

**GRUPO DE
CIRUGIA CARDIOVASCULAR Y TORAX**

TRABAJOS LIBRES

Número:

Fecha: 6 de diciembre de 1983

Hora: 10:30 a.m. a 11:05 a.m.

Título: EL EQUILIBRIO ACIDO BASE EN CIRCULACION EXTRACORPORA

Autor: Dres. R. Gutiérrez A., L. Soto P., V. Guardia Q., J. Pucci C. G. Mora B., R. Quintana M., L. Saénz D.

Presenta: Dr. R. Gutiérrez A.

Número: 1

Fecha: 6 de diciembre de 1983

Hora: 1:00 p.m. a 1:15 p.m.

Título: RESULTADOS QUIRURGICOS EN COMUNICACION INTERAURICULAR EN EL HOSPITAL MEXICO.

Autor: Dres. R. Quintana M., L. Soto P., G. Mora B.

Presenta: Dr. Quintana M.

Número: 2

Fecha: 6 de diciembre de 1983

Hora: 1:15 p.m. a 1:30 p.m.

Título: COARTACION DE AORTA EN NIÑOS

Autor: Dres. C. Silva N., R. Galva J.

Presenta: Dr. C. Silva N.

Número: 3

Fecha: 6 de diciembre de 1983

Hora: 1:30 p.m. a 1:45 p.m.

Título: ESTUDIO CLINICO-EPIDEMIOLOGICO DE LOS PACIENTES CON MARCAPASOS IMPLANTADOS EN EL HOSPITAL MEXICO.

Autor: Dres. L. Sáenz D., L. Soto P., J. J. Pucci C., R. Gutiérrez A. R. Vargas A., P. Monge G., O. Arguedas A.

Presenta: Dr. L. Bdo. Sáenz D.

Número: 4

Fecha: 6 de diciembre de 1983

Hora: 1:45 p.m. a 2:00 p.m.

Título: TIMECTOMIA EN EL TRATAMIENTO DE LA MIASTENIA GRAVIS

Autor: Dres. E. Ríos B., L. Soto P., J. J. Pucci C., R. Gutiérrez A.

Presenta: Dr. E. Ríos B.

Número: 5

Fecha: 6 de diciembre de 1983

Hora: 2:00 p.m. a 2:15 p.m.

Título: LA CIRUGIA EN METASTASIS PULMONARES.

Autor: Dres. J. Lafuente M., L. Soto P., J. J. Pucci C., R. Gutiérrez A.

Presenta: Dr. J. Lafuente M.

Número: 6

Fecha: 6 de diciembre de 1983

Hora: 2:15 p.m. a 2:30 p.m.

Título: NEUMOTORAX ESPONTANEO ESTUDIO DE 1972 a 1981.

Autor: Dr. M. Villalobos C.

Presenta: Dr. M. Villalobos C.

Número: 7

Fecha: 6 de diciembre de 1983

Hora: 2:30 p.m. a 2:45 p.m.

Título: ESPLENECTOMIA TRANSTORACICA EN PACIENTES HEMATOLOGICOS

Autor: Dres. L. Soto P., E. Ríos B., J. J. Pucci C., R. Cordero M., C. Montero U.

Presenta: Dr. E. Ríos B.

Número: 8

Fecha: 6 de diciembre de 1983

Hora: 2:45 p.m. a 3:00 p.m.

Título: LA CORRECCION QUIRURGICA DE LAS DEFORMIDADES DE LA PARED TORAXICA.

Autor: Dres. J. Lafuente M., L. Soto P., J. J. Pucci C., R. Gutiérrez A.

Presenta: Dr. J. Lafuente M.

Número: 9

Fecha: 6 de diciembre de 1983

Hora: 3:00 p.m. a 3:15 p.m.

Título: ANATOMIA PATOLOGICA DE LA TETRALOGIA DE FALLOT. ESTUDIO DE 15 PIEZAS DE MUSEO.

Autor: Dres. F. Rodríguez Gutiérrez, A. Castro B.

Presenta: Dr. F. Rodríguez G.

CONCEPTOS ACTUALES SOBRE TECNICAS QUIRURGICAS EN CIRUGIA CORONARIA

Dr. Juan José Pucci Coronado

HOSPITAL MEXICO

RESUMEN

El uso de puentes aorto-coronarios es actualmente un método plenamente aceptado para el tratamiento de la enfermedad coronaria. Es un procedimiento de mínimo riesgo y su efectividad en aliviar la angina ya no se pone en duda.

Sin embargo, en la actualidad aún existe un significativo porcentaje de fracasos primarios del injerto de vena safena: un calibre inadecuado de la vena, trauma en la manipulación de ella, errores técnicos al realizar la anastomosis, puentes de una longitud inadecuada y pobre flujo arterial distal.

Algunos de estos factores pueden obviarse con el uso de una adecuada técnica quirúrgica, aspecto fundamental en el éxito alcanzado en la actualidad con este procedimiento.

Se exponen en detalle varios aspectos quirúrgicos, incluyendo la disección de la vena safena, las alternativas que existen en relación con el material de injerto, las diferentes técnicas de preservación del miocardio, la técnica de circulación extracorpórea empleada, los detalles en la realización de las anastomosis distales y proximales, etc.

La finalidad de esta exposición es compartir una serie de aspectos técnico-quirúrgicos de la revascularización del miocardio, cuyo refinamiento es un factor primordial en el buen resultado de este procedimiento.

CONTROL TRANSOPERATORIO DE LA CIRUGIA A CORAZON ABIERTO

Dr. Rodrigo Gutiérrez Aguilar

HOSPITAL MEXICO

RESUMEN

El control transoperatorio en la cirugía a corazón abierto, ha evolucionado en forma paralela al desarrollo de los sistemas de perfusión y de la técnica quirúrgica. Es interesante recordar los años pioneros de esta cirugía, con sus rudimentarios métodos de control que nos permitía apenas, mantener una noción de los signos vitales de nuestros pacientes.

En etapas sucesivas, el uso de transductores de presión, monitor de electrocardiograma y resultados inmediatos de gases arteriales, se unieron a los prácticos sistemas extracorpóreos con control de flujo sanguíneo, flujos gaseosos y temperaturas, lo que nos permitió configurar esquemas de manejo que en forma práctica ayuda a corregir los principales desequilibrios hemodinámicos y metabólicos. El incontenible avance tecnológico nos lleva a la etapa actual en que el manejo de este tipo de pacientes se hace mediante programas de computadora, de los cuales describimos los fundamentales:

- a) **Hemodinámico:** en relación con presión arterial, presión venosa, flujo arterial, viscosidad sanguínea y resistencia vascular periférica.
 - b) **Transferencia de Oxígeno:** con PO₂ arterial y venoso, saturación de oxígeno corregidos a temperaturas sanguíneas.
 - c) **Transferencia de CO₂:** con PCO₂ y pH en sangre de entrada y salida del sistema extracorpóreo corregidos a la temperatura sanguínea.
 - d) **Transferencia de Calor:** en base a temperaturas nasofaríngeas y rectal del paciente, además de temperaturas en sistema intercambiador calórico.
-

ELECCION DEL MOMENTO PARA CIRUGIA EN CARDIOPATIAS CONGENITAS

Dr. Gerardo Mora Badilla

HOSPITAL MEXICO

RESUMEN

Se discuten las indicaciones para el tratamiento quirúrgico paliativo y correctivo de las cardiopatías congénitas, acorde con las posibilidades existentes en la actualidad en nuestro medio; se hace hincapié en su aplicación acorde con los requerimientos que dicta lo crítico o electivo de la condición patológica existente.

Se considera que un 2.7/1000 de nacidos vivos, son portadores de cardiopatías de gravedad suficiente, que ameritan diagnóstico y tratamiento en el primer año de vida, por lo que se insiste en la importancia de su adecuado manejo, máxime que representan un 30% de las cardiopatías congénitas.

Finalmente se presentan los fundamentos en que se basan las tendencias de tratamiento tanto paliativo como correctivo para las más comunes cardiopatías congénitas y se discuten los resultados obtenidos por diferentes grupos que siguen cada una de ellas.

INDICACIONES PARA EL USO DE MARCAPASOS EN NUESTRO MEDIO.

Dr. Longino Soto Pacheco

HOSPITAL MEXICO

RESUMEN

Las indicaciones para la colocación de marcapasos están influidos por múltiples factores tanto de índole epidemiológico, como los económicos. Así, por ejemplo en el año de 1979 se reporta por Goldman y Parsonnet que en Reino Unido se colocaron 75 marcapasos por millón de

habitantes, mientras que en los Estados Unidos se colocaron 308.9 marcapasos por millón de habitantes. Otro aspecto, muestra que en Sur América el 60^o/o de los marcapasos se colocan en pacientes con enfermedad de Chagas, mientras que en Norte América el 40^o/o se colocan por el Síndrome del Nodo enfermo.

Las indicaciones para la colocación de marcapaso permanente, se pueden dividir en tres grupos:

A— Bloqueo A.V. completo: Ya sea éste fijo o intermitente, así como bloqueo A.V. de segundo grado que hayan presentado crisis de Stokes Adams o que tengan manifestaciones de bajo gasto, y en los que se haya documentado fibrilación ventricular o asistolia.

B— Síndrome del nodo enfermo que contempla uno o varios de los siguientes parámetros: Bradicardia sinusal, paro sinusal permanente o paroxístico, o el llamado síndrome bradicardia-taquicardia.

C— Un grupo de pacientes en los que se considera el uso profiláctico de marcapasos es en los que se presenta bloqueo A.V. de primer grado acompañados de bloqueos bi o trifasiculares y generalmente portadores de un infarto de miocardio reciente.

EL EQUILIBRIO ACIDO BASE EN CIRCULACION EXTRACORPOREA

Dr. Rodrigo Gutiérrez Aguilar, Dr. Longino Soto Pacheco, Dr. Víctor Guardia Quirós, Dr. Juan Pucci Coronado, Dr. Gerardo Mora Badilla, Dr. Ronald Quintana Morales, Dr. Luis Sáenz Delgado

HOSPITAL MEXICO

RESUMEN

El presente trabajo está realizado en Video-Cassette con una duración de 35 minutos. En la primera parte hacemos referencia a la relación del hombre con los gases, que va más allá de su vital dependencia con la atmósfera; ya que se remonta al origen de la vida, de acuerdo a los trabajos de Miller y Urey que señalan una cadena vital de 10 millones de años a partir de la mezcla gaseosa de hidrógeno, metano, amoníaco y demás componentes de la primitiva atmósfera que sometida a irradiación produce primero aminoácidos y a partir de ellos materias protéicas, células y sus organizaciones finales en plantas, insectos, peces, mamíferos, etc.

En la segunda parte del trabajo analizamos la relación pH, PCO₂ y HCO₃, en base a los conceptos de Henderson y Hesselbach. Describimos a continuación las ecuaciones de Davenport a partir de las cuales hemos diseñado un esquema en el que señalamos once zonas fundamentales del equilibrio ácido base; demostramos su utilidad en el control del paciente bajo circulación extracorpórea y la facilidad para corregir los datos de gases arteriales de acuerdo a la temperatura sanguínea.

RESULTADOS QUIRURGICOS EN COMUNICACION INTERAURICULAR EN EL HOSP. MEXICO

Dr. Ronald Quintana Morales, Dr. Longino Soto Pacheco, Dr. Gerardo Mora Badilla

HOSPITAL MEXICO

RESUMEN

Se presentan los resultados operatorios y evolución posterior de 109 casos de comunicación interauricular, intervenidos consecutivamente en el Hospital México. Una cuarta parte de la muestra lo fueron pacientes intervenidos antes de los 10 años de edad, tres cuartas partes, antes de los 30 años de edad.

El 78.8^o/o de los casos correspondieron a defectos tipo ostium secundum; los restantes, tipo seno venoso u ostium primum.

Todos los casos fueron estudiados hemodinámicamente en el preoperatorio, encontrándose en un 21^o/o de los mismos algún grado de hipertensión arterial pulmonar (sobre 30/15 mmHg) e incluso hasta llegar a niveles sistémicos. Mediante sutura directa del defecto se operaron 89 (81.7^o/o) casos, los restantes 20 requirieron el empleo de parche protético.

Un total de 19 (17.4^o/o) casos presentaban algún tipo de drenaje venoso pulmonar anómalo parcial.

La más frecuente complicación postoperatoria inmediata la constituyeron las arritmias supraventriculares que se presentaron en 9 instancias (8.3^o/o).

COARTACION DE AORTA EN NIÑOS

Dr. Carlos Silva Navarro, Dr. R. Galva J., Dr. R. Ortiz B.

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS

RESUMEN

1— De 1975 a 1980 se operaron 37 pacientes de coartación de la aorta en el Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital Nacional de Niños. Se analizan datos clínicos, radiológicos, electrocardiográficos, cateterismo, problemas operatorios y postoperatorios, complicaciones y mortalidad.

2— El sexo masculino predominó sobre el femenino y la edad osciló entre nueve días y doce años.

3— Se hicieron dos grupos: el grupo I únicamente con coartación y el grupo II con otro tipo de malformación agregada.

4— Los más afectados clínicamente, fueron los menores de un año, siendo su manejo a la vez muy difícil.

5— Se documentó doce casos de H.A.P. por cateterismo.

- 6— Treinta casos con anastomosis T-T; más T-L; un injerto de Teflón y cinco subclavia aorta.
- 7— Cinco reintervenciones por sangrado; tres intervenciones por reestenosis.
- 8— Hipertensión arterial, se reporta en diecinueve pacientes y de éstos solo en tres duró más de un año, siendo más frecuente en los niños mayores.
- 9— En el grupo I: la sobrevida fue de 100^o/o y en el II fue de 66.5^o/o; la mortalidad global fue de 10.8^o/o equiparable a la de otros autores.
- 10— Se analizan además los tipos de sutura y de anastomosis; las complicaciones, las malformaciones acompañantes y en detalle los fallecidos.

ESTUDIO CLINICO-EPIDEMIOLOGICO DE LOS PACIENTES CON MARCAPASOS IMPLANTADOS EN EL HOSPITAL MEXICO.

Dr. Luis B. Sáenz Delgado, Dr. Longino Soto Pacheco,
Dr. Juan J. Pucci Coronado, Dr. Rodrigo Gutiérrez Aguilar,
Estud. Medicina: Rita Vargas Arias, Patricia Monge
Guevara y Olga Arguedas Arguedas.

HOSPITAL MEXICO

RESUMEN

Se tomó una muestra aleatoria de 120 pacientes portadores de marcapasos artificiales permanentes que se colocaron en el Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital México, de 1970 a julio de 1982 (50^o/o del total de portadores). De éstos, 54^o/o son hombres y 46^o/o pertenecen al sexo femenino. Se encontró que a pesar de su edad, el 70^o/o de los pacientes realizaban algún tipo de actividad productiva. La edad del paciente más joven fue de 11 años, siendo la mayoría de los pacientes (62^o/o) de 60 a 80 años de edad. La principal indicación para el procedimiento fue el bloqueo aurículo ventricular de III grado (80^o/o). El 42^o/o de los pacientes presentaron crisis de Stokes Adams como manifestación de su enfermedad. Han requerido más de un marcapaso 70 pacientes (58^o/o). En todas las implantaciones la vía más usada fue la endovenosa. Las complicaciones tardías más frecuentes fueron la exposición del marcapaso o cable electrodo en 30 casos (25^o/o) y el desalojo del electrodo en 27 casos (22^o/o).

Como tratamiento quirúrgico a estas complicaciones, se efectuaron plastía de bolsa, cambio del sitio de implantación y recolocación del electrodo.

Se determinó que 17 pacientes habían fallecido (14^o/o); sin embargo ninguno lo hizo como complicación de la colocación del marcapaso o de la cirugía de sus complicaciones.

TIMECTOMIA EN EL TRATAMIENTO DE LA MIASTENIA GRAVIS

Dr. Egberto Ríos Bedoya, Dr. Longino Soto Pacheco,
Dr. Juan J. Pucci Coronado, Dr. Rodrigo Gutiérrez Aguilar

HOSPITAL MEXICO

RESUMEN

Actualmente se considera a la timectomía como un procedimiento efectivo y seguro en el tratamiento de la miastenia gravis.

Durante la última década, en el Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital Mexico se han realizado un total de 40 timectomías, la mayoría en pacientes del sexo femenino (65^o/o), cuyas edades oscilaron entre los 13 y 70 años (el 85^o/o entre la segunda y cuarta década de la vida) con un promedio de 29 años.

La mayoría de los casos (68^o/o) correspondieron a un estadio II de la enfermedad (clasificación de Osserman).

El abordaje quirúrgico fue a través de una esternotomía media. La morbilidad operatoria (30^o/o) fue fundamentalmente de origen ventilatorio, hecho que guarda una estrecha relación con la enfermedad de fondo.

La mortalidad quirúrgica (10^o/o) se presentó en pacientes en un estadio avanzado de la enfermedad y fundamentalmente durante los años iniciales de esta experiencia (en los últimos 31 casos es del 3^o/o).

El 10^o/o de los pacientes presentaban timomas. Un 84^o/o de los casos se han controlado regularmente, encontrándose actualmente el 43^o/o de ellos asintomáticos y un 47^o/o con mejoría clínica, concluyéndose que únicamente un 10^o/o no tuvieron una adecuada respuesta al tratamiento quirúrgico.

LA CIRUGIA EN METASTASIS PULMONARES

Dr. Javier Lafuente Marín, Dr. Longino Soto Pacheco,
Dr. Juan J. Pucci Coronado, Dr. Rodrigo Gutiérrez Aguilar.

HOSPITAL MEXICO

RESUMEN

Está bien documentado en la actualidad el papel de la cirugía en el tratamiento de las metástasis pulmonares, siendo cada día mayor la aceptación de este procedimiento.

En el Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital México se han intervenido un total de 11 pacientes para resección de metástasis pulmonares. De éstos, 6 fueron hombres y 5 mujeres. La edad osciló entre los 6 y los 68 años, con un promedio de 43 años.

Todos los pacientes tenían metástasis pulmonares unilaterales; en 6 era única y en 5 múltiples.

La operación consistió en lobectomía en 6 casos y resección en cuña de la o las metástasis en 5. La mortalidad quirúrgica fue de cero y la morbilidad del 18^o/o (dos casos).

Todos los pacientes tenían tratamiento coadyuvante. En 3 (27^o/o) hubo recurrencia de las metástasis pulmonares.

Actualmente hay 5 pacientes vivos, 5 muertos y 1 se desconoce. Los que tuvieron mejor evolución fueron aquellos con tumores renales y del cérvix, y los de mal pronóstico fueron aquellos con tumores embrionarios, sarcomatosos o con melanoma maligno.

Consideramos que en un grupo bien seleccionado de pacientes, la cirugía es un recurso útil en el manejo de las metástasis pulmonares.

NEUMOTORAX ESPONTANEO ESTUDIO DE 1972 A 1981

Dr. Manuel Villalobos Carvajal

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

RESUMEN

Neumotórax espontáneo es usualmente un proceso benigno, causado por la ruptura de bulas subpleurales.

Se estudió una serie de ciento seis pacientes, representando 117 neumotórax espontáneos. Predominaron los hombres (86^o/o), sobre las mujeres, con una relación 6:1.

La edad promedio fue de veintinueve años, con un menor de doce y un mayor de ochenta.

No hubo preferencia de la patología por uno u otro pulmón, notándose una recurrencia en el 16^o/o de los casos.

Se encontró antecedentes de tuberculosis pulmonar en el 16^o/o de los casos y un 19^o/o más tenía historia de enfermedad pulmonar crónica. 58^o/o eran grandes fumadores.

El síntoma que predominó fue el dolor torácico en el 88^o/o, seguido de disnea en un 59^o/o. La mayoría de los pacientes se trató con tubo de toracostomía, el cual brindó una reexpansión rápida y segura, seguida de la pronta rehabilitación del paciente.

La toracotomía se dejó para aquellos casos en que el método anterior falló, siendo el tratamiento quirúrgico lo más conservador posible al preservar al máximo el tejido pulmonar y producir una pleurodesis efectiva.

Se presentaron cuatro complicaciones postoperatorias, una por sangrado y tres por salida persistente de aire, los cuales evolucionaron bien, con sólo reintervención del primero.

La estancia hospitalaria promedio menor se dio en los pacientes tratados con tubo de toracostomía, con un promedio de 7.5 días contra 9.5 días de los tratados conservadoramente y 23 días los quirúrgicos.

Esto nos demuestra las ventajas del primer tratamiento, disminuyendo costos hospitalarios y dando pronta rehabilitación al trabajo para el enfermo.

No se reportan casos de mortalidad en esta serie.

ESPLENECTOMIA TRANSTORACICA EN PACIENTES HEMATOLOGICOS.

Dr. Longino Soto Pacheco, Dr. Egberto Ríos Bedoya,
Dr. Juan J. Pucci Coronado, Dr. Roberto Cordero Murillo,
Dr. Carlos F. Montero Umaña.

HOSPITAL MEXICO

RESUMEN

La esplenectomía es considerada como un tratamiento efectivo en el manejo de múltiples padecimientos hematológicos.

En el Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital México, se han realizado 40 esplenectomías en pacientes referidos por el Servicio de Hematología, la mayoría del sexo femenino (80^o/o), cuyas edades oscilaron entre los 7 y 70 años (promedio de 34 años).

El diagnóstico preoperatorio en la mayoría (75^o/o) fue de púrpura trombocitopénica inmunológica, correspondiendo el resto a hipersplenismo secundario (10^o/o), anemia hemolítica (7.5^o/o) y leucemia mielocítica crónica (7.5^o/o).

Todos los casos fueron abordados por vía transtorácica, técnica propia de nuestro Servicio, cuyos detalles técnicos y beneficios se comentan.

La mortalidad quirúrgica fue del 5^o/o, cifra satisfactoria en un grupo de pacientes algunos de alto riesgo, sometidos a cirugía de urgencia en una etapa crítica de su enfermedad.

El 80^o/o no requirieron de transfusiones sanguíneas en el trans-ni en el post-operatorio, alcanzándose una morbilidad quirúrgica del 12,5^o/o (3 reintervenciones por sangrado y 2 infecciones de la herida).

En el control ulterior inmediato de los 30 pacientes con púrpura, se encontró que el 73^o/o se encontraban con cifras normales de plaquetas y en el restante 27^o/o, éstas habían mejorado, obteniéndose así una respuesta adecuada en todos los casos.

LA CORRECCION QUIRURGICA DE LAS DEFORMIDADES DE LA PARED TORACICA

Dr. Javier Lafuente Marín, Dr. Longino Soto Pacheco,
Dr. Juan J. Pucci Coronado, Dr. Rodrigo Gutiérrez Aguilar

HOSPITAL MEXICO

RESUMEN

Las deformidades congénitas de la pared torácica son una patología relativamente frecuente en nuestro medio, siendo éstas candidatas a corrección quirúrgica cuando producen alteración en la función de los órganos del tórax o por motivos estéticos, cuando la deformidad física es muy marcada.

En el Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital México, se han operado un total de 25 pacientes con este tipo de patología, siendo la gran mayoría del sexo masculino (88^o/o), y con edades que han oscilado entre los 10 y los 26 años (promedio de 10 años).

Del total de pacientes, 17 (68^o/o) presentaban pectus excavatum, 5 (20^o/o) pectus carinatum, 2 (8^o/o) tenían deformidad únicamente de la pared costal y 1 (4^o/o) era portadora de una agenesia costal parcial (síndrome de Poland).

Se encontraron lesiones congénitas asociadas en el 36^o/o de los casos.

La técnica quirúrgica empleada ha sido en la mayoría de los casos (60^o/o), el giro esternal de 180^o (operación de Wada), usándose la técnica de Ravitch o la simple resección de cartílagos condrocostales en el resto.

Los resultados funcionales y estéticos han sido muy satisfactorios en todos los pacientes, sin mortalidad quirúrgica y con una mínima morbilidad.

ANATOMIA PATOLOGICA DE LA LETRALOGIA DE FALLOT ESTUDIO DE 15 PIEZAS DE MUSEO

Dr. Fernando Rodríguez Gutiérrez*

Dr. Abdón Castro Bermúdez**

HOSPITAL DR. R.A. CALDERON GUARDIA

RESUMEN

Se revisaron 15 piezas de museo con el diagnóstico de Tetralogía de Fallot, haciendo énfasis en la estenosis infundibular pulmonar como característica distintiva de dicha patología.

A todos se les midió la pared libre del ventrículo derecho, la pared libre del ventrículo izquierdo, el diámetro de la aorta y el diámetro de la arteria pulmonar.

Se clasificó la comunicación interventricular. Se observaron sus relaciones con la cresta supraventricular y con las valvas aórticas.

En algunos casos fue posible estudiar el infundíbulo pulmonar midiendo su diámetro, la vía de salida y el grosor de la pared libre, así como observar su forma.

Lo mismo fue hecho con la válvula pulmonar y la arteria pulmonar.

Además, se estudiaron los defectos asociados a dicha patología como son P.C.A., la C.I.A., los defectos del canal A.V., el Arco aórtico derecho y alteraciones del S.N.C.

Se encontró que la C.I.V. está relacionada casi exclusivamente con la valva coronariana derecha y no se observaron alteraciones del patrón coronariano.

Todas las C.I.V. son perimembranosas; ningún caso con C.I.V. múltiple y por el lado derecho la mayoría fueron infracristales.

Los defectos asociados más frecuentes fueron la C.I.A. tipo foramen oval permeable y P.C.A.

El material estudiado corresponde al museo del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Nacional de Niños.