

## #033 | Defecto de Gerbode: Causa oculta de disfunción de cavidades derechas

Bruno Lenzi<sup>1</sup>; Guillermo Agorrody<sup>1</sup>; Natalia Lluberas<sup>2</sup>; Gabriel Parma<sup>1</sup>

1 - Hospital Evangelico. 2 - Asociacion Española.

### Introducción:

El defecto de Gerbode se define como un defecto ventricular alto asociado a un defecto en la valva tricúspide septal, que genera una comunicación ventrículo auricular que produce sobrecarga de cavidades derechas. Es un defecto raro, pudiendo ser congénito o adquirido. Representa menos del 1% de las cardiopatías congénitas.

### Historia clínica:

Paciente de sexo femenino 51 años. Como antecedente personal Tetralogía de Fallot intervenida a los 7 años: reparación de comunicación interventricular (CIV) y comisurotomía pulmonar. Paciente en seguimiento cardiológico, presenta disnea clase funcional II estable, realiza actividad física. Buena vida de relación con buena capacidad funcional. Bajo seguimiento ecocardiográfico cada 2 años, objetivándose progresiva dilatación de cavidades derechas sin clara etiología.

### Pruebas complementarias:

Considerando la progresión de síntomas se solicita resonancia para valorar complicaciones Fallot y/o dilatación y disfunción del ventrículo derecho. RNMc octubre 2024 (Figura 1): Ventrículo izquierdo de dimensiones normales, FEVI 60%. Pequeña CIV residual. VD dilatado, FEVD 53%, Estenosis subvalvular pulmonar, IP leve a moderada. Fibrosis no isquémica. En secuencia CINE se evidencia probable defecto de Gerbode (Qp/Qs 1.47:1). Se complementa con ecocardiograma transesofágico para cuantificación y planificación terapéutica. Febrero 2025 (Figura 2): Ventrículo izquierdo de dimensiones normales, FEVI 60%. Cavidades derechas severamente dilatadas, con leve disfunción ventricular derecha. Elementos de sobrecarga del VD dados por desplazamiento del septum interventricular. Válvula pulmonar con leve insuficiencia. IT moderada que estima una PSAP de 20 mmHg. Shunt en TSVI y aurícula derecha tipo defecto Gerbode, de 5mm, próximo a valva septal de tricúspide (2-3 mm). QP/QS estimado en 1.5.



Figura 1. Resonancia nuclear magnética cardíaca. Se visualiza dilatación de cavidades derechas y shunt entre VI-AD.

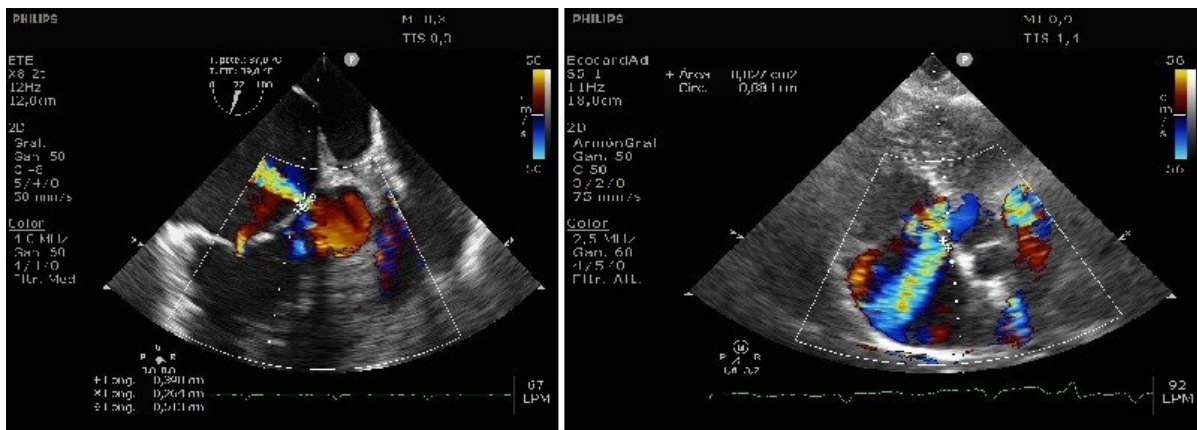


Figura 2. Ecocardiograma transesofágico 3D(izquierda) y transtorácico(derecha). Se visualiza con doppler color defecto de Gerbode.

**Diagnóstico:** Defecto de Gerbode en contexto de tetralogía de Fallot reparada.

### Discusión:

Paciente discutida con equipo multidisciplinario. Esta rara entidad puede haber sido iatrogénica, vinculado a la cirugía, o congénita pasando desapercibida previamente. También se encuentra descrita en contexto de endocarditis, IAM u otros procedimientos endocavitarios. En esta paciente la clave diagnóstica fue la progresión de la dilatación de cavidades derechas, siendo la causa más frecuente en este contexto la insuficiencia pulmonar significativa, la cual fue alejada por los últimos estudios imagenológicos. Considerando como factor pronóstico la disfunción del VD en otros escenarios y la presencia de un Qp/Qs mayor a 1.5, discutido en equipo multidisciplinario, se optó por tratamiento quirúrgico de la misma. En otros escenarios de esta entidad también puede optarse por el cierre percutáneo mediante dispositivos tipo Amplatzer; considerando la compleja anatomía se decidió la resolución por sanción quirúrgica.