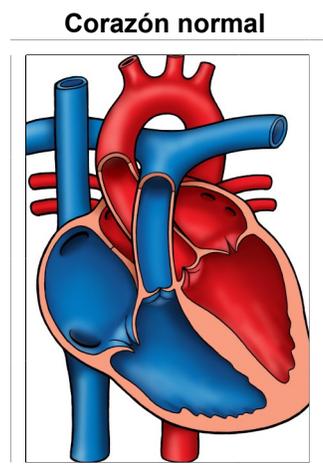


Double Inlet Left Ventricle (DILV)

Doble entrada al ventrículo izquierdo



Notas:



The Children's Heart Clinic 2530 Chicago Avenue S, Ste 500, Minneapolis, MN 55404
612-813-8800 * East Metro: 651-220-8800 * Toll Free: 1-800-938-0301 * Fax: 612-813-8825
Children's Hospital of Minnesota, 2525 Chicago Avenue S, Minneapolis, MN 55404

Doble entrada al ventrículo izquierdo Double Inlet Left Ventricle (DILV)

La doble entrada ventricular izquierda (double inlet left ventricle, DILV) es una disposición cardíaca en la que ambas válvulas auriculoventriculares (atrioventricular, AV) están conectadas a una única cavidad ventricular principal. Una o ambas de las válvulas AV pueden ser estenóticas (estrechas). La cavidad ventricular principal está conectada a través del estrecho foramen bulboventricular a un ventrículo pequeño y poco desarrollado. La sangre oxigenada y desoxigenada se mezclan en un único ventrículo. Una gran arteria se origina de la cavidad principal y la otra se origina de la cavidad subdesarrollada. La cavidad principal tiene las características anatómicas del ventrículo izquierdo en el 80 % de los pacientes con doble entrada ventricular. La válvula pulmonar es estenótica o atrésica (ausente) en el 50 % de los pacientes con DILV. Esto provoca una disminución del flujo sanguíneo pulmonar y cianosis (saturaciones de oxígeno inferiores al 85 %). Cuando la válvula pulmonar es normal, el flujo sanguíneo pulmonar es excesivo y las saturaciones son casi normales. Las grandes arterias se transponen en el 85 % de los casos. La válvula mitral suele estar del lado derecho y la válvula tricúspide en el lado izquierdo. La coartación o el arco aórtico interrumpido también suelen asociarse a la DILV. La DILV se produce en menos del 1 % de todos los lactantes con cardiopatías congénitas.

Examen físico/Síntomas:

Con aumento del flujo sanguíneo pulmonar:

- Los lactantes presentan cianosis leve, mala alimentación y aumento de peso, taquipnea (respiración rápida) y disnea (dificultad para respirar).
- Un soplo sistólico de grado 3/6 que se escucha en el borde esternal izquierdo. Se puede escuchar un tercer ruido cardíaco (S3) fuerte o un soplo diastólico apical.

Con disminución del flujo sanguíneo pulmonar:

- Cianosis moderada a grave al nacer.
- Un soplo sistólico de eyección de grado 2-3 que se escucha en el borde esternal superior izquierdo o derecho.
- Los lactantes de más edad y los niños suelen tener hipocratismo.

Pruebas diagnósticas:

- Radiografía de tórax: tamaño normal del corazón y vascularización pulmonar cuando el flujo sanguíneo pulmonar es normal o disminuye. El tamaño del corazón es grande y la vascularización pulmonar aumenta al aumentar el flujo sanguíneo pulmonar.
- Electrocardiograma: las ondas Q anormales están presentes en las derivaciones precordiales derechas, en las derivaciones precordiales derechas e izquierdas o no están presentes en ninguna de las derivaciones precordiales. Es frecuente la hipertrofia ventricular con complejos QRS similares en la mayoría o en todas las derivaciones precordiales.
- Ecocardiograma: prueba diagnóstica.

Atención médica y tratamiento:

- Para los bebés diagnosticados con DILV durante el embarazo, se recomienda que el parto tenga lugar en un hospital de atención terciaria con traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales lo antes posible para iniciar la evaluación cardiológica y las intervenciones médicas.
- La terapia médica al nacer, como la infusión de prostaglandina E, es necesaria para los recién nacidos con estenosis pulmonar grave o atresia, coartación o arco aórtico interrumpido.
- Si aparecen síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva, están indicados los medicamentos anti-congestivos.
- Es necesaria la paliación quirúrgica en múltiples etapas (consulte Derivación de Blalock-Taussig modificada, DKS, Procedimiento de Glenn bidireccional, Procedimiento de Fontan modificado).
- Se recomienda la profilaxis antibiótica contra la endocarditis bacteriana antes de los procedimientos odontológicos.
- Es necesario un seguimiento cardiológico de por vida.

Resultados a largo plazo:

- Sin cirugía para los niños con flujo sanguíneo pulmonar excesivo, el 50 % de los niños no sobrevive. Los niños que sobreviven desarrollan una enfermedad vascular pulmonar obstructiva después del primer año de vida.

Doble entrada al ventrículo izquierdo
Double Inlet Left Ventricle (DILV)

- La regurgitación de la válvula AV no es bien tolerada y su tratamiento requiere medicamentos y, por lo general, cirugía.
- Puede haber un bloqueo cardíaco completo en el 12 % de los niños.
- La supervivencia a largo plazo y los resultados de desarrollo varían en función de la competencia de la válvula AV y de la presencia o ausencia de otras comorbilidades.