

Caso Clínico

Rehabilitación de rama pulmonar izquierda con origen anómalo tras trombosis de *stent* en tetralogía de Fallot

Rehabilitation of anomalous origin left pulmonary artery after stent thrombosis in tetralogy of Fallot

Esteban Sarria García^{a,*}, Enrique Ruiz Alonso^a, Rafael Castillo Martín^a, Beatriz Picazo Angelín^b, Victorio Cuenca Peiró^b, Lourdes Conejo Muñoz^b y Juan I. Zabala Argüelles^b

^a Sección de Cirugía Cardiovascular Infantil, Unidad de Gestión Clínica del Corazón y Enfermedades Cardiovasculares, Hospital Materno Infantil-Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España

^b Sección de Cardiología Pediátrica, Unidad de Gestión Clínica del Corazón y Enfermedades Cardiovasculares, Hospital Materno Infantil-Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España

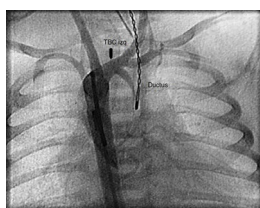


Figura 1. Arco aórtico derecho. Ductus con origen en TBCI.

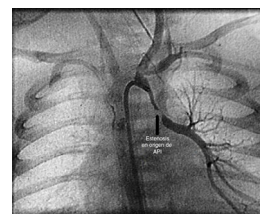


Figura 2. Estenosis severa de ductus-API.

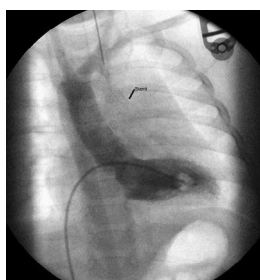


Figura 3. Stent ductal trombosado.



Figura 4. Rehabilitación de la API con injerto de PTFE.

La desconexión de ramas pulmonares es una situación infrecuente, que supone un desafío terapéutico importante^{1,2}. Presentamos el caso de rehabilitación de arteria pulmonar de un lactante con tetralogía de Fallot, arco aórtico derecho y desconexión de arteria pulmonar izquierda (API) con origen en ductus persistente (DAP) desde el tronco braquiocefálico izquierdo (TBCI) (figs. 1 y 2) tratado con *stent* neonatal y posterior oclusión.

En periodo neonatal se implanta *stent* en ductus, para mantener perfusión del pulmón izquierdo. En revisión a los 8 meses, se objetiva oclusión ductal y de *stent*, sin flujo en API ni distal (fig. 3). Se interviene de forma preferente, realizándose corrección completa del Fallot más reconexión de la API al tronco pulmonar desde hilio mediante injerto PTFE de 4 mm. No se optó por paliación inicial sobre tracto de salida derecho, por el origen anómalo de la API en el ductus. De igual forma, la resección del tejido ductal y del *stent* trombosado, se hizo necesario interponer un injerto en lugar de un parche de ampliación de la rama izquierda.

Tras el postoperatorio y seguimiento normal, se evidencia progresivo gradiente en la API, por lo que se implanta *stent* en injerto con buen resultado. Las imágenes de perfusión pulmonar demuestran progresiva mejoría y rehabilitación del flujo pulmonar (fig. 4). Será necesario un estrecho seguimiento que determinará la evolución y sucesivas actuaciones terapéuticas.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sarriagarciae@gmail.com (E. Sarria García).

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Carretero J, Rissech M, Mortera C, Mayol J, Caffarena J, Prada F. Origen anómalo de arteria pulmonar izquierda en neonato con tetralogía de Fallot. *Rev Esp Cardiol.* 2005;58:1124–6.
2. Talwar S, Meena A, Choudhary SK, Kothari SS, Gupta SK, Saxena, et al. Anomalous branch of pulmonary artery from the aorta and tetralogy of Fallot: Morphology, surgical techniques and results. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2014;46:291–6.



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es