

Varón de 41 años con hipertensión arterial y parestesias

F. J. Polo Romero y A. Gato Díez

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Albacete.

Caso clínico

Se trata de un varón de 41 años diagnosticado de hipertensión arterial (HTA) a los 26 años, que abandonó el tratamiento farmacológico voluntariamente ante el mal control tensional a los 29 años y fumador de 40 cigarrillos al día. Acude al hospital por parestesias en hemi-cuerpo derecho. En la exploración física se detecta presión arterial (PA) de 220/140 mmHg con PA sistólica de 220 mmHg en miembros superiores y 110 mmHg en miembros inferiores. La auscultación mostraba un soplo sistólico polifocal grado III/VI irradiado a ambas carótidas y un soplo interescapular. En la exploración neurológica sólo se apreció hipoestesia en miembros derechos, observándose en el fondo de ojo datos de retinopatía hipertensiva grado III sin edema de papila. En la analítica general sólo destacaba ligera proteinuria de 25 mg/dl. El electrocardiograma (ECG) presentaba datos de hipertrofia ventricular izquierda y sobrecarga sistólica, y la radiografía de tórax un índice cardiotorácico elevado sin otros hallazgos. Se realizó tomografía computarizada (TC) craneal que demostraba lesiones isquémicas periventriculares y TC toracoabdominal para descartar disección aórtica que no presentó alteraciones significativas. La ecocardiografía transtorácica mostró una hipertrofia ventricular izquierda concéntrica ligera con fracción de eyección normal y no visualizó adecuadamente el arco aórtico. Se realizó una aortografía que resultó diagnóstica (**figs. 1 y 2**).



Fig. 1.



Fig. 2.

Interpretación

La figura 1 corresponde a una aortografía por sustracción digital donde se observa una estrechez intensa en forma de «pico de flauta» del calibre aórtico posterior a la salida de la arteria subclavia izquierda. En la figura 2 se muestra una fase posterior del mismo aortograma donde se sigue apreciando la estenosis al paso del flujo aórtico (ya con contraste la zona postestenótica) y además se pone de manifiesto la importante circulación colateral existente.

Diagnóstico

Emergencia hipertensiva secundaria a coartación aórtica.

Evolución

El paciente fue tratado inicialmente con labetalol, siendo posteriormente valorado por el servicio de Cirugía Cardíaca de referencia, realizándose *by-pass* entre subclavia izquierda y aorta postestenótica. En el seguimiento posterior se ha objetivado normalización de las cifras tensionales.

Discusión

La coartación aórtica consiste en la constricción de la luz aórtica, cuya localización más frecuente es adyacente a la implantación del conducto arterioso. Supone el 7% de las cardiopatías congénitas. Los pacientes jóvenes suelen estar asintomáticos, pudiendo detectarse en la exploración un soplo interescapular. Es clave para el diagnóstico la marcada disminución de pulsos y de PA en extremidades inferiores junto a hipertensión en las superiores. En la radiografía de tórax puede observarse una indentación aórtica con dilatación pre y postestenótica (signo del «3») o también erosiones costales por efecto de la importante circulación colateral existente. Desde los años setenta se ha utilizado la TC torácica para valoración de la patología aórtica; sin embargo, en los últimos años parece haber mejores resultados al combinar la resonancia magnética nuclear (RMN) con el ecocardiograma transtorácico en modo Doppler, determinando mejor la localización

e intensidad de la coartación y pudiendo calcular su gradiente de presión. Cuando se requiere una imagen detallada se recurre al cateterismo cardíaco, que presenta el inconveniente de ser una técnica invasiva. La aortografía de sustracción digital es menos sensible que el cateterismo, si bien conlleva menos riesgos. Recientemente se está utilizando la ecografía intravascular para seleccionar a los pacientes candidatos a dilatación percutánea de la coartación, así como para valorar sus resultados. El tratamiento farmacológico no suele ser suficiente para el control de estos pacientes, por lo que debe tenderse a la corrección anatómica del defecto, que en los niños debe demorarse hasta los 4-6 años. Puede realizarse mediante *by-pass* entre la subclavia izquierda y la aorta postestenótica, técnica actualmente preconizada por algunos autores como de elección en sujetos adultos por su bajo riesgo perioperatorio y aceptables resultados. Sin embargo, actualmente el tratamiento de elección es la resección y colocación de una prótesis. Recientemente se ha desarrollado otra técnica terapéutica con menores riesgos para el paciente que consiste en la dilatación percutánea con balón de la coartación y colocación de un stent o dilatador. Esta técnica ha demostrado excelentes resultados en adolescentes y adultos jóvenes, sin reestenosis significativas en seguimientos a largo plazo y con escasas complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Albert Brotons D, Céspedes Domínguez R, Serrano Durán M, López Coronas D, Casaldaliga Ferrer J, Castellote Alonso A, Girona Comas J. Utilidad de la resonancia nuclear magnética para el diagnóstico de la coartación y re-coartación aórtica. Rev Esp Cardiol 1995; 48:807-811.
- Elkerdany A, Hassouna A, Elsayegh T, Azab S, Bassiouni M. Left subclavian-aortic bypass grafting in primary isolated adult coarctation. Cardiovasc Surg 1999; 7:351-354.
- Evangelista A, García del Castillo H, González-Alujas MT, Domínguez-Oroño R, Anívarro I, Salas A, Soler-Soler J. Técnicas de imagen en la patología aórtica. Rev Esp Cardiol 1994; 47:71-79.
- Friedman WF. Congenital heart disease in infancy and childhood. En: Braunwald E, ed. Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine. Filadelfia: WB Saunders, 1997; 911-913.
- Giocoletta FJ, Macaya C, Íñiguez A, et al. Utilidad de la ecografía intravascular durante la dilatación percutánea de la coartación aórtica. Rev Esp Cardiol 1992; 45:74-77.
- Grech V. Diagnostic and surgical trends, and epidemiology of coarctation of the aorta in a population-based study. Int J Cardiol 1999; 68:197-202.
- Suárez de Lezo J, Pan M, Romero M, et al. Immediate and follow-up findings after stent treatment for severe coarctation of aorta. Am J Cardiol 1999; 83:400-406.
- Weber HS, Cyran SE. Initial results and clinical follow-up after balloon angioplasty for native coarctation. Am J Cardiol 199; 84:113-116, A9.