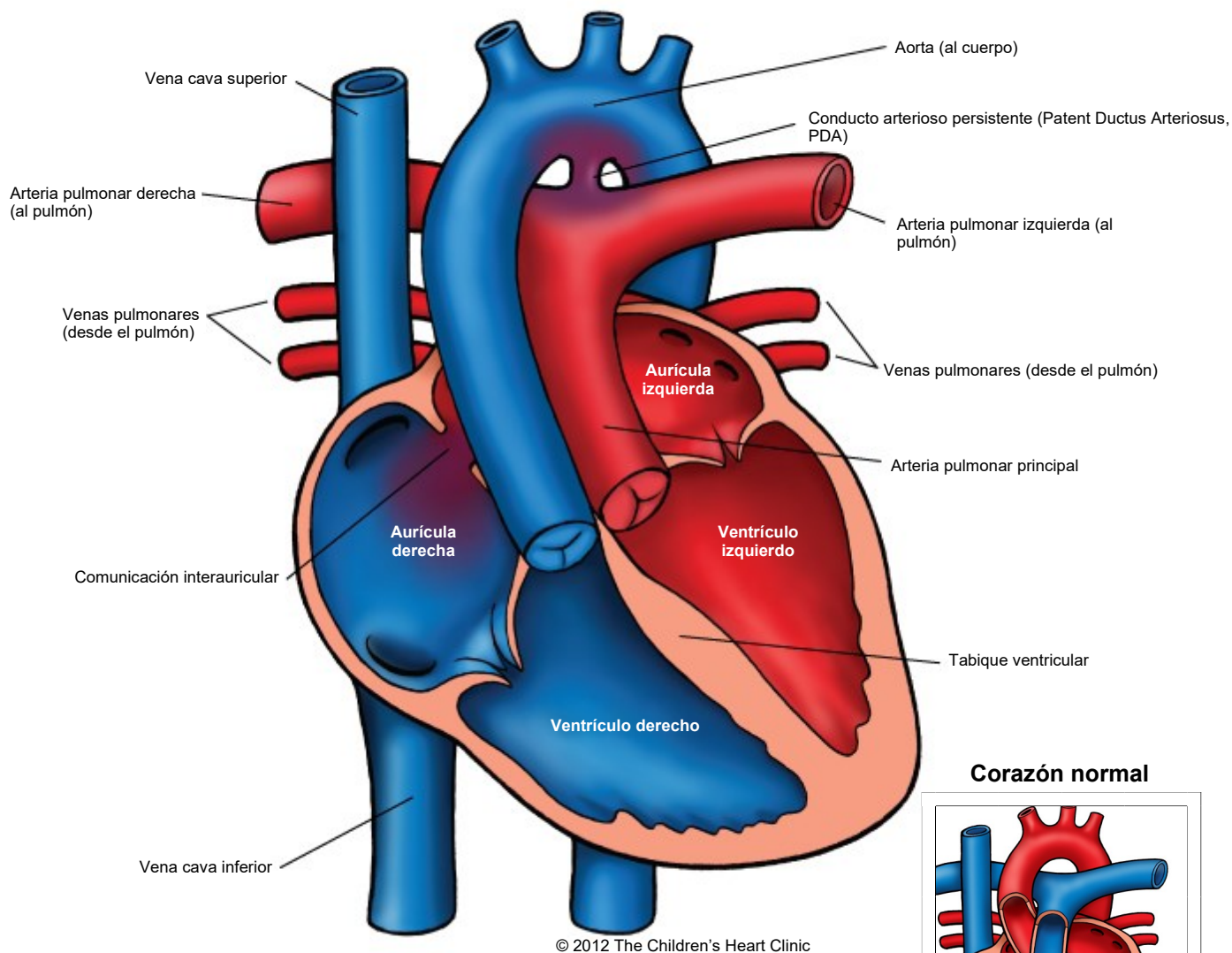
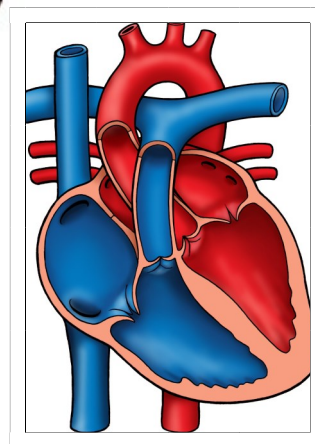


## Transposition of the Great Arteries (TGA)

Transposición de las grandes arterias



**Corazón normal**



Notas:

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 (D-TGA)

En un corazón estructuralmente normal, la aorta se origina del ventrículo izquierdo y la arteria pulmonar (pulmonary artery, PA) se origina del ventrículo derecho. Esto permite que la sangre desoxigenada del cuerpo sea bombeada a través del lado derecho del corazón, a la PA y hacia afuera a los pulmones para la oxigenación. Luego la sangre oxigenada vuelve al lado izquierdo del corazón y se bombea al cuerpo a través de la aorta.

En la transposición de las grandes arterias (transposition of the great arteries, D-TGA), la aorta y la PA se transponen o intercambian, lo que significa que la aorta se origina en el ventrículo derecho y la PA se origina en el ventrículo izquierdo. Las arterias coronarias se originan normalmente de la aorta. La aorta está a la derecha de la PA, por lo que se utiliza el prefijo D (dextroposición, que significa hacia la derecha). Con esta disposición, la sangre vuelve al cuerpo sin recibir oxígeno de los pulmones y la sangre oxigenada sigue circulando desde el lado izquierdo del corazón de vuelta a los pulmones. Esto provoca la falta de oxígeno adecuado en los órganos vitales del cuerpo, incluido el músculo cardíaco. Esencialmente, la sangre circula en 2 circuitos separados sin una comunicación adecuada, a menos que exista una comunicación interauricular (atrial septal defect, ASD) o una comunicación interventricular (ventricular septal defect, VSD) de gran tamaño. La D-TGA en ausencia de una ASD o VSD adecuada es mortal sin intervención en el neonato. La D-TGA se produce en el 5 % al 7 % de todas las cardiopatías congénitas y es más frecuente en hombres que en mujeres (relación 3:1).

#### Examen físico:

- Cianosis moderada a severa (color azulado) desde el nacimiento.
- Ruido cardíaco S2 único y fuerte.
- Se puede escuchar un soplo holosistólico si hay una VSD.
- Síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva (congestive heart failure, CHF): mala alimentación, hepatomegalia (agrandamiento del hígado) y disnea (dificultad para respirar).

#### Pruebas diagnósticas:

- Radiografía de tórax: suele haber cardiomegalia (agrandamiento del corazón) y aumento en las marcas vasculares pulmonares. La silueta del corazón puede tener forma de huevo, lo que es característico de la D-TGA.
- Electrocardiograma: el eje QRS está hacia la derecha. Suele haber una hipertrofia ventricular derecha (right ventricular hypertrophy, RVH) después de los primeros días de vida. La hipertrofia ventricular izquierda (left ventricular hypertrophy, LVH) y la RVH pueden aparecer en lactantes con una VSD grande, un conducto arterioso persistente (patent ductus arteriosus, PDA) o una enfermedad vascular pulmonar obstructiva.
- Ecocardiograma: prueba diagnóstica.
- Angiografía por tomografía computarizada: se realiza si es necesario para determinar los orígenes de la arteria coronaria.

#### Atención médica y tratamiento:

- El tratamiento con prostaglandina E (prostaglandin E, PGE) debe iniciarse lo antes posible para mantener el conducto arterioso persistente o volver a abrir el conducto para mejorar la oxigenación hasta que se pueda realizar una intervención quirúrgica o con catéter.
- Debe suministrarse oxígeno para disminuir la resistencia vascular pulmonar (pulmonary vascular resistance, PVR) y aumentar el flujo sanguíneo pulmonar para mejorar la oxigenación del cuerpo y de los órganos vitales.
- El cateterismo cardíaco y la septostomía auricular con globo (procedimiento de Rashkind) se realizan en los primeros días de vida de los lactantes sin una comunicación auricular adecuada para mejorar la mezcla de sangre oxigenada y desoxigenada.
- La anatomía coronaria se determina mediante ecocardiograma, angiografía por tomografía computarizada (computerized tomography angiogram, CTA) o en el laboratorio de cateterismo antes de la intervención quirúrgica.

---

## **Transposición de las grandes arterias**

### Transposition of the Great Arteries (D-TGA)

- Las opciones quirúrgicas se determinan en función de la anatomía individual. Consulte [Procedimiento de Rastelli](#), [Operación de recambio arterial](#) y [Procedimiento de Nikaidoh](#). El cardiólogo de su hijo le explicará las opciones quirúrgicas y el momento de la intervención.
- Es necesario un seguimiento cardiológico de por vida.
- Luego de la operación de recambio arterial, se realiza un tratamiento con aspirina durante 3 a 6 meses para prevenir la trombosis coronaria. Para niños con una sola arteria coronaria, esto puede ser para toda la vida.

#### **Resultados a largo plazo:**

- Sin intervención quirúrgica, el 90 % de los niños muere antes de los 6 meses.
- La estenosis pulmonar o aórtica supra-avalvular, las arritmias o la regurgitación valvular semilunar pueden aparecer con poca frecuencia.
- Las arritmias son más frecuentes después de la cirugía de tabique auricular que de la operación de recambio arterial.
- Por lo general, los niños tienen un crecimiento y desarrollo normales en ausencia de cardiopatías residuales o de otras comorbilidades.