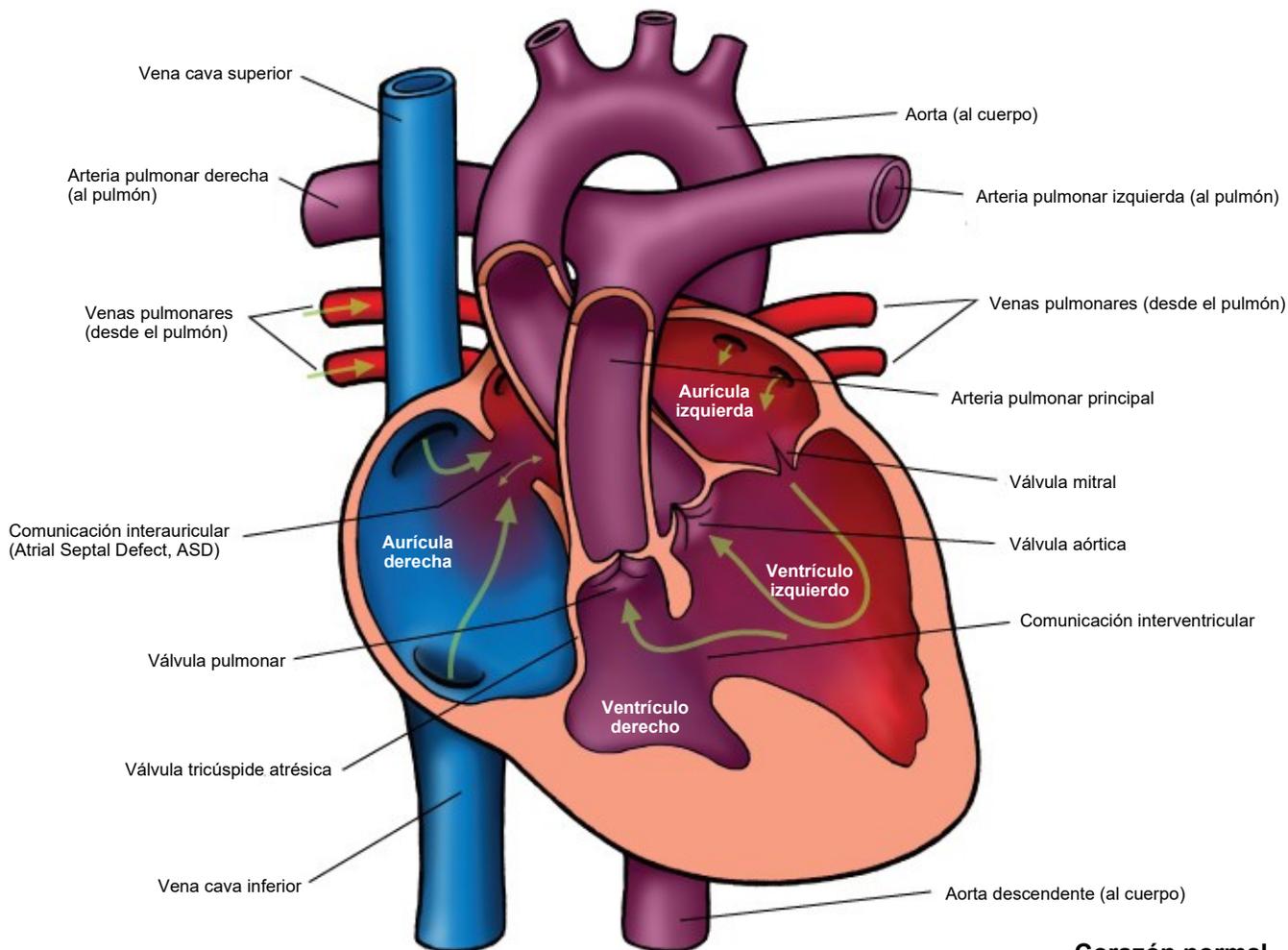


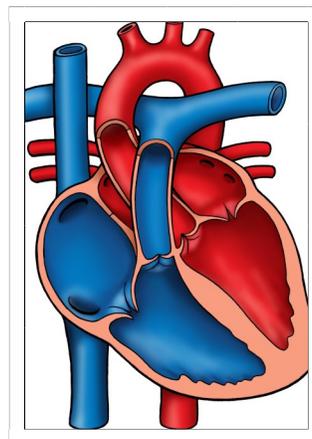
Tricuspid Atresia Atresia tricuspídea



© 2012 The Children's Heart Clinic

Notas:

Corazón normal



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

Atresia Tricuspídea

Tricuspid Atresia (TA)

La atresia tricuspídea (tricuspid atresia, TA) es la ausencia de una válvula tricúspide persistente. Debido a la falta de flujo sanguíneo normal desde la aurícula derecha a través de la válvula tricúspide atrésica (cerrada o poco desarrollada), el ventrículo derecho es hipoplásico (pequeño y poco desarrollado). Las cardiopatías asociadas, como la comunicación interauricular (atrial septal defect, ASD), la comunicación interventricular (ventricular septal defect, VSD) o el conducto arterioso persistente (patent ductus arteriosus, PDA) son necesarias para la supervivencia. La TA se clasifica por la presencia o ausencia de estenosis pulmonar (pulmonary stenosis, PS) y transposición de las grandes arterias (transposition of the great arteries, TGA). En el 50 % de los niños con TA, están presentes grandes arterias normalmente relacionadas, una pequeña VSD y PS. Debido a la disminución del flujo sanguíneo pulmonar, las arterias pulmonares son hipoplásicas. Cuando hay TGA, la válvula pulmonar es normal y hay un aumento en el flujo sanguíneo pulmonar en la mayoría de los casos. En ocasiones, hay estenosis en la válvula pulmonar (muy estrechada) o atresia, con una disminución del flujo sanguíneo pulmonar. La coartación aórtica o el arco aórtico interrumpido se asocian con frecuencia a las personas con TA y TGA. La TA representa el 1 % de las cardiopatías congénitas.

Examen físico/Síntomas:

- Cianosis grave (color azulado) desde el nacimiento.
- Taquipnea (respiración rápida) y mala alimentación.
- Soplo: soplo holosistólico de grado 2-3/6 de VSD que se escucha en el borde esternal inferior izquierdo.
- Puede haber hepatomegalia (agrandamiento del hígado).

Pruebas diagnósticas:

- Radiografía de tórax: el tamaño del corazón es de normal a ligeramente agrandado. Suele haber disminución en las marcas vasculares pulmonares.
- Electrocardiograma: suele haber hipertrofia ventricular izquierda (left ventricular hypertrophy, LVH). Es característico un eje QRS superior.
- Ecocardiograma: prueba diagnóstica.

Atención médica y tratamiento:

- El tratamiento con prostaglandina E (prostaglandin E, PGE) se inicia inmediatamente después del nacimiento en neonatos con cianosis grave para mantener el conducto arterioso persistente hasta el momento del cateterismo o la cirugía.
- La septostomía auricular con globo en el laboratorio de cateterismo para lactantes con comunicación interauricular inadecuada (ASD pequeña o PFO).
- Los lactantes con VSD que permiten un flujo sanguíneo adecuado no precisan cirugía cuando son neonatos, pero se les hace un control riguroso por si disminuyen las saturaciones de oxígeno debido a la reducción espontánea del tamaño de la VSD.
- La reparación quirúrgica en múltiples etapas es necesaria para la supervivencia. Las operaciones pueden incluir la derivación de Blalock-Taussig (Blalock-Taussig shunt, BTS) modificada, la cirugía de Damus-Kaye-Stansel (DKS), el procedimiento de Glenn bidireccional, el procedimiento de Fontan o el procedimiento de Kawashima. El cardiólogo le explicará las opciones quirúrgicas y el momento de la intervención.
- El tratamiento médico postoperatorio incluye diuréticos (Lasix), aspirina o coumadin para prevenir la formación de trombos (coágulos) e inhibidores de ACE (enalapril, captopril).
- La profilaxis de la endocarditis bacteriana se debe tener en cuenta antes de cualquier procedimiento odontológico.
- Es necesario un seguimiento cardiológico riguroso de por vida para controlar la aparición de complicaciones tardías.

Resultados a largo plazo:

- La tasa de supervivencia a 5 años de los niños con TA es del 80 %; la supervivencia a 10 años es del 70 % en todo el mundo.
- La supervivencia a largo plazo y los resultados de desarrollo varían ampliamente en función de los resultados postoperatorios y otras comorbilidades. Se recomienda el seguimiento periódico con especialistas en neurodesarrollo durante la infancia y la niñez.