

UNIDAD DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO

COARTACIÓN AÓRTICA

Edición nº 1

Revisión cada 5 años

<u>Realizado</u> Dra. García Aranda Fecha: enero 2017	<u>Revisado</u> Sesión de Cardiopatías Congénitas del Adulto Fecha: 13 de enero de 2017	<u>Aprobado</u> Sesión de Cardiopatías Congénitas del Adulto Fecha: 13 de enero de 2017
---	--	--

 CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO	PROTOCOLO DE LA COARTACIÓN AÓRTICA	Ed. 1 Página 2 de 8
--	--	---

INDICE

1. Definición	3
2. Manejo	4
3. Seguimiento	6
4. Embarazo	6
5. Bibliografía	7
Indicadores de adhesión	8
Control de ediciones	8

 CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO	PROTOCOLO DE LA COARTACIÓN AÓRTICA	
		Ed. 1
		Página 3 de 8

1. COARTACIÓN DE AORTA

5-8% de las cardiopatías congénitas

Estenosis localizada vs segmento más o menos largo de aorta hipoplásica

Lesiones asociadas:

VAB (hasta 85%), estenosis aórtica sub/supra o valvular, estenosis mitral.

Asociación a Sd Turner, menor frecuencia en otros síndromes

Complicaciones: Hipertensión arterial residual, aneurisma de aorta ascendente o zona de reparación, insuficiencia cardiaca, rotura de aneurisma intracraneal, endarteritis, insuficiencia cardiaca, disección o rotura de aorta, enfermedad coronaria prematura.

Clínica	Hipertensión arterial, cefalea, epistaxis, mareo, tinnitus, disnea, angina abdominal, claudicación, calambres o fatigabilidad precoz en MMII, pies fríos.
EF	TA en MMSS (MSD), gradiente MMSS/MMII, retraso pulso radiofemoral, soplo interescapular, soplo continuo colaterales
ECG	Datos de hipertrofia VI
Rx Tórax	Signo del 3, muescas costales, dilatación aorta ascendente, signos de toracotomía, aneurisma zona reparación, stent.
ETT	Anatomía; Doppler color: componente diastólico; Doppler pulsado pre-coartación y zona coartación/reparación: velocidad pico (disminuida si colaterales, aumentada por rigidez aorta, arco hipoplásico), flujo diastólico (estenosis significativa: pandiastólico, velocidad al final de onda T ≥ 1 m/s). Lesiones asociadas (descartar VAB). Estudio VI (HVI, patrón diastólico)
Angio RMN/TAC torácica	Anatomía (longitud, diámetro mínimo, estenosis focal o hipoplasia tubular), arco hipoplásico (relación diámetro arco/diámetro AA en ausencia de dilatación), arco gótico, colaterales, lesiones asociadas, aneurismas, dilatación aorta ascendente. TAC de preferencia según reparación: stent, bypass extraanatómico
AngioRMN/TAC cerebral	Sólo si sospecha clínica de aneurisma cerebral
Analítica	En pacientes hipertensos: función renal, proteinuria.
Prueba de esfuerzo	Valoración comportamiento TA: en pacientes normotensos en reposo con indicación límite para reparación, datos de miocardiopatía hipertensiva y TA basal normal o control efecto tratamiento antiHTA.
MAPA de TA	TA en consulta normal y datos de miocardiopatía hipertensiva, indicación límite reparación, control medicación antihipertensiva, control TA tras reparación o cifras TA elevadas en consulta y mediciones ambulatorias normales.

 CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO	PROTOCOLO DE LA COARTACIÓN AÓRTICA	
		Ed. 1
		Página 4 de 8

Cateterismo/angiografía	Valoración anatómica (si no posible MRI/TAC). Gold standard medición gradiente (si dudas en pruebas no invasivas).
-------------------------	--

2. MANEJO

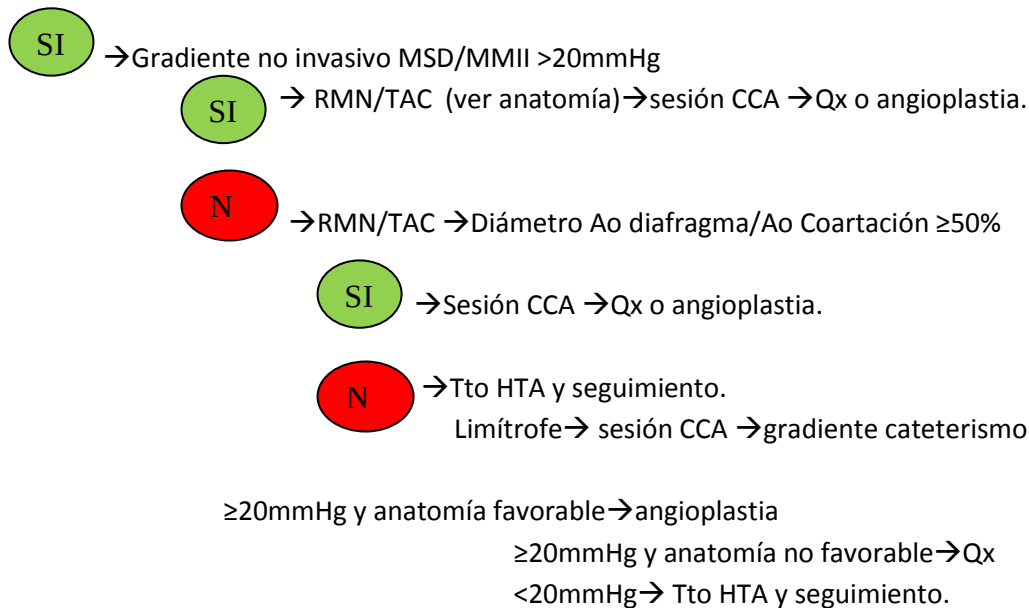
Sospecha coartación en EF o ETT de consulta AR → Derivación a consulta cardiopatías congénitas adulto (CCA) con ECG, Rx tórax y ETT departamental

Diagnóstico coartación aorta nativa (incidental en prueba de imagen, en estudio por HTA...) → Derivación CCA con ECG, Rx Tórax y, si no lo tiene, ETT departamental.

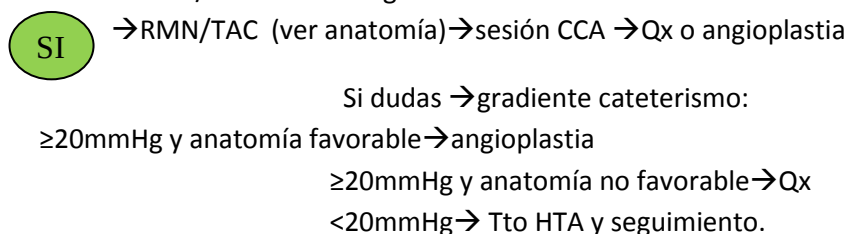
Paciente intervenido de coartación de aorta Qx o percutáneamente → Derivación consulta CCA.

- TA >140/90mmHg basal (si cifras de TA ambulatorias normales valorar MAPA de TA o ergometría para confirmar) o HTA en MAPA TA o respuesta exagerada ergometría o HVI significativa.

↓

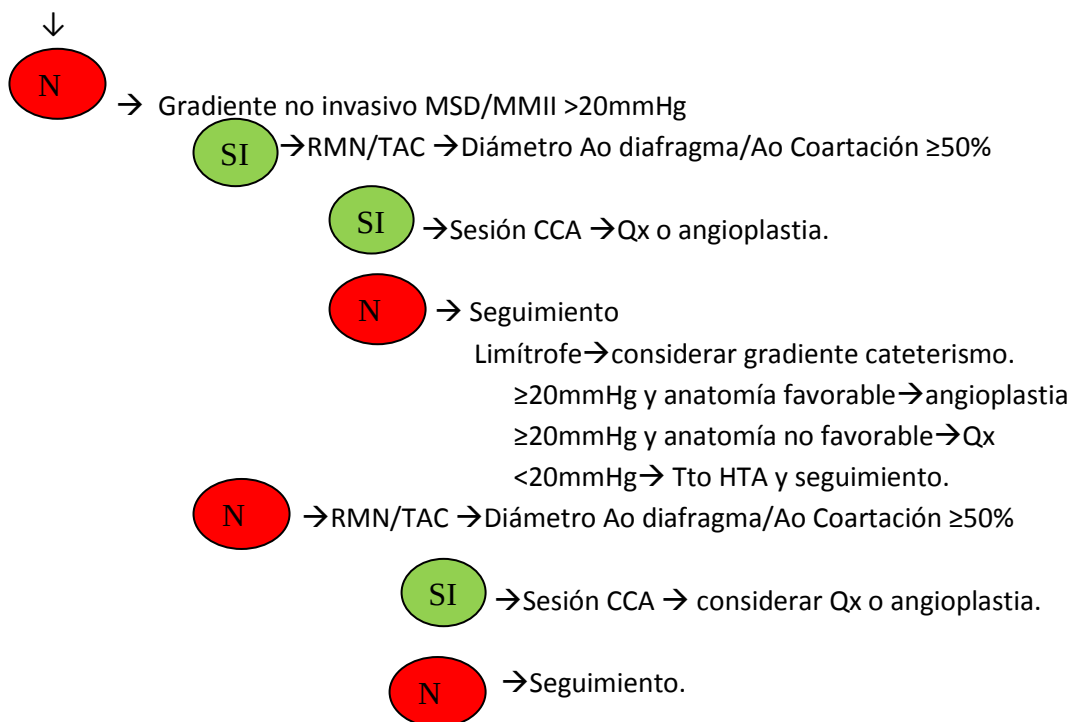


→ Datos de coartación/recoartación significativa en ETT

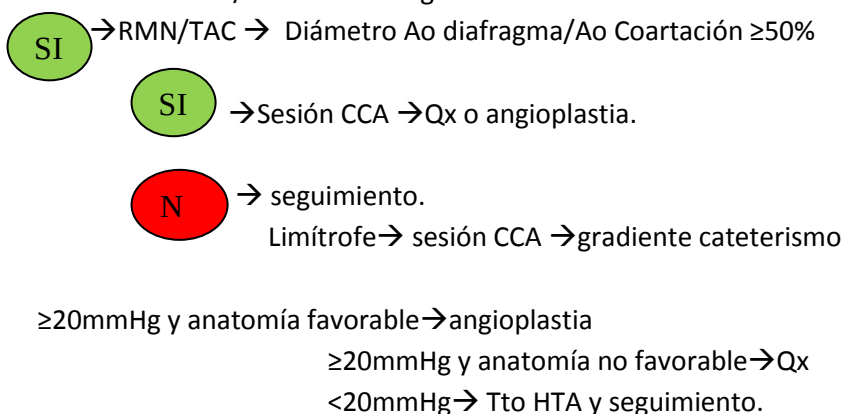


 CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO	PROTOCOLO DE LA COARTACIÓN AÓRTICA	
		Ed. 1
		Página 5 de 8

- TA >140/90mmHg basal (si cifras de TA ambulatorias normales valorar MAPA de TA o ergometría para confirmar) o HTA en MAPA TA o respuesta exagerada ergometría o HVI significativa.



→ Datos de coartación/recoartación significativa en ETT



Valorar intervención si aneurisma post-reparación.

 CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO	PROTOCOLO DE LA COARTACIÓN AÓRTICA	
		Ed. 1
		Página 6 de 8

3. SEGUIMIENTO:

- Seguimiento de por vida en consulta de CCA: con anamnesis, EF con TA basal en MSD y MMII, ECG y ETT.
 - Ausencia lesiones asociadas relevantes, ausencia de datos de coartación/recoartación significativa y normotenso sin medicación: cada 2 años.
 - Resto: anual, salvo lesiones asociadas relevantes que precisen control más estrecho.
 - Cambio en clínica, EF, desarrollo HTA, datos HVI o datos de coartación/recoartación significativa: angioRMN/angioTAC (seguir algoritmo)
 - Normotenso, no datos HVI, no datos coartación/recoartación significativa EF ni en ETT, asintomático: angioRMN/TAC cada 5 años.
 - HTA sin criterio de coartación/recoartación relevante (ver algoritmo):
 - Arco hipoplásico, arco gótico, hipersensibilidad baroreceptores...
 - Tto de elección: bbloq, IECA o ARA II, diuréticos, antialdosterónico.
 - Control y ajuste de medicación por MAP
 - MAPA TA y/o ergometría para control de medicación (individualizar)
 - Analítica control: fx renal, proteinuria (individualizar)
 - Control estricto FRCV
 - AngioRM/TAC cerebral si sospecha clínica (síntomas) de aneurisma (“Berry aneurysm”)
 - Prevención endarteritis: higiene dental/dentista, no Px atb de rutina

4. EMBARAZO:

- Consejo pregestacional en consulta CCA:
 - Actualización pruebas de imagen
 - Si estenosis relevante: angioplastia/Qx previo a embarazo; si límite considerarlo intervención, sobre todo si HTA.
- Embarazo:
 - Seguimiento conjunto CCA y consulta de alto riesgo de obstetricia

 CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO	PROTOCOLO DE LA COARTACIÓN AÓRTICA	
		Ed. 1
		Página 7 de 8

- Previo a embarazo sustituir IECAs/ARA II por betabloqueante: Bisoprolol o Metoprolol
- Frecuencia de revisión según lesiones asociadas, HTA y grado de estenosis.
- Aumento riesgo complicaciones HTA en el embarazo, aún en ausencia HTA previa.
- Parto vaginal de preferencia (salvo indicación obstétrica, aneurisma aórtico, aneurisma cerebral o complicaciones HTA)

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Kenny D, Hijazi ZM. Coarctation of the aorta: from fetal life to adulthood. Cardiol J.2011;18(5):487-95
2. Shepherd B et al. MRI in adult patients with aortic coarctation: diagnosis and follow-up. Clin Radiol. 2015;70(4):433-45.
3. Biswas S, Grigg L, Eastaugh L, Gurvitch R, Wilson W. Percutaneous repair of severe coarctation of the aorta. EuroIntervention.2016 Dec 20;12(12):1550

 CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO	PROTOCOLO DE LA COARTACIÓN AÓRTICA	
		Ed. 1
		Página 8 de 8

INDICADORES DE ADHESIÓN

RNM o TAC en pacientes con necesidad de cirugía o angioplastia x 100/pacientes tratados

Estándar: 100%

Pacientes presentados en sesión x 100/pacientes con coartación tratados

Estándar: 100%

CONTROL DE EDICIONES			
FECHA	HOJA/S	CAUSA DEL CAMBIO	
Enero 2017	Todas	Edición inicial	