

Manejo de la transposición de grandes arterias con septo íntegro e imposibilidad de resolución quirúrgica temprana: la importancia del trabajo multidisciplinario y la disponibilidad de ECMO

Autores: Otero,D.Vecchio A.Cinquegrani,K. Peña,J. Manso,P. Jorajuría A. Higa,M.Comas,F.

Introducción:

El tratamiento clásico de la transposición de grandes arterias con septo interventricular íntegro (d-TGA/SI) es la realización de la cirugía de switch arterial durante los primeros 14 días de vida. Luego de este periodo, se desaconseja realizarla dado a una mayor morbimortalidad asociada a la pérdida de masa y geometría del ventrículo izquierdo y su consecuente disfunción. Las alternativas principales en ese caso son:

- una cirugía preparatoria mediante cerclaje pulmonar más anastomosis sistémico-pulmonar seguida de switch arterial en un segundo tiempo o
- switch arterial más ECMO de soporte postoperatorio hasta remodelado ventricular.

Caso clínico:

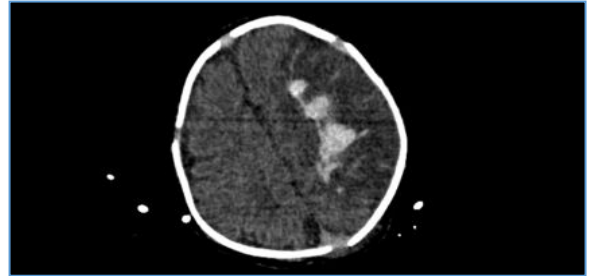
Presentamos un paciente que se intervino a los 34 días de vida. El bebé ingresó a nuestro Centro con 12 hs de vida, derivado del Hospital de Laferrere, en falla cardíaca severa e hipoxemia crítica por lo que inmediatamente luego de la admisión se confirmó el diagnóstico de (d-TGA/SI) y se realizó un cateterismo de emergencia dentro de la UTIP para



Evolucionó con falla múltiple de órganos.

Habiendo mejorado los parámetros de disfunción orgánica, la cirugía debió posponerse por la presentación de un ACV isquémico con transformación hemorrágica que imposibilita el ingreso a circulación extracorpórea debido al alto riesgo de resangrado.

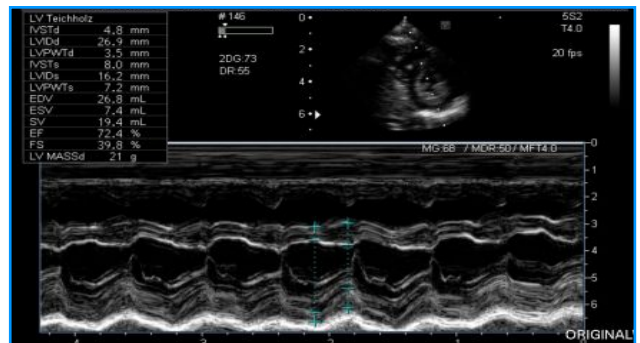
Se estableció un periodo mínimo de tiempo para disminuir la posibilidad de la complicación neurológica.



septostomía auricular. El seguimiento cardiológico durante este periodo se realizó a través de la evaluación del ventrículo izquierdo con ecocardiografía doppler color manteniéndose los parámetros dentro de lo aceptado para la realización de la cirugía de switch arterial, sin cirugía preparatoria previa.

decidió entonces realizar dicha cirugía a los 34 días de vida, con la opción de la salida electiva en ECMO si fuera necesario.

Evolucionó favorablemente, sin requerir ECMO, externándose a los 66 días postquirúrgicos con 3 meses de edad.



Conclusiones:

Indudablemente, ante la presentación de casos complejos, el trabajo multidisciplinario y la posibilidad de disponer de ECMO nos permite asumir desafíos quirúrgicos mayores y ofrecerles más y mejores alternativas terapéuticas a nuestros pacientes.