

Escotadura costal en la coartación aórtica (*Signo de Roesler*)

Rib Notching in Coarctation of the Aorta (Roesler's Sign)

PABLO CASSAGLIA¹, MARIANO NORESE², RAMIRO MALAGRINI¹

La coartación de aorta (CoA) es una causa infrecuente de hipertensión arterial (HTA) secundaria, siendo su identificación importante por ser una forma etiológica y potencialmente tratable de HTA. La CoA constituye del 6-8% de los trastornos cardíacos congénitos y se manifiesta como una estenosis del arco aórtico cercana al sitio de inserción del ductus arterioso, por debajo del origen de la arteria subclavia izquierda. (1-2) Puede presentarse como una lesión solitaria o más frecuentemente asociada a diferentes lesiones cardiovasculares, como válvula aórtica bicúspide, hipoplasia del arco aórtico, defectos del septum interventricular, anomalías de la válvula mitral y otras. (1-2)

Se presenta una paciente de 39 años con antecedentes de HTA refractaria al tratamiento médico, con múltiples esquemas terapéuticos con metoprolol, enalapril, valsartán e hidroclorotiazidas, asociado a cefaleas recurrentes y frialdad de los miembros inferiores, que en su radiografía de tórax se observó como hallazgo la presencia de “escotaduras” bilaterales sobre los márgenes costales inferiores o signo de Roesler. (Figura 1) El Eco Doppler cardíaco informó válvula aórtica bicúspide, ventrículo izquierdo de dimensiones y espesores parietales normales con función sistólica conservada, la Angiotomografía (angioTC) de tórax mostró una coartación de la aorta descendente posterior al origen de la arteria subclavia izquierda con la prominencia de las arterias pulmonares (Figura 2A)

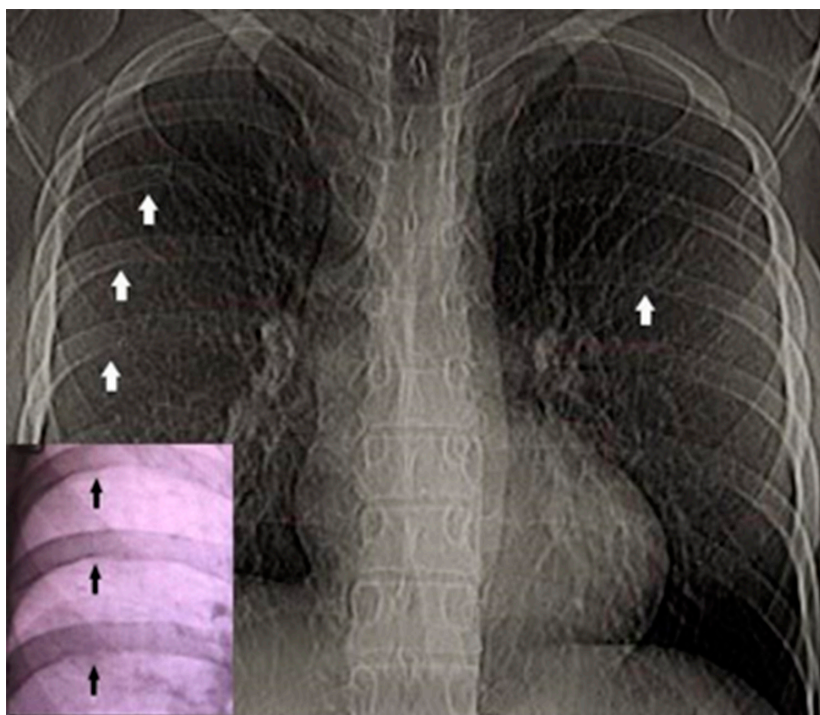


Fig. 1. Rx de tórax: Escotaduras costales bilaterales (*Signo de Roesler*)

El signo de la escotadura costal en la radiografía de tórax ha sido descrito en 1928 por H. Roesler, y posteriormente fue mencionado en numerosas alteraciones vasculares y no vasculares como en la trombosis aórtica, arteritis de Takayasu, Tetralogía de Fallot, obstrucción de la vena cava superior, Neurofibromatosis y Poliomielitis, respectivamente. (3) En la CoA las escotaduras costales suelen aparecer después de la primera década de vida y son producidas por el aumento del flujo colateral y la tortuosidad de las arterias intercostales, siendo generalmente simétricas y sobre la cara inferior de los arcos costales posteriores de la 4ª a la 8ª costillas. (1-2) (Figura 2B) Aunque dicho signo no es patognomónico de la CoA, constituye el principal diagnóstico diferencial en pacientes jóvenes con HTA refractaria al tratamiento, ya que puede establecerse su presunción a partir de la historia clínica, el examen físico y confirmarse con angioTC.

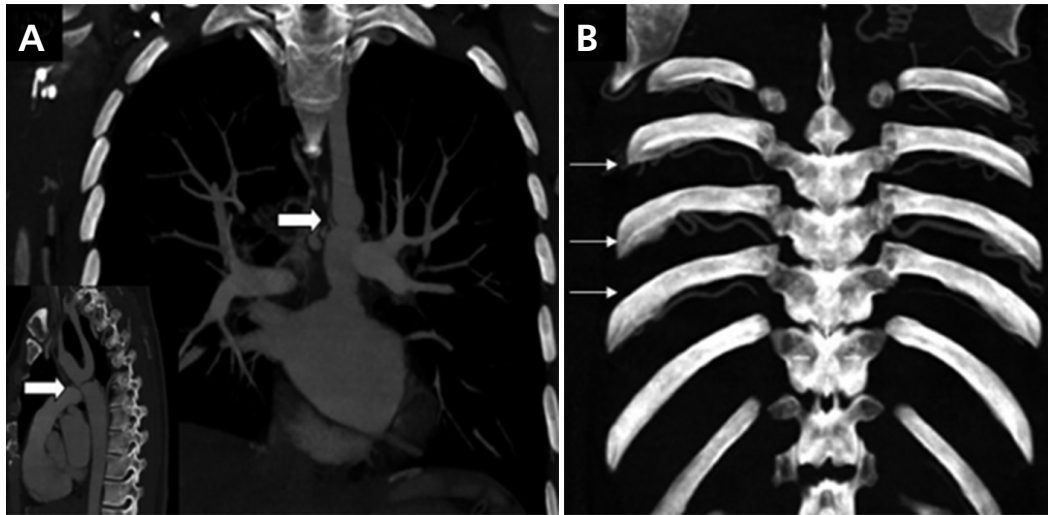


Fig. 2. Angiotomografía de Tórax. A) Coartación de aorta descendente con prominencia de arterias pulmonares. B) Prominencia bilateral de las arterias intercostales que impronta los bordes inferiores de los arcos costales posteriores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Karaosmanoglu AD, Khawaja RD, Onur MR, Kalra MK. CT and MRI of aortic coarctation: pre- and postsurgical findings. *AJR Am J Roentgenol* 2015;204:W224-33. <https://doi.org/10.2214/AJR.14.12529>.
2. Dijkema EJ, Leiner T, Grotenhuis HB. Diagnosis, imaging and clinical management of aortic coarctation. *Heart* 2017;103:1148-55. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2017-311173>. Erratum in: *Heart* 2019;105:e6.
3. Warne RR, Ong JS, Murray CP. Incidental detection of late presenting co-arctation of the aorta on chest x-ray: the importance of rib notching. *BMJ Case Rep* 2012;2012:bcr1220115347. <https://doi.org/10.1136/bcr.12.2011.5347>.