

Imagen en cardiología

Compresión cardiaca en un paciente con endoprótesis toracoabdominal

Cardiac compression in a male patient with a thoracoabdominal stent-graft



Sara González Sánchez*, Marta Herrero Gutiérrez e Isabel María Breteau Agote

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

Recibido el 19 de febrero de 2023; Aceptado el 28 de febrero de 2023

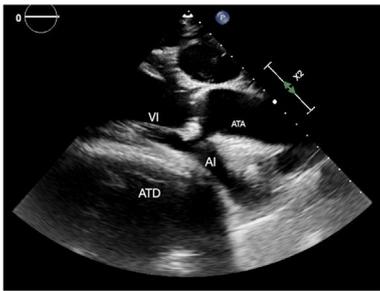


Figura 1.

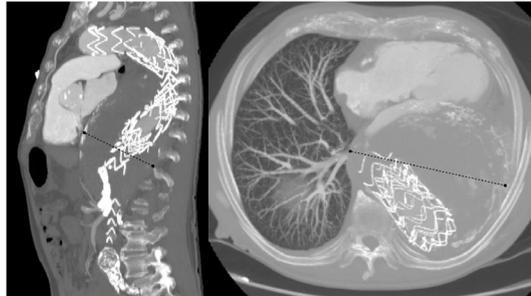


Figura 2.

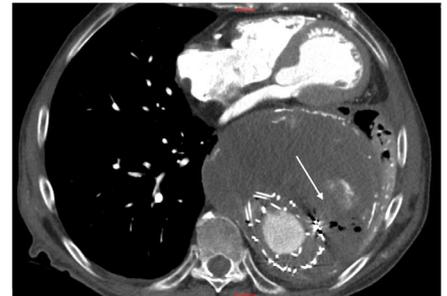


Figura 3.

Varón de 77 años que acudió a urgencias por hemoptisis franca. Había sido intervenido 7 años antes mediante una endoprótesis fenestrada por un aneurisma de aorta toracoabdominal roto, que requirió múltiples reintervenciones por endofugas persistentes y crecimiento progresivo del saco aneurismático en la aorta torácica descendente hasta los 15 cm (figura 1. AI: aurícula izquierda; ATA: aorta torácica ascendente; ATD: aorta torácica descendente; VI: ventrículo izquierdo). Dados el alto riesgo quirúrgico y la imposibilidad técnica para acometer un tratamiento endovascular definitivo, estaba en seguimiento en consultas de cirugía vascular. Seis meses antes había comenzado con disnea de pequeños esfuerzos (*New York Heart Association* [NYHA] II-III) y hemoptisis leve e intermitente. El ecocardiograma mostró una importante alteración de la geometría cardíaca por la impronta del gran saco aneurismático en la pared posterior del ventrículo y la aurícula izquierdas (figura 2). La función sistólica estaba conservada, pero había datos de disfunción diastólica significativa, con aumento de las presiones de llenado del ventrículo y la arteria pulmonar. A su llegada, en la exploración física no se evidenciaron signos de insuficiencia cardíaca, y el electrocardiograma mostraba un ritmo normal sin cambios en el ST. El hematocrito era del 37%. La angiotomografía computarizada toracoabdominal reveló un crecimiento del saco aneurismático (17 cm), compresión de la rama izquierda de la arteria pulmonar y una marcada alteración de la anatomía cardíaca por compresión de la aurícula izquierda. Además se observaba gas en el interior del saco aneurismático, lo que indica la existencia de una fístula aortobronquial (figura 3, flecha). Dada la elevada morbimortalidad de una cirugía abierta, se decidió mantener una actitud conservadora. Se obtuvo el consentimiento informado para la publicación del caso.

FINANCIACIÓN

El presente trabajo no ha sido financiado.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

S. González Sánchez revisó los datos, redactó el manuscrito y seleccionó las imágenes. M. Herrero Gutiérrez ha colaborado en la redacción del manuscrito y el diseño de las imágenes. I.M. Breteau Agote ha colaborado en la redacción del manuscrito y la recopilación de datos.

CONFLICTO DE INTERESES

Sin conflictos de intereses.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: saragonzalezsanchez@gmail.com (S. González Sánchez).

On-line el 14 de marzo de 2023