



ORIGINAL

Cierre quirúrgico del ductus arterioso persistente del prematuro: ¿influye la técnica quirúrgica en los resultados?

A. Avila-Alvarez^{a,d,*}, M. Serantes Lourido^a, R. Barriga Bujan^a, C. Blanco Rodriguez^b, F. Portela-Torron^{c,d} y V. Bautista-Hernandez^{c,d}

^a Unidad de Neonatología, Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), Sergas, A Coruña, España

^b Unidad de Cardiología Infantil, Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), Sergas, A Coruña, España

^c Servicio de Cirugía Cardíaca, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), Sergas, A Coruña, España

^d Cardiopatía Estructural y Congénita (CEC), Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), A Coruña, España

Recibido el 10 de octubre de 2015; aceptado el 21 de diciembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Ductus arterioso persistente;
Prematuro;
Cirugía cardíaca

Resumen

Introducción: El cierre quirúrgico del ductus arterioso persistente en el prematuro es una técnica agresiva y no exenta de complicaciones. Diseñamos un estudio con el objetivo de describir nuestra experiencia con una técnica menos invasiva, el abordaje extrapleurar vía minitoracotomía posterior, y de comparar sus resultados con los del abordaje clásico transpleural.

Pacientes y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de los neonatos prematuros a los que se les realizó cierre quirúrgico del ductus en un periodo de 10 años (marzo de 2005-marzo de 2015). Se compararon las complicaciones agudas, los resultados al alta y en el seguimiento entre los grupos de abordaje extrapleurar y abordaje clásico transpleural. Se incluyó a 48 pacientes, 30 en el grupo de abordaje clásico y 18 en el grupo extrapleurar.

Resultados: Las características demográficas y preoperatorias fueron similares en ambos grupos. No se encontraron diferencias entre los 2 grupos en la incidencia de complicaciones postoperatorias agudas (56,6 vs. 44,4%), en la dependencia de oxígeno a las 36 semanas (33,3 vs. 55,5%), ni en la mortalidad hospitalaria (10 vs. 16,6%). En la evolución a corto plazo, el grupo extrapleurar precisó menos días hasta la retirada del oxígeno suplementario (36,3 vs. 28,9) y hasta el alta hospitalaria (67,5 vs. 53,2), aunque solo el tiempo hasta la extubación alcanzó una diferencia estadísticamente significativa (11,5 vs. 2,7, $p = 0,03$).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alejandro.avila.neonatologia@gmail.com (A. Avila-Alvarez).

KEYWORDS

Patent ductus
arteriosus;
Premature infant;
Cardiac surgical
procedures

Conclusiones: El abordaje extrapleural por minitoracotomía posterior para el cierre quirúrgico del ductus en el prematuro es factible y podría conllevar algunos beneficios clínicos a corto plazo.

© 2015 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Surgical closure of patent ductus arteriosus in premature neonates: Does the surgical technique affect the outcome?

Abstract

Introduction: Surgical closure of patent ductus arteriosus in premature neonates is an aggressive technique and is not free of complications. A study was designed with the aim of describing our experience with a less invasive technique, the extra-pleural approach via a posterior minithoracotomy, and to compare the results with the classic transpleural approach.

Patients and methods: A retrospective cohort study was conducted on premature neonates on whom surgical closure of the ductus was performed during a ten-year period (March 2005 to March 2015). A comparison was made of the acute complications, the outcomes on discharge, and follow-up, between the extra-pleural approach and the classic transpleural approach. The study included 48 patients, 30 in the classical approach and 18 in the extra-pleural group.

Results: The demographic and pre-operative characteristics were similar in both groups. No differences were found between the 2 groups in the incidence of acute post-operative complications (56.6 vs. 44.4%), on the dependence on oxygen at 36 weeks (33.3 vs. 55.5%), or in hospital mortality (10 vs. 16.6%). As regards the short-term progress, the extra-pleural group required fewer days until the withdrawal of supplementary oxygen (36.3 vs. 28.9) and until hospital discharge (67.5 vs. 53.2), although only the time until extubation achieved a statistically significant difference (11.5 vs. 2.7, $P=.03$).

Conclusions: The extra-plural approach by posterior minithoracotomy for the surgical closure of ductus in the premature infant is viable and could bring some clinical benefits in the short-term.

© 2015 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El ductus arterioso persistente (DAP) es frecuente en el recién nacido prematuro: ocurre en un 30% de los neonatos de menos de 30 semanas de edad gestacional y en más del 60% de los menores de 28 semanas¹. Actualmente las estrategias terapéuticas disponibles incluyen: 1) un tratamiento conservador, 2) tratamiento farmacológico con inhibidores de la ciclooxigenasa y 3) ligadura quirúrgica^{2,3}. Aunque existen diferentes protocolos de tratamiento y cierta controversia sobre muchos aspectos relacionados con el manejo del DAP, el cierre quirúrgico está habitualmente reservado para aquellos neonatos en los que el tratamiento farmacológico no es eficaz o en los que está contraindicado. La cirugía es un procedimiento bastante agresivo en una población tan frágil como los recién nacidos prematuros y no está exenta de complicaciones significativas. Además, en los últimos años han surgido dudas acerca del posible efecto perjudicial del cierre quirúrgico sobre la evolución respiratoria y neurológica². Por tanto, todavía no existe acuerdo en la comunidad médica ni sobre la indicación de cierre quirúrgico ni sobre el momento ideal para llevarlo a cabo^{1,4-6}. En este escenario, las modificaciones técnicas encaminadas a limitar la agresión quirúrgica son especialmente atractivas.

Se han desarrollado estrategias teóricamente menos invasivas como el abordaje por vídeo-toracoscopia^{7,8}, el cierre percuáneo con dispositivo⁹, la minitoracotomía posterior¹⁰, la cervicotomía transversa¹¹ y el abordaje extrapleural (EP)^{10,12,13}. Este último implica varias ventajas potenciales con respecto al abordaje clásico transpleural (TP): 1) excelente visualización del DAP y las estructuras relacionadas, incluyendo el nervio laríngeo recurrente, 2) mantenimiento de la integridad del espacio pleural y 3) evita la necesidad de insertar un tubo torácico^{10,12,13}. La técnica EP ha sido asociada a menores tiempos quirúrgicos y a algunos beneficios clínicos^{10,12,13}, pero, hasta donde conocemos, no se ha comparado con la técnica clásica TP en el manejo del DAP del prematuro.

El objetivo de este estudio fue describir nuestra experiencia en el manejo quirúrgico del DAP y comparar los resultados del clásico abordaje TP con los del nuevo abordaje EP vía minitoracotomía posterior.

Pacientes y métodos

Llevamos a cabo un estudio observacional de cohortes retrospectivo, en el que se incluyó a todos los recién nacidos prematuros a los que se les realizó cierre quirúrgico del

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5717216>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5717216>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)