

## Imagen en cardiología

## Ventana aortopulmonar, una cardiopatía poco frecuente



## Aortopulmonary window: a rare heart disease

Helena Llamas-Gómez<sup>a,\*</sup>, Marta Macarena Rodríguez Lima<sup>b</sup>, Alejandro Adsuar<sup>c</sup>  
y Félix Coserria-Sánchez<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

<sup>b</sup> Servicio de Cardiología Infantil, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

<sup>c</sup> Departamento de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

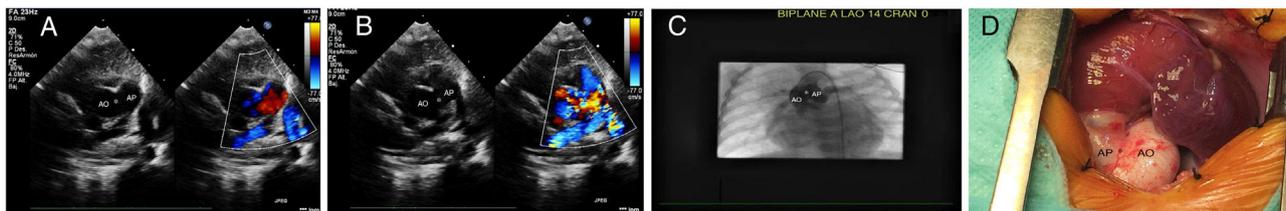


Figura 1

Varón de 2 meses asintomático al que se auscultó soplo sistólico. El electrocardiograma mostró signos de sobrecarga de cavidades izquierdas y el ecocardiograma transtorácico dilatación de cavidades izquierdas y venas pulmonares y flujo mitral acelerado. Se observó una ventana aortopulmonar de 11 mm hasta el origen de la rama pulmonar derecha (fig. 1A y B. AO: aorta; AP: arteria pulmonar; \*: ventana).

El cateterismo (fig. 1C) mostró Qp/Qs de 3,4, presión pulmonar media 27 mmHg, resistencias arteriales pulmonares bajas y relación de presiones sistémica/pulmonar 0,69. La angiografía mostró *shunt* exclusivo izquierda-derecha.

Se cerró quirúrgicamente el defecto con parche de pericardio bovino vía transaórtica (fig. 1D. AO: aorta; AP: arteria pulmonar; \*: ventana).

La ventana aortopulmonar es una comunicación congénita entre aorta ascendente y tronco pulmonar, con válvulas semi-

lunares independientes. Su prevalencia es del 0,2-0,6% y afecta más a varones. El 50% de los casos están asociados a otras cardiopatías.

La insuficiencia cardíaca con meses de vida, infecciones pulmonares de repetición, retraso del crecimiento y los soplos continuos deben hacernos sospecharla. En ecocardiografía son signos sugestivos la dilatación de cavidades izquierdas, la insuficiencia mitral funcional y la hipertensión pulmonar grave precoz.

El diagnóstico se confirma por ecocardiografía y se puede realizar cateterismo para una valoración más precisa.

El tratamiento estándar es el cierre quirúrgico y se puede realizar pronto para evitar la instauración de hipertensión pulmonar irreversible. La mortalidad anual sin corrección es del 40%. En casos seleccionados se puede realizar abordaje percutáneo.

La hipertensión pulmonar irreversible con *shunt* derecha-izquierda a pesar de oxígeno es la única contraindicación para el cierre.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [hlnllago@gmail.com](mailto:hlnllago@gmail.com) (H. Llamas-Gómez).

<https://doi.org/10.1016/j.rccl.2019.07.004>

2605-1532/© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Cardiología.