



6013-441. VENTAJAS Y SEGUIMIENTO DEL CIERRE PERCUTÁNEO DEL DUCTUS CON AMPLATZER DUCT OCCLUDER II

Juan Ignacio Zabala Argüelles, Lourdes Conejo Muñoz, Victorio Cuenca Peiró, Beatriz Picazo Angelin, Rafael Castillo Martín, Enrique Ruiz Alonso, José Carlos Moreno Samos y Manuel de Mora Martín de la UGC del Corazón y Enfermedades Cardiovasculares, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: El Amplatzer Duct Occluder II (ADO II) es un dispositivo auto expandible, implantable a través de un catéter del 4 o 5F, realizado en nitinol y formado por tres discos articulados. Su doble articulación le permite adaptarse a cualquier tipo de ductus (DA) siempre que sean menores de 5,5 mm.

Métodos: Desde abril de 2010 a abril de 2013 se realizó cateterismo cardiaco derecho e izquierdo en 40 niños para cierre de DA. En 10 se implantó un ADO I siendo el diámetro de $2,5 \pm 0,9$ mm. La morfología del DA: 7 tipo A, dos E y uno C. En 30 se implantó un ADO II ($1,9 \pm 1,5$ años y $12 \pm 0,7$ Kg). El diámetro mínimo fue $1,7 \pm 0,5$ mm, la longitud fue 7 ± 2 mm y el extremo aórtico, donde se adapta el disco aórtico, midió $7,1 \pm 1,8$ mm. La morfología fue: 21 tipo A, 8 tipo E y uno tipo D. Se realizó ecocardiografía al día siguiente y a los seis meses.

Resultados: Los dispositivos se implantaron por vía venosa salvo en un paciente que se utilizó la vía arterial. En 21 (70%) casos por un catéter transportador del 4F y en 9 por un 5F. Los ADO II utilizados fueron: ocho 3/4, uno 4/4, tres 6/4, siete 3/6, cinco 4/6, tres 5/6 y tres 6/6. En un paciente, con arco aórtico gótico y nacimiento casi común de los troncos supraaórticos, istmo de 8 mm y ampolla aórtica de 7 mm, se implantó un ADO II 3/4. Se retiró antes de la liberación, sin problemas, por generar obstrucción a nivel de la aorta torácica (fig.). En la artrografía de control 4 pacientes presentaron un ligero paso de contraste. En la ecocardiografía realizada antes del alta la oclusión fue del 100%. En el control ecocardiográfico realizado a los seis meses (25/30 pacientes) no se detectaron cortocircuitos residuales ni aceleración en el origen de la arteria pulmonar izquierda (API).



Figura. A: Aortografía. DA tipo A con istmo largo de 8 mm de ancho. B y C: ADOII 3/4 implantado obstruyendo parcialmente la luz aórtica. D: Aortografía tras la retirada del dispositivo.

Conclusiones: El ADO II consigue una tasa de cierre de 100%. Permite realizar la técnica por introductores del 4F y 5F minimizando el acceso vascular. El disco pulmonar no interfiere en el desarrollo de la API. En los casos con arcos transversos estrechos, istmos largos o ampolla aórtica poco desarrollada el disco aórtico puede generar obstrucción y no debería considerarse su uso.