

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO SUR
PLACETAS, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

COARTACIÓN AÓRTICA. A PROPÓSITO DE UN PACIENTE

Por:

MSc. Dra. Natacha Sánchez Macías¹, Dra. María de los Ángeles Enríquez Benítez² y Dr. Gabriel Díaz Ramírez³

1. Especialista de II Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Policlínico Universitario Sur. Placetas, Villa Clara. Profesora Auxiliar. UCM-VC. e-mail: natacha@capiro.vcl.sld.cu
2. Especialista de I Grado en Pediatría. Policlínico Universitario Sur. Placetas, Villa Clara. Instructora. UCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Pediatría. Hospital General Docente. Placetas, Villa Clara. Instructor. UCM-VC. e-mail: diana43@capiro.vcl.sld.cu

Descriptor DeCS:

COARTACIÓN AÓRTICA
CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

Subject headings:

AORTIC COARCTATION
HEART DEFECTS, CONGENITAL

La coartación de la aorta es una cardiopatía congénita no cianótica, y es más frecuente en los varones que en las hembras (de dos a cuatro veces)¹. En la mayoría de los pacientes, la coartación se localiza en la unión del cayado con la porción descendente, sitio que se denomina istmo aórtico. La malformación consiste en una estrechez localizada en el istmo de la aorta^{1,6}.

Desde el punto de vista clínico, se describen dos variedades de coartación: la preductal (tipo infantil) y la posductal (tipo adulto), según la relación existente entre el ductus y la zona aórtica estrechada^{1,6}.

Los elementos fundamentales para el diagnóstico son: debilidad o ausencia de los pulsos femorales, soplo sistólico orgánico auscultable, fundamentalmente en la región interescapular, hipertensión arterial sistólica en miembros superiores, con tensión normal o baja en miembros inferiores (a veces no puede medirse) e insuficiencia cardíaca en la lactancia¹.

Las manifestaciones clínicas clásicas son: fatigabilidad con disnea al esfuerzo y, a veces, insuficiencia cardíaca congestiva. La presión sanguínea sistólica se encuentra elevada en los miembros superiores y los pulsos femorales son débiles o están ausentes. Al realizar la auscultación, el segundo ruido puede estar reforzado y se precisa la existencia de soplo sistólico de eyección II/VI en foco aórtico. El soplo típico de la coartación se ausculta en la región interescapular y en la espalda sobre la zona de la coartación. En el lactante, el signo más importante es la ausencia de pulsos femorales, con pulsos radiales (o humerales) presentes¹⁻⁵.

Entre los exámenes complementarios para llegar al diagnóstico, se pueden realizar: electrocardiograma, telecardiograma, ecocardiograma, cateterismo cardíaco y angiografía, si fuera necesario⁷.

Presentación del paciente

Paciente de dos años, sexo masculino, piel negra, con antecedentes de embarazo de alto riesgo obstétrico (ARO) por asma bronquial, migraña, oligoamnios y posible cardiopatía fetal, que requirió seguimiento evolutivo. Existe el antecedente de un hermano operado de comunicación interventricular (CIV) y estenosis pulmonar (EP); el parto fue distócico (cesárea) a las 37 semanas por eclampsia. Fue un recién nacido normal con peso adecuado, Apgar 8/9. Después del nacimiento se estudió por la especialidad de Cardiología mediante electrocardiograma (ECG) y ecocardiograma (ECO), cuyos resultados fueron normales. A los cinco meses presentó cuadro de dificultad respiratoria, por lo cual fue ingresado en el Hospital Pediátrico "José Luis Miranda", donde se comprobó, al realizar examen físico, precordio abombado, latido de la punta palpable y desplazado hacia la izquierda y fuera de la línea media clavicular izquierda, soplo sistólico II/VI en foco aórtico que irradiaba a la región interescapular. Pulsos periféricos palpables en miembros superiores e imperceptibles en miembros inferiores, por lo que se diagnosticó la coartación aórtica, que se confirmó mediante el ECO. A los ocho meses ingresó en el Hospital "William Soler" para confirmar el diagnóstico de coartación aórtica. Al realizar el examen físico, se auscultó soplo sistólico 3/6 en borde esternal izquierdo, pulsos femorales y pedios disminuidos, cifras de tensión arterial (TA): miembro superior derecho: 133/88; miembro superior izquierdo: 144/78; miembro inferior derecho: 121/89 y miembro inferior izquierdo: 123/72. Se realizaron los siguientes exámenes complementarios: Hb: 112 g/l; Hto: 0,34; eritrosedimentación: 16 mm/h; glucemia: 2,8 mmol/l; urea: 6,2 mmol/l; creatinina: 53 mmol/l; proteínas totales: 38; albúmina: 58; ECG: normal; telecardiograma: cardiomegalia. Índice cardiorácico: 0,60 (Figura). ECO: coartación aórtica por debajo de la subclavia izquierda con gradiente sistólico de 62 mmHg. Hipertrofia de ventrículo izquierdo, posible comunicación interventricular muscular subaórtica, aorta bivalva con 27 mmHg e hipertensión pulmonar. Se confirma el diagnóstico y se le realiza dilatación de la coartación mediante cateterismo. ECO evolutivo: flujo pulsátil en aorta abdominal, gradiente de presión en el sitio de la coartoplastia de 40 mmHg y buena función del ventrículo izquierdo.

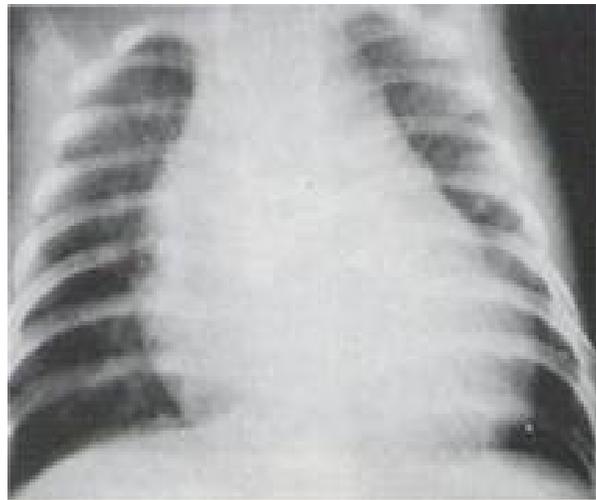


Figura Telecardiograma: Lactante con coartación aórtica. Obsérvese la cardiomegalia global.

Al año y medio reingresó en el Hospital "William Soler" por ausencia de pulsos, nuevamente en miembros inferiores. Al realizar el examen físico se auscultaron ruidos cardíacos rítmicos y de buen tono, soplo sistólico 2/6 en foco aórtico que se irradia a todos los focos; frecuencia cardíaca: 110 latidos por minuto; pulsos pedios ausentes y femorales disminuidos; cifras de tensión arterial (TA): miembro superior derecho: 125/109; miembro superior izquierdo: 104/99; miembro inferior derecho: 95/55 y miembro inferior izquierdo: 141/87. Exámenes complementarios: Hb: 135 g/l; Hto: 0,41; eritrosedimentación: 22 mm/h; glucemia: 3,7 mmol/l; creatinina: 30 mmol/l; proteínas totales: 63 g/l; albúmina: 40 g/l. ECO: válvula aórtica bivalva de 52 mmHg, recoartación aórtica por debajo de la subclavia izquierda con gradiente de 47 mmHg, curva típica de coartación aórtica pero con flujo

continuo en aorta abdominal, hipertrofia del ventrículo izquierdo. ECG: eje más de 60°. Telecardiograma: cardiomegalia; tronco de la arteria pulmonar excavado; flujo pulmonar normal. Se discute el caso y se presentan todos los estudios realizados, por lo que se aprueba la dilatación de la recoartación aórtica, la cual se realizó por cateterismo intervencionista. El gradiente residual fue de 15 mmHg. No se presentaron complicaciones y su evolución es satisfactoria hasta el momento.

Actualmente se sigue periódicamente en la consulta de Pediatría, con el objetivo de vigilar su crecimiento y desarrollo, y por la especialidad de Cardiología para detectar a tiempo signos de posible recoartación aórtica o cualquier otra complicación.

Comentario

En este paciente, el diagnóstico se realizó desde la etapa de lactante, y su cuadro clínico coincidió con los elementos fundamentales publicados en la literatura consultada¹⁻⁷; además, aparece como signo muy importante la debilidad de los pulsos femorales con pulsos radiales normales, y entre los exámenes complementarios realizados, el ecocardiograma muestra la localización exacta del sitio de la coartación, aspecto referido por los autores consultados¹⁻⁵. Como se conoce, esta cardiopatía representa del 5 al 8 % de todas las cardiopatías congénitas, por lo que resulta de vital importancia el diagnóstico precoz de dichas afecciones, a fin de reducir la morbilidad y mortalidad por esta causa.

Referencias bibliográficas

1. Valdés Martín S, Gómez Vasallo A. Sistema cardiovascular. Cardiopatías congénitas. En: Temas de Pediatría. La Habana: Ciencias Médicas; 2006. p. 252-63.
2. Ardura J. Cardiopatías congénitas. En: Cruz M, Crespo M, Brines J, Jiménez R. Compendio de Pediatría. La Habana: Ciencias Médicas; 2006.p. 458-62.
3. Ardura J. Cardiopatías congénitas. En: Cruz M. Tratado de Pediatría vol. III. 7ma ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2006. p. 1424-5.
4. Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM, editores. Cardiopatías congénitas no cianóticas. Lesiones por cortocircuito de izquierda a derecha. Comunicación interauricular. En: Nelson. Tratado de Pediatría vol.II. 15 ed. Madrid: McGraw-Hill; 1998. p. 1615-35.
5. Malformaciones cardiovasculares congénitas. En: Manual Merck vol.IX. 11na ed. Madrid: Elsevier; 2007. p. 2652-71.
6. Calafell Vásquez N. Lesiones obstructivas y regurgitantes de grandes vasos. Coartación aórtica. En: Cardiopatías congénitas. Diagnóstico. Manual clínico. La Habana: Ciencias Médicas; 2005. p. 111-5.
7. Chávez González E, Esquivel Sosa L, Llanes Camacho MC. Cardiopatías congénitas más frecuentes: diagnóstico radiológico y su correspondencia con la fisiopatología. Medicentro Electrónica [Internet]. 2008 [citado 3 Dic 2010];12 (1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://medicentro.vcl.sld.cu/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202008/v12n1a08/cardiopati60.htm>

Recibido: 27 de enero de 2011

Aprobado: 25 de abril de 2011