



16. Patología de la aorta

16.1. Aneurisma de la arteria pulmonar y su asociación con el grado de severidad hemodinámica en hipertensión arterial pulmonar

Cueto-Robledo Guillermo, Torres-Rojas María Berenice, García-César Marisol, Palacios-Moguel Paul, Torres-López Iván Dionicio, Heredia-Arroyo Ariana Lizzette Hospital General de México.

Introducción: los aneurismas de la arteria pulmonar (AAP) son una entidad rara y poco diagnosticada, pero que supone condiciones potencialmente mortales. La hipertensión pulmonar es una causa importante de su desarrollo y aumenta el riesgo de complicaciones en estos pacientes. **Material y métodos:** se realizó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional. Analizamos expedientes de ca-

teterismos cardiacos derechos en la Clínica de Hipertensión Pulmonar y se determinó por angiogramografía el diámetro de arteria pulmonar, en grupos con diámetro de arteria pulmonar $>$ y $<$ 40 mm (Figura 16.1.1). **Análisis estadístico:** se detectó AAP en 50 (46.3%) pacientes, con una mediana de diámetro medido del tronco de arteria pulmonar de 46.5 ± 6.84 . Observamos media de edad mayor en los pacientes con AAP (50.7 ± 17.29 vs 43.6 ± 16.6 , $p = 0.033$). **Resultado:** mayor frecuencia en pacientes con cardiopatías congénitas (48% en AAP vs 19% sin AAP; $p = 0.001$) mientras que pacientes con tejido conectivo mostraron menor frecuencia (14% en grupo de AAP vs 46.6% en grupo sin AAP; $p = 0.000$). Mayor frecuencia de hipertensión arterial sistémica en el grupo de aneurisma (40 vs 19%, $p = 0.016$) (Tabla 16.1.1). **Conclusiones:** no existe asociación entre los parámetros hemodinámicos de hipertensión pulmonar y aneurisma de arteria pulmonar, descartando que la severidad de ésta determine su desarrollo.

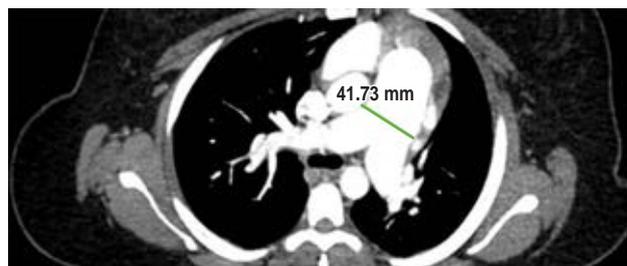
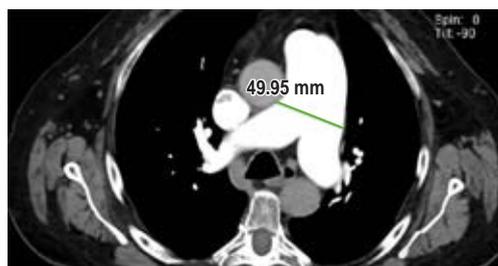


Figura 16.1.1.

Tabla 16.1.1.

	Total (n = 108)	Arteria pulmonar		p
		Sin aneurisma (n = 58)	Con aneurisma (n = 50)	
Edad (años)*	46.9 ± 17.2	43.6 ± 16.6	50.7 ± 17.29	0.033
Etiología HAP, n (%)				
Cardiopatías congénitas	35 (32.4)	11 (19.0)	24 (48.0)	0.001
Asociado a tejido conectivo	34 (31.5)	27 (46.6)	7 (14.0)	0.000
Idiopática				
Asociado a VIH	31 (28.7)	16 (27.6)	15 (30.0)	0.785
Portopulmonar	1 (0.9)	1 (1.7)	0 (0)	1.000
	7 (6.5)	3 (5.2)	3 (6)	0.702
C6M*	340.1 ± 128.6	336.2 ± 135.3	344.6 ± 121.8	0.744
Diámetro de AP en angio-TC (mm)*	38.00 ± 9.12	34.45 ± 4.29	46.5 ± 6.84	0.000
Presión media de arteria pulmonar (mmHg)*	52.0 ± 19.2	50.5 ± 19.8	52.0 ± 18.6	0.532
Gasto cardiaco (L/min/m ²)*	5.25 ± 3.7	4.9 ± 2.1	5.8 ± 4.8	0.007
IC (L/min/m ²)				
Comorbilidades, n (%)				
Diabetes mellitus	11 (10.2)	4 (6.9)	7 (14.0)	0.224
Hipertensión arterial sistémica	31 (28.7)	11 (19.0)	20 (40.0)	0.016
Disfunción tiroidea	35 (32.4)	22 (37.9)	13 (26.0)	0.187

* Media ± desviación estándar.

16.2. Aneurisma disecante de la aorta ascendente. Reporte de caso

Pinto-Cancino Rosenberg, Amaro-Balderas Eileen, Olmos-Domínguez Luis, Chávez-Mendoza Adolfo, Almeida-Gutiérrez Eduardo, Lupercio-Mora Karina
Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción: la incidencia de las disecciones aórticas torácicas agudas es de 2 a 3.5 casos por 100,000 años-persona. De los pacientes con disección de la aorta aguda 40% mueren inmediatamente, 1% mueren una hora después del evento agudo

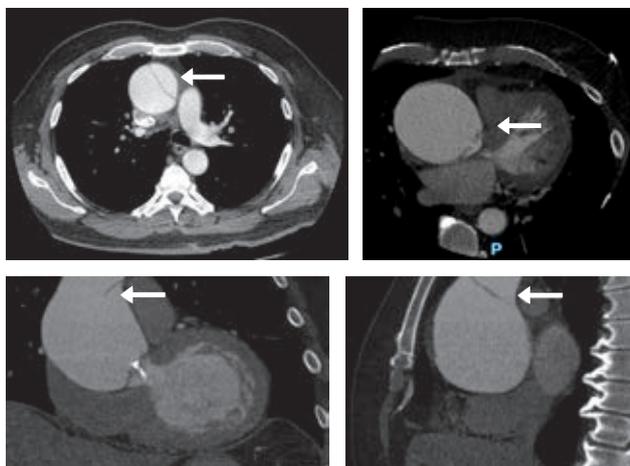


Figura 16.2.1: Tomografía de tórax con aorta ascendente con dilatación aneurismática máxima de 7 mm con flap de disección.

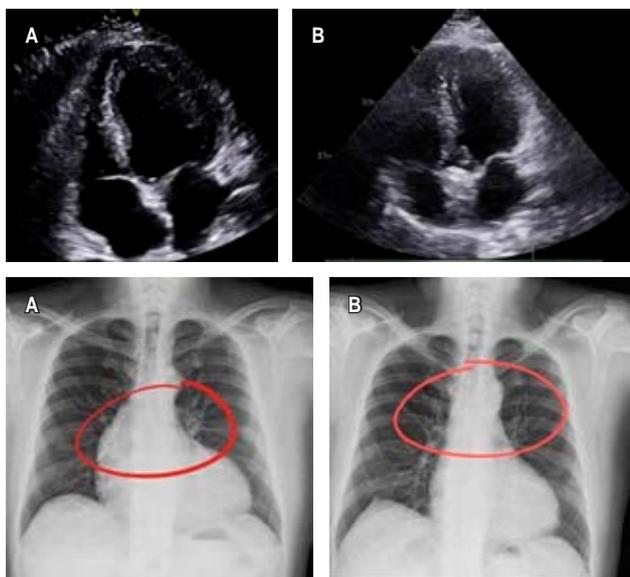


Figura 16.2.2: A) Ecocardiografía y radiografía de tórax inicial que muestra dilatación de aorta. B) Ecocardiografía y radiografía de tórax posterior a intervención quirúrgica.

entre 5 y 20% en el periodo perioperatorio. Habitualmente dicha complicación es asociada a aorta bivalva; sin embargo, en algunos casos puede presentarse asociada a desórdenes del tejido conectivo. **Descripción del caso:** masculino de 57 años de edad con antecedente de hipertensión arterial sistémica de larga evolución. Quien acudió a valoración prequirúrgica por hernia inguinal; sin embargo, durante la valoración se identificó la presencia de un aneurisma de la aorta, por lo que se inició protocolo de estudio. Ecocardiograma: dilatación aneurismática de la raíz aórtica (senos de Valsalva 61 mm, aorta ascendente 68 mm) con válvula aórtica bicúspide con limitación para apertura y cierre, condicionando estenosis aórtica moderada. La tomografía de tórax evidenció dilatación aneurismática máxima de 74 mm con flap de disección (Figura 16.2.1). Como hallazgos quirúrgicos se encontraron dilatación aórtica desde anillo aórtico hasta unión sinotubular y aorta ascendente, por debajo de la emergencia de los troncos supraaórticos con disección aórtica Stanford A, aorta trivalva. Se llevó a cabo implante tubo valvulado con técnica de Bentall (Figura 16.2.2). **Material y métodos:** a través del método Booleano se realizó búsqueda de términos MeSH «aneurisma aórtico» y «disección aórtica» en las bases de datos con repositorios de evidencia científica arbitrada indizada (PubMed) y no indizada (Scholar Google). **Resultados y conclusiones:** este caso es relevante por la baja frecuencia de aparición del cuadro clínico y la supervivencia del paciente posterior a la intervención quirúrgica. Así como la presentación de aorta trivalva y aneurisma aórtico que progresó a disección aórtica Stanford A.

16.3. Coartación aórtica extrema

Badillo-Vargas Estefanía, Zonana-Schatz Elías, Rosas-Munive Emma, Ochoa-Pérez Víctor
Hospital General de México.

Presentación del caso: masculino de 19 años con hipertensión arterial refractaria. Soplo telesistólico en borde externo irradiado



Figura 16.3.1.

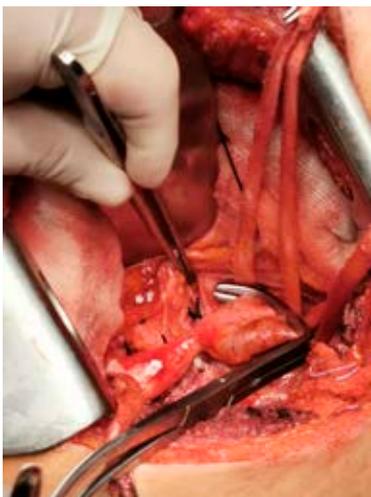


Figura 16.3.2.

a escápula; ecocardiograma con gradiente de aorta descendente con V_{max} 2.0 m/s, G_{max} de 16 mmHg; reducción de su calibre de 19 mm a un diámetro de 9 mm. Angiotomografía con estenosis de 85% de su luz. Angiografía sin lograr atravesar coartación. **Resultado:** en el caso del paciente la técnica quirúrgica influye en el porcentaje de recoartación y en la incidencia de reintervención. Con técnicas de ampliación de la anastomosis se ha reducido la incidencia de recoartación de 20-40%, se optó por manejo quirúrgico con coartectomía y *bypass* anatómico; dándole un mejor pronóstico y calidad de vida (Figuras 16.3.1 y 16.3.2). **Análisis y conclusiones:** el ecocardiograma no mostraba gradiente diferencial ni aceleración de flujo en zona de coartación, siendo que se asocia a un gradiente mayor de 20 mmHg, explicado por las colaterales tan desarrolladas del paciente pese al grado de estenosis; por lo que se debía analizar el método de intervención.