



IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Estenosis crítica en conducto de Contegra®

Critical stenosis of a Contegra™ conduit



Eva Blazquez-Gomez^{a,b,*}, Marta Lopez^{a,b}, Estibaliz Azpeitia^{a,b} y Dmytro Lushchenkov^{a,b}

^a Servicio de Anestesiología, Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

^b Grupo de Anestesiología Cardíaca Pediátrica, Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

Disponible en Internet el 1 de septiembre de 2018

El *truncus arteriosus* (TA) es una cardiopatía congénita en la cual una sola arteria nace del corazón, acabalgando sobre el septo interventricular y dando lugar a las arterias coronarias, pulmonares y aorta. Se asocia a la existencia de una comunicación interventricular (CIV) que permite la mezcla de la sangre. El tratamiento del TA es quirúrgico y se realiza en la etapa neonatal para evitar la progresión a hipertensión

pulmonar e insuficiencia cardíaca. Estos pacientes precisan sucesivas intervenciones a lo largo de su vida¹⁻³.

Presentamos el caso de un paciente de 14 años con antecedente de TA. En la etapa neonatal se realizó un *banding*, y posteriormente la cirugía correctora: se cerró la CIV con parche y se reconstruyó la continuidad del ventrículo derecho a la arteria pulmonar con un conducto

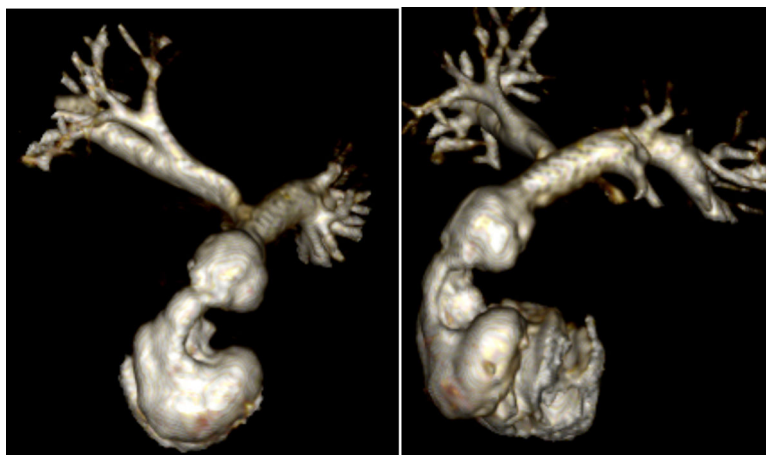


Figura 1 Imagen RMN cardíaca.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Eva.bg@msn.com (E. Blazquez-Gomez).

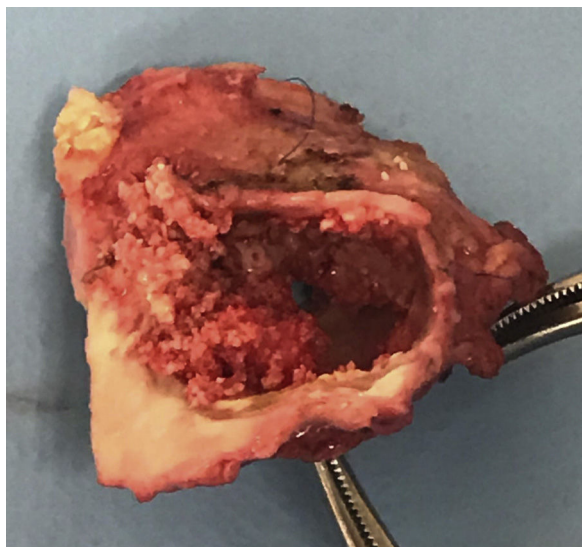


Figura 2 Pieza quirúrgica. Obsérvese el conducto de Contegra® calcificado y con una importante estenosis.

extracardiaco de Contegra® de 14 mm. En el momento actual, pese a no presentar síntomas cardiovasculares, las exploraciones complementarias (ecocardiografía, RMN y cateterismo) revelaron una estenosis grave distal del Contegra® (7 × 8 mm), con un gradiente pulmonar medio de 60 mmHg (fig. 1). Basándose en los resultados, se llevó a cabo la sustitución del conducto por un homoinjerto de 24 mm. La extracción de la pieza quirúrgica evidenció una obstrucción crítica y una importante calcificación (figs. 2 y 3). La intervención se llevó a cabo sin incidencias y el paciente salió de circulación extracorpórea en ritmo sinusal y hemodinámicamente estable. La ecocardiografía postoperatoria objetivó una buena función ventricular y un homoinjerto sin gradiente a nivel proximal y con

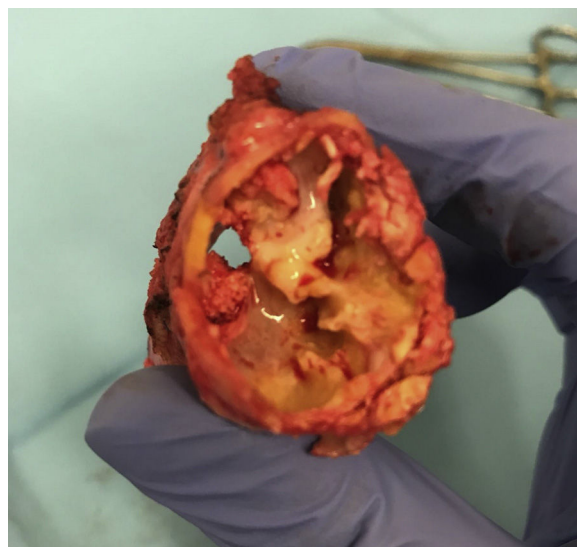


Figura 3 Visión posterior del conducto valvulado de Contegra®.

gradiente ligero (medio 30 mmHg) al inicio de las ramas pulmonares.

Bibliografía

1. Caffarena JM. Truncus arterioso. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en cardiología pediátrica [monografía en internet]. Madrid. Asociación Española de Pediatría. [consultado 1 Feb 2018]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/12_truncus.pdf
2. Holmes AA, Co S, Human DG, Leblanc JG, Campbell AI. The Contegra conduit: Late outcomes in right ventricular outflow tract reconstruction. *Ann Pediatr Cardiol.* 2012;5:27-33.
3. Soriano B, Fulton D. Truncus arteriosus. UpToDate. Jul 2016 [consultado 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/truncus-arteriosus>