

La dilatación sacular o fusiforme del ductus arterioso se conoce como aneurisma (ADA).

El diagnóstico prenatal suele realizarse en el último trimestre de gestación, el curso es benigno y el 70% cierra en los primeros días de vida, siendo necesario su seguimiento clínico y ecocardiográfico para descartar necesidad de tratamiento, y posibles complicaciones.

Los ADA pueden clasificarse según su diámetro: pequeños (menores de 7 mm) y grandes (mayores de 8 mm).

Se presentan dos casos recientes en nuestro hospital.

CASO 1:

Mujer, 32 años, gestante en la semana 37+5. G3P1A1.

Remitida desde otro hospital para valoración por evidenciarse, durante un control del final de la gestación, una dilatación del ductus arterioso. En los controles previos de la gestación no se evidenció ninguna alteración.

En nuestro centro, se realizó otra exploración ecográfica. El peso fetal estimado era de 3382 g. En la evaluación cardíaca de tres vasos (arteria pulmonar, arteria aorta y vena cava superior) se obtuvo una imagen fusiforme y anecoica que sugiere un aneurisma del ductus arterioso, con diámetro de 11 mm (Figuras 1 y 2).

El arco aórtico se mostraba normal. El flujo en el ductus arterioso y venoso era normal.

La paciente inició período activo de parto en la semana 39+2; naciendo, de forma eutócica, una niña de 3965 g, Apgar 9/10/10.

Encontrándose el recién nacido asintomático, se decidió alta hospitalaria con posterior control en consultas de Cardiología Infantil.

Figura 1.

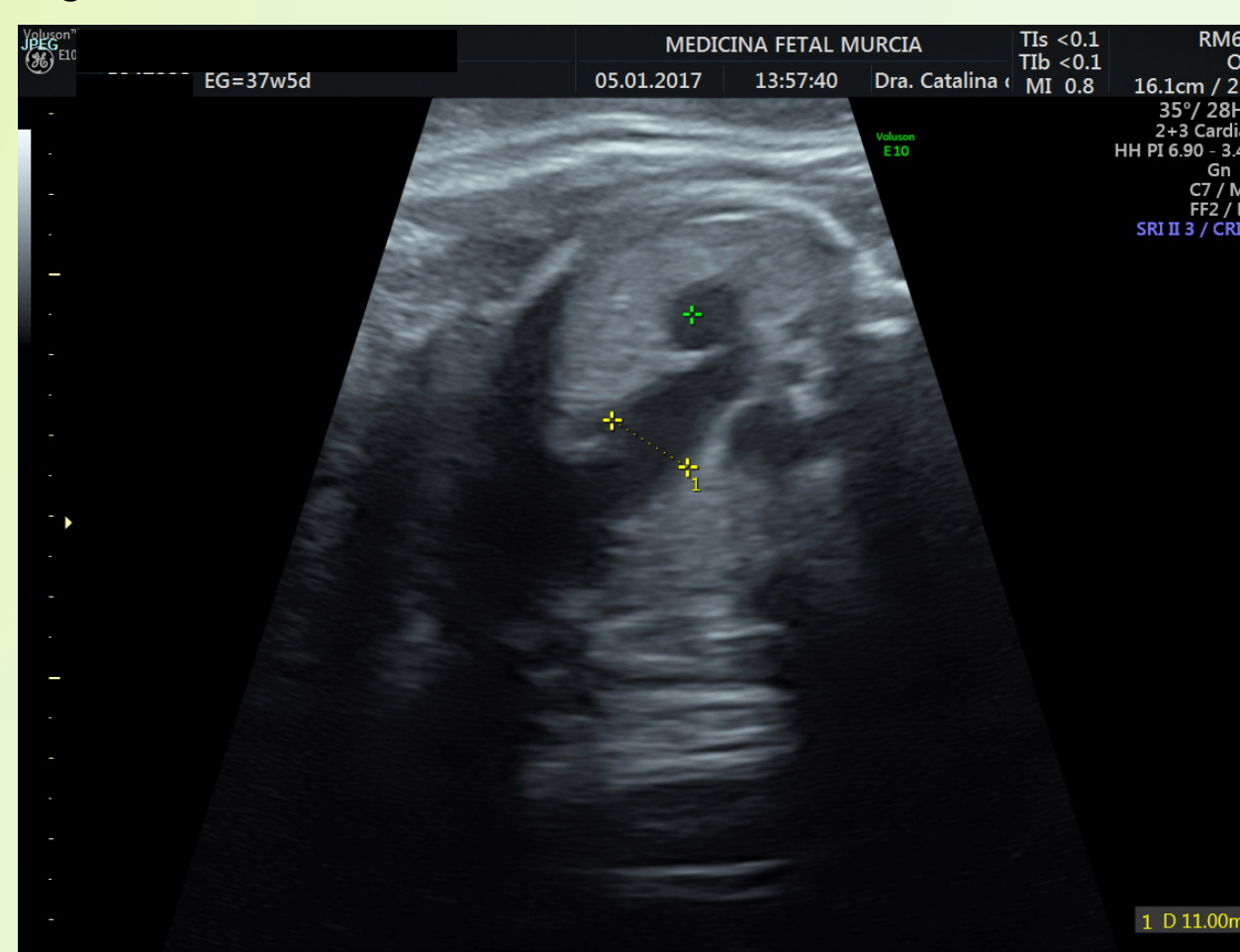
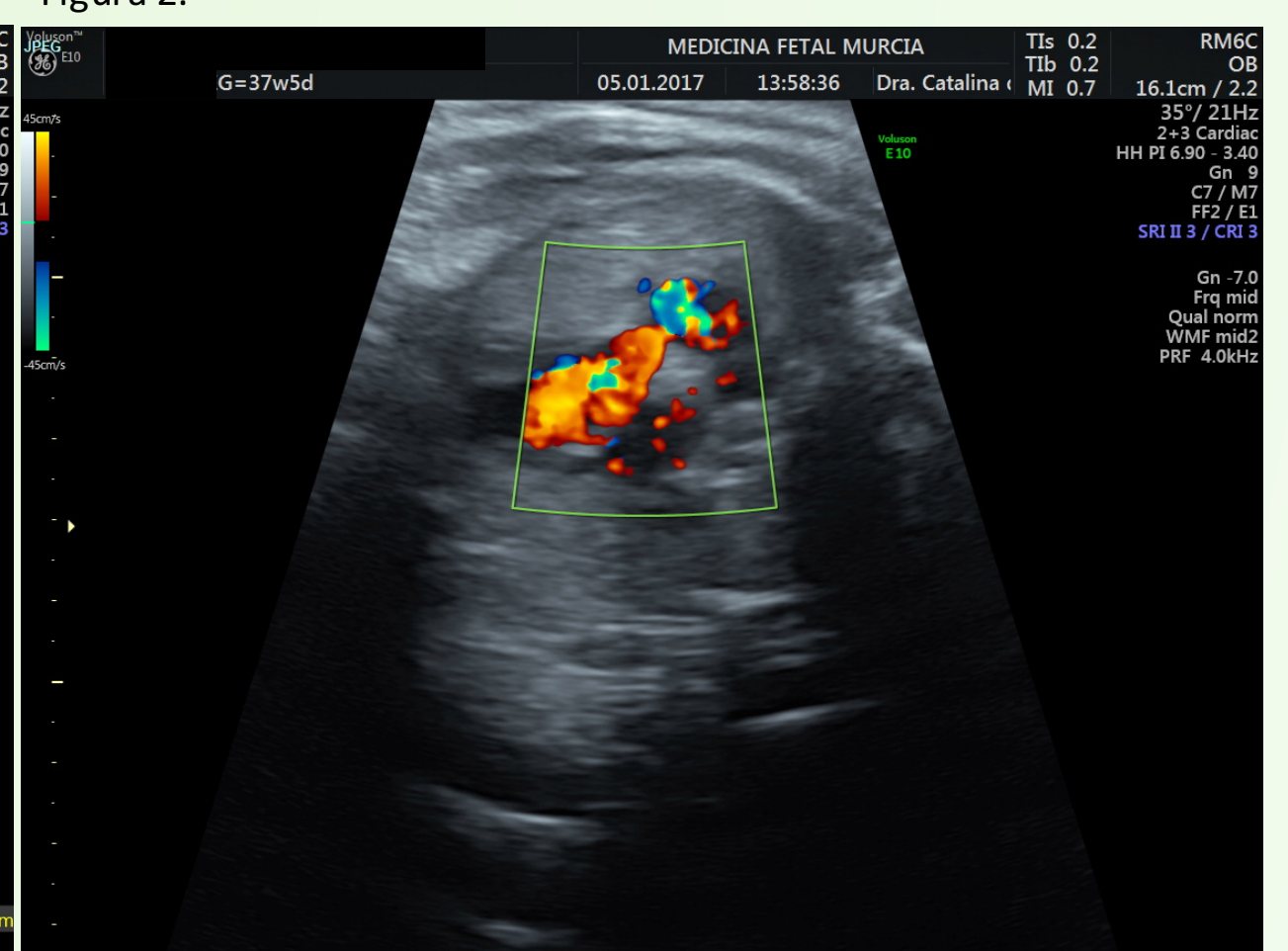


Figura 2.



Ecografía transabdominal: se evidencia dilatación sacular del ductus arterioso en el corte de los tres vasos.

Fig. 1: se observa dilatación del ductus de 11 mm.

Fig. 2: formación sacular en imagen con Doppler color.

CASO 2:

Mujer, 31 años, gestante en la semana 38+3. G1.

Remitida desde otro hospital para valoración por sospecha de cierre de ductus arterioso. Hasta entonces, los controles habían sido normales.

En nuestra ecografía se evidenció una dilatación del ductus, compatible con ADA, con diámetro de 6,20 mm (Figura 3). El resto de la exploración ecográfica resultó normal, incluyendo la ecocardiografía.

Al igual que en el caso anterior, el arco aórtico y el flujo en el ductus arterioso y venoso eran normales.

El peso fetal estimado era 2789 g.

La paciente inició período activo de parto en la semana 39+3; naciendo, de forma eutócica, un varón de 2655 g que se encuentra asintomático.

Seguirá revisiones en consultas de Cardiología Infantil.

Figura 3.

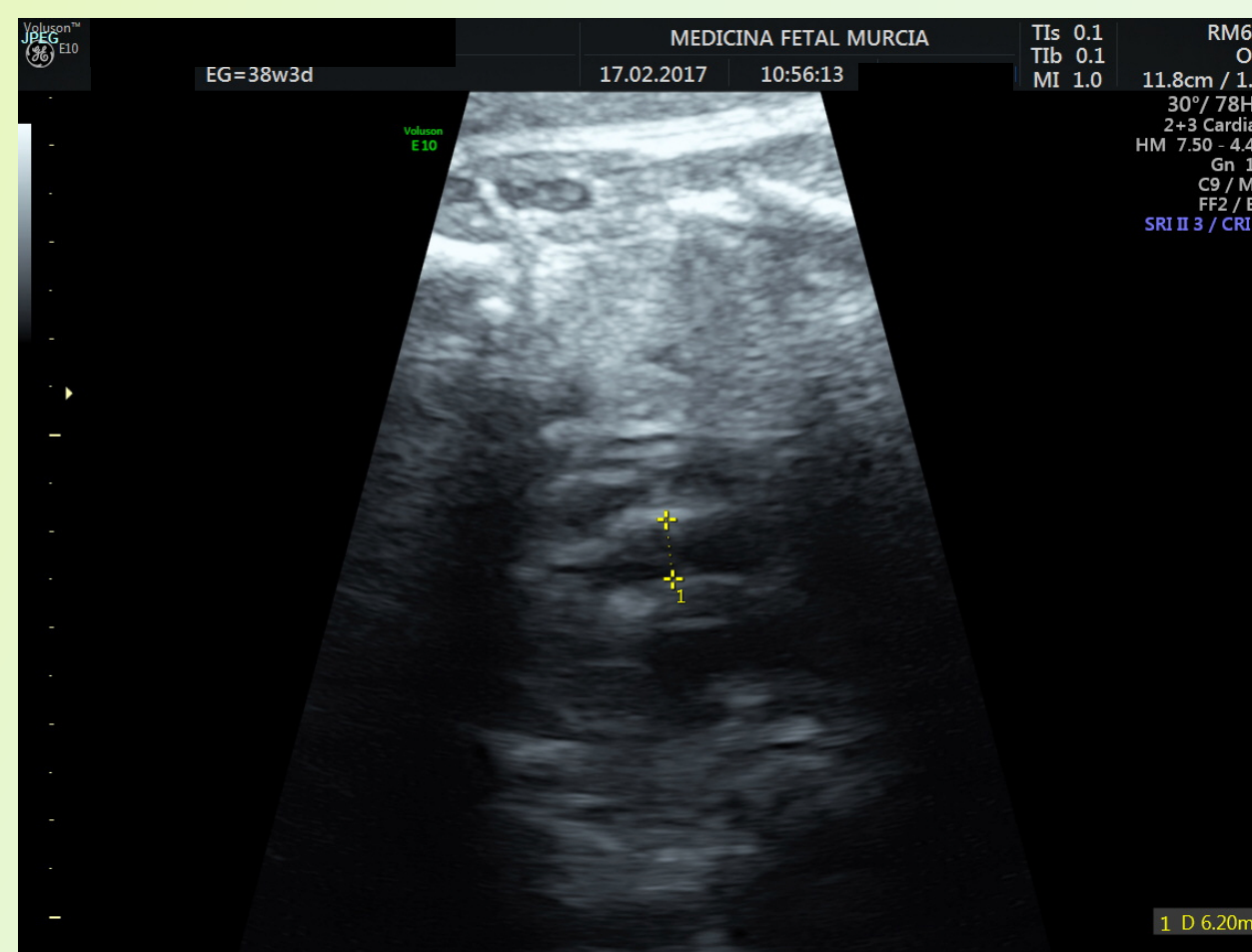
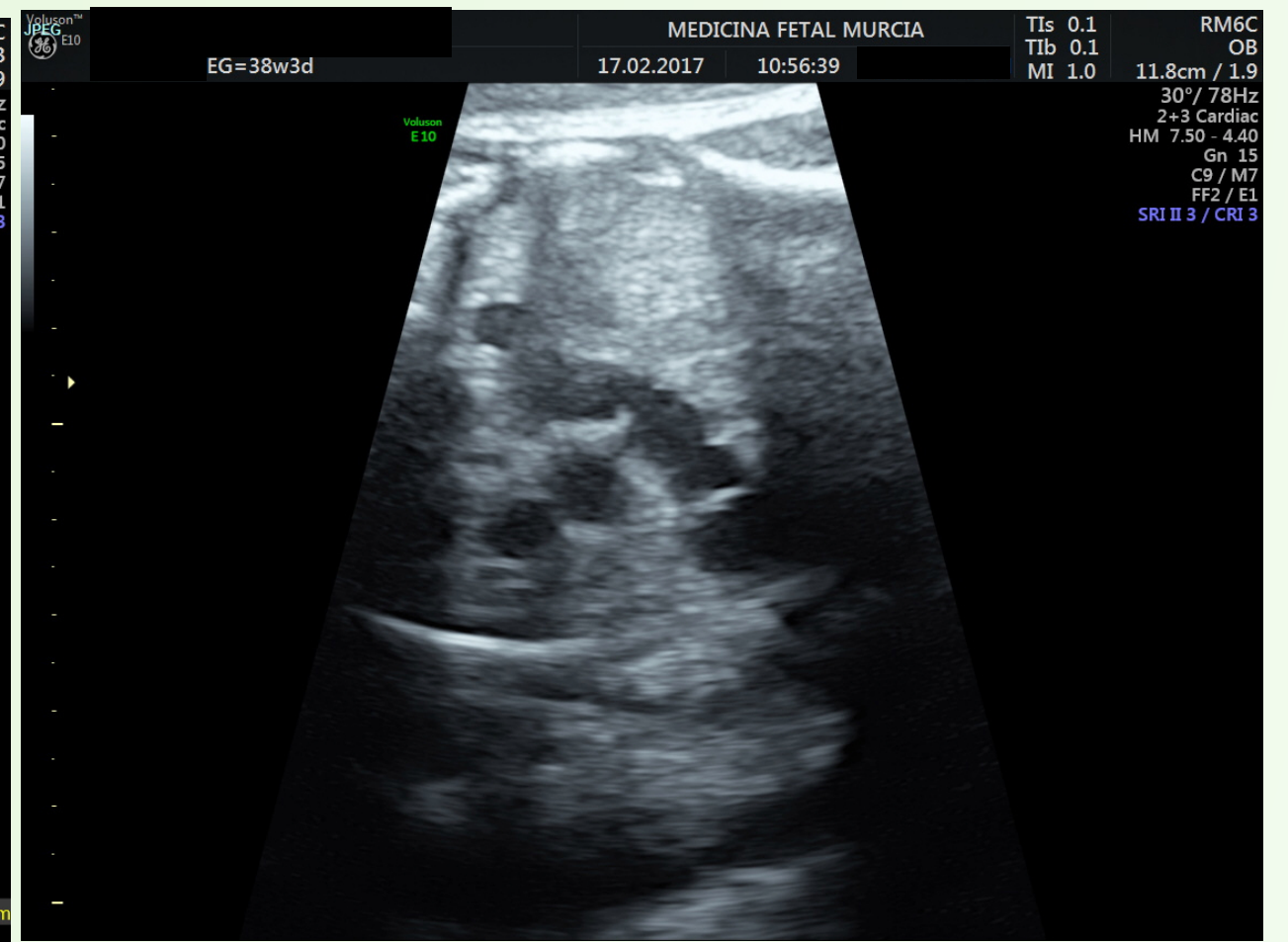


Figura 4.



Ecografía transabdominal.

Fig. 3: se observa dilatación del ductus de 6.20 mm.

Fig. 4: corte 3V; pretende demostrar la tortuosidad del aneurisma del ductus arterioso.

El ADA es una lesión infrecuente (1,5-8% de los embarazos).

Sus dos complicaciones más temidas son los procesos tromboembólicos y la rotura, que resulta letal.

Su origen puede ser espontáneo (primario), o posquirúrgico (secundario). También se ha relacionado con anomalías genéticas (trisomía 21, 13, síndrome de Smith-Lemli-Opitz) y colagenopatías (Marfán, Ehlers-Danlos, Larsen).

Muchos casos cursan de forma asintomática y se pueden resolver espontáneamente. Sin embargo, debido a la posibilidad de graves consecuencias, se recomienda para el diagnóstico, además de los cortes estándar usados en ecocardiografía fetal, extender la exploración al "corte de los tres vasos" (3V: pulmonar, aorta y cava; y 3VT: incluye la tráquea) en el tercer trimestre.

En cuanto a la finalización del embarazo, algunos autores sugieren como elección, en el caso de aneurismas grandes, la cesárea en la semana 37-38. De este modo, se previenen las elevaciones transitorias de presión arterial fetal del parto que podrían provocar la disección o ruptura del aneurisma. En los aneurismas pequeños, el parto vaginal sería la vía de elección. Sin embargo, actualmente no hay consenso en cuanto a cuál es la vía más adecuada para finalizar la gestación.

Posteriormente, estos recién nacidos precisarán seguimiento cardiológico hasta constatar la resolución del aneurisma, pudiendo ser necesario un estudio ecocardiográfico mensual hasta los 3-4 meses de edad, e incluso el cierre quirúrgico, si el ductus continúa permeable.

BIBLIOGRAFÍA

- Peiró Molina E, et al. Aneurisma del ductus arterioso: diagnóstico prenatal y evolución. An Pediatr (Barc). 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.10.007>
- Dyamenahalli U, Smallhorn JF, Geva T, Fouron JC, Cairns P, Jutras L. Isolated ductus arteriosus aneurysm in the fetus and infant: A multi-institutional experience. J Am Coll Cardiol. 2000;36:262-9.
- López García Alberto. Aneurisma del ductus arterioso en el feto. Prog Obstet Ginecol. 2010;53(10):419-421
- Jan SL, Hwang B, Fu YC, Chai JW, Chi CS. Isolated neonatal ductus arteriosus aneurysm. J Am Coll Cardiol. 2002;39:342-7.
- Juárez-García L, López-Rioja MJ, Erdmenger-Orellana J, Leis-Márquez MT, Kably-Ambe A. Aneurisma de conducto arterioso: reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2014;82:839-842.