



SOCIEDAD
COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA Y
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Revista Colombiana de Cardiología

www.elsevier.es/revcolcar



CARDIOLOGÍA DEL ADULTO – PRESENTACIÓN DE CASOS

Enfermedad aneurismática difusa e hipertensión arterial: displasia fibromuscular



Adwar A. Peña* y Danny J. Novoa

Departamento de Medicina Interna, Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología, Bogotá, Colombia

Recibido el 18 de marzo de 2015; aceptado el 8 de junio de 2016

Disponible en Internet el 21 de agosto de 2016

PALABRAS CLAVE

Adultos;
Aneurismas;
Hipertensión arterial

KEYWORDS

Adults;
Aneurysms;
Arterial hypertension

Resumen La displasia fibromuscular es una enfermedad vascular no arteriosclerótica, que causa la hipertensión arterial secundaria y cursa con aneurismas en las arterias de pequeño y mediano calibre. El compromiso de las arterias renales en la displasia fibromuscular es una de las causas más comunes de la hipertensión secundaria en niños y en adultos jóvenes. Se describe el caso de una paciente que se presentó como una emergencia hipertensiva, en la cual, con base en los estudios imagenológicos se le documenta la enfermedad aneurismática y más adelante la displasia fibromuscular. Se discute en el presente reporte la presentación clínica de la enfermedad, la clasificación patológica y los diagnósticos diferenciales.

© 2016 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Diffuse aneurysmal disease and arterial hypertension: fibromuscular dysplasia

Abstract Fibromuscular dysplasia is a nonatherosclerotic vascular disease that causes secondary arterial hypertension associated with aneurysms in small and medium sized arteries. Involvement of renal arteries in fibromuscular dysplasia is one of the most common causes of secondary hypertension in children and young adults. The case of a female patient is described where she presented a hypertensive emergency and, based on imaging results, the aneurysmal disease is documented and further on fibromuscular dysplasia. This report discusses the clinical presentation of the disease, its pathological classification and differential diagnoses.

© 2016 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: adwar_1@hotmail.com (A.A. Peña).

Introducción

Mujer de 49 años de edad, natural de Moniquirá (Boyacá) y procedente de Bogotá, ama de casa, la cual consulta por un cuadro progresivo de la disminución de la fuerza muscular en los miembros inferiores y cefalea, se considera que cursa con una emergencia hipertensiva con órgano blanco, el cerebro. Se documentó un aneurisma de la aorta abdominal y, adicionalmente, enfermedad renal crónica, que se presumía secundaria al aneurisma.

La paciente tenía antecedente de hipertensión arterial desde los 20 años de edad, un ataque cerebrovascular isquémico de la arteria cerebral media derecha hacía 5 años, con secuelas. No refería historia de tabaquismo o abuso de sustancias, así como tampoco alergias a medicamentos.

Al ingreso al hospital tenía tensión arterial de 132/94 mm Hg, frecuencia cardiaca de 106 latidos por minuto, temperatura de 36,5° c, mucosa oral húmeda. A la auscultación cardiaca tenía ruidos cardiacos rítmicos, a la auscultación pulmonar los ruidos respiratorios estaban conservados y sin agregados. El abdomen se encontraba sin distensión, con una masa no dolorosa de 10 × 10 cm, pulsátil en la que se auscultaba un soplo. Las extremidades se encontraban sin edema, con leve pérdida de masa muscular. El examen neurológico mostró bradipsiquia y monoparesia del miembro inferior izquierdo.

Los paraclínicos de ingreso mostraron un hemograma con los leucocitos en 9.150, los neutrófilos en 76,3%, los linfocitos en 16,2%, la hemoglobina en 14 mg/dL, el hematocrito en 41,2%, las plaquetas en 192.000, con velocidad de la sedimentación globular en 18. La proteína C reactiva en 0,08 mg/dL. El tiempo de protrombina: 9,8 segundos. El tiempo parcial de tromboplastina: 22,1. El INR: 0,91. Los gases arteriales sin trastorno ácido base. La prueba de ELISA para el virus de inmunodeficiencia humana fue negativo. Se descartó el hipercortisolismo por reporte de cortisol sérico en 14. Los anticuerpos antinucleares fueron negativos, los anticuerpos antiDNA fueron negativos, la serología no reactiva, la $\beta 2$ glicoproteína fue negativa, los anticuerpos anticardiolipina fueron negativos. La hormona estimulante de la tiroides en 3,02 mUI/L. La albumina en 3,2 g/dL. La creatinina en 2,4 mg/dL. El nitrógeno ureico en 82 mg/dL. El potasio en 3,3 mEq/L. El sodio en 135 mEq/L. La alaninoamino-transferasa en 23. La aspartatoaminotransferasa en 14. La bilirrubina total en 0,7, bilirrubina directa 0,2, bilirrubina indirecta 0,5.

El ecocardiograma transtorácico mostró hipertrofia concéntrica moderada del ventrículo izquierdo, fracción de eyección del 60%, trastorno de la relajación, esclerosis mitroaórtica con insuficiencia aórtica moderada, con ventrículo derecho normal y presión sistólica de la arteria pulmonar en 30 mm Hg.

Al evaluar la angiotomografía toracoabdominal se identificó una dilatación aneurismática de la aorta desde el hiato aórtico por encima del origen del tronco celiaco en donde alcanzaba un diámetro máximo de 5 cm, comprometía el origen de la arteria mesentérica superior y ambas arterias renales, con un extenso trombo mural. Adicionalmente, con compromiso de ambas arterias ilíacas siendo especialmente severo en la arteria ilíaca común izquierda en donde alcanzaba un diámetro de 5 cm. Se decidió optar por manejo conservador, (fig. 1).

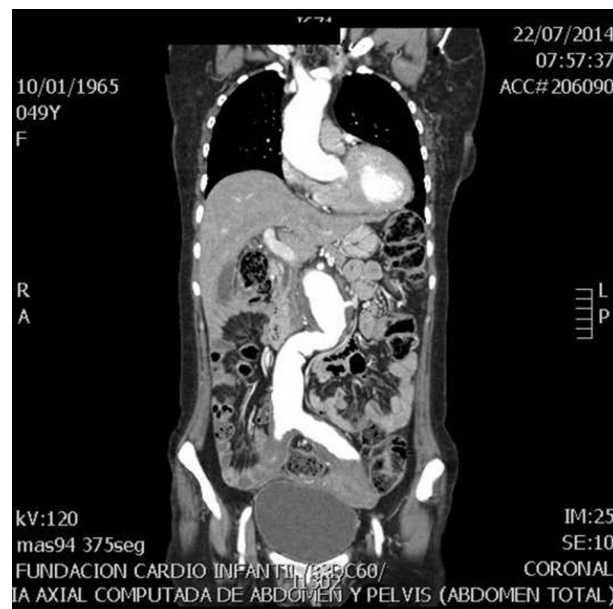


Figura 1 Angiotomografía toracoabdominal contrastada. Corte coronal con imagen de dilatación aneurismática desde la aorta ascendente hasta la bifurcación de las ilíacas.

Durante la hospitalización la paciente fue valorada por el servicio de genética quienes descartaron el síndrome de Ehlers-Danlos tipo IV, dada la ausencia de criterios clínicos y antecedentes familiares.

Se le realizó una biopsia de la arteria temporal, durante la exploración quirúrgica se evidenció tortuosidad en su trayecto y al análisis histológico fue compatible con la hiperplasia miointimal y la displasia fibromuscular (figs. 2 y 3).

Discusión

La displasia fibromuscular es una enfermedad vascular no arterosclerótica, no inflamatoria que afecta comúnmente

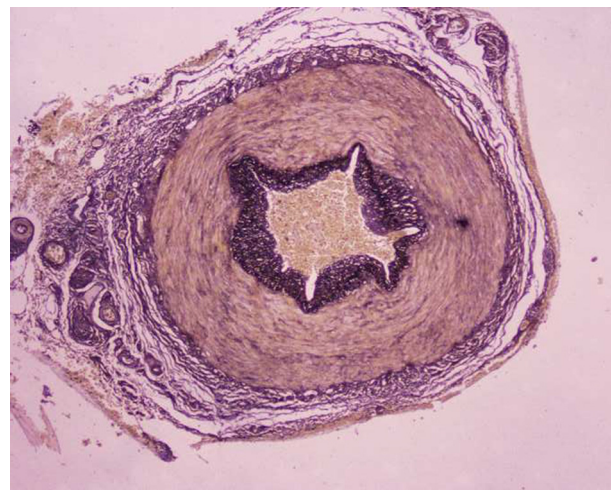


Figura 2 Corte histológico de la biopsia de la arteria temporal, con evidencia de hiperplasia miointimal, contorno irregular y displasia fibromuscular. Tinción de Van-Gieson.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5620353>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5620353>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)