



19. Patología de la aorta

19.1. Reporte de caso: aneurisma gigante de la arteria descendente anterior

Ramírez-Soto Hugo Isaac, García-Jiménez Yoloxochitl, Rascón-Sabido Rafael
UMAE No. 14, Veracruz IMSS.

Introducción: masculino de 58 años de edad con antecedentes de importancia: hipertensión arterial de 10 años de diagnóstico, diabetes tipo 2 de 15 años de diagnóstico en tratamiento con insulina glargina, angina inestable en marzo de 2024 protocolizado con ecocardiograma transtorácico con dobutamina con resultado positivo para isquemia, se realiza angiografía coronaria encontrando lesión 90% en descendente anterior y circunfleja con lesión del 75%, las cuales fueron tratadas ambas con *stent*; flujo final TIMI III. Inicia padecimiento el 2 de junio de 2024 con fiebre cuantificada de 38.6 °C acompañado de disnea de pequeños esfuerzos y dolor torácico opresivo transitorio a espalda con intensidad 7 de 10 de 30 min de duración, por lo que acude a recibir atención médica, a la exploración física destacaba un soplo sistólico en foco pulmonar con irradiación a foco tricuspídeo, paraclínicos sin elevación de biomarcadores cardiacos ni nuevos cambios en electrocardiograma, por lo que se realiza ecocardiograma transtorácico donde se evidencia una masa irregular no móvil de 71 × 55 mm y función expulsión ventricular izquierdo de 40%. Se realiza angiografía coronaria el 11 de junio de 2024 encontrando aneurisma gigante en segmento proximal de la arteria descendente anterior, trombosado de 29 × 56 mm con oclusión crónica total posterior al aneurisma. Se decide cierre percutáneo del aneurisma con Amplatzer vascular Plug II 4 × 6 mm. **Resultados:** dentro de las causas más comunes de aneurismas coronarios está la enfermedad de Kawasaki desarrollada en aproximadamente 20% de los niños con enfermedad de Kawasaki no tratada; una vasculitis generalizada de etiología desconocida y se presenta en niños, en nuestro caso se interrogó y fueron negadas hospitalizaciones durante la niñez, por lo que no tenemos antecedente diagnóstico de dicha enfermedad, atribuyendo causa de este caso a aterosclerosis más antecedente de

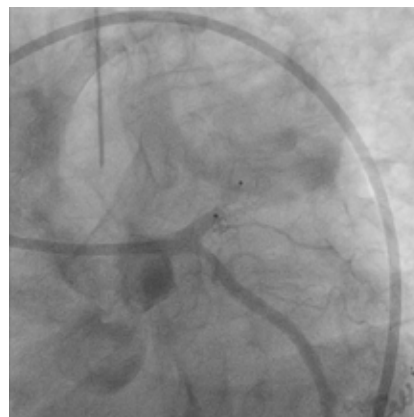


Figura 19.1.2.

angiografía coronaria. Los aneurismas se asocian con mayor frecuencia con el sexo masculino y la hiperlipidemia. Los mecanismos patológicos no están bien definidos y las medidas terapéuticas en estos pacientes siguen siendo temas controvertidos de discusión, en nuestro caso se optó por intervención coronaria percutánea. **Análisis y conclusiones:** los aneurismas de las arterias coronarias son lesiones poco frecuentes. Son causadas por la enfermedad de Kawasaki (síndrome de los ganglios linfáticos mucocutáneos), la aterosclerosis coronaria, el traumatismo (incluida la intervención coronaria percutánea), las enfermedades autoinmunes (poliarteritis nodosa, lupus eritematoso sistémico, esclerodermia) y la disección de las arterias coronarias. Los aneurismas de las arterias coronarias se detectan en 1.2-4.9% de los pacientes sometidos a angiografía. Ocurren en los hombres con más frecuencia que en las mujeres. La arteria coronaria más afectada es la coronaria derecha. Frecuentemente son asintomáticos, en los casos sintomáticos, suele estar causada por isquemia miocárdica como lo fue nuestro caso. Una teoría de la fisiopatología es el debilitamiento de la capa media con una disminución de sus elementos elásticos en áreas de aterosclerosis marcada, y la presión intraluminal contra la pared del vaso con disminución de la tolerancia al estrés, posteriormente la dilatación de la pared del vaso en el área de estructura defectuosa; por lo que se cree que la aterosclerosis coronaria acompañada de posibles complicaciones de antecedente de angiografía coronaria fueron contribuciones a generar el aneurisma.



Figura 19.1.1.

19.2. Arteritis de Takayasu, «de la inflamación a la deformación»: aorta aneurismática como presentación tardía

Fernández-Castro Marco Antonio,
Almeida-Gutiérrez Eduardo, Lupercio-Mora Karina,
Rios-Félix Kassandra, Bustamante-Villagómez Sergio Kevin
UMAE Hospital de Cardiología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Introducción: se presenta el caso de mujer de 53 años de edad con historia cardiovascular previa por hipertensión arterial secundaria a

coartación aórtica postductal y múltiples aneurismas saculares. Inicia cuadro clínico hace dos años por disnea que progresa a medianos esfuerzos y se acompaña de dolor torácico de características opresivas de duración variable, el cual se irradia a espalda. A su vez refiere disminución de fuerza de extremidades inferiores que se acompaña de claudicación intermitente. Por dicho motivo decide acudir a valoración médica para inicio de abordaje diagnóstico y terapéutico. La paciente contaba con diagnóstico de hipertensión arterial desde hace 15 años, la cual es secundaria a patología de base. Se encontraba en manejo médico con telmisartán y amlodipino manteniendo cifras promedio de 159/90 mmHg. Nunca antes presentó eventos de tipo crisis hipertensiva. También tenía diagnóstico de dislipidemia desde hace un año, en tratamiento con atorvastatina. Como historia ginecoobstétrica tenía antecedente de una cesárea hace 15 años complicada por cuadro de eclampsia y hemorragia obstétrica. Estudios complementarios: tomografía contrastada: posterior a la emergencia de la arteria subclavia se observa la presencia de múl-



Figura 19.2.1.

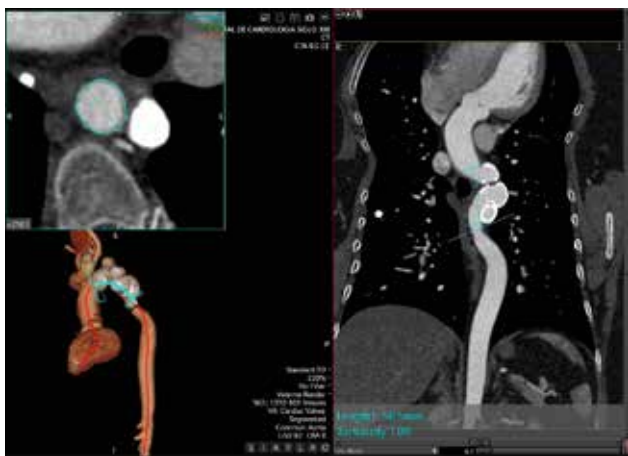


Figura 19.2.2.

tiples lesiones de aspecto sacular predominantemente calcificadas, de cuello ancho, la mayor de ellas con diámetro de 30 × 20 mm en sus ejes mayores, que se extienden en una longitud de 54 mm hacia la aorta descendente. Dichas lesiones condicionan estenosis del ostium de la arteria subclavia izquierda, la cual no muestra opacificación con el medio de contraste, siendo el aporte vascular dependiente de vasos colaterales finos de las arterias torácicas. Aorta torácica con imágenes de pseudoaneurismas posterior a la emergencia de la arteria subclavia izquierda que condiciona estenosis de la arteria subclavia ipsilateral. Ecocardiograma transtorácico y transesofágico: coartación aórtica postductal, gradiente máximo de 50 mmHg. **Resultados:** la arteritis de Takayasu es una enfermedad sistémica idiopática poco frecuente que afecta a las grandes arterias, incluida la aorta, y sus ramas principales. Las lesiones inflamatorias son caracterizadas por engrosamiento de la pared arterial y da lugar a la remodelación de la luz arterial después de proliferación de miofibroblastos. El 90% de los pacientes sufren estenosis arteriales y hasta 25% enfermedad aneurismática, como en el caso de nuestra paciente. Aunque el tratamiento médico desempeña el papel predominante, la intervención quirúrgica endovascular y abierta debe considerarse en circunstancias específicas, por lo que es importante someter los casos a sesión médico-quirúrgica y siempre intentar la remisión de la enfermedad. **Análisis y conclusiones:** la enfermedad de Takayasu, también conocida como «enfermedad sin pulso», «síndrome del arco aórtico» o «tromboartropatía oclusiva», es una enfermedad por vasculitis de grandes vasos, caracterizada por estenosis, oclusión y aneurisma de la aorta y sus ramas principales. La paciente es referida a reumatología, quienes realizan diagnóstico de vasculitis de grandes vasos por aneurismas que comprometen cayado aórtico y aorta descendente, estenosis completa de la arteria subclavia izquierda, a nivel de su emergencia en el ostium aórtico, circulación colateral de la extremidad proveniente de las arterias intercostales, estenosis proximal de la arteria iliaca común izquierda de hasta 82%. Se inicia tratamiento con ácido micofenólico, sin embargo, persiste con sintomatología agregándole exacerbación de claudicación intermitente de miembros torácicos y pélvicos, tinnitus y cefalea temporal unilateral izquierdo pulsátil, por lo que se decide nueva angiogramografía de tórax en vías de sesión médico-quirúrgica para determinar manejo definitivo.

19.3. Coartación aórtica asociada a disección aórtica crónica Stanford B

Cadena-Corona Carlos Ublester, Loáisiga-Sáenz Arnoldo Enmanuel, Gallardo-Fernández Roberto, Lara-Pérez Erika, Castillo-Arguelles Rita Marile, Paredes-Aguilar Ángel Adrián
Hospital Juárez de México.

Introducción: la coartación aórtica se observa de 5-7% de las enfermedades congénitas y rara vez llega a asociarse con disección aórtica, siendo la más común el tipo A, con menos casos reportados en el tipo B. En el manejo de la disección aórtica crónica no hay pautas claras establecidas por la dificultad de establecer prevalencia e incidencia de estos casos. **Descripción del caso:** paciente masculino de 59 años, con antecedentes de hipertensión arterial sistémica desde los 25 años, hospitalización en marzo de 2023 por dolor precordial con diagnóstico de coartación aórtica y disección aórtica Stanford B/DeBakey IIB (Figura 19.3.1). Se propuso para resolución quirúrgica (no aceptado por el paciente). Un año después reingresa por dolor torácico, descontrol hipertensivo, sin cambios en TAC

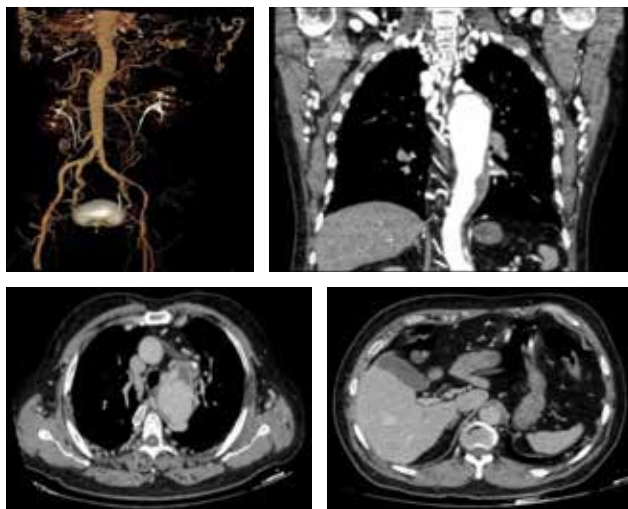


Figura 19.3.1: Angio-TAC inicial en 2023, se observa coartación aórtica y disección aórtica Stanford B.

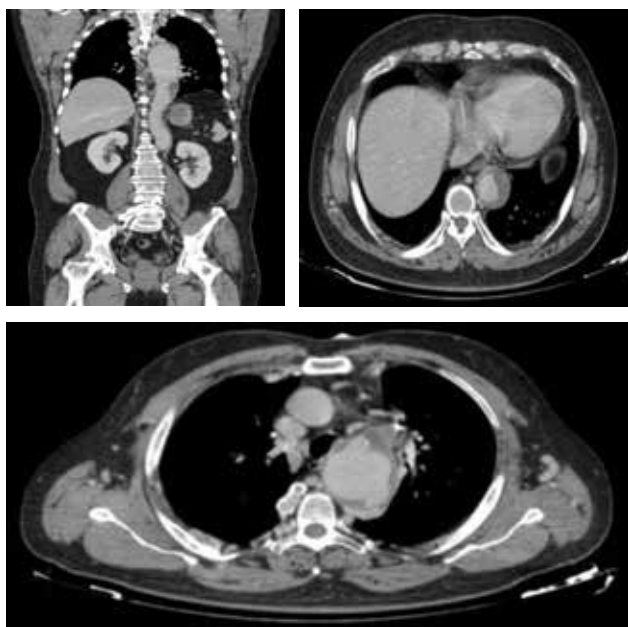


Figura 19.3.2: Angio-TAC 2024, con persistencia de la disección sin cambios con respecto al estudio previo.

de control (Figura 19.3.2). Paciente solamente acepta tratamiento conservador. **Resultados:** la disección aórtica puede presentarse como complicación de una coartación aórtica no tratada. En este espectro de pacientes se requiere una vigilancia estrecha con estudios de imagen de por vida para detectar complicaciones y planear reparación quirúrgica. Se debe individualizar el tratamiento de cada paciente, ya que no existe una guía que indique cómo actuar, por lo que es importante el reporte de estos casos para tener más bases

en el tratamiento médico y quirúrgico de esta patología. **Análisis y conclusiones:** la prevalencia de la disección tipo B se estima en 25-40% con respecto a todas las disecciones, con una supervivencia estimada en el evento índice de 91. La disección aórtica crónica se define como aquella que dura más de 90 días desde el inicio del cuadro. El tratamiento de elección es el tratamiento quirúrgico o TEVAR, sin embargo, se estima que 60-70% son disecciones no complicadas que pueden llevar tratamiento conservador, dentro de éste se incluye control de presión arterial, control de factores de riesgo, rehabilitación cardíaca como lo observado en los estudios de Nakayama y Meyers. En nuestro caso el paciente rechazó de primera instancia el tratamiento quirúrgico, por lo que al encontrarse sin cambios significativos en el nuevo estudio de angio-TAC se optó por continuar con tratamiento médico con betabloqueador, IECA y estatinas, así como controles tomográficos.

19.4. Aneurisma aórtico abdominal asociado a estenosis aórtica severa y enfermedad coronaria. Una asociación poco frecuente

Castillo-Montes Manuel de Jesús, Mendoza-Cruz Gabriel, Rivas-Hernández Evaldo Zoe, González-Coronado Vidal José
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Introducción: el aneurisma aórtico abdominal (AAA) es una dilatación de la aorta abdominal que supera 50% de su diámetro normal. La coexistencia de AAA con estenosis aórtica y enfermedad arterial coronaria (EAC) aumenta el riesgo de eventos cardiovasculares y complica el manejo terapéutico. En pacientes con EAC, la prevalencia de AAA es aproximadamente de 5-10%, en comparación con 2-3% en la población general mayor de 65 años. La incidencia de AAA es de aproximadamente 4-6 casos por 1,000 personas-año en hombres mayores de 65 años y 1-2 casos

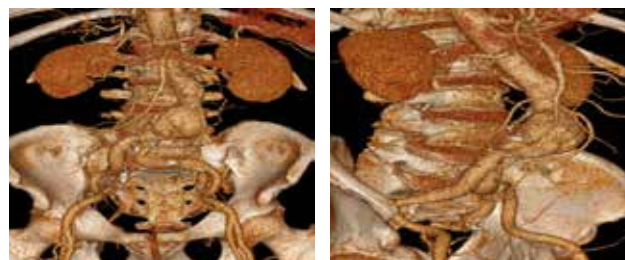


Figura 19.4.1.



Figura 19.4.2.

en mujeres de la misma edad. El AAA no se ha descrito con asociación frecuente con valvulopatía aórtica y enfermedad coronaria en comparación con los aneurismas de aorta torácica. **Descripción del caso:** paciente masculino de 71 años con hipertensión arterial sistémica y tabaquismo suspendido abordado por síncope y disnea clase funcional NYHA II realizando ecocardiograma con datos de estenosis aórtica severa D1 (área indexada $0.34 \text{ cm}^2/\text{m}^2$, V máx. $525 \text{ cm}/\text{seg}$, Gmed 70 mmHg) protocolizándose para sustitución valvular aórtica. Se realizó angiografía coronaria encontrando lesión significativa en descendente anterior (DA) y coronaria derecha (CD), realizándose intervencionismo con *stent* $4 \times 20 \text{ mm}$ en segmento recto de CD y de $3.5 \times 26 \text{ mm}$ en segmento medio de la DA. La angiotomografía confirmó estenosis crítica y AAA infrarrenal, próximo a bifurcación en arterias ilíacas, fusiforme, con dimensiones de $67 \times 46 \times 52 \text{ mm}$, y una segunda dilatación aneurismática en arteria iliaca izquierda justo en su bifurcación en arterias ilíacas superficial y profunda, fusiforme, dimensiones de $26 \times 23 \times 24 \text{ mm}$. **Resultados:** en nuestro caso mostramos la asociación de valvulopatía aórtica con enfermedad coronaria y aneurisma abdominal con extensión a arteria iliaca abarcando cuatro regiones vasculares diferentes. Con el aumento de la valvulopatía aórtica degenerativa y su resolución vía intervencionista es posible detectar este tipo de asociaciones poco frecuentes. **Análisis y conclusiones:** se realizó TAVI en primer tiempo colocando prótesis valvular aórtica autoexpandible 29 mm . En segundo tiempo se realizó colocación de endoprótesis $166 \times 23 \times 16 \times 12 \text{ mm}$ infrarrenal izquierda hacia bifurcación de arterias ilíacas comunes + extensión de $199 \times 16 \times 13 \text{ mm}$ hacia arteria iliaca externa + acoplamiento con balón aórtico en uniones de endoprótesis de manera exitosa. Se realizó angiotomografía de control evidenciando adecuada colocación de prótesis endovascular.

19.5. Disección aórtica asociado a síndrome de Marfan

Ramírez-Uribe Fernanda Jocelyn, García-Zúñiga Lucero Paola
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Ciudad de México, México.

Descripción del caso: – **AHF:** padre con síndrome de Marfan, finado por disección aórtica. – **APP:** síndrome de Marfan, sin seguimiento. – **PA:** hombre de 32 años, el día 04/07/2024 inicia con disnea de pequeños esfuerzos y fatiga extrema, motivo por el cual acude con cardiólogo, se realiza ECOTT 17/07/24: FEVI 20%, insuficiencia tricuspídea leve y aórtica moderada, raíz aórtica dilatada con flap de disección y derrame pericárdico leve. Llega al Instituto el 18/07/2024 con ingurgitación yugular grado II, choque de punta en quinto espacio intercostal. Es ingresado a Unidad de Cuidados Coronarios. La AngioTAC (22/07/24) reporta: sin imagen de disección aórtica con aneurisma en la raíz aórtica, sin datos de rotura, foco neumónico; ese mismo día se le da levofloxacino por 10 días. **Material y métodos:** se realizó una búsqueda de información de artículos indexados mediante la plataforma PubMed, los criterios de búsqueda fueron «Marfan syndrome, aortic dissection, case report», el filtro de 5 años de antigüedad, encontrándose 133 resultados. **Resultados:** el paciente completó esquema de antibiótico para la resolución de NAC, posteriormente fue sesionado para planear abordaje quirúrgico, el 10/08/24 se realiza cirugía con tubo Woven Dracon, plicatura de velo no coronario y reimplantación de la coronaria izquierda. **Conclusiones:** los pacientes con síndrome de Marfan tienen varias afectaciones en el organismo, dentro de las cuales destacan las cardiovasculares, por lo cual es importante que lleven el seguimiento de la enfermedad para que, ante cualquier



Figura 19.5.1: Ecocardiograma.

afectación, haya un diagnóstico y tratamiento oportuno aumentando su expectativa de vida.

19.6. De la complicación a la detección: coartación aórtica diagnosticada en un adulto con disección aórtica

Córdova-Montijo Ana Cristina, Almeida-Gutiérrez Eduardo,
Lupercio-Mora Karina, Sedano-Guzmán Luis Miguel,
León-Castro Estefany Marion
UMAE Hospital de Cardiología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Introducción: masculino de 47 años de edad, sin antecedentes heredo-familiares de relevancia, con antecedentes no transmisibles de hipertensión arterial sistémica de tres años de evolución, quien presenta dos días posteriores a una contusión en tórax, dolor torácico transflíctico con resolución espontánea. Horas después con inicio súbito de dolor en miembro pélvico derecho, acompañado con extremidad fría y sin pulso. Fue valorado y se integró diagnóstico a insuficiencia arterial aguda Rutherford IIB de miembro pélvico derecho, pasando a exploración femoral + trombolectomía exitosa, con retorno de flujo sanguíneo en extremidad. En su abordaje diagnóstico se realiza angiotomografía donde se evidencia disección aórtica Stanford B, DeBakey III B con extensión desde la zona 3 a la 10 derecha y una coartación aórtica postductal. Valorada por servicio de hemodinamia y aceptada para tratamiento percutáneo. Se realiza artroplastia exitosa con colocación de *stent* palmaz p4014 montado sobre balón *valver* $25 \times 40 \times 110 \text{ mm}$. Gradiente residual transcoartación de 10 mmHg , y posterior colocación exitosa de endoprótesis aórtica *valiant thoracic* $36 \times 36 \times 219 \text{ mm}$ en aorta descendente empalmado con endoprótesis aórtica *valiant thoracic* $36 \times 36 \times 219 \text{ mm}$ hacia aorta descendente. **Resultados:** la importancia de este caso es el diagnóstico tardío de una cardiopatía congénita en un adulto perteneciente a la quinta década de la vida, quien cursó con hipertensión de difícil control durante muchos años. El diagnóstico de coartación aórtica (CoAo) representa 5-8% de todas las cardiopatías congénitas, con prevalencia de 3/10,000 nacidos vivos. Predomina en el sexo masculino (5:1) y puede asociarse a aorta bicúspide (30-80%). La disección aórtica (DA) es uno de los síndromes

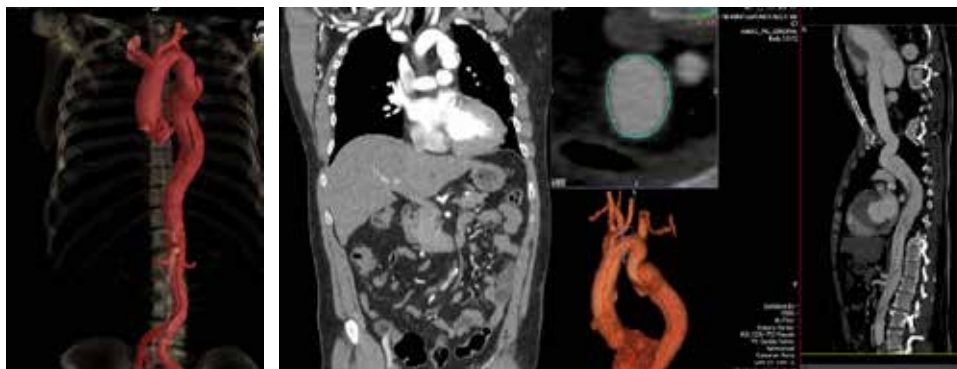


Figura 19.6.1.

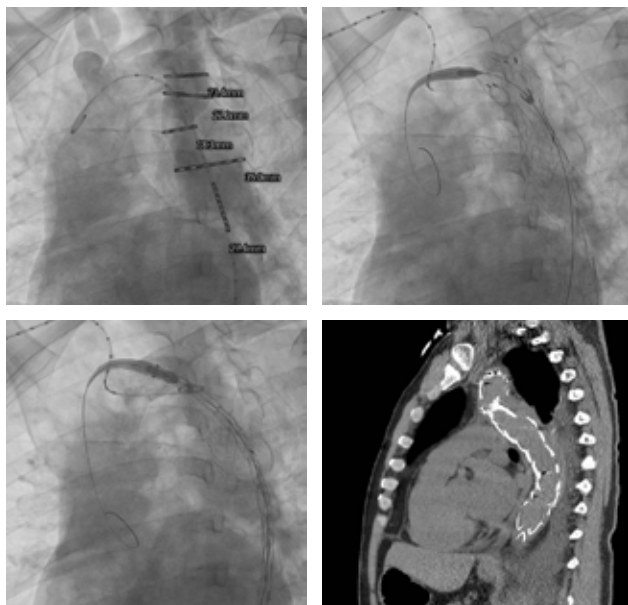


Figura 19.6.2.

aórticos agudos, siendo ésta en su presentación en agudo la patología más catastrófica. Su prevalencia es de 4.4 casos por cada 100,000 personas/año. La disección aguda de Stanford tipo B complicada con CoA es un hallazgo bastante más raro, especialmente si surge espontáneamente. La evaluación entre la reparación endovascular y los tratamientos de reparación abierta en la disección complicada de tipo B sigue siendo limitada debido a la falta de ensayos controlados aleatorios. En este caso, se logró el tratamiento de la patología de base mediante intervencionismo pese a la complicación. Asimismo, se logró el tratamiento por endoprótesis de la disección aórtica. Ambos procedimientos realizados con éxito. **Análisis y conclusiones:** se realizó una búsqueda sistematizada en base de datos académicas (PubMed, Cochrane, ovid, *clinical key*) utilizando las palabras *aortic, dissection, coarctation, incidence, complications*; obteniendo un total de 584 publicaciones, tomando en cuenta las de los últimos cinco años, hubo una reducción de resultados a 104 publicaciones, las cuales fueron revisadas de acuerdo con el contenido que fuera más acorde al caso aquí presentado.

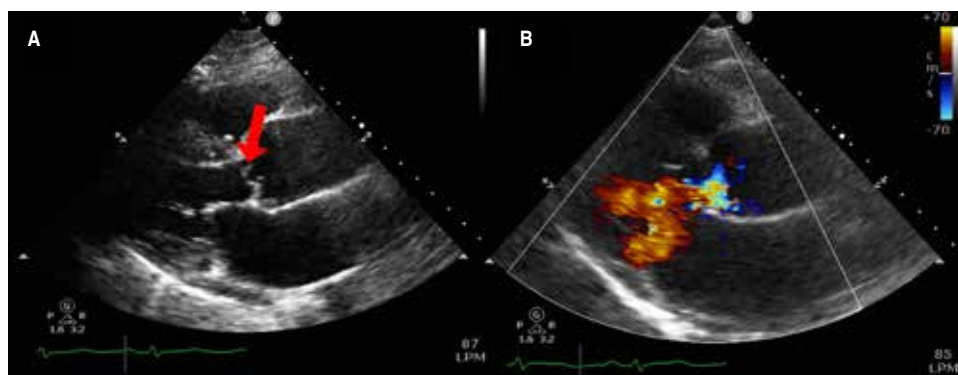
19.7. Disección aórtica, síndrome de Marfan y embarazo. Una combinación complicada

Vera-Medel Ricardo, Silva-Mauricio Elizabeth, Ramírez-Rangel Pamela, Arenas-Castillo Ángel, Rosas-Vázquez Ana, Rodríguez-Chávez Laura
Instituto Nacional de Cardiología. CDMX, México.

Introducción: el síndrome de Marfan (SM) es causado por una mutación en el gen que codifica la fibrilina-1 15q21.1 con herencia autosómica dominante. Tiene varias manifestaciones, pero la más relevante por su mortalidad es la dilatación de la aorta (DA) y disección de la aorta. **Descripción del caso:** se trata de una paciente de 37 años, con antecedente de SM y DA ascendente (sin criterios quirúrgicos) en vigilancia. Cursó primer embarazo normoevolutivo resuelto por cesárea. En el puerperio inmediato presentó dolor torácico retroesternal opresivo, irradiado a espalda. Acude a urgencias donde documentan soplo de escape aórtico. Se realiza angiotomografía de aorta que evidenció una disección aórtica Stanford A (Figura 19.7.1) y ecocardiograma transtorácico que evidenció insuficiencia aórtica grave secundario a prolapso de valva coronaria derecha, así como flap de disección aórtica (Figura 19.7.2). Se realizó cirugía Bentall y Bono ST + colocación de tubo Woven Dacron 26 mm + sustitución de arco aórtico con revascularización de troncos supraaórticos + colocación de endoprótesis distal (cirugía *frozen elephant trunk*) + sustitución de subclavia derecha. Como complicación quirúrgica requirió una segunda exploración que evidenció sangrado difuso, y posteriormente presentó hematoma epidural parietal izquierdo, hemorragia subaracnoidea derecha, oclusión en arteria carótida común por trombosis, hematoma retroclival, mastitis puerperal y neumonía intrahospitalaria, con recuperación y paresia de miembro torácico izquierdo como única secuela neurológica. A seis meses de seguimiento está asintomática, con presencia de trombosis de la falsa luz en la disección de aorta abdominal. **Resultados y conclusiones:** la guía americana recomienda consejo genético previo al embarazo. En caso de embarazo uso de labetalol, ecocardiograma de control hasta después del postparto y cirugía profiláctica en dimensiones aórticas > 4.5 cm. Durante el embarazo las pacientes con SM y DA presentan efectos potencializados, esto debido a un estado hipovolémico e hiperdinámico que aumenta el estrés de la pared y el cizallamiento de la íntima, además del factor hormonal que produce aumento del diámetro de la aorta. La incidencia de disección aórtica en embarazadas con SM varía de 1-19% dependiendo el gen afectado y la mortalidad materna es hasta de 30%.

Figura 19.7.1:

Reconstrucción en 3D de angiotomografía de aorta. **A y B)** Disección aórtica Stanford A /DeBakey I, con flap de disección en senos de Valsalva y extremo distal en ostium de la iliaca común derecha, extensión de luz falsa a troncos supraaórticos, con origen completo en arteria carótida común izquierda, tronco celíaco, mesentérica superior, inferior y arteria renal izquierda. **C y D)** Presencia de prótesis mecánica en posición aórtica con tubo Woven Dacron 26 mm + sustitución de arco aórtico en aorta torácica.

**Figura 19.7.2:**

Ecocardiograma transtorácico en reposo en vista paraesternal eje largo. **A)** Se observa presencia de prolapso de la valva coronaria derecha. **B)** Con aplicación de Doppler color, se evidencia jet de regurgitación de insuficiencia aórtica grave.

19.8. Cocaína. ¿Factor de riesgo o precipitante de la disección aórtica aguda? Reporte de caso

Bejarano-Morales Isaac, Delgado-Cruz José Alfredo, Rodríguez-López Raúl Gerardo
Petróleos Mexicanos.

Introducción: según la Organización de las Naciones Unidas, la producción de cocaína se ha triplicado en la última década, y se estima que 23.5 millones de personas la consumieron en 2022. Estudios recientes han vinculado el consumo de cocaína con la disección aórtica, señalando causas fisiopatológicas como la estimulación del sistema nervioso simpático, disfunción endotelial, alteración de la elasticidad arterial y aumento de las fuerzas de cizallamiento. **Descripción del caso:** un hombre de 48 años acudió a urgencias con dolor torácico de tipo transitorio, intensidad 10/10, irradiado al tórax posterior y extremidad pélvica izquierda. Negó enfermedades crónicas, pero reportó tabaquismo, etilismo ocasional y consumo recurrente de cocaína, siendo la última ingesta 72 horas antes del inicio de los síntomas. Al ingreso presentó hipertensión (160/90 mmHg), ECG sin signos de isquemia, enzimas musculares normales (CPK 65 U/L, troponina I < 0.03 ng/mL) y dímero D elevado (14,600 ng/mL). La radiografía de tórax mostró ensanchamiento mediastinal, doble densidad en la aorta y desviación traqueal derecha. Ante la sospecha de síndrome aórtico agudo, se realizó un ecocardiograma transtorácico que reveló «flap» de disección aórtica. Posteriormente, se confirmó la

disección aórtica Stanford A mediante angiotomografía. **Material y métodos:** se realizó una búsqueda en PubMed con los términos «Aortic Dissection AND Cocaine» y filtro para «Case Reports», obteniendo 46 resultados. Se analizaron las características clínicas, epidemiológicas y el intervalo entre el consumo de cocaína y la aparición de síntomas. Además, se compararon estos hallazgos con los pacientes del Registro Internacional de Disección Aórtica (IRAD). **Resultados y conclusiones:** el IRAD reporta uso de cocaína en 1.8% de los casos, 75% Stanford A. La mortalidad varía entre 8 y 21.4%. Aunque la mayoría de los estudios indican un tiempo medio menor a 24 horas entre consumo y síntomas, casos como el nuestro sugieren que la cocaína puede ser más que un precipitante. Es esencial realizar más estudios para clarificar esta relación.

19.9. Compresión de cavidades intracardiacas y hemopericardio en paciente con aneurisma aórtico

Servín-Meza Armando Moreno
Hospital Español de México.

Introducción: las complicaciones más graves asociadas a aneurismas aórticos son la ruptura y la disección aórticas. Presentan una mortalidad que oscila entre 65 y 90%. Existen, sin embargo, otras complicaciones que pueden presentarse de manera secundaria, con alta morbimortalidad. El aneurisma por sí mismo puede ejercer efecto de masa sobre estructuras adyacentes, incluyendo, de manera excepcional, compresión de cavidades cardiacas con repercusión

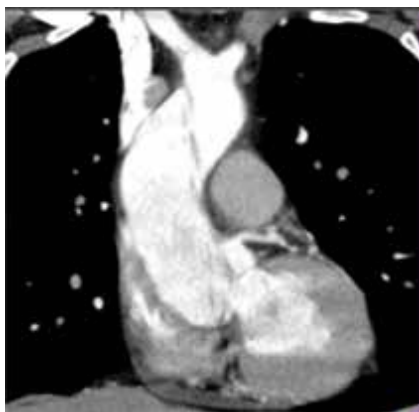


Figura 19.8.1.



Figura 19.8.2.



Figura 19.9.1.

hemodinámica. **Descripción del caso:** paciente femenino de 84 años. Exfumadora, diagnosticada con artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico e hipotiroidismo. Conocida además con un aneurisma de aorta torácica y abdominal. Acude por disminución de la clase funcional, disnea en reposo, desaturación, hipotensión, somnolencia y fiebre. Se ingresa para manejo de insuficiencia cardíaca. Presentó mejoría relativa de la sintomatología durante las primeras horas de tratamiento descongestivo. El ecocardiograma transtorácico reporta FEVI de 65%, contractilidad segmentaria normal, cavidades derechas y atrio izquierdo disminuidos de tamaño por efecto de masa generado por severa dilatación de aorta ascendente (44 mm), de aorta descendente (100 mm), a nivel de los senos de Valsalva (32 mm) y de unión sinotubular (26 mm). Se observa derrame pericárdico moderado, con repercusión hemodinámica, engrosamiento pericárdico de 21 mm, compatible con derrame pericárdico, probable hemopericardio. La tomografía de tórax con contraste, reporta aneurisma aórtico de hasta 95 mm de diámetro, con extenso trombo mural y derrame pericárdico. A pesar del manejo médico, el estado hemodinámico de la paciente se deterioró progresivamente. Los familiares solicitaron limitar los esfuerzos terapéuticos, no realizar ningún procedimiento de intervención ni maniobras invasivas y dar medidas de confort y



Figura 19.9.2.

cuidados paliativos. **Resultados:** las complicaciones asociadas a aneurismas aórticos presentan alta tasa de mortalidad. Por esta razón, es indispensable la identificación y seguimiento de esta entidad por diferentes técnicas de imagen, que permitirán prevenir y tratar de manera oportuna dichas complicaciones. **Análisis y conclusiones:** el hemopericardio asociado a aneurisma aórtico es una rara complicación, generalmente relacionada con disecciones crónicas tipo A. Los mecanismos para el desarrollo del mismo implican la trasudación a través de la pared o ruptura directa de la disección hacia la cavidad pericárdica. Este caso es atípico por la forma de presentación clínica, instauración progresiva de la sintomatología y relativa mejoría sintomática con tratamiento médico. Según las guías vigentes, la paciente tenía absoluta indicación de manejo quirúrgico, sin embargo, por las condiciones específicas de la paciente, se decidió evitar cualquier manejo invasivo.