

Cierre espontáneo de un aneurisma del *ductus* arterioso de gran tamaño

Sra. Editora:

El aneurisma espontáneo del *ductus* arterioso (ADA) es una dilatación sacular o fusiforme debida a una anomalía intrínseca del tejido intraductal relacionada con la elastina. Se diagnostica con preferencia en los primeros 2 meses de vida¹, pero puede detectarse a cualquier edad, ocasionalmente tras el cierre quirúrgico del *ductus* permeable². Se trata de una condición cardiovascular rara potencialmente grave; sin embargo, las técnicas de cribado prenatal han mostrado una prevalencia mayor de la esperada y una evolución natural más benigna en la infancia².

Presentamos a un niño con un ADA de gran tamaño diagnosticado al nacimiento mediante ecocardiografía y angiografía por tomografía computarizada (angio-TC). Se adoptó una actitud expectante con ecocardiografías seriadas y se objetivó su resolución completa.

Lactante de 49 días de vida, nacido a término, que pesó al nacer 4,330 kg, con periodo perinatal normal, sin diabetes materna, que se traslada a nuestro servicio con diagnóstico de ADA para estudio y tratamiento. Al nacimiento, se visualizó por ecocardiografía una imagen redondeada a la izquierda del tronco pulmonar con autocontraste marcado en su interior, indicativa de aneurisma ductal, posteriormente confirmado por angio-TC: formación aneurismática parcialmente trombosada de 20 mm de diámetro con origen estrecho (6 mm) en la cara anterior de la aorta descendente y sin comunicación con la arteria pulmonar.

La exploración física al ingreso fue anodina, no se auscultaban soplos, los pulsos periféricos estaban conservados y no se apreció hábito marfanoide. En la radiografía se objetivó una imagen convexa entre el primero y el segundo arco costal izquierdo. El ecocardiograma transtorácico confirmó un gran ADA adyacente a la rama pulmonar izquierda, con material trombótico en su interior y sin evidencia de cortocircuito, que se correlacionaba con los hallazgos de la angio-TC (fig. 1).



Fig. 1. Izquierda: imágenes ecocardiográficas correspondientes a la proyección «ductal» en las que se visualiza la rama pulmonar y, a su izquierda, una masa redondeada con aspecto trombótico (aneurisma del *ductus* arterioso, flecha blanca). Derecha: imágenes de la angiografía por tomografía computarizada relacionadas donde se observa oclusión trombótica del extremo pulmonar del *ductus*. AP: arteria pulmonar; RPI: rama pulmonar izquierda; VI: ventrículo izquierdo.

Dada la ausencia de síntomas y la evidencia de trombosis en el aneurisma se decidió mantener una actitud conservadora. El control ecocardiográfico a los 3 meses fue estrictamente normal, sin imagen de aneurisma o *ductus* permeable.

El ADA espontáneo o congénito suele pasar inadvertido y, en muchas ocasiones, es un hallazgo casual. En los pacientes adultos es frecuente encontrar cerrado el extremo pulmonar y confundirse con aneurismas de aorta torácica, de modo que su incidencia puede estar subestimada². Como factores de riesgo predisponentes, se han propuesto la diabetes mellitus materna, el elevado peso al nacimiento y la enfermedad del tejido conectivo³. La incidencia en la actualidad se estima del 1,5-8,8%^{3,4}. El diagnóstico puede realizarse con fiabilidad con ecocardiografía, angio-TC y resonancia magnética².

El manejo del ADA espontáneo debe ser cuidadoso sin ignorar las potenciales complicaciones. Se ha descrito la rotura espontánea con desenlace fatal en enfermos con síndrome de Marfan. Asimismo, se ha informado de la extensión del trombo a las arterias pulmonares o aorta incluyendo tromboembolia, incluso su relación con infecciones bacterianas. Los de mayor tamaño pueden comprimir o erosionar estructuras cercanas: vasculares, vía aérea o nervio laríngeo recurrente. La verdadera incidencia de tales complicaciones es incierta, si bien es conocido que la tasa es elevada en niños mayores y adultos². En algunas revisiones se indica el tratamiento quirúrgico en pacientes mayores de 2 meses² si presentan enfermedad del tejido conectivo, síndrome infeccioso o si hay cortocircuito aortopulmonar con repercusión clínica³. Parece prudente vigilar estrechamente al paciente sin tales caracte-

rísticas hasta los 2-3 meses tras el nacimiento a la espera de una remisión espontánea^{2,5}. Con anterioridad se intervenían los aneurismas de más de 10 mm, aunque no había evidencia de que el tamaño se relacionara con una mayor incidencia de complicaciones⁴. En nuestro caso, se trataba de un ADA de gran tamaño, pero la ausencia de síntomas y comunicación aortopulmonar, así como la edad del paciente, nos hizo optar por un manejo expectante. El control ecocardiográfico a los 3 meses mostró total resolución de la enfermedad sin eventos, si bien se mantienen revisiones periódicas para descartar enfermedades conectivas de aparición tardía.

Iria A González^a, Carmen González^b, Mario Cazzaniga^b
y Luis Fernández^b

^aServicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario. Valladolid. España.

^bUnidad de Cardiopatías Congénitas y Cardiología Pediátrica y Congénita. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mora E, Álvarez E, Cazzaniga M, Pérez-Piaya R, Romero I, García M. Aneurisma congénito del ductus arterioso: a propósito de un caso con revisión de la literatura. *Rev Esp Pediatr.* 2008;64:301-3.
2. Lund JT, Jensen MB, Hjelms E. Aneurysm of the ductus arteriosus. A review of the literature and the surgical implications. *Eur J Cardio-Thorac Surg.* 1991;5:566-70.
3. Jan SL, Hwang B, Fu YC, Chai JW, Chi CS. Isolated neonatal ductus arteriosus aneurysm. *JACC.* 2002;39:342-7.
4. Dyamenahalli U, Smallhorn JF, Geva T, Fouron JC, Cairns P, Jutras L, et al. Isolated ductus arteriosus aneurysm in the fetus and infant: a multi-institutional experience. *JACC.* 2000;36:262-9.
5. Betrián P. Aneurisma ductal gigante. *Rev Esp Cardiol.* 2006;59:850-2.