



6013-439. EVOLUCIÓN DEL *STENT* DUCTAL EN LAS CARDIOPATÍAS CIANÓTICAS DUCTUS DEPENDIENTES

Juan Ignacio Zabala Argüelles, Lourdes Conejo Muñoz, Rocío Alcedo Olea, Victorio Cuenca Peiró, Beatriz Picazo Angelín, Rafael Castillo Martín, Enrique Ruiz Alonso y Manuel de Mora Martín del UGC del Corazón y Enfermedades Cardiovasculares, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: La implantación de *stents* coronarios en el ductus arterioso (DA) es una alternativa a la fístula de Blalock Taussig (FBT) en las cardiopatías congénitas cianóticas (CCC). Al igual que la FBT permite estabilizar el flujo pulmonar.

Métodos: Entre agosto de 2009 y abril de 2013 en 9 neonatos (peso medio 3.214 g, edad media 24,5 días) se implantaron un total de 10 *stents* coronarios en el DA. El procedimiento se realizó en todos los casos por vía arterial salvo en un paciente. Se utilizaron catéteres guías JR 5F o IM 5F según la vía de acceso y la morfología del DA. Se utilizó antiagregación con AAS a 3 mg/Kg tras la implantación.

Resultados: En la tabla se exponen las características y evolución de los pacientes. En seis pacientes se realizó la intervención definitiva o paliativa de su CCC a los 7,4 meses de media tras la implantación del *stent*. Dos pacientes están pendientes de intervención quirúrgica. En los casos intervenidos el *stent* permaneció permeable y el desarrollo de las arterias pulmonares fue adecuado. En la intervención quirúrgica se pudo clipar el *stent* y retirar la porción que asomaba en la arteria pulmonar. Un paciente tras la corrección de Rastelli precisó la implantación precoz de un *stent* en la API. Un paciente falleció a los dos meses de la implantación del *stent* debido a complicaciones no relacionadas con la técnica.

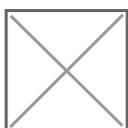


Figura. Stent en DA vertical que nace de la ASI.

| Cardiopatía | Peso (Kg) | Tipo DA | Intervención Pre | <i>Stent</i> | Intervención Post | Seguimiento (meses) |
|-------------|-----------|----------|------------------|--------------|-------------------|---------------------|
| APSI | 4 | C | Perforación VP | 3,5/15 | 8m. Parche | 44 m |
| AP CIV | 2.8 | ASI | FBT | 3,5/15 (x2) | 12m. Rastelli | 38 m |
| CAVC Fallot | 3 | Tortuoso | FBT | 3/20 | 7m. Corrección | 36 m |

| | | | | | | |
|----------------|-----|----------|-----|--------|---------------------------------------|------------|
| APSI | 3.5 | E | FBT | 3,5/15 | 10m. Glenn | 30 m |
| VU DTGA EP | 3 | E | No | 4/15 | 7m. Glenn | 28 m |
| AP CIV | 2,9 | Tortuoso | No | 4/15 | 7m. Rastelli 13m. <i>Stent</i> API | 18 m |
| AP CIV | 2.8 | Tortuoso | No | 4/15 | No | Exitus 2m. |
| APSI | 3.1 | A | No | 4/15 | No | 7 m |
| Fallot API-ASI | 3.2 | ASI | No | 3/12 | No | 1 m |

APSI: atresia pulmonar septo íntegro. CAVC: canal aurículo ventricular completo. VU: ventrículo único. Fallot API-ASI: Fallot con pulmonar izq. que nace de la subclavia izq. VP: válvula pulmonar.

Conclusiones: La implantación de *stents* coronarios en CCC es una técnica segura que estabiliza el flujo pulmonar, permite el crecimiento de las arterias pulmonares y no modifica la estrategia quirúrgica.