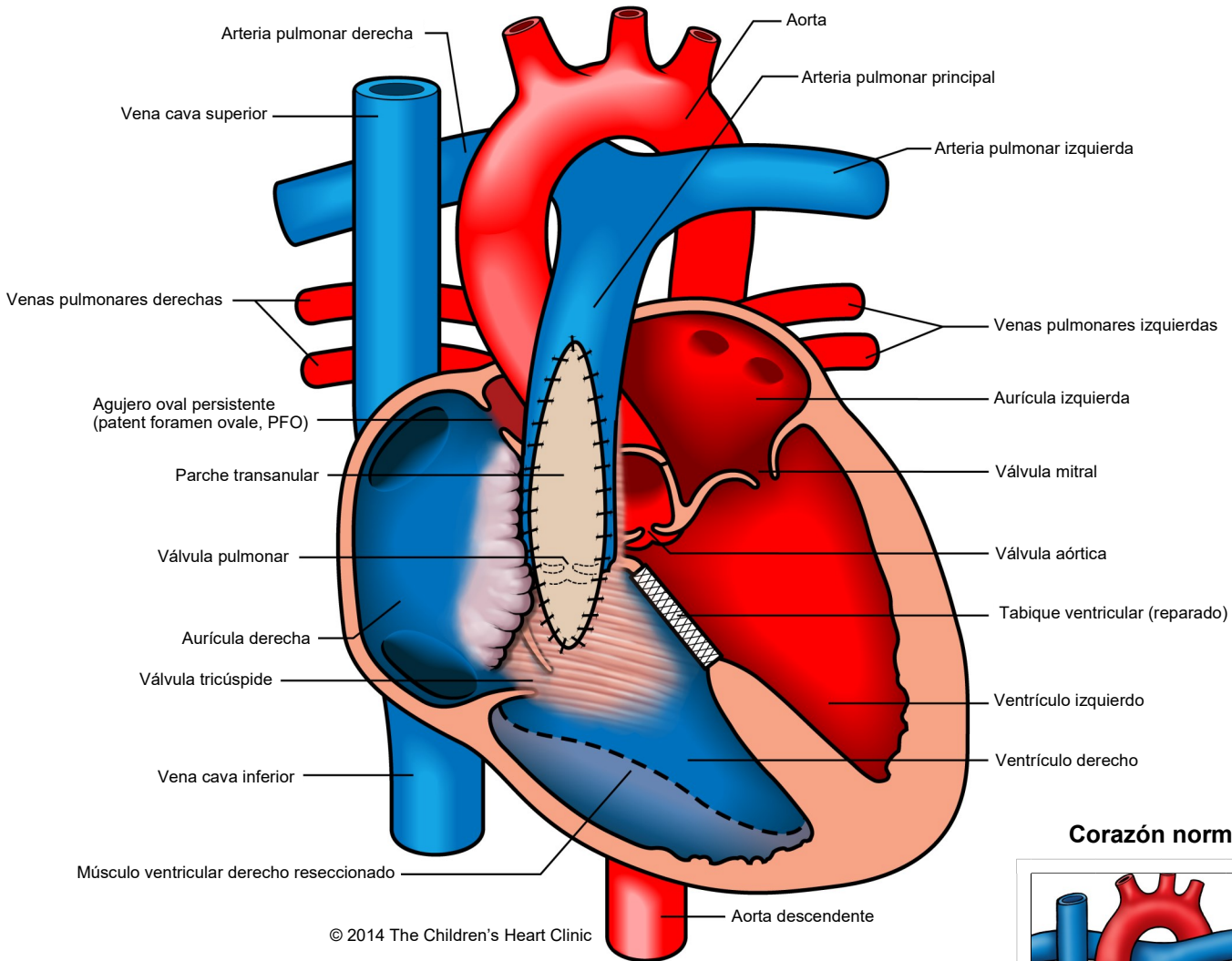
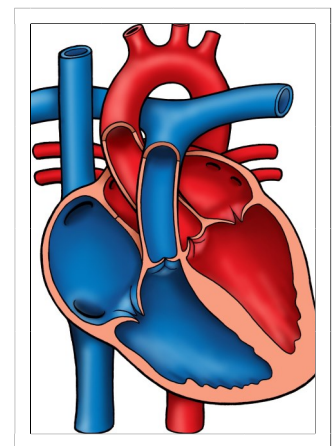


Tetralogy of Fallot Repair

Reparación de tetralogía de Fallot



Corazón normal



Notas:

The Children's Heart Clinic, 2530 Chicago Avenue S, Ste 500, Minneapolis, MN 55404
612-813-8800 * Toll Free: 1-800-938-0301 * Fax: 612-813-8825
Children's Hospital of Minnesota, 2525 Chicago Avenue S, Minneapolis, MN 55404

Reparación de tetralogía de Fallot

Repair of Tetralogy of Fallot (TOF)

La cirugía para reparar la tetralogía de Fallot implica cerrar la comunicación interventricular (ventricular septal defect, VSD) y eliminar la obstrucción del flujo sanguíneo a los pulmones. En TOF, puede haber un estrechamiento debajo de la válvula pulmonar (estenosis subvalvar) debido al engrosamiento del músculo del ventrículo derecho, la propia válvula pulmonar puede ser pequeña (estenosis valvar), o el área por encima de la válvula pulmonar puede ser pequeña (estenosis supra-valvar). La estenosis subvalvar puede aliviarse mediante la resección del músculo ventricular agrandado o con un parche. Cuando se combina con estenosis valvar, se puede colocar un parche desde la arteria pulmonar principal hasta el ventrículo derecho a través de la válvula pulmonar, lo que se conoce como “parche transanular”. Si el estrechamiento se limita al área supra-valvar, se puede colocar un parche a través del estrechamiento en la arteria pulmonar principal. La reparación de TOF generalmente se realiza entre los 3 y 9 meses de edad.

En TOF/ausencia de válvula pulmonar, como su nombre indica, al paciente le falta una válvula pulmonar. Debido al flujo sanguíneo sin restricciones a los pulmones, las arterias pulmonares suelen ser muy grandes. Si son lo suficientemente grandes como para comprimir la vía aérea del paciente, este será operado en el período neonatal. Durante la cirugía para corregir este tipo de enfermedad cardíaca congénita, se utiliza un conducto de ventrículo derecho a arteria pulmonar (right ventricle to pulmonary artery, RV-PA) para reemplazar la válvula pulmonar. Hay muchos tipos de materiales que se utilizan para los conductos RV-PA. Dependiendo del plan quirúrgico y la anatomía del paciente, se pueden utilizar conductos hechos de Gore-tex®(Gore), homoinjerto (tejido valvular de cadáver), conductos Contegra® (Medtronic) (vena yugular bovina [vaca] valvulada), o conductos Hancock® (Medtronic) (injerto tubular de Dacron que contiene una válvula porcina [cerdo]).

Durante la cirugía, se realiza una esternotomía media (incisión a través de la parte media del pecho). El paciente se coloca en bypass cardiopulmonar (máquina corazón-pulmón). Se abre la aurícula derecha y se retira el músculo ventricular derecho engrosado a través de la válvula tricúspide. Se corta un parche de Dacron® del tamaño adecuado y se sutura sobre la VSD. Se prueba la válvula tricúspide para asegurar que es correcta y se colocan puntos de sutura para reparar cualquier fuga. Si es necesario, se abre la arteria pulmonar y se corta un parche de pericardio (saco que rodea al corazón) bovino (vaca) del tamaño adecuado. A menudo, se puede retirar el músculo ventricular derecho engrosado a través de la válvula pulmonar, si fuera necesario. Si se indica, el pericardio bovino se sutura ya sea como un parche subvalvar, transanular o supra-valvar.

Si el paciente tiene TOF/ausencia de válvula pulmonar, se hacen incisiones en la arteria pulmonar y el ventrículo derecho. Se selecciona un conducto RV-PA del tamaño adecuado. Un extremo del conducto se cose a la incisión de la arteria pulmonar y el otro extremo se cose a la incisión del ventrículo derecho. Si las arterias pulmonares derecha e izquierda son lo suficientemente grandes como para comprimir la vía aérea del paciente, se pueden plicar para estrechar su tamaño efectivo y prevenir una mayor compresión de la vía aérea.

Evolución posoperatoria habitual:

- Duración de la cirugía: 4 horas
- Vías habituales: la mayoría de los pacientes regresarán al Centro de Cuidados Cardiovasculares después de la cirugía con un tubo respiratorio, una vía arterial para controlar la presión arterial, una vía venosa central (para administrar medicamentos intravenosos y análisis de sangre), una vía intravenosa periférica, tubos torácicos para drenar líquido, cables de marcapasos temporales y una sonda de Foley para drenar la orina.
- Recuperación posoperatoria habitual: por lo general, el tubo respiratorio se retira dentro de 24 a 48 horas después de la cirugía. La vía arterial generalmente se retira en unos pocos días, una vez que se detienen la mayoría de los medicamentos intravenosos. La vía venosa central se retira cuando se dejan de administrar la mayoría de los medicamentos intravenosos y ya no es necesario hacer análisis de sangre. Por lo general, los tubos torácicos se retiran de 24 a 48 horas después de la cirugía, una vez que la salida de líquido es mínima. Si se utiliza, dependiendo del tipo de conducto colocado y del plan quirúrgico, el paciente puede recibir aspirina durante un tiempo después de la cirugía.
- Duración habitual de la hospitalización: un paciente suele permanecer hospitalizado por 6 días después de la reparación de tetralogía de Fallot.

Reparación de tetralogía de Fallot

Repair of Tetralogy of Fallot (TOF)

Medicamentos comúnmente recetados después del alta: los niños pueden requerir uno o más medicamentos en casa después de la reparación de TOF, como estos:

- Diuréticos (Lasix) para controlar los líquidos
- Anticoagulante (aspirina) para prevenir la coagulación (si se colocó un conducto)
- Puede que se requiera la profilaxis de la endocarditis bacteriana.