

Medicina de Urgencias

Emergency Medicine

MU-1

DISECCIÓN AÓRTICA STANFORD TIPO A EN SÍNDROME DE MARFAN

RODRÍGUEZ LÓPEZ JUAN JOSÉ, DÍAZ JURADO JONATHAN JAVIER, PINEDA BAUTISTA ÍNGRID ROCIÓ, BEDOYA ROA PAULA CAMILA, VILLABONA ROSALES SERGIO ALBERTO.

Fundación Oftalmológica de Santander, Clínica Carlos Ardilla Ardilla Lulle (FOSCAL). Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga, Colombia.

Introducción. El síndrome de Marfan es un trastorno hereditario del tejido conectivo, considerado una urgencia crítica por sus posibles desenlaces cardiovasculares como la disección aórtica. Aunque su incidencia mundial es de 2,6 casos por 100.000 habitantes, representa mayor mortalidad que otras patologías aórticas, precisando un diagnóstico temprano y manejo oportuno.

Diseño y métodos. Reporte de caso.

Resultados. Paciente masculino de 29 años ingresa a servicio de urgencias con alta sospecha clínica de compromiso aórtico documentando antecedente de síndrome de Marfan sin otro factor de riesgo asociado. Se realiza angiotomografía computarizada toracoabdominal, que reporta un aneurisma disecante Stanford A con extensión a troncos supra aórticos. Durante procedimiento quirúrgico se realizó cirugía tipo Bentall debido a su compromiso de ostium coronario derecho, arteria subclavia y válvula aórtica.

Discusión. Las alteraciones cardiovasculares se manifiestan de manera tardía, un seguimiento imagenológico continuo de estos pacientes aumenta las probabilidades de cambios precoces. A pesar de la reparación quirúrgica existe probabilidad de recurrencia a 10 años de la disección, haciendo imperativo posterior a la intervención quirúrgica, el manejo con beta bloqueadores y bloqueo del sistema renina angiotensina aldosterona para reducir complicaciones.

Conclusiones. Las alteraciones vasculares, la ausencia de factores de riesgo y la falta de un protocolo de seguimiento son aspectos que se deben resaltar debido al aumento en sus complicaciones y reintervenciones.

MU-2

SÍNDROME DE LERICHE O ENFERMEDAD AORTO-ILIACA UNILATERAL

DÍAZ JURADO JONATHAN JAVIER, HERNANDEZ SARMIENTO MARIA ALEJANDRA, RAMIREZ RODRIGUEZ PAOLA ALEXANDRA, ARCINIEGAS TORRES NATALIA ANDREA, VILLABONA ROSALES SERGIO ALBERTO.

Introducción. El síndrome de Leriche o enfermedad oclusiva aorto iliaca (EOAI) consiste en una patología trombótica de sospecha clínica, confirmación imaginológica y tratamiento quirúrgico de prevalencia e incidencia no claras, asociada a factores de riesgo ateroscleróticos.

Diseño y método. Reporte de caso

Resultados. Se presenta el caso de un hombre con 71 años de edad y clínica aguda de isquemia en una única extremidad. El estudio Doppler describió oclusión sin evidencia de trombo y estudio angiotomografico reporto el proceso trombótico. Se realizo trombectomía abierta por extensión del área con posterior manejo anticoagulante y de comorbilidades.

Discusión. Los criterios diagnósticos de esta entidad están basados en los factores de riesgo descritos así como sus signos y síntomas clínicos confirmados por estudios no invasivos de alta sensibilidad y especificidad. En este caso no fue suficiente con el estudio Doppler para determinar la elección terapéutica y requirió la angiotomografía computarizada, está ultima recomendada ampliamente. El tratamiento se prefiere con procedimientos endovasculares, sin embargo, según la extensión se recomienda optar a cielo abierto.

Conclusiones. En pacientes con alta carga de comorbilidad o factores de riesgo asociadas a este síndrome se debe tener una alta sospecha de procesos trombóticos latentes evitando desenlaces agudos que comprometan la extremidad a futuro.

MU-3

TROMBOLISIS DE EMERGENCIA DURANTE ARRESTO CARDIACO ASOCIADO A TROMBOEMBOLISMO PULMONAR. EXPERIENCIA DE SEIS AÑOS.

DE PAZ DAVID, DIEZ JULIO, ARIZA FREDY, CARVAJAL SANDRA.

Universidad CES, Fundación Valle Del Lili. Cali, Colombia.

Introducción. La trombolisis de emergencia (TLE) es una intervención recomendada en el tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo de alto riesgo. Pero su uso en arresto cardiaco (AC) por TEP es controvertido.

Diseño. Estudio descriptivo retrospectivo observacional, derivado del registro de arresto cardiaco institucional (CRECA) de un Hospital nivel IV.

Métodos. Se incluyeron adultos ingresados al servicio de Urgencias con diagnóstico de AC por TEP confirmado o de alta sospecha, que recibieron TLE o medidas de soporte entre 2012 y 2017.

Resultados. Se atendieron 16 sujetos mayores de 50 años. El 80% presentó AC extrahospitalario. El ritmo de paro más frecuente fue actividad eléctrica sin pulso. Todos tenían signos de sobrecarga del ventrículo derecho. Todos recibieron reanimación avanzada. En sólo la mitad se realizó TLE. El retorno de la circulación espontánea ocurrió en el 100% de los trombolizados y en el 88% de los no trombolizados. La supervivencia al alta hospitalaria fue del 38% en ambos grupos. Todos los sobrevivientes tuvieron buen desempeño neurológico, por escala CPC, excepto un sujeto en el grupo de trombolisis. En el grupo con TLE la mortalidad estuvo relacionada con sepsis y hemorragia y no con disfunción cardiaca como en el grupo sin TLE.

Conclusiones. La TLE intraparo resultó en mayor retorno a la circulación espontánea pero no en mayor supervivencia al alta. La TLE resultó en menor probabilidad de muerte por choque Cardiogénico. Esto nos hace sugerir una especial atención encaminada a desarrollar estrategias que reduzcan complicaciones como sepsis y hemorragia, cuando se decida usar esta intervención. Se requieren estudios con mayor poder y calidad para poder concluir sobre su potencial beneficio y riesgos asociados.

MU-4

SDRA ASOCIADO A MALARIA URBANA

OCAMPO DAVID, ROMERO DIANA.

ESE-Hospital Universitario del Caribe. Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia.

Introducción. La malaria es un problema de salud pública y los casos urbanos van en aumento.

Diseño y métodos. Caso Clínico

Resultados. Masculino de 38 años de edad, residente en Cartagena. Con cuadro de seis días consistente en fiebre intermitente, mialgias, artralgias, dificultad respiratoria y dolor torácico opresivo. Sin antecedentes importantes y niega haber salido de zona urbana. Estaba desorientado, hipotenso, febril, con tinte icterico e inyección conjuntival. Ruidos cardiacos rítmicos, disminución de ruidos respiratorios en bases pulmonares. Sin megalias. Extremidades con llenado capilar lento, sin edemas. Laboratorios con hemoglobina 10 g/dl, plaquetas 48000, creatinina 2,7 mg/dl, PCR 23 mg/L, AST 178 U/l, bilirrubina total 4 mg/dl, directa 3,6 mg/dl, fosfatasa alcalina 318 U/l, troponina negativa. Gases arteriales: acidosis hiperlactatémica e hipoxemia. Radiografía de tórax con opacidades retículo-intersticiales difusas. Se diagnostica síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA), requiriendo intubación orotraqueal y relajación neuromuscular. Además, con disfunción multiorgánica y choque hemodinámico, se traslada a UCI con antibioticoterapia. Serologías infecciosas y cultivos negativos. Gota gruesa con *Plasmodium vivax*, se inicia artesunato endovenoso. Persiste con SDRA refractario a ventilación mecánica, choque hemodinámico y muerte. Discusión.

La malaria urbana es una entidad poco común, en Colombia se asocia a la migración de la población rural por el conflicto armado.

Se define como complicada ante la presencia de características clínicas de gravedad, principalmente alteración del estado de conciencia y acidosis. Las complicaciones respiratorias incluyen la presentación de edema agudo de pulmón y SDRA. Existe una mayor mortalidad asociada a *P. falciparum*, pero en Colombia predomina el *P. vivax*, siendo el agente causal en 70% de los casos.

Conclusiones. La malaria urbana se asocia a *Plasmodium vivax*. Las complicaciones respiratorias revisten importancia para el diagnóstico y tratamiento oportuno de estas.