



Revista del Colegio de Cardiólogos de Guanajuato

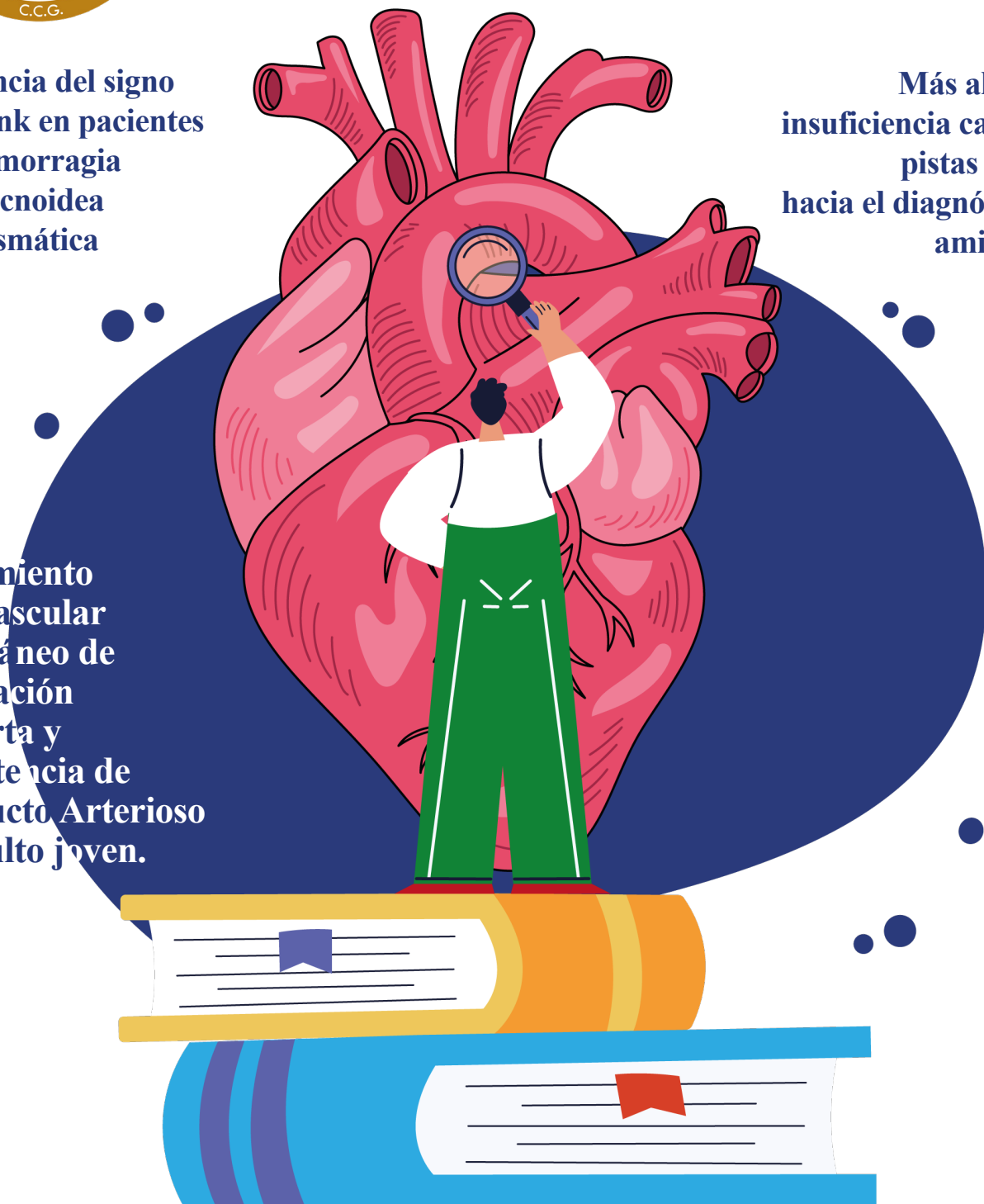
Suplemento especial

Trabajos libres de Congreso 2025 - Ganadores: Reseña y Trabajos

**Incidencia del signo
de Frank en pacientes
con hemorragia
subaracnoidea
aneurismática**

**Más allá de la
insuficiencia cardiaca:
pistas clínicas
hacia el diagnóstico de
amiloidosis
ATTR.**

**Tratamiento
endovascular
simultáneo de
Coartación
de Aorta y
Persistencia de
Conducto Arterioso
en adulto joven.**



Con-Ciencia y Corazón: revelando lo invisible convertimos saber en salud.
Año 1, núm. 2, trimestral, enero 2026

Consejo Directivo Bienio 2026-2027

Dr. Adolfo Asahel Hernández Padilla
Presidente

Dr. Edgar Alfredo Rodríguez Salazar
Vicepresidente

Dra. Faviola Muñiz Catillo
Secretario

Dr. Carlos Harrison Gómez
Secretario Adjunto

Dr. Antonio Gallegos Cortez
Tesorero

Dr. Marco Aljandro Solórzano Vázquez
Tesorero Adjunto

Vocales

Dra. Silvia Amparo Ledesma Ramírez

Dra. Estefanie Villanueva Rodríguez

Dr. Francisco Javier Guerrero Martínez

Dr. Ramón Eugenio Ramírez Koelliker

Dra. Alejandra Guadalupe Venegas Román

Comité Editorial

Dr. Agustín Ramiro Urzúa González

Dra. Martha Alicia Hernández González

Dra. Catalina Peralta Cortázar

Coordinación General:

Maricela Bustos Galicia

Difusión en sitio web

Erick Rueda Martínez

Diseño gráfico y Portada

Mariana Alonso Bustos

Diseño de "Cardiolito"

Camila Urzúa Peralta

Revista del Colegio de Cardiólogos de Guanajuato

Suplemento especial

Revista del Colegio de Cardiólogos de Guanajuato, Año 1, Núm. 2, enero 2026, es una publicación trimestral editada por el Colegio de Cardiólogos de Guanajuato, A.C., con domicilio en Dique #409, C. 503, Jardines del Moral, 37160, León, Guanajuato, México. Teléfono: 5517467452

Editor responsable: Agustín Ramiro Urzúa González.

Reserva de página electrónica de la Revista

<https://ccgto.org.mx/>

Correo electrónico: comite_editorial@ccgto.org.mx

Derechos al Uso Exclusivo del Título: en trámite.

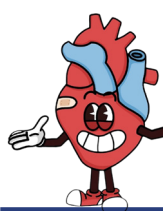
ISSN: (en trámite), ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor.

Tamaño del archivo: 4.88 MB

Esta revista se distribuye bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).



Para correspondencia editorial:
comite_editorial@ccgto.org.mx



Comité Editorial
Colegio de Cardiólogos de Guanajuato 2025

Índice

Editorial	04
Presentación de Trabajos Libres	05
Incidencia del signo de Frank en pacientes con hemorragia subaracnoidea aneurismática	
<i>Aldrete Gómez, VM, Ugalde Hernández, YA, Salgado Sauz, AC, Rodríguez Esquivel, A</i>	07
Más allá de la insuficiencia cardiaca: pistas clínicas hacia el diagnóstico de amiloidosis ATTR.	
<i>Rodríguez Medina, ME, Sánchez Cortés, SS, Venegas Román, AG, Castro Cortés, S,</i>	09
Tratamiento endovascular simultáneo de Coartación de Aorta y Persistencia de Conducto Arterioso en adulto joven.	
<i>Guerrero Quiñones, E, Fernández Yañez, G, Ruiz Ontiveros, M, Vázquez Solórzano, A, Labra Rubio, L</i>	11

Editorial

La investigación científica constituye uno de los pilares que sostienen la evolución de la cardiología contemporánea. Cada pregunta clínica formulada con rigor, cada caso documentado con precisión y cada intervención evaluada metodológicamente representan un compromiso con la mejora continua de la atención cardiovascular. En este Suplemento Especial presentamos los trabajos ganadores del 3er Congreso del Colegio, celebrado en noviembre de 2025, como testimonio del crecimiento académico de nuestra comunidad médica.

En la **Categoría: Trabajo de Investigación**, el **Primer Lugar** fue otorgado al estudio titulado "Musicoterapia en la unidad de cuidados intensivos cardíacos: una intervención no farmacológica para reducir el estrés fisiológico. Ensayo clínico aleatorizado", coordinado por el Dr. Javier Andrés Ascencio Guerrero e integrado por Ilani Paola Santoyo-Pérez, Martha Guadalupe Hernández Quesada, Héctor Marrufo-Rizo, Evelia Apolinar Jiménez, Dra. Susanne Agnes Smolinska y Dr. Manuel José Rivera Chávez. Este trabajo destaca por su diseño experimental, su enfoque innovador y su contribución a la humanización del cuidado en la unidad de cuidados intensivos cardíacos.

El **Segundo Lugar**, recibido en modalidad póster, correspondió a "Incidencia del signo de Frank en pacientes con hemorragia subaracnoidea aneurismática", coordinado por la Dra. Valeria Miroslava Aldrete Gómez, con la participación de Yair Antonio Ugalde Hernández, Amelie Rodríguez Esquivel y Ana Cristina Salgado. La investigación aporta evidencia observacional relevante, integrando semiología y análisis clínico en escenarios de alta complejidad.

En la **Categoría: Caso Clínico**, el Primer Lugar fue para "Atresia pulmonar secundaria a síndrome de transfusión feto-feto", coordinado por la Dra. Ma. Magdalena Martínez Rivera, con la participación de Ma. de la Luz Bermúdez Rojas. Este caso refleja la importancia del diagnóstico oportuno y del abordaje multidisciplinario en cardiopatías congénitas complejas.

El **Segundo Lugar** fue otorgado a "Más allá de la insuficiencia cardíaca: pistas clínicas hacia el diagnóstico de amiloidosis ATTR", coordinado por Meyboll Edily Rodríguez Medina, junto con Saúl Said Sánchez Cortés y Samantha Castro Cortés, destacando por su valor clínico en el reconocimiento temprano de patologías infiltrativas.

Finalmente, el **Tercer Lugar**, recibido en modalidad póster, correspondió a "Tratamiento endovascular simultáneo de Coartación de Aorta y Persistencia de Conducto Arterioso en adulto joven", coordinado por Gabriel Fernández Yañez e integrado por Emilio Guerrero Quiñones, Marco Ruiz Ontiveros, Alejandro Vázquez Solórzano y Lázaro Labra Rubio, ejemplo de innovación técnica en intervencionismo estructural.

Este suplemento, a través de 3 trabajos, reconoce la excelencia académica de sus autores autorizados para su publicación y reafirma el compromiso del Colegio con la investigación, la educación médica continua y la generación de conocimiento cardiovascular de impacto regional y nacional.

Presentación de trabajos libres

En esta edición se recibieron **58 trabajos científicos**, distribuidos en modalidad de presentación oral y cartel, evaluados por un comité académico bajo criterios de rigor metodológico, pertinencia clínica, originalidad, relevancia regional y calidad en la presentación.

De acuerdo con el programa oficial, las sesiones se desarrollaron los días 13 y 14 de noviembre en bloques académicos estructurados, con alta participación de residentes, especialistas y centros hospitalarios de la región.

Resultados cuantificados del proceso de evaluación

Con base en el archivo consolidado de evaluaciones:

- **43 cédulas de evaluación** fueron registradas.
- **8 evaluadores** (sinodales) participaron en el proceso.
- **42 trabajos** distintos recibieron al menos una evaluación formal.
- El puntaje promedio global obtenido fue de **55.28 puntos**.
- El puntaje máximo registrado fue de **65 puntos**.
- El puntaje mínimo registrado fue de **13 puntos**.

El instrumento contempló **13 criterios académicos**, que incluyeron: calidad de presentación, dominio del tema, estructura metodológica, claridad en objetivos, análisis estadístico, originalidad, relevancia clínica y aportación al conocimiento médico. Como resultado y bajo los lineamientos de la convocatoria resultaron ganadores las siguientes equipos de trabajo en las categorías correspondientes:

CATEGORÍA: TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

1ER LUGAR

Trabajo:
Musicoterapia en la unidad de cuidados intensivos cardíacos: una intervención no farmacológica para reducir el estrés fisiológico. Ensayo clínico aleatorizado"

Coordinador: Javier Andrés Ascencio Guerrero

Integrantes: Ilani Paola Santoyo-Pérez, Martha Guadalupe Hernández Quesada, Héctor Marruf-Rizo, Evelia Apolinar Jiménez, Dra. Susanne Agnes Smolinska, Dr. Manuel José Rivera Chávez

2DO LUGAR recibido con póster

Trabajo:
"Incidencia del signo de Frank en pacientes con hemorragia subaracnoidea aneurismática"

Coordinador: Valeria Miroslava Aldrete Gómez
Integrantes: Yair Antonio Ugalde Hernández, Amelie Rodríguez Esquivel, Ana Cristina Salgado

CATEGORÍA: CASO CLÍNICO

1ER LUGAR

Trabajo:
"Atresia pulmonar secundaria a síndrome de transfusión feto-feto"
Coordinador: Ma. Magdalena Martínez Rivera,
Integrante: Ma. De La Luz Bermúdez Rojas

2DO LUGAR recibido

Trabajo:
"Más allá de la insuficiencia cardíaca: pistas clínicas hacia el diagnóstico de amiloidosis ATTR"
Coordinador: Meyboll Edily Rodríguez Medina
Integrantes: Saúl Said Sánchez Cortés, Samantha Castro Cortés

3ER LUGAR recibido con póster

Trabajo:
"Tratamiento endovascular simultáneo de Coartación de Aorta y Persistencia de Conducto Arterioso en adulto joven"
Coordinador: Gabriel Fernández Yañez
Integrantes: Emilio Guerrero Quiñones, Gabriel Fernández Yañez, Marco Ruiz Ontiveros, Alejandro Vázquez Solórzano, Lázaro Labra Rubio

Agradecimiento a los Evaluadores

El Colegio de Cardiólogos de Guanajuato expresa un reconocimiento institucional profundo a los sinodales que participaron en este proceso académico, cuya labor técnica, objetiva y ética garantiza la calidad científica del Congreso.

Evaluadores participantes

- Adolfo Asahel Hernández Padilla (Coordinador de Trabajos Libres 2025)
- Alejandra Guadalupe Venegas Román
- Eduardo Arias Navarro
- Faviola Muñiz Castillo
- Agustín Ramiro Urzúa González
- Germán Ramón Bautista López
- Marco Alejandro Solórzano Vázquez
- Edgar Alfredo Rodríguez Salazar

Su compromiso fortalece la transparencia del proceso, la cultura de evaluación por pares y el crecimiento académico de nuestra comunidad cardiológica.

El Colegio reafirma su compromiso con la promoción de la investigación clínica, la formación académica de residentes y especialistas, y el desarrollo de espacios científicos con estándares cada vez más sólidos a nivel regional y nacional.



Fotografías: Archivo CCG

Incidencia del signo de Frank en pacientes con hemorragia subaracnoidea aneurismática

Autor principal

Valeria Miroslava Aldrete Gómez

(Estudiante de 7mo semestre de medicina, Universidad La Salle Bajío)

Coautores

Dr. Yair Antonio Ugalde Hernández.

(médico neurocirujano adscrito del Hospital General León)

Ana Cristina Salgado Sauz.

(Médico pasante de SS en investigación Hospital General León)

Amelie Rodríguez Esquivel.

(Estudiante de 7mo semestre de medicina, Universidad La Salle Bajío)

Introducción

La hemorragia subaracnoidea aneurismática (HSAa) es una emergencia neurológica con elevada mortalidad. El signo de Frank, una cresta diagonal en el lóbulo auricular, se ha identificado como marcador visible de aterosclerosis sistémica y enfermedad cardiovascular, con asociaciones reportadas a eventos cerebrovasculares. Su potencial valor como indicador de riesgo en pacientes con HSAa permanece poco explorado.

Objetivo

Describir la incidencia del signo de Frank en pacientes con HSAa y compararla entre grupos etarios (<50 y ≥50 años).

Métodos

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo realizado en el Hospital General León (marzo 2024–julio 2025). Se revisaron pacientes con diagnóstico de HSAa, registrando la presencia del signo de Frank y clasificando a los participantes en dos grupos: <50 años

y ≥50 años. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial mediante prueba Chi cuadrada.

Resultados

Se analizaron 23 pacientes (edad media: 54.85 años). En el grupo ≥50 años (n=14), el 80% presentó el signo de Frank; en el grupo <50 años (n=9), lo presentó el 60%. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los grupos (p=0.082). Aun así, la prevalencia del signo fue mayor en adultos mayores, sin ser exclusivo de este grupo.

Conclusiones

El signo de Frank mostró alta prevalencia en pacientes con HSAa en ambos grupos etarios, lo que sugiere una posible relación con riesgo vascular independientemente de la edad. Su identificación puede constituir una herramienta clínica visible y no invasiva para seleccionar pacientes candidatos a tamizaje dirigido con AngioTAC, estrategia potencialmente costo-efectiva para la detección temprana de aneurismas cerebrales con riesgo de ruptura.

Referencias

1. Chávez-Herrera VR, Velázquez-Castillo JA, Hernández-González F, Cervantes-González JA, Cruz-Rosales JL, Sandoval-Bonilla BA, et al. Diagonal Earlobe Crease (Frank's Sign): A New Clinical Sign to Look for in Patients with Ruptured and Unruptured Intracranial Aneurysms? *Neurosurgery Practice*. 2023;4(3). doi:10.1227/neuprac.0000000000000053
2. Chung DY, Abdalkader M, Nguyen TN. Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. *Neurol Clin*. 2021;39(2):419–42. doi:10.1016/j.ncl.2021.02.006
3. Prangenberg J, Doberentz E, Johann L, Madea B. The prognostic value of the Frank sign. *Forensic Sci Med Pathol*. 2022;18(2):149–55. doi:10.1007/s12024-022-00463-8
4. Sánchez-Cirera L, Bashir S, Ciscar A, Marco C, Cruz V, Terceño M, et al. Prevalence of the Frank's sign by aetiopathogenic stroke subtype: A prospective analysis. *PLoS One*. 2021;16(12):e0261080. doi:10.1371/journal.pone.0261080
5. Shang W, Jin H, Vastani A, Mirza AB, Fisher B, Kalra N, et al. Cost-effectiveness of repeat delayed imaging for spontaneous subarachnoid hemorrhage. *PLoS One*. 2023;18(7):e0289144. doi:10.1371/journal.pone.0289144
6. Yoshimoto Y, Wakai S. Cost-Effectiveness Analysis of Screening for Asymptomatic, Unruptured Intracranial Aneurysms: A Mathematical Model. *Stroke*. 1999;30(7):1621–7. Available from: <http://ahajournals.org>

Escuela de
Medicina del Bajío

INCIDENCIA DEL SIGNO DE FRANK EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA

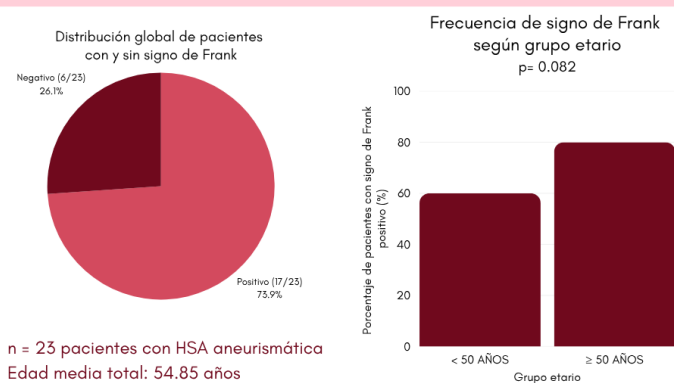
Aldrete-Gómez VM (3), Rodríguez-Esquivel A (3), Salgado-Sauz AC (4), Ugalde-Hernández YA (1)(2)

1. Hospital General León
2. Universidad La Salle México
3. Universidad La Salle Bajío, Campus Campestre
4. Universidad de Celaya
Correo de contacto: gomezvaleria53@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La hemorragia subaracnoidea (HSA) constituye una emergencia neurovascular de alta letalidad, predominantemente secundaria a la ruptura de aneurismas intracraniales. La detección precoz de sujetos con riesgo aumentado representa un reto clínico relevante, particularmente en pacientes mayores de 50 años con comorbilidades vasculares. El signo de Frank ha demostrado correlación significativa con la aterosclerosis sistémica y la enfermedad cerebrovascular. El presente estudio tiene como objetivo describir la incidencia del signo de Frank en pacientes con HSA aneurismática, comparando su frecuencia entre grupos etarios, para valorar su utilidad como marcador clínico de riesgo vascular cerebral y contribuir a estrategias preventivas en el ámbito neurovascular y cardiológico.^{3,4}

RESULTADOS



Grupo etario	n	Edad media	Frank (+) / n (%)
≥ 50 años	14	63	11 (80%)
< 50 años	9	39	6 (60%)

FIGURA 1: FEMENINA/ ANEURISMA ACM, FISHER IV

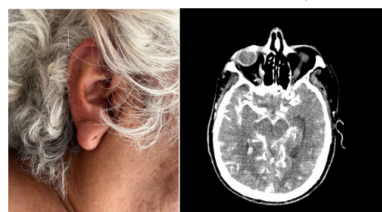


FIGURA 2: FEMENINA/ ANEURISMA ACI, FISHER IV

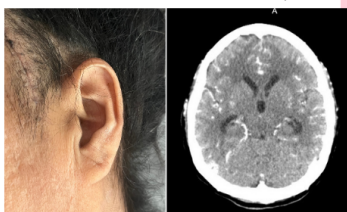


FIGURA 3: MASCULINO/ ANEURISMA ACOP, FISHER III



METODOLOGÍA

- Tipo de estudio: Observacional, retrospectivo y descriptivo
- Periodo: Marzo 2024 – Julio 2025
- Lugar: Hospital General León
- Población: Pacientes con hemorragia subaracnoidea aneurismática (HSAa)
- Variable principal: Presencia del signo de Frank
- Grupos de estudio:
 - ≥ 50 años
 - < 50 años
- Análisis estadístico:
 - Descriptivo → frecuencias y rangos
 - Inferencial → prueba Chi cuadrada

CONCLUSIONES

- El signo de Frank se asocia con mayor riesgo vascular y de hemorragia subaracnoidea (HSA), incluso en menores de 50 años.
- No se observó diferencia estadísticamente significativa entre los grupos etarios (<50 y ≥50 años) respecto a la presencia del signo de Frank (p = 0.082), aunque se evidenció una tendencia hacia mayor frecuencia en el grupo de mayor edad.
- Su presencia en pacientes menores de 50 años sugiere un posible valor como marcador clínico temprano de riesgo vascular.
- Incorporar su detección en protocolos de tamizaje podría ser una estrategia preventiva costo-efectiva y de alto impacto en salud pública.
- Futuras investigaciones deberían considerar estudios de escrutinio, como la angiotomografía, para evaluar de manera prospectiva la utilidad diagnóstica y pronóstica del signo de Frank, especialmente en pacientes con factores de riesgo cardiovascular.

BIBLIOGRAFÍA

- Chavez-Herrera VR, Velazquez-Castillo JA, Hernandez-Gonzalez F, Cervantes-Gonzalez JA, Cruz-Rosales JL, Sandoval-Bonilla BA, et al. Diagonal Earlobe Crease (Frank's Sign): A New Clinical Sign to Look for in Patients with Ruptured and Unruptured Intracranial Aneurysms? *Neurosurgery Practice*. 2023;4(3). doi:10.1227/neuprac.0000000000000053
- Chung DY, Abdalkader M, Nguyen TN. Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. *Neural Clin*. 2021;39(2):419-42. doi:10.1016/j.ncl.2021.02.006
- Prangenberg J, Doberentz E, Johann L, Madea B. The prognostic value of the Frank sign. *Forensic Sci Med Pathol*. 2022;18(2):149-55. doi:10.1007/s12024-022-00463-8

Más allá de la insuficiencia cardiaca: pistas clínicas hacia el diagnóstico de amiloidosis ATTR

Rodríguez Medina Meyboll Edily, Sánchez Cortés Saúl Said, Venegas Román Alejandra Guadalupe, Castro Cortés Samantha

Introducción

La amiloidosis cardiaca por transtiretina (ATTR) es una miocardiopatía infiltrativa. Causa subdiagnosticada de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada (ICFEP) de difícil control y arritmias. Su presentación clínica heterogénea requiere un alto índice de sospecha y reconocimiento de banderas rojas para un diagnóstico oportuno, ya que impacta en la sobrevida y calidad de vida.

Objetivo

Describir un caso clínico de amiloidosis cardíaca ATTR y resaltar la importancia de integrar síntomas multisistémicos en un diagnóstico unificador.

Método

Revisión de caso clínico y correlación con literatura actual.

Descripción del caso

Paciente femenina de 71 años, antecedente de síndrome del túnel del carpo bilateral y episodios de amnesia anterógrada, con 2 años de evolución. En los últimos 11 meses, se agrega disnea progresiva, hipotensión, lipotimias, edema de miembros inferiores, dolor y parestesias, y deterioro neurocognitivo. El ECG mostró ritmo sinusal, bajo voltaje de QRS y ondas Q anteroseptales. Ecocardiograma evidenció hipertrofia ventricular izquierda inapropiada con imágenes hiperecogénicas ("granular sparkling"), FEVI 46%, aurícula izquierda dilatada con engrosamiento de sus paredes y eco strain longitudinal con "apical sparing" Radiografía torácica con derrame pleural bilateral. Laboratorio con cadenas ligeras negativas

Referencias

1. Tschöpe C. Transthyretin Amyloid Cardiomyopathy—2025 Update. J Clin Med. 2025; doi: 10.3390/jcm14134785

2. Faria VS, Murad CM, Marcondes-Braga FG. Heart Failure Management of Patients with Amyloid Cardiomyopathy. Int J Cardiovasc Sci. 2024;37:e20240043. doi:10.36660/ijcs.20240043

3. Simões MV, Fernandes F, Dabarian A, Valicelli FH, Mesquita CT. Evolving Therapies for Transthyretin Cardiac Amyloidosis: New Clinical Trials with Amyloid Fibrils Depleter. Int J Cardiovasc Sci. 2024;37:e20240112.

4. Zhang Z, Chen Y, Cao Y, et al. Diagnostic performance of echocardiography in detecting and differentiating cardiac amyloidosis: a meta-analysis. ArXiv [preprint]. 2025 Apr 29. Available from: arXiv:2504.20874

para gammapatía monoclonal, gammagrama con pirofosfatos mostró alta probabilidad de amiloidosis cardiaca (Perugini II).

Área	Banderas Rojas
Cardíacas	IC-FEp + HVI sin HTABajo voltaje en ECGFA/bloqueos, marcapasos precozIntolerancia a fármacos de IC
Neurológicas	Polineuropatía progresivaNeuropatía autonómica
Ortopédicas	Túnel carpiano bilateralEstenosis lumbarRotura tendón bíceps
Imagen	Strain con apical sparingRM con realce difusoGammagrafía ósea grado 2-3
Perfil típico	Varón >60 añosIC-FEp + FA + túnel carpiano

Figura 1

Resultados

La combinación de insuficiencia cardiaca, neuropatía periférica, hipotensión, alteraciones cognitivas y síndrome del túnel carpiano orientó la sospecha

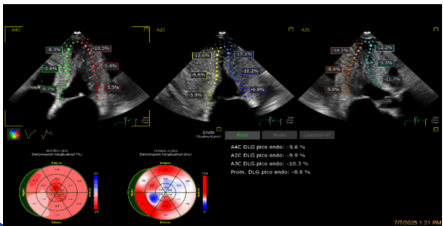


Figura 2

diagnóstica hacia amiloidosis ATTR, confirmada mediante estudios específicos.

Conclusión

La amiloidosis ATTR debe considerarse en pacientes con ICFEP, hipertrofia ventricular inexplicada y síntomas sistémicos aparentemente inconexos. Integrar los hallazgos multisistémicos y reconocer las banderas rojas facilita un diagnóstico temprano y acceso a terapias dirigidas que modifican el pronóstico.



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



MÁS ALLA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA: PISTAS CLÍNICAS HACIA EL DIAGNÓSTICO DE AMIOLOIDOSIS CARDIACA ATTR

Sanchez Cortés Saul Said, Residente de primer año Medicina Interna, Venegas Román Alejandra Guadalupe. Médico adscrito Cardiología, Castro Cortés Samantha, Residente de tercer año Medicina Interna.
Hospital Regional ISSSTE León.

RESUMEN

La amiloidosis por transtiretina (ATTR) es una causa subdiagnosticada de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (ICFEP). Su presentación clínica heterogénea requiere un alto índice de sospecha y reconocimiento de banderas rojas para un diagnóstico oportuno.

INTRODUCCIÓN

Paciente femenina de 71 años con 11 meses de evolución de disnea progresiva, hipotensión, lipotimias, edema de miembros inferiores, dolor y parestias, deterioro neurocognitivo y síndrome del túnel carpiano. El ECG mostró ritmo sinusal, bajo voltaje y ondas Q anteroseptales. Ecocardiograma evidenció hipertrofia ventricular izquierda inapropiada con imágenes hiperecogénicas ("granular sparkling"), aurícula izquierda dilatada con engrosamiento de sus paredes. Radiografía torácica con derrame pleural bilateral. Laboratorio con cadenas ligeras negativas para gammapatía monoclonal, gammagrama con pirofosfatos, mostró alta probabilidad de amiloidosis cardíaca (Perugini II).

METODOLOGÍA

Se realizó abordaje integral con estudios de imagen (ECG, radiografía, ecocardiograma, gammagrama con ^{99m}Tc -PYP) y exclusión de amiloidosis AL mediante cadenas ligeras séricas.

RESULTADOS

La combinación de insuficiencia cardíaca, neuropatía periférica, hipotensión, alteraciones cognitivas y síndrome del túnel carpiano orientó la sospecha diagnóstica hacia amiloidosis ATTR, confirmada mediante estudios específicos.

CONCLUSIONES

La amiloidosis ATTR debe considerarse en pacientes con ICFEP, hipertrofia ventricular inexplicada y síntomas sistémicos aparentemente inconexos. Integrar los hallazgos multisistémicos y reconocer las banderas rojas facilita un diagnóstico temprano y acceso a terapias dirigidas que modifican el pronóstico.

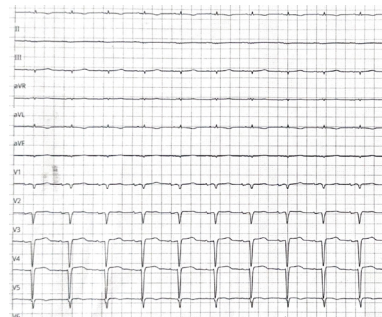


Figura 1

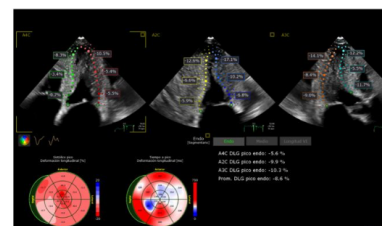


Figura 2



Figura 3

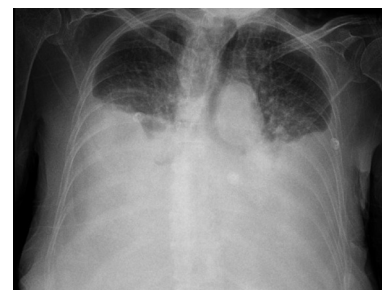


Figura 4

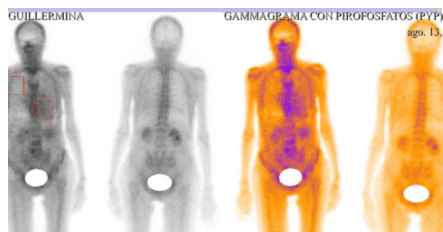


Figura 5

BIBLIOGRAFÍA

1. TSCHÖPE C. TRANSTHYRETIN AMYLOID CARDIOMYOPATHY—2025 UPDATE. J CLIN MED. 2025; DOI: 10.3390/JCM14134785
2. FARIA VS, MURAD CM, MARCONDES-BRAGA FG. HEART FAILURE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH AMYLOID CARDIOMYOPATHY. INT J CARDIOVASC SCI. 2024;37:E20240043. DOI:10.36660/IJCS.20240043
3. SIMÕES MV, FERNANDES F, DABARIAN A, VALICELLI FH, MESQUITA CT. EVOLVING THERAPIES FOR TRANSTHYRETIN CARDIAC AMYLOIDOSIS: NEW CLINICAL TRIALS WITH AMYLOID FIBRILS DEPLETER. INT J CARDIOVASC SCI. 2024;37:E20240112.
4. ZHANG Z, CHEN Y, CAO Y, ET AL. DIAGNOSTIC PERFORMANCE OF ECHOCARDIOGRAPHY IN DETECTING AND DIFFERENTIATING CARDIAC AMYLOIDOSIS: A META-ANALYSIS. ARXIV [PREPRINT]. 2025 APR 29. AVAILABLE FROM: ARXIV:2504.20874



Tratamiento endovascular simultáneo de Coartación de Aorta y Persistencia de Conducto Arterioso en adulto joven

Guerrero Quiñones E.¹, Fernández Yañez G.², Ruiz Ontiveros M.², Vázquez Solórzano A.², Labra Rubio L.²

Introducción

La Coartación Aórtica (CoA) y la Persistencia del Conducto Arterioso (PCA) son cardiopatías congénitas que habitualmente se diagnostican y corrigen durante la infancia. Su presentación simultánea y no tratada en la edad adulta es una entidad extremadamente infrecuente (1).

El manejo de cardiopatías congénitas del adulto presenta desafíos únicos debido a la alteración de la anatomía, la rigidez de los tejidos y las adaptaciones hemodinámicas crónicas. Aunque el manejo endovascular es la terapia de elección, la corrección simultánea de ambas lesiones en un solo tiempo quirúrgico en pacientes mayores de 30 años ha sido escasamente reportada en la literatura (2).

Descripción

Paciente de 32 años con coartación aórtica yuxtaductal con diámetro 1.3cm y gradiente máximo de 36.7mmHg, que genera importante aceleración telesistólica de flujo con prolongación diastólica, junto con un conducto arterioso no restrictivo con shunt de izquierda a derecha y aorta bivalva de tipo Sievers 0.

Se colocan introductores radiales 6Fr bilaterales; por la radial derecha se avanza y posiciona el catéter Pigtail 6Fr el cual se coloca en el arco aórtico para angiografías. Se canula acceso arterial femoral derecho donde se coloca un introductor 8Fr y se realiza precierre con Proglide; por el acceso arterial se avanza catéter MLP2 y se cruza conducto, con apoyo de Snare, seguido se avanza un dispositivo ocluyente 0608 Lifetech PDA. Posteriormente se cruza coartación con guía hidrofílica y catéter JR 5Fr. Y se avanza hasta subclavia izquierda. Se encuentra

aorta dólica con coartación yuxtaductal con diámetros de 22mm en el istmo y precoartación de 22mm y 23mm. Se avanza guía Lunderquist de alto soporte, se coloca introductor 14Fr y se predilata con balón 8 x 40mm; se avanza stent AorticBeGraft 20x48mm y se posiciona en coartación. Se entrega stent a nominal con ganancia de lumen y adecuado adosamiento de este, sin complicaciones. Se consigue gradiente final de 5mmHg.

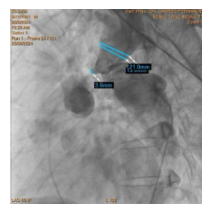


Fig. 1. Angiografía descendente que muestra conducto persistente y coartación aórtica.

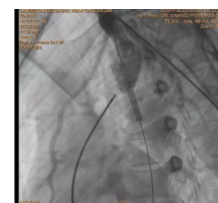


Fig. 3. Inflado de balón y expansión de stent AorticBeGraft.

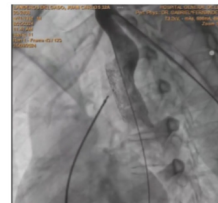


Fig. 4. Angiografía descendente final que muestra cierre completo de conducto persistente y eliminación de coartación.

Conclusiones

La corrección endovascular simultánea de CoA y PCA en el adulto es una estrategia factible y hemodinámicamente más segura. Este abordaje en un solo tiempo previene el riesgo de colapso hemodinámico de una reparación por etapas, ofreciendo una solución integral con los beneficios de la terapia mínimamente invasiva.

¹.Departamento de Medicina y Nutrición: Universidad de Guanajuato

².Servicio de Hemodinamia, Hospital General de León.

Referencias

1. Kim YK, Lee SY, Woo JS, Lee KO, Kim JB, Kang SH, et al. Successful Simultaneous Endovascular Treatment of Aortic Coarctation and Patent Ductus Arteriosus in an Adult. Korean Circ J. 2010;40(8):408-411.
2. Krishna DR, Pradeep G, Reddy YV, Rao GSP. Simultaneous transcatheter intervention for coarctation of aorta and patent ductus arteriosus in an adult. Indian Heart J. 2016;68(Suppl 2):S221-S223.



Tratamiento endovascular simultáneo de Coartación de Aorta y Persistencia de Conducto Arterioso en adulto joven.

Emilio Guerrero Quiñones¹, Gabriel Fernández Yáñez², Marco Ruiz Ontiveros², Vázquez Solórzano Alejandro², Lázaro Labra Rubio²

¹Departamento de Medicina y Nutrición, Universidad de Guanajuato

²Médico adscrito servicio de Hemodinamia, Departamento de Cardiología, Hospital General de León.

INTRODUCCIÓN

La Coartación Aórtica (CoA) y la Persistencia del Conducto Arterioso (PCA) son cardiopatías congénitas que habitualmente se diagnostican y corrigen durante la infancia. Su presentación simultánea y no tratada en la edad adulta es una entidad extremadamente infrecuente (1).

El manejo de cardiopatías congénitas del adulto presenta desafíos únicos debido a la alteración de la anatomía, la rigidez de los tejidos y las adaptaciones hemodinámicas crónicas. Aunque el manejo endovascular es la terapia de elección, la corrección simultánea de ambas lesiones en un solo tiempo quirúrgico en pacientes mayores de 30 años ha sido escasamente reportada en la literatura (2).

DISCUSIÓN DEL CASO

Paciente de 32 años con coartación aórtica yuxtaductal con diámetro 1.3cm y gradiente máximo de 36.7mmHg, que genera importante aceleración telesistólica de flujo con prolongación diastólica, junto con un conducto arterioso no restrictivo con shunt de izquierda a derecha y aorta bivalva de tipo Sievers 0.

Se colocan introductores radiales 6Fr bilaterales; por la radial derecha se avanza y posiciona el catéter Pigtail 6Fr el cual se coloca en el arco aórtico para angiografías. Se canula acceso arterial femoral derecho donde se coloca un introductor 8Fr y se realiza precierre con Proglide; por el acceso arterial se avanza catéter MLP2 y se cruza conducto, con apoyo de Snare, seguido se avanza un dispositivo ocluidor 0608 Lifetech PDA. Posteriormente se cruza coartación con guía hidrofílica y catéter JR 5Fr. Y se avanza hasta subclavia izquierda. Se encuentra aorta dólica con coartación yuxtaductal con diámetros de 22mm en el istmo y precoartación de 22mm y 23mm. Se avanza guía Lunderquist de alto soporte, se coloca introductor 14Fr y se predilata con balón 8 x 40mm; se avanza stent AorticBeGraft 20x48mm y se posiciona en coartación. Se entrega stent a nominal con ganancia de lumen y adecuado adosamiento de este, sin complicaciones. Se consigue gradiente final de 5mmHg.

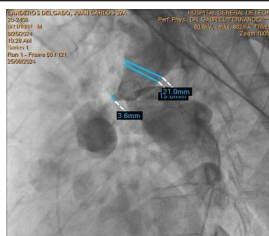


Fig 1. Aortografía descendente que muestra conducto persistente y coartación yuxtaductal.



Fig 3. Inflado de balón y expansión de stent AorticBeGraft.



Fig 2. Aortografía descendente mientras se coloca ocluidor.

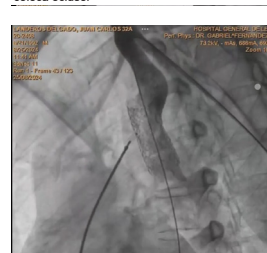


Fig 4. Aortografía descendente final que muestra cierre completo de conducto persistente y eliminación de coartación.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

La corrección endovascular simultánea de CoA y PCA en el adulto es una estrategia factible y hemodinámicamente más segura.

Este abordaje en un solo tiempo previene el riesgo de colapso hemodinámico de una reparación por etapas, ofreciendo una solución integral con los beneficios de la terapia mínimamente invasiva.

1. Kim YK, Lee SY, Woo JS, Lee KO, Kim JB, Kang SH, et al. Successful Simultaneous Endovascular Treatment of Aortic Coarctation and Patent Ductus Arteriosus in an Adult. Korean Circ J. 2010;40(8):408-411.
2. Krishna DR, Pradeep G, Reddy YV, Rao GSP. Simultaneous transcatheter intervention for coarctation of aorta and patent ductus arteriosus in an adult. Indian Heart J. 2016;68(Suppl 2):S221-S223.