

Defecto de Gerbode

Gerbode defect

José Álvarez¹, Guillermo Migliaro¹, Ignacio Nogués², Carlos Rivas³

Fronteras en Medicina 2018;13(2):112-113

Se describe como “defecto de Gerbode” a la comunicación entre el ventrículo izquierdo y la aurícula derecha a nivel del *septum* membranoso¹. Este defecto se presenta en una forma congénita, que se asocia con una alteración de la valva septal tricúspide, y una forma adquirida, generalmente secundaria a endocarditis infecciosa, infarto de miocardio o reemplazo valvular aórtico o mitral. En la forma adquirida la tricúspide estructuralmente es normal².

El tratamiento consiste en cerrar el defecto por vía quirúrgica convencional o por vía endovascular utilizando dispositivos Amplatzer o similares. La vía endovascular es la más utilizada en las formas adquiridas, en donde la reoperación incrementa los riesgos^{3,4}.

Los principales elementos a tener en cuenta en estos casos son la posibilidad de trastornos en la conducción auriculoventricular y la interferencia del dispositivo con el funcionamiento de las válvulas mitral y tricúspide. Es imprescindible contar con un ecocardiograma transesofágico (ETE) durante el procedimiento para evaluar el grado de *shunt* residual y el posible compromiso de las estructuras valvulares cercanas⁵.

Se muestra la tomografía de un paciente de 54 años con un defecto de Gerbode secundario luego del reemplazo de válvula aórtica por endocarditis bacteriana y reoperación por *leak* periprotésico. El ETE mostró una solución de continuidad en el *septum* membranoso que generaba un cortocircuito entre el ventrículo izquierdo y la aurícula derecha, con di-

latación de estas cavidades e insuficiencia cardíaca. El cierre se realizó por vía endovascular con un dispositivo para cierre de comunicaciones interauriculares *Amplatzer® Septal Occluder* de 4 mm. El paciente evolucionó favorablemente y cuatro años después se realizó una angiotomografía cardíaca de control que muestra el dispositivo correctamente colocado (**Figura 1A**). La **Figura 1B** permite observar una reconstrucción del ventrículo izquierdo y el dispositivo asomando hacia cavidades derechas.

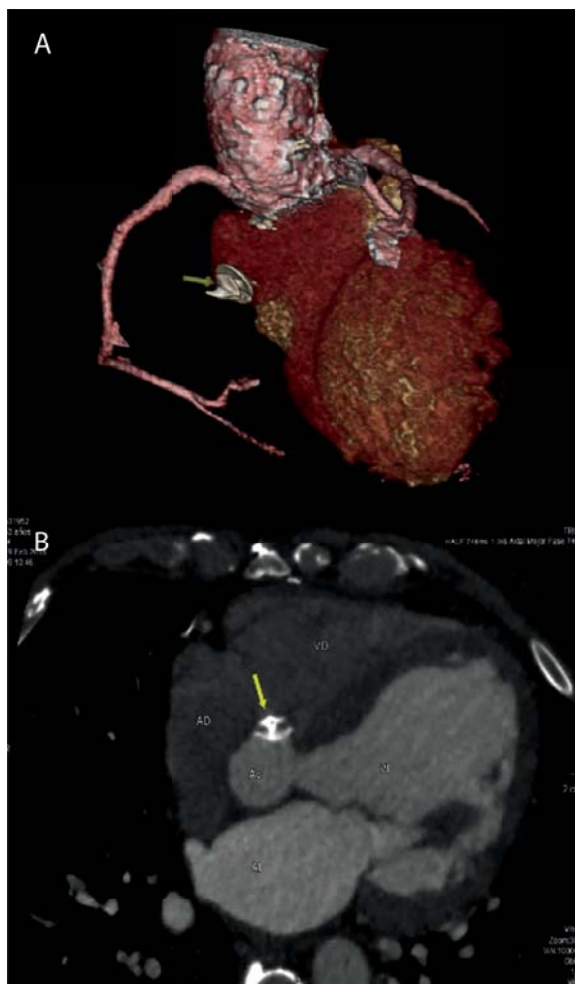


Figura 1.

1. Servicio de Hemodinamia, Hospital Británico de Buenos Aires.
2. Sección de Imágenes Cardíacas, Servicio de Cardiología. Hospital Alemán.
3. Servicio de Cardiología, Hospital Alemán.

Correspondencia: Dr. José Álvarez. Jefe del Servicio de Hemodinamia, Hospital Británico de Buenos Aires. Perdriel 74, C1280AEB CABA, Rep. Argentina. Tel: +54 11 43096400. Email: jagalvarez@gmail.com

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 02/04/2018 | Aceptado: 29/04/2018

BIBLIOGRAFIA

1. Gerbode F, Hultgren H, Melrose D, Osborn J. Syndrome of left ventricular-right atrial shunt: successful surgical repair of defect in five cases, with observation of bradycardia on closure. *Ann Surg* 1958;148:433-46.
2. Saker E, Bahri GN, Montalbano MJ, et al. Gerbode defect: A comprehensive review of its history, anatomy, embryology, pathophysiology, diagnosis, and treatment. *J Saudi Heart Assoc* 2017;29(4):283-92.
3. Dangol A, Bansal M, A-Khatib Y. Transcatheter closure of acquired left ventricle-to-right atrium shunt: first case report in an infant and review of the literature. *Pediatr Cardiol* 2013;34(5):1258-60.
4. Gerbode F, Sharma G. Recent advances in surgery of congenital heart disease. *Calif Med* 1970;112(5):25-31.
5. Chamsi-Pasha MA, Sayyed SH, Moulton MJ. Real-time 3-dimensional transesophageal echocardiography in the assessment of ventriculoatrial shunt (Gerbode defect) complicating simultaneous mitral and tricuspid valve repair. *J Am Coll Cardiol* 2014;63(15):e37.