

EXPERIENCIA DE CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO POR VÍA PERCUTÁNEA EN UN HOSPITAL GENERAL DE CUARTO NIVEL

Mosquera W¹, Gutierrez J¹, Portilla A²

¹Cardiólogo Pediatra, Unidad de Cardiopatías Congénitas, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia.

²Fellow Cardiología Pediátrica Universidad ICESI-FCVL

Introducción

El ductus arterioso persistente puede ocasionar insuficiencia cardíaca con aumento de aurícula y ventrículo izquierdo. La prevalencia del ductus arterioso es aproximadamente 1 en 2000 nacidos vivos, lo que significa aproximadamente 10% del total de las cardiopatías; esta prevalencia es mayor a grandes alturas sobre el nivel mar.

Porstman, en 1966, describió por primera vez el cierre percutáneo del ductus arterioso. Desde entonces, se han utilizado diferentes tipos de coils y dispositivos oclusores. En la última década el cierre percutáneo es el tratamiento de elección del ductus arterioso persistente para la gran mayoría de los pacientes pediátricos y adultos

Objetivos

Presentar una experiencia institucional de cierre percutáneo del ductus arterioso mediante dispositivos oclusores

Métodos

Estudio descriptivo, basado en el análisis de la base de datos del servicio de Hemodinamia con diagnóstico confirmado de ductus arterioso persistente entre octubre del 2009 y octubre del 2014.

Bibliografía

1. ductus arteriosus using a new versatile angiographic and delivery catheter. *Pediatr. Cardio* 2003;124:482-483.
2. Porstmann W, Wierny L, Warnke H, Gerstberger G, Romaniuk PA. Catheter closure of patent ductus arteriosus: Sixty-two cases treated without thoracotomy. *Radiol Clin North Am* 1971; 9:203-18.
3. Baruteau A, Hascoët S et al. Transcatheter closure of patent ductus arteriosus: Past, present and future. *Archives of Cardiovascular Disease* (2014) 107, 122—132.

Resultados

Se analizaron 134 pacientes; 65% (87/134) eran mujeres y 35% (47/134) hombres (Fig. 1). Edad media, 5,3 años (rango 0.2 – 44 años) Fig. 1); peso medio, 18,8 kg (rango 4,3 – 65 kg). Procedimientos por año: 9% (12/134) en 2009, 7% (9/134) en 2010, 9% (12/134) en 2011, 23,8% (32/134) en 2012, 26% (31/134) en 2013 y 28% (38/134) en 2014 (Fig. 2). La morfología del ductus y la selección del tipo y tamaño del dispositivo se determinó mediante aortograma lateral y aortograma derecho a 30°. Al finalizar el procedimiento se consiguió la oclusión completa en 99,2% (133/134); se presentó embolización del dispositivo en 0,7% (1/134). Se utilizó dispositivo tipo ADO II en 29% (39/134), PDAR en 22%(30/134), NIT en 21% (28/134), ADO I en 15%(20/134), en 9% (12/134) coil y en 4% (5/134) otros (Fig. 3). El diámetro promedio del extremo pulmonar cerrado con dispositivo ADO II fue 2,5mm, PDAR 3mm, NIT 1,8mm, ADO I 4,6mm, coils 2,1mm y otros 5.3mm

FIGURA 1.

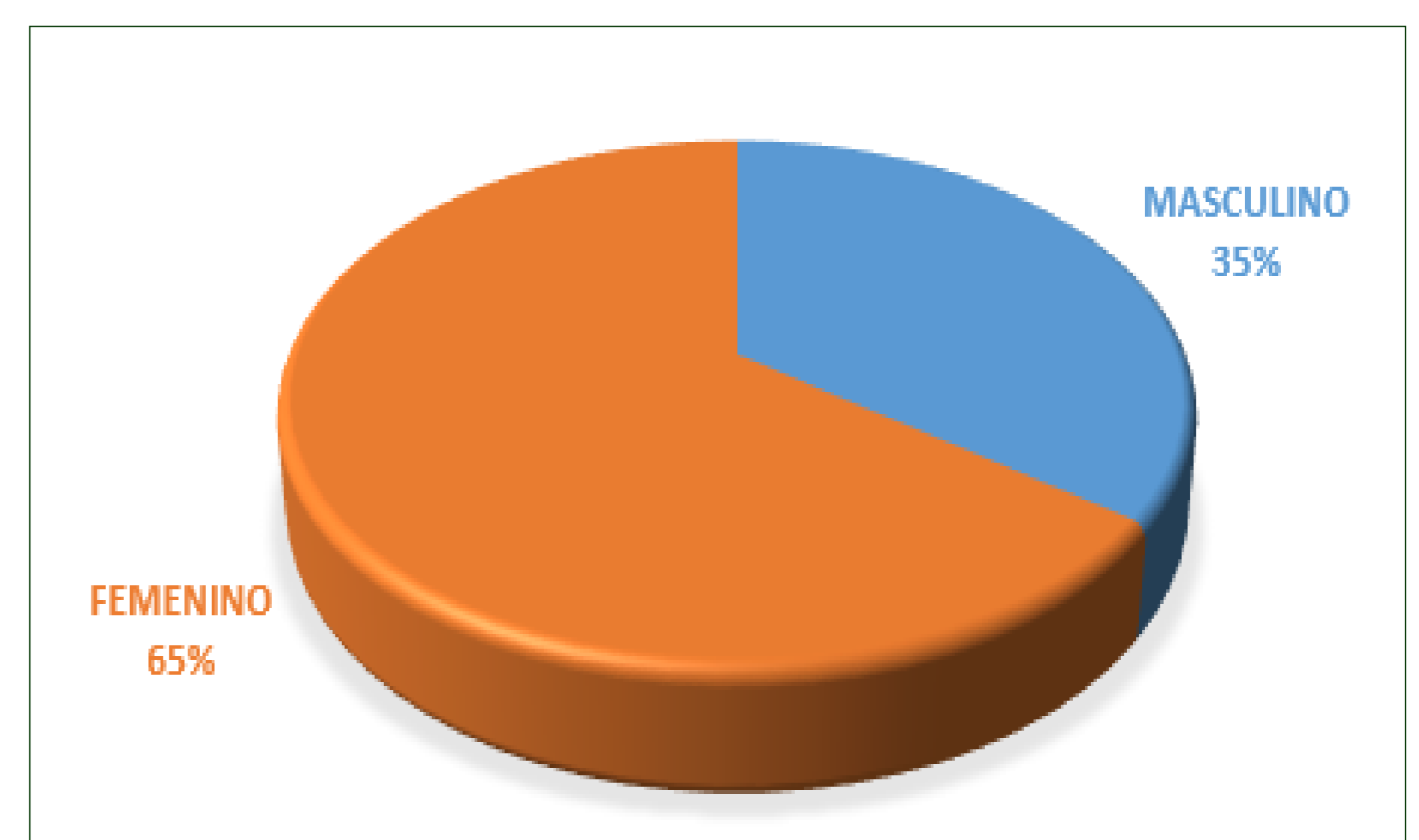


FIGURA 2.

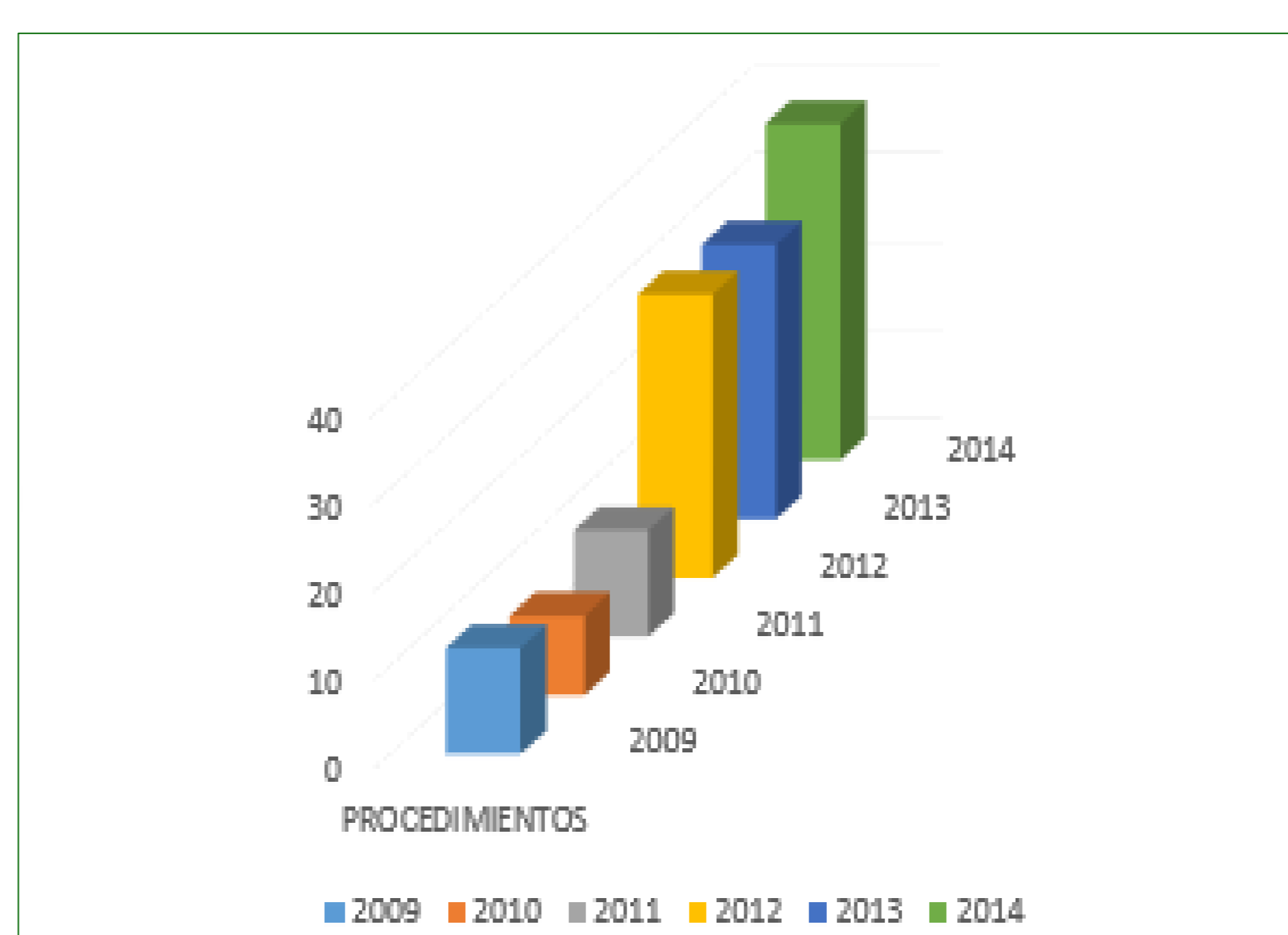
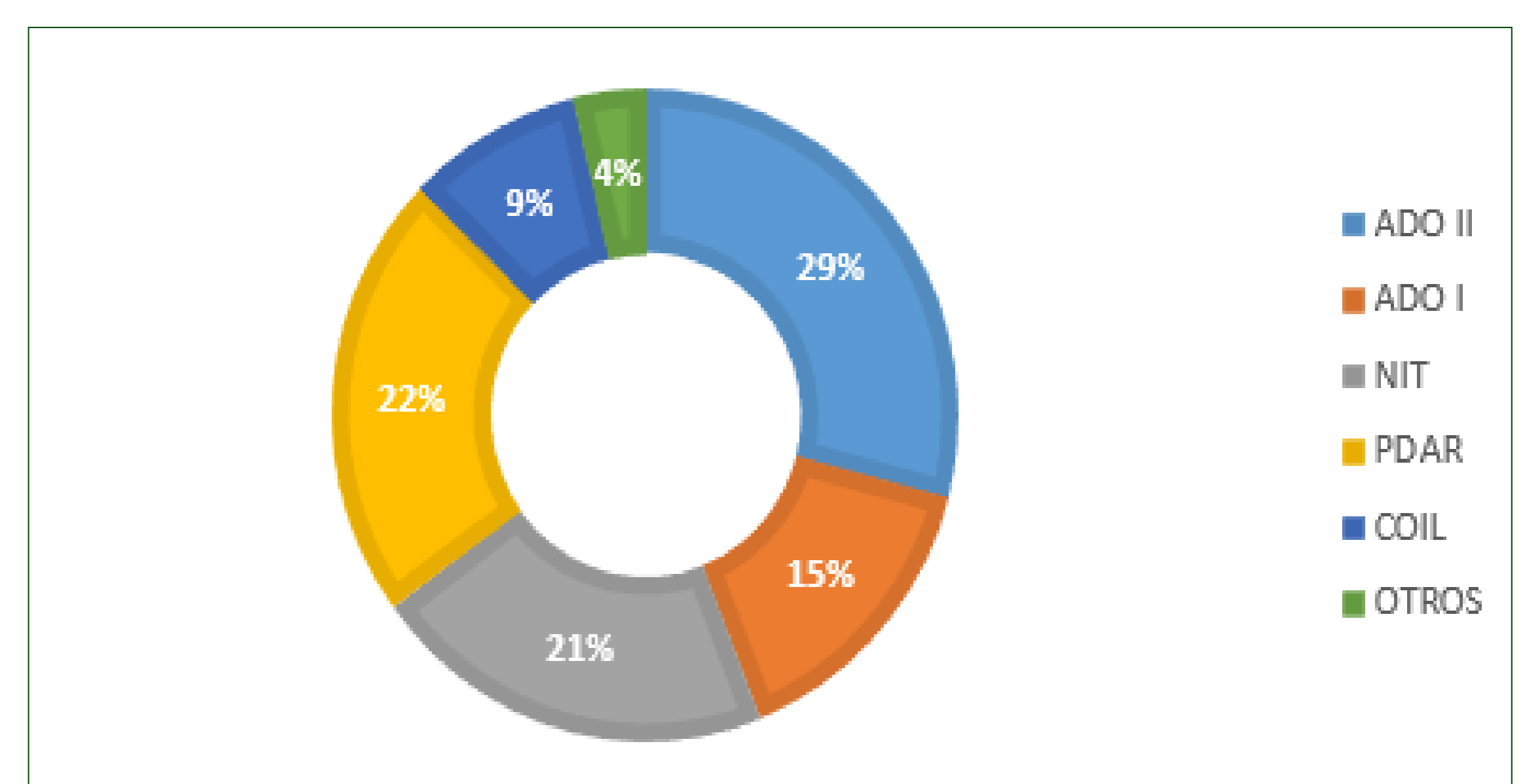


FIGURA 3.



Conclusiones

El cierre percutáneo del conducto arterioso persistente con dispositivos es especialmente útil en el tratamiento de ductus arterioso persistente de tamaño pequeño y moderado.

Los dispositivos más usados fueron en orden descendente ADO II 26% (39/134), PDAR en 22%(30/134) Y NIT 21% (28/134), solo hubo un caso de embolización con un dispositivo PDAR