

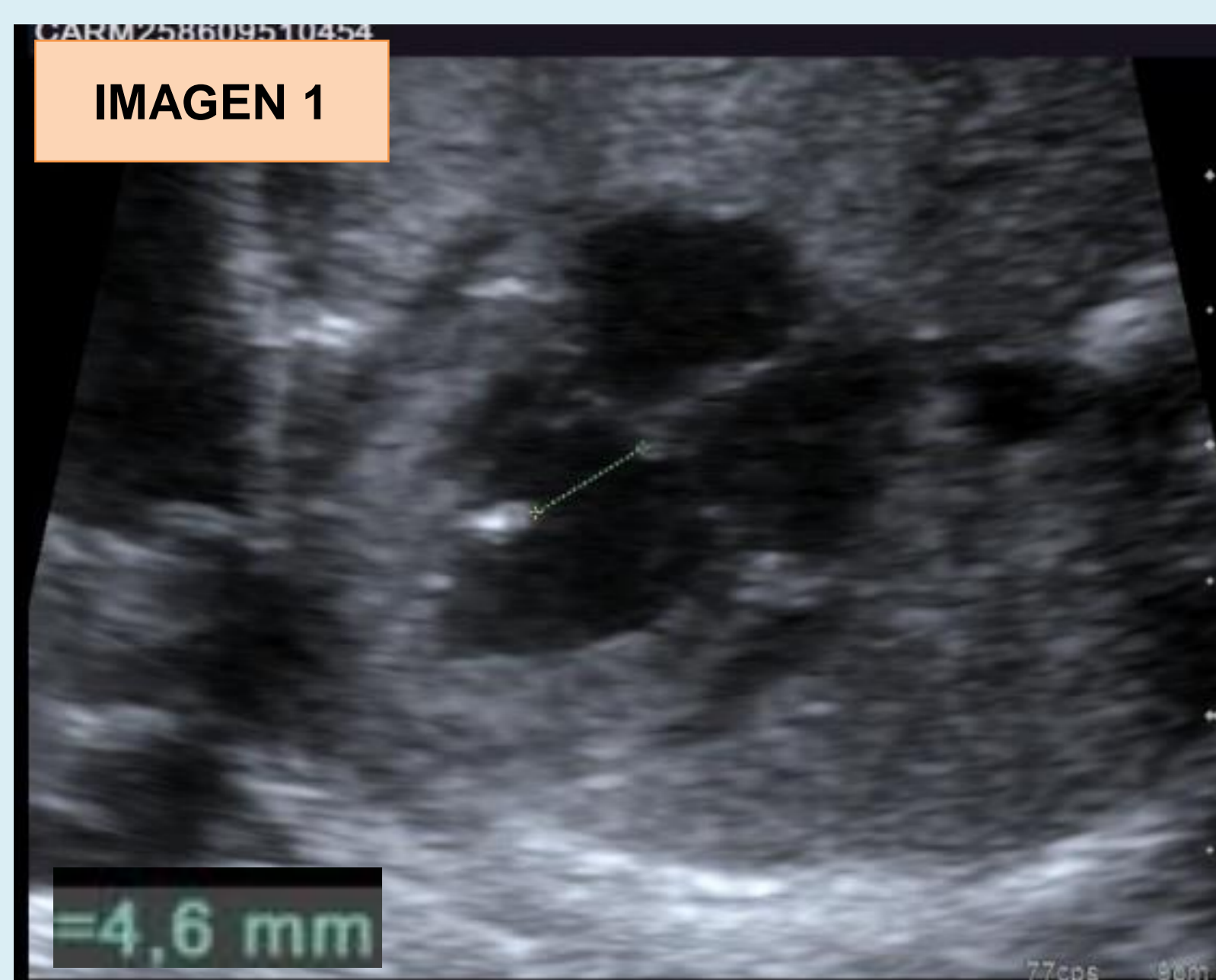
# TRUNCUS ARTERIOSO COMÚN TIPO II: DIAGNÓSTICO PRENATAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Peiró Jornet J, Batres Martínez L, Velasco Martínez M, Garvía Morcillo J, Beltrán Sánchez A, Talens Orts P, Lorente Fernández M, Miranda Paanakker A. Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

## INTRODUCCIÓN

Las cardiopatías congénitas (CC) son los defectos más frecuentes al nacimiento, con una incidencia de 0.8 -1% en fetos vivos a término (8.3% en pretérmino). El diagnóstico precoz en la etapa fetal ha demostrado reducir la morbi-mortalidad perinatal. Para ello, disponemos de la ecografía morfológica de segundo trimestre y la ecocardiografía avanzada.

Presentamos un caso de CC rara, el truncus arterioso común (TAC) tipo II. El conotruncado es la porción embrionaria del corazón que da lugar a los tractos de salida de los ventrículos y a las grandes arterias. En el Truncus Arterioso Común existe un fallo en la formación del tabique aórtico-pulmonar, debido a un defecto en la separación del conotruncado en arteria aorta y arteria pulmonar. Por lo que, un único vaso arterial surge de la base del corazón y da lugar a la circulación sistémica y pulmonar.



## PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 32 años, G7/P4/C1/A1. Presenta un cribado combinado de primer trimestre con resultado de bajo riesgo. Acude a ecografía morfológica de segundo trimestre: Rastreo corporal normal. Durante la ecocardiografía básica se encontraron las siguientes anomalías:

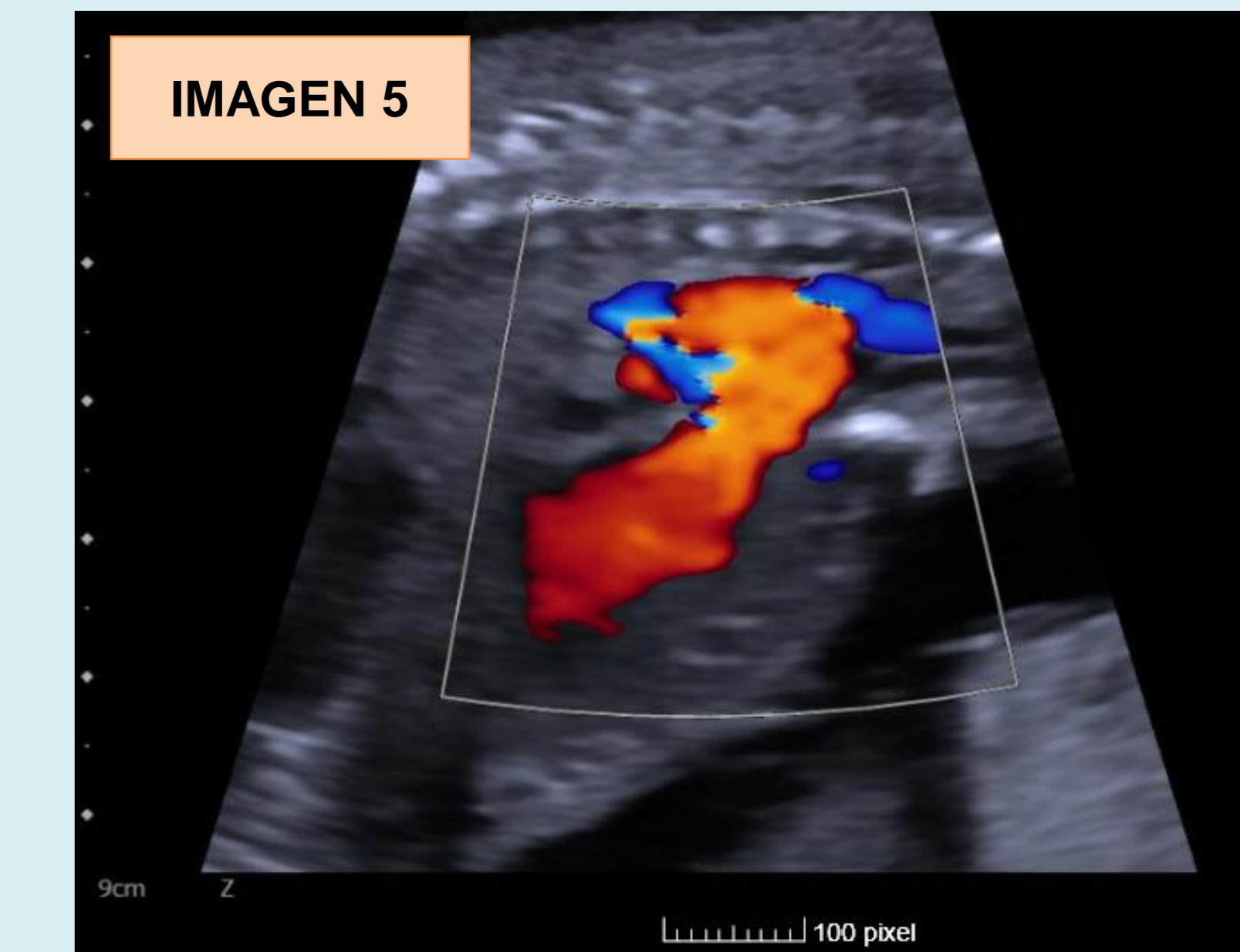
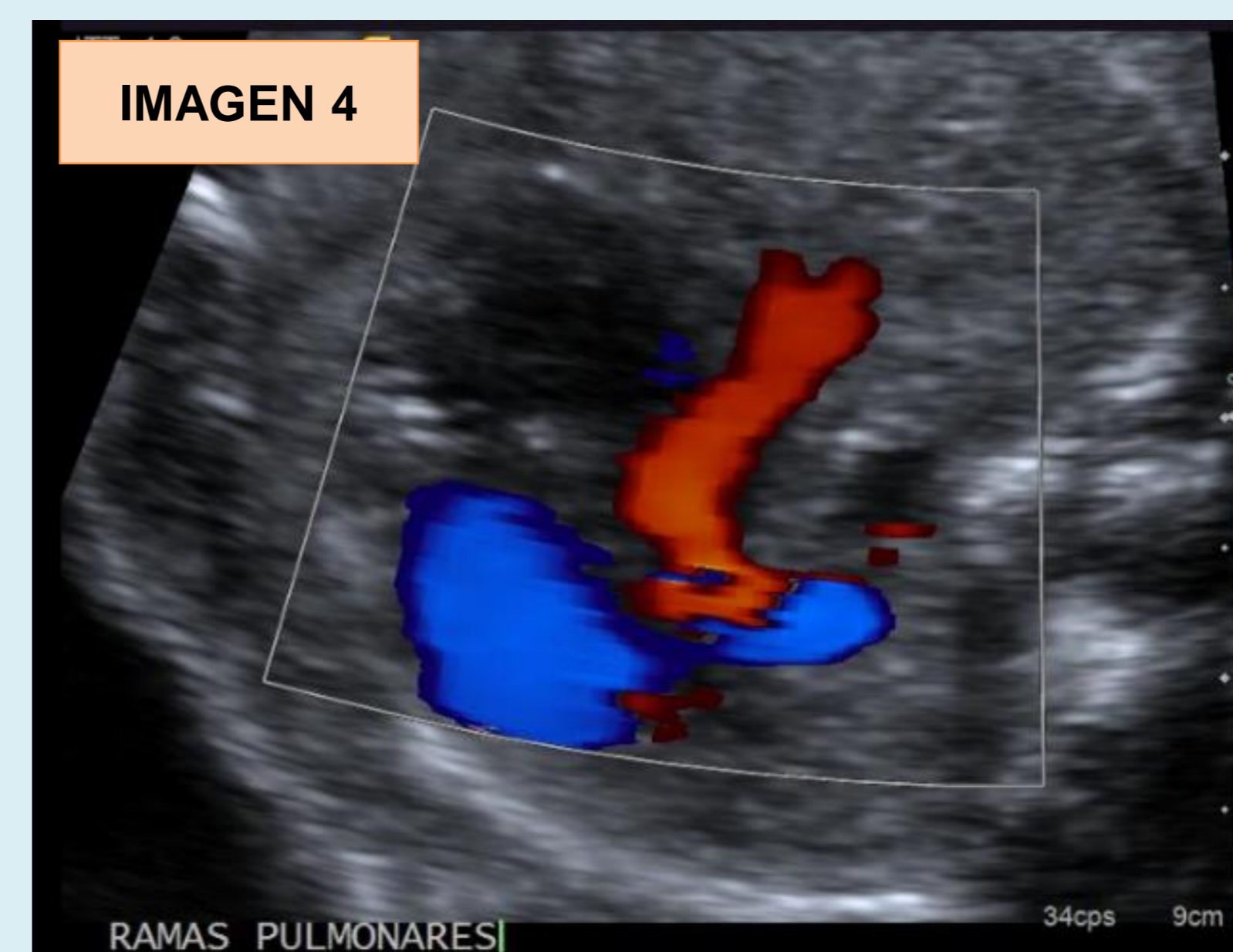
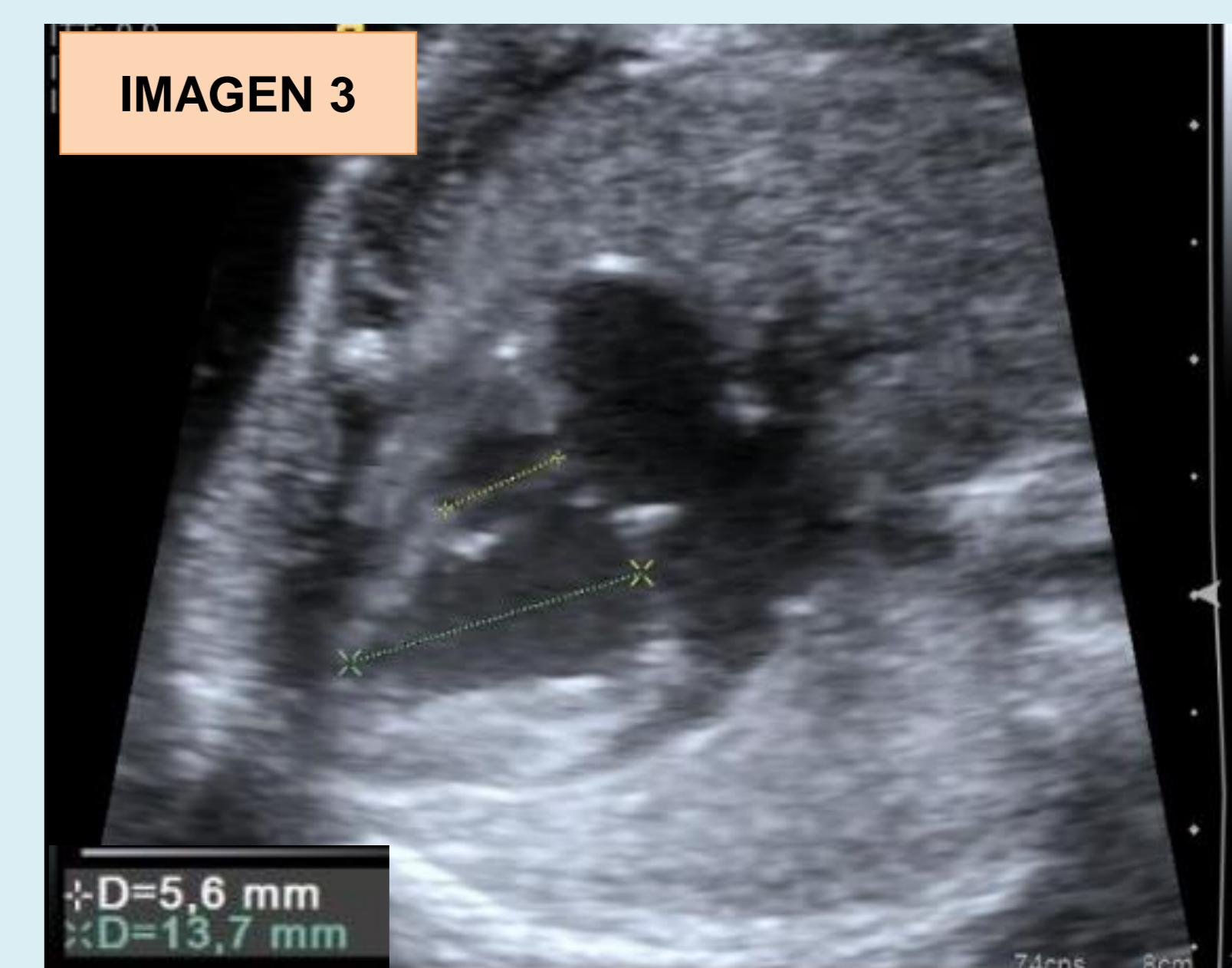
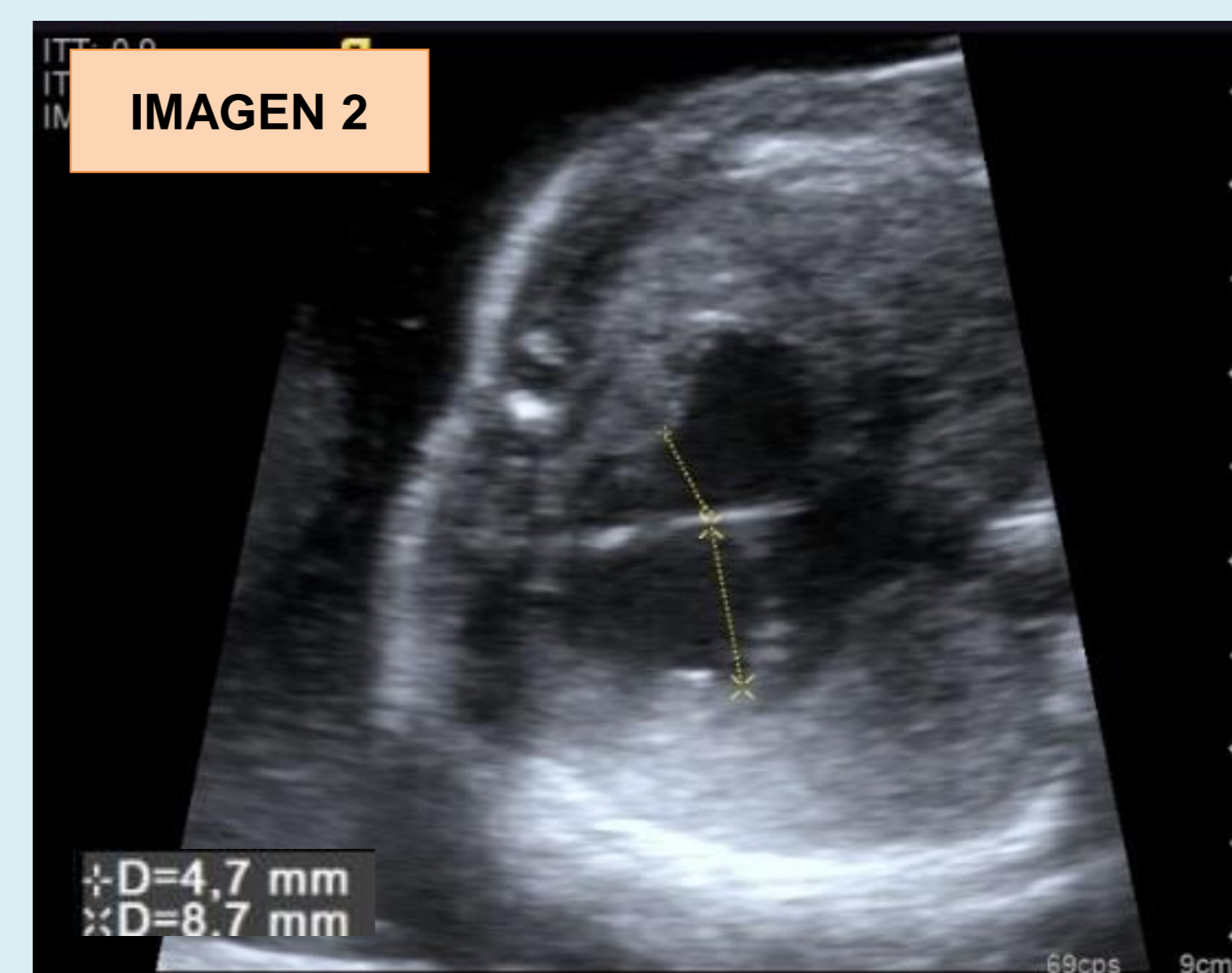
- Asimetría ventricular a favor del ventrículo izquierdo (VI).
- Gran comunicación interventricular (CIV) con flujo derecha-izquierda (IMAGEN 1):
- Atresia pulmonar.

Ante la sospecha de cardiopatía congénita, se realiza amniocentesis con resultado QF-PCR diploide para los cromosomas 21, 13 y 18; sexo XY. Array-CHG: Normal, con perfil masculino sin evidencias de desequilibrios cromosómicos significativos.

Se realiza ecocardiografía funcional avanzada:

- Discrepancia ventricular a favor del VI (VD 4.7x5.6mm y VI 8.7x13.7mm). (IMAGEN 2-3).
- Válvulas AV normofuncionantes sin insuficiencia (mitral 4.9 mm, tricúspide 3.6 mm).
- CIV de 4.6 mm (IMAGEN 1).
- Salida de un único tronco arterial que recibe flujo de ambos ventrículos, con válvula normofuncionante de 4.4 mm.
- No se visualiza salida de arteria pulmonar del VD. Sin embargo, se visualiza salida de dos ramas pulmonares a nivel de la cara posterior del tronco común, a una misma altura, con un grosor de 1.9 mm cada una y flujo anterógrado en ambas (IMAGEN 4).
- No se visualiza ductus arterioso.
- Arco aórtico izquierdo, sin signos de interrupción (IMAGEN 5).
- Drenajes venosos normales.

Ante estos hallazgos se realiza el diagnóstico de sospecha de Truncus Arterioso Común tipo II. Se realizan controles ecográficos posteriores para vigilancia estrecha, sin cambios ni complicaciones añadidas. Finalmente, es derivada en semana 33+6 de gestación, a hospital de referencia de la región para seguimiento en consultas de Medicina Fetal y realizar intervención quirúrgica precoz tras nacimiento.



## DISCUSIÓN

El Truncus Arterioso Común es una CC rara con una incidencia de 0.3/10000 nacidos vivos. En la mayoría de casos existe una gran comunicación inter-ventricular (CIV). En raras ocasiones se asocia a hipoplasia del ventrículo derecho (HVD). El caso clínico que presentamos, asociaba ambas anomalías. Puede asociarse con anomalías extracardíacas (50%) y con anomalías cromosómicas (5%), aunque con una fuerte asociación con el Síndrome de Di George, por lo que la microdelección 22q11.2 debe ser investigada en todos los casos. Se han descrito 4 tipos de TA:

- Tipo I: existe tronco pulmonar que surge del tronco arterioso.
- Tipo II: no hay tronco pulmonar, pero sí arterias pulmonares que surgen del tronco arterioso. Este fue el caso de nuestra paciente.
- Tipo III: una de las arterias pulmonares es ausente, con presencia de circulación colateral.
- Tipo IV: tronco arterioso asociado a interrupción del arco aórtico.

Sin tratamiento, el pronóstico del TAC es bastante pésimo: alrededor del 60% de los pacientes no tratados no superan los 6 meses de supervivencia y hasta el 90% mueren antes del primer año de vida. Por lo que los pacientes con TAC son sometidos a reparación quirúrgica durante las primeras semanas después del parto.

## CONCLUSIÓN

La ecocardiografía prenatal juega un papel decisivo en el pronóstico de las cardiopatías congénitas, ya que permite un diagnóstico precoz en la vida fetal. De este modo se puede plantear una estrategia terapéutica en la etapa perinatal inmediata en aquellas CC que así lo requieran.