

## Comunicación interauricular

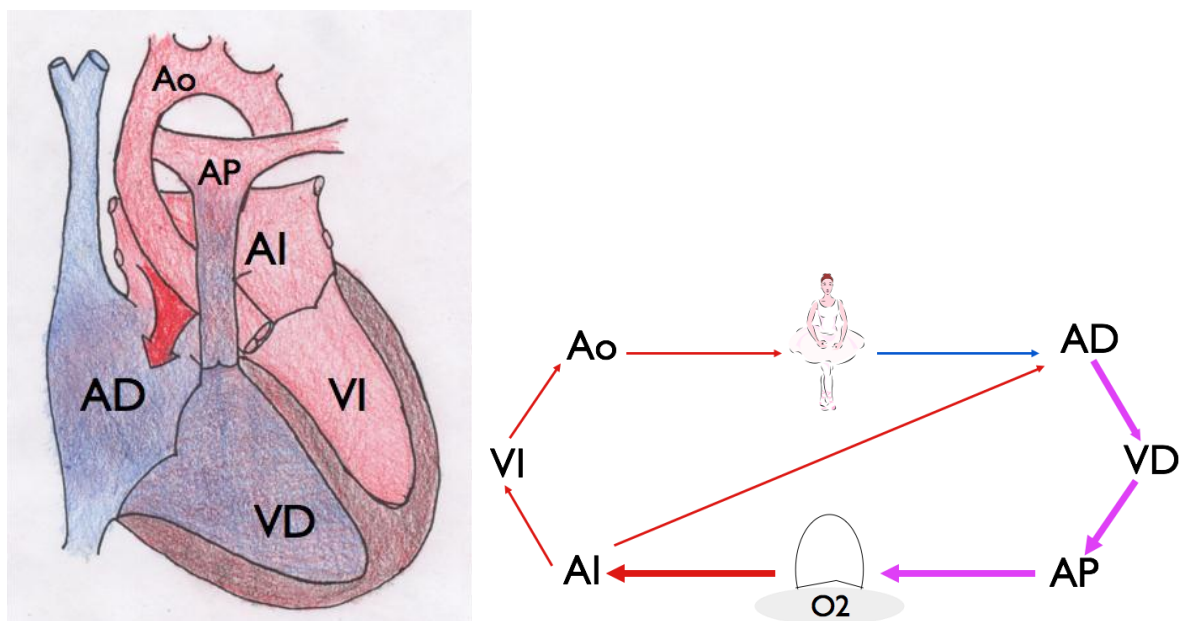
**Concepto:** La comunicación interauricular (CIA) es un orificio anormal en la pared que separa las aurículas entre sí (septum interauricular) y permite la comunicación directa entre ellas (Esquema 1). Puede ser única o fenestrada y localizarse en cualquier parte del septum interauricular.

Es la tercera cardiopatía congénita en frecuencia y es 2 veces más común en las mujeres que en los hombres.

Puede presentarse asociada a otros defectos congénitos del corazón como la conexión anormal de las venas pulmonares, la comunicación interventricular, la coartación aórtica y/o lesiones en la válvula mitral.

Por su localización se ha clasificado en 5 grupos

1. Ostium secundum
2. Seno venoso superior
3. Seno venoso inferior
4. Seno coronario
5. Ostium primum. Estos últimos frecuentemente asociados a Canal o Comunicación aurículoventricular, que los trataremos aparte en otro documento.



Esquema 1. A la derecha un dibujo del corazón donde se aprecia el defecto entre la Aurícula Derecha (AD) y la Aurícula izquierda (AI). El color morado indica que la sangre sin oxígeno, procedente de las venas cavas se mezcla en la AD con la sangre del defecto interauricular. A la izquierda un esquema de la circulación sanguínea y como la sangre cruza desde la AI a la AD por la comunicación interauricular y regresa, sin pasar por el cuerpo al VD y a la AP para oxigenarse nuevamente.

**Causa:** No se conoce la causa de la CIA. Existe alguna asociación familiar del defecto que se ha relacionado a una mutación en el cromosoma 5, otros casos están asociados al síndrome de Holt Oram<sup>1</sup> que se hereda en forma autosómica dominante (es decir al 50% de la descendencia).

**Consecuencias:** La comunicación entre las aurículas permite que la sangre de la AI pase a la AD, de donde regresa al VD y a la circulación pulmonar. (véase el enlace <http://www.cardiologospediatras.com/#!como-funciona-el-corazon/c2vm> y el Esquema 1).

El cortocircuito que se establece causa que la AD, el VD y el pulmón tengan más sangre de la que deben tener, mientras el VI y el cuerpo menos flujo sanguíneo. El exceso de flujo que reciben la aurícula derecha, ventrículo derecho y la arteria pulmonar, los hacen crecer más de lo normal.

Las consecuencias de la enfermedad dependen básicamente de tres variables: el tamaño del defecto (a más tamaño más cortocircuito), la localización del defecto en el septum interauricular y la elasticidad de los ventrículos. Los defectos cercanos a las venas pulmonares derechas (defectos tipo seno venoso) causan mucho más síntomas que los defectos lejanos a estas estructuras.

**Síntomas o molestias:** Los defectos grandes dan síntomas en los primeros 4 a 5 años de vida y se expresan con disnea (cansancio y falta de aire con los esfuerzos), detención o disminución del crecimiento, infecciones repetidas de vías respiratorias bajas y ocasionalmente palpitaciones. Algunos pequeños sudan abundantemente y en su mayoría tienden a ser sedentarios (prefieren los juegos sin actividad física). Los pacientes con orificios pequeños, pueden pasar su vida sin molestias y el defecto se descubre como un hallazgo adicional en busca de otro problema de salud. Algunos pacientes llegan hasta la cuarta década de la vida (30 años o mayores) sin síntomas y entonces comienzan con arritmias y signos de insuficiencia cardíaca.

En los pequeños con CIA los médicos escuchan su corazón acelerado (taquicardia), un fenómeno auscultatorio que se describe como desdoblamiento del segundo ruido cardíaco y en ocasiones un soplo.

---

<sup>1</sup> Síndrome que presenta falta de desarrollo del hueso radio y CIA con bloqueo en la conducción eléctrica auriculoventricular en el corazón, por una alteración del gen 12q.24.1.



La radiografía del tórax muestra el corazón ligeramente crecido y mucha más sangre en los pulmones de lo que habitualmente deben tener. Muchas veces la radiografía del tórax tomada en búsqueda de una infección pulmonar hace que se sospeche la CIA. El electrocardiograma y el ecocardiograma se usan para hacer el diagnóstico y para definir la severidad del problema. En ocasiones es necesario hacer un ecocardiograma transesofágico (estudio que se hace por medio de un equipo para hacer ultrasonido cardíaco desde el esófago).

En todos los casos hay que definir muy bien el tamaño y localización del defecto, además de asegurarse que el paciente no tenga asociadas otras lesiones congénitas del corazón.

**Tratamiento:** Dependiendo del tamaño del orificio, el tratamiento es el cierre de la comunicación interauricular. Algunos casos, cuando el defecto es muy pequeño, pueden vigilarse hasta la vida adulta. La comunicación interauricular se cierra habitualmente por cateterismo, sólo se operan aquellos defectos muy grandes cuyos bordes no permiten la colocación de los dispositivos intracardiacos que se colocan por cateterismo, o los defectos que por su localización hacen muy riesgoso colocar un dispositivo intravascular sin lastimar alguna estructura cercana al defecto.

Habitualmente el tratamiento se ofrece entre los 4 y 5 años de vida, salvo que el paciente se diagnostique en edades mayores.

**Dr. Alejandro Lozano y Ruy Sánchez**  
**Pediatra - Cardiólogo Pediatra**

---

[www.taiyari.org](http://www.taiyari.org)

Administradores 5469-A. Col. Jardines de Guadalupe. Zapopan, Jal. México. CP 45030.

Tel: 33 3630 4594. Cel. (33) 1845 5009

C. electrónico: [contacto@taiyari.org](mailto:contacto@taiyari.org)