

Caso Clínico

Conducto arterioso persistente tipo ventana: manejo quirúrgico

Juan M. Mantilla^a, José L. Cely-Andrade^{b,*}, Mario F. Enriquez^c y José L. Olaya^d^a Departamento de Cirugía Cardiovascular Pediátrica, Hospital Cardiovascular del Niño de Cundinamarca, Soacha, Cundinamarca, Colombia^b Dirección de Investigaciones, Hospital Cardiovascular del Niño de Cundinamarca, Soacha, Cundinamarca, Colombia - Universidad Manuela Beltrán, Bogotá, Colombia^c Cirugía Cardiovascular, Fundación Universitaria de las Ciencias de la Salud (FUCS), Bogotá, Cundinamarca, Colombia^d Departamento de Cirugía Cardiovascular, Dirección Científica, Hospital Cardiovascular del Niño de Cundinamarca, Soacha, Cundinamarca, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

On-line el 18 de enero de 2017

Palabras clave:

Conducto arterioso

Cirugía

Tratamiento

Keywords:

Ductus arteriosus

Surgery

Treatment

RESUMEN

El conducto arterioso (CA) persistente tipo ventana es una afección muy poco frecuente. En este artículo se describe un caso clínico en el cual se hace uso de las herramientas diagnósticas y de tratamiento quirúrgico dentro del contexto de un paciente con múltiples comorbilidades congénitas, haciendo énfasis en los estudios que se llevaron a cabo para precisar la morfología del conducto arterioso y su abordaje quirúrgico, con el cual se resolvió favorablemente la dolencia del paciente.

© 2016 Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Window-type patent ductus arteriosus: Surgical management

ABSTRACT

Window-type ductus arteriosus is a very rare condition. A case is presented in which the use of diagnostic tools and surgical treatment is described in the context of a patient with multiple congenital comorbidities. The article emphasises the studies that were carried out to clarify the morphology of ductus arteriosus, as well as the surgical approach with which the patient's pathology was favourably resolved.

© 2016 Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El conducto arterioso (CA) es una estructura vascular que se extiende desde la bifurcación de la rama pulmonar izquierda hasta la aorta descendente, distal al nacimiento de la arteria subclavia izquierda¹. Cobra mucha importancia en la vida fetal, pues deriva hasta el 70% del gasto cardíaco a la circulación pulmonar mediante el shunt aortopulmonar debido a la diferencia de presiones. Funcionalmente, el cierre se produce en un 90% a las 48 h y en el 100% a las 96 h posteriores al nacimiento².

En menores de un mes la aparición del conducto arterioso persistente (CAP) tiene una incidencia de un 0,9%, entre los 4-6 meses puede alcanzar el 4,5% y en menores de 1.500 g (bajo peso al nacer) alcanza hasta el 30%. En general, la presencia de CAP en neonatos con enfermedades congénitas oscila entre el 5-10%; sin embargo, la presencia de un conducto grande es muy rara³. El CAP tipo ventana es una afección cuyo grado de repercusión es severo y la necesidad de corrección se hace imperiosa e impacta favorablemente en la sobrevida y el pronóstico del paciente.

Dependiendo de su morfología, el CAP ha sido clasificado por Krichenko en 5 grupos⁴ (fig. 1):

- A. En forma de embudo con ámpula aórtica y estrechez pulmonar (75% de los casos).
- B. Tipo ventana.
- C. De forma tubular.
- D. De forma oval, con estrecheces aórtica y pulmonar.
- E. Formas raras.

La forma anatómica y su tamaño determinan el mecanismo de cierre percutáneo o quirúrgico¹.

El conducto tipo ventana difiere del tipo usual de CAP en que la luz de la arteria pulmonar se comunica directamente con la aorta sin que exista extensión del ducto y en que las paredes arteriales se encuentran en estrecha aposición⁵. Este conducto tipo ventana se clasifica dentro del grupo de conductos tipo B de la clasificación de Krichenko⁶.

En pacientes con terapia médica fallida y con anatomía que no permite el uso de oclusores se debe realizar manejo quirúrgico, donde las tasas de éxito alcanzan el 95% con un riesgo de mortalidad de entre el 1-2%⁷.

En pacientes mayores de un mes se prefiere el cierre por métodos percutáneos con tasas de éxito de alrededor del 90%. Algunos autores, como Bialkowski, afirman que el uso de AmplatzerTM o coils en ductus con más de 3 mm de diámetro puede producir embolizaciones en el trayecto de la arteria pulmonar o protrusiones aórticas, pero que algunos dispositivos de nuevas generaciones,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jlcela@una.edu.co (J.L. Cely-Andrade).