



23. Valvulopatías

23.1. Doble prolapso mitral secundario a enfermedad fibroelástica. Reporte de caso

Rivera-Hermosillo Julio César, Valencia-Olvera Luz del Carmen Gabriela, Borges-López Jesús Samuel, Vergara-Orduña Fernando Iván, Herrerías-Miranda Edgar Fernando
Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE, Servicio de Cardiología, Ciudad de México, México.

Introducción: la enfermedad degenerativa de la válvula mitral presenta un espectro que va desde una rotura de cuerdas tendinosas con prolapso de un solo segmento en una válvula por lo demás totalmente normal hasta prolapso de múltiples segmentos en ambas valvas, acompañado de exceso de tejido y una marcada dilatación anular. **Descripción del caso:** se trata de masculino de 64 años que inició su padecimiento por disnea súbita, con antecedente de endocarditis documentada por ecocardiograma transtorácico particular, por lo que se inició antibiótico empírico, motivo por el cual se trasladó a esta unidad donde se realizó ecocardiograma transesofágico encontrando a nivel de válvula mitral un doble defecto compatible con prolapso en los segmentos A3 y P1 (*Figura 23.1.1A*), que al Doppler color presentaba jets de regurgitación importante (*Figura 23.1.1B* y *23.1.1C*). Se concluyó enfermedad de Barlow y se realizó

cambio valvular; hallazgo transoperatorio: ruptura de cuerdas tendinosas y elongación de valvas que condicionaban mala coaptación entre ellas, sin perforación o vegetaciones; se decidió solo resección de valva anterior (*Figura 23.1.1D*) y colocación de prótesis mecánica. Se mando a patología la valva resecada donde se reportó imagen histológica con incrementos de colágeno en la capa esponjosa, que a las tinciones da mayor concentración de proteoglicanos en áreas cercanas a las cuerdas compatibles con enfermedad fibroelástica (EFE) (*Figura 23.1.1E*). **Material y métodos:** se realizó la búsqueda en diversas bases de datos científicos arbitrados; se encuentra que la EFE se asocia a un déficit de la proteína fibrilina que conduce a un progresivo debilitamiento, elongación y rotura de las cuerdas tendinosas, usualmente se involucra al segmento medio de la valva posterior que en ocasiones presentar características mixomatosas si la enfermedad ha estado presente largo tiempo. En dicha condición, los segmentos contiguos suelen ser totalmente normales. Finalmente, el tamaño del anillo, definido por la superficie de la valva anterior, generalmente es < 32 mm, sin embargo, nuestro paciente no cumplía con esas características. **Resultados y conclusiones:** lo complejo de este caso es que eran dos segmentos afectados y por las dimensiones del anillo cumplía más para Barlow, pero la histología fue la encargada del diagnóstico definitivo.

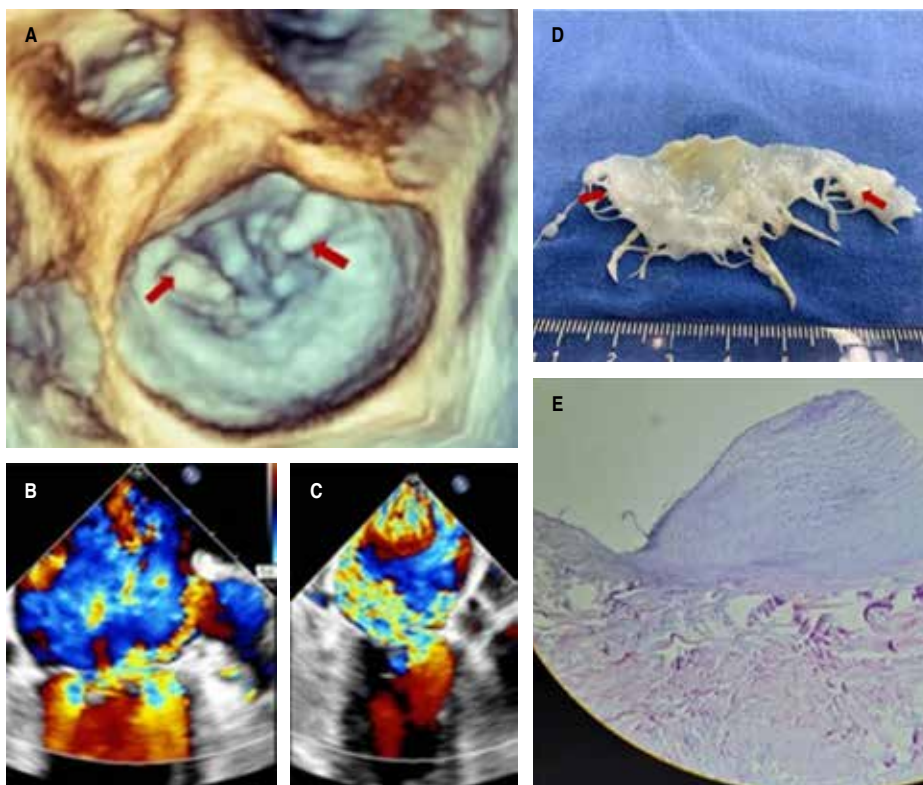


Figura 23.1.1:

Imagen **A**) Reconstrucción 3D de válvula mitral en la que se observa el doble prolapso (flecha). **B**) Esófago medio a 126° donde se observa jet de insuficiencia severo. **C**) Esófago medio a 70° donde se observa jet de insuficiencia moderada. **D**) Pieza quirúrgica donde se observa elongación del segmento distal de la válvula (flecha). **E**) Imagen histológica de la válvula con depósitos locales de elastina en la capa fibrosa.

23.2. Diferencias en el valor del trabajo miocárdico entre los grupos de estenosis aórtica severa sintomática

Álvarez-Martínez Carlos Daniel, Rodríguez-Guzmán Gabriela, González-Alvarado Elizabeth, Almeida-Gutiérrez Eduardo, Romero-Zertuche Diana

UMAE Hospital de Cardiología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Introducción: la estenosis aórtica (EAO) es la valvulopatía adquirida más frecuente en países desarrollados, la cual aumenta con la edad y se asocia a mayor morbimortalidad en etapas avanzadas. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y el strain longitudinal global (SLG) son parámetros usados para medir la función contráctil, sin embargo, ambos están influenciados por las cargas ventriculares. Actualmente, la estimación del trabajo miocárdico (TM) que considera la postcarga se ha correlacionado de forma positiva con mediciones invasivas. En este estudio, se describe el TM en EAO severa sintomática de acuerdo con la clasificación de la AHA (Asociación Americana del Corazón). **Objetivos:** el objetivo

de este estudio fue medir y comparar el TM por ecocardiografía transtorácica en pacientes con EAO severa sintomática, de acuerdo con la clasificación de la AHA. **Material y métodos:** se realizó un estudio transversal, observacional y analítico incluyendo pacientes de ambos sexos, mayores de 45 años de edad, con estenosis aórtica severa sintomática, en cualquier categoría de la clasificación de AHA. Se midió índice de trabajo miocárdico global y los derivados de estos en ecocardiógrafo GE E95. La presión arterial sistólica se corrigió por el gradiente medio obtenido por Doppler continuo. **Análisis estadístico:** se realizó un análisis de la base de datos en búsqueda de valores *missing* y errores de captura, el análisis descriptivo de las variables cualitativas se hizo por frecuencias absolutas y porcentajes, mientras que para las variables cuantitativas se analizó su distribución con pruebas de normalidad Kolmogórov-Smirnov, inspección visual de histogramas e identificación de *outliers*. De acuerdo con su distribución, aquellos con comportamiento normal se refirieron con medias y desviaciones estándar, mientras que aquellos con distribución no paramétrica se refirieron con medianas

Figura 23.2.1:

Valores de los índices del trabajo miocárdico en los diferentes grupos de estenosis aórtica severa de acuerdo con la clasificación de la AHA. Observamos en el gráfico de cajas y bigotes: **A)** Índice de trabajo miocárdico global (ITG). **B)** Índice de trabajo miocárdico constructivo (ITCG). **C)** Índice de trabajo desperdiciado (ITDG) y **D)** Eficiencia miocárdica (E).

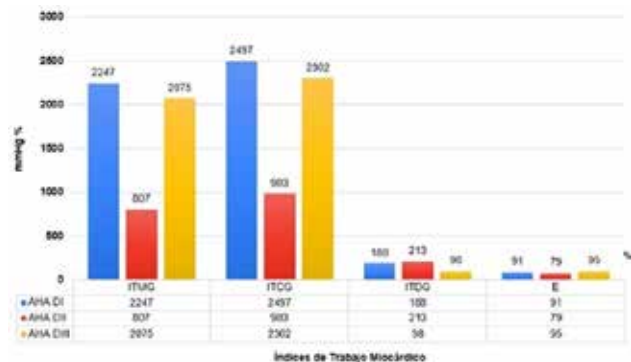
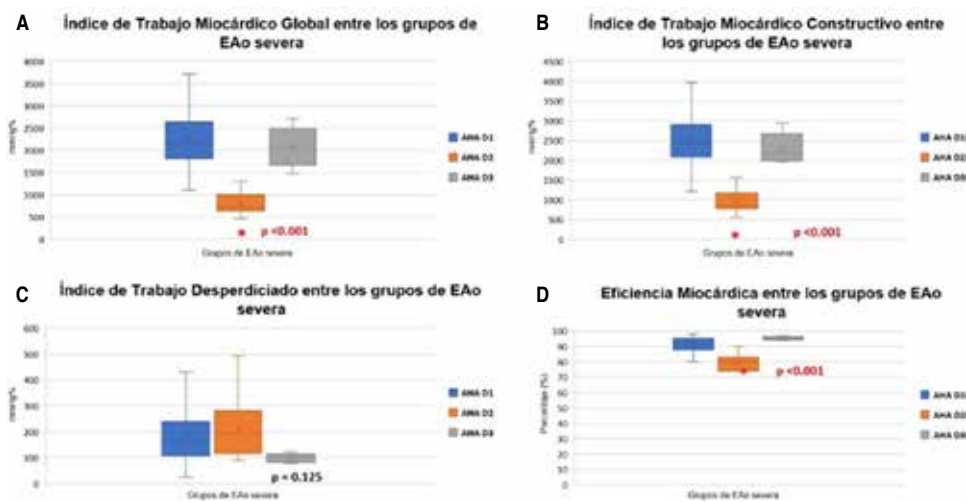


Figura 23.2.2: Comportamiento de los diferentes índices de trabajo miocárdico (TM), entre grupos de estenosis aórtica severa. Índice de trabajo miocárdico global (ITG), índice de trabajo miocárdico constructivo (ITCG), índice de trabajo desperdiciado (ITDG), estos tres expresados en mmHg*s y la eficiencia miocárdica (E) expresada en %.

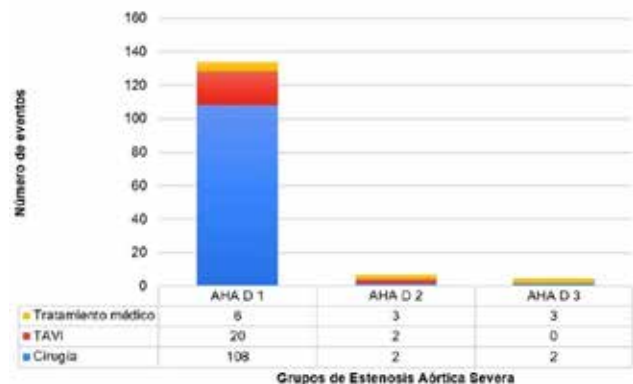


Figura 23.2.3: Desenlaces en los diferentes grupos de Estenosis Aórtica Severa.

y rangos intercuartílicos. Para el objetivo general del estudio, que es comparar una variable cuantitativa entre tres grupos diferentes, se realizó prueba de ANOVA de un factor de acuerdo con los supuestos de normalidad, mientras que si la variable tiene un comportamiento no paramétrico se realizó prueba de Kruskal-Wallis. Para la comparación de variables cualitativas por grupo se utilizaron

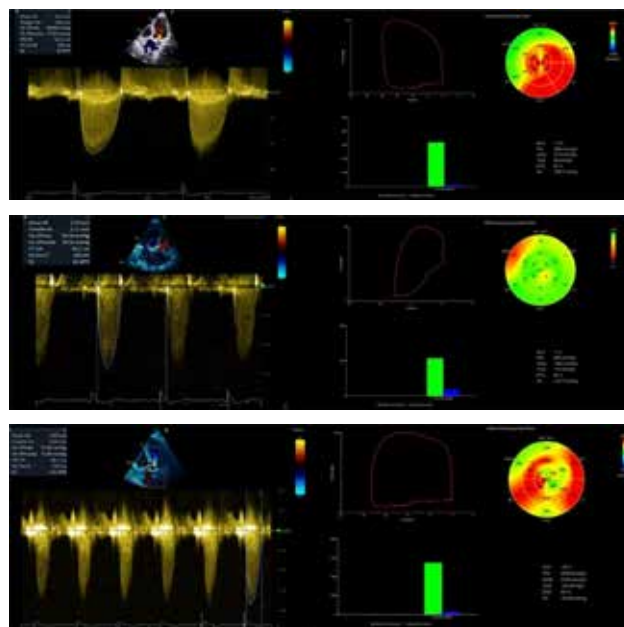
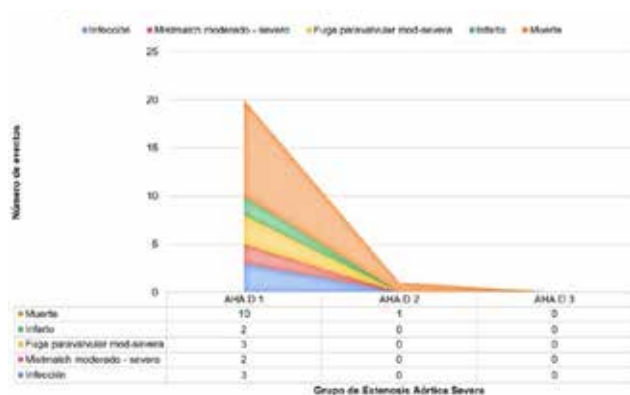


Figura 23.2.4: Complicaciones entre los diferentes grupos de Estenosis Aórtica Severa.

Figura 23.2.5.

Tabla 23.2.1: Características clínicas y ecocardiográficas por grupo de EAO severa.

Variable	AHA D1 (N = 143)	AHA D2 (N = 7)	AHA D3 (N = 5)	p	Eta ²
Peso (kg)	71.7 ± 14.7	73.8 ± 17.8	68.8 ± 11.4	0.84	
Talla (metros)	1.59 ± 0.9	1.6 ± 0.7	1.60 ± 0.11	0.94	
SC	1.7 ± 0.20	1.7 ± 0.23	1.69 ± 0.18	0.88	
IMC	28 ± 4.4	28 ± 5.1	26.7 ± 0.86	0.80	
TA sistólica (mmHg)	121.3 ± 18.5	112.8 ± 17.8	126.4 ± 11	0.39	
TA sistólica corregida (mmHg)	180 ± 23	139 ± 19.6	162 ± 5.2	< 0.001	0.23
TA diastólica	70.1 ± 8.7	65.5 ± 5	71 ± 8.5	0.38	
Parámetros ecocardiográficos					
Anillo aórtico (mm)	2.0 ± 0.17	2.0 ± 0.15	1.9 ± 0.08	0.36	
Diámetro diastólico (mm)	43 ± 5.8	55 ± 2.5	42 ± 5.8	< 0.001	0.26
Diámetro sistólico (mm)	27.7 ± 5.8	44 ± 3.6	25 ± 6.7	< 0.001	0.36
Septum (mm)	12.4 ± 2.3	10.7 ± 2.6	11.8 ± 2.6	0.13	
Pared posterior (mm)	12 ± 1.8	10.5 ± 2.5	11.2 ± 1.9	0.10	
GPR	0.55 ± 0.10	0.35 ± 0.08	0.54 ± 0.14	< 0.001	0.23
Masa ventricular indexada (g/m ²)	110.3 ± 27	127 ± 20.4	106 ± 21	0.24	
Gradiente máximo (mmHg)	88.9 ± 23.7	44.2 ± 13.1	51.2 ± 7.3	< 0.001	0.29
Gradiente medio (mmHg)	58.2 ± 16.6	27 ± 4.9	32 ± 5.5	< 0.001	0.29
Volumen sistólico indexado (mL/m ²)	40.8 ± 11	25.3 ± 10.9	36.6 ± 5.8	0.002	0.16
Zva	5.5 ± 1.7	7 ± 2.6	4.9 ± 0.8	0.060	
Área valvular (cm ²)	0.61 ± 0.17	0.61 ± 0.2	0.65 ± 0.12	0.87	
Velocidad máxima (m/s)	4.6 ± 0.59	3.3 ± 0.56	3.5 ± 0.25	< 0.001	0.34
FEVI (%)	59.9 ± 5.9	30.1 ± 7.6	57.6 ± 4.3	< 0.001	0.6
SGL (%)	-15.9 ± 3.4	-7.1 ± 2.2	-16.7 ± 2.1	< 0.001	0.31
Dispersión mecánica (mseg)	70 ± 29.4	101.4 ± 29	51.4 ± 15.9	0.003	0.15
Índice de trabajo miocárdico global (mmHg%)	2,247.8 ± 601.6	807.4 ± 273.5	2,075 ± 462.6	< 0.001	0.31
Índice de trabajo miocárdico constructivo (mmHg%)	2,497 ± 600	983.5 ± 332	2,302.4 ± 400.1	< 0.001	0.32
Índice de trabajo miocárdico desperdiciado (mmHg%)	188.5 ± 102.1	213.2 ± 139.3	98.4 ± 17.7	0.125	
Eficiencia miocárdica (%)	91.1 ± 4.5	79.7 ± 5.6	95.4 ± 1.1	< 0.001	0.33

tablas de contingencia y prueba de χ^2 . Se utilizó SPSS versión 29. **Resultados:** durante seis meses, se evaluaron 155 pacientes con EAo severa sintomática (AHA D1: 92.3%, D2: 4.5 %, D3: 3.2%). Las mujeres fueron predominantes en AHA D1 (50.3%), mientras que los hombres predominaban en AHA D2 (57.1%) y D3 (60%). La hipertensión fue más común en AHA D1 (77.6%), tabaquismo en D2 (100%) y diabetes tipo 2 en D3 (80%). La disnea fue el síntoma más frecuente en todos los grupos. En relación con el trabajo miocárdico se obtuvo significancia estadística respecto al índice de trabajo miocárdico global en el grupo AHA D2 (807.4 ± 273.5) en comparación con los grupos AHA D1 ($2,247 \pm 601.6$, $p < 0.001$) y AHA D3 ($2,075 \pm 462.6$, $p < 0.001$). Respecto al índice de trabajo miocárdico constructivo (ITCG) fue estadísticamente significativo entre los grupos AHA D2 (983.5 ± 332 , $p < 0.001$) en comparación con los grupos AHA D1 ($2,497 \pm 600$, $p < 0.001$) y D3 ($2,302.4 \pm 400.1$, $p < 0.001$). Asimismo, el porcentaje de eficiencia miocárdica fue menor en el grupo de estenosis aórtica severa sintomática AHA D2 (79.7 ± 5.6 , $p < 0.001$) en comparación con los grupos AHA D1 (143 ± 91.1) y AHA D3 (95.4 ± 1.1 , $p < 0.001$). Finalmente, la mayoría de los pacientes AHA D1 recibió cirugía (75%), AHA D2 tratamiento médico (42.9%) y AHA D3 cirugía (40%) y tratamiento médico (60%). **Conclusiones:** la evaluación de la estenosis aórtica severa sintomática reside en identificar parámetros objetivos no invasivos que permitan un seguimiento y tratamiento adecuado y oportuno (quirúrgico o intervencionista) para mejorar la supervivencia, el grado de discapacidad y sobre todo la reducción de la morbimortalidad asociada a las complicaciones que se pueden presentar como insuficiencia cardíaca, arritmias ventriculares y muerte súbita. La ecocardiografía transtorácica sigue siendo pilar en el diagnóstico, desde medidas básicas como el área valvular, gradiente medio y velocidad máxima para la caracterización del grado de estenosis, y el uso de nuevas herramientas que expresen el remodelado ventricular como el *strain* longitudinal global y aún más reciente la aplicación de los índices de trabajo miocárdico que tras el ajuste no invasivo e incorporación del gradiente medio y la presión arterial sistólica, permitan determinar el impacto de la postcarga, la relación con la clase funcional y precisar el momento ideal para su intervención. En este estudio concluimos que los pacientes con estenosis aórtica severa AHA D2, tienen peores valores de los diferentes índices de trabajo miocárdico global, lo que refleja la disminución en la capacidad de convertir la energía cinética en mecánica y así preservar el gasto cardíaco, mientras que las diferencias entre los pacientes con AHA D1 y AHA D3 son mínimas y no fueron estadísticamente significativas, lo que podría implicar que, a pesar de no tener gradientes elevados, existe integridad de la estructura miocítica en pacientes con EAo AHA D3, lo que permite un adecuado gasto cardíaco. Se requieren un mayor número de muestra para determinar que los hallazgos encontrados no sólo sean debido al azar y seguimiento a largo plazo para ver las implicaciones pronósticas de los diferentes índices de trabajo miocárdico.

23.3. Enfermedad cardíaca valvular: diferencias de género

Tepichin-Ramírez Tabatha, Chuquiure-Valenzuela Eduardo, González-Mayo Fabián, Hurtado-Córdova José Manuel, Lozano-Corral Romina, Flores-Gutiérrez Valeria
Instituto Nacional de Cardiología.

Introducción: la enfermedad cardíaca valvular (ECV) representa un problema de salud pública global, posicionándose como una de las

principales causas de morbimortalidad y una creciente incidencia de la enfermedad cardíaca valvular en mujeres a nivel global, el envejecimiento de la población está llevando a un aumento de las valvulopatías degenerativas. Existe una subrepresentación de las mujeres en los estudios sobre la ECV, lo que implica retrasos en el diagnóstico, tratamiento y peores resultados postoperatorios en comparación con los hombres. **Material y métodos:** conformamos una cohorte clínica donde incluimos consecutivamente a los pacientes hospitalizados por enfermedad valvular cardíaca, con seguimiento de un año. Se compararon, según el género de los pacientes, las características sociodemográficas, historial clínico, complicaciones hospitalarias al igual que la mortalidad y readmisiones hospitalarias a los 30, 90, 180 y 365 días. **Análisis estadístico:** el protocolo fue aceptado por el Comité de Ética Institucional. Se utilizó un valor p de < 0.05 . Utilizamos el paquete estadístico SPSS. **Resultados:** incluimos 226 pacientes hospitalizados con diagnóstico de ECV. Al analizar los antecedentes generales no existió diferencia significativa al comparar mujeres vs hombres (48.2 vs 51.8%, $p = n.s.$), mayores de 75 años (24.6 vs 27.9 $p = n.s.$), con hipertensión (27.4 vs 22.3% $p = n.s.$), diabetes (24.8 vs 24.7% $p = n.s.$) y FEVI < 40 (16.7 vs 15% $p = n.s.$). Los hombres con mayor nivel de NT-pro-BNP > 1000 (51.4 vs 68.6%, $p < 0.001$). Las mujeres son intervenidas con mayor frecuencia con cirugías mitrales (30.3 vs 12.8%, $p < 0.001$) y tricuspídeas (12.8 vs 3.4%, $p < 0.001$), a

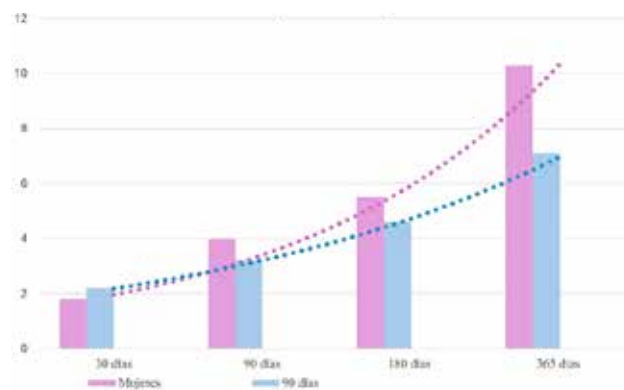


Figura 23.3.1: Rehospitalizaciones por IC.

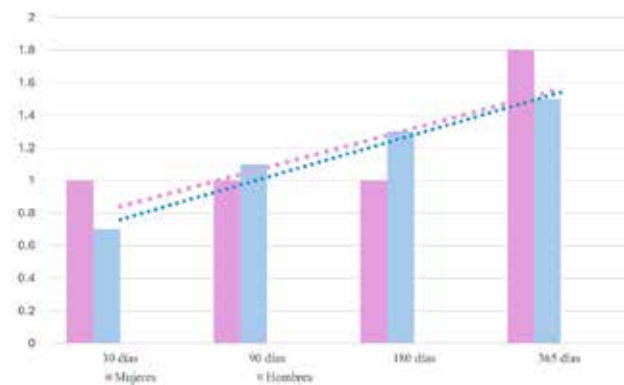


Figura 23.3.2: Mortalidad.

comparación de los hombres que ingresan con mayor frecuencia a cirugías aórticas (37.6 vs 60.7%, $p < 0.001$) y cirugías de revascularización (0.9 vs 3.4%, $p < 0.001$). Las complicación postquirúrgica más frecuente es la fibrilación auricular (9.2 vs 6.8%, $p < 0.001$).

Tabla 23.3.1: Antecedentes generales.

Sexo	Mujeres n = 109 (48.2%)	Hombres n = 117 (51.8%)	NS
Edad > 75	24.6	27.9	NS
Intervención	12.8	10.3	NS
Cirugía	58.4	51.4	NS
EEF	1.8	0.9	0.03
HTA	27.4	22.3	NS
DM	24.8	24.7	NS
EVC	1.5	0.7	NS
Demencia	0.3	0.0	NS
ACTP	28.6	25.5	NS
TAVI	6.4	6.8	NS
Marcapasos	2.8	3.4	NS
Cirugía aorta	37.6	60.7	0.0001
Cirugía mitral	30.3	12.8	0.0001
Cirugía tricuspídea	12.8	3.4	0.0001
CABG	0.9	3.4	NS

Tabla 23.3.2: Comorbilidades asociadas.

	Mujeres	Hombres	p
NYHA I	23.9	24.8	NS
NYHA II	47.7	45.3	NS
NYHA III	24.8	25.6	NS
NYHA IV	3.7	4.3	NS
FEVI > 40	25.1	23.7	NS
FEVI < 40	16.7	15	0.07
NTproBNP > 1,000	51.4	68.6	0.011
BMI > 30	23.9	19.7	NS
TAS > 140	6.4	8.5	NS
TAD > 90	4.6	6.0	NS
Paro cardíaco	3.7	4.3	NS
Tabaquismo	4.6	17.1	0.008
EPOC	0.9	0.9	NS
ECG sin alt	70.6	87.2	NS
ECG con FA	25.7	9.4	0.0001

Tabla 23.3.3: Complicaciones postquirúrgicas.

	Mujeres	Hombres	p
FA	9.2	6.8	0.0001
Reoperados	4.6	3.3	NS
Sangrado	0.9	1.4	NS
Marcapasos PO	4.6	1.7	NS
Arritmias PO	6.4	2.6	0.001

Tabla 23.3.4: Reingresos a urgencias por insuficiencia cardíaca.

	30 días	90 días	180 días	356 días
Mujeres	1.8	4.0	5.5	10.3
Hombres	2.2	3.2	4.6	7.1

Tabla 23.3.5: Tasas de mortalidad.

	30 días	90 días	180 días	356 días
Mujeres	1.0	1.0	1.0	1.8
Hombres	0.7	1.1	1.3	1.5

Además se registraron los reingresos a urgencias por insuficiencia cardíaca y la mortalidad, identificando que las mujeres tienen un mayor número de ingresos al año de seguimiento (10.3 vs 7.1%) y una mayor tasa de mortalidad al año de seguimiento (1.8 vs 1.5%).

Conclusiones: concluyendo así que a pesar de que la población era similar en ambos sexos, observamos que las complicaciones postquirúrgicas, reingresos a urgencias y mortalidad tienen una mayor prevalencia en mujeres. Sugerimos la inclusión creciente de mujeres en estudios e investigaciones, pudiendo así mejorar la comprensión de las diferencias entre hombres y mujeres en términos de cómo se desarrolla la enfermedad, cómo se diagnostica y cómo responde al tratamiento.

23.4. Válvula aórtica bivalva asociada a una enfermedad poliquistica, aportes para ser una enfermedad del colágeno

Sánchez-Pérez Rubén, Nájera-Jiménez Astrid Yamile,
Hernández-Rivera Sarahí, Sánchez-Marín Paula
Sociedad Cardioneumológica de Cuore.

Introducción: masculino de 62 años que acude a consulta por síncope, a la exploración física cardiovascular se ausculta un soplo de Austin-Flint. Al realizar ecocardiograma transtorácico en modo bidimensional se observa una aorta bivalva según la clasificación



Figura 23.4.1.

de Sievers con un rafe tipo 1 y, por la clasificación internacional (2021), con rafe visible, observando fusión de la valva coronaria derecha y no coronaria con una proporción asimétrica (Figura 23.4.1). Por Doppler se reporta insuficiencia aórtica severa. Apoyados del servicio de radiología, para la exploración abdominal por ultrasonido, se valida la presencia de múltiples quistes hepáticos y renales (Figura 23.4.2). **Resultados:** la EPAD puede ser una enfermedad de la matriz de colágeno con un marcado pleiotropismo y una expresividad variada, ocurre por el papel en la patogénesis del edema, ruptura, hemorragia y fibrosis que conducen a la

compresión y dilatación de los vasos sanguíneos. El colágeno débil puede ser un factor patogénico en las afecciones tan variadas de aneurismas de Berry (cerebro), enfermedades valvulares (mitral y aórtica), divertículos y presencia de quistes en varios órganos. Se requieren más estudios observacionales genéticos y morfológicos para delinear las anomalías de la matriz de colágeno con diversas expresiones fenotípicas en diferentes órganos. **Análisis y conclusiones:** el paciente inicia manejo de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada y programa para reemplazo valvular. Sin embargo, por la presencia de hematuria es referido al servicio de nefrología y hepatología para normar conducta a seguir. El fenotipo PKD1 en el brazo corto del cromosoma 16 (16p) es el más común (86%) y es predictivo de anomalías vasculares.

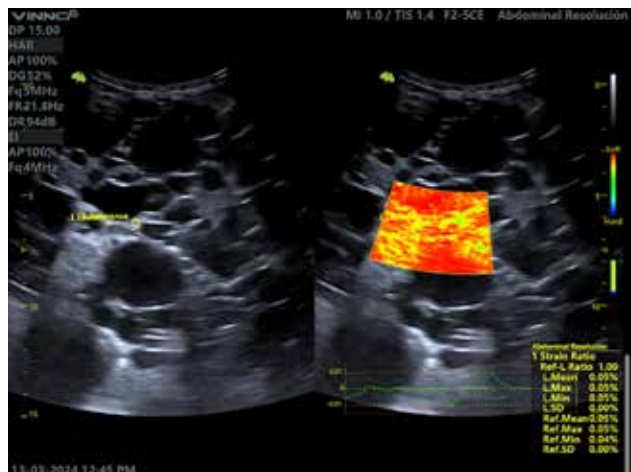


Figura 23.4.2.

23.5. Reporte de caso: arteritis de Takayasu como causa principal de insuficiencia aórtica severa

Lagrange-Gómez M, Bacab-Rodríguez NB, Zepeda-Novoa IN, Salazar-León Quintero EN, Vázquez-López II, Dávalos-Contreras FJ, González-Padilla C, Hernández-del Río JE, Miranda-Aquino T Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS). Universidad de Guadalajara. Servicio de Cardiología, Hospital Civil de Guadalajara «Fray Antonio Alcalde».

Introducción: la arteritis de Takayasu o arteritis de la mujer joven fue descrita, en 1952, por Cacamise y Whitman en honor al Dr. Mikito Takayasu. Dicha enfermedad aún se encuentra sin una etiología establecida, pero se admite que factores genéticos e infecciosos desempeñan un importante rol en la patogénesis. Se trata de una enfermedad autoinmune donde la estimulación de un antígeno desencadena la expresión de proteína de choque térmico HSP63, produciendo una inflamación aguda logrando

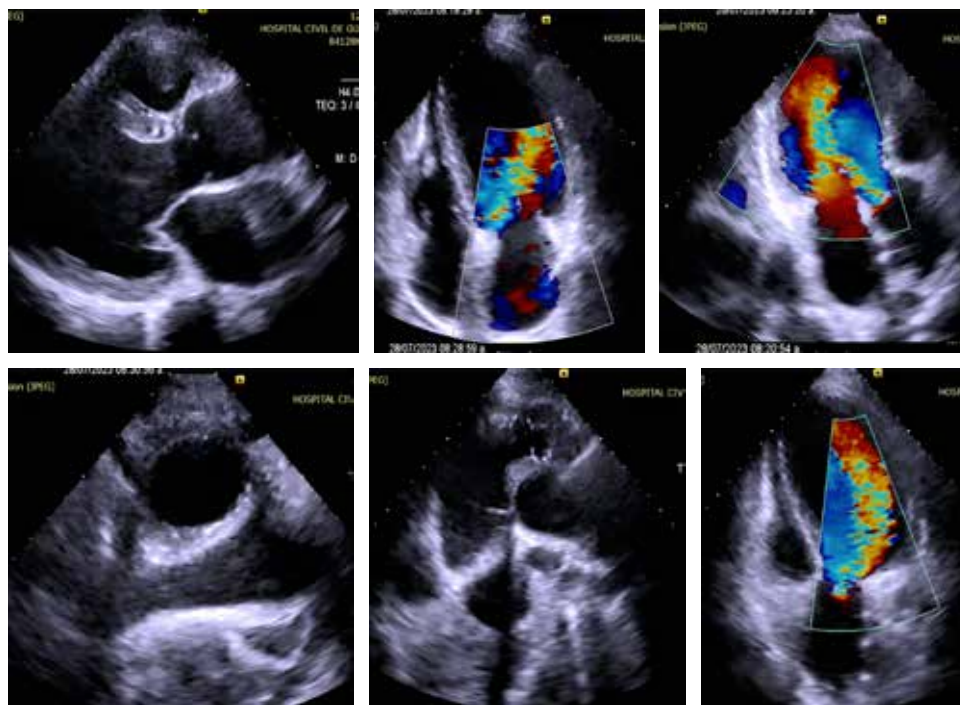


Figura 23.5.1:

Echocardiograma transtorácico donde se evidencia insuficiencia aórtica severa junto con cavidades izquierdas dilatadas.

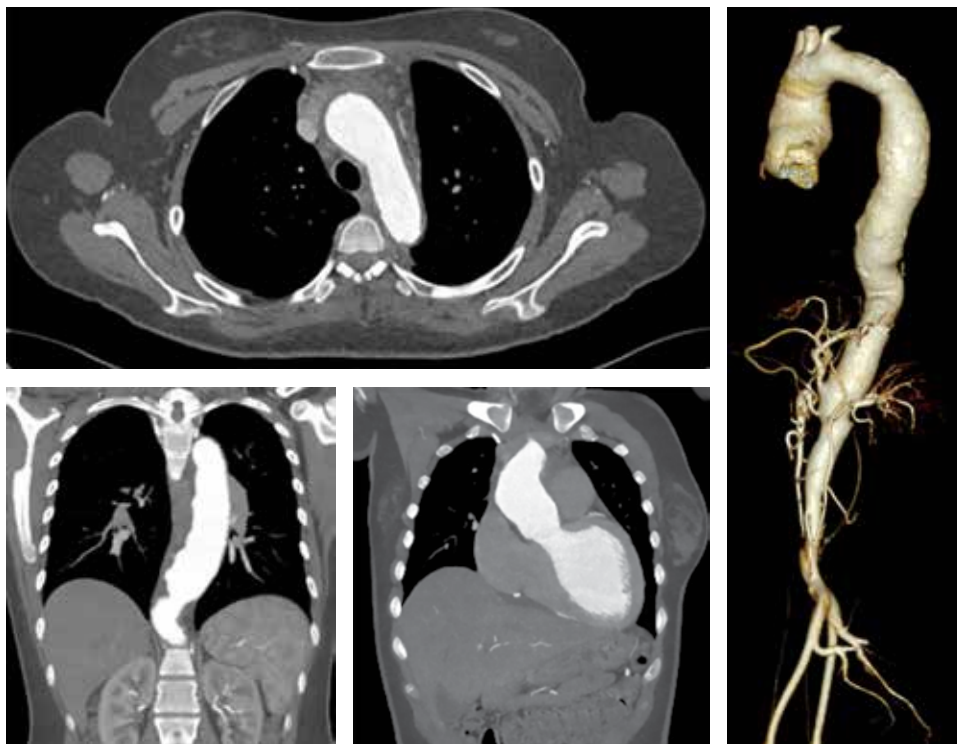


Figura 23.5.2:

Reconstrucción de AngioTAC de aorta donde los troncos supraaórticos, incluyendo carótidas primitivas, presentan engrosamiento de la pared arterial compatible para proceso inflamatorio.

afectar la capa íntima, media y adventicia de los grandes vasos. **Descripción del caso:** se trata de paciente femenino de 20 años sin antecedentes mórbidos previos, quien acude por referir dolor articular y torácico, disnea limitante y edema de miembros inferiores. Se aborda con ecocardiograma transtorácico evidenciándose ventrículo izquierdo severamente dilatado con volumen indexado de 105 mL/m² y ventrículo derecho dilatado en grado severo, una fracción de eyección reducida, insuficiencia aórtica severa secundaria, pérdida de su arquitectura y con aspecto tortuoso de la aorta ascendente y arco aórtico. Se inicia preparación prequirúrgica y de probables de causas. Se solicita angiogramografía de aorta reportándose calcificaciones de la pared arterial con datos compatibles con arteritis de Takayasu con afectación en la pared arterial aórtica, abdominal y troncos aórticos. Se refiere al departamento de reumatología donde por medio de escala diagnóstica

por Universidad Americana de Reumatología (2022) se cumplen con criterios mayores con una puntuación de 10 por criterios clínicos. **Resultados y conclusiones:** luego instaurar tratamiento óptimo, la paciente es protocolizada para reemplazo aórtico mecánico *St. Jude #22* con adecuada evolución postquirúrgica, así como también buena respuesta al tratamiento reumatológico. Actualmente esta paciente se encuentra dentro del programa de rehabilitación cardíaca. La arteritis de Takayasu es encontrada con mayor frecuencia en el sexo femenino por lo que resulta de vital importancia investigar más allá de la clínica cardíaca que refieren nuestros pacientes durante la consulta. Esta vasculitis es poco común y se encuentra en el grupo de trastornos que causa la inflamación de los vasos sanguíneos, este caso muestra la importancia de un manejo multidisciplinario para el tratamiento de dicha enfermedad y sus probables complicaciones.