Aneurisma ductal gigante

Sr. Editor:

El aneurisma del *ductus arteriosus* es una complicación infrecuente, pero potencialmente fatal, descrita tanto en niños como en adultos[1-5].

Un neonato de 24 h de vida fue remitido a nuestra unidad para estudio debido a la presencia de dilatación de cavidades derechas en el último control obstétrico. El paciente se encontraba asintomático y la exploración física fue anodina.

El estudio ecocardiográfico reveló la presencia de una ligera dilatación de cavidades derechas, apreciándose en el eje supraesternal largo, al inclinar el transductor hacia la izquierda, una imagen aneurismática. El aneurisma medía 17 13 mm y estaba localizado junto a la rama pulmonar izquierda; en su extremo superior presentaba un pequeño flujo de sangre hacia dicha rama (fig. 1). Al realizar un corte supraesternal transversal se visualiza el relleno del aneurisma por sangre de la aorta, con la clásica imagen en «orejas de conejo» (fig. 2). Ante estos hallazgos se estableció el diagnóstico de aneurisma ductal. A las 72 h el aneurisma había regresado completamente y el paciente fue dado de alta. En los controles posteriores sólo se observa un mínimo receso ductal en la aorta descendente.

El aneurisma ductal es una complicación que puede originarse espontáneamente, incluso en época fetal. Hay diversas teorías sobre la patogenia: cierre incompleto con formación de un divertículo aórtico que crecería, degeneración mucoide localizada de la pared ductal que llevaría al debilitamiento y la posterior formación del aneurisma, constricción ductal fetal (mecanismo que podría explicar en nuestro caso la dilatación fetal de cavidades derechas), flujo ductal fetal aumentado, disminución de la elastina ductal y sustitución por tejido fibroso, enfermedades del tejido conectivo[1,3,4], etc. También puede aparecer como complicación del cierre quirúrgico o por dispositivo del *ductus*, o por infección ductal[1,2,6].

Clásicamente ha sido un hallazgo infrecuente. Lund et al[1] refieren 144 casos en la bibliografía, con una alta tasa de complicaciones (el 31% en niños menores de 2 meses, el 66% entre 2 meses y 15 años, y el 47% en adultos, con peores tasas en casos secundarios a cirugía)[1]. La complicación más frecuentemente observada es la rotura del aneurisma, seguida de tromboembolismo, erosión en bronquio o esófago, e infección[1,4,7,8].

Basándose en el riesgo de complicaciones importantes, se ha recomendado con frecuencia la reparación quirúrgica de los aneurismas, fundamentalmente si no regresan de forma precoz[1,2,7,8].

Recientemente se han comunicado varias series neonatales amplias que describen frecuencias entre un 0,8 y un 8% de los recién nacidos, con una tendencia frecuente a la regresión espontánea de dichos aneurismas en el período neonatal (hecho objetivado en nuestro caso), vía trombosis y organización o por progresiva reducción del tamaño[3-5]. Estos autores defienden un planteamiento más conservador, recomendándose la resección si persiste más allá del período neonatal, se asocia con conectivopatía, hay un trombo con extensión a otros vasos, hay tromboembolismo o comprime estructuras vecinas[3-5].

Consideramos que la posibilidad de complicaciones y su potencial gravedad obligan a un control estrecho del pacien-

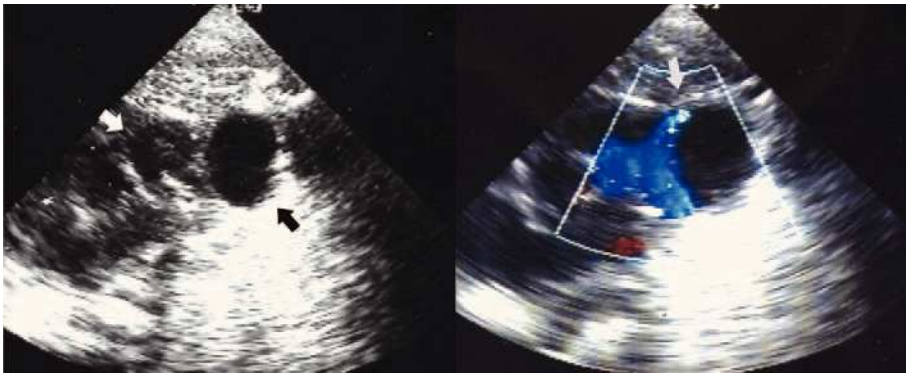

Fig. 1. Eje supraesternal largo con inclinación izquierda del transductor. Flecha negra: aneurisma. Flecha blanca: arteria pulmonar y ramas. Flecha gris: el paso de sangre del aneurisma a la rama pulmonar izquierda.

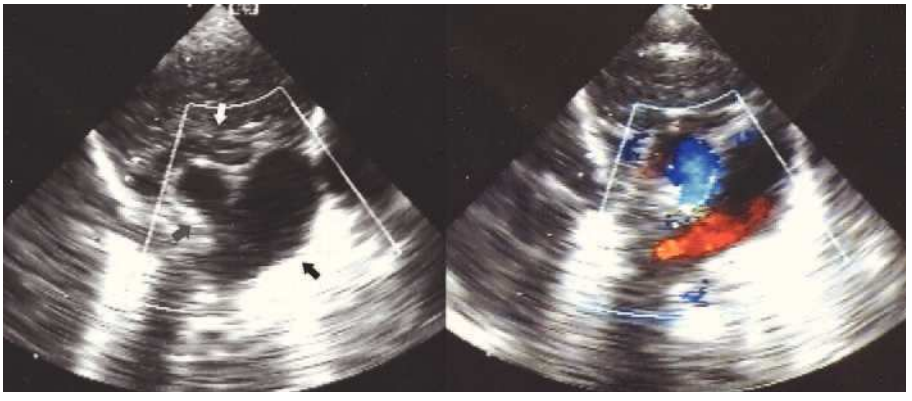

Fig. 2. Eje supraesternal corto. Flecha negra: aneurisma. Flecha gris: arco aórtico y aorta descendente. Flecha blanca: vena innominada.

te con los medios adecuados que permitan tratar de forma inmediata cualquier complicación, hasta que se produzca la probable involución del aneurisma.

Pedro Betrián Blasco

Servicio de Cardiología Pediátrica. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. España.

BIBILIOGRAFÍA

1. Lund JT, Jensen MB, Hjelms E. Aneurysm of the ductus arteriosus. A review of the literature and surgical implications. Eur J Cardiothorac Surg. 1991;5:566-70.
2. Botta AM, Aquino F, Pereira C, Fin A, Nogueira A, Ricachinewsky C, et al. Silent patent ductus arteriosus aneurysm. Arq Bras Cardiol. 2002;79:305-7.
3. Jan Sl, Hwang B, Fu YC, Chai JW, Chi CS. Isolated neonatal ductus arteriosus aneurysm. J Am Coll Cardiol. 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-institucional experience. J Am Coll Cardiol. 2000;36:262-9.
5. Tan TH, Wong Ky, Heng JT. Echocardiographic features and management of neonatal ductal aneurysm. Ann Acad Med Singapore. 2000;29:783-8.
6. Shinkawa Takeshi, Yamagishi M, Shuntoh K, Fujiwara K, Watanabe T, Yoshida S. Infectious ductal aneurysm after coil embolization in an infant. Ann Thorac Surg. 2006;81:339-41.
7. Pastuszko P, Eisenberg JA, Diehl JT. Ductus arteriosus aneurysm in an adult patient presenting with hoarseness. J Card Surg. 2005;20:386-8.
8. Hornung TS, Nicholson LA, Nunn GR, Hawker RE. Neonatal ductus arteriosus aneurysm causing nerve palsies and airway compression: surgical treatment by descompression without excision. Pediatr Cardiol. 1999;20:158-60.