

Número: 034  
GT: Otro  
Tipo: Caso Clínico  
País: Uruguay  
Idioma: es

## TRATAMIENTO HÍBRIDO EN DOS TIEMPOS EN REPARACIÓN DE COARTACIÓN AÓRTICA

Alejandra Garretano<sup>1</sup>; Lia Carlevaro<sup>1</sup>; Mateo Rios<sup>1</sup>; Pedro Chiesa<sup>1</sup>

*1 - Instituto de Cardiología Integral.*

### Introducción

La coartación aórtica (CoA) es una malformación congénita, su edad de diagnóstico varía dependiendo de la severidad y la presencia de malformaciones asociadas. Tiene una prevalencia de 4-8% de todas las cardiopatías congénitas con una predominancia en el sexo masculino. Consiste en un estrechamiento de la luz aórtica producido por una hiperplasia de la capa media generando una obstrucción al flujo sanguíneo. Se localiza más frecuentemente opuesto a la inserción del ductus arterioso periductal (preductal, yuxtaductal y postductal). El tratamiento depende de la edad del paciente y aspectos anatómicos, siendo el tratamiento percutáneo mediante colocación de stent “el gold standard” para adolescentes y adultos. Las modalidades de abordaje híbrido en adultos representan una estrategia terapéutica poco descrita para CoA que compromete los troncos supraórticos.

---

### Caso Clínico

Mujer de 18 años asintomática. En control se constata hipertensión arterial en miembro superior derecho (MSD) con normotensión en miembro superior izquierdo (MSI) y miembros inferiores (MMII). Refiere en controles previos toma de PA únicamente en MSI. Examen físico: presión arterial sistólica en MSD 170mmHg, en MSI y MMII 110mmHg. Ritmo regular de 70cpm, ruidos cardíacos normofonéticos sin soplos. Pulso radial derecho aumentado en amplitud, pulso radial izquierdo y femorales disminuídos. Se realizan exámenes complementarios que evidencian coartación aórtica yuxtaductal. Dada la localización y anatomía compleja se decide realiza abordaje híbrido. By-pass carótido subclavio izquierdo quirúrgico, seguido de implante de stent recubierto en la zona de coartación en diferido a los 2 meses (figura 3). Ambos procedimientos fueron exitosos, sin complicaciones. Hasta la fecha la paciente se encuentra asintomática y normotensa.

---

### Pruebas complementarias

ECG: ritmo sinusal de 80cpm, eje normoposicionado, QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización significativas. Rxtx: índice cardiorácico normal con signo del “3” en contorno correspondiente a arco aórtico (figura 1). Ecocardiograma transtorácico evidencia zona de coartación yuxtaductal con gradiente máximo de 59mmHg y arrastre diastólico. Angiotomografía cortes finos de aorta: estrechamiento de la luz aórtica a nivel del origen de la arteria subclavia izquierda (ASI) con calibre mínimo de 10mm (figura 2).

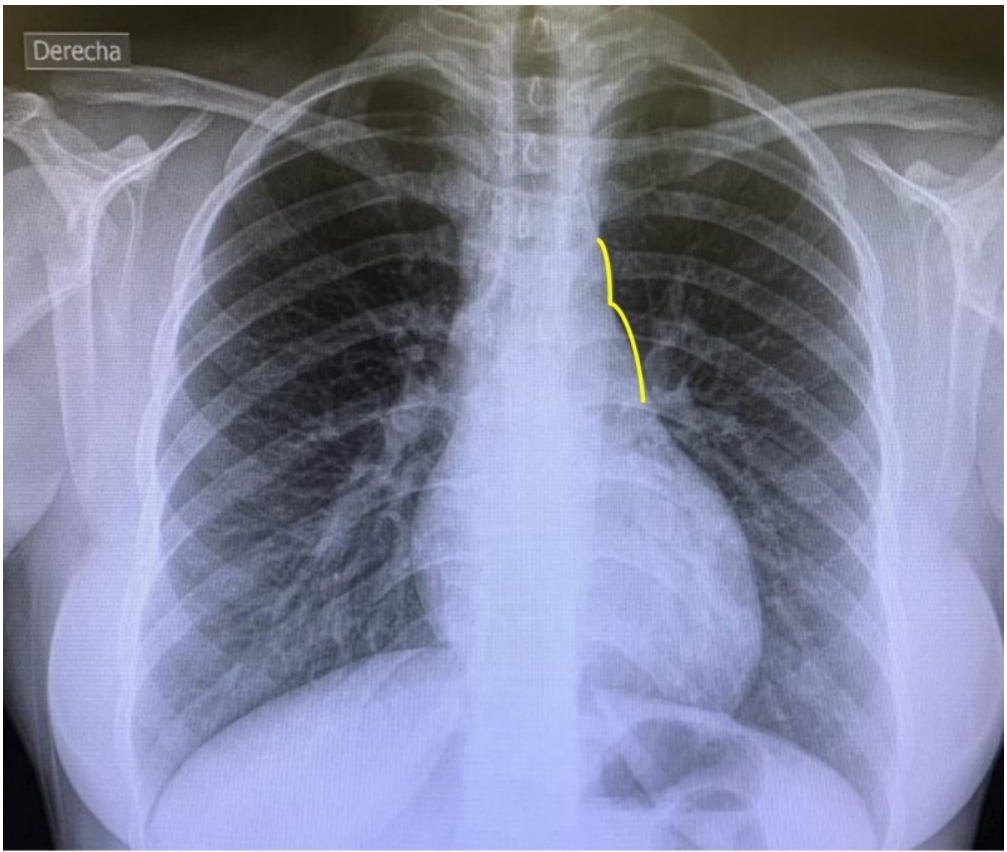
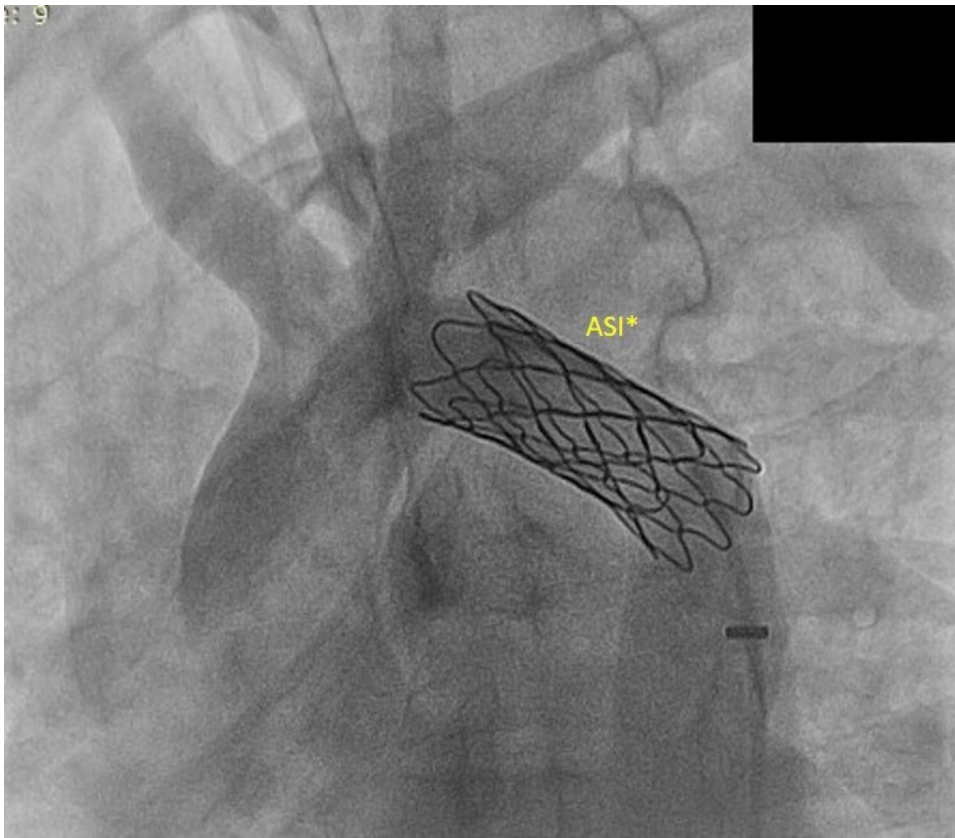


Figura 1: signo del 3 en Rxtx



**Figura 2:** reconstrucción 3D de angio-TC. Ao A: Ao ascendente. Ao D: Ao descendente. CoA: zona de coartación. ASI: a. subclavia izquierda. ACI: a. carótida izquierda. TBD: tronco braquiocefálico derecho.



**Figura 3:** Angiografía control luego de colocación de stent. ASI\*: origen de a. subclavia izquierda ocluido.

---

### **Diagnóstico**

Coartación aórtica yuxtaductal con anatomía compleja

---

### **Discusión**

El tratamiento de la CoA depende de la edad del paciente, la anatomía aórtica, riesgo quirúrgico y disponibilidades terapéuticas. La indicación de intervención percutánea en adolescentes y adultos para CoA y recoartación aórtica es clase IA según las guías europeas en hipertensos con un gradiente invasivo mayor a 20mmHg si es técnicamente posible. El stent más frecuentemente utilizado y el único aprobado por la Food and Drug Administration es el *Cheatham Platinum (CP)*, stent recubierto de politetrafluoroetileno con un diseño de “celdas cerradas” utilizado en la paciente reportada. Existen también otras alternativas como los stents de celdas abiertas que tienen mayor flexibilidad y que permiten la angioplastia con balón de los ostium de las ramas arteriales. La compleja anatomía de la CoA dada por el compromiso del ostium de la subclavia marcó la necesidad de un abordaje en dos tiempos quirúrgico-intervencionista. Los abordajes híbridos individualizados en CoA según el contexto clínico y anatomía del paciente merecen ser evaluados en series mayores.

---