

Caso 2/2012 – Recién Nacido de 11 Días con Coartación de la Aorta Acentuada en Shock Cardiogénico

Edmar Atik

Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil

Datos clínicos: Cansancio discreto era notado desde el nacimiento con evidente agravamiento hacia dos días, razón de la internación de emergencia. Nació con 2700 g de peso, después de gestación y parto normales.

Examen físico: mal estado general, taquidisneico, pálido, pulsos finos, principalmente en los miembros inferiores. Peso: 2500 g, Altura: 48 cm PAMSD: 80/40 mm Hg, PAMID: 40 mm Hg, FC: 166 lpm, FR: 100 rpm. La aorta no era palpada en la fúrcula.

En el precordio, había discretos pulsos sistólicos en el borde esternal izquierdo y el *ictus cordis* no era palpado. Los ruidos cardíacos eran hiperfonéticos y no fueron auscultados soplos cardíacos. El hígado era palpado a 4 cm del reborde costal derecho y los pulmones eran limpios, sin ruidos adventicios.

Exámenes Complementarios:

Electrocardiograma mostraba ritmo sinusal, señales de exclusiva sobrecarga ventricular derecha (morfología Rs en V1 y rS en V6) y con alteraciones de la repolarización ventricular. AQRS: -170° , AP: $+60^\circ$, AT: indeterminado (Figura 1).

Radiografía de Tórax muestra área cardíaca acentuadamente aumentada a costa del arco ventricular izquierdo y trama vascular pulmonar congestionada (Figura 2).

Ecocardiograma destaca los elementos decisivos para el diagnóstico de coartación de la aorta en región ístmica con gradiente de presión de 40 mm Hg y con canal arterial de pequeña dimensión (Figura 1).

Diagnóstico clínico: Coartación de la aorta en insuficiencia cardíaca acentuada

Razonamiento clínico: Los elementos clínicos orientaron al diagnóstico de coartación de la aorta enfrente a la diferencia de los pulsos periféricos, que aunque fuese discreta, presentaba acentuada insuficiencia cardíaca. Corroboraba el diagnóstico la sobrecarga de ventrículo derecho en el electrocardiograma y la cardiomegalia acentuada en la radiografía de tórax. Es decir, esta imagen era compatible con el diagnóstico de cardiopatía congénita acianogénica con insuficiencia cardíaca por

obstrucción del corazón izquierdo dada también la congestión pulmonar, al lado de la cardiomegalia.

Diagnóstico diferencial: otras cardiopatías obstructivas a la izquierda no se acompañan de gran cardiomegalia como ocurre en la estenosis mitral y en el *cor triatriatum*. Las cardiopatías con sobrecarga de volumen del corazón izquierdo, como la insuficiencia mitral, también podrían exteriorizarse de forma semejante, pero con aumento más pronunciado del atrio izquierdo. Las cardiopatías con sobrecarga de volumen y las con desvío de sangre de la izquierda a la derecha se acompañan de trama arterial pulmonar aumentada.

Conducta y Evolución: Después de intubación endotraqueal y ventilación mecánica con FiO₂ a 40% e introducción endovenosa de drogas vasoactivas (dobutamina = 20 mcg/Kg/min) y vasodilatadoras (prostaglandina E1 = 0,08 mcg/Kg/min) además de furosemida, hubo mejora de la condición clínica.

El ácido láctico disminuyó de 120 a 20 mg/dL, la acidosis metabólica de -23 mmol/L se normalizó y con aumento de la diuresis y disminución de la cardiomegalia. Tres días después, pudo ser operado en mejores condiciones, a pesar de la mayor elevación de los niveles de creatinina, de 1,3 para 2,6 mg/dL y de la urea, de 48 a 73 mg/dL. En la operación, fue realizada coartectomía en estrechamiento acentuado en la región ístmica con anastomosis término-terminal y ligadura de gran canal arterial.

La evolución fue favorable, con nítida regresión del cuadro de la insuficiencia cardíaca con extubación endotraqueal el primer día postoperatorio, disminución progresiva de la dobutamina en tres días y de las señales de la insuficiencia renal, de la hipertensión arterial paradójica (tratada con nitroprusiato de sodio y anlodipina) y alta después de 15 días con digoxina. En la evolución, nueve meses después, se notó aumento de peso normal (9 Kg), ausencia de soplos y de señales de insuficiencia cardíaca y normalización de los pulsos arteriales y del área cardíaca. El ecocardiograma revelaba gradiente de presión en la aorta de 28 mm Hg, función ventricular de 82% y cavidades cardíacas de dimensiones normales.

Comentarios: La coartación de la aorta evoluciona de manera desfavorable cuando se muestra de gran repercusión ya en el período neonatal, en general en las dos primeras semanas de vida. El cuadro inicial puede hasta ser confundido con el de miocardiopatía con acentuada disfunción ventricular, sin soplos cardíacos y sin las señales clásicas de la enfermedad. Los pulsos contrastantes entre los miembros, característicos de la coartación de la aorta, se exteriorizan en presencia de función ventricular más preservada, obtenida después de tratamiento inicial

Palabras clave

Cardiopatías congénitas, coartación aórtica, insuficiencia cardíaca, shock cardiogénico

Correspondencia: Edmar Atik •

InCor - Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 44 - 05403-000 - São Paulo, SP - Brasil

E-mail: conatik@incor.usp.br

Correlación Clínico-Radiográfica

adecuado. Es también de interés notar la acentuada sobrecarga ventricular derecha en el electrocardiograma, resultante de la hipertensión pulmonar retrógrada frente a la sobrecarga súbita del ventrículo izquierdo, después de estrechamiento mayor

del canal arterial. La insuficiencia miocárdica, mientras tanto, mejora después de la dilatación del mismo con PGE1 y más aun después de la corrección quirúrgica. El resultado final se vuelve sorprendente como lo demostrado en el caso en cuestión.

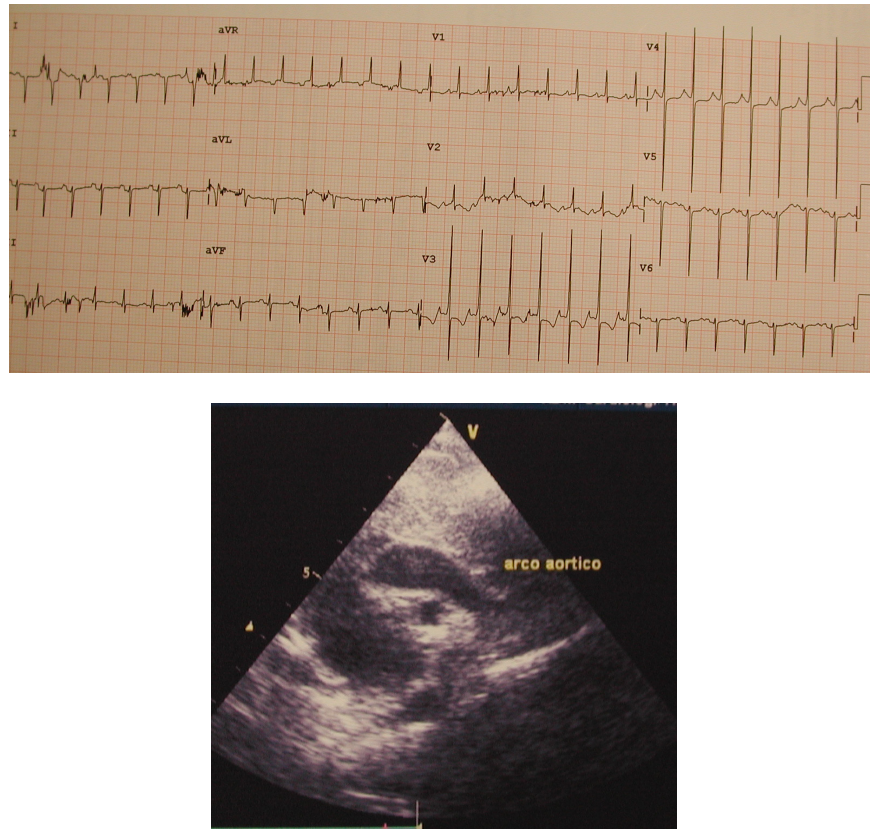


Figura 1 - Electrocardiograma destaca las señales de la acentuada sobrecarga ventricular derecha, en período preoperatorio y el ecocardiograma muestra la nítida obstrucción en la región ístmica.

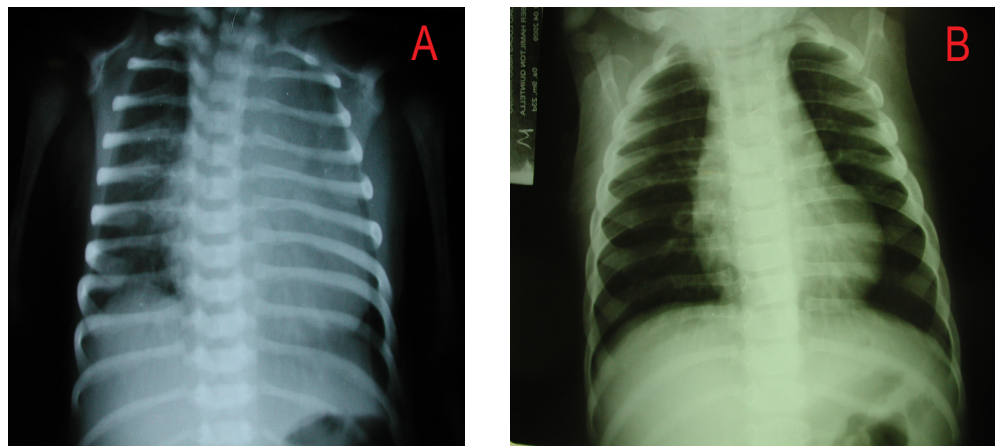


Figura 2 - Radiografías de tórax en el período preoperatorio en A y nueve meses después de la operación en B destacan la diferencia nítida en el tamaño del área cardíaca.