

Coartación aórtica con subclavia derecha aberrante

Dr. Luis M^a Andrés Lalaguna

Varón de 41 años

Diagnosticado de coartación de aorta en la infancia de grado ligero, sin hipertensión arterial, por lo que no se intervino.

No seguimiento desde los 15 años.

Asintomático en todo momento

Control clínico en Cardiología de H Xátiva por palpitations en 2017:

-Test de esfuerzo mediante tapiz rodante detenido en el 2º minuto de la etapa 5 de Bruce (13:27 min) por fatigabilidad (15.8 METS, doble producto 31200, adecuada capacidad funcional).

-El test ha resultado submáximo (Fc máx 160 lpm, 86% Fc máxima).

-No alteraciones del ST sugerentes de isquemia ni arritmias durante el ejercicio ni la recuperación.

-Adecuado comportamiento de frecuencia cardiaca. Hipertenso en reposo (170/109 mmHg) con aumento progresivo de la TA durante el ejercicio hasta alcanzar máxima en pico de esfuerzo de 198/121 mmHg, y posterior recuperación con el reposo hasta finalizar la prueba con cifras de 155/65 mmHg.

TA miembro superior derecho: 120/84

TA miembro superior izquierdo: 144/89

TA miembro inferior derecho: 122/84

ECOCARDIOGRAMA 27/9/21

Coartación aórtica con gradientes elevados en aorta descendente (V. máx 3 m/s), escasa pulsatilidad en aorta abdominal. Estenosis subaórtica fija (membrana), gradientes 21/13 mmHg. Tejido mitral accesorio que contribuye a la ligera obstrucción del TSVI

Insuficiencia aórtica mínima.

ANATOMÍA NORMAL DEL CAYADO AÓRTICO Y TSA

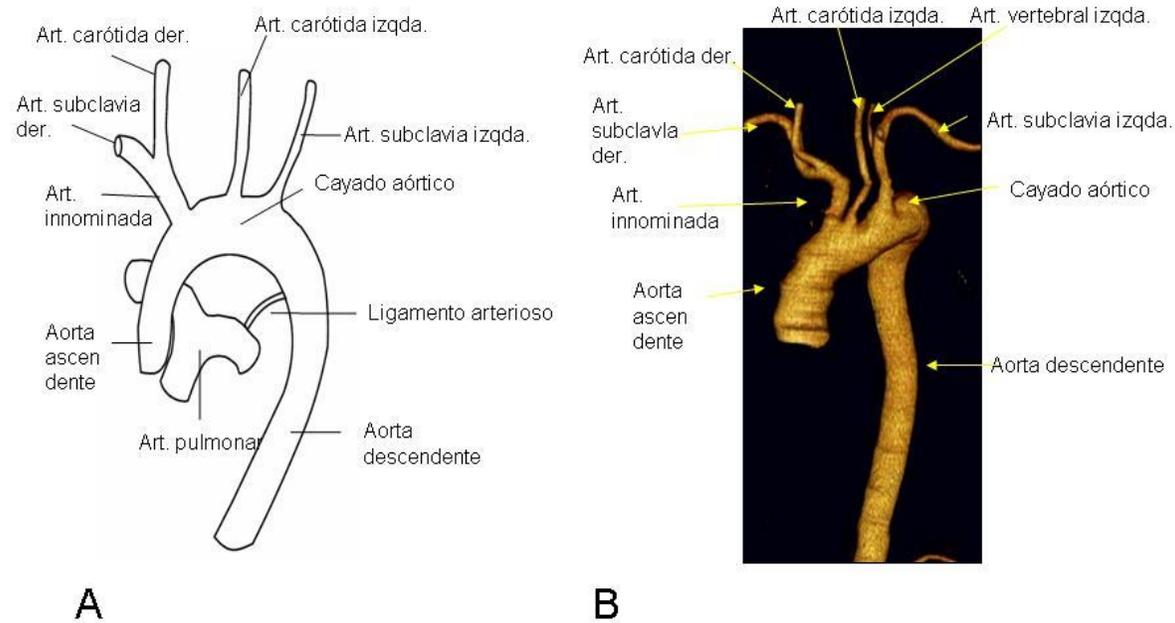
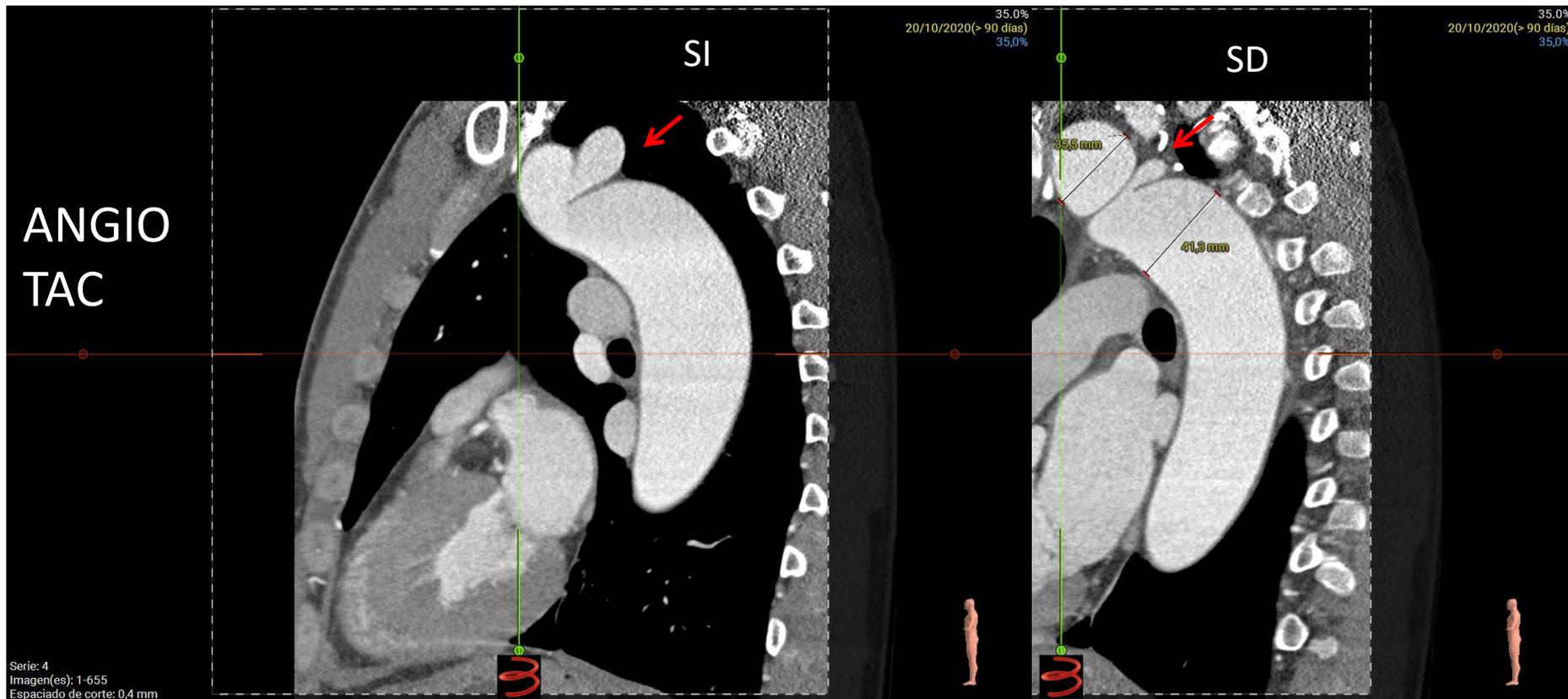


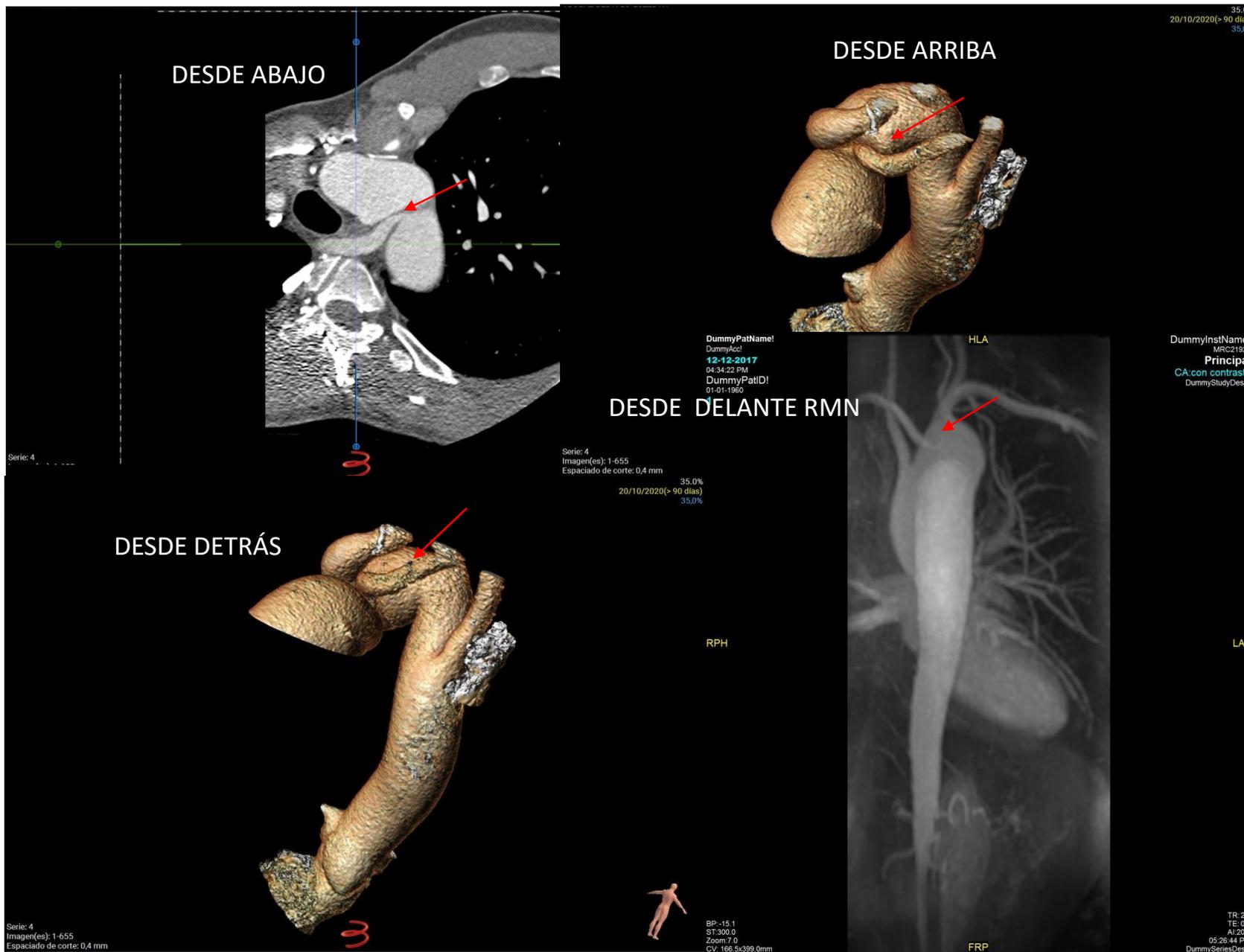
Figura 1. A: Aorta torácica y grandes vasos en situación normal. B: TC multicorte; reconstrucción 3D con superficie sombreada de aorta torácica y grandes vasos.



Medidas de Aorta torácica (diámetros máximos transversales a la luz aórtica):

- seno de Valsalva: 29 x 30 x 31 mm.
- unión sinotubular: 25 mm.
- aorta ascendente: 29 mm.
- cayado aórtico: anterior 28 mm; medio 27 x 24 mm, zona coartación, 16 x 13 mm, diámetro efectivo 15 mm la cual es inmediatamente posterior a la salida de la a. subclavia izquierda e inmediatamente anterior a la salida de la **arteria subclavia derecha aberrante**.
- aorta descendente: 45 x 43 mm (a nivel de carina) y 28 mm (a nivel de diafragma).

Como se puede apreciar, existe un riesgo muy alto de oclusión de la arteria subclavia derecha aberrante (flecha roja), así como de la carótida izquierda, si tratamos la coartación con un stent cubierto, como es habitual en estos casos. Dado lo anterior, decidimos abordar la coartación con un stent no cubierto.



INTERVENCIONISMO

Accesos arteriales: radial izquierda 5F, femoral derecha 14 F, cierre con 2 dispositivos proglide.

Se cruza coartación con guía teflonada sobre catéter MP, se realiza angiografía con catéter Pig-tail.

Se coloca introductor de COOK 14F, para liberar stent no cubierto CP stent de 45 mm de longitud con BIB.

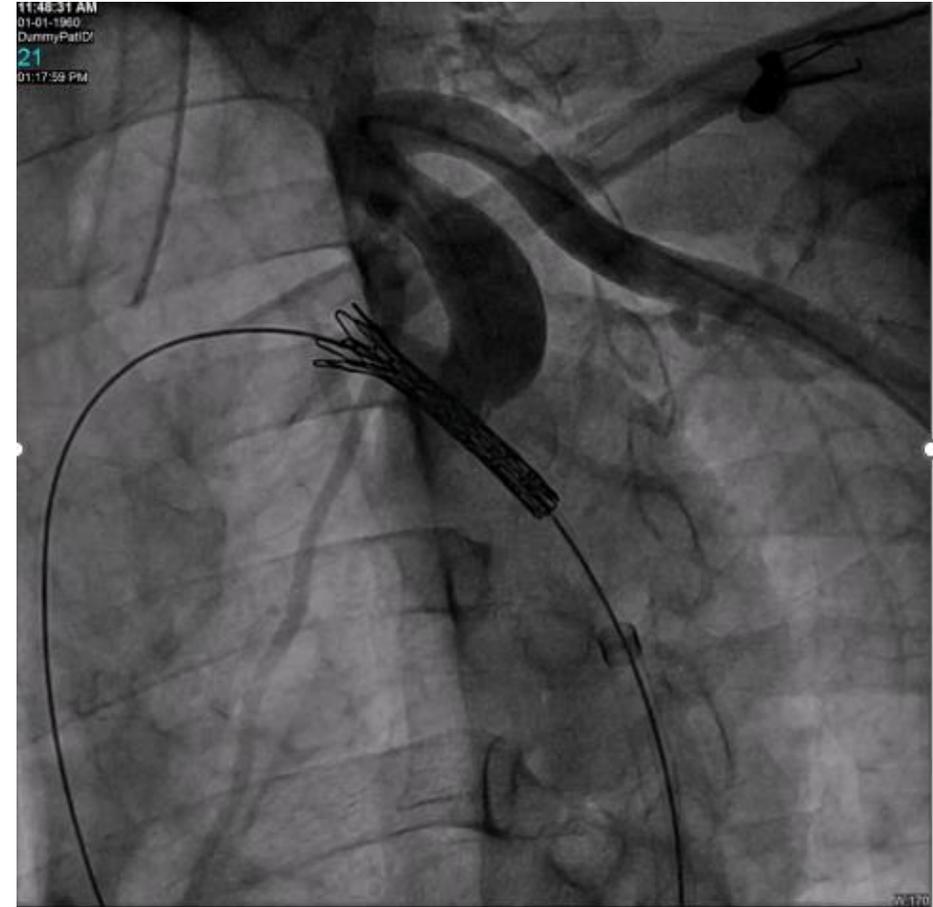
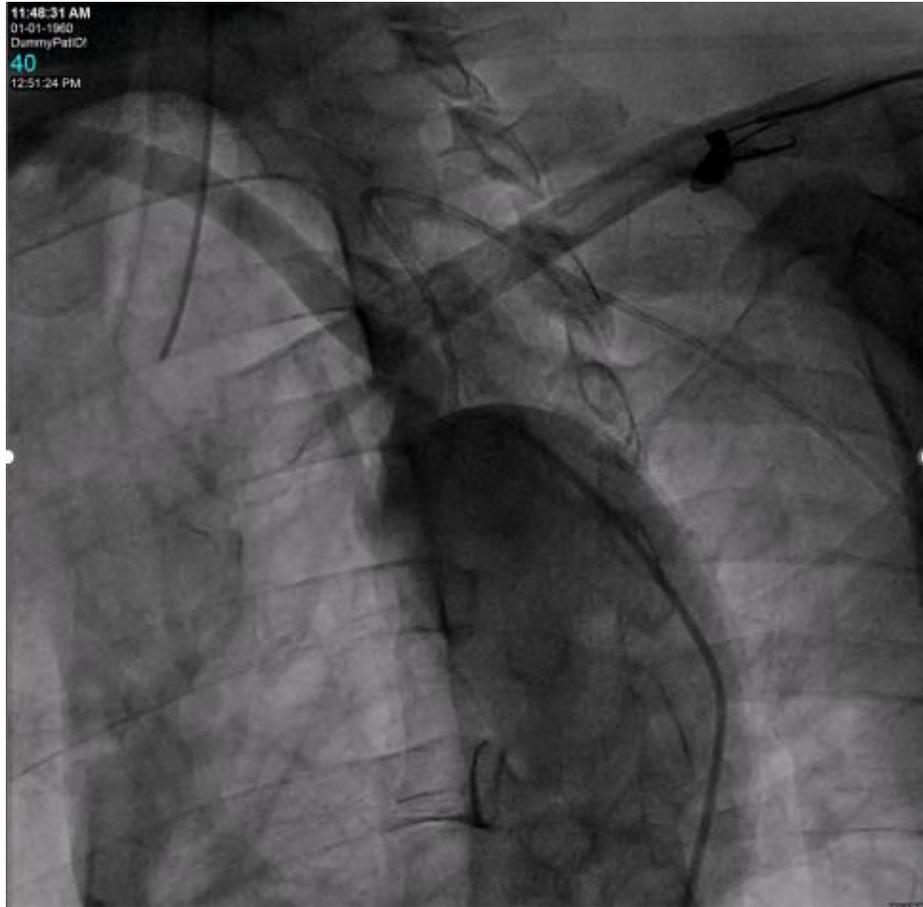
Balón de 24 mm de diámetro máximo con buen resultado angiográfico.

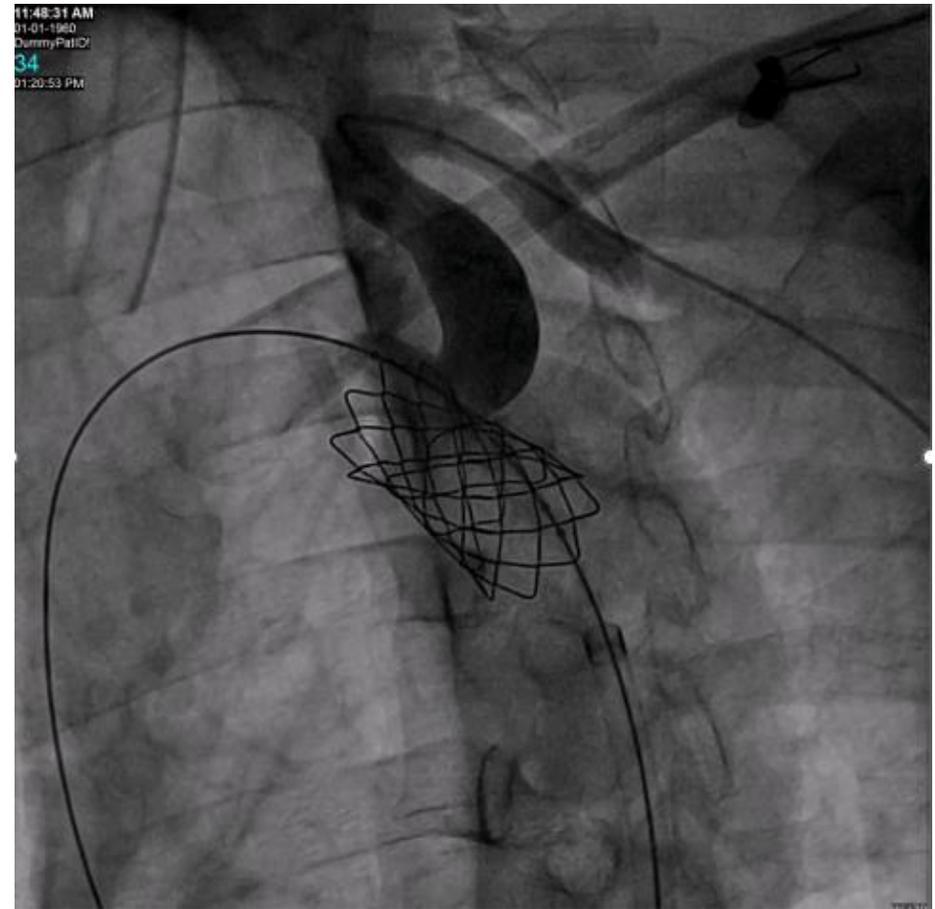
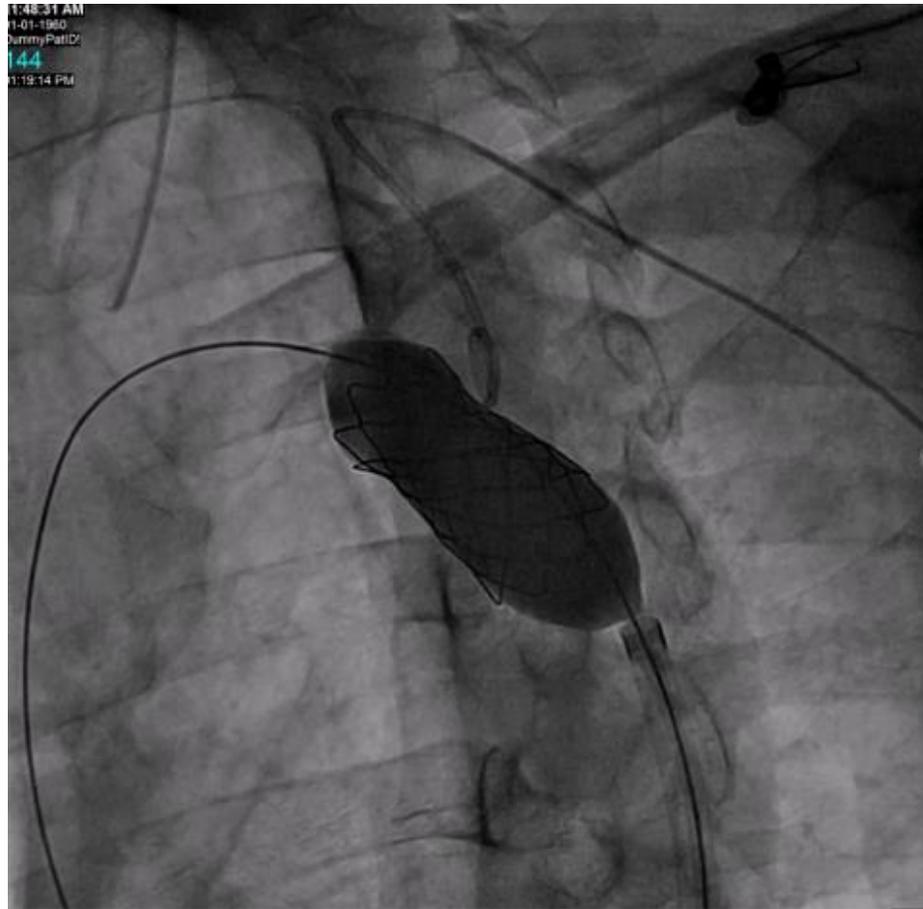
Gradiente pico-pico final de 8 mmHg.

Se comprueba persistencia de buen flujo en ambas arterias subclavias.

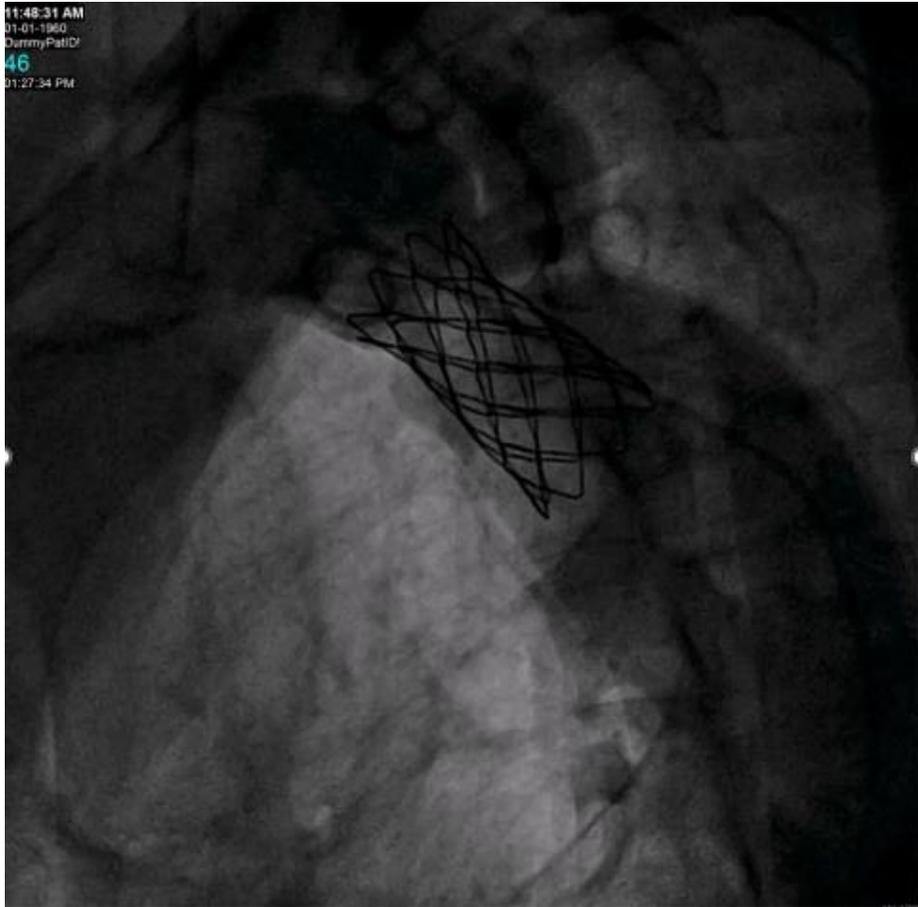
Se finaliza el procedimiento sin complicaciones.



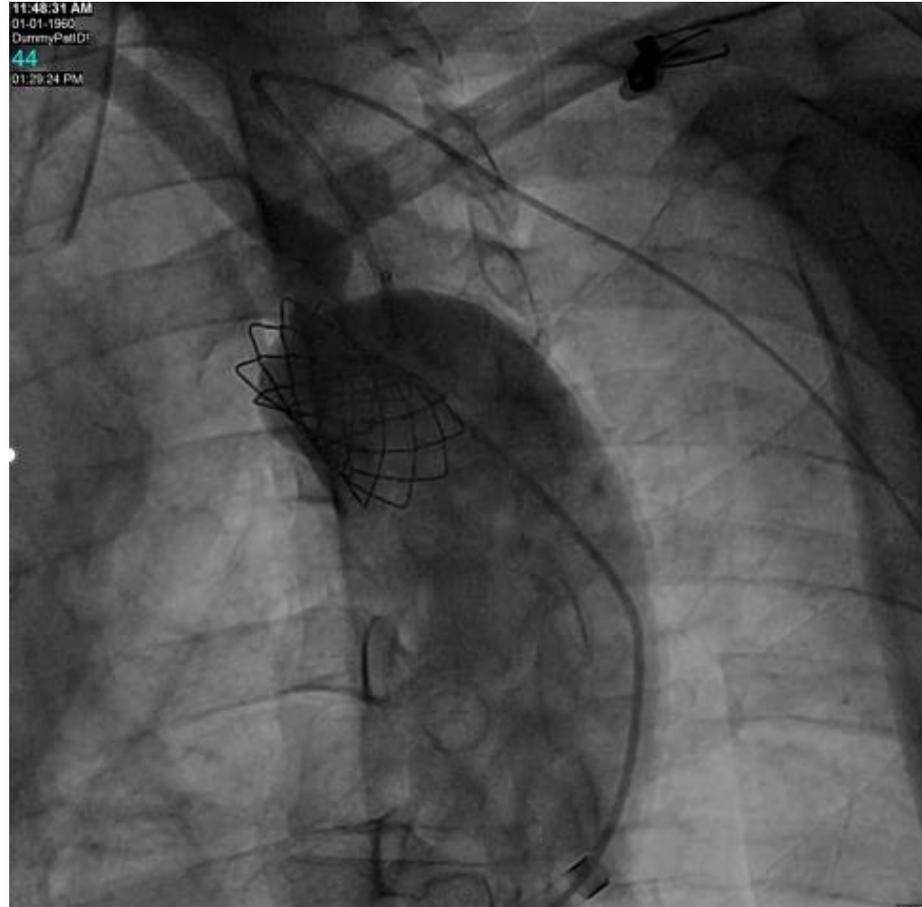




11:48:31 AM
01-01-1960
DummyPatID:
46
01:27:34 PM



11:48:31 AM
01-01-1960
DummyPa10D1
44
01:29:24 PM



- El paciente fue dado de alta sin problema con evolución satisfactoria en las revisiones clínicas.
- A veces, tratar una coartación de aorta con un stent no cubierto, puede ser una buena opción.