

Colocación de conducto Contegra en paciente de 17 años con disfunción valvular pulmonar

Leonardo Arellano-Juárez, Laura E. Rodríguez-Durán, Juan Arteaga-Adame, Carlos A. Lezama-Urtecho, y Alejandra Aguilar-Peña

Departamento de Cirugía Cardiorrástica y Soporte Circulatorio, Unidad Médica de Alta Especialidad. Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza" del Centro Médico Nacional "La Raza", Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, México.

Se reporta el caso de paciente femenino de 17 años con diagnóstico de disfunción de prótesis valvular mecánica en posición pulmonar, operada a los 4 y 8 años de edad por tetralogía de Fallot. En la segunda cirugía se colocó la prótesis mencionada. En esta tercera cirugía se encontró una prótesis disfuncional por tejido endocárdico, además anillo pulmonar hipoplásico (15 Fr), que imposibilitaba la colocación de prótesis. Debido a los hallazgos se coloca conducto yugular valvulado bovino (Contegra).

Palabras Clave: Contegra; Disfunción de prótesis valvular; Anillo pulmonar hipoplásico

Report case of female patient of 17 years diagnosed with mechanical valve prosthesis dysfunction in pulmonary position, operated at 4 and 8 years old for tetralogy of Fallot. At the second surgery, the prosthesis above referred is placed. In this third surgery with dysfunctional prosthesis by endocardial tissue it was also hypoplastic pulmonary annulus (15 Fr), which made it impossible the prosthesis replacement. Because of these findings, we decided to use a valved bovine jugular (Contegra).

Key words: Contegra; Pulmonary valve dysfunction; Hypoplastic pulmonary annulus.

(Cir Card Mex 2016; 1(4): 155-156)

© 2016 por la Sociedad Mexicana de Cirugía Cardíaca, A.C.



La tetralogía de Fallot ocupa el segundo lugar de las cardiopatías congénitas cianógenas, su tratamiento quirúrgico es temprano y se estima que el 85% de estos pacientes conseguirá llegar a la edad adulta [1]. Aproximadamente el 10% requerirá tratamiento quirúrgico para la ampliación del tracto de salida del ventrículo derecho o por disfunción valvular pulmonar.

Se debe buscar una opción terapéutica que compagine con los proyectos de vida del paciente al momento de decidir la colocación de prótesis valvular en mujeres. Elegir un tubo valvulado biológico para la sustitución de la arteria y válvula pulmonar es una posibilidad[2].

CASO CLÍNICO

Un paciente femenino de 17 años, con antecedente de tetralogía de Fallot corregida a los 4 años, con reoperación a los 8 años donde se colocó una prótesis mecánica en posición pulmonar con anillo hipoplásico es admitido en nuestra ins-

titución presentando disfunción de dicha prótesis con repercusión clínica. Se obtuvo información de expediente clínico con ecocardiograma y cateterismo cardíaco, reportando alto gradiente transvalvular y hemidiscos con escasa movilidad. Se decidió intervención quirúrgica. Bajo derivación cardiopulmonar, se realizó arteriotomía pulmonar longitudinal observando prótesis valvular mecánica con implantación oblicua al tracto de salida del ventrículo derecho debido a hipoplasia del anillo pulmonar (Fig. 1), con diámetro de 15 Fr, además de obstrucción de los hemidiscos por crecimiento de tejido endocárdico (Fig. 2). Se retiró la misma. Se evidenció la inviabilidad de colocar una prótesis valvular, además de la necesidad de ampliar el tracto de salida del ventrículo derecho. Una vez realizado, se interpuso conducto de vena yugular valvulado bovino (Contegra® pulmonary valved conduit, modelo 200 Medtronic Inc, Santa Ana, CA, USA) en posición pulmonar. (Fig. 3) (Fig. 4) (Fig. 5).

COMENTARIO

Consideramos una opción terapéutica adecuada la colocación de un conducto yugular valvulado bovino, en este caso por el anillo hipoplásico; ya que colocar una prótesis mecáni-

Autor responsable: Dr. Leonardo Arellano Juárez
Correo electrónico: l_centurion@hotmail.com

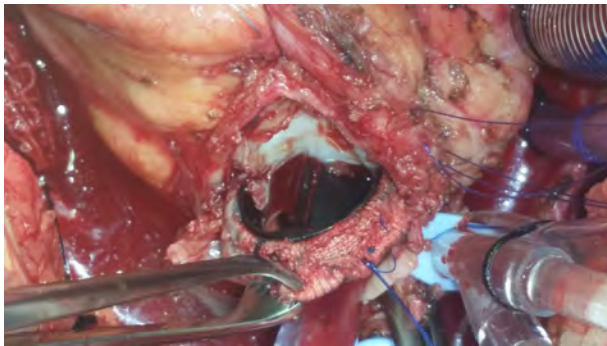


Figura 1. Resección de prótesis valvular mecánica en posición pulmonar.



Figura 2. Válvula mecánica reseca con tejido endocárdico.

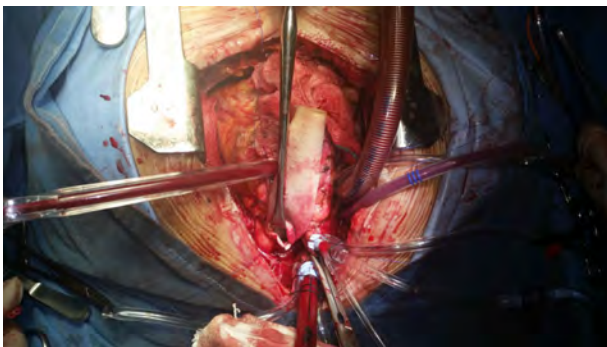


Figura 3. Anastomosis del conducto Contegra al tronco de la arteria pulmonar.

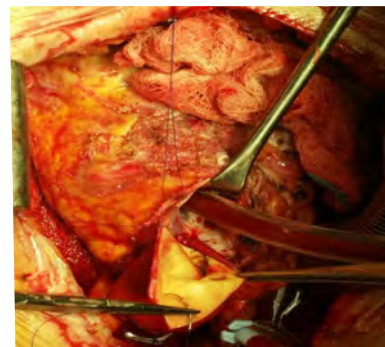


Figura 4. Anastomosis del conducto Contegra al tracto de salida del ventrículo derecho.

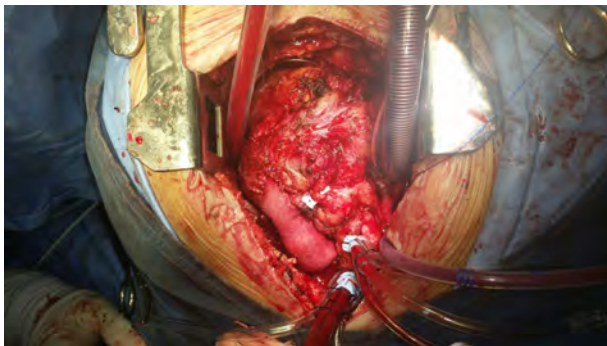


Figura 5. Anastomosis del conducto Contegra terminado.

ca o biológica de adecuado diámetro sería imposible, con una resultante disfunción prótesis-paciente y el riesgo de disfunción de una válvula mecánica en corto plazo. El conducto de Vena Yugular Valvulado Bovino se recomien-

da hasta los 18 años. La paciente se encuentra ahora en edad reproductiva con lo que se evita la anticoagulación. La posibilidad de colocación de una válvula biológica por vía percutánea al degenerarse el conducto contegra es viable. Debemos de tomar en cuenta que se han reportado aneurismas del injerto biológico en algunos pacientes, así como estenosis en conductos de 12 y 14 mm de diámetro, colocados en pacientes pediátricos[3,4].

REFERENCIAS.

1. Kouchoukos NT, Blackstone EH, Hanley FL, Kirklin JK. In Kirklin/Barat-Boyes. Cardiac Surgery Elsevier Saunders, 4th Edition. 2013: 1101-10.
2. Sierra J, Christenson JT, Lahlaidi NH, Beghetti M, Kalangos A. Right Ventricular Outflow Tract Reconstruction: What Conduit to Use? Homograft or Contegra?. Ann Thorac Surg 2007; 84:606-11.
3. Delmo-Walter EM, Alexi-Meskishvili V, Abdul-Khaliq H, et Al. Aneurysmal Dilatation of the Contegra Bovine Jugular Vein Conduit After Reconstruction of the Right Ventricular Outflow Tract. Ann Thorac Surg 2007; 8: 682-4.
4. Iyer KS. The Contegra bovine jugular valved conduit: Living up to expectations? Ann Pediatr Card 2012; 5: 34-35