



EMC en Cardiología
SUC 2025
SEMINARIO TALLER



SEMINARIO TALLER

Enfermedad de la Aorta para el Cardiólogo Clínico

Índice

Información General.....	2
Bibliografía.....	3
Programa.....	4
Casos Clínicos.....	5



Seminario taller
**ENFERMEDAD DE LA AORTA PARA EL
CARDIÓLOGO CLÍNICO**

Sábado 26 de julio de 2025

Horario: de 08:30 a 13:30 h

Hilton Garden Inn Montevideo

Av. Luis Bonavita 1315. Montevideo Shopping

PRESENCIAL & ONLINE

ORGANIZA:

Comisión de Educación Médica Continua de la SUC

Coordinadores:

Dra. Alejandra Garretano

Dr. Alejandro Pérez

Expositores y panelistas:

Dra. Lía Carlevaro

Dra. Andreina Gómez

Dr. Álvaro Marichal

Dra. Jimena Paccella

Dr. Alejandro Russo

Moderadores:

Dr. Ramiro Arismendi

Dr. Roberto Farolini

Dra. Valentina Isi

Dra. Mayra Libanés

Dr. Michell Marroig

Dr. Álvaro Saucedo

Dra. Gabriela Talmon

Apoya:



OBJETIVOS EDUCATIVOS

Fundamento

La patología aórtica tiene una prevalencia relativamente baja si la comparamos con otras patologías adquiridas de la esfera cardiovascular. Sin embargo, cuando está presente, aumenta significativamente la mortalidad cardiovascular. Por esto, el reconocimiento y manejo oportuno de las enfermedades de la aorta constituyen un pilar fundamental dentro de la cardiología clínica moderna. El avance en la comprensión de los mecanismos fisiopatológicos de las patologías aórticas –tanto agudas como crónicas– ha modificado significativamente su abordaje diagnóstico y terapéutico.

La aorta, como eje central de la circulación sistémica, puede presentar afecciones que van desde dilataciones aneurismáticas hasta síndromes aórticos agudos graves, requiriendo una intervención rápida y precisa.

Los progresos en técnicas de imagen y en terapias endovasculares, junto con consensos actualizados sobre indicaciones quirúrgicas y médicas, han mejorado la supervivencia, pero también exigen que el cardiólogo clínico mantenga un conocimiento actualizado y aplique protocolos individualizados.

Por ello, este seminario-taller está diseñado para proporcionar una visión integral, desde los consensos hasta los desafíos en la práctica cotidiana, permitiendo identificar y abordar adecuadamente la patología aórtica en sus diferentes etapas.

Objetivo general

Adquirir herramientas para la identificación clínica, diagnóstico y tratamiento óptimo de los diferentes tipos de patología aórtica, orientadas a mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes.

Objetivos específicos

Al finalizar la jornada los participantes serán capaces de:

- Reconocer los principales cuadros clínicos asociados a la patología de la aorta (aneurismas, disección, coartación, hematoma intramural, úlcera penetrante, entre otros).
- Estratificar el riesgo individual y decidir qué pacientes requieren estudios de diagnóstico avanzados.
- Seleccionar la modalidad de imagen más adecuada en función del contexto clínico.
- Determinar las indicaciones actuales del tratamiento médico, quirúrgico y endovascular.
- Instaurar medidas de prevención y seguimiento a largo plazo para pacientes con patología aórtica crónica.
- Identificar situaciones que requieren intervención urgente y derivación oportuna a centros de mayor complejidad.

POBLACIÓN OBJETIVO

Médicos cardiólogos, cirujanos cardíacos, cirujanos vasculares, internistas, intensivistas, emergencistas, médicos de atención primaria, médicos generales.

METODOLOGÍA EDUCATIVA

El desarrollo de la jornada comprende varias etapas:

1. **Evaluación de los conocimientos previos:** mediante un test pre-jornada (10 preguntas de opciones múltiples con 4 opciones, una sola de las cuales es correcta). La misma se realizará a través de un formulario de Google que deberá ser respondido antes del comienzo de la actividad. ⁽¹⁾

2. **Miniconferencias:** disertación por expertos sobre los aspectos más relevantes de la patología aórtica.
3. **Discusión de casos clínicos:** análisis y debate en pequeños grupos, coordinados por moderadores, sobre casos clínicos reales.
4. **Discusión en plenario:** intercambio de conclusiones y aportes de los grupos con el panel de expertos.
5. **Síntesis final:** recapitulación de los conceptos clave y aclaración de dudas.
6. **Evaluación del aprendizaje:** mediante un test post-jornada de 10 preguntas opción múltiple. ⁽¹⁾
7. **Evaluación del taller:** valoración de los diferentes aspectos de la jornada (local, modalidad, conferencias, moderadores, panelistas, organización, etc.). ⁽¹⁾
Ambas evaluaciones se harán mediante un formulario de Google similar al de la evaluación previa

⁽¹⁾ Todos los formularios de evaluación son obligatorios, y condición necesaria para la emisión del CERTIFICADO DE ASISTENCIA.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Bibliografía básica:

- Czerny M, Grabenwoger M, Berger T, Aboyans V, Della Corte A, Chen EP et al. EACTS/STS Guidelines for diagnosing and treating acute and chronic syndromes of the aortic organ. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2024;65(2):ezad426. <https://doi.org/10.1093/ejcts/ezad426>
- Comentarios a la guía ESC 2024 para el tratamiento de la enfermedad arterial periférica y aórtica [editorial]. *Rev Esp Cardiol.* 2025;78(3):164-9. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2024.10.008>
- Alkashkari W, Albugami S, Hijazi ZM. Management of coarctation of the aorta in adult patients: state of the art. *Korean Cir J.*2019; 49(4):298-313 <https://doi.org/10.4070/kcj.2018.0433>
- Berger T, Dumfarth J, Kreibich M, Minatoya, Ziganshin BA, Czerny M. Thoracic aortic aneurysm. *Nat Rev Dis Primers.* 2025;11(1):1-17. <https://doi.org/10.1038/s41572-025-00617-2>

PROGRAMA

- 08:30 - 09:00 Acreditación
- 09:00 - 09:05 Introducción
Dra. Alejandra Garretano
Dr. Alejandro Pérez
- 09:05 - 09:20 Miniconferencia
Diagnóstico y "timing" de intervención de aneurismas aórticos
Dra. Jimena Pacella
- 09:20 - 09:35 Miniconferencia
Desafíos y complicaciones de pacientes operados de disección de aorta tipo A
Dr. Alejandro Russo
- 09:35 - 09:50 Miniconferencia
¿Será una coartación aórtica? Diagnóstico y manejo terapéutico
Dra. Lía Carlevaro
- 09.50 - 11:20 **Trabajo en grupos**
- 11:20 - 11:50 **Pausa**
- 11:50 - 13:20 Reunión plenaria. **Discusión de los casos clínicos con el panel de expertos**
- 13:20 - 13:30 Conclusiones finales. **Mensajes para llevar a casa**
Dra. Alejandra Garretano
Dr. Alejandro Pérez

Evaluación de lo aprendido y de la actividad

El certificado de asistencia se enviará por e-mail, contra recepción de los formularios de evaluación

CASOS CLÍNICOS

Caso Clínico 1

Paciente de 39 años, sexo masculino, procedente de Paysandú.

HTA diagnosticada a los 22 años, bajo tratamiento médico con enalapril 10 mg v/o cada 12 hs.

Consulta en emergencia en septiembre del 2024 por ascenso tensional con cifras máximas de PAS de 220 mmHg y con fibrilación auricular a 150 cpm.

Examen físico:

Lúcido, buena perfusión distal. Saturación de O₂ al aire 98%.

CV: Central: RI 150 cpm, soplo sistodiastólico 2/6 paraesternal izquierdo con irradiación a dorso. Sin IY ni RHY. Periférico: PA 220/100 mmHg. Asimetría de pulsos a predominio de MMSS con pulsos femorales débiles.

PP: MAV presente bilateral, sin crepitantes.

Resto del examen físico sin particularidades.

Se realiza ECG: FA con frecuencia ventricular promedio de 140 cpm, QRS estrecho, HVI por criterios de voltaje, alteraciones de la repolarización secundarias, QTc normal.

Se solicita una radiografía de tórax:



PREGUNTA 1

Con estos hallazgos el planteo clínico y la conducta a seguir más adecuada son:

- Disección aórtica tipo A. Ingreso inmediato, ETT y valoración por cirugía cardíaca urgente.
- Coartación aórtica nativa. ETT ambulatorio, control en policlínica con resultados.
- Complicación de aneurisma aórtico. Ingreso inmediato, ETT y valoración por cirugía cardíaca urgente.
- Emergencia hipertensiva. Ingreso inmediato, antihipertensivos endovenosos y ETT urgente.

El paciente asiste nuevamente a la consulta a los dos meses con este resultado:

Ecocardiograma Transtorácico: VI levemente dilatado con aumento del espesor parietal, aumento del trabeculado endocárdico sobre pared lateral a nivel medio y apical. FEVI conservada 58%. AI levemente dilatada. Raíz de aorta levemente dilatada (40 mm - 2.3 mm/m²). Por debajo del cayado de aorta se observa coartación de grado severo con gradiente máximo de 100 mmHg, arrastre holodiastólico con velocidad final de 1 m/seg. Aorta abdominal con disminución de pulsatilidad y arrastre diastólico.

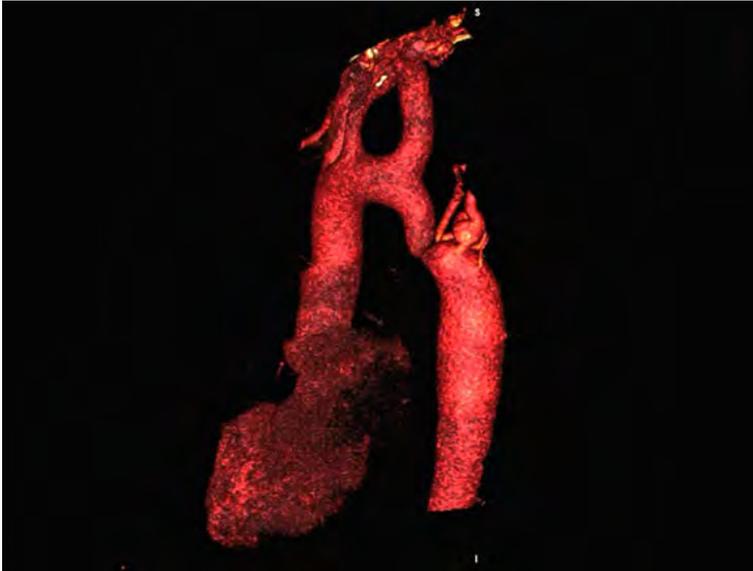
PREGUNTA 2

Con estos hallazgos, la conducta más adecuada sería:

- Solicita una angio TC ambulatoria para valoración anatómica y definir si tiene indicación de tratamiento.
- Solicita una angio TC ambulatoria para valoración anatómica y planificación de una futura intervención.
- No tiene indicación de tratamiento, control evolutivo y si presenta síntomas angio TC para futura intervención.
- Solicita un cateterismo cardíaco para definir la indicación de intervención.

Se realiza la angiotomografía de aorta:





Informe: Coartación de aorta en sector posterior al cayado, a 28 mm de la emergencia de la subclavia izquierda con una longitud de 4 mm y diámetro mínimo de su luz de 5,5 mm.

PREGUNTA 3

Con estos hallazgos:

- Tiene indicación de angioplastia con balón.
- Tiene indicación de angioplastia con stent.
- El riesgo de paraplejia de una intervención percutánea es alto.
- La cirugía cardíaca es la opción terapéutica de primera línea.

El paciente se realizó el siguiente procedimiento de forma exitosa; a las 24 hs se otorgó el alta sin complicaciones.

PREGUNTA 4

Respecto al seguimiento de este paciente:

- Considera que la patología está tratada y luego de los controles iniciales (6 meses y 12 meses) tiene el alta cardiológica.
- Espera que liberada la obstrucción la HTA revierta.
- Control clínico y ecocardiográfico mandatorio por el resto de la vida.
- No existe riesgo de re coartación aórtica con el tratamiento realizado.

Caso Clínico 2

Paciente de 37 años, sexo femenino, procedente de Treinta y Tres.

Sin AP a destacar.

Cursando gestación de 40 semanas. Embarazo bien controlado y tolerado hasta la fecha.

Consulta en emergencia por episodio de dolor torácico transfixiante, que aparece luego de realizar maniobra de Valsalva, intensidad 9/10, con irradiación a dorso y región lumbar, acompañado de hipotensión arterial.

Examen físico:

Confusa, PA 70/40 mmHg, perfusión periférica aceptable.

CV: RR de 110 cpm, ruidos normofonéticos, no se auscultan soplos. Pulsos periféricos presentes, débiles.

PP: MAV presente bilateral, sin estertores.

Dada la gravedad del cuadro clínico, se decide cesárea de urgencia. RN vivo, peso al nacer 3200 g, APGAR 9/10, sin complicaciones.

Luego del procedimiento quirúrgico, se realiza angioTC de aorta que confirma disección de aorta tipo A, que llega hasta íliaca primitiva izquierda (vasos supra aórticos con flujo normal). Variación anatómica con doble arteria renal bilateral. Arterias renales izquierdas: ambas salen de falsa luz. Tronco celiaco, ambas mesentéricas y renales derechas, nacen de la luz verdadera.

Se completa valoración con ecocardiograma transtorácico que informa VI de dimensiones normales con FEVI conservada. Disección de aorta tipo A. Insuficiencia aórtica moderada a severa. Sin derrame pericárdico.

PREGUNTA 1

¿Qué conducta terapéutica adoptaría?

- Control evolutivo.
- Cirugía de emergencia.
- Control evolutivo y si vuelve a presentar síntomas cirugía de emergencia.

Con diagnóstico de síndrome aórtico agudo (SAA) se realiza Cirugía Cardíaca de emergencia. Tiempo de circulación extracorpórea 120', tiempo de clampeo 69', paro circulatorio de 21'. Se realiza sustitución por tubo simple Nº 30 mm. Válvula aórtica trivalva y sin alteraciones estructurales. Sin complicaciones del AAQ.

Buena evolución clínica, ingresa a CTI. Asistencia respiratoria mecánica por 9 h, escaso requerimiento de fármacos inotrópicos y vasopresores. Sin elementos clínicos de IC ni arritmias. Sin complicaciones respiratorias, se retira drenaje a las 48 h y se otorga el alta de CTI.

Pasa a piso por 5 días, y luego se otorga alta a domicilio.

PREGUNTA 2

Respecto al seguimiento de esta paciente:

- Durante el puerperio las complicaciones no son frecuentes.
- Requiere control clínico y ecocardiográfico en 3 meses.
- Ante la presencia de nuevos síntomas se debe repetir la angioTC.
- Control cada 6 meses con ETT y angioTC.

PREGUNTA 3

Respecto a la etiología del cuadro clínico:

- a. Considera que las alteraciones hormonales y hemodinámicas propias de la gravidez son suficientes para explicar el cuadro.
- b. Considera que debería realizarse una valoración más exhaustiva para descartar enfermedades genéticas de la aorta.
- c. La mayoría de las muertes por complicaciones aórticas durante el embarazo están vinculadas a enfermedades de la aorta sin componente hereditario.
- d. El síndrome de Marfan no es una etiología a considerar en esta paciente.

PREGUNTA 4

¿Qué riesgos tiene la paciente a largo plazo?

- a. Su patología no contraindica embarazos futuros.
- b. Está habilitada para realizar cualquier tipo de ejercicio físico.
- c. La isquemia visceral no es frecuente a largo plazo.
- d. Se debería considerar la intervención de la aorta torácica descendente si presenta síntomas.

Caso Clínico 3

Paciente de 57 años, sexo masculino, comerciante.

Hipertenso en tratamiento con losartán 50 mg cada 12 hs y bisoprolol 10 mg/día. Obeso (IMC de 32), tabaquista.

Consulta por disnea de esfuerzo CF II de meses de evolución, sin disnea de decúbito ni episodios de DPN, no edema de MMII. Niega otra sintomatología cardiovascular.

Examen físico:

Lúcido, buena perfusión distal. Saturación 99% al aire. PA 150/90 mmHg.

CV: RR 75 cpm, soplo diastólico 2/6 paraesternal izquierdo sin irradiación. Sin IY ni RHY.

PP: MAV presente bilateral, sin estertores.

Resto del examen físico sin particularidades.

ECG: RR 80 cpm, QRS estrecho, HVI, alteraciones de la repolarización secundarias.

Como parte de la valoración se le realiza un ecocardiograma transtorácico que informa:

Ventrículo izquierdo de dimensiones normales con espesor parietal normal (masa 112 g/m², EPR 0.39). Sin alteraciones sectoriales de la contractilidad. Función sistólica global

conservada con FEVI estimada en 55%. Patrón de llenado del VI de tipo pseudonormal (E 63

cm/seg y A 60 cm/seg. Relación E/e' septal 15). Aurícula izquierda levemente dilatada (área

de 25 cm², vol 36 ml/m²). Aurícula derecha de dimensiones normales. Ventrículo derecho de

dimensiones normales con función sistólica conservada (TAPSE 22 mm, onda S tricuspídea

11cm/s). Válvula aórtica trivalva, sin restricción de su apertura. Se observa jet de

insuficiencia central, por déficit de coaptación, de grado moderado (VC 4 mm, inversión del

flujo en aorta ascendente, no así en aorta abdominal). Válvula mitral morfológicamente

normal, sin insuficiencia. Válvula tricúspide morfológicamente normal, sin insuficiencia.

Dilatación de aorta con raíz de aorta 48 mm, tubular 54 mm, cayado proximal 35 mm y

distal 30 mm. VCI de dimensiones normales con reducción inspiratoria conservada.

PREGUNTA 1

En base a estos hallazgos, ¿cuál es el planteo clínico y la conducta más adecuada a seguir?

- Aneurisma de aorta ascendente con elevado riesgo de complicaciones a corto o mediano plazo. Derivar a cirugía cardiaca para resolución quirúrgica a la brevedad.
- Valvulopatía aórtica sin criterios de severidad y sin indicación de intervención por diámetros aórticos. Ajustar tratamiento antihipertensivo, control de factores de riesgo cardiovascular y nueva consulta en 6 meses.
- Valvulopatía aórtica sin criterios de severidad y sin indicación de intervención. Solicitar un ecocardiograma transesofágico para corroborar diámetros aórticos y valorar valvulopatía.
- Aneurisma de aorta ascendente con probable indicación quirúrgica a evaluar mediante otro estudio de imagen.

Se realiza una angiotomografía de aorta que informa:

Dilatación de la aorta torácica en su porción sinusal y tubular. Sin evidencia de complicaciones agudas. Troncos supra aórticos permeables de calibre habitual.

Medidas:

- Aorta ascendente en porción sinusal de 48 mm
- Porción tubular 55 mm
- Cayado 31 mm
- Aorta torácica descendente 30 mm

- Aorta en pasaje toracoabdominal 26 mm

PREGUNTA 2

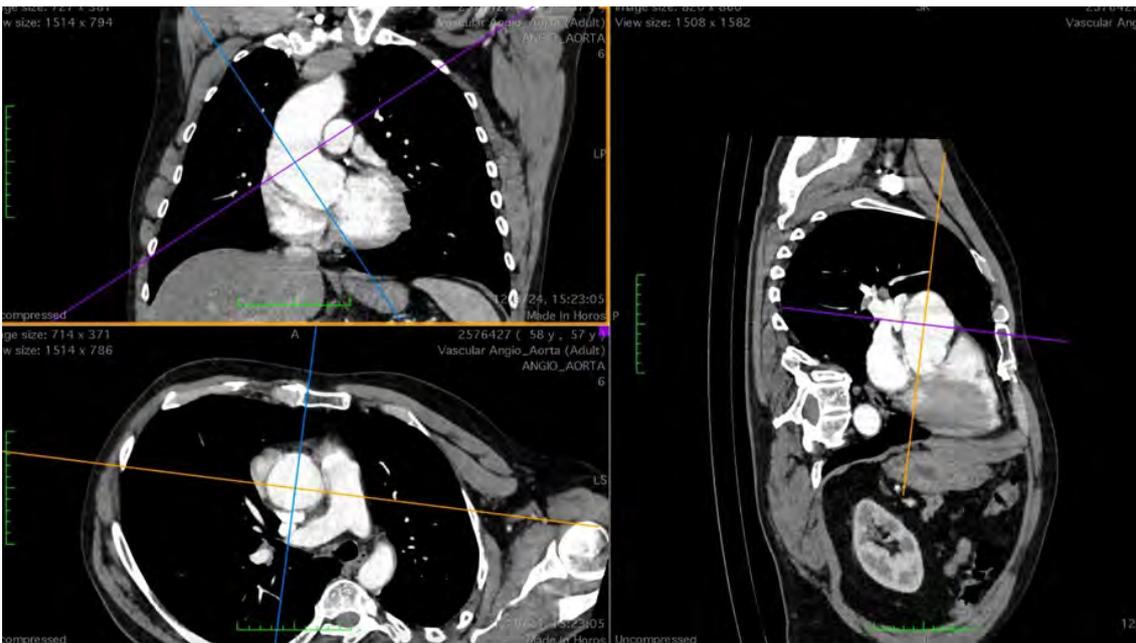
A partir de estos hallazgos, la conducta más adecuada a seguir es:

- a. Cirugía cardíaca electiva
- b. Seguimiento clínico y ecocardiográfico de su valvulopatía aórtica moderada.
- c. Solicitar una angiografía de aorta para corroborar hallazgos.
- d. No tiene indicación de intervención por elevado riesgo quirúrgico y bajo riesgo de complicaciones.

En base a la tomografía realizada se realiza una reconstrucción de aorta en múltiples planos.

Medidas:

- Aorta ascendente en porción sinusal de 48 mm con pérdida de la unión sinotubular.
- Porción tubular 52 mm.
- Cayado 33 mm.
- Longitud de la aorta ascendente hasta emergencia de vasos de cuello de 9,5 cm.





PREGUNTA 3

A partir de estos resultados, ¿qué conducta le parece más adecuada?

- e. Optimizar el tratamiento médico con control estricto de la presión arterial y de los factores de riesgo cardiovascular, y realizar un seguimiento anual con ecocardiografía transtorácica.
- f. Realizar una angiotomografía de aorta cada 3 meses para documentar la tasa de crecimiento y posteriormente reevaluar conducta.

- g. Considerar la cirugía electiva de reemplazo de la aorta ascendente, previa evaluación individualizada del riesgo quirúrgico y de los riesgos de complicaciones.
- h. Derivar al paciente a un equipo de rehabilitación cardíaca para modificar el estilo de vida y evaluar otras comorbilidades.

PREGUNTA 4

En conjunto con el paciente y sus familiares, se analiza la posibilidad de realizar una cirugía de sustitución de la aorta ascendente; sin embargo, el paciente rechaza dicha opción, expresando su voluntad de continuar con seguimiento clínico e imagenológico de su patología.

¿Cuáles serían sus consideraciones en cuanto al seguimiento imagenológico y al tratamiento farmacológico?

Caso Clínico 4

Paciente de 48 años de edad, sexo masculino, feriante.

AP: asmático en tratamiento con salmeterol/fluticasona y salbutamol.

Niega otros antecedentes personales.

Historia de dos años de evolución de episodios sincopales aislados que inicialmente fueron interpretados como crisis epilépticas. Actualmente agrega episodios de dolor torácico opresivo a moderados esfuerzos. Niega disnea de esfuerzo, disnea de decúbito ni DPN.

Examen físico:

Lúcido, buena perfusión distal. Tolera el decúbito. Satura 98% al aire. PA 120/80 mmHg.

CV: choque de punta en 5° espacio intercostal, línea hemiclavicular. RR 60 cpm, soplo sistólico eyectivo 3/6 que borra R2. Sin IY ni RHY.

PP: MAV presente bilateral, sin estertores.

Resto del examen físico sin particularidades.

ECG: RS 80 cpm, P y PR normales, QRS estrecho, HVI, sin trastornos de la repolarización, QTc normal.

Como parte de la valoración se le realiza un ecocardiograma transtorácico que informa: Cavidades cardíacas de dimensiones normales. Función sistólica global y sectorial conservada, FEVI 65%. Válvula aórtica calcificada con movilidad y apertura disminuidas. Gradiente máximo de 83 mmHg y medio de 51 mmHg. Área por ecuación de continuidad de 0,8 cm². Sin insuficiencia. Válvula mitral morfológicamente normal, sin insuficiencia. Válvula tricúspide morfológicamente normal, sin insuficiencia. Raíz de aorta dilatada (45 mm), aorta tubular dilatada (50 mm), cayado 30 mm.

PREGUNTA 1

Considerando la historia clínica y el ecocardiograma de este paciente, ¿qué planteo y conducta clínica es la más adecuada?

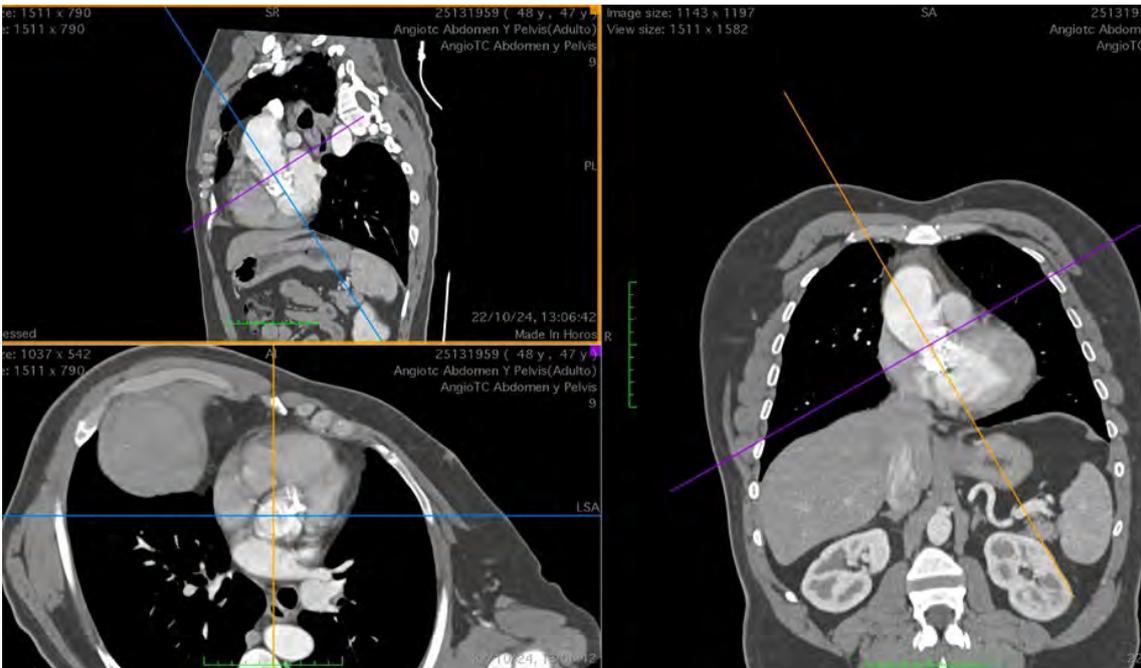
- Aneurisma de aorta ascendente, sin indicación actual de intervención por diámetros aórticos.
- Estenosis aórtica severa sintomática sobre válvula bicúspide, consideraría intervención electiva sobre válvula aórtica previa realización de angiografía coronaria sin otros estudios diagnósticos.
- Estenosis aórtica severa sintomática sobre válvula bicúspide, consideraría intervención electiva sobre válvula aórtica previa realización de angiotomografía o resonancia de aorta para definir conducta sobre aortopatía.
- Estenosis aórtica severa, solicitaría un ecocardiograma transesofágico para definir si asienta sobre una válvula bicúspide o tricúspide y evaluar diámetros aórticos.

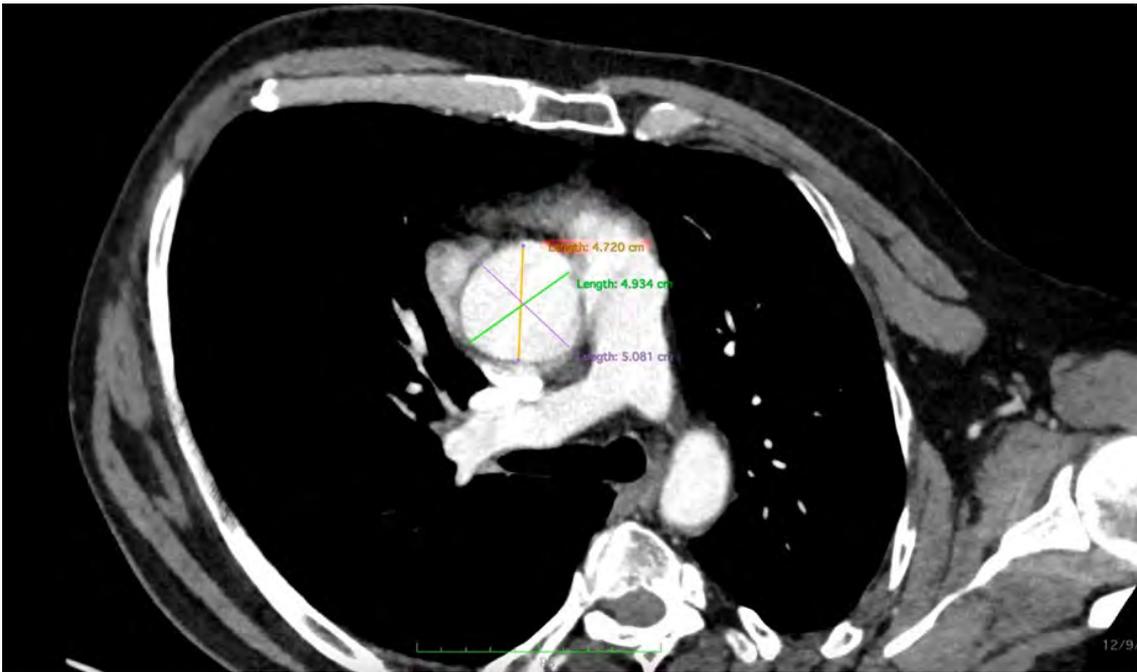
Se realiza una angiotomografía de aorta con reconstrucción multiplanar:

Se observa dilatación aneurismática de la aorta torácica ascendente de tipo fusiforme. Sin evidencia de complicaciones agudas. Troncos supra aórticos permeables, de calibre habitual.

Medidas:

- Aorta ascendente en porción sinusal 38 mm.
- Porción tubular 50 mm.
- Cayado 32 mm.
- Aorta torácica descendente 26 mm.
- Aorta en pasaje toracoabdominal 23 mm.





PREGUNTA 2

Con estos hallazgos, la conducta más adecuada a seguir en este paciente es:

- Mantener tratamiento médico conservador con betabloqueantes y control de presión arterial (objetivo PAS <140/90 mmHg). Seguimiento ecocardiográfico anual para reevaluar el diámetro aórtico y la severidad de la estenosis, reservando la cirugía para cuando el diámetro aórtico alcance los 55 mm o se agraven los síntomas.
- Indicar un implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) como tratamiento de la estenosis aórtica, ya que la válvula está calcificada. Posponer cualquier intervención sobre la aorta ascendente, con seguimiento mediante angioTC cada 3 meses para monitorizar el crecimiento.
- Programar una sustitución valvular aórtica quirúrgica y considerar el reemplazo concomitante de la aorta ascendente.
- Realizar un tratamiento antiagregante plaquetario doble con aspirina y clopidogrel para prevenir eventos trombóticos en la aorta, y un seguimiento estrecho con resonancia magnética cardiovascular cada 6 meses, sin considerar cirugía a menos que el paciente desarrolle disección o dolor refractario.

PREGUNTA 3

En cuanto al fenotipo de aneurisma asociado a válvula aórtica bicúspide (VAB) en este paciente:

- Este paciente presenta un fenotipo ascendente de la aortopatía por VAB y se asocia típicamente con tasas de crecimiento aórtico más rápidas y una mayor propensión a la disección en comparación con el fenotipo de raíz.
- En el fenotipo ascendente de la aortopatía por VAB, las tasas de crecimiento después del reemplazo valvular aórtico suelen ser extremadamente lentas, lo que sugiere que la intervención de la aorta ascendente sólo debería considerarse si hay síntomas o un crecimiento muy rápido (> 3 mm/año).

- c. Los pacientes con fenotipo de raíz de la aortopatía por VAB requieren una vigilancia más estricta y una intervención quirúrgica más temprana debido a su asociación con un crecimiento más rápido y un mayor riesgo de eventos aórticos agudos.
- d. La identificación del fenotipo de la aortopatía por VAB (raíz vs. ascendente) no tiene implicancias significativas para el pronóstico ni en los umbrales de intervención quirúrgica, ya que el diámetro absoluto de la aorta es el único factor determinante.

EVALUACIÓN

PREGUNTA 1

Según las definiciones clínicas, ¿cuál es el criterio de diámetro para definir un aneurisma en la raíz aórtica o la aorta ascendente?:

- a. > 30 mm.
- b. 1.5 veces el diámetro normal del vaso.
- c. > 40 mm.
- d. > 45 mm.

PREGUNTA 2

Según las guías, ¿en qué grupo de pacientes con enfermedad aórtica torácica se recomienda realizar el cribado genético?:

- a. Solo en pacientes con aneurisma de aorta ascendente y fenotipo de raíz.
- b. Solo en pacientes con aneurisma de aorta ascendente con fenotipo ascendente.
- c. En pacientes menores de 60 años con historia familiar de enfermedad aórtica o características sindrómicas.
- d. En pacientes con hipertensión no controlada, sin importar la edad.
- e. Solo en aquellos con historial de tabaquismo intenso.

PREGUNTA 3

El crecimiento rápido de un aneurisma aórtico es un factor de riesgo para eventos adversos. ¿Un aumento en el diámetro de un aneurisma de qué magnitud por año es un criterio para considerar una intervención más temprana, especialmente si existen otros factores de riesgo?:

- a. > 0.2 cm/año
- b. > 0.3 cm/año
- c. > 0.4 cm/año
- d. > 0.5 cm/año

PREGUNTA 4

En pacientes con aneurisma de la aorta ascendente (independientemente de si tienen válvula aórtica bicúspide o tricúspide), ¿cuál es el diámetro a partir del cual se recomienda la cirugía?:

- a. \geq 45 mm.
- b. \geq 50 mm.
- c. \geq 52 mm.
- d. \geq 55 mm.

PREGUNTA 5

Para asegurar la precisión y reproducibilidad en el seguimiento de los pacientes con enfermedad aórtica conocida o sospechada, ¿cómo se recomienda medir los diámetros de la aorta?:

- Paralelos al eje del flujo sanguíneo, en el punto de mayor dilatación.
- Perpendiculares al eje del flujo sanguíneo, en puntos anatómicos reproducibles y en su diámetro máximo.
- De borde interno a borde interno, ignorando la pared del vaso si no está claramente visible.
- Solo en el momento de la sístole cardíaca para evitar variaciones.

PREGUNTA 6

Los síndromes aórticos agudos (SAA) agrupan condiciones graves que requieren atención inmediata. ¿Cuál de estas entidades clínicas es considerada parte de los SAA?:

- Pseudoaneurisma aórtico no traumático.
- Rotura de aneurisma aórtico crónico no disecado.
- Aterosclerosis aórtica no complicada.
- Hematoma intramural (HIM).

PREGUNTA 7

En el manejo inicial de los síndromes aórticos agudos (SAA), ¿cuál es la estrategia farmacológica de primera línea para lograr los objetivos hemodinámicos de reducir la presión del pulso y el estrés en la pared aórtica?:

- Solo vasodilatadores intravenosos.
- Solo calcioantagonistas dihidropiridínicos.
- Betabloqueantes intravenosos, con posible adición de vasodilatadores si la presión arterial no se controla.
- Fármacos inotrópicos positivos para mantener el gasto cardíaco.

PREGUNTA 8

Para el diagnóstico de un síndrome aórtico agudo (SAA), la Tomografía Computarizada Cardiovascular (TC) es la técnica de imagen preferida. ¿Qué característica clave de la TC la convierte en la modalidad de primera línea en este contexto?:

- Es la más económica y ampliamente disponible en todos los centros.
- Permite la evaluación de la función ventricular y el flujo sanguíneo de forma integral.
- Su rápida adquisición, alta precisión, y capacidad para proporcionar información detallada sobre el desgarro, extensión y complicaciones.
- No requiere el uso de contraste yodado, evitando así la nefrotoxicidad.

PREGUNTA 9

La coartación de la aorta (CoA) es una cardiopatía congénita común que a menudo coexiste con otras anomalías. ¿Con cuál de las siguientes condiciones cardiovasculares se asocia más frecuentemente la CoA?:

- a. Estenosis subaórtica.
- b. Defectos del septo ventricular.
- c. Válvula aórtica bicúspide.
- d. Conducto arterioso persistente.

PREGUNTA 10

En el diagnóstico de la coartación aórtica (CoA), varias herramientas de imagen y medición son empleadas. Según las guías europeas de 2024, ¿cuál de las siguientes mediciones NO se considera útil para la cuantificación de la extensión de la enfermedad?:

- a. Gradiente de presión pico a pico invasivo
- b. Diferencia de presión arterial no invasiva entre extremidades.
- c. Gradientes mediante ecocardiografía Doppler.
- d. Diámetro de la aorta en Tomografía Computarizada.

Sociedad Uruguaya de Cardiología

Av. Garibaldi 2593 - C.P. 11600 - Montevideo, Uruguay

Teléfono: (0598) 2480 65 67 - 2487 25 65

Whatsapp: +598 92 684 779

suc@adinet.com.uy - www.suc.org.uy

Horario: de 14 a 21 horas



EMC en Cardiología SUC 2025 SEMINARIO TALLER



Sociedad Uruguaya de Cardiología
Av. Garibaldi 2593 - C.P. 11600
Montevideo, Uruguay
Teléfono: (0598) 2480 65 67 - 2487 25 65
Whatsapp: +598 92 684 779
suc@adinet.com.uy - www.suc.org.uy