

Cuando el Corazón Sopla “en maquinaria” ...



Amalia Ruiz Tristán (Rotatorio Pediatría)

Tutor: Ismael Martín De Lara (Cardiología Pediátrica)

Caso Clínico

- Niña, 3 meses. Sospecha de cardiopatía
- MC: fatiga con las tomas, escasa ganancia ponderal, irritabilidad, dificultad respiratoria
- Exploración física:
 - TA 75/39. Relleno capilar enlentecido
 - FR 65-70 rpm + retracción subcostal, intercostal, supraesternal
 - AC: soplo continuo IV/VI en foco pulmonar
 - AP: crepitantes en bases

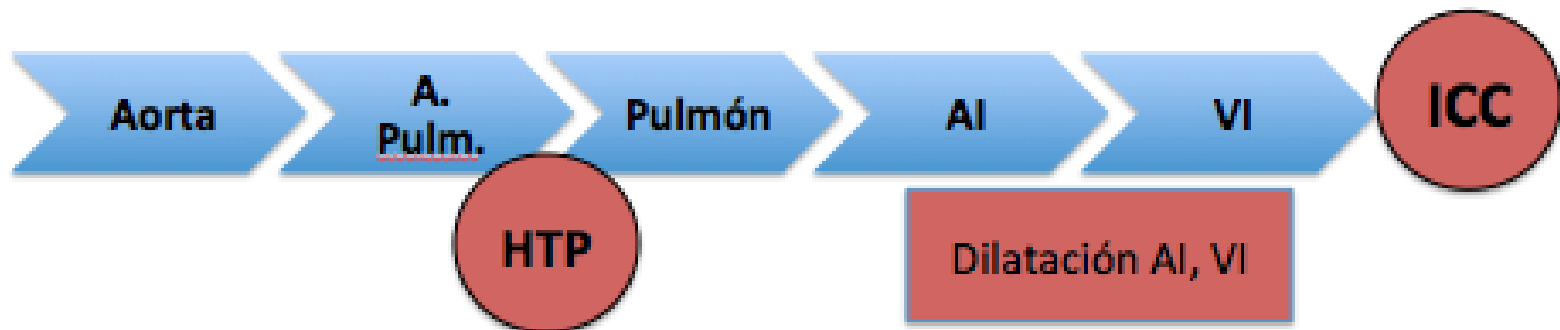
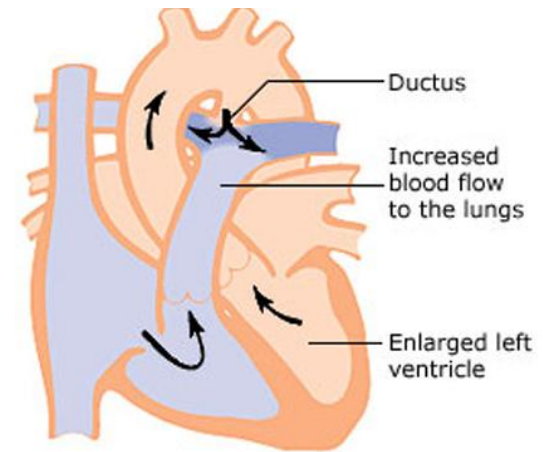
Caso Clínico

- ECG: crecimiento biventricular, mayor izquierdo
- Rx tórax: cardiomegalia, plétora pulmonar
- Eco – Doppler
 - Ductus arterioso persistente >6mm, cortocircuito I-D
 - Dilatación tronco pulmonar, cavidades izquierdas, venas pulmonares
 - Insuficiencia mitral moderada, y tricuspidea ligera

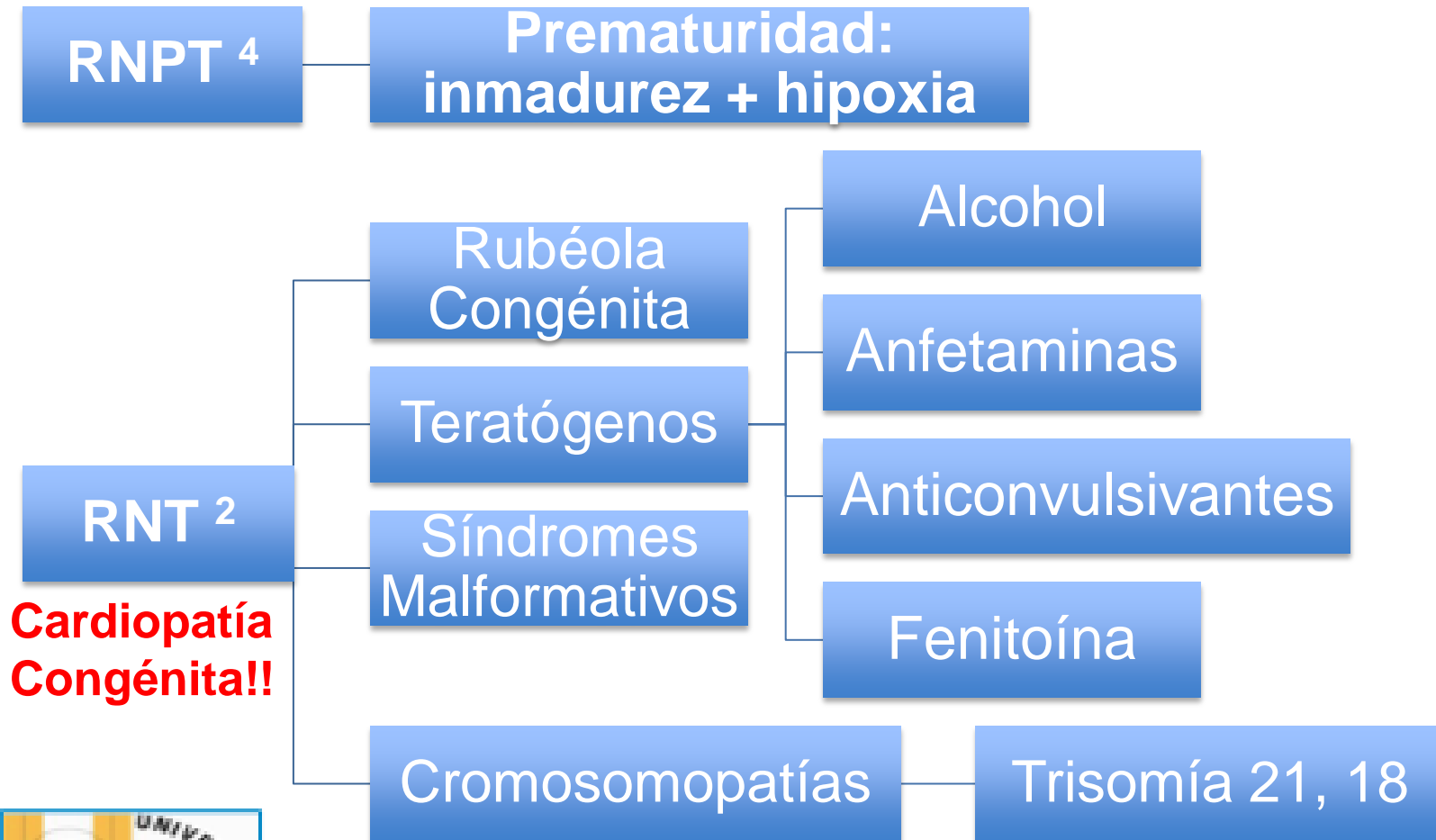


Persistencia de Ductus Arterioso (PAD)

- Unión arco aórtico – arteria pulmonar¹
- Abierto en el feto: cierre en primeras 12 h²
- 5-10% Recién Nacidos Vivos³
- Sexo femenino (2:1)²
- Shunt I-D²:



Causas de Persistencia de Ductus Arterioso

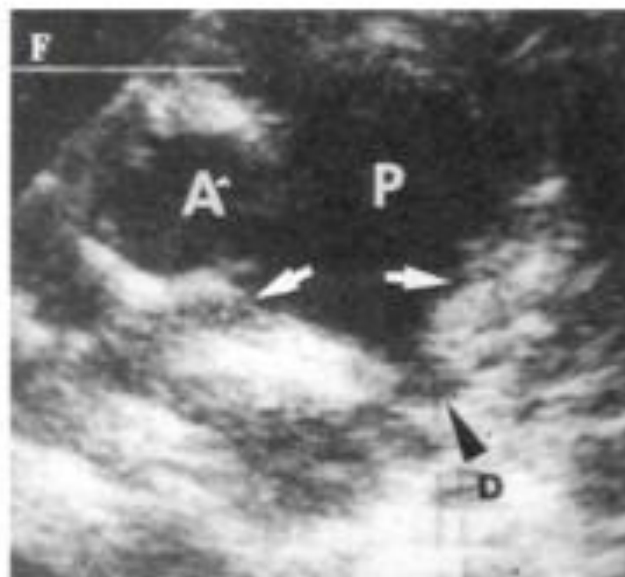
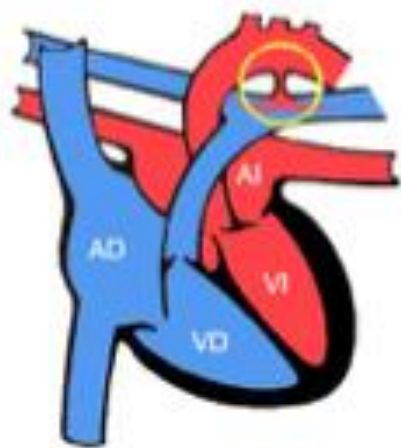


Diagnóstico ⁴

- **Clínica:** asintomático / apneas, distress respiratorio, edemas
 - RNPT: mejoría enfermedad de membranas hialinas
 - RNT: 4^a semana de vida
- **Auscultación:** soplo en maquinaria de Gibson (continuo, foco pulmonar, irradiado a axila izquierda y región interescapular)

Diagnóstico ³

- **Rx Tórax:** cardiomegalia, plétora pulmonar
- **Ecocardiografía doppler:**
 - Diámetro ≥ 1.4 mm por kg de peso \rightarrow repercusión hemodinámica
 - Flujo < 1.5 m/seg \rightarrow no restrictivo, resistencia pulmonar elevada
 - Flujo > 2 m/seg \rightarrow probabilidad de cierre espontáneo sin repercusión hemodinámica



Tratamiento ^{5, 6}

- Médico
 - **Cerrar el ductus: ibuprofeno, indometacina, paracetamol + restricción hídrica**
 - **Diuréticos** (si signos de ICC)
 - **Profilaxis de endocarditis infecciosa**
- Quirúrgico
 - Ligadura y sección de ductus
 - Cierre mediante catéter

Evolución de la paciente

2006

- Digoxina, furosemida, espironolactona, captopril

2007

- Cirugía
- Captopril

2015

- Sin tratamiento. Alta

Bibliografía

1. Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J. Harrison. Principios de Medicina Interna. 17a Edición. México: McGraw-Hill Interamericana Editores. 2009.
2. Medrano C, Zavanella C. Ductus arterioso persistente (en el niño a término) y ventana aortopulmonar. En: Zabala JI. Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Cardiología Pediátrica. Capítulo 7. España.
3. Ardura J. Cardiopatías Congénitas. En: Cruz M. Nuevo Tratado de Pediatría. 10ª edición. España: Ergon; 2010. 1543-52.
4. Riverola A, Iriondo M. Persistencia del ductus arterioso en el recién nacido pretérmino. En: Sesión Neonatología. España: 2009.
5. Cardiología. Blanco C, Cué R. Pediatría. 25ª Edición. España: I.Gofer; 2012. 101-21
6. Peña-Juárez RA, Medina-Andrade MA, Martínez-Gonzalez MT, Gallardo-Meza AF, Cortez-Comparan D, Piña-Garay MA. Cierre de conducto arterioso con paracetamol. Rev Esp Cardiol. 2015; 68: 441-2

