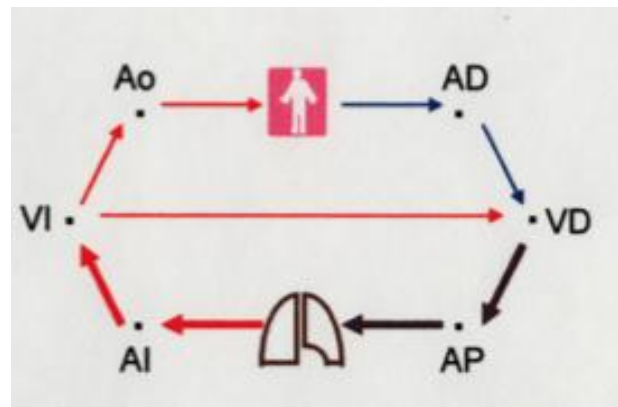
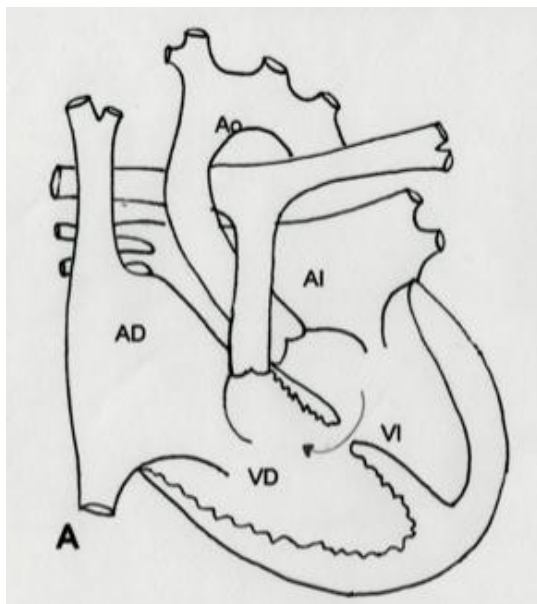


Comunicación interventricular

Concepto: La comunicación interventricular (CIV) es un orificio anormal en la pared que separa los ventrículos (septum interventricular) y permite la comunicación directa entre ellos (esquema 1). Puede ser única o múltiple y localizarse en cualquier parte del septum interventricular.

Se le ha clasificado de acuerdo a su localización en la pared ventricular en cuatro tipos: 1) Membranosa o perimembranosa (son las más comunes), 2) Muscular o trabecular, 3) Sub-valvulares y 4) posteriores o de la porción de entrada ventricular. En ocasiones un solo paciente puede tener dos o más defectos combinados.

Es la 2a cardiopatía congénita más frecuente, representa al 20% de las cardiopatías congénitas. Se ha demostrado en el 0.1 a 0.3% de los recién nacidos.



Esquema 1. A. Se muestra un dibujo del corazón donde se aprecia un orificio que comunica el Ventrículo Izquierdo (VI) con el Ventrículo Derecho (VD). B. Como el VI tiene mayor presión, la sangre cruza por la CIV al VD y desde ahí sigue su curso por el circuito pulmonar, hasta regresar nuevamente a la aurícula izquierda (AI). La consecuencia de este cortocircuito es que hay más sangre en el terreno pulmonar que en el del cuerpo (sistémico).

Causa: No se conoce la causa precisa de la comunicación interventricular, se le considera "multifactorial". Es más frecuentes en bebés prematuros y se ha demostrado asociada a infecciones virales (Citomegalovirus) o parasitarias (Toxoplasmosis) que padece la mujer durante los primeros meses de la gestación.

Consecuencias: La comunicación entre los ventrículos permite que la sangre del VI pase sin recorrer el cuerpo al VD de donde regresa 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 el pulmón tenga más sangre de la que debe tener (causándole al paciente dificultad respiratoria, falta de aire al hacer ejercicio e infecciones pulmonares frecuentes) y menos flujo en el cuerpo (produciéndole cansancio fácil en los esfuerzos, sudoración excesiva y en algunos niños detención en su crecimiento). El exceso de flujo que reciben la aurícula izquierda, ventrículo izquierdo y el ventrículo derecho, los hacen crecer más de lo normal.

Las consecuencias de la enfermedad dependen básicamente de dos variables: el tamaño del defecto (a más tamaño más cortocircuito) y las resistencias pulmonares o presión pulmonar (es decir, qué tanta diferencia de presión hay entre los dos ventrículos).

El tamaño del defecto se describe comparándolo con el diámetro del anillo de la válvula aórtica:

- Pequeños son los defectos que miden menos de $\frac{1}{3}$ del diámetro del anillo,
- Medianos los defectos de diámetro entre $\frac{1}{3}$ y $\frac{2}{3}$ del diámetro del anillo y
- Grandes los defectos de más de $\frac{2}{3}$ del diámetro aórtico.

Síntomas o molestias: Los recién nacidos comúnmente no tienen síntomas. Dado que al nacimiento las presiones de los ventrículos son similares, aún con orificios interventriculares grandes hay poco cruce de sangre entre los ventrículos. Pero con la maduración pulmonar que tiene el niño durante las primeras 6 a 8 semanas, la presión del ventrículo derecho disminuye y se va estableciendo paulatinamente el cortocircuito de sangre del VI al VD, que causa los síntomas.

Los niños presentan entonces fatiga al comer, detención de crecimiento, sudoración excesiva, infecciones repetidas de vías respiratorias, irritabilidad y llanto fácil. Los médicos les escuchan su corazón acelerado (taquicardia) y un soplo cardíaco, crecimiento del hígado y manifestaciones de que el corazón tiene dificultad para llevar suficiente sangre al cuerpo.



La radiografía del tórax, el electrocardiograma y el ecocardiograma son herramientas que se usan para hacer el diagnóstico y para definir la severidad del problema. En ocasiones es necesario hacer un cateterismo cardiaco.

Tratamiento: Dado que se trata de una estructura anatómica anormal, el tratamiento definitivo es el cierre del defecto interventricular. Los defectos pequeños normalmente no causan síntomas y tienden a cerrar espontáneamente en los primeros 12 a 24 meses de vida. Los defectos de tamaño medio deben cerrarse con cateterismo o cirugía cuando causen alteraciones significativas en el flujo sanguíneo y por tanto síntomas en el paciente. Los defectos grandes, comúnmente causan muchos síntomas y deben ser tratados pronto, en ocasiones antes de que el paciente cumpla el año de vida.

En todo caso el médico debe valorar la pertinencia de dar tratamiento con medicamentos al paciente, a fin de mejorar sus síntomas y favorecer el crecimiento normal del pequeño. Si el defecto no cierra en los primeros dos años y el paciente tiene manifestaciones de que el conducto está causando problemas, lo indicado es cerrar el defecto con cirugía o por medio de cateterismo.

Dr. Alejandro Lozano y Ruy Sánchez
Pediatra - Cardiólogo Pediatra

www.taiyari.org

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

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

C. electrónico: contacto@taiyari.org