



COARTACIÓN DE AORTA

1 GENERALIDADES

La coartación es un estrechamiento del cayado de la aorta, situado en la inserción del conducto arterioso, que obstruye el paso de la sangre a la aorta descendente. Es más frecuente en varones (3:1).

Se asocia a otras anomalías cardiovasculares: válvula aórtica bicúspide (50-85%), CIV, estenosis mitral, aneurismas intracraneales, etc.

Existen pacientes asintomáticos, aunque la mayoría presenta hipertensión arterial en la infancia. Otros síntomas pueden ser cefalea, claudicación intermitente, epistaxis o dolor torácico. Una coartación significativa origina sobrecarga de presión, con HVI. Se asocia a enfermedad coronaria precoz. En pacientes no operados la esperanza de vida es de 35 años con una mortalidad a los 50 años del 75%.

2 COARTACIÓN DE AORTA NO INTERVENIDA

Es raro que no se haya realizado el diagnóstico y la corrección quirúrgica en la infancia, aunque es posible un diagnóstico tardío.

2.1 Clínica

HTA sistémica que afecta exclusivamente a la mitad superior del cuerpo (diferencia de presión de las extremidades >30 mmHg), con debilidad, ausencia o el retraso de los pulsos femorales en relación con los radiales.

2.2 Pruebas complementarias

2.2.1 Rx de tórax

- ❖ Cardiomegalia, dilatación de la aorta ascendente.
- ❖ Indicaciones: todos en estudio inicial.

2.2.2 ECG

- ❖ HVI
- ❖ Indicaciones: todos en estudio inicial.

2.2.3 Ecocardiograma transtorácico

- ❖ Anatomía de la lesión y del arco aórtico, estudio del gradiente, presencia de lesiones asociadas, HVI y función sistólica del VI.
- ❖ Indicaciones: todos en estudio inicial.

2.2.4 RMN

- ❖ Es la prueba de imagen de elección, aporta información anatómica y hemodinámica.
- ❖ Indicaciones: todos en el estudio inicial.

2.2.5 Analítica



- ❖ Determinaciones básicas que deben incluir función renal.
- ❖ Indicaciones: todos en el estudio inicial.

2.2.6 Ergometría

- ❖ Respuesta barotropa y estudio de enfermedad coronaria asociada
- ❖ Indicaciones: todos en el estudio inicial.

2.2.7 Holter de presión arterial

- ❖ Monitorización ambulatoria de presión arterial
- ❖ Indicaciones: pacientes con diagnóstico de coartación sin evidencia de HTA.

2.2.8 Cateterismo cardiaco

- ❖ Indicaciones: Si RMN no es accesible o datos insuficientes y previo a reparación quirúrgica si sospecha de enfermedad coronaria asociada.

2.2.9 TAC craneal

- ❖ Indicaciones: si existe sospecha de anomalías intracraneales.

2.3 Tratamiento

2.3.1 Cirugía: elección

- ❖ En todos los pacientes sintomáticos o asintomáticos con coartación aórtica significativa: gradiente trascoartación > 30 mmHg.
- ❖ En todos los pacientes sintomáticos o asintomáticos con coartación aórtica e HTA en reposo o con ejercicio.

2.3.2 Balón/Stent:

- ❖ El empleo de técnicas intervencionistas sobre coartación nativa es cuestionado; los datos de estudios que comparan reparación quirúrgica frente a abordaje percutáneo son escasos.

2.4 Seguimiento

La mayoría se operan con el diagnóstico. Solamente en casos leves (gradiente <20 mmHg y sin HTA) se debe realizar un seguimiento anual realizando: ECG, PA en reposo y ejercicio, ecocardiografía y RMN.

2.5 Otras medidas

- ❖ Profilaxis de endocarditis infecciosa.
- ❖ Embarazo y métodos anticonceptivos
 - Se debe realizar reparación quirúrgica de la coartación previa al embarazo.
 - En embarazos, puede estar indicada la dilatación con balón-stent si aparece insuficiencia cardiaca.
 - No aconsejable el uso de anticonceptivos que contengan estrógenos.
- ❖ En los pacientes con coartación de aorta no intervenida se debe aconsejar la restricción total de actividad física hasta la reparación quirúrgica.



2 COARTACIÓN DE AORTA INTERVENIDA

Aunque el pronóstico es excelente si la intervención se produce de forma precoz, existe un alto riesgo de HTA residual, aterosclerosis prematura y disfunción ventricular sobre todo en los pacientes en los que el diagnóstico se establece en la adolescencia o la edad adulta.

2.1 Pruebas complementarias

2.1.1 Rx de tórax

- ❖ Cardiomegalia, dilatación de la aorta ascendente.
- ❖ Indicaciones: en la primera visita postcirugía de coartación aórtica.

2.1.2 ECG

- ❖ HVI
- ❖ Indicaciones: en la primera visita postcirugía de coartación aórtica.

2.1.3 Ecocardiograma transtorácico

- ❖ Anatomía de la lesión y del arco aórtico, estudio del gradiente, presencia de lesiones asociadas, HVI y función sistólica del VI.
- ❖ Indicaciones: en la primera visita postcirugía de coartación aórtica.

2.1.4 RMN

- ❖ Aporta información anatómica y hemodinámica.
- ❖ Indicaciones: en la primera visita postcirugía de coartación aórtica.

2.1.5 Analítica

- ❖ Determinaciones básicas que deben incluir función renal.
- ❖ Indicaciones: en la primera visita postcirugía de coartación aórtica.

2.1.8 Cateterismo cardiaco

- ❖ Indicaciones: Si RMN no es accesible o datos insuficientes y previo a reintervención si sospecha de enfermedad coronaria asociada.

2.2 Tratamiento

2.2.1 Cirugía

- ❖ En pacientes con recoartación significativa (gradiente > 30 mmHg) y anatomía compleja.
- ❖ En pacientes con aneurisma aórtico.

2.2.2 Balón/Stent:

- ❖ Recoartaciones significativas (gradiente > 30 mmHg) con anatomía simple y favorable.

2.3 Seguimiento

Anual: ECG, PA en reposo y ejercicio, ecocardiografía y RMN.



2.4 Otras medidas

- ❖ Profilaxis de endocarditis infecciosa.
- ❖ Embarazo y métodos anticonceptivos
 - Se debe realizar tratamiento percutáneo del defecto residual previamente al embarazo o incluso durante un embarazo no planeado.
 - Se debe realizar una monitorización estricta de la PA durante el embarazo.
 - Se debe evitar el uso de métodos anticonceptivos que contengan estrógenos si existe HTA residual.
- ❖ No existe restricción de actividad física en pacientes después de reparación quirúrgica de una coartación aórtica (siempre que no haya obstrucción o HTA residual).