



13. Secciones emergentes e interdisciplinarias

13.1. Lupus serológicamente activo y clínicamente quiescente se asocia con un aumento de la masa ventricular izquierda

Castro-Sáenz Nailea, Leal-Valdez Alberto, García-Decilos Paola, Gómez-Orozco Patricio, Escobar-Torres Javier Eduardo, Flores-Ramírez Ramiro, Azpiri-López José Ramon, Galarza-Delgado Dionicio Ángel
Servicio de Reumatología, Hospital Universitario «Dr. José E. González». Monterrey, Nuevo León, México.

Introducción: la remisión clínica en el lupus eritematoso sistémico (LES) se considera tradicionalmente un objetivo terapéutico deseable; sin embargo, no está claro si refleja ausencia de afectación cardíaca. Los pacientes con lupus serológicamente activo y clínicamente quiescente (SACQ) constituyen un subgrupo con actividad inmunológica persistente pese a la ausencia de manifestaciones clínicas, lo que plantea si pueden presentarse cambios estructurales cardíacos subclínicos. **Objetivo:** evaluar la asociación entre el estado SACQ y los marcadores ecocardiográficos de estructura y función cardíaca en pacientes con LES en remisión clínica. **Material y métodos:** estudio analítico transversal en pacientes adultos (≥ 18 años) con LES según criterios EULAR/ACR 2019, en remisión clínica. Se clasificaron como SACQ (actividad serológica persistente: anti-ADN de doble cadena elevado y/o hipocomplementemia, sin actividad clínica) o remisión completa. Se realizó ecocardiograma transtorácico estandarizado; el desenlace principal fue el índice de masa ventricular izquierda (LVMI),

Tabla 13.1.1: Características basales de los participantes.

Variable	Remisión completa (n = 29)	SACQ (n = 14)	Valor de p
Edad, años	40.2 $\pm$ 13.7	37.4 $\pm$ 13.3	0.534
Sexo femenino, n (%)	24 (82.8)	14 (100)	0.098
Duración del LES, años	7.7 $\pm$ 6.0	10.4 $\pm$ 5.3	0.152
Nefritis lúpica, n (%)	6 (20.7)	4 (28.6)	0.566
Hipertensión arterial, n (%)	5 (17.2)	3 (21.4)	0.741
Diabetes mellitus, n (%)	0 (0)	1 (7.1)	0.145
Dislipidemia, n (%)	7 (24.1)	1 (7.1)	0.180
Obesidad, n (%)	4 (13.8)	2 (14.3)	0.965
Tabaquismo activo, n (%)	4 (13.8)	3 (21.4)	0.525
Uso de hidroxiquina, n (%)	24 (82.8)	13 (92.9)	0.371
Uso de prednisona, n (%)	18 (62.1)	9 (64.3)	0.888

Los valores se presentan como media $\pm$ desviación estándar o n (%). Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante la prueba t de Student para variables continuas y pruebas de chi-cuadrado para variables categóricas. Abreviaturas: SACQ: serológicamente activo y clínicamente quiescente; LES: lupus eritematoso sistémico.

Tabla 13.1.2: Hallazgos ecocardiográficos.

Variable	Remisión completa	SACQ	Valor de p
FEVI %	60.6 $\pm$ 7.0	57.1 $\pm$ 6.8	0.123
Relación E/e'	6.19 $\pm$ 1.64	6.83 $\pm$ 2.64	0.335
Índice de volumen auricular izquierdo, mL/m ²	23.13 $\pm$ 7.82	23.11 $\pm$ 7.07	0.994
Índice de masa ventricular izquierda, g/m ²	56.1 $\pm$ 18.5	70.8 $\pm$ 26.8	0.042
Grosor relativo de la pared ventricular	0.360 $\pm$ 0.108	0.330 $\pm$ 0.095	0.385

Los valores se presentan como media $\pm$ desviación estándar. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante la prueba t de Student. Abreviaturas: SACQ: serológicamente activo y clínicamente quiescente; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

Tabla 13.1.3: Análisis de regresión lineal multivariable.

Desenlace	β (SACQ)	IC del 95%	Valor de p
FEVI	-3.47	-8.41 a 1.47	0.163
Relación E/e'	0.74	-0.56 a 2.04	0.256
Índice de volumen auricular izquierdo (LAVI)	1.24	-4.15 a 6.63	0.645
Índice de masa ventricular izquierda (LVMI)	16.43	3.36 a 29.50	0.015
Grosor relativo de la pared ventricular	-0.04	-0.11 a 0.03	0.225

Los modelos de regresión lineal multivariable se ajustaron por edad, hipertensión y duración del LES. Abreviaturas: SACQ: serológicamente activo y clínicamente quiescente; LES: lupus eritematoso sistémico; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

y los secundarios el índice de volumen auricular izquierdo (LAVI), la relación E/e' y la FEVI. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética e Investigación institucional y se realizó conforme a las Buenas Prácticas Clínicas y los principios éticos aplicables. **Análisis estadístico:** las variables continuas se compararon mediante prueba t de Student y las categóricas mediante χ^2 . Se emplearon modelos de regresión lineal multivariable ajustados por edad, hipertensión y duración del LES. **Resultados:** se incluyeron 43 pacientes (SACQ: n = 14; remisión completa: n = 29), con características basales comparables entre grupos (**Tabla 13.1.1**). Los pacientes con SACQ presentaron un LVMI significativamente mayor que aquellos en remisión completa (70.8 $\pm$ 26.8 vs. 56.1 $\pm$ 18.5 g/m²; p = 0.042). En el análisis multivariable ajustado, el estado SACQ permaneció asociado de forma independiente con mayor LVMI (β = 16.43; IC95%: 3.36-29.50; p = 0.015). No se observaron asociaciones significativas con FEVI, LAVI, relación E/e' ni grosor relativo de la pared ventricular (**Tablas 13.1.2 y 13.1.3**). **Conclusiones:** la remisión clínica en LES podría no reflejar ausencia de afectación cardíaca. El estado SACQ se asocia con mayor índice de masa ventricular izquierda, lo que sugiere remodelado subclínico del ventrículo izquierdo pese a la preservación de los

parámetros funcionales convencionales. Estos hallazgos indican que los pacientes con SACQ podrían representar un grupo de mayor riesgo de desarrollar afección cardíaca temprana.

13.2. Incidencia de comorbilidades cardiometabólicas en artritis reumatoide según fenotipos inflamatorios-lipídicos persistentes

Leal-Valdez Alberto, Azpiri-López José Ramón, Galarza-Delgado Dionicio Ángel, Flores-Ramírez Ramiro, Carrizales-Sepúlveda Edgar Francisco, Castro-Sáenz Nailea
Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León, México.

Introducción: los pacientes con artritis reumatoide (AR) presentan un mayor riesgo de desarrollar comorbilidades cardiometabólicas, debido tanto a factores de riesgo cardiovascular (CV) tradicionales como a la inflamación sistémica crónica. Las elevaciones persistentes de marcadores inflamatorios o niveles lipídicos a lo largo del tiempo pueden identificar fenotipos de riesgo cardiometabólico específicos; sin embargo, en la práctica clínica habitual, aún no se ha caracterizado completamente su asociación con la incidencia de comorbilidades cardiometabólicas. El objetivo fue evaluar la incidencia de comorbilidades cardiometabólicas en una cohorte longitudinal de AR estratificada según fenotipos inflamatorios-lipídicos persistentes, basados en mediciones seriadas de hs-CRP y LDL-C. **Material y métodos:** estudio observacional longitudinal con pacientes adultos con AR sin enfermedad cardiovascular establecida, quienes fueron seguidos en una clínica de cardiología preventiva. Los fenotipos persistentes se definieron mediante mediciones basales y de seguimiento de la siguiente manera: hs-CRP persistente ≥ 1 mg/L, LDL-C persistente ≥ 100 mg/dL, elevación combinada persistente de hs-CRP y LDL-C, y control persistente de ambos parámetros. Las comorbilidades cardiometabólicas incidentes incluyeron hipertensión de nueva aparición, diabetes mellitus, dislipidemia o empeoramiento de la categoría del índice de masa corporal (IMC). **Análisis estadístico:** las variables categóricas se compararon mediante pruebas de χ^2 . Los análisis fueron exploratorios. **Resultados:** entre los 33 pacientes con datos longitudinales completos, aquellos con hs-CRP persistente ≥ 1 mg/L tendían a ser más jóvenes que aquellos con fenotipos relacionados con lípidos, mientras que otras características basales fueron en general comparables entre los grupos. En general, el 30.3% desarrolló al menos una comorbilidad cardiometabólica durante el seguimiento. Los pacientes con un fenotipo de LDL-C persistente ≥ 100 mg/dL mostraron una incidencia numéricamente mayor del criterio de valoración cardiometabólico compuesto (44.4%), en comparación con aquellos con hs-CRP persistente ≥ 1 mg/L (27.3%) y aquellos con control persistente de ambos parámetros (25.0%) ($p = 0.684$). La diabetes mellitus incidente se observó exclusivamente en pacientes con LDL-C persistente ≥ 100 mg/dL (22.2%), mientras que la hipertensión y la dislipidemia incidentes fueron infrecuentes y se distribuyeron entre los fenotipos. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los resultados cardiometabólicos individuales ni en los cambios en la categoría de IMC entre los fenotipos (Tabla 13.2.1). **Conclusiones:** en esta cohorte exploratoria longitudinal de artritis reumatoide, la incidencia de comorbilidad cardiometabólica difirió entre los fenotipos inflamatorios y lipídicos. A pesar de la inflamación sistémica persistente, los pacientes con un fenotipo inflamatorio residual presentaron una menor incidencia de comorbilidades cardiometabólicas en comparación con aquellos

Tabla 13.2.1: Incidencia de comorbilidades cardiometabólicas según los fenotipos inflamatorio-lipídicos persistentes en la artritis reumatoide.

Phenotype	Patients (n)	Hypertension n (%)	Diabetes mellitus n (%)	Dyslipidemia n (%)	BMI category worsening n (%)	≥ 1 cardiometabolic comorbidity n (%)
Persistent hs-CRP ≥ 1 mg/L	11	1 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (18.2)	3 (27.3)
Persistent hs-CRP ≥ 1 mg/L and LDL-C ≥ 100 mg/dL	1	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Persistent LDL-C ≥ 100 mg/dL	9	1 (11.1)	2 (22.2)	1 (11.1)	2 (22.2)	4 (44.4)
Persistent control of hs-CRP and LDL-C	12	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (8.3)	2 (16.7)	3 (25.0)
Total	33	2 (6.1)	2 (6.1)	2 (6.1)	6 (18.2)	10 (30.3)

Persistent phenotypes were defined using both baseline and follow-up measurements of hs-CRP and LDL-C.

con un fenotipo impulsado por lípidos, lo que subraya la relevancia de la dislipidemia más allá de la inflamación. Si bien este estudio presenta limitaciones debido al tamaño de la muestra y las tasas de eventos dentro de los subgrupos fenotípicos, proporciona evidencia longitudinal de que la fenotipificación inflamatoria-lipídica puede ayudar a contextualizar las trayectorias de riesgo cardiometabólico en pacientes con artritis reumatoide sometidos a atención preventiva estructurada.

13.3 Endocarditis infecciosa multivalvular y de vena cava superior por *Staphylococcus aureus* con diseminación a sistema nervioso central resuelta con tratamiento conservador

González-Lee Chong, Mirel del Rosario Fátima, Vidal-Morales Gildardo, Figueroa-Zariñana Víctor Hugo, Jiménez-Santiago Jaime Alejandro
Hospital Regional de Alta Especialidad «Dr. Ignacio Morones Prieto». San Luis Potosí, México.

Introducción: la endocarditis infecciosa (EI) por *Staphylococcus aureus* conlleva alta mortalidad por destrucción tisular y embolismo sistémico. La afección concomitante del sistema nervioso central empeora el pronóstico. Las guías ESC 2023 indican cirugía urgente ante afección multivalvular o vegetaciones >10 mm con eventos embólicos. Se presenta la resolución ecocardiográfica y neurológica de una EI estafilocócica multivalvular y de vena cava superior (VCS) manejada con antibioticoterapia debido a inaccesibilidad quirúrgica. **Descripción del caso:** hombre de 39 años, usuario de drogas intravenosas y catéter de hemodiálisis. Ingresó con choque séptico y bacteriemia por *S. aureus* meticilino-sensible, desarrollando embolismo y meningitis séptica. El ecocardiograma transesofágico (ETE) reveló válvula aórtica bicúspide con vegetación sésil (0.8×0.5 cm) en valva posterior e insuficiencia aórtica ligera-moderada; válvula mitral con vegetación en cara auricular anterior A2-A3 (0.7×0.5 cm) y VCS con macrovegetación adherida (3.9×1.5 cm). Ante la imposibilidad de traslado quirúrgico urgente por saturación hospitalaria, recibió antibioticoterapia endovenosa prolongada. Un ETE a las 10 semanas confirmó reabsorción total de las masas, sin daño estructural ni disfunción residual (Figuras 13.3.1 y 13.3.2). **Material y métodos:** búsqueda en PubMed a partir de los términos «((Endocarditis[Title]) AND (Meningitis[Title])) AND (Staphylococcus aureus[Title])». Se consideraron reportes de los últimos 10 años. Se identificaron dos reportes de caso de EI en válvula nativa con

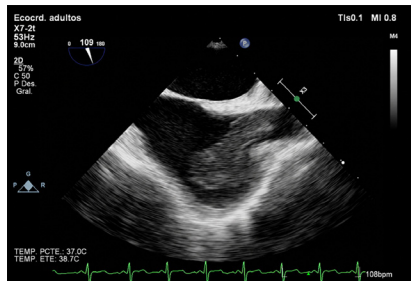


Figura 13.3.1: Ecocardiograma transefágico multiplanar a nivel de las cavas. Vegetación de 3.92×1.55 cm implantada en la pared de la vena cava superior, con prolapso hacia la aurícula derecha.

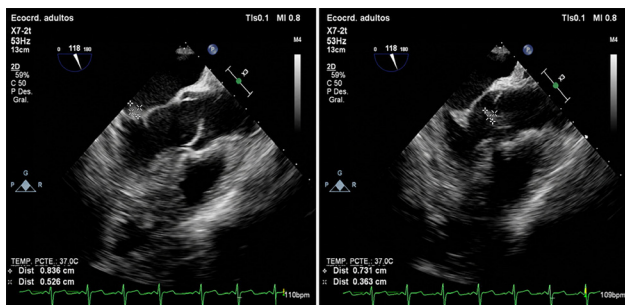


Figura 13.3.2: Ecocardiograma transefágico. Vegetación de 0.8×0.5 cm en la superficie ventricular de la valva no coronaria de la válvula aórtica, así como vegetación en la superficie auricular de la valva anterior de la válvula mitral.

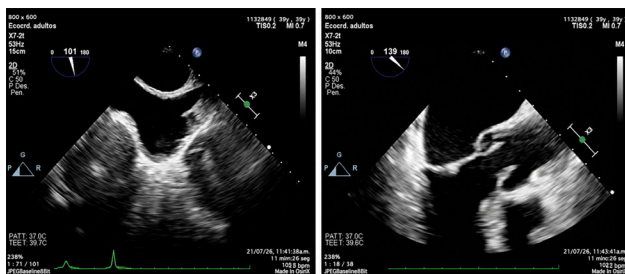


Figura 13.3.3: Ecocardiograma transefágico. Vista de venas cavas y tres cavidades, sin vegetaciones.

meningitis por *S. aureus*, subrayando la rareza anatómica y justificando documentar un desenlace estructural exitoso exclusivo con manejo médico. **Resultados y conclusiones:** tras 10 semanas de antibioterapia dirigida exclusiva, se logró la resolución neurológica íntegra. El ETE constató la erradicación de las vegetaciones, sin disfunción hemodinámica ni daño estructural (Figura 13.3.3). En conclusión, aunque las directrices internacionales exigen cirugía urgente ante endocarditis estafilocócica multivalvular complicada con macrovegetaciones y embolismo sistémico, una terapia antimicrobiana estricta y prolongada puede inducir una restitución anatomofuncional completa. Este caso evidencia la efectividad extraordinaria del manejo conservador como estrategia de rescate en escenarios con limitaciones para derivación a tercer nivel.

13.4 Tumor atrial izquierdo recidivante: identificación de sarcoma primario sinovial monofásico atrial a través de inmunohistoquímica

Razo-Sarabia Iván

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades No. 1 del Centro Médico Nacional del Bajío, IMSS. León, Guanajuato, México.

Introducción: los tumores cardíacos primarios son infrecuentes: 75% son benignos y 25% malignos. El sarcoma sinovial es una neoplasia mesenquimatosa que puede originarse en cualquier parte del cuerpo; posee una translocación cromosómica específica que da lugar al oncogén de fusión SS18-SSX. Su presentación cardíaca representa menos del 5 % de los sarcomas cardíacos primarios.

Descripción del caso: masculino de 26 años, sin antecedentes relevantes, con disnea progresiva, hemoptisis, pérdida ponderal e hiporexia desde enero de 2024. La tomografía torácica y el ecocardiograma mostraron un tumor que ocupaba la totalidad de la

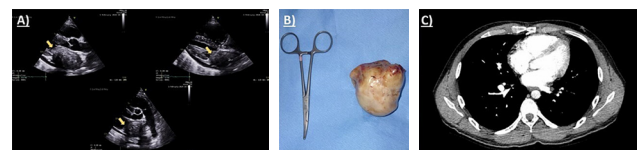


Figura 13.4.1: Imágenes correspondientes a primer hospitalización. **A)** Ecocardiograma transtorácico, eje largo paraesternal y eje corto a nivel de grandes vasos, visualizando tumor dentro de atrio izquierdo de dimensiones aproximadas de 63×44 mm. **B)** Imagen de pieza quirúrgica posterior a primer resección. **C)** TAC simple y contrastada de tórax, corte axial sin imagen sugestiva de crecimiento tumoral.

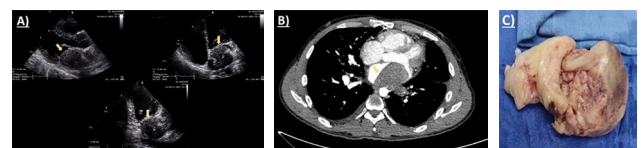


Figura 13.4.2: Imágenes correspondientes a primer recidiva de tumor. **A)** Ecocardiograma transtorácico, eje largo paraesternal, 4 cámaras y 2 cámaras, visualizando tumor dentro de atrio izquierdo de dimensiones aproximadas de 49×53 mm. **B)** TAC simple y contrastada de tórax, corte axial que muestra tumor de dimensiones de $60 \times 42 \times 55$ mm con extensión a vena pulmonar superior izquierda y cadena ganglionar mediastinal. **C)** Imagen de pieza quirúrgica correspondiente a segunda resección.

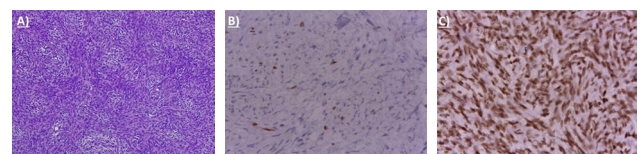


Figura 13.4.3: Imágenes correspondientes a cortes histopatológicos de segunda pieza quirúrgica. **A)** Tinción hematoxilina y eosina, aumento 10x, se observan haces entrecruzados de elementos fusiformes. **B)** Inmunohistoquímica con positividad focal para SSX-18. **C)** Inmunohistoquímica con positividad para TLE-1 con patrón nuclear y difuso.



Figura 13.4.4: TAC simple y contrastada de tórax, corte axial que muestra segunda recidiva de tumor atrial con extensión a venas pulmonares.

Tabla 13.4.1: Serie de marcadores inmunohistoquímicos positivos y negativos recortados por el departamento de patología en primer hospitalización y en recidiva de tumor.

Marcadores inmunohistoquímicos negativos	Marcadores inmunohistoquímicos positivos
Miogenina	CD99 membranoso y citoplasmático
S-100	AML Citoplasmático
MYODI	SSX18 Nuclear focal
DESMINA	TLE-1 Nuclear Intenso Difuso
H-CALDESMON	BCL-2 Citoplasmático difuso

aurícula izquierda. Se realizó resección quirúrgica (Figura 13.4.1); la histopatología e inmunohistoquímica confirmaron sarcoma sinovial monofásico (Tabla 13.4.1). Recibió cinco ciclos de docetaxel-gemcitabina, logrando remisión en noviembre de 2024. En marzo de 2025 se documentó recidiva y se efectuó una segunda resección (Figura 13.4.2), con inmunofenotipo concordante (Figura 13.4.3). **Material y métodos:** búsqueda narrativa, sin restricción temporal, en PubMed/MEDLINE y ScienceDirect. Se combinaron, mediante AND y OR, los términos: «Sarcoma, Synovial», «Heart Neoplasms», «primary cardiac synovial sarcoma», «cardiac synovial sarcoma» y «SS18-SSX fusión». **Resultados y conclusiones:** posterior al tratamiento quirúrgico, el paciente presentó fracaso en terapia sistémica adyuvante por nueva recidiva (Figura 13.4.4). El sarcoma sinovial, una neoplasia agresiva y de pronóstico desfavorable, se clasifica en monofásico, bifásico y poco diferenciado. La variante monofásica, la más frecuente en estos casos, puede expresar TLE1, BCL2, CD99, vimentina, EMA y citoqueratinas, marcadores sin especificidad absoluta. El anticuerpo específico SS18-SSX tiene sensibilidad de 87-95% y especificidad cercana al 100% para el diagnóstico, y pueden existir resultados discordantes con estudios moleculares como FISH o PCR. Este caso ilustra una localización excepcional, con comportamiento agresivo y recurrencias sucesivas.

13.5. Impacto del almacenamiento de concentrados eritrocitarios sobre el potasio sérico postransfusional en pacientes cardiovasculares

Cañez-Hernández Mariana, Castillo-Albarrán Fatima, Mendieta-Bautista Edwin

UMAE Hospital de Cardiología Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, México.

Introducción: el almacenamiento de los concentrados eritrocitarios (CE) induce lesiones bioquímicas y morfológicas conocidas como lesiones por almacenamiento, caracterizadas por la acumulación progresiva de potasio en el sobrenadante. Aunque este fenómeno ha sido ampliamente descrito, existe poca evidencia sobre su repercusión clínica en pacientes con enfermedad cardiovascular.

Objetivo: evaluar la asociación entre el tiempo de almacenamiento de los CE, la concentración de potasio del componente y la evolución del potasio sérico posterior a la transfusión en pacientes con enfermedad cardiovascular. **Material y métodos:** se realizó un estudio observacional retrospectivo en pacientes adultos transfundidos en un hospital de cardiología, clasificados según el tiempo de almacenamiento del CE (0-13, 14-27 y 28-42 días). Se analizaron las concentraciones séricas de potasio antes y después de la transfusión, la frecuencia de hiperkalemia y la correlación entre los días de almacenamiento y el cambio del potasio sérico. Estos resultados se integraron con un análisis previo de CE del mismo centro, en el que se determinó la concentración de potasio del componente de acuerdo con el tiempo de almacenamiento. **Análisis estadístico:** se realizó un análisis descriptivo. Las diferencias de las concentraciones de potasio entre grupos fueron evaluadas mediante Kruskal-Wallis, mientras que, para la asociación entre los niveles de potasio y los días de almacenamiento, se utilizó correlación de Spearman; considerándose como significativo $p < 0.05$. **Resultados:** el potasio del

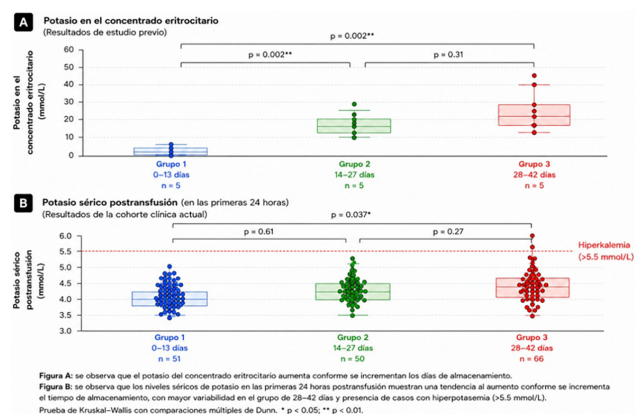


Figura 13.5.1: Del concentrado eritrocitario al paciente: relación entre el potasio del componente y el potasio sérico postransfusional.

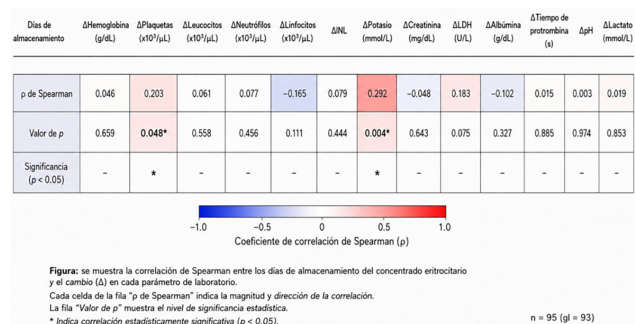


Figura 13.5.2: Correlación entre los días de almacenamiento del concentrado eritrocitario y el cambio en los parámetros de laboratorio.

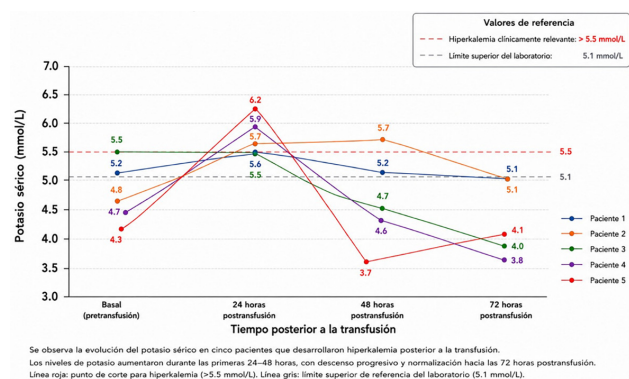


Figura 13.5.3: Evolución del potasio sérico en pacientes con hiperkalemia posterior a la transfusión ($K > 5.5$ mmol/L).

CE aumentó progresivamente conforme transcurría el tiempo de almacenamiento. En la cohorte clínica, el incremento del potasio sérico posterior a la transfusión mostró una correlación positiva con los días de almacenamiento, particularmente en los concentrados de mayor antigüedad. La frecuencia de hiperkalemia fue mayor en los pacientes transfundidos con unidades almacenadas ≥ 28 días (uno de cada ocho pacientes transfundidos); sin embargo, los episodios fueron transitorios, normalizando sus concentraciones séricas entre las 48 y 72 horas posteriores a la transfusión (Figuras 13.5.1-13.5.3).

Conclusiones: los hallazgos encontrados en este estudio sugieren que las alteraciones bioquímicas desarrolladas durante el almacenamiento del CE tienen una repercusión medible en el receptor. Se requieren estudios prospectivos con mayor tamaño de muestra para determinar su impacto clínico en poblaciones de alto riesgo.

13.6. Endocarditis infecciosa por *Streptococcus pseudoporcinus* con ruptura valvular e infartos esplénicos: reporte de caso

Figueroa-Zariñana Víctor Hugo,
Vidal-Morales Gildardo, González-Lee Chong Fátima Mirel del Rosario,
Jiménez-Santiago Jaime Alejandro
Hospital Regional de Alta Especialidad «Dr. Ignacio Morones Prieto». San Luis Potosí, México.

Introducción: *Streptococcus pseudoporcinus* es un estreptococo β -hemolítico descrito principalmente como colonizante del tracto genitourinario femenino y reconocido como patógeno oportunista es excepcional, con escasos casos publicados.

Descripción del caso: hombre de 30 años con antecedente de consumo de metanfetaminas y cocaína, procedimiento odontológico seis meses antes y evento vascular cerebral isquémico un año previo. Presentó fiebre intermitente de dos meses, náuseas, cefalea, dolor precordial, edema de miembros inferiores y parestias. Se documentó fiebre, soplo sistólico mitral y aórtico, edema de miembro torácico izquierdo y acropaquias. Los hemocultivos aislaron *S. pseudoporcinus*, por lo que se ajustó antibioticoterapia a penicilina G cristalina y gentamicina. Los estudios de imagen evidenciaron miositis del antebrazo, cardiomegalia, hepatoesplenomegalia e infartos esplénicos múltiples. El ecocardiograma transesofágico mostró vegetación mitral de 1.5×0.6 cm, ruptura y prolapso valvular aórtico, con regurgitación leve.

Debido a la destrucción valvular y al tamaño de la vegetación, fue referido para tratamiento quirúrgico (Figuras 13.6.1-13.6.3). **Material y métodos:** se realizó una búsqueda en PubMed mediante: («*Streptococcus pseudoporcinus*»[Supplementary Concept] OR «*Streptococcus pseudoporcinus*»[tiab] AND (endocarditis[tiab] OR «infective endocarditis»[tiab] OR «Endocarditis»[Mesh])). Se revisaron además las referencias de los artículos recuperados. **Resultados y conclusiones:** se identificaron cinco casos publicados de endocarditis infecciosa por *S. pseudoporcinus*. Predominaron en hombres, con afectación de válvulas izquierdas y frecuente necesidad de reemplazo valvular (Tabla 13.6.1). Nuestro caso destaca por afectación bivalvular, embolización esplénica y tratamiento quirúrgico, reforzando que *S. pseudoporcinus* debe considerarse un patógeno potencialmente invasivo cuando se aísla en hemocultivos.

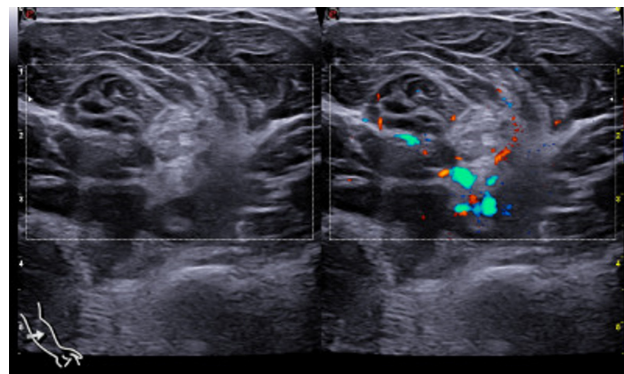


Figura 13.6.1: Ultrasonido de tejidos blandos de antebrazo. Miositis del compartimento flexor del antebrazo.

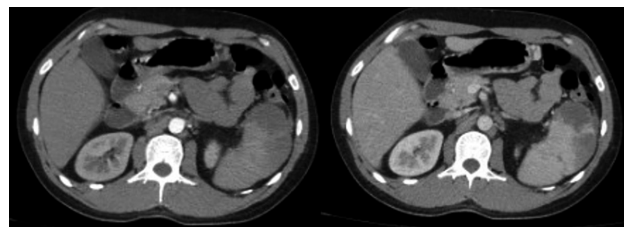


Figura 13.6.2: Tomografía abdominal con hepatoesplenomegalia e infartos esplénicos.

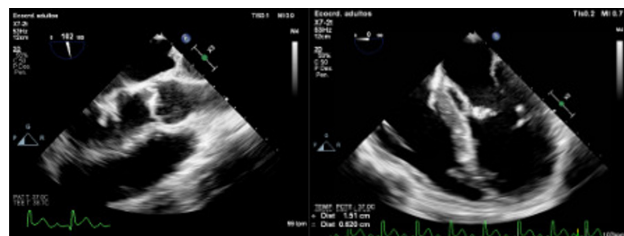


Figura 13.6.3: Izquierda: vegetación en la sigmoidea no coronaria. Derecha: ecocardiograma transesofágico con vista de cuatro cámaras con vegetación en el borde libre de la valva anterior de 1.5×0.6 cm.

Tabla 13.6.1: Hallazgos en la búsqueda bibliográfica.

Autor	Sexo	Edad	Hallazgos ecocardiográficos	Recambio valvular	Desenlace
Khan et al.	H	81	Ecogenicidad móvil en la cúspide coronaria derecha de la válvula aórtica y ecogenicidad móvil en la válvula mitral	No	Defunción
Hai et al.	H	40	Vegetación de 4 - 5 mm en la válvula aórtica	Sí	Egreso
Fang y Gandhi	H	77	Vegetación en válvula mitral	Sí	Referido
Birlutiu et al.	H	63	Dos vegetaciones de 15 y 12 mm en válvula mitral	Sí	Egreso
Akagi et al.	H	40	Vegetación de 1.7 x 1.2 cm en válvula pulmonar	No	Egreso
1. H: hombre.					

13.7. Embolia aérea venosa iatrogénica con aire en el ventrículo derecho durante angiотomografía: manejo con maniobra de Durant

Bonilla-Ramírez José Alejandro, Betancourt-Valerio Gabriela Abigail, Cortez-Méndez Cesar Oliver, González-Arroyave Emilio, Lugo-Pérez Salvador, Perales-Rendon Leonardo Elihu Hospital Universitario «Dr. José Eleuterio González». Monterrey, Nuevo León, México.

Introducción: la embolia aérea venosa por inyección automatizada de contraste es una complicación iatrogénica infrecuente, pero potencialmente grave cuando el aire se acumula en las cavidades derechas y compromete el tracto de salida ventricular. **Descripción del caso:** hombre de 68 años con fibrilación auricular, diabetes 2, hipertensión arterial y ERC, quien ingresó por angina, disnea súbita y FA de respuesta ventricular rápida. Ante una puntuación de Wells de 4.5 y sospecha de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, se realizó angiотomografía torácica con protocolo de doble descarte. Durante la administración del contraste ocurrió una falla del inyector, con entrada inadvertida de aire por vía venosa. La tomografía mostró aire intracavitario en el ventrículo derecho (Figura 13.7.1). Se inició inmediatamente oxígeno al 100%, decúbito lateral izquierdo y posición de Trendelenburg, correspondientes a la maniobra de Durant. El ecocardiograma documentó fracción de expulsión ventricular izquierda de 25%, alteraciones segmentarias, ventrículo derecho no dilatado, cambio fraccional del área de 41% y baja probabilidad de hipertensión pulmonar. A las 48 horas, la tomografía de control no evidenció aire residual. El abordaje paralelo confirmó infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST. La coronariografía mostró oclusión total crónica de la descendente anterior, enfermedad grave de la coronaria derecha con lesión distal de 99% y enfermedad moderada de la circunfleja, con SYNTAX I de 38.5. Posteriormente, se realizó intervención coronaria percutánea de la coronaria derecha y la descendente anterior. La identificación inmediata del aire intracardiaco permitió instaurar tratamiento conservador oportuno. La desaparición tomográfica ocurrió tras oxígeno al 100% y maniobra de Durant, aunque no puede atribuirse causalidad a una intervención aislada. **Conclusión:** el caso subraya la necesidad de verificar los sistemas de inyección, reconocer tempranamente la embolia aérea venosa y documentar su resolución mediante imagen.

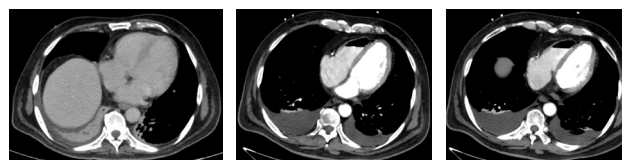


Figura 13.7.1: Tomografía.

13.8. Dolor torácico y disnea en paciente hematológico: reporte de caso de síndrome torácico agudo

Ruz-Martin Saúl A, López-Castro Hugo A de J, Burgos-Arcique Valentina Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional «Ignacio García Téllez», Instituto Mexicano del Seguro Social. Mérida, Yucatán, México.

Introducción: la anemia de células falciformes deriva de una mutación en el cromosoma 11. La sustitución de un aminoácido de ácido glutámico por valina altera la estructura de la hemoglobina, generando «hemoglobina S» (HbS), asociada a crisis vasooclusivas. El síndrome torácico agudo (STA) es una complicación potencialmente mortal. **Descripción del caso:** femenino de 36 años, antecedente de anemia drepanocítica. Ingresa por embarazo de 34.1 SDG, para realización de cesárea por oligohidramnios. En el postoperatorio presenta disnea súbita, dolor torácico, desaturación hasta 90%, taquicardia y diaforesis. Ante la sospecha de síndrome coronario agudo y/o tromboembolia pulmonar (TEP), se solicita dímero D (675), troponinas de alta sensibilidad (< 0.010), electrocardiograma sin alteraciones (Figura 13.8.1), ECOTT (ventrículos derecho e izquierdo de características normales, relación VD/VI 0.65, signo de McConnell negativo) y TAC tórax (Figuras 13.8.2 y 13.8.3), integrándose el diagnóstico de STA. Ingres a UCI con niveles de hemoglobina 7.2 mg/dl, requiriendo transfusión de concentrados eritrocitarios; presenta mejoría clínica (Hb 9.8 mg/dl), sin requerimiento de oxígeno suplementario, adecuada analgesia, sin evidencia de proceso infeccioso ni lesión miocárdica aguda, por lo que se egresa a piso. **Discusión:** el STA es una forma de lesión pulmonar aguda ocasionada por eventos vasooclusivos pulmonares; se presenta con dolor torácico y disnea, pudiendo simular en presentación a un síndrome coronario agudo o TEP. El STA puede progresar rápidamente a un síndrome de distrés respiratorio. El abordaje integral es esencial para prevenir complicaciones crónicas como la hipertensión pulmonar. **Resultados y conclusiones:** el STA es una complicación potencialmente mortal, que puede presentarse de

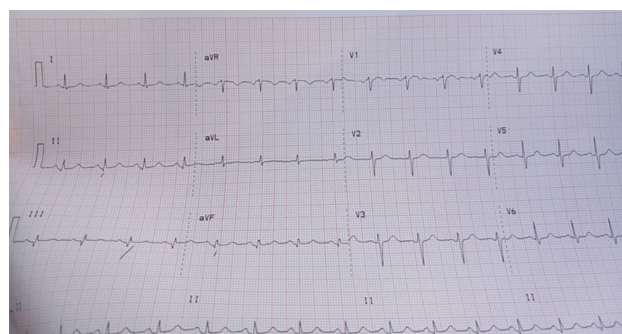


Figura 13.8.1: Electrocardiograma de 12 derivaciones.



Figura 13.8.2: Tomografía de tórax de alta resolución, corte coronal, en donde se identifica consolidación pulmonar bilateral.

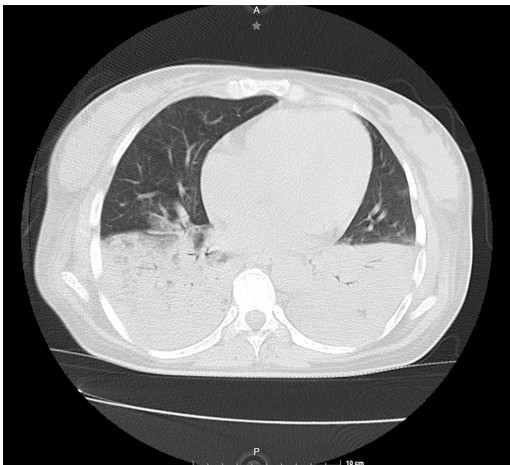


Figura 13.8.3: Tomografía de tórax de alta resolución, corte axial, en donde se identifica consolidación pulmonar bilateral y atelectasias bibasales.

forma súbita con disnea y dolor torácico, ameritando el descarte de complicaciones cardiovasculares.

13.9. Predicción del riesgo cardiovascular en lupus eritematoso sistémico: comparación de PREVENT y SLECRISK con aterosclerosis carotídea

Castro-Sáenz Nailea, Leal-Valdez Alberto, García-Decilos Paola, Gómez-Orozco Patricio, Patron-Arenas Kevin, Flores-Ramírez Ramiro, Azpiri-López José Ramón, Galarza-Delgado Dionicio Ángel Servicio de Reumatología, Hospital Universitario «Dr. José E. González». Monterrey, Nuevo León, México.

Introducción: los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) presentan mayor riesgo de enfermedad cardiovascular prematura, no capturado completamente por las herramientas tradicionales de predicción de riesgo. La estratificación precisa continúa siendo una necesidad relevante en esta población. **Objetivo:** comparar el desempeño de PREVENT y SLECRISK, calculadoras de riesgo cardio-

vascular general y específica para LES, utilizando la placa carotídea y el grosor íntima-media carotídeo (CIMT) como marcadores de aterosclerosis subclínica. **Material y métodos:** estudio transversal en 69 pacientes (≥ 18 años) con LES según criterios EULAR/ACR 2019. El riesgo cardiovascular se estimó con PREVENT y SLECRISK; por la restricción de edad de PREVENT (≥ 30 años), solo pudo aplicarse a 50 pacientes. Se realizó ultrasonido carotídeo para evaluar CIMT y placa carotídea como medidas de referencia del riesgo subclínico. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética e Investigación institucional y se realizó conforme a las Buenas Prácticas Clínicas y los principios éticos aplicables. **Análisis estadístico:** correlaciones de Spearman entre las puntuaciones de riesgo y el CIMT, y modelos de regresión logística univariada y ajustada por edad para evaluar la asociación de cada calculadora con placa carotídea, calculando OR y AUC. **Resultados:** se identificó placa carotídea en 13 pacientes (18.8%). Entre los 50 pacientes con ambas calculadoras, SLECRISK reclasificó a 39 (78.0%) a mayor riesgo respecto a PREVENT, 10 (20.0%) permanecieron igual y 1 (2.0%) bajó de categoría. PREVENT correlacionó modestamente con CIMT ($p = 0.369$, $p = 0.008$); SLECRISK no mostró correlación significativa ($p = 0.049$, $p = 0.690$). Ambas puntuaciones se asociaron con placa carotídea en regresión univariada (PREVENT: OR 1.83, $p = 0.024$, AUC = 0.685; SLECRISK: OR 1.21, $p = 0.048$, AUC = 0.647), pero perdieron significancia tras ajuste por edad (PREVENT: $p = 0.273$; SLECRISK: $p = 0.249$) (Tablas 13.9.1 y 13.9.2). **Conclusiones:** PREVENT y SLECRISK mostraron capacidad modesta para identificar aterosclerosis subclínica en LES. La imposibilidad de aplicar

Tabla 13.9.1: Características demográficas y clínicas (N = 69).

Variable	Valor
Edad, años (media $\pm$ DE)	39.1 $\pm$ 13.0 (rango 20–67)
Sexo femenino, n (%)	64 (92.8%)
Duración del LES, años (media $\pm$ DE)	8.8 $\pm$ 8.2
SLEDAI (media $\pm$ DE)	9.5 $\pm$ 10.9
IMC, kg/m ² (media $\pm$ DE)	26.9 $\pm$ 5.1
Tabaquismo activo, n (%)	4 (5.8%)
Diabetes mellitus, n (%)	7 (10.1%)
Hipertensión arterial, n (%)	18 (26.1%)
Dislipidemia, n (%)	15 (21.7%)
Obesidad, n (%)	16 (23.2%)
Tratamiento	
Prednisona, n (%)	42 (60.9%)
Hidroxicloroquina, n (%)	60 (87.0%)
Metotrexato, n (%)	23 (33.3%)
Terapia biológica, n (%)	2 (2.9%)
IECA/ARA-II, n (%)	28 (40.6%)
Estatinas, n (%)	28 (40.6%)

Tabla 13.9.2: Comparación entre PREVENT y SLECRISK.

* Porcentajes calculados sobre los 50 pacientes en quienes sí fue posible aplicar PREVENT (no sobre el total de 69).

Variable	PREVENT	SLECRISK
Pacientes elegibles para el cálculo	50/69 (72.5%)	69/69 (100%)
Bajo riesgo	44 (88.0%)*	13 (18.8%)
Límite	4 (8.0%)*	—
Intermedio	2 (4.0%)*	48 (69.6%)
Alto	0 (0%)*	8 (11.6%)
Correlación con CIMT (Spearman ρ)	0.369 ($p=0.008$)	0.049 ($p=0.690$)
Asociación con placa carotídea	OR 1.83, $p=0.024$	OR 1.21, $p=0.048$
AUC para placa carotídea	0.685	0.647

*Porcentajes calculados sobre los 50 pacientes en quienes sí fue posible aplicar PREVENT (no sobre el total de 69).

PREVENT al 27.5% de esta cohorte joven evidencia una limitación relevante, dado que en LES el riesgo cardiovascular se desarrolla a edades más tempranas. Ambas puntuaciones perdieron significancia tras el ajuste por edad, posiblemente por colinealidad entre edad y scores, lo que sugiere valor predictivo limitado más allá de la edad. Se requieren herramientas específicas capaces de estratificar con precisión a pacientes jóvenes con LES.

13.10. Piomiositis paravertebral: una presentación atípica de endocarditis infecciosa

Morales-de la Torre Andrea, de León-Guitierrez Humberto, Beltrán-Aguilar Víctor
Hospital Metropolitano. Monterrey, Nuevo León, México.

Introducción: en la endocarditis infecciosa, los pacientes presentan mayoritariamente manifestaciones extracardíacas, retrasando el diagnóstico. En una serie de 116 pacientes con osteomielitis vertebral, Fragío-Gil y colaboradores encontraron que la mayoría presentó abscesos paravertebrales; señalaron que la presencia concomitante de endocarditis se asoció con peor pronóstico, resaltando la importancia de buscar una etiología cardíaca en este tipo de pacientes.

Descripción del caso: masculino 47 años de edad, antecedente de consumo de alcohol crónico y tabaquismo. Inició padecimiento actual seis días previos a su ingreso al presentar parestesia ascendente bilateral de miembros inferiores que llega hasta nivel de tetillas y paraplejía bilateral de miembros pélvicos. Se realiza TC craneal, descartando proceso isquémico; posteriormente, se realiza RMN de columna donde reportan colección paravertebral dorsal (T1-T7). Recibe valoración por traumatología, quienes realizan lavado quirúrgico y laminectomía descompresiva. Durante su hospitalización, se reportan hemocultivos seriados positivos para *S. aureus* MSSA tratados con vancomicina y ceftriaxona. ETT reportando ausencia de masas, vegetaciones o trombos. Continúa adecuada evolución,

con cumplimiento de esquema antibiótico y es egresado. Tres semanas posteriores, reingresa por presentar fiebre persistente. Se toman hemocultivos con aislamiento de *S. aureus* MRSA, e inicia esquema antibiótico con vancomicina. Se realiza nueva RMN de pelvis que reporta hallazgos compatibles con piomiositis, formación de múltiples abscesos en diversos grupos musculares e involucro de articulación coxofemoral bilateralmente (Figuras 13.10.1 y 13.10.2). **Material y métodos:** se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed con los términos «paravertebral abscess» e «infectious endocarditis», con el objetivo de determinar la frecuencia de esta presentación. Se realizó en idioma inglés, sin limitación de tiempo ni diseño de estudio. **Resultados y conclusiones:** se encontraron diez artículos, entre los cuales se menciona que *S. aureus* es el agente más comúnmente aislado y la zona lumbosacra suele ser la más afectada. Sin embargo, la presentación y el tratamiento no se encuentran claramente descritos.



Figura 13.10.1: RM de pelvis contrastada, secuencia T1, corte coronal. Edema medular con hiperintensidad que compromete ambas cabezas y cuellos femorales (asteriscos), compatible con osteomielitis. Superficie articular coxofemoral, irregular en ambos lados, con datos de desgaste (flechas).

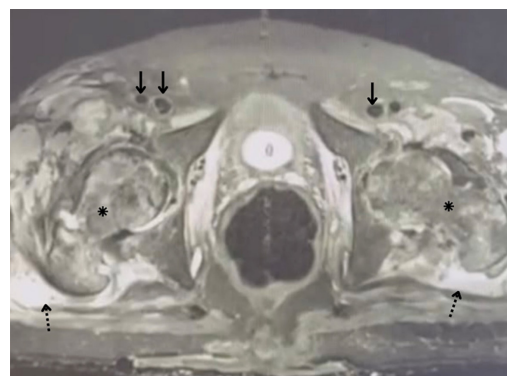


Figura 13.10.2: RM de pelvis contrastada, secuencia T1 con supresión grasa, corte axial. Edema medular con hiperintensidad que compromete ambas cabezas y cuellos femorales (asteriscos). Edema difuso con señal hipertensa en múltiples grupos musculares periarticulares de ambas caderas (flecha punteada). Colecciones satélites con realce periférico (flecha continua).

13.11. Deficiencias en la derivación a cardiología en pacientes con artritis reumatoide y placa carotídea

Leal-Valdez Alberto, Castro-Sáenz Nailea, Galarza-Delgado Dionicio A, Flores-Ramírez Ramiro, Azpiri-López José R
Hospital Universitario «Dr. José E. González».
Monterrey, Nuevo León, México.

Introducción: la artritis reumatoide (AR) incrementa el riesgo cardiovascular (CV). La placa carotídea (PC) identifica aterosclerosis subclínica y un alto riesgo CV. Aunque existen recomendaciones para la prevención CV en enfermedades reumáticas, no hay un algoritmo definitivo para determinar cuándo un paciente asintomático de alto riesgo requiere valoración cardiológica formal. **Objetivo:** evaluar la tasa y los factores asociados a la derivación a cardiología en pacientes con AR y PC. **Material y métodos:** estudio observacional de pacientes ≥ 18 años con AR según criterios ACR/EULAR 2010 y PC detectada por ultrasonido. Se excluyeron embarazo, síndromes de superposición y eventos CV previos. Se realizó seguimiento telefónico durante el primer año para evaluar derivación, asistencia y necesidad de seguimiento cardiológico. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación correspondiente y se realizó conforme a las Buenas Prácticas Clínicas, la Declaración de Helsinki y la normativa mexicana aplicable. **Análisis estadístico:** se compararon pacientes derivados y no derivados mediante pruebas paramétricas o no paramétricas. Se realizó regresión logística multivariable con edad, hipertensión y diabetes; se reportaron OR e IC95%. **Resultados:** se incluyeron 40 pacientes (mediana de edad 59 años; 90% mujeres); 18 (45%) fueron derivados. Los derivados presentaron mayor prevalencia de hipertensión (66.7 vs. 27.3%; $p = 0.013$), mientras que el tabaquismo fue más frecuente en no derivados (22.7 vs. 0%; $p = 0.031$). La hipertensión fue el único factor asociado independientemente con derivación (OR 4.71; IC95% 1.15-19.36; $p = 0.031$). De los derivados, 11 (61.1%) sí acudieron a cardiología y cuatro de ellos (36.36%) requirieron seguimiento continuo (Figura 13.11.1). **Conclusiones:** los criterios de derivación fueron heterogéneos y no reflejaron sistemáticamente la carga global de riesgo CV. El 36.36% de los pacientes evaluados por el cardiólogo requirieron un seguimiento continuo, lo que evidencia que pacientes reumatológicos de alto riesgo pueden beneficiarse de manejo especializado aun siendo asintomáticos. Se requieren estrategias estructuradas para optimizar la prevención CV y la derivación a cardiología.

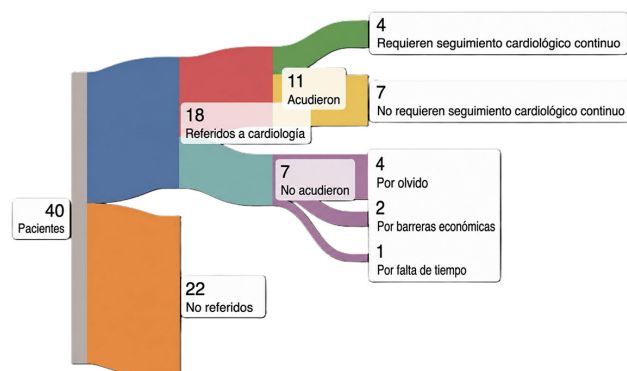


Figura 13.11.1: Seguimiento de pacientes con artritis reumatoide y placa carotídea posterior a la referencia a cardiología.

13.12. Síndrome de Austrian atípico: tres territorios y una endocarditis aórtica destructiva

Perales-Rendón Leonardo Elihú, Martínez-Domínguez Julissa María, Pinales-Salas Raúl, Vázquez-Rosales Miguel Esaú, Cortes-Méndez César Oliver, Flores-Ramírez Ramiro
Hospital Universitario «Dr. José Eleuterio González».
Monterrey, Nuevo León, México.

Introducción: el síndrome de Austrian comprende neumonía, meningitis y endocarditis por *Streptococcus pneumoniae*. La tríada con microbiología diferente constituye una presentación atípica y un reto diagnóstico. **Descripción del caso:** hombre de 51 años con fiebre, cefalea retroocular, alteración del estado de alerta y compromiso respiratorio. La tomografía mostró neumonía. El líquido cefalorraquídeo presentó glucosa de 19 mg/dL, proteínas de 120 mg/dL y lactato de 8.5 mmol/L, compatible con infección del sistema nervioso central parcialmente tratada. Los hemocultivos aislados fueron *Streptococcus dysgalactiae* y *Staphylococcus hominis*. El ecocardiograma transtorácico mostró fracción de expulsión de 62% e insuficiencia aórtica leve. Cuatro días después, el transesofágico identificó vegetación, perforación de 3 mm y prolapso de la cúspide no coronaria, con vena contracta de 6 mm y volumen regurgitante de 58 mL, compatibles con insuficiencia aórtica severa (Figuras 13.12.1-13.12.3). Se realizó reemplazo valvular aórtico mecánico. La cirugía confirmó vegetación y perforación; el cultivo valvular aisló *Staphylococcus haemolyticus*. **Material y métodos:** se realizó una búsqueda en PubMed con los términos «Austrian syndrome», «pneumonia», «meningitis», «infective endocarditis» y «aortic valve perforation»; se seleccionó literatura sobre diagnóstico, microbiología y tratamiento. **Resultados y conclusiones:** se documentó compromiso pulmonar, meníngeo y cardíaco, con microbiología distinta de *Streptococcus pneumoniae* y endocarditis aórtica destructiva. La ecocardiografía transesofágica definió el daño valvular y orientó el reemplazo aórtico, confirmado quirúrgicamente. La evolución fue favorable y egresó para completar antibioticoterapia dirigida. El caso resalta la integración de hallazgos clínicos, microbiológicos y ecocardiográficos ante una tríada de Austrian de etiología atípica.

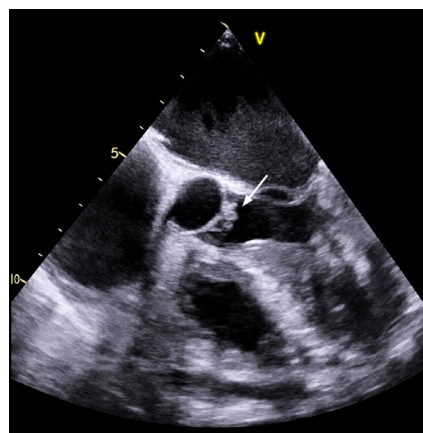


Figura 13.12.1: Ecocardiografía transesofágica: vegetación y lesión destructiva aórtica (flecha).

Figura 13.12.2:

Ecocardiografía transesofágica: perforación de la cúspide no coronaria (flecha).

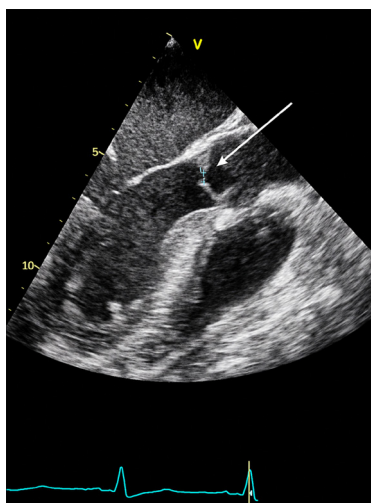
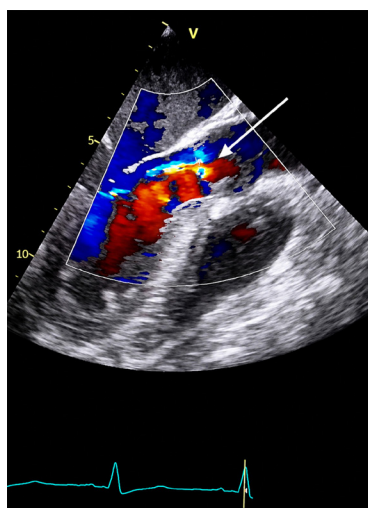


Figura 13.12.3:

Doppler color: flujo regurgitante a través de la lesión valvular (flecha).

13.13. Evolución de la calidad de vida y la sintomatología afectiva en pacientes con insuficiencia cardíaca: un estudio longitudinal

Casarin-López Fernando, Ramírez-Ángeles Juan, Peláez-Hernández Viridiana, Pérez-García Arlen
Servicio de Cardiología del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas. Ciudad de México, México.

Introducción: la insuficiencia cardíaca (IC) se asocia con alteraciones en la calidad de vida y una elevada prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión. Esto puede influir en la evolución clínica, la adherencia al tratamiento y el uso de los servicios de salud. Su evaluación longitudinal permite identificar cambios durante el seguimiento clínico y orientar la atención integral. **Objetivo:** evaluar los cambios longitudinales en sintomatología ansiosa, depresiva y calidad de vida en pacientes con IC. **Material y métodos:** se realizó un estudio longitudinal donde participaron 44 pacientes con IC, 50% hombres, con un promedio de edad de 62.61 ± 14.28 años.

La ansiedad, depresión y calidad de vida se evaluaron mediante el *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7), *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) y *Short Form-12 Health Survey* (SF-12), en tres momentos, una medición basal (B1) y dos seguimientos (S1 y S2), con intervalos de tres meses. Se contó con aprobación del comité de ética del INER: E06-26 y se proporcionó consentimiento informado a los participantes. **Análisis estadístico:** para analizar el efecto del tiempo, se ajustaron modelos lineales mixtos, considerando tiempo (efecto fijo), participante (efecto aleatorio) y ajustando por edad y sexo. **Resultados:** la calidad de vida mostró un efecto significativo del tiempo ($F[2.84] = 4.893$, $p = 0.010$), con incremento de las medias de 58.94 en T0 a 66.78 en T1 y 67.67 en T2. No se observaron cambios estadísticamente significativos en ansiedad ($F[2.84] = 0.80$, $p = 0.453$) ni depresión ($F[2.84] = 0.88$, $p = 0.419$) durante el seguimiento. **Conclusiones:** los pacientes con IC no presentaron cambios estadísticamente significativos en las puntuaciones de ansiedad y depresión, mientras que la calidad de vida mejoró significativamente. Estos hallazgos resaltan la importancia de un seguimiento longitudinal que permita orientar intervenciones integrales para esta población.

13.14. Endocarditis infecciosa subaguda por estreptococo alfa hemolítico en válvula nativa por infección de vías respiratorias superiores: informe de caso

Rojas-Pérez Francisco Manuel

Residente de segundo año de medicina interna, Hospital General Regional No. 220 IMSS. Toluca, Estado de México, México.

Introducción: la endocarditis infecciosa es una condición poco frecuente, pero de alta mortalidad, caracterizada por la inflamación de la superficie endocárdica y las válvulas. Su incidencia ha incrementado, destacando como factores de riesgo el uso de drogas intravenosas y dispositivos invasivos. El 80% de los casos son causados por bacterias grampositivas (estafilococos, estreptococos, etc.). Clínicamente se sospecha por fiebre persistente y un soplo cardíaco nuevo. El diagnóstico se basa en los criterios de Duke-ISCVID 2023, apoyados en ecocardiografía y hemocultivos (Tabla 13.14.1), requiriendo antibioterapia intravenosa prolongada o cirugía en casos complicados. **Descripción del caso:** paciente masculino de 29 años, sin antecedentes cronicodegenerativos. Inició con fiebre, odinofagia y tos de tres meses de evolución. Posteriormente, desarrolló síntomas urinarios y pérdida visual por hemorragia retiniana, solicitándose un ecocardiograma que reportó válvula aórtica bivalva y engrosamiento de la válvula mitral; con un hemocultivo posterior, se aisló estreptococo alfa hemolítico, ingresando a nuestra unidad para manejo antibiótico mediante vancomicina y ceftriaxona (Figura 13.14.1). A la exploración física, se encontraron manchas de Roth, soplo holosistólico mitral, lesiones en astilla y lesiones de Janeway. Completo 14 días de esquema antibiótico y posteriormente fue enviado a tercer nivel para resolución quirúrgica definitiva (Tabla 13.14.2). **Material y métodos:** se realizó una búsqueda exhaustiva en PubMed, Scholar Google y Cochrane utilizando los términos de búsqueda «endocarditis» o «endocarditis infecciosa», junto con «fisiopatología», «microbiología», «clínica», «diagnóstico por imagen», «tratamiento» o «jóvenes». **Resultados y conclusiones:** se reporta un caso de endocarditis infecciosa subaguda que presentó signos clínicos clásicos. Lo más destacable es la infección por estreptococo alfa hemolítico en un paciente joven sin factores de riesgo habituales. La única vía de entrada fue la infección de

Tabla 13.14.1: Criterios de Duke-ISCVID 2023.

Categoría	Criterios
Endocarditis definitiva	Patológicos: microorganismo identificado o evidencia histológica de endocarditis en vegetación, tejido cardíaco, prótesis valvular, injerto aórtico o émbolo arterial. Clínicos: 2 mayores o 1 mayor + 3 menores o 5 menores.
Endocarditis posible	1 mayor + 1 menor o 3 menores.
Endocarditis descartada	Diagnóstico alternativo; resolución con antibióticos <4 días; ausencia de evidencia patológica en cirugía/autopsia (ATB <4 días); no cumple criterios de EI posible.
Criterios mayores	Microbiológicos: hemocultivos positivos con microorganismos típicos (≥2) o atípicos (≥3); PCR/técnicas moleculares positivas (Coxiella burnetii, Bartonella spp., Tropheryma whipplei); serología positiva para Coxiella o Bartonella Imagen/Cirugía: ecocardiograma o TC con vegetación, absceso, pseudoaneurisma, perforación, fistula o dehiscencia protésica; nueva insuficiencia valvular significativa; PET/TC compatible en prótesis, injerto aórtico o CIED; evidencia directa en cirugía.
Criterios menores	Predisposición: El previa, prótesis valvular, cardiopatía valvular o congénita, miocardiopatía hipertrófica, uso de drogas IV Fiebre: ≥38 °C Fenómenos vasculares: embolias arteriales, infartos sépticos pulmonares, aneurisma micótico, absceso cerebral/esplénico, hemorragia intracranial, lesiones de Janeway, púrpura Fenómenos inmunológicos: glomerulonefritis, nódulos de Osler, manchas de Roth, factor reumatoide. Microbiología no mayor: hemocultivos o PCR positivos que no cumplen criterio mayor. Imagen menor: PET/TC compatible en los primeros 3 meses tras implante de prótesis, injerto aórtico. Exploración física: nueva insuficiencia valvular detectada por auscultación (si no hay ecocardiograma).

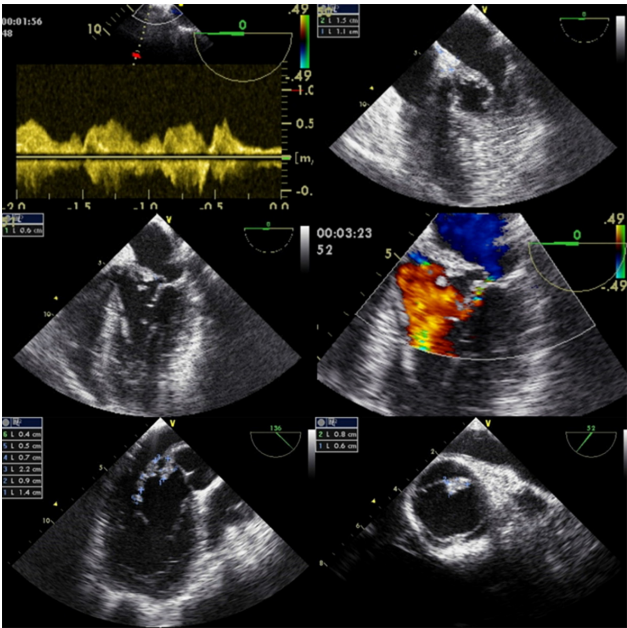


Figura 13.14.1: Ecocardiografía transesofágica donde se muestra una vegetación y engrosamiento valvular.

Tabla 13.14.2: Cronología.

Fecha	Evolución clínica
Marzo/2026	Fiebre no cuantificada, odinofagia y tos
Junio/2026	Aparición de hemorragia retiniana, valoración por reumatología y manejo con prednisona
10/06/2026	ECOTT extrahistológico: válvula aórtica bicúspide con insuficiencia aórtica moderada y vegetación móvil de 14 × 9 mm, con compromiso mitroaórtico y de valva anterior mitral. FEVI 60%, se inicia protocolo para manejo de endocarditis.
16/06/2026	Inicio de antibioticoterapia empírica con glucopéptido + cefalosporina de 3.ª generación. Hemocultivos. Valoración por cirugía cardiotorácica por vegetación >10 mm y alto riesgo embólico.
17/06/2026	Evidencia de fenómenos embólicos periféricos: lesiones de Janeway, hemorragias en astilla y hemorragia retiniana.
22/06/2026	Pico febril de 38.5 °C durante hospitalización.
23-24/06/2026	Hemocultivos preliminares positivos para Streptococcus alfa-hemolítico.
26/06/2026	Cirugía cardiotorácica: candidato a doble reemplazo valvular con circulación extracorpórea. Se recomienda referencia a tercer nivel.
27-29/06/2026	Evolución clínica estable bajo antibioticoterapia y envió a tercer nivel para resolución quirúrgica cardiovascular.

vías respiratorias mal tratada, por lo que es de suma importancia reconocer que cualquier infección leve sin adecuado tratamiento puede conllevar al desarrollo de sobreinfección.

13.15. Modelo económico de las rutas de atención del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST mediante teoría de portafolios de Markowitz

Borrayo-Sánchez Gabriela, Lima-Sánchez Dania Nimbe, García-Larios Daniela, Ruiz-Marroquín Ana Gabriela, Camacho-Morales Jorge Alejandro, Alayola-Sansores Alejandro, Sepúlveda-Vildósola Ana Carolina
Facultad de Medicina y Facultad de Ciencias, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.

Introducción: el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) requiere diagnóstico y reperusión oportunos. La vía de ingreso, capacidad hospitalaria y complicaciones modifican los recursos y costos asociados a la atención. La teoría de portafolios permite comparar alternativas según rendimiento esperado y variabilidad. **Objetivo:** desarrollar un modelo económico para analizar recursos, costos y retornos esperados de las rutas de atención del IAMCEST en los tres niveles de atención en salud.

Material y métodos: se realizó una evaluación económica basada en el Protocolo Técnico para la Atención del Infarto Agudo de Miocardio y el Protocolo de Atención Integral Código Infarto. Mediante mapeo de procesos, se integraron acciones desde la identificación electrocardiográfica hasta la reperusión miocárdica, traslado y tratamiento de complicaciones. Se utilizaron datos agregados de un estudio antes-después de la activación del Código Infarto en 1,227 pacientes y costos institucionales de 2026. El análisis secundario no incluyó identificadores y se condujo conforme a principios éticos y buenas prácticas clínicas aplicables, considerándose un estudio Clasificación I. Investigación sin riesgo, por lo que no requiere aprobación previa del comité de ética. **Análisis estadístico:** se realizó un análisis de costos-consecuencias utilizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social en pesos mexicanos en 2026; dichos datos son públicos. Para el análisis de Markowitz, el retorno se definió como resultado favorable en salud por unidad monetaria y el riesgo como variabilidad de costos y resultados. Se modelaron tres rutas: intervención coronaria percutánea primaria, fibrinólisis exitosa con traslado y fibrinólisis fallida con intervención de rescate. Se efectuó análisis de sensibilidad de ±20%. **Resultados:** se estructuraron 36 escenarios. El costo por paciente disminuyó de \$471,127 a \$368,610, con ahorro aproximado de \$102,518 (21.8%) (Tabla

Tabla 13.15.1: Evaluación económica antes y después de Código Infarto.

Recurso	Costo unitario	Uso antes	Uso después	Costo antes	Costo después	Diferencia
Urgencias - tercer nivel	\$4,343	1.0	1.0	\$4,343	\$4,343	-
Estudios de laboratorio - tercer nivel	\$262	6.0	6.0	\$1,572	\$1,572	-
Radiodiagnóstico - tercer nivel	\$707	1.0	1.0	\$707	\$707	-
Rehabilitación	\$512	1.0	1.0	\$512	\$512	-
Cuidados intensivos	\$82,158	4.3	3.0	\$353,279	\$246,474	(\$106,805)
Hospitalización	\$15,764	6.0	5.0	\$94,584	\$78,820	(\$15,764)
Hemodinamia por ICP primaria	\$67,696	16.6%	42.6%	\$11,238	\$28,838	\$17,601
Hemodinamia farmacoinvasiva	\$67,696	-	6.3%	-	\$4,231	\$4,231
Tenecteplasa	\$12,449	39.3%	25.0%	\$4,892	\$3,112	(\$1,780)
Costo total por paciente				\$471,127	\$368,610	(\$102,518)

Nota: costos expresados en pesos mexicanos de 2026. La diferencia total reportada en la tabla fuente es aproximada por redondeo.

ICP: Intervención coronaria percutánea.

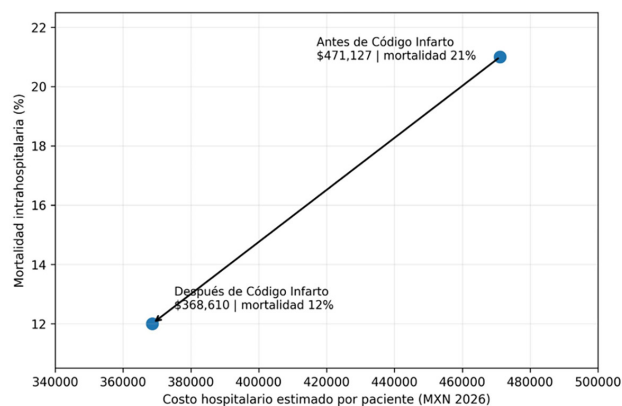


Figura 13.15.1: Impacto económico-clínico antes y después de Código Infarto.

La figura muestra la reducción simultánea del costo hospitalario estimado por paciente y de la mortalidad intrahospitalaria tras la implementación del Código Infarto.

13.15.1). La intervención coronaria percutánea primaria aumentó de 16.6 a 42.6% y la fibrinólisis disminuyó de 39.3 a 25.0%. La mortalidad disminuyó de 21 a 12% (*Figura 13.15.1*). La estancia en cuidados intensivos disminuyó de 4.3 a 3.0 días y la hospitalización de 6.0 a 5.0 días. Los principales nodos de consumo fueron hemodinamia, cuidados intensivos y soporte/manejo de complicaciones. **Conclusiones:** el modelo integra costos, resultados y variabilidad de las rutas de atención y permite identificar oportunidades de redistribución de recursos. Código Infarto se asoció con menor costo hospitalario estimado y menor utilización de recursos de estancia.

13.16. Diferencias en el nivel de sobrecarga de cuidadores primarios informales de pacientes con insuficiencia cardíaca derecha e izquierda

Peláez-Hernández Viridiana, Luna-Rodríguez Guadalupe Lizzbett, Pérez-García Arlen Daniela, Juárez-Fuentes Osmany
Servicio de Cardiología del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas. Ciudad de México, México.

Introducción: los cuidadores primarios informales (CPI) de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) pueden presentar alteraciones psicológicas relacionadas con el cuidado y las exigencias que esto conlleva. Aún se desconoce si el tipo de IC de los pacientes, por sus características fisiopatológicas, podría relacionarse con el estado psicológico de sus CPI. **Objetivo:** conocer las diferencias en la sobrecarga percibida de CPI de pacientes con IC izquierda e IC derecha. **Material y métodos:** se realizó un estudio transversal; participaron 109 CPI de pacientes con IC izquierda (G1) y 53 con IC derecha (G2). Se utilizó la escala de sobrecarga de Zarit para determinar el grado de sobrecarga y evaluar los subcomponentes: impacto del cuidado, relación interpersonal y expectativas de autoeficacia. El protocolo E06-26 fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación y se efectuó de conformidad con las Buenas Prácticas Clínicas y los principios éticos aplicables. **Análisis estadístico:** se determinó una distribución no normal mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov. Para los análisis descriptivos, se calcularon porcentajes para variables categóricas y mediana y rango intercuartílico para variables numéricas. Se realizó U de Mann-Whitney para

la comparación de grupos. **Resultados:** la edad promedio de los CPI fue: G1: 56 ± 18.5 y G2: 56 ± 15.50 . En ambos grupos, la mayoría de los CPI eran mujeres (G1: 76.1%, G2: 75.5%). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$) entre ambos grupos (G1 vs G2) en el tiempo de cuidado en meses (10 ± 13 vs 24 ± 48), sobrecarga (13 ± 10.5 vs 18 ± 20), impacto del cuidado (2 ± 5.75 vs 10 ± 15), relación interpersonal (1 ± 4.50 vs 5 ± 4.75) y expectativa de autoeficacia (5 ± 5 vs 20.50 ± 17.25). La sobrecarga severa se presenta en 20.2% de los CPI del G1 y 28.8% del G2.

Conclusiones: las diferencias pueden estar relacionadas con el tiempo de cuidado y la demanda de cuidado por las afectaciones funcionales de los pacientes. Sin embargo, ambos tipos de pacientes requieren cuidado que genera niveles de sobrecarga en los CPI; a largo plazo, esto podría implicar alteraciones físicas y mentales. El trabajo multidisciplinario con pacientes de IC debe abordar un plan preventivo para los de CPI, ayudándoles a disminuir y manejar los factores de riesgo físicos y mentales asociados.

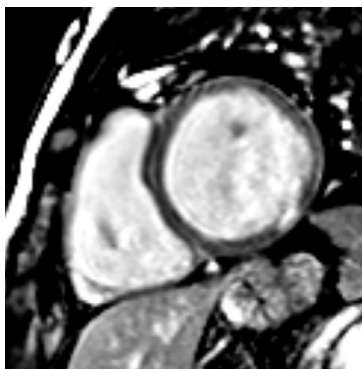
13.17. El corazón bajo ataque: miocarditis lúpica como manifestación de actividad sistémica

Moreno-Mora Vania Hailed, Torres-Bazán Christian Alfonso, Faustino-Maravilla Gladis, Arenas-Fabri Vincenzo, Martínez-Ortiz Jorge Alberto
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE. Ciudad de México, México.

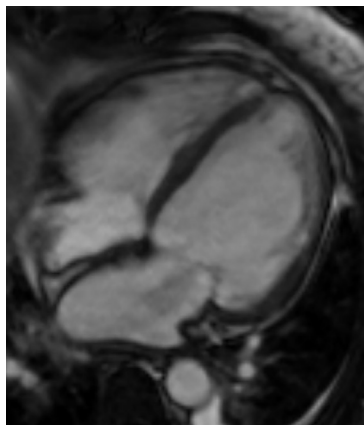
Introducción: la miocarditis lúpica es una manifestación cardiovascular infrecuente del lupus eritematoso sistémico (LES), potencialmente letal y frecuentemente subdiagnosticada. Puede manifestarse con insuficiencia cardíaca, arritmias o choque cardiogénico. El diagnóstico se basa en la integración de la actividad de la enfermedad, la exclusión de otras etiologías y la respuesta al tratamiento inmunosupresor. **Descripción del caso:** mujer de 57 años con antecedente de LES, diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, quien presentó deterioro progresivo de la clase funcional, disnea y edema periférico. Un ecocardiograma realizado previamente mostraba fracción de expulsión del ventrículo izquierdo (FEVI) de 64%. Durante la hospitalización desarrolló insuficiencia cardíaca con choque cardiogénico SCAI B y reducción de la FEVI a 25%, asociadas con insuficiencia mitral y tricuspídea funcionales severas. La angiogramografía pulmonar descartó tromboembolia pulmonar y la actividad lúpica sistémica orientó el diagnóstico de probable miocarditis lúpica. Además, se realizó una resonancia magnética cardíaca, donde se evidenció hiperintensidad anterior y septal en secuencia de T2W sugestiva de edema y reforzamiento tardío de patrón no isquémico, hallazgos compatibles con datos de agudeza en contexto de miopatía inflamatoria (*Figuras 13.17.1-13.17.3*). **Material y métodos:** se realizó una revisión narrativa de la literatura en PubMed, priorizando guías internacionales, revisiones sistemáticas y series de casos sobre miocarditis lúpica, insuficiencia cardíaca y compromiso cardiovascular asociado al LES. **Resultados y conclusiones:** la paciente recibió soporte hemodinámico con levosimendán e inmunosupresión con glucocorticoides, con mejoría clínica y ecocardiográfica, permitiendo el retiro de soporte inotrópico y el egreso hospitalario. Este caso resalta que la miocarditis lúpica debe sospecharse en pacientes con LES y disfunción ventricular de nueva aparición. El reconocimiento temprano y el tratamiento oportuno pueden favorecer la recuperación de la función miocárdica y modificar el pronóstico.

Figura 13.17.1:

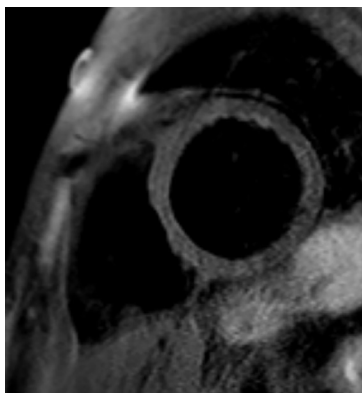
Reforzamiento tardío en eje corto, de patrón no isquémico, subepicárdico lateral e intramiocárdico septal lineal.

**Figura 13.17.2:**

Cine estático en cuatro cámaras. Acinesia septal en los tres tercios e hipocinesia generalizada del resto de los segmentos y del ventrículo derecho.

**Figura 13.17.3:**

T2W. Hiperintensidad anterior y septal con extensión inferior en tercio basal.



13.18. El límite de la reserva ventricular: el desafío de la cardiopatía en el embarazo

Ricardo-Marroquín Ulises Rafael

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 14 «Adolfo Ruiz Cortines», IMSS. Veracruz, México.

Introducción: el embarazo produce cambios hemodinámicos importantes que pueden incrementar la demanda cardiovascular y poner de manifiesto la limitada reserva funcional en mujeres con cardiopatía estructural. La presencia de enfermedad valvular

y disfunción ventricular previa aumenta el riesgo de insuficiencia cardíaca y otras complicaciones maternas durante la gestación, por lo que la estratificación temprana y el seguimiento multidisciplinario son fundamentales. En pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), el embarazo representa un escenario de especial complejidad debido al riesgo de exacerbación de la enfermedad, nefritis, hipertensión, preeclampsia y eventos trombóticos. Este riesgo es mayor cuando existe actividad inmunológica, daño orgánico previo o síndrome antifosfolípido (SAF). La coexistencia de estas condiciones puede dificultar la diferenciación entre actividad lúpica, complicaciones hipertensivas del embarazo y deterioro cardiovascular. La miocarditis asociada a enfermedades autoinmunes constituye una manifestación cardiovascular poco frecuente, pero potencialmente grave, capaz de contribuir al deterioro de la función ventricular. Por ello, la identificación oportuna del compromiso cardiovascular resulta esencial para establecer el pronóstico materno y orientar decisiones respecto a la continuidad del embarazo. **Descripción del caso:** paciente femenino de 33 años, con antecedentes de lupus eritematoso sistémico (LES) de 10 años de evolución, síndromes antifosfolípidos sin tratamiento, hipertensión arterial sistémica, valvulopatía mitral y evento vascular cerebral isquémico en 2021 (Rankin II). Desde 2020, con diagnóstico de insuficiencia mitral severa e insuficiencia tricuspídea ligera, con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) previamente documentada en 40-42%. Cursa con embarazo de 21.4 semanas de gestación, multigesta (G4C1P0A2). Inicia su padecimiento actual por hipomotilidad fetal, motivo por el cual acude a valoración, documentándose bienestar fetal, aunque con descontrol hipertensivo, requiriendo hospitalización y ajuste de terapia antihipertensiva. Posteriormente, presenta deterioro hemodinámico con repercusión cardíaca y renal, ameritando ingreso a unidad de cuidados intensivos. Durante su evolución, se plantea la necesidad de interrupción del embarazo ante el alto riesgo materno, motivo por el cual es referida a tercer nivel para valoración multidisciplinaria por cardiología, reumatología, ginecología y perinatología. Al ingreso a cardiología, se encontraba cardiovascularmente asintomática, sin datos de bajo gasto, con cifras tensionales controladas y mejoría de la función renal. **Complementarios:** laboratorio: Pro-BNP:2256 pg/mL, anemia normocítica normocrómica (Hb 10.6-10.9 g/dL), proteinuria (EGO: 500 mg/dL), creatinina 1.08 mg/dL, anticoagulante lúpico positivo (1.7), consumo de complemento (C4 bajo-normal). **Ecocardiograma transtorácico:** ventrículo izquierdo dilatado con hipertrofia excéntrica, FEVI 42%, disfunción diastólica con patrón pseudonormal, insuficiencia mitral moderada a severa (mecanismo mixto degenerativo), IT ligera, presiones pulmonares normales. **Resonancia magnética cardíaca (Figuras 13.18.1-13.18.3):** ventrículo izquierdo dilatado, FEVI 40%, trombo apical ventricular izquierdo,

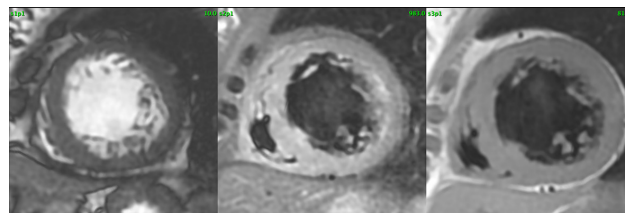


Figura 13.18.1: Eje corto en secuencias de cine: STIR, DIR, T1GRE. Secuencia STIR positiva para edema.

realce tardío mesocárdico septal, edema miocárdico, dos criterios de Lake Louise positivos para miocarditis, insuficiencia mitral moderada a severa sin afección pericárdica. **Material y métodos:** se realizó una búsqueda bibliográfica narrativa en las bases de datos PubMed y Web of Science, complementada con la revisión de guías clínicas de la *European Society of Cardiology* y documentos de sociedades científicas relacionados con enfermedad cardiovascular durante el embarazo, lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolípido y miocarditis. Se utilizaron como palabras clave y términos MeSH: «pregnancy», «cardiovascular disease», «systemic lupus erythematosus», «antiphospholipid syndrome», «miocarditis», «heart failure», «cardiac magnetic resonance» y «ventricular thrombus», combinados mediante los operadores booleanos AND y OR. Se priorizaron revisiones, guías de práctica clínica y estudios relevantes para establecer el riesgo materno-fetal, la utilidad de la resonancia magnética cardiaca y las estrategias de valoración multidisciplinaria. **Resultados:** ante el deterioro hemodinámico inicial, con compromiso cardiovascular y renal, se realizó valoración multidisciplinaria por cardiología, reumatología, ginecología y perinatología. La evaluación ecocardiográfica mostró disfunción ventricular izquierda con FEVI de 42% e insuficiencia mitral moderada a severa. La resonancia magnética cardiaca identificó dilatación ventricular, FEVI de 40%, trombo apical y alteraciones tisulares caracterizadas por edema miocárdico y realce tardío mesocárdico septal, con dos criterios de Lake Louise positivos, hallazgos compatibles con miocarditis. Se inició tratamiento dirigido a la actividad autoinmune y manejo cardiovascular, con vigilancia estrecha del estado materno-fetal. Debido al elevado riesgo materno asociado con la coexistencia de enfermedad autoinmune activa, cardiopatía estructural, disfunción ventricular y trombo intracavitario, se determinó la interrupción del embarazo. Posterior a la resolución del embarazo, se observó mejoría clínica; durante el seguimiento, se

observó evolución clínica favorable, con recuperación progresiva de la función ventricular izquierda, alcanzando una FEVI de 48% a los tres meses, respecto a 40% durante la evaluación inicial, así como normalización de la función renal, con creatinina de 0.8 mg/dL. **Conclusiones:** el embarazo en pacientes con enfermedades autoinmunes y cardiopatía estructural representa un reto clínico significativo. En este caso, la coexistencia de LES activo, síndromes antifosfolípidos, valvulopatía mitral significativa y disfunción ventricular incrementa de forma considerable el riesgo materno-fetal. La diferenciación entre preeclampsia temprana y nefropatía lúpica resulta compleja, dado el solapamiento clínico y bioquímico, siendo clave la valoración integral y el seguimiento estrecho. La presencia de miocarditis documentada por RM cardiaca, junto con trombo apical, sugiere un proceso inflamatorio activo con alto riesgo tromboembólico, particularmente relevante en el contexto del SAF y el embarazo. La RM cardiaca permitió una caracterización etiológica precisa, superando las limitaciones del ecocardiograma, y fue determinante para la estratificación de riesgo y toma de decisiones. Según la clasificación de riesgo cardiovascular en el embarazo (OMS), la paciente se encuentra en clase III, donde se asocia un riesgo significativo de complicaciones graves, por lo que el manejo debe ser multidisciplinario y en centros de alta especialidad. La coexistencia de LES, SAF y cardiopatía estructural incrementa de forma exponencial el riesgo durante el embarazo. La resonancia magnética cardiaca es una herramienta clave para la caracterización de miocarditis en pacientes gestantes seleccionadas. El abordaje debe ser multidisciplinario, individualizado y centrado en la seguridad materna. La estratificación de riesgo cardiovascular permite orientar oportunamente decisiones críticas como la continuidad del embarazo.

13.19. Estrategia secuencial inversa: redefiniendo la prioridad quirúrgica en el paciente con estenosis aórtica severa y cáncer de colon activo

Flores-Montijo Daniela Nayeli, Molina-Alegría Miguel Alejandro, Fernández-Ochoa Aurig

Cardiología, Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Cardiología Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, México.

Introducción: la coincidencia de estenosis aórtica severa y adenocarcinoma de colon avanzado en pacientes geriátricos plantea un dilema terapéutico complejo. El abordaje convencional dicta resolver la valvulopatía primero; sin embargo, en neoplasias con sangrado activo, la heparinización transprocedimiento y la antiagregación posterior al implante valvular aórtico transcatheter (TAVI) conllevan un riesgo prohibitivo de hemorragia gastrointestinal catastrófica. **Descripción del caso:** mujer de 84 años con hematoquecia persistente. Durante su valoración preoperatoria para colonoscopia se detectó de manera incidental estenosis aórtica severa de alto gradiente. Se realizó sesión médico-quirúrgica, en la cual se encontró candidata a implante valvular aórtico percutáneo; sin embargo, con hematoquecia persistente. Ante el riesgo hemorrágico detectado por descenso de hemoglobina, se decidió una estrategia secuencial inversa. Se realizó exitosamente una colectomía total radical con ileostomía terminal bajo monitorización invasiva, diagnosticándose un adenocarcinoma estadio IIIC. Tras documentar actividad tumoral residual por PET-CT, Oncología Médica difirió la quimioterapia adyuvante obligatoria por el riesgo cardiogénico de la valvulopatía, priorizando el recambio valvular. Posteriormente, se efectuó con éxito un TAVI transfemoral

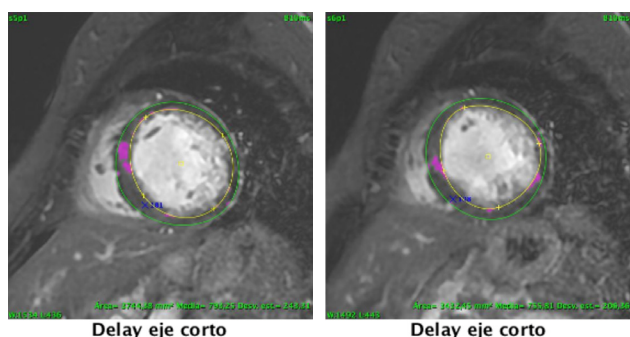


Figura 13.18.2: Realce tardío presente en mesocardio de segmentos anteroseptal e inferoseptal medios.

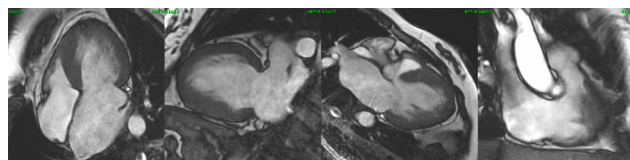


Figura 13.18.3: Secuencias CINE en 4, 2, 3 cámaras y VD. VI dilatado en sus volúmenes telesistólico y telediastólico. FEVI 40%. Hipocinesia generalizada con acinesia apical en 4 cámaras. Se aprecia masa a nivel apical de 5 × 4 mm. VD no dilatado con FEVD 38%.



Figura 13.19.1: Evaluación angiográfica y hemodinámica del implante de prótesis aórtica transcáteter (TAVI). **A)** Aortografía de la raíz aórtica preprocedimiento. **B)** Fluoroscopia postimplante con prótesis autoexpandible de 23 mm en posición intraanular óptima. **C)** Abolición del gradiente de presión transvalvular aórtico.

con prótesis autoexpandible Evolut FX/Navitor de 23 mm, aboliendo el gradiente transvalvular a 0 mmHg sin complicaciones mayores, permitiendo el egreso para un inicio oncológico seguro (Figura 13.19.1). **Material y métodos:** se realizó una revisión retrospectiva del expediente clínico. La justificación del caso se sustentó mediante una búsqueda en PubMed/MEDLINE utilizando los términos (*aortic stenosis, colorectal cancer, TAVI, staged surgery*), seleccionando evidencia sobre el manejo perioperatorio en cirugía no cardíaca mayor y riesgos hemorrágicos en neoplasias activas. **Resultados y conclusiones:** la estrategia secuencial inversa demostró ser segura y eficaz. La colectomía primaria resolvió de raíz la fuente de sangrado, permitiendo el uso seguro de la anticoagulación en el procedimiento y la antiagregación post-TAVI. A su vez, el abordaje percutáneo del TAVI abolió la obstrucción mecánica, otorgando la reserva cardiovascular óptima para soportar la toxicidad de la quimioterapia adyuvante.

13.20. Trombo tumoral cavoatrial como simulador de síndrome coronario agudo: un estudio de caso

Cantú-Enríquez José, Castillo-Dávila Ana, González-Melendez Aleydis, Martínez-Oyervides Felisa, García-Cárdenas Jacqueline, Reyna-Reyna Enrique, Salas-Delgado Arnoldo
ISSSTE Hospital Regional de Monterrey. Monterrey, Nuevo León, México.

Introducción: los trombos intracavitarios se originan por lesión endotelial, estasis sanguínea e hipercoagulabilidad, y se localizan en ventrículo izquierdo, aurícula/oreja izquierda o cavidades derechas, estas últimas a menudo por émbolos venosos periféricos. Su prevalencia varía según el sustrato: hasta 19.2% tras infarto anterior, 2.7-6.3% en fibrilación auricular y 3.9-4% en tromboembolia pulmonar. Muchos casos son asintomáticos e incidentales; otros debutan con embolismo sistémico, ictus, isquemia de un miembro o embolia pulmonar, incluso con colapso hemodinámico. **Descripción del caso:** hombre de 69 años, presentó disnea súbita y vértigo durante actividad física, sin dolor

torácico y con estabilidad hemodinámica. El ECG inicial no mostró cambios isquémicos, pero las troponinas ultrasensibles estaban elevadas (2.709 ng/L), con descenso a las seis horas (0.37 ng/L), compatible con infarto sin elevación del ST. La ecocardiografía sugirió un trombo intracavitario, confirmado por ecocardiograma transtorácico; la resonancia cardíaca lo definió como una masa móvil originada en la unión cavoatrial, extendida hacia aurícula y ventrículo derechos (Figuras 13.20.1 y 13.20.2). Posteriormente, la angiotomografía identificó una masa renal derecha de 7.8×6.2 cm, compatible con carcinoma de células renales, con invasión de la vena renal derecha y la vena cava inferior, y un trombo tumoral de 13.2 cm (Figura 13.20.3). Se indicó biopsia renal antes de definir el manejo del trombo. **Material y métodos:** se realizó búsqueda en PubMed y Google Scholar con los términos «renal cell carcinoma», «tumor thrombus» y «cardiac metastasis», identificando pocos reportes de trombo tumoral con extensión cavoatrial que debuta como síndrome coronario agudo. **Resultados y conclusiones:** el caso ilustra la utilidad de la ecocardiografía como extensión del examen físico ante troponina elevada sin causa coronaria evidente. El trombo tumoral cavoatrial por carcinoma renal es una entidad infrecuente que resalta la importancia del diagnóstico diferencial estructurado y el manejo cardio-oncológico multidisciplinario en presentaciones atípicas de síndrome coronario agudo.

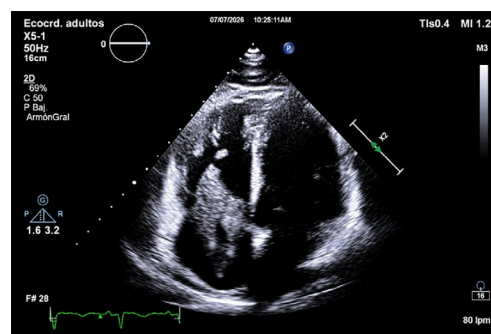


Figura 13.20.1: Ecocardiograma transtorácico en ventana apical de cuatro cámaras que muestra imagen intracavitaria ecogénica en cavidades derechas, aparentemente móvil, sugestiva de trombo intracardiaco.

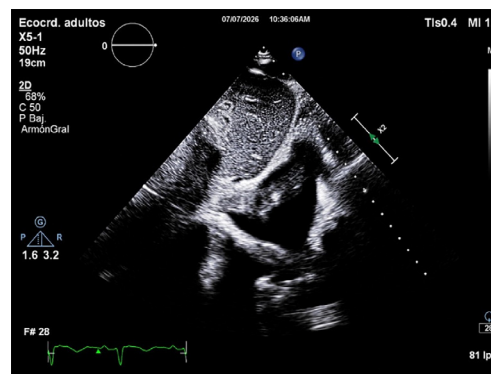


Figura 13.20.2: Ecocardiograma transtorácico, ventana subcostal, en la que se evidencia tumoración en vena cava inferior, la cual llega a aurícula derecha.

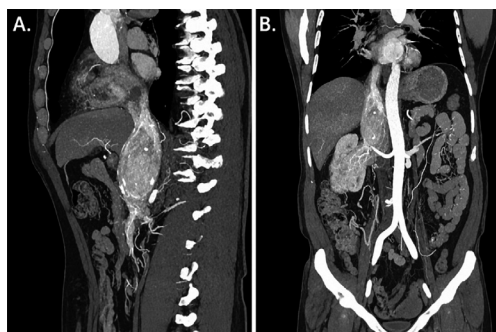


Figura 13.20.3: Tomografía computarizada (TC) contrastada con reconstrucciones multiplanares. **A)** Reconstrucción sagital que muestra una masa renal derecha de aspecto expansivo, con extensión intravascular hacia la vena renal, vena cava inferior (VCI) y aurícula derecha. **B)** Reconstrucción coronal que demuestra la extensión craneal del componente tumoral intraluminal dentro de la VCI, hallazgo compatible con trombo tumoral asociado a neoplasia renal derecha.

13.21. Validación de la Teoría de la Resonancia Sociocultural del Cuidado de Enfermería mediante un modelo de semaforización clínica cardiovascular

González-Mejorada Sonia, Fuentes-Ramírez Francisco, Jiménez-Lozada Verónica, Rosales-Desales Karina
Asociación Mexicana de Proceso Diagnóstico y Taxonomías de Enfermería A.C. Ciudad de México, México.

Introducción: las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las principales causas de morbilidad y requieren estrategias de cuidado que consideren no solo variables clínicas, sino también factores socioculturales. La Teoría de la Resonancia Sociocultural del Cuidado de Enfermería (TRSCE) plantea integrar aspectos como alfabetización en salud, apoyo familiar, creencias, condiciones económicas y autocuidado para fortalecer el juicio clínico y personalizar las intervenciones. **Objetivo:** validar la aplicación de la TRSCE integrada a un modelo de semaforización clínica para fortalecer el juicio clínico de enfermería y mejorar resultados en pacientes con enfermedad cardiovascular. **Material y métodos:** estudio cuantitativo, cuasi experimental, prospectivo y longitudinal, realizado en una clínica de enfermería. Se incluyeron 50 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de enfermedad cardiovascular, mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se realizó valoración clínica y sociocultural, clasificación de riesgo en niveles verde, amarillo y rojo, implementación de intervenciones individualizadas y seguimiento durante tres meses. **Análisis estadístico:** se empleó estadística descriptiva e inferencial. La normalidad se evaluó mediante Shapiro-Wilk; para comparaciones antes-después, se utilizaron t de Student o Wilcoxon, y para asociaciones χ^2 o Fisher. Se aplicaron correlaciones de Pearson o Spearman y regresión logística. Se consideró significancia estadística de $p < 0.05$ e intervalo de confianza del 95%. **Resultados:** el 40% fue clasificado en riesgo bajo, 36% intermedio y 24% alto. La valoración sociocultural permitió reclasificar al 16% de los pacientes. La adherencia terapéutica aumentó de 64 a 86% y el autocuidado de 58 a 82%. Los reingresos hospitalarios disminuyeron de 18 a 8%. Se observó un cambio estimado del 24% en la precisión del juicio clínico y asociación significativa entre la puntuación TRSCE y la clasificación

Tabla 13.21.1: Características generales de la población (N = 50).

Variable	n	%
Sexo		
Masculino	28	56.0
Femenino	22	44.0
Grupo de edad		
40–59 años	14	28.0
60–69 años	18	36.0
≥70 años	18	36.0
Diagnóstico principal		
Insuficiencia cardíaca	20	40.0
Cardiopatía isquémica	15	30.0
Hipertensión arterial	10	20.0
Arritmias	5	10.0

Tabla 13.21.2: Factores socioculturales identificados mediante la TRSCE.

Variable	n	%
Baja alfabetización en salud	19	38.0
Escaso apoyo familiar	16	32.0
Baja adherencia terapéutica	21	42.0
Dificultad económica	13	26.0
Déficit de autocuidado	18	36.0

Tabla 13.21.3: Clasificación por semaforización clínica.

Nivel de riesgo	Antes	Después
Verde	28 (56%)	20 (40%)
Amarillo	14 (28%)	18 (36%)
Rojo	8 (16%)	12 (24%)

Interpretación: la aplicación de la TRSCE permitió reclasificar ocho pacientes (16%), identificando riesgos socioculturales no detectados en la valoración clínica inicial.

Tabla 13.21.4: Resultados después de tres meses de seguimiento.

Indicador	Inicial n (%)	Final n (%)
Adherencia terapéutica	32 (64.0)	43 (86.0)
Autocuidado adecuado	29 (58.0)	41 (82.0)
Reingresos hospitalarios	9 (18.0)	4 (8.0)
Consultas no programadas	12 (24.0)	5 (10.0)

Tabla 13.21.5: Asociación entre TRSCE y semaforización clínica

Variable	Valor
Chi cuadrada (χ^2)	9.84
Grados de libertad	2
Valor de p	0.005
Correlación de Spearman	$r = 0.63$
Intervalo de confianza	95%

Interpretación: se observó una asociación estadísticamente significativa entre la puntuación de la TRSCE y la clasificación de riesgo obtenida mediante la semaforización clínica ($p = 0.005$).

de riesgo ($p < 0.05$) (Tablas 13.21.1-13.21.5). **Conclusiones:** la integración de la TRSCE con la semaforización clínica constituye una estrategia viable para fortalecer el juicio clínico, mejorar la adherencia y el autocuidado, y favorecer la identificación oportuna del riesgo cardiovascular. Se recomienda realizar estudios multicéntricos con muestras mayores para validar y consolidar su aplicación en la práctica de enfermería cardiovascular.

13.22. Taponamiento cardiaco como presentación inicial en síndrome de Rhupus: reporte de caso

Sánchez-Gil Alejandra,^{*,‡} Mejía-Herrera Cristian,^{*,§} Sánchez-Ortega Luis Ricardo^{*,¶}

^{*} Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca. México. [‡] Residente de tercer año de Medicina Interna Universidad Nacional Autónoma de México. [§] Médico adscrito al Departamento de Medicina Interna. [¶] Pasante de investigación del Departamento de Medicina Interna.

Antecedentes: el síndrome de Rhupus es una superposición entre artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico, con una incidencia estimada de 0.01-0.02%. La afectación cardiaca ocurre en el 40%, siendo el derrame pericárdico la más frecuente; sin embargo, el taponamiento cardiaco constituye una complicación poco común, con una incidencia de 1-3%. Se presenta el caso de una paciente cuyo debut clínico fue un taponamiento cardiaco secundario a síndrome de Rhupus. **Descripción del caso clínico:** mujer de 36 años, fumadora, con evolución de diez meses caracterizada por

edema progresivo, disnea de esfuerzo, ortopnea y posterior poliartritis inflamatoria de pequeñas articulaciones. Al ingreso presentó edema generalizado, ingurgitación yugular, roce pericárdico y ruidos cardiacos velados. El electrocardiograma mostró alternancia eléctrica y bajos voltajes (Figura 13.22.1); la radiografía de tórax evidenció silueta cardiaca en «botella de agua» (Figura 13.22.2), mientras que la tomografía y el ecocardiograma confirmaron derrame pericárdico severo con datos de taponamiento cardiaco (Figura 13.22.3). Se realizó pericardiocentesis con drenaje de 1,305 mL de líquido pericárdico, descartándose etiología infecciosa. El perfil inmunológico mostró ANA 1:320, anti-Smith, anti-ADN de doble cadena y anti-CCP positivos, además de hipocomplementemia C4, estableciéndose el diagnóstico de síndrome de Rhupus. **Material y métodos:** se elaboró un reporte de caso complementado con una revisión narrativa en PubMed utilizando términos MeSH. Se seleccionaron 7 artículos para comparar las características clínicas, el abordaje diagnóstico, el tratamiento y los desenlaces con el caso presentado. **Resultados:** la revisión mostró que el síndrome de Rhupus es una entidad infrecuente cuya manifestación predominante suele ser la poliartritis erosiva, mientras que el taponamiento cardiaco como forma de presentación inicial es excepcional. Los factores asociados descritos incluyen sexo femenino, anemia, hipocomplementemia y actividad inflamatoria elevada. En concordancia con

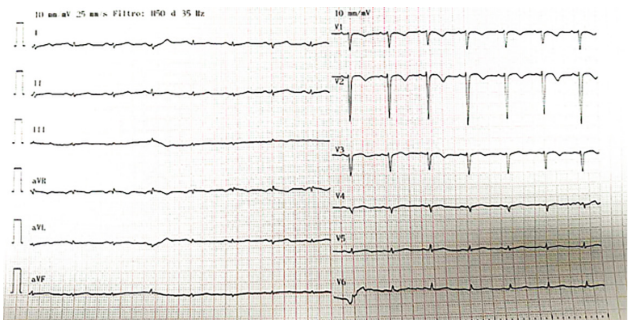


Figura 13.22.1: Electrocardiograma, donde se observan datos de alternancia eléctrica y bajo voltaje, como datos de taponamiento cardiaco.

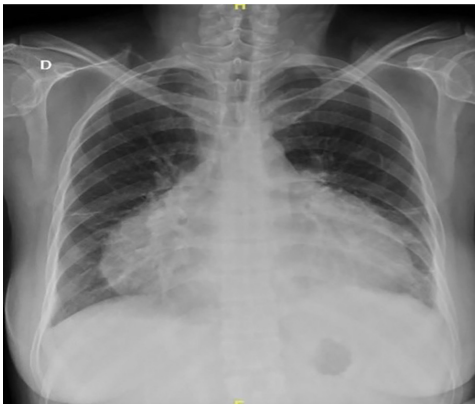


Figura 13.22.2: Radiografía de tórax, donde se evidencia signo de la botella de agua, sugestivo de derrame pericárdico.

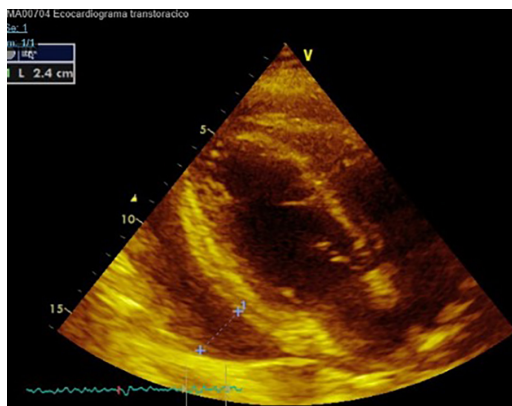


Figura 13.22.3: Ecocardiograma transtorácico, donde se observa un derrame pericárdico de 2.4 cm.

la literatura, el ecocardiograma permitió establecer el diagnóstico, mientras que el tratamiento con drenaje pericárdico e inmunosupresión logró una evolución clínica favorable, sin recurrencia de compromiso hemodinámico durante el seguimiento. **Conclusión:** el taponamiento cardíaco como manifestación inicial del síndrome de Rhus representa un reto diagnóstico por su baja frecuencia e inespecificidad clínica. Su reconocimiento oportuno es fundamental para reducir la morbilidad y mejorar el pronóstico de estos pacientes.

13.23. Vigilancia electrocardiográfica de enfermería para la detección temprana de bloqueo AV completo posterior a TAVI: reporte de caso

Bernabe-Silva Saul Mauricio, Rojas-Carrera Miguel Ángel, Robles-González Raúl Fernando, Estevez-Graciano Luis Omar
Centro Médico de Especialidades de Ciudad Juárez. Chihuahua, México.

Introducción: los trastornos de conducción son una complicación conocida posterior al implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) y pueden presentarse aun después de un periodo inicial sin alteraciones clínicas. La vigilancia electrocardiográfica continua y la valoración de signos y síntomas permiten reconocer oportunamente cambios que pueden requerir estimulación cardíaca.

Descripción del caso: paciente masculino de 60 años, con antecedente de hipertensión arterial y síndrome coronario agudo con elevación del ST. Se documentó enfermedad coronaria de dos vasos, tratada mediante intervención coronaria percutánea con tres stents, además de estenosis aórtica crítica calcificada (*Figura 13.23.1*). Se realizó TAVI transfemoral con prótesis autoexpandible Abbott Navitor® de 27 mm (*Figura 13.23.2*). El gradiente transvalvular disminuyó de 88 a 0 mmHg, sin fuga paravalvular significativa y con evolución inicial favorable. Posterior al procedimiento, se mantuvo vigilancia continua por enfermería mediante telemetría y valoración clínica, con atención a cambios en la frecuencia y ritmo cardíaco y a la aparición de síntomas asociados. **Material y métodos:** se realizó una revisión narrativa de la literatura en PubMed y Google Scholar utilizando términos relacionados con TAVI, bloqueo auriculoventricular, trastornos de conducción, marcapasos, monitorización electrocardiográfica y cuidados de enfermería. **Resultados y conclusiones:** entre las

48 y 56 horas posteriores al TAVI, el paciente presentó diaforesis, visión borrosa, parestesias y cuatro episodios compatibles con síndrome de Stokes-Adams. La telemetría permitió identificar bloqueo auriculoventricular completo, lo que motivó la valoración e intervención del equipo multidisciplinario. Se colocó marcapasos temporal y posteriormente marcapasos definitivo bicameral, con evolución favorable y sin nuevos eventos arrítmicos (*Figura 13.23.3*). La aparición tardía del bloqueo auriculoventricular completo resalta la importancia de mantener vigilancia clínica y electrocardiográfica continua mediante telemetría después del TAVI, aun ante una evolución inicial favorable. La vigilancia continua de enfermería mediante telemetría permitió reconocer oportunamente los cambios clínicos y del ritmo cardíaco que precedieron la intervención terapéutica.

Figura 13.23.1:

Angiografía preimplante de TAVI.

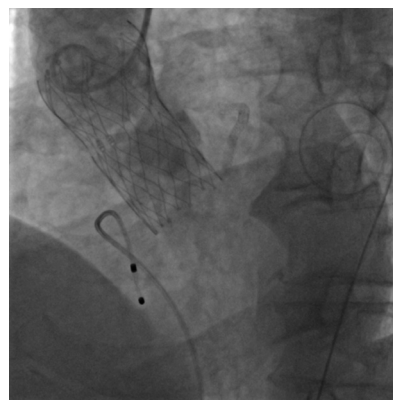
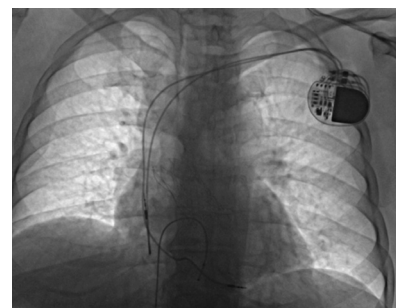


Figura 13.23.2:

Imagen fluoroscópica posterior al implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI), con prótesis valvular autoexpandible en posición aórtica.

Figura 13.23.3:

Radiografía de tórax posterior al implante de marcapasos definitivo bicameral, con generador y electrodos en posición.



13.24. Disnea en un paciente con mieloma múltiple: insuficiencia mitral secundaria a perforación de la valva posterior

Molina-Alegría Miguel Alejandro, Flores-Montijo Daniela, Fernández-Ochoa Aurig, Talamante-Potiomkin Cristina, Guatemala-Moreno Liliana
Cardiología. UMAE Hospital de Cardiología, CMN Siglo XXI, Ciudad de México, México.

Introducción: el mieloma múltiple es una neoplasia de células plasmáticas asociada con disminución de inmunoglobulinas funcionales y mayor susceptibilidad a infecciones bacterianas. Las complicaciones infecciosas representan una causa importante de morbilidad. Aunque la bacteriemia es frecuente, la endocarditis infecciosa es poco habitual, con una incidencia reportada de 0.4 a 4.7% anual en pacientes con mieloma múltiple y bacteriemia. **Descripción del caso:** paciente masculino de 48 años con hipertensión arterial, hipotiroidismo y enfermedad renal crónica en hemodiálisis. En 2021 presentó infección asociada al angioacceso y endocarditis de etiología no especificada, requiriendo retiro del catéter. Posteriormente, se colocaron nuevos accesos vasculares y, en febrero de 2026, un catéter tunelizado derecho. En abril de 2026 se diagnosticó mieloma múltiple IgG kappa, iniciándose tratamiento con bortezomib y talidomida. Dos meses después presentó disnea en reposo, ortopnea y disnea paroxística nocturna. El ecocardiograma transesofágico documentó insuficiencia mitral grave secundaria a perforación de la valva posterior en los segmentos P2-P3, probablemente relacionada con el antecedente de endocarditis, además de insuficiencia tricuspídea moderada (Figura 13.24.1). Tras discusión médico-quirúrgica, se consideró candidato a reparación de la perforación mitral y plastia tricuspídea. **Material y métodos:** se revisó el expediente clínico y la literatura disponible en PubMed utilizando los términos «multiple mieloma», «endocarditis» y «valve perforation», complementados con términos MeSH. Se identificaron 27 resultados, predominantemente reportes de caso. **Resultados y conclusiones:** la perforación mitral es una complicación infrecuente de la endocarditis infecciosa, que puede ocasionar insuficiencia

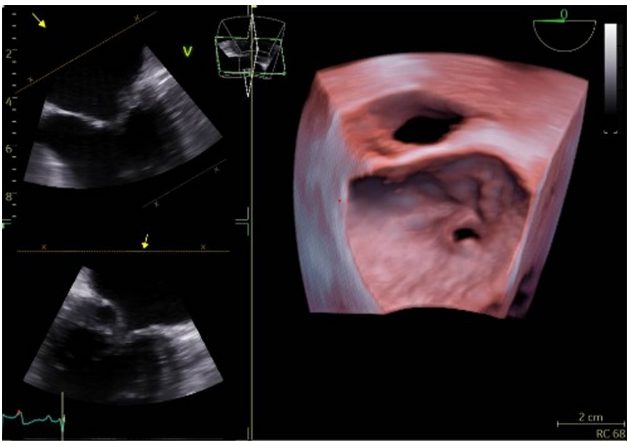


Figura 13.24.1: Ecocardiograma transesofágico tridimensional donde se aprecia un defecto de continuidad en la valva posterior de la válvula mitral, compatible con perforación.
* Sitio de perforación.

mitral grave e insuficiencia cardiaca. En pacientes con mieloma múltiple, la susceptibilidad a infecciones y los accesos vasculares para hemodiálisis pueden incrementar el riesgo de bacteriemia. En este caso, el antecedente de endocarditis y la perforación de la valva posterior sugieren una secuela estructural responsable de la insuficiencia mitral y la sintomatología. La evaluación ecocardiográfica y el abordaje multidisciplinario fueron fundamentales para definir el tratamiento. Deben considerarse complicaciones valvulares tardías ante disnea de nueva aparición en pacientes con antecedente de endocarditis.

13.25. Modelo del cuidado cardioemocional

González-Mejorada Sonia, Fuentes-Ramírez Francisco, Jiménez-Lozada Verónica, Rosales-Desales Karina
Asociación Mexicana de Proceso Diagnóstico y Taxonomías de Enfermería A.C. Ciudad de México, México.

Antecedentes: las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de mortalidad mundial y representan un importante problema de salud pública. Su evolución se relaciona no solo con factores fisiológicos, sino también con el autocuidado, la adherencia terapéutica, el estado emocional y el contexto sociocultural. En

Tabla 13.25.1: Resultados de la aplicación del modelo de cuidado cardioemocional en 50 pacientes.

Dimensión evaluada	Evaluación inicial n (%)	Evaluación posterior n (%)	Cambio esperado
Riesgo cardiovascular alto (rojo)	28 pacientes (56%)	10 pacientes (20%)	Disminución del 36% de pacientes en alto riesgo
Riesgo cardiovascular moderado (amarillo)	17 pacientes (34%)	24 pacientes (48%)	Mayor identificación y control de factores de riesgo
Estado cardiovascular adecuado (verde)	5 pacientes (10%)	16 pacientes (32%)	Incremento del equilibrio cardiovascular
Alteraciones emocionales significativas (ansiedad/estrés elevado)	34 pacientes (68%)	12 pacientes (24%)	Reducción del 44% en sintomatología emocional
Adecuada regulación emocional	16 pacientes (32%)	38 pacientes (76%)	Mejor adaptación al proceso salud-enfermedad
Bajo nivel de autocuidado	30 pacientes (60%)	9 pacientes (18%)	Incremento de conductas saludables
Autocuidado adecuado	20 pacientes (40%)	41 pacientes (82%)	Mejora en adherencia y participación activa
Percepción de apoyo social insuficiente	22 pacientes (44%)	8 pacientes (16%)	Fortalecimiento de redes de apoyo
Percepción de cuidado humanizado favorable	28 pacientes (56%)	45 pacientes (90%)	Mayor satisfacción con el cuidado de enfermería

Tabla 13.25.2: Análisis estadístico.

Variable	Resultado
Puntaje promedio inicial del instrumento	46 ± 12 puntos
Puntaje promedio posterior a la intervención	24 ± 10 puntos
Diferencia promedio esperada	-22 puntos
Mejoría global del estado cardío emocional	48%
Correlación entre regulación emocional y autocuidado	r=0.60 (asociación positiva moderada)
Significancia estadística esperada	p < 0.05

Interpretación: la aplicación del modelo de cuidado cardioemocional evidencia una disminución del riesgo integral del paciente cardiovascular, con mejoría en la estabilidad clínica, regulación emocional, capacidad de autocuidado y percepción del acompañamiento profesional de enfermería. Estos resultados apoyan la utilidad del modelo como herramienta de valoración y toma de decisiones mediante juicio clínico de enfermería.

enfermería cardiovascular persiste una valoración centrada principalmente en parámetros clínicos, por lo que existe la necesidad de integrar dimensiones emocionales y culturales mediante instrumentos y modelos científicamente sustentados. **Objetivo:** evaluar la utilidad y propiedades psicométricas del instrumento y el modelo de valoración cardiovascular con enfoque intercultural y cardioemocional, orientados a fortalecer el cuidado integral, el autocuidado y la toma de decisiones de enfermería. **Material y métodos:** se propuso un estudio observacional, transversal y cuantitativo. En una primera fase, se realizó validación de contenido mediante juicio de siete a 10 expertos, evaluando relevancia, claridad, coherencia y pertinencia de los ítems mediante el Índice de Validez de Contenido. En una segunda fase, se efectuó una prueba piloto con 10 adultos con enfermedad cardiovascular. Se aplicaron instrumentos y modelo de valoración cardiovascular intercultural, perfil cardioemocional y autocuidado. La consistencia interna se determinó mediante alfa de Cronbach y la validez de constructo mediante análisis factorial exploratorio, KMO y Bartlett. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** en 50 pacientes hubo una reducción de la presión arterial sistólica de 146 ± 18 a 132 ± 14 mmHg y un incremento del control tensional de 38 a 76%. La adherencia terapéutica aumentó de 56 a 84%, mientras que la ansiedad y el estrés disminuyeron 35% (Tabla 13.25.1). Existieron diferencias estadísticamente significativas en variables cardiovasculares, emocionales y de autocuidado ($p < 0.05$), así como correlación moderada entre reducción del estrés y mejor control cardiovascular ($r = 0.5$) (Tabla 13.25.2). **Conclusiones:** el modelo de cuidado cardioemocional puede favorecer el control cardiovascular, la adherencia, el autocuidado y la calidad de vida, fortaleciendo el juicio clínico y promoviendo un cuidado humanizado, integral y basado en evidencia.

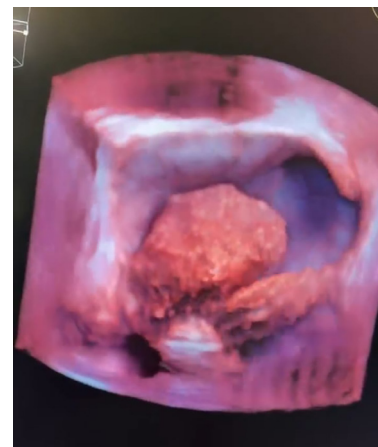
13.26. Masa auricular izquierda como manifestación de metástasis cardíaca en paciente con adenocarcinoma de colon sigmoides

Molina-Alegría Miguel Alejandro,
Diez de Bonilla-Montoya Valeria, Fernández-Ochoa Aurig,
Hernández-Pineda Axel, Guatemala-Moreno Liliana, Meneses-Ruiz Alan
Cardiología, Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital
de Cardiología Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto
Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, México.

Introducción: las metástasis cardíacas son más frecuentes que los tumores primarios del corazón; no obstante, la presencia de una masa

Figura 13.26.1:

Ecocardiograma tranesofágico 3D donde se documenta masa intracavitaria de morfología irregular y multilobulada, que protruye hacia cavidad auricular.



auricular izquierda como metástasis cardíaca secundaria a cáncer colorrectal es excepcional. Su presentación suele ser asintomática, por lo que el diagnóstico depende de las técnicas de imagen, principalmente ecocardiografía y resonancia magnética cardíaca. **Descripción del caso:** paciente masculino de 49 años con antecedente de artritis reumatoide y diagnóstico de adenocarcinoma de colon sigmoides, con mutación del homólogo del oncogén viral del sarcoma de rata Kirsten (KRAS), estadio IVB, con metástasis hepáticas, pulmonares y pericárdicas, tratado con seis ciclos de XELOX más bevacizumab. Durante el seguimiento oncológico, fue referido a cardio-oncología por el hallazgo incidental de una masa auricular izquierda, permaneciendo asintomático desde el punto de vista cardiovascular. El ecocardiograma transtorácico mostró una masa de base amplia de $36 \times 27 \times 38$ mm adherida a la pared lateral de la aurícula izquierda, sin flujo intralesional y con función biventricular conservada, con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) de 60%. El ecocardiograma tranesofágico confirmó una lesión de 31×40 mm sugestiva de tumor maligno (Figura 13.26.1). La resonancia magnética cardíaca demostró extensión hacia la vena pulmonar superior izquierda y características de realce similares a las metástasis hepáticas, compatibles con origen metastásico. Tras la discusión multidisciplinaria entre cardiología y oncología, se decidió manejo conservador, con vigilancia ecocardiográfica y continuación del tratamiento sistémico. **Material y métodos:** se realizó una revisión retrospectiva del expediente clínico y de los estudios de imagen cardiovascular. Además, se efectuó una búsqueda bibliográfica en PubMed utilizando los términos *cardiac metastasis*, *colorectal cancer*, *left atrial mass* y *cardiac magnetic resonance*. **Resultados y conclusiones:** las metástasis cardíacas por cáncer colorrectal son infrecuentes y representan un reto diagnóstico. En este caso, además, se hace énfasis en la presencia de una masa auricular izquierda como caso excepcional, siendo las metástasis más frecuentes en la aurícula derecha. La ecocardiografía y la resonancia magnética cardíaca permitieron caracterizar la lesión y orientar su origen metastásico, evitando procedimientos invasivos. Este caso destaca el valor de la imagen cardiovascular multimodal y del abordaje multidisciplinario para establecer la estrategia terapéutica en pacientes con enfermedad oncológica avanzada.

13.27. Endocarditis mitral por *Enterobacter cloacae* asociada a infección de hemoacceso en paciente en hemodiálisis: un reto cardionefrológico

Costilla-Castro Mónica Arellí, Casas-Arenas Mayra Liliana, Pérez-Estrada Aura Artemisa, Martínez-Herrera Edith Carolina, Rosales-Barajas María José, Cruz-Arzaluz Cesar Arturo
IMSS Zacatecas. Zacatecas, México.

Introducción: la endocarditis infecciosa en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis presenta alta morbimortalidad, favorecida por accesos vasculares, exposición sanitaria e inmunodisfunción urémica. Aunque predominan los cocos grampositivos, la endocarditis por bacilos gramnegativos no-HACEK es infrecuente. *Enterobacter cloacae* constituye un agente excepcional, por lo que su aislamiento obliga a identificar el foco intravascular, documentar daño valvular y establecer oportunamente el control del acceso infectado. **Descripción del caso:** mujer de 45 años con enfermedad renal crónica KDIGO V en hemodiálisis mediante Permcath, monorreno por nefrectomía derecha, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Ingresó por fiebre y escalofríos posteriores a hemodiálisis, sin otro foco aparente. Se obtuvieron hemocultivos central y periférico e inició vancomicina empírica. Persistieron picos febriles, elevación de reactantes inflamatorios, hiperazoemia, hiperpotasemia y acidosis metabólica. Los hemocultivos aislaron *Enterobacter cloacae* sensible a cefepima, ceftriaxona, ceftazidima, carbapenémicos, aminoglucósidos, ciprofloxacino, trimetoprim/sulfametoxazol y tigeciclina, por lo que se ajustó el tratamiento antimicrobiano. El Permcath fue retirado el 24 de marzo de 2026. El ecocardiograma transtorácico mostró una masa móvil de 5×4 mm en la valva anterior mitral, con fracción de eyección conservada y sin insuficiencia valvular significativa. El ecocardiograma transesofágico confirmó vegetaciones de 3×3 mm en la valva anterior y 2×2 mm en la valva posterior mitral. Se observaron hemorragias en astilla, sin nódulos de Osler ni lesiones de Janeway. Recibió manejo conjunto por nefrología, cardiología e infectología, sin insuficiencia cardíaca ni nuevos eventos embólicos. **Resultados y conclusiones:** se diagnosticó endocarditis infecciosa mitral por *Enterobacter cloacae* asociada a hemoacceso. El retiro del catéter, la terapia antimicrobiana dirigida y la evaluación ecocardiográfica permitieron una evolución clínica estable. El caso destaca la necesidad de sospecha temprana, control del foco y abordaje multidisciplinario en pacientes en hemodiálisis.

13.28. Cambio valvular aórtico secundario a degeneración mixomatosa extensa en una paciente púrpura: reporte de caso

Enríquez-Nucamendi Norberto, Mijangos-Chávez Janet, Muñiz-Gómez Arturo
Hospital de Especialidades «Dr. Antonio Fraga Mouret», Centro Médico Nacional La Raza. Ciudad de México, México.

Introducción: la degeneración mixomatosa valvular es una alteración del tejido conectivo caracterizada por acumulación de proteoglicanos y desorganización de las fibras de colágeno y elastina, lo que favorece insuficiencia valvular y, en casos excepcionales, lesiones que simulan masas intracardiacas. Su localización en la válvula aórtica es infrecuente y representa un reto diagnóstico, al confundirse con endocarditis infecciosa, trombos o tumores cardíacos. La ecocardiografía transtorácica y transesofágica son herramientas diagnósticas útiles, pero el diagnóstico definitivo depende del estudio histopatológico. El tratamiento consiste en la sustitución valvular. **Descripción del caso:** mujer de 24 años con antecedente de embarazo de alto riesgo



Figura 13.28.1: Macroscópicamente. Válvula aórtica: frasco de formol referido como válvulas, dos fragmentos de tejido (el mayor mide $2.5 \times 1.0 \times 1.0$ cm y el menor mide $2.0 \times 1.0 \times 0.5$ cm), de coloración café blanquecino, de aspecto aperlado y consistencia ahulada. Al corte, la coloración es color café claro-amarillento y consistencia pastosa. Se incluye en su totalidad en una sola cápsula, 1-1.

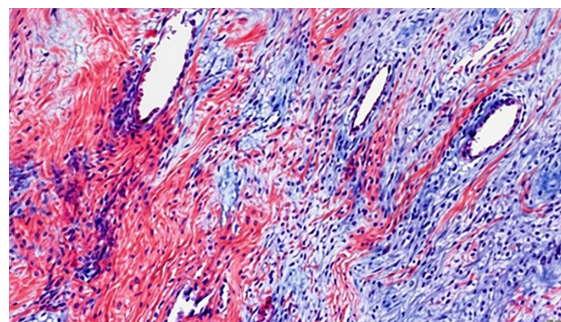


Figura 13.28.2: Resección quirúrgica de la válvula aórtica con degeneración mixomatosa multifocal extensa, fibrosis moderada, degeneración mixoide multifocal, neovascularización presente. Infiltrado inflamatorio: no observado, negativo para malignidad.

obstétrico complicado por hipertensión arterial crónica, preeclampsia sobreagregada y restricción del crecimiento intrauterino, resuelto mediante cesárea por pérdida del bienestar fetal. Durante el puerperio tardío presentó sintomatología cardiovascular, documentándose taquicardia sinusal en el electrocardiograma. El ecocardiograma transesofágico mostró ventrículo izquierdo dilatado con fracción de eyección del 54%, válvula aórtica bicúspide fusionada y una masa hiperecogénica, irregular y móvil de 2.5×0.9 cm adherida a la valva coronaria izquierda, que protruye hacia el ventrículo izquierdo y condiciona insuficiencia aórtica severa, con mecanismo tipo *flail*. Inicialmente se sospechó endocarditis infecciosa; sin embargo, ante los hallazgos ecocardiográficos y el deterioro hemodinámico, se realizó reemplazo valvular aórtico con prótesis mecánica St. Jude de 23 mm. El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica reportó degeneración mixomatosa multifocal extensa, descartando endocarditis (Figuras 13.28.1-13.28.4). **Material y métodos:** se realizó una revisión narrativa en PubMed utilizando los términos degeneración

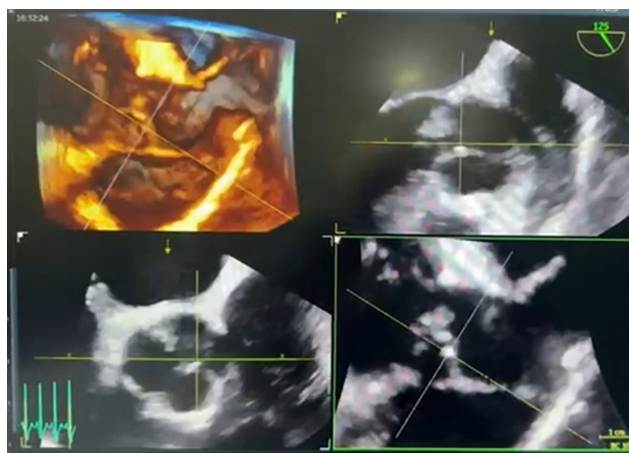


Figura 13.28.3: Válvula aórtica bivalva, (R-L). Valva coronaria izquierda de 2.5×0.9 cm que protruye al ventrículo izquierdo, condicionando flail e insuficiencia aórtica severa.

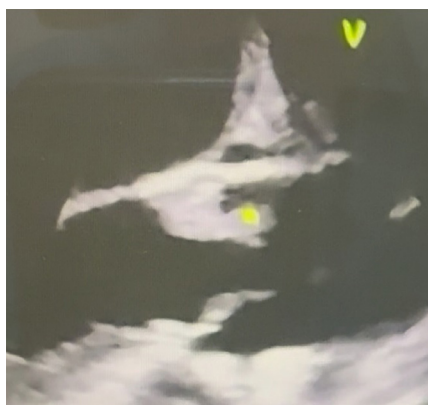


Figura 13.28.4: Ecocardiograma transesofágico: válvula aórtica fusionada. Punto amarillo: masa móvil, hiperecogénica, irregular con movimiento errático, adosada a la válvula coronaria izquierda.

mixomatosa de la válvula aórtica, enfermedades de las válvulas del corazón, endocarditis infecciosa y masas cardíacas. Enfocada en presentación clínica, diagnóstico diferencial, hallazgos histopatológicos y tratamiento. **Resultados y conclusiones:** la relevancia de este caso radica en la combinación de características clínicas inusuales: afectación de la válvula aórtica —cuando la degeneración mixomatosa se presenta predominantemente en la válvula mitral—, apariencia ecocardiográfica de masa valvular, necesidad de realizar diagnóstico diferencial con endocarditis infecciosa y requerimiento de reemplazo valvular en una mujer joven durante el puerperio posterior a un embarazo de alto riesgo obstétrico. Este caso resalta la importancia de integrar los hallazgos clínicos, ecocardiográficos e histopatológicos para establecer un diagnóstico oportuno y orientar el tratamiento quirúrgico adecuado.

13.29. La afectación vascular y cardíaca subclínica combinada en la artritis reumatoide se asocia de forma independiente con la inflamación sistémica

Cervantes-Ramírez Valeria,
Castro-Sáenz Nailea, Azpiri-López José Ramón,
Flores-Ramírez Ramiro, Galarza-Delgado Dionicio Ángel
Hospital Universitario «Dr. José Eleuterio González».
Monterrey, Nuevo León, México.

Introducción: la artritis reumatoide (AR) incrementa el riesgo cardiovascular por factores tradicionales e inflamación sistémica crónica. Las anomalías vasculares y cardíacas subclínicas suelen evaluarse por separado, y no está claro si las calculadoras de riesgo convencionales identifican adecuadamente a los pacientes con afectación combinada. **Objetivo:** evaluar la prevalencia de afectación vascular y cardíaca subclínica combinada en pacientes con AR, y determinar la capacidad de las calculadoras convencionales de riesgo CV (QRISK3, Framingham Lipids ajustado por EULAR, ACC/AHA y PREVENT) para identificarla. **Materiales y métodos:** estudio transversal en 147 pacientes con AR (criterios ACR/EULAR 2010), sometidos a ecografía carotídea y ecocardiografía transtorácica. Se clasificaron como sin afectación, afectación aislada (vascular: placa carotídea; o cardíaca: geometría anormal del VI, disfunción sistólica o diastólica subclínica) o afectación combinada. El riesgo CV alto se

Tabla 13.29.1: Características demográficas y clínicas.

Variable	Sin compromiso estructural n=33	Compromiso aislado n=62	Compromiso combinado n=52	Valor de p
Demográficas				
Sexo femenino, n (%)	31 (93.9)	60 (96.7)	47 (90.3)	0.366
Edad, años	50 $\pm$ 10.5	53 $\pm$ 8.2	60 $\pm$ 8.0	<0.001
IMC, kg/m ²	27 $\pm$ 3.9	29 $\pm$ 5.8	27 $\pm$ 4.7	0.092
Factores de riesgo CV				
Diabetes mellitus, n (%)	3 (9.0)	9 (14.5)	11 (21.1)	0.312
Hipertensión arterial, n (%)	6 (18.1)	22 (35.4)	18 (34.6)	0.182
Dislipidemia, n (%)	13 (39.3)	26 (41.9)	27 (51.9)	0.436
Tabaquismo activo, n (%)	2 (6.0)	5 (8.0)	3 (5.7)	0.873
Características de AR				
DAS-28 PCR	4.0 $\pm$ 3.3	3.5 $\pm$ 1.5	3.6 $\pm$ 1.4	0.516
Duración de la enfermedad, años	6.1 (3.1-13.0)	7.0 (2.0-12.0)	8.2 (3.0-18.5)	0.136
Uso de FARME, n (%)	31 (93.9)	54 (87.1)	43 (82.6)	0.322
Uso de prednisona, n (%)	17 (51.5)	35 (56.4)	24 (46.1)	0.548

Los valores se presentan como media $\pm$ DE o mediana (RIC), según corresponda. DE, Desviación Estándar; RIC, Rango Intercuartilico; CV, cardiovascular; IMC, Índice de Masa Corporal; DAS28-PCR, Índice de Actividad de la Enfermedad-28-PCR; FARME, Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad.

Tabla 13.29.2: Proporción de pacientes clasificados como de alto riesgo CV según el compromiso.

Variable	Sin compromiso n=33	Compromiso aislado n=62	Compromiso combinado n=52	Valor de p
QRISK3, n (%)	0 (0.0)	2 (3.2)	4 (7.6)	0.203
Framingham Lípidos, n (%)	2 (6.4)	4 (6.7)	9 (17.3)	0.060
PREVENT, n (%)	2 (6.4)	1 (1.7)	13 (25.0)	<.001
ACC/AHA, n (%)	1 (3.2)	1 (1.7)	8 (15.6)	0.028

Se definió alto riesgo cardiovascular como QRISK $\geq 20\%$, Framingham Lípidos ajustado por EULAR y ACC/AHA $\geq 20\%$, y PREVENT $\geq 10\%$.

definió según los puntos de corte estándar de cada calculadora. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética e Investigación correspondiente y se realizó de conformidad con las Buenas Prácticas Clínicas y los principios éticos aplicables. **Análisis estadístico:** se realizó regresión logística multivariada (edad, sexo, hipertensión, PCR, IMC, dislipidemia) para identificar factores asociados con afectación combinada versus aislada. **Resultados:** el 22% (n = 33) de los pacientes no presentó afectación, 42% (n = 62) tuvo afectación aislada y 35% (n = 52) afectación combinada (Tabla 13.29.1). Las calculadoras de riesgo mostraron sensibilidad deficiente: solo 25% (PREVENT), 17% (Framingham Lipids), 15% (ACC/AHA) y 7% (QRISK3) de los pacientes con afectación combinada se clasificaron como de alto riesgo (Tabla 13.29.2). En el análisis multivariado, solo la mayor edad (OR 1.11, IC95% 1.05-1.18, $p < 0.001$) y niveles más altos de PCR (OR 2.09, IC95% 1.103-3.989, $p = 0.024$) se asociaron de forma independiente con afectación combinada. **Conclusiones:** la afectación vascular y cardíaca subclínica combinada es frecuente en la AR, se asocia independientemente con inflamación sistémica (PCR) más que con factores de riesgo tradicionales, y frecuentemente no es detectada por las calculadoras de riesgo CV convencionales. La evaluación cardiovascular multimodal podría mejorar la estratificación del riesgo en esta población.

13.30. Mixoma auricular derecho gigante: un tumor benigno con repercusión hemodinámica grave. Reporte de caso

Alonso-Navarrete Francisco U, Enriquez-Nucamendi Norberto, Bonilla-Morales Iván, Castelazo-Sánchez Astrid, Arias-Velarde Luis F
Hospital de Especialidades «Dr. Antonio Fraga Mouret», Centro Médico Nacional La Raza. Ciudad de México, México.

Introducción: los mixomas cardíacos representan aproximadamente el 50% de los tumores primarios del corazón y constituyen la neoplasia cardíaca benigna más frecuente. Entre el 75 y 85% se localizan en la aurícula izquierda, mientras que la afectación de cavidades derechas es excepcional. Aunque su comportamiento histológico es benigno, pueden ocasionar obstrucción intracardiaca, fenómenos embólicos y síntomas constitucionales. La ecocardiografía es el estudio diagnóstico de primera línea, con una sensibilidad cercana al 95%; la tomografía computarizada y la resonancia magnética cardíaca complementan la caracterización anatómica y la planificación quirúrgica. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica temprana, con excelentes resultados

y baja recurrencia. **Descripción del caso:** se presenta el caso de un hombre de 44 años, sin enfermedades crónicas, con antecedente de tabaquismo y consumo de anorexigénicos derivados de metanfetamina durante más de 20 años. Inició con un mes de evolución de disnea progresiva y edema de miembros inferiores. El ecocardiograma evidenció disfunción biventricular con fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 45%, hipocinesia generalizada, aurícula derecha severamente dilatada y una masa ovoidea de 80 × 55 mm que ocupaba aproximadamente dos tercios de la aurícula derecha, asociada a insuficiencia tricuspídea severa y

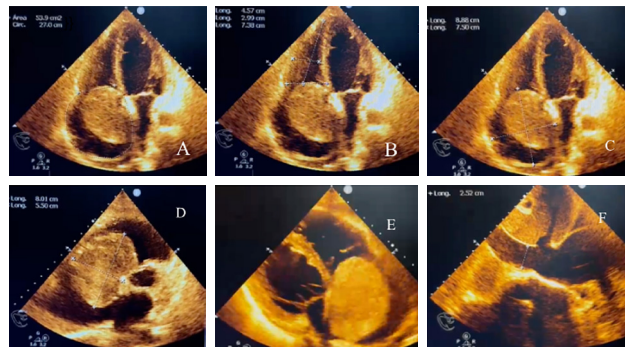


Figura 13.30.1: Ecocardiograma. A-C) Vista apical de cuatro cámaras, con presencia de dilatación de cavidades derechas (ventrículo y aurícula derecha) y donde se muestra la presencia de tumoración cardíaca. D) Presencia de masa intracardiaca en cavidades derechas de 8.0 × 5.5 cm adosada a nivel de septum intertrial, sin afección a VD ni válvula tricúspidea. E) APLAX masa adosada en septum interatrial. F) VCI 25 mm sin colapso.

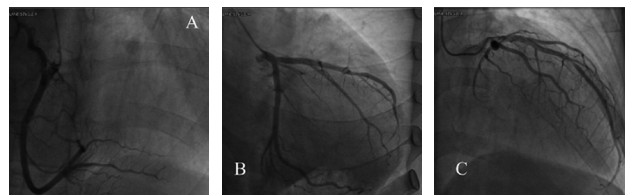


Figura 13.30.2: Angiografía coronaria. A) Proyección OAI de CD, sin lesiones. B) Proyección OAD, sin lesiones. C) Proyección Spider, sin lesiones.



Figura 13.30.3: Tomografía axial computarizada cardíaca (simple y contrastada). A) Corte axial en fase arterial con tumoración ovoide en AD de 65.4 × 55.5 cm, de contenido heterogéneo. B) Corte axial en fase arterial con tumoración ovoidea, de bordes bien definidos en AD. C) Corte sagital en fase arterial, con tumoración en bordes definidos, con presencia de regiones hiperdensas.

derrame pericárdico de 10 mm. Con el diagnóstico de mixoma auricular derecho gigante, se realizó sin retraso resección quirúrgica completa (Figuras 13.30.1-13.30.6). **Material y métodos:** se realizó una revisión de la literatura en PubMed, utilizando los términos *mixoma cardíaco*, *mixoma derecho auricular*, *tumores cardíacos* y *cirugía cardíaca*. Enfocada en epidemiología, manifestaciones clínicas, métodos diagnósticos, imagen multimodal y tratamiento quirúrgico. **Resultados y conclusiones:** el mixoma de cavidades derechas es una entidad infrecuente, simulando datos de insuficiencia progresiva; puede ocasionar compromiso hemodinámico grave, a pesar de su naturaleza benigna. Este caso demuestra que un mixoma gigante puede ocasionar obstrucción significativa del flujo intracardiaco, condicionando datos de insuficiencia cardíaca, falla biventricular y reducción ligera de fracción de eyección VI, en ausencia de enfermedad coronaria obstructiva. Estos hallazgos sugieren el deterioro de la función ventricular como consecuencia de la alteración hemodinámica crónica inducida por el tumor. El reconocimiento y resección tempranos continúan siendo determinantes para prevenir eventos desfavorables y lograr una recuperación funcional.

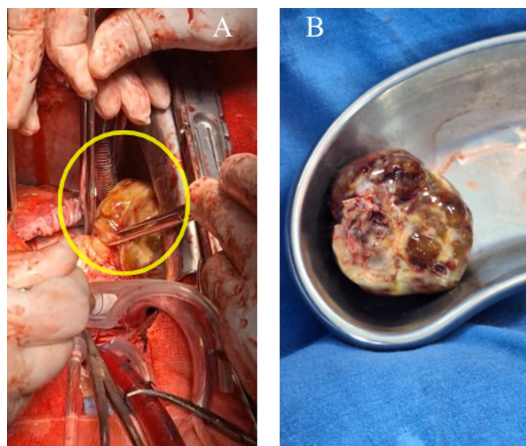


Figura 13.30.4: A) Vista intraoperatoria de una masa intracavitaria en aurícula derecha. B) Pieza quirúrgica correspondiente a un mixoma auricular derecho de aproximadamente 8 x 5.5 cm.

Figura 13.30.5:

Macroscópicamente. Espécimen globular que mide 8 x 6 x 6 cm. Superficie externa lisa, café-gris con áreas rojizas, de consistencia resistente y zonas semifirmes. A la superficie, de corte sólido, heterogéneo, café claro con septos fibróticos, calcificaciones y extensas áreas mixoides y hemorrágicas.

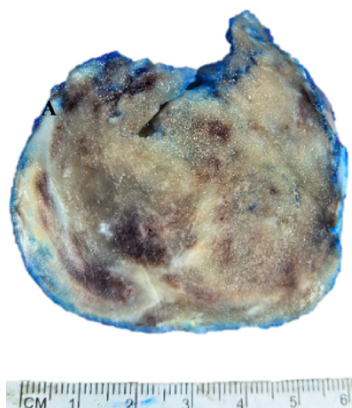
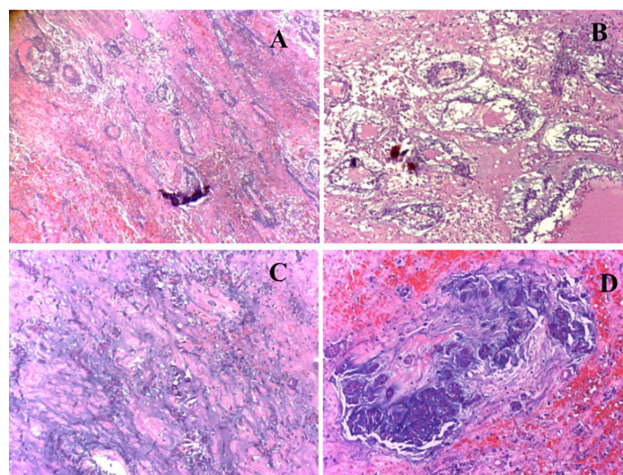


Figura 13.30.6: Microscopia óptica, tinción H&E. A) Neoplasia que se dispone en cordones y anillos perivasculares, acompañada de hemorragia reciente y antigua, y una calcificación (4x). B) Mayor acercamiento a los anillos perivasculares, donde se observan células ahusadas y ovaladas que rodean los vasos sanguíneos, acompañadas de edema y material mixoide (10x). C) Características células lepidiformes (mixoides) de forma ovoide y ahusadas, con citoplasma moderado eosinófilo y núcleo de ovalado a redondo sin atipia, que se disponen individualmente y otras se agrupan formando pequeños cordones, inmersos en estroma mixoide (10x). D) Patrón en pequeños nidos acompañados de material mixoide y hemorragia reciente (10x).

13.31. Endocarditis infecciosa en un hospital de tercer nivel del noreste de México: características clínicas, microbiológicas y desenlaces hospitalarios

Reyes-Guzmán Pablo E, Tienda-López Luis, Galván-Sáenz Norma, González-López Jorge, Vázquez-Guerrero Edgar, Flores-Ramírez Ramiro
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario «Dr. José Eleuterio González». Monterrey, Nuevo León, México.

Introducción: la endocarditis infecciosa (EI) continúa asociándose con una elevada morbimortalidad, a pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos. La información epidemiológica contemporánea en México es limitada. **Objetivo:** describir las características demográficas, microbiológicas, afección valvular y los desenlaces hospitalarios de pacientes con EI en un hospital de tercer nivel del noreste de México. **Material y métodos:** estudio observacional, descriptivo, ambispectivo y transversal. Se identificaron expedientes de pacientes ingresados con diagnóstico de EI entre los años 2022 a 2025, recolectados de la base de datos del servicio de Cardiología del Hospital Universitario «Dr. José Eleuterio González». El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética e Investigación y se realizó conforme a las Buenas Prácticas Clínicas y los principios éticos aplicables. **Análisis estadístico:** se realizó un análisis descriptivo de las características clínicas, microbiológicas, afección valvular y mortalidad. Las variables continuas se expresaron como media $\pm$ desviación estándar y las categóricas como frecuencias y porcentajes. Se realizaron análisis descriptivos para explorar la mortalidad según la válvula afectada. **Resultados:** se incluyeron 42 pacientes, 30 (71.4%) de género masculino con una edad media

de 47.9 ± 13.9 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron diabetes, hipertensión y enfermedad renal crónica (Tabla 13.31.1). Entre los factores predisponentes, la infección asociada a catéter (16.8%) y el foco odontogénico (12%) fueron los más frecuentes; no se identificó un foco infeccioso en el 61.9% de los casos. El perfil microbiológico estuvo dominado por especies de *Staphylococcus* y *Streptococcus*, mientras que los hemocultivos permanecieron negativos en 28.8% de los casos (Tabla 13.31.2). La válvula aórtica fue la más frecuentemente afectada (56.8%), seguida de la válvula mitral (37.8%); con una mortalidad del 62.5 y 56.3%, respectivamente. La afección multivalvular estuvo presente en 25.8% de los casos, con una mortalidad de 50%. La tasa de mortalidad global fue del 55.6%. **Conclusiones:** en nuestro estudio, la EI se asoció con una elevada mortalidad. La frecuente ausencia de un foco infeccioso identificado, junto con el aislamiento de microorganismos compatibles con flora oral y colonización de catéteres, abre la oportunidad de mejora a protocolos diagnósticos y la búsqueda sistemática del origen de la infección.

Tabla 13.31.1: Descripción demográfica y de comorbilidades.

Variable	N=42
Demografía	
Sexo, masculino (%)	30 (71.4)
Edad (SD)	47.95 (13.9)
Comorbilidades	
Diabetes mellitus tipo 2(%)	21(50)
Hipertensión Arterial (%)	18 (42.9)
Enfermedad reumatólica (%)	3 (9.7)
Dislipidemia (%)	5 (12.2)
Insuficiencia cardiaca aguda (%)	9 (21.9)
Insuficiencia cardiaca crónica (%)	1 (2.4)
Enfermedad renal crónica (%)	11 (26.8)
Neoplasia (%)	4 (9.5)
Cardiopatía isquémica (%)	2 (4.9)
Ataque Isquémico Transitorio	5 (13.9)
Arritmia	2 (5.6)
Cardiomiopatía dilatada	1 (2.9)
Hipotiroidismo	3 (8.3)
Enfermedad pulmonar (asma, EPOC)	1 (2.9)
Alcoholismo (%)	18 (42.9)
Tabaquismo (%)	17 (40.5)
Toxicomanías (%)	4 (9.5)
Factores Predisponentes	
Valvulopatía conocida (%)	5 (12.5)
Comunicación IV/IA (%)	5 (13.9)
Enfermedad periodontal (%)	2 (4.8)
Cirugía dental previa	2 (4.8)
Infección asociada catéter IV (%)	5 (17.2)
Endocarditis previa	3 (7.1)
Infección previa	9 (21.4)
Consumo previo de esteroides	3 (7.1)

Tabla 13.31.2: Perfil microbiológico de los pacientes con endocarditis infecciosa.

Microorganismo	n (%)
Cultivo negativo	12 (28.8)
Staphylococcus spp.	12 (28.8)
- <i>S. aureus</i>	3 (7.2)
- <i>S. epidermidis</i>	3 (7.2)
- <i>S. hominis</i>	3 (7.2)
- Otras especies de <i>Staphylococcus</i>	3 (7.2)
Streptococcus spp.	10 (24)
- <i>S. gallolyticus</i>	2 (4.8)
- <i>S. gordonii</i>	2 (4.8)
- <i>S. oralis</i>	2 (4.8)
- Otras especies de <i>Streptococcus</i>	4 (9.6)
Enterococcus spp.	5 (12)
Pseudomonas spp.	4 (9.6)
Escherichia coli	4 (9.6)
Candida spp.	3 (7.2)
Otros microorganismos*	4 (9.6)

**Erysipelothrix rhusiopathiae*, *Ochrobactrum anthropi*, *Klebsiella pneumoniae* y *Trichosporon asahii*. Los porcentajes se calcularon respecto al total de pacientes (N = 42). Algunos pacientes presentaron infección polimicrobiana, por lo que la suma de los porcentajes excede el 100%.

13.32. Diferencias por género en la adherencia, calidad de vida y cuidadoras/es informales en pacientes con padecimientos cardiovasculares

Juárez-Fuentes Osmany Ernesto, Villa-Jiménez Fátima Michelle, Peláez-Hernández Viridiana
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias «Ismael Cosío Villegas». Ciudad de México, México.

Introducción: diferencias de género en cuidadores y pacientes mantienen desigualdades, afectando la salud de los pacientes. Pese a una reciente diversificación respecto a quién facilita los cuidados, estas diferencias prevalecen, impactando en calidad de vida, adherencia, hospitalizaciones y mortalidad. **Objetivo:** analizar las diferencias por género sobre adherencia al tratamiento, calidad de vida y requerimiento de cuidadores en pacientes con padecimientos cardiovasculares. **Material y métodos:** se realizó un estudio observacional y descriptivo. La muestra constó de 120 pacientes con padecimientos cardiovasculares. La adherencia al tratamiento se evaluó mediante la escala MBG; la calidad de vida se midió con el cuestionario SF-12. El apoyo por parte de un cuidador se evaluó mediante entrevista. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética, en conformidad con las Buenas Prácticas Clínicas y los principios éticos aplicables bajo el código E06-27. **Análisis estadístico:** se realizaron las siguientes pruebas: Shapiro Wilk, Kruskal-Wallis y χ^2 . **Resultados:** el promedio de edad fue 64 años. El 51.67% fueron hombres y el 48.33% mujeres. En adherencia al tratamiento, no se encontraron diferencias significativas por sexo. En las subescalas de MBG que evalúan cumplimiento activo y autonomía del cumplimiento, ambos sexos presentaron una media de 15.0 y 16.0, respectivamente, y en complejidad de la adhesión, las mujeres presentaron una media de 12.0 y los hombres de 11.0. Al evaluar si cuentan con el apoyo de un cuidador, se encontró que el 75.8% de los hombres y el 67.2% de las mujeres disponen de este. En calidad de vida, las mujeres presentaron una media de 60.2 y los hombres una media de 72.03. **Conclusiones:** los hallazgos no sugieren diferencias por sexo en adherencia; una ampliación en la muestra permitiría analizar con mayor claridad las diferencias por factores. Aunque las diferencias en apoyo de un cuidador no son significativas, el hecho de que los hombres dispongan más de este puede vincularse a los roles de género. Estos mismos podrían tener un impacto diferencial en calidad de vida, que en las mujeres se observa disminuida. Se requiere una investigación más amplia para identificar los factores que influyen en este fenómeno.

13.33. Tratamiento percutáneo exitoso de coartación aórtica en el puerperio: reporte de caso de hipertensión secundaria desenmascarada por el embarazo

Acevedo-Gómez Kevin Josué
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. Ciudad de México, México.

Introducción: la coartación aórtica es una cardiopatía congénita acionógena caracterizada por un estrechamiento de la luz de la aorta; esta puede presentarse en diferentes sitios anatómicos con relación al conducto arterioso; es más frecuente en el sexo masculino; representa del 5 al 8% de las cardiopatías congénitas y constituye una causa potencialmente tratable de hipertensión arterial secundaria (HAS). Se considera el producto de un defecto en el desarrollo de las estructuras vasculares que forman el arco aórtico

debido a una proliferación excesiva del tejido del cierre del conducto arterioso. Aunque la mayoría de los casos se diagnostican durante la infancia, algunos pacientes permanecen sin diagnóstico hasta la edad adulta. El embarazo puede desenmascarar la enfermedad al incrementar la carga hemodinámica y favorecer complicaciones hipertensivas. **Descripción del caso:** durante el puerperio mediato, se sometió a cateterismo cardíaco, que documentó un gradiente transcoartación de 50 mmHg apoyado en guías coronarias de alto soporte, microcatéteres y técnica de «*ballon-assisted guide catheter advancement*». Se predilata coartación con balón no complicante 5.0 × 20 mm, realizándose con éxito reparación endovascular con implante de un *stent* cubierto BeGraft Bentley 16 × 38 mm, con gradiente residual a 5 mmHg tras postdilatación. La paciente evolucionó favorablemente, con adecuado control de las cifras tensionales y sin complicaciones posteriores al procedimiento (Figuras 13.33.1 y 13.33.2). **Conclusión:** este caso resalta la importancia de considerar la coartación aórtica como causa de hipertensión resistente en adultos, particularmente en presencia de válvula aórtica bicúspide con una asociación entre 50-75%. Asimismo, demuestra que un ecocardiograma transtorácico sin hallazgos concluyentes y en ausencia de dilatación de la raíz aórtica > 45 mm no excluye el diagnóstico cuando persiste una alta sospecha clínica, y destaca el papel de la exploración física para establecer el diagnóstico oportuno.

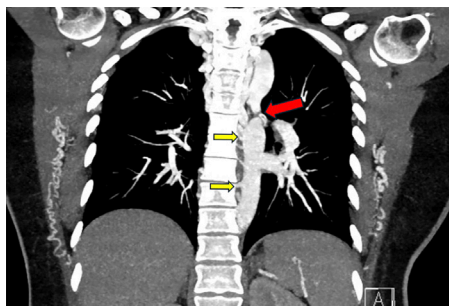


Figura 13.33.1: AngioTC de aorta con coartación aórtica yuxtaductal. Estrechamiento de 7.4 mm en aorta descendente (flecha roja) e incremento de la vasculatura aórtica colateral (flecha amarilla).

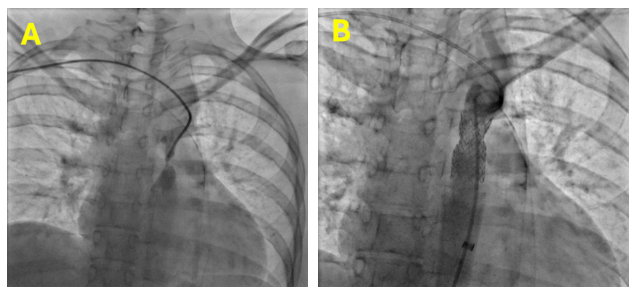


Figura 13.33.2: Durante y postreparación endovascular aórtica. A) Aortografía con catéter MP y cruce de guía coronaria en sitio de máxima estrechez. B) Resultado tras implante de *stent* aórtico BeGraft, con adecuada ganancia luminal y gradiente residual de 5 mmHg.

13.34. Ruptura diafragmática izquierda secundaria a trauma cerrado toracoabdominal en lactante mayor, reparación con parche de pericardio

Tendilla-Freixas Emiliano, González C, Godoy G, Muruato E, Serrano G
Unidad Médica de Alta Especialidad No. 71, Instituto Mexicano del Seguro Social. Torreón, Coahuila, México.

Introducción: la ruptura diafragmática traumática es una lesión poco frecuente asociada a traumatismos toracoabdominales de alta energía. Su presentación clínica puede ser inespecífica y el diagnóstico puede retrasarse, especialmente en pacientes pediátricos. La herniación de órganos intraabdominales hacia el tórax puede ocasionar compromiso respiratorio y hemodinámico severo, requiriendo tratamiento quirúrgico urgente. **Descripción del caso:** se presenta el caso de un paciente masculino de dos años que ingresó al servicio de urgencias menos de dos horas después de ser atropellado por un vehículo automotor, con trauma cerrado de tórax y abdomen. A su ingreso presentó dificultad respiratoria grave, hipoxemia y aumento del trabajo respiratorio. La radiografía de tórax mostró una imagen radiolúcida en la base del hemitórax izquierdo, con flujo pulmonar en los ángulos y el ápex (Figura 13.34.1). Ante la sospecha de hernia diafragmática postraumática, se realizó tomografía computarizada de cráneo, tórax y abdomen, que evidenció ruptura diafragmática izquierda con herniación del estómago, intestino delgado y bazo al hemitórax izquierdo, además de una imagen sugestiva de laceración hepática. Se efectuó toracotomía posterolateral izquierda de urgencia. Se identificó ruptura completa del borde posterior del hemidiafragma izquierdo, desde el ángulo cardiofrénico hasta el receso costodiafragmático, prácticamente desprendido de su inserción costal, con herniación del estómago, asas de intestino delgado y parte del bazo a la cavidad torácica. Se redujo el contenido herniado y se realizó plastia diafragmática con parche de pericardio bovino, fijado a los arcos costales en su borde posterior (Figura 13.34.2). Se colocaron una sonda pleural espiral de 19 Fr y un catéter venoso central subclavio izquierdo. El paciente ingresó a terapia intensiva con ventilación mecánica invasiva, requerimientos elevados y apoyo vasopresor con norepinefrina. Permaneció 72 horas en terapia intensiva, con evolución favorable, progresión ventilatoria a CPAP y posteriormente a oxígeno suplementario, así como suspensión del apoyo vasopresor. La sonda pleural se retiró antes del egreso. Durante la evolución, se observó incremento transitorio de transaminasas, DHL y fosfatasa



Figura 13.34.1:

Radiografía simple de tórax, con elevación de hemidiafragma izquierdo hasta 4o espacio intercostal.

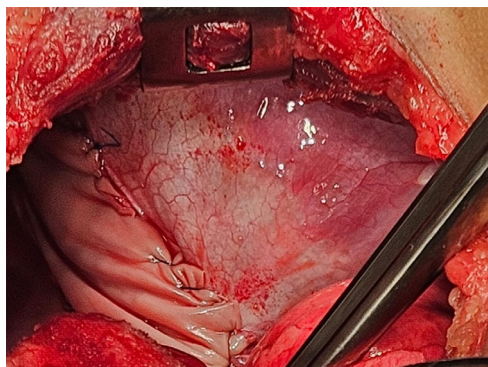


Figura 13.34.2: Reparación de hemidiafragma izquierdo con parche de pericardio bovino.

alcalina, con posterior tendencia a la normalización. Permaneció hospitalizado cinco días adicionales, durante los cuales se reinició la vía enteral, con adecuada tolerancia, y se restableció el tránsito intestinal. A los seis meses del accidente, durante el seguimiento ambulatorio, se encontraba asintomático y sin datos clínicos de complicación. La radiografía de tórax mostró hemidiafragma izquierdo sin alteraciones y adecuada reexpansión pulmonar; la radiografía abdominal evidenció distribución adecuada del gas. Las pruebas de función hepática se habían normalizado, sin otras alteraciones bioquímicas. **Conclusiones:** la ruptura diafragmática traumática en pacientes pediátricos es una lesión potencialmente mortal que exige un alto índice de sospecha ante traumatismos toracoabdominales de alta energía acompañados de dificultad respiratoria. La tomografía computarizada permite confirmar el diagnóstico y determinar la extensión de la lesión. En presencia de compromiso respiratorio grave y herniación de vísceras abdominales, la reparación quirúrgica urgente permite restablecer la anatomía diafragmática y favorecer la recuperación. En este caso, la reparación con parche de pericardio bovino mostró evolución clínica y radiológica favorable a seis meses de seguimiento.

13.35. Alta probabilidad de clasificar erróneamente como de bajo riesgo cardiovascular a pacientes con placa carotídea en artritis reumatoide

Leal-Valdez Alberto, Castro-Sáenz Nailea, Galarza-Delgado Dionicio A, Flores-Ramírez Ramiro, Azpiri-López José R
Hospital Universitario «Dr. José E. González».
Monterrey, Nuevo León, México.

Introducción: las calculadoras de riesgo cardiovascular (CV) presentan sensibilidad limitada para detectar aterosclerosis subclínica. En las enfermedades reumáticas inflamatorias, la inflamación crónica podría incrementar esta subestimación. **Objetivo:** evaluar la clasificación errónea del riesgo CV y la prevalencia de placa carotídea (PC) en pacientes con enfermedades reumáticas clasificados como de bajo riesgo. **Material y métodos:** estudio transversal de 668 participantes de 18-70 años: artritis reumatoide (AR, n = 331), artritis psoriásica (APs, n = 85), lupus eritematoso sistémico (LES, n = 50) y controles (n = 202). Se excluyeron individuos con enfermedad cardiovascular aterosclerótica, síndromes de superposición o embarazo. La PC se evaluó mediante ecografía carotídea realizada por un radiólogo certificado y se

definió como engrosamiento focal $\geq 50\%$ respecto a la pared adyacente o grosor íntima-media ≥ 1.2 mm. El riesgo CV se estimó mediante Framingham Lipids, Framingham BMI, QRISK3, SCORE2 y PREVENT, utilizando los puntos de corte recomendados. La clasificación errónea se definió como PC en individuos clasificados como de bajo riesgo. **Resultados:** la prevalencia global de PC fue de 35.9% (AR 40.5%, APs 38.8%, LES 22.0%, controles 30.7%). La AR presentó mayores probabilidades de PC que los controles (OR 1.54; IC95% 1.06-2.23; $p = 0.026$). Entre los individuos clasificados como de bajo riesgo, la prevalencia de PC permaneció elevada. En AR, fue de 37.4% con Framingham Lipids frente a 21.4% en controles (RR 1.75; IC95% 1.20-2.53) y 31.5% frente a 20.4% con Framingham BMI (RR 1.55; IC95% 1.00-2.38). Con QRISK3, fue de 32.2% frente a 28.9% (RR 1.11; IC95% 0.77-1.60). En APs, la prevalencia de PC en bajo riesgo osciló entre 22.2 y 32.8% según la calculadora. En LES, 27-29% de los pacientes de bajo riesgo presentaron PC con PREVENT (Figuras 13.35.1 y 13.15.2). **Conclusión:** las escalas tradicionales de riesgo CV pueden subestimar la aterosclerosis subclínica en enfermedades reumáticas. Aproximadamente un tercio de los pacientes clasificados como de bajo riesgo presentaron PC, con una clasificación errónea particularmente consistente en AR. Estos hallazgos respaldan considerar la evaluación vascular mediante imagen para mejorar la estratificación del riesgo CV en enfermedades reumáticas inflamatorias.

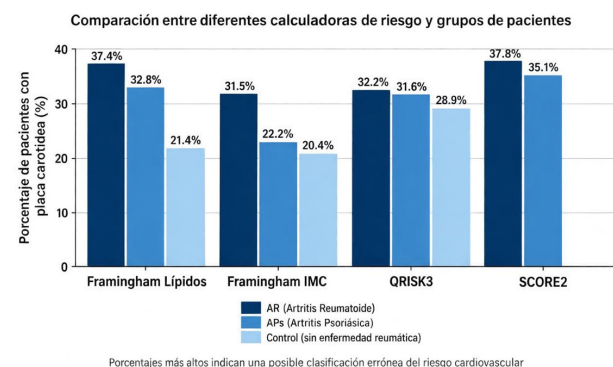


Figura 13.35.1: Prevalencia de placa carotídea en pacientes clasificados como de bajo riesgo cardiovascular.

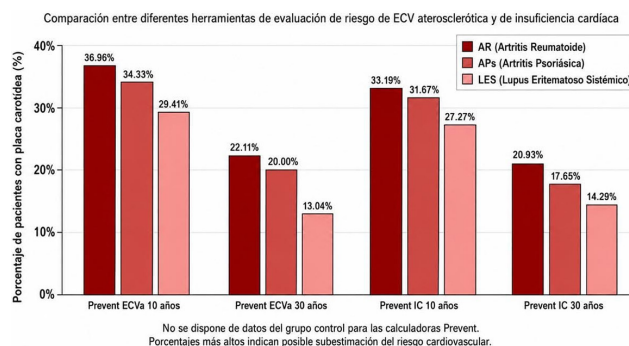


Figura 13.35.2: Prevalencia de placa carotídea en pacientes clasificados como de bajo riesgo según calculadoras Prevent.