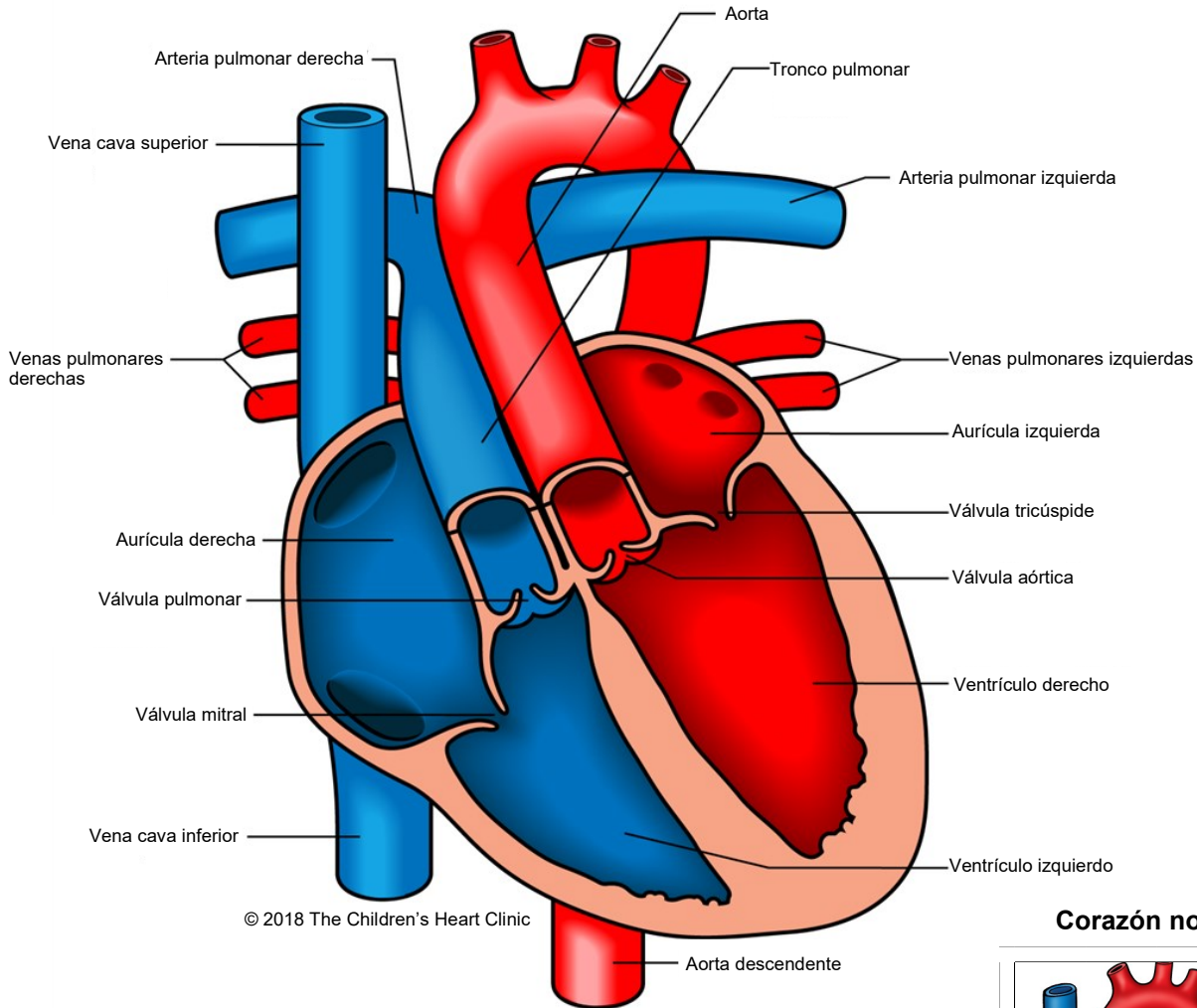
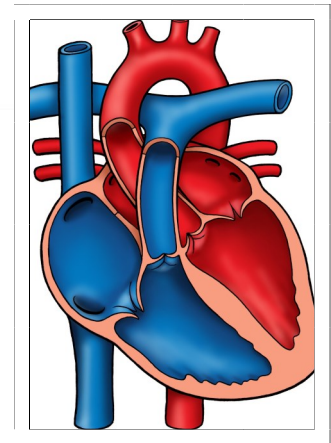


**Congenitally Corrected Transposition of the Great Arteries (L-TGA)**  
Transposición de las grandes arterias (Transposition of the Great Arteries, L-TGA)  
congénitamente corregida



Notas:

**Corazón normal**



The Children's Heart Clinic 2530 Chicago Avenue S, Ste 500, Minneapolis, MN 55404  
612-813-8800 \* Toll Free: 1-800-938-0301 \* Fax: 612-813-8825  
Children's Hospital of Minnesota, 2525 Chicago Avenue S, Minneapolis, MN 55404

---

## **Transposición de las grandes arterias (Transposition of the Great Arteries, L-TGA) congénitamente corregida**

### **Congenitally Corrected Transposition of the Great Arteries (L-TGA)**

La transposición de las grandes arterias congénitamente corregida es una forma poco frecuente de cardiopatía congénita (que sucede en menos del 1 %) en la que se preserva el flujo sanguíneo fisiológico, a pesar de las diferencias anatómicas con un corazón normal. En la L-TGA, tanto los ventrículos (cavidades de bombeo) y los grandes vasos (la aorta y el tronco pulmonar) están transpuestos (en el lado opuesto). Esto se debe a que, en el desarrollo in utero, el corazón giró hacia la izquierda (levotransposición) en vez de a la derecha. Esto hace que el ventrículo derecho morfológico (con la forma anatómica del ventrículo derecho) se encuentre en el lado izquierdo del corazón del niño. Asimismo, el ventrículo izquierdo morfológico (con la forma anatómica del ventrículo izquierdo) se encuentra en el lado derecho del corazón del niño. Por lo tanto, la circulación sigue siendo fisiológicamente normal. La sangre azul (desoxigenada) regresa a la aurícula derecha, pasa por la válvula mitral del lado derecho y por el ventrículo izquierdo morfológico del lado derecho hacia la arteria pulmonar y sale a los pulmones para oxigenarse. La sangre roja (oxigenada) regresa a la aurícula izquierda, pasa por la válvula tricúspide del lado izquierdo y por el ventrículo derecho morfológico del lado izquierdo hacia la aorta y al cuerpo. Debido a que el ventrículo derecho morfológico bombea la sangre al cuerpo en lugar del ventrículo izquierdo morfológico, el ventrículo tiene que trabajar más. Con el tiempo, este trabajo puede sobrecargar al ventrículo derecho morfológico y puede provocar insuficiencia cardíaca.

Se pueden asociar con L-TGA otras cardiopatías, como la VSD (80 %), anomalías valvulares sistémicas [regurgitación de la válvula tricúspide (fuga)], o anomalía de Ebstein (30 %), obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo [estenosis pulmonar y subpulmonar (estrechamiento)] (25 % al 50 %), dextrocardia (ubicación del corazón del lado derecho) (25 % al 50 %) y anomalías del ritmo (debido a la ubicación anómala del sistema de conducción). Existe una probabilidad del 2 % por año que los pacientes con L-TGA desarrolle un bloqueo cardíaco completo.

#### **Examen físico/Síntomas:**

- En ausencia de otras cardiopatías asociadas, los pacientes no manifiestan síntomas y puede no haber soplos.
- Soplos de VSD, regurgitación tricúspidea o estenosis pulmonar se pueden escuchar si estas cardiopatías están presentes.
- Puede haber cianosis (color azulado) si hay una estenosis pulmonar significativa (obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo) y VSD.
- Se pueden desarrollar signos de insuficiencia cardíaca en años posteriores.

#### **Pruebas diagnósticas**

- Radiografía de tórax: se puede ver una sombra anómala del corazón formada por la aorta ascendente si la posición del corazón es normal, se puede ver si hay dextrocardia. Se puede ver un aumento en las marcas vasculares pulmonares y cardiomegalia (agrandamiento del corazón) si hay VSD.
- Electrocardiograma: diagnóstico de anomalía de ritmo asociada (como bloqueo auriculoventricular y taquicardia supraventricular)
- Ecocardiograma: prueba diagnóstica.

#### **Atención médica y tratamiento**

- Los diuréticos (Lasix) se utilizan para controlar los síntomas asociados a un flujo sanguíneo pulmonar excesivo e insuficiencia cardíaca congestiva (congestive heart failure, CHF).
- Se pueden indicar medicamentos para el control del ritmo o un marcapasos en caso de que haya anomalías en el ritmo cardíaco.
- El abordaje quirúrgico y el momento de la intervención se determinan en función de la anatomía específica del niño y los síntomas. El cardiólogo y el cirujano cardíaco decidirán qué abordaje quirúrgico es el adecuado para el niño. Consulte Cirugía de doble cambio para obtener más información sobre un tipo de reparación quirúrgica y la recuperación luego de la cirugía.

---

**Transposición de las grandes arterias (Transposition of the Great Arteries, L-TGA)  
congénitamente corregida**

**Congenitally Corrected Transposition of the Great Arteries (L-TGA)**

- Es necesario un seguimiento cardiológico de por vida.
- La profilaxis de la endocarditis bacteriana puede ser necesaria antes de cualquier procedimiento odontológico. Para algunos niños, esto es para toda la vida. Pida a su cardiólogo recomendaciones específicas para su hijo.
- Se pueden recomendar restricciones en la actividad según la anatomía del niño y los defectos asociados.
- **Resultados a largo plazo:**
- La esperanza de vida depende de los defectos asociados a la L-TGA.
- 1/3 pacientes con L-TGA aislada desarrollarán insuficiencia cardíaca a los 45 años.
- 2/3 pacientes con defectos asociados desarrollarán insuficiencia cardíaca a los 45 años.