Publicado en *Familia y Salud* (https://www.familiaysalud.es)

Ductus arterioso permeable o persistente ¿de qué se trata?

¿Qué es?

El ductus arterioso es un pequeño vaso, como un conducto, que conecta la arteria aorta con la arteria pulmonar.

Durante la vida fetal tiene que estar abierto para que la sangre oxigenada llegue a la aorta y se distribuya por todo el cuerpo del feto. Al nacer este conducto se cierra, de forma normal en los primeros días de vida, pero puede tardar unos meses. A las 8 semanas de vida suele estar cerrado en el 90% de los niños nacidos a término. Si se queda abierto se le llama **ductus arterioso permeable o persistente**.

Es más frecuente que el ductus siga abierto en los recién nacidos prematuros. Es más fácil que esté abierto cuanto más prematuro sea el bebé. En ellos puede dar lugar a problemas diferentes a los que se dan en niños nacidos a término. Por tanto, hay que evaluarlos y tratarlos de otra manera.

¿Qué síntomas puede ocasionar?

Al nacer, el bebé empieza a respirar por los pulmones y esto hace que se den una serie de cambios en el organismo que hacen que el ductus se cierre. Pero a veces este cierre puede ser incompleto.

A través del ductus pasa sangre desde la aorta hacia la arteria pulmonar, es decir hacia los pulmones. Esto hace que llegue más cantidad de sangre de la esperada a los pulmones. De esta forma, también vuelve más sangre al corazón desde los pulmones. Y con el tiempo esto puede dar lugar a un agrandamiento del corazón.

Cuando el ductus está abierto se oye un soplo en la mayor parte de los pacientes. Este suele ser el motivo por el que el pediatra deriva al cardiólogo pediátrico.

La presencia de síntomas va a depender, sobre todo, del tamaño del ductus. Un ductus muy pequeño puede no dar ningún síntoma. Pero un ductus grande puede dar lugar a insuficiencia cardiaca en el bebé, con dificultad para las tomas, respiración agitada, cansancio fácil o retraso del crecimiento. Los síntomas suelen aumentar a partir del 2º-3º mes de vida.

El ductus arterioso permeable no hará que el bebé tenga una coloración azulada (cianosis).

En el recién nacido prematuro los síntomas pueden ser más graves y necesitar que se trate antes. El ductus abierto en niños de muy bajo peso puede causar insuficiencia cardiaca, hipertensión pulmonar, problemas intestinales y daños neurológicos. El que se den o no estos síntomas va a depender del tamaño del ductus, el peso del bebé y si hay otros problemas asociados.

Hay que valorar cada caso de forma para optar por el mejor tratamiento posible.

El ductus arterioso también puede ser permeable en niños que tienen además otras alteraciones del corazón. Los síntomas serán distintos según la cardiopatía. En algunos de estos casos puede ser necesario para la vida del bebé que esté el ductus abierto hasta que pueda operarse el corazón.

¿Cómo se diagnostica?

El mejor método para diagnosticarlo es la ecocardiografía. Con ella, el cardiólogo pediátrico puede ver la forma del conducto, medir su tamaño y valorar la repercusión que tiene sobre el corazón.

Otras técnicas que permiten ver el ductus son la TAC, la resonancia magnética y la angiografía. Pero, no suele ser necesario hacer estas pruebas. Son más invasivas para el niño y pueden necesitar anestesia o sedación.

Los ductus pequeños suelen tener radiografía de tórax y electrocardiograma normales. Cuando el ductus es grande estas pruebas muestran el corazón grande y signos de que llega más sangre a los pulmones.

¿Tiene tratamiento?

Sí. Cuando el ductus no se cierra de forma espontánea se pueden hacer diferentes tratamientos. La elección del tratamiento en cada niño va a depender sobre todo de su edad, su peso y del tamaño y forma del ductus.

En lactantes y niños mayores se puede cerrar con cirugía o por cateterismo.

- El ***cierre por cirugía*** no hay que abrir por el centro del pecho ni parar el corazón. Se hace una incisión lateral en el lado izquierdo del tórax y se cierra el conducto. Hay diferentes técnicas para este cierre. Es una cirugía segura con muy buenos resultados.

- Cuando los niños son más grandes (a partir de los 10 kg generalmente, aunque en algunos casos puede realizarse antes) y el ductus cumple una serie de criterios, puede cerrarse por ***cateterismo***. Se hace a través de la vena femoral casi siempre, se mete un dispositivo de cierre como un paraguas. Al llegar al ductus el dispositivo se abre y forma un tapón que no permite el paso de sangre. Durante el procedimiento se realiza ecografía del corazón para ver cómo queda puesto el dispositivo.

El momento del cierre va a depender de los síntomas y repercusión que tenga sobre el corazón.

- Un ductus grande que dé síntomas se debe tratar al momento del diagnóstico.
- En los ductus más pequeños sin síntomas puede retrasarse la intervención hasta después del año de edad con control cardiológico.
- Los ductus muy pequeños que ni siquiera producen soplo (ductus silente) no hay que cerrarlos. Como única precaución, estos pacientes han de tener una muy buena higiene dental para prevenir una infección en las válvulas del corazón (endocarditis). Estos pacientes deben seguir en control por cardiología pediátrica.

En el recién nacido prematuro, cuando el ductus está dando síntomas al bebé se puede intentar su cierre administrando *ibuprofeno* o *indometacina* intravenosos en los primeros días de vida. La cirugía se deja para aquellos casos en los que no se ha conseguido el cierre después de probar varias veces con medicación o en los

que no se puede usar este medicamento.

¿Necesita seguimiento especial?

Los niños con ductus arterioso permeable se siguen en la consulta de cardiología pediátrica. El seguimiento será en función del tamaño del ductus y los síntomas que dé.

Una vez cerrado el ductus puede darse de alta de la consulta. Si se cierra espontáneamente no son necesarias más revisiones. Después de una cirugía, si el cierre ha sido total, se puede dar de alta a los 6 meses - 1 año de la intervención. Si se cierra con cateterismo se puede dar de alta a los 5 años.

A veces, a pesar del tratamiento no se puede cerrar de forma total el conducto y queda un paso de sangre residual. Estos pacientes deben seguir el control por cardiología pediátrica como si fuera un ductus abierto. Si no hay síntomas puede esperarse un tiempo a que se cierre solo. La principal precaución en estos casos es la profilaxis de endocarditis bacteriana.

El pronóstico a largo plazo de los pacientes después del cierre total del ductus es excelente. Pueden hacer una vida completamente normal, sin restricción al ejercicio ni otros cuidados especiales.

Fecha de publicación: 6-09-2016

Autor/es:

- Carmen Carreras Blesa. Pediatra. Unidad Cardiología Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario. Granada

CC BY NC ND