

¿Qué es la comunicación interauricular (CIA)?

El corazón tiene cuatro cavidades: dos cavidades receptoras, llamadas aurículas derecha e izquierda, y dos cavidades de bombeo, llamadas ventrículos derecho e izquierdo. El tabique interauricular es la pared que separa la aurícula derecha de la izquierda. Cuando hay un orificio en el tabique interauricular, este se denomina comunicación interauricular (CIA). Parte de la sangre que debería fluir hacia el ventrículo izquierdo (o cavidad de bombeo inferior) desde la aurícula izquierda, ahora pasa hacia la aurícula derecha a través de la CIA. A su vez, pasa más cantidad de sangre al lado derecho del corazón, que vuelve a los pulmones en lugar de ir al cuerpo. Esto se denomina cortocircuito.

Existen cuatro variedades de comunicaciones interauriculares. La más frecuente es la CIA de tipo *ostium secundum* (75 %). Las otras variedades son la CIA de tipo *ostium primum* (20 %), la de tipo seno venoso (4 %) y la de seno coronario (<1 %). Cada CIA es única no solo por su ubicación y tamaño, sino por cómo «actúa» y cómo se trata.

Cuando la CIA o el cortocircuito son pequeños, pasa solo una poca cantidad de sangre de una aurícula a la otra. Estos casos no suelen requerir tratamiento si el tamaño o la actividad del corazón no se ven afectados. Es posible que muchas CIA pequeñas cierren por sí solas a medida que el corazón se desarrolla durante la infancia. Por otro lado, las CIA de tamaño mediano y grande tienen menos probabilidades de cerrarse por sí solas y pueden causar complicaciones si no se cierran.

¿Cómo se produce una CIA?

El corazón comienza a formarse durante el desarrollo embrionario como un tubo único. A medida que este tubo se flexiona, los dos tubos superiores se ubican uno al lado del otro y se forma una pared (tabique). El tabique interauricular se forma entre la cuarta y quinta semana de gestación. Si esta pared no llega a desarrollarse por completo, queda un orificio.

¿Qué causa que se forme una CIA?

Nadie sabe con exactitud por qué se forma una CIA. En la mayoría de los casos, se producen de manera esporádica. A veces, se trata de algo hereditario. Se cree que la genética y los factores ambientales pueden constituir una causa combinada.

¿Qué tan frecuente es la CIA?

La CIA constituye una de las anomalías congénitas del corazón más frecuentes. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), en Estados Unidos nacen unos 2000 bebés por año con una CIA. Esto representa de un 5 % a un 10 % de todas las cardiopatías congénitas. Son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres y constituyen la cardiopatía congénita diagnosticada con más frecuencia en adultos.

¿Qué otros problemas cardíacos pueden presentarse con una CIA?

Una CIA puede presentarse sola o acompañada por otras anomalías cardíacas, como la anomalía del retorno venoso pulmonar, estenosis pulmonar, tetralogía de Fallot y comunicación interventricular.

Si, además de la CIA, usted presenta una anomalía congénita más compleja, su diagnóstico principal corresponde al de esa anomalía más compleja.

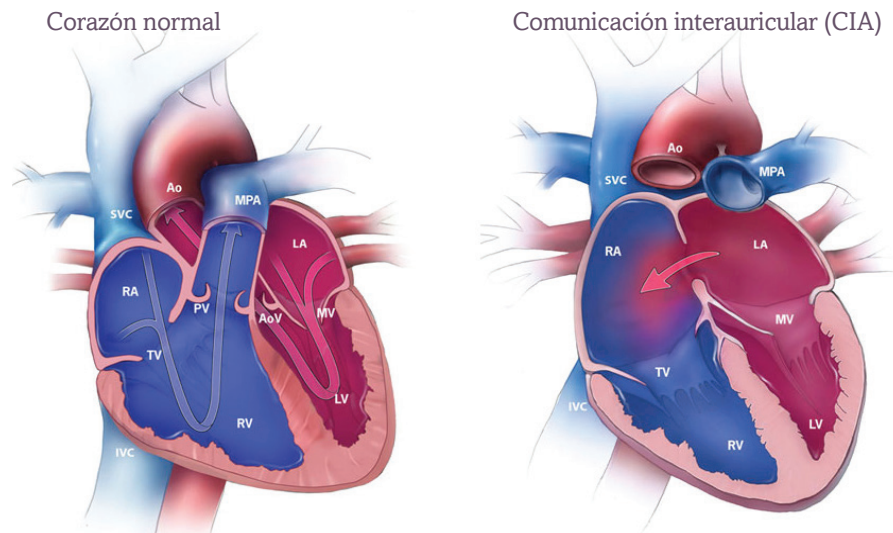
¿Cómo se diagnostica la CIA?

Si el tamaño de la CIA es importante, el médico oírán un soplo cardíaco anómalo al auscultar el corazón. En las CIA más pequeñas, es posible que no se oigan soplos. Dado que muchas personas con CIA de tipo *ostium secundum* no corregida no presentan síntomas apreciables, es posible que la CIA no se detecte hasta más avanzada la infancia o la edad adulta.

La prueba diagnóstica más utilizada para confirmar una CIA es una ecocardiografía (ecografía del corazón).

RA – Aurícula derecha
RV – Ventrículo derecho
LA – Aurícula izquierda
LV – Ventrículo izquierdo
SVC – Vena cava superior
IVC – Vena cava inferior
MPA – Arteria pulmonar principal
Ao – Aorta
AoV – Válvula aórtica
TV – Válvula tricúspide
MV – Válvula mitral
PV – Válvula pulmonar

Imagen cortesía de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo



Estos son otros estudios que puede pedirle su médico:

- Radiografía de tórax
- Electrocardiograma (ECG)
- Resonancia magnética cardíaca
- Ecocardiografía transesofágica
- Cateterismo cardíaco

¿A qué tipo de síntomas debo prestar atención?

En la edad adulta, los síntomas suelen ser leves. Puede presentar menor tolerancia al ejercicio, dificultad para respirar, aumento del cansancio, ritmo cardíaco irregular, palpitaciones o desmayos. Si no se trata, puede aumentar el riesgo de accidente cardiovascular, insuficiencia cardíaca o aumento de la presión pulmonar, lo que se conoce como hipertensión pulmonar.

Si tengo una CIA, ¿puedo quedar embarazada?

Todas las mujeres con una CIA, reparada o no, pequeña o grande, deben consultar a un médico especialista en cardiopatías congénitas del adulto antes de quedar embarazadas para evaluar el funcionamiento y el riesgo cardíacos. Si bien la mayoría de las mujeres con una CIA pequeña o corregida no tendrán problemas durante el embarazo, existe cierto riesgo. Las mujeres con una CIA de mayor tamaño o no corregida, o con otros problemas cardíacos o pulmonares, tienen mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo y después del parto. Es importante que estén controladas por un especialista en anomalías cardíacas y un obstetra especializado en embarazos de alto riesgo tanto antes como durante todo el embarazo.

Si tengo una CIA, ¿mis hijos tienen mayor riesgo de tener una anomalía cardíaca?

Los adultos con cardiopatías congénitas tienen mayores probabilidades de tener un hijo con una anomalía cardíaca que la población general. El riesgo es mayor si la madre es el progenitor con cardiopatía congénita y si un hermano también la tiene. Las anomalías pueden ser la misma que tiene el padre o la madre o una distinta.

¿En qué casos se decide una corrección quirúrgica?

Hasta el 40 % de las CIA de tipo *ostium secundum* cierran por sí solas en la edad adulta. Si la CIA no cierra, pero es pequeña, generalmente no se recomienda la corrección quirúrgica. Sin embargo, si el paciente presenta síntomas, como cansancio, dificultad para respirar, accidente cerebrovascular, fibrilación auricular o hipertensión pulmonar, o si el ventrículo derecho se agranda, puede plantearse la reparación quirúrgica. Si padece hipertensión pulmonar grave causada por síndrome de Eisenmenger, el cierre de la CIA no está recomendado.

¿Cómo se cierra una CIA?

En 1953, el Dr. John H. Gibbon logró cerrar una CIA mediante cirugía a corazón abierto y un sistema de circulación extracorpórea. Desde entonces, se han utilizado distintos métodos y materiales para cerrar las CIA. Hasta principios de la década de 1990, todas las CIA se cerraban mediante una intervención a corazón abierto. En la actualidad, el cierre con dispositivo mediante cateterismo cardíaco se ha convertido en la primera opción para reparar las CIA de tipo *ostium secundum* si se cumplen determinados criterios. Si la CIA de tipo *ostium secundum* es muy grande o si el paciente presenta cualquiera de los otros tipos de CIA, lo recomendado es el cierre quirúrgico. El cierre quirúrgico consiste en abrir la aurícula y cerrar la anomalía con una sutura, un parche o un tapón.

Su cirujano conversará con usted para decidir cuál es el método más adecuado para cerrar la CIA.

¿Puedo hacer actividad física?

Antes de empezar un nuevo esquema de actividad física, es importante que consulte con su especialista en cardiopatías congénitas. Las personas con una CIA pequeña o reparada, sin embargo, no suelen tener limitaciones para hacer ejercicio. Si tiene otros problemas, como ritmo cardíaco irregular, hipertensión pulmonar, insuficiencia cardíaca o síndrome de Eisenmenger, consulte a su especialista en cardiopatías congénitas del adulto para saber qué tipo de ejercicio puede hacer.

¿Cuáles son las consecuencias a largo plazo para un adulto con una CIA no corregida?

Los adultos con CIA pequeñas que no afectan la actividad cardíaca no suelen requerir tratamiento. Aun así, es importante consultar a un especialista en cardiopatías congénitas al menos una vez para verificar que no ha habido cambios. Por otra parte, si el tamaño del orificio entre ambas aurículas es muy grande, la sangre pasará del lado izquierdo del corazón al derecho. Como consecuencia, se bombeará más sangre a los pulmones, lo que hará que el corazón y los pulmones trabajen más y de manera menos eficiente. Cuando esto ocurre, existe mayor riesgo de tener otros problemas cardíacos, pulmonares y sanguíneos, entre ellos:

- Un corazón derecho agrandado, que puede causar insuficiencia cardíaca derecha
- Latidos irregulares y rápidos, como la fibrilación auricular, especialmente en las aurículas
- Accidente cerebrovascular
- Daño en las arterias pulmonares, que provoca hipertensión pulmonar
- Síndrome de Eisenmenger
- Fugas en las válvulas tricúspide y mitral

¿Cuáles son los resultados a largo plazo para un adulto con una CIA corregida?

Con un diagnóstico precoz y la corrección de una CIA, la respuesta suele ser excelente. Las personas con un diagnóstico y un cierre de la CIA en la edad adulta, y con presiones arteriales pulmonares normales, también pueden esperar buenos resultados a largo plazo. Sin embargo, existe el riesgo de que padezcan arritmias auriculares debido a las cicatrices en la zona de cierre. En contados casos, puede ser necesaria una nueva intervención si se produce una fuga en la zona de cierre. Otros problemas que pueden aparecer más adelante son insuficiencia cardíaca o hipertensión pulmonar.

¿Qué tipo de atención cardiológica se recomienda para adultos con CIA corregidas y no corregidas?

Los expertos recomiendan que todos los adultos con una CIA no corregida tengan un control periódico durante toda la vida con un especialista en cardiopatías congénitas. Las personas con una CIA que cerró, ya sea de niños o de adultos, deben hacerse controles periódicos; de adultos, deben hacer una consulta al menos una vez en un centro de cardiopatías congénitas. Esto es para cerciorarse de que el diagnóstico es correcto y que la reparación sigue funcionando. La necesidad de seguimiento posterior la establecerá el cardiólogo especialista en cardiopatías congénitas.



Por su contribución con este artículo, ACHA desea agradecer a **Naser M. Ammash, MD**, Mayo Clinic, Rochester, MN y **Ali Zaidi, MD**, Programa de Cardiopatías Congénitas del Adulto de Montefiore (MATCh), Bronx, NY.