



INTERNATIONAL JOURNAL OF

Cardiovascular SCIENCES



CONGRESO
SIAC

31° CONGRESO INTERAMERICANO
DE CARDIOLOGÍA

5 al 7 de junio de 2024
Ciudad de México

Editor

Cláudio Tinoco Mesquita – Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Social Media Editor

Ariane Binoti Pacheco – Multiscan Inteligência Diagnóstica, Vitória, ES – Brazil

Associated Editors

Pedro Adragão (Arrhythmia and Electrophysiology Area) – Hospital da Luz – Lisboa, Portugal

Ricardo Alkmim Teixeira (Arrhythmia and Electrophysiology Area) – Hospital Renascentista, Pouso Alegre, MG – Brazil

Ana Carolina do A. H. de Souza (Cardiovascular Imaging Area) – Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts – USA

Gláucia Maria Moraes de Oliveira (Clinical Cardiology Area) – Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina (FM), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Guilherme Vianna e Silva (Interventionist Cardiology Area) – Texas Heart Institute, USA

Maria Sanali Moura de Oliveira Paiva (Interventionist Cardiology Area) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN – Brazil

Christianne Brêtas Vieira Scaramello (Multiprofessional Area) – Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Solange Amorim Nogueira (Multiprofessional Area) – Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE), São Paulo, SP – Brazil

Miguel Mendes (Ergometric and Cardiac Rehabilitation Area) – Sociedade Portuguesa de Cardiologia, Portugal

Renata Castro (Cardiovascular Physiology Area) – Harvard University, Massachusetts – EUA

Ricardo Mourilhe-Rocha (Heart Failure and Myocardopathy Area) – Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Fernando Stuardo Wyss Quintana (Hypertension) – Servicios y Tecnología Cardiovascular de Guatemala – Guatemala

Maria Alexandra Arias Mendoza (Ischemic Heart Disease) – Instituto Nacional de Cardiología – Mexico

Fernando Augusto Alves da Costa (Ischemic Heart Disease) – Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, Clínica Paulista de Doenças Cardiovasculares, São Paulo, SP – Brasil

Isabel Cristina Brito Guimarães (Pediatric Cardiology) – Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA – Brazil

Thais Rocha Salim (Pediatric Cardiology) – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Sandro Cadaval Gonçalves (Hemodynamics) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Hospital Moinhos de Vento e Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS – Brazil

EDITORIAL BOARD

Andréia Biolo, MD, PhD
Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brazil

Angelo Amato Vincenzo de Paola, MD, PhD
Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brazil

Antonio Cláudio Lucas da Nóbrega, MD, PhD
Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Ari Timerman, MD, PhD
Unidades de Internação, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), São Paulo, SP – Brazil

Armando da Rocha Nogueira, MD, PhD
Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Carisi Anne Polanczyk, MD, PhD
Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brazil

Carlos Eduardo Rochitte, MD, PhD
Departamento de Cardiopneumologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brazil

Carlos Vicente Serrano Júnior, MD, PhD
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Instituto do Coração (InCor), São Paulo, SP – Brazil

Cláudio Gil Soares de Araújo, MD, PhD
Instituto do Coração Edson Saad, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Cláudio Pereira da Cunha, MD, PhD
Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Paraná, PR – Brazil

Cláudio Tinoco Mesquita, MD, PhD
Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Denilson Campos de Albuquerque, MD, PhD
Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Denizar Vianna Araujo, MD, PhD
Departamento de Clínica Médica, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Erika Maria Gonçalves Campana, MD, MSc, PhD, FESC
Hospital SAMCORDIS, São Gonçalo; Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Esmeralci Ferreira, MD, PhD
Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Evandro Tinoco Mesquita, MD, PhD
Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Fernando Nobre, MD, PhD
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), Universidade de São Paulo, São Paulo, SP – Brazil

Gabriel Blacher Grossman, MD, PhD
Serviço de Medicina Nuclear, Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, RS – Brazil

Henrique César de Almeida Maia, MD, PhD
Governo do Distrito Federal (GDF), Brasília, DF – Brazil

Humberto Villacorta Júnior, MD, PhD
Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Iran Castro, MD, PhD
Fundação Universitária de Cardiologia (FUC), Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul (IC), Porto Alegre, RS – Brazil

João Manoel Theotonio dos Santos, MD, PhD, FESC, FAHA, FACC
Universidade Anhembi Morumbi, Inspirali Educação, Ânima Educação, São José dos Campos, SP – Brazil

João Vicente Vitola, MD, PhD
Quanta Diagnóstico e Terapia (QDT), Curitiba, PR – Brazil

José Márcio Ribeiro, MD, PhD
Clínica Médica (Ambulatório), União Educacional Vale do Aço (UNIVAÇO), Ipatinga, MG – Brazil

Leonardo Silva Roeber Borges, PhD
Departamento de Pesquisa Clínica, Universidade Federal de Uberlândia (UFU), MG – Brazil

Leopoldo Soares Piegas, MD, PhD
Fundação Adib Jatene, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC/FAJ), São Paulo, SP – Brazil

Luís Alberto Oliveira Dallan, MD, PhD
Serviço Coronariopatias, Instituto do Coração (INCOR), São Paulo, SP – Brazil

Marcelo Iorio Garcia, MD, PhD
Clínica de Insuficiência Cardíaca, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Marcelo Westerlund Montera, MD, PhD
Centro de Insuficiência Cardíaca, Hospital Pró-Cardíaco (PROCARDIACO), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Marcio Luiz Alves Fagundes, MD
Divisão de Arritmia e Eletrofisiologia, Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras (INCL), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Marco Antonio Mota Gomes, MD
Fundação Universitária de Ciências da Saúde Governador Lamenha Filho (UNCISAL), Maceió, AL – Brazil

Marco Antonio Rodrigues Torres, MD, PhD
Departamento de Medicina Interna, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS – Brazil

Marcus Vinicius Bolivar Malachias, MD, PhD
Instituto de Pesquisas e Pós-graduação (IPG), Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), Belo Horizonte, MG – Brazil

Maria Eliane Campos Magalhães, MD, PhD
Departamento de Especialidades Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Mário de Seixas Rocha, MD, PhD
Unidade Coronariana, Hospital Português, Salvador, BA – Brazil

Maurício Ibrahim Scanavacca, MD, PhD
Unidade Clínica de Arritmia, Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP – Brazil

Nadine Oliveira Clausell, MD, PhD
Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brazil

Nazareth de Novaes Rocha, MD, PhD
Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Nelson Albuquerque de Souza e Silva, MD, PhD
Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Paulo Cesar Brandão Veiga Jardim, MD, PhD
Liga de Hipertensão Arterial, Universidade Federal de Goiás (UFGO), Goiânia, GO – Brazil

Ronaldo de Souza Leão Lima, MD, PhD
Pós-Graduação em Cardiologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Salvador Manoel Serra, MD, PhD
Setor de Pesquisa Clínica, Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Sandra Cristina Pereira Costa Fuchs, MD, PhD
Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brazil

Thais Rocha Salim, MD, PhD
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Tiago Augusto Magalhães, MD, PhD
Ressonância Magnética e Tomografia Cardíaca, Hospital do Coração (HCor), São Paulo, SP – Brazil

Walter José Gomes, MD, PhD
Departamento de Cirurgia, Universidade Federal de São Paulo (UFESP), São Paulo, SP – Brazil

Washington Andrade Maciel, MD, PhD
Serviço de Arritmias Cardíacas, Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Wolney de Andrade Martins, MD, PhD
Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Amalia Peix, MD, PhD
Instituto de Cardiologia y Cirugía Cardiovascular, Havana – Cuba

Amelia Jiménez-Heffernan, MD, PhD
Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva – Spain

Ana Isabel Venâncio Oliveira Galrinho, MD
Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal

Ana Maria Ferreira Neves Abreu, MD, PhD
Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal

Ana Teresa Timóteo, MD, PhD
Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal

Charalampos Tsoumpas, PhD
University of Leeds, Leeds – England

Chetan Patel, MD
All India Institute of Medical Sciences, Delhi – India

Edgardo Escobar, MD
Universidad de Chile, Santiago – Chile

Enrique Estrada-Lobato, MD
International Atomic Energy Agency, Vienna – Austria

Erick Alexanderson, MD
Instituto Nacional de Cardiología – Ignacio Chávez, Ciudad de México – Mexico

Fausto Pinto, MD, PhD
Universidade de Lisboa, Lisboa – Portugal

Ganesan Karthikeyan, MD
All India Institute of Medical Sciences, Delhi – India

Guilherme Vianna e Silva, MD
Texas Heart Institute, Texas – USA

Horacio José Faella, MD
Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”, Caba – Argentina

James A. Lang, PhD
Des Moines University, Des Moines – USA

James P. Fisher, PhD
University of Birmingham, Birmingham – England

João Augusto Costa Lima, MD
Johns Hopkins Medicine, Baltimore – USA

Jorge Ferreira, MD
Hospital de Santa Cruz, Carnaxide, Portugal

Manuel de Jesus Antunes, MD, PhD
Centro Hospitalar de Coimbra, Coimbra – Portugal

Marco Alves da Costa, MD
Centro Hospitalar de Coimbra, Coimbra – Portugal

Maria João Soares Vidigal Teixeira Ferreira, MD, PhD
Universidade de Coimbra, Coimbra – Portugal

Massimo Francesco Piepoli, MD, PhD
Ospedale “Guglielmo da Saliceto”, Piacenza – Italy

Nuno Bettencourt, MD, PhD
Universidade do Porto, Porto – Portugal

Raffaele Giubbini, MD
Università degli Studi di Brescia, Brescia – Italy

Roberto José Palma dos Reis, MD, PhD
Hospital Polido Valente, Lisboa – Portugal

Shekhar H. Deo, PhD
University of Missouri, Columbia – USA

BIENNIUM BOARD 2024/2025

ADMINISTRATIVE COUNCIL - MANDATE 2024 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / BRAZILIAN SOCIETY OF CARDIOLOGY)

North/Northeast Region

Nivaldo Menezes Filgueiras Filho (BA)
Sérgio Tavares Montenegro (PE)

Eastern Region

Denilson Campos de Albuquerque (RJ)
Andréa Araujo Brandão (RJ)

Paulista Region

Ricardo Pavanello (SP)
João Fernando Monteiro Ferreira (SP)

Central Region

Carlos Eduardo de Souza Miranda (MG)
Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza (GO) – *President of the Administrative Council of SBC*

South Region

Paulo Ricardo Avancini Caramori (RS)
Gerson Luiz Bredt Júnior (PR) – *Vice-President of the Administrative Council of SBC*

PRESIDENTS OF DEPARTAMENTS AND STUDY GROUPS

DCC/CP - Ana Paula Damiano

DEIC - Lídia Ana Zytynski Moura

DA - Jose Francisco Kerr Saraiva

DERC - Luiz Eduardo Fonteles Ritt

DIC - Silvio Henrique Barberato

DECAGE - Jessica Myrian De Amorim Garcia

SOBRAC - Alexsandro Alves Fagundes

DCM - Glaucia Maria Moraes de Oliveira

DHA - Joao Roberto Gemelli

DEMCA - Ibraim Masciarelli Francisco Pinto

DCC - João Ricardo Cordeiro Fernandes

DERC/GERCPM - Susimeire Buglia

DERC/GEEN - Adriana Soares Xavier de Brito

DERC/GECESP - Rodrigo Otavio Bougleux Alô

DEIC/GETAC - Fabiana Goulart Marcondes Braga

DEIC/GEMIC - Evandro Tinoco Mesquita

DEIC/GEICPED - Estela Azeka

DCC-CP/GECCA - Vivian de Biase

DCC/GEDORAC - Luciana Sacilotto

DCC/GECO - Wolney de Andrade Martins

DCC/GECETI - Alexandre de Matos Soeiro

DCC/GAPO - Luciana Savoy Fornari

SBCCV - Vinicius José da Silva Nina

SBHCI - Rogerio Eduardo Gomes Sarmiento Leite

PRESIDENTS OF STATE AND REGIONAL BRAZILIAN SOCIETIES OF CARDIOLOGY

SBC/AL - Roberta Rodrigues Nolasco Cardoso

SBC/AM - Marcia Regina Silva

SBC/BA - Claudio Marcelo Bittencourt das Virgens

SBC/CE - Ulysses Vieira Cabral

SBC/DF - João Poeys Junior

SBC/ES - Jorge Elias Neto

SBC/GO - Alberto de Almeida las Casas Junior

SBC/MA - Maria Jacqueline Silva Ribeiro

SBC/MG - Luiz Guilherme Passaglia

SBC/MS - Amanda Ferreira Carli Benfatti

SBC/MT - Danilo Oliveira de Arruda Junior

SBC/PA - Edson Roberto Silva Sacramento

SBC/PB - Glauco de Gusmão Filho

SBC/PE - Anderson da Costa Armstrong

SBC/PI - Thiago Nunes Pereira Leite

SBC/PR - Willyan Issamu Nazima

SBC/RN - Carla Karini Rocha de Andrade Costa

SBC/RO - Marcos Rosa Ferreira

SBC/SC - Guilherme Loureiro Fialho

SBC/SE - Wersley Araújo Silva

SBC/TO - Daniel Janczuk

SOCERJ - Marcelo Heitor Vieira Assad

SOCERGS - Luis Beck da Silva Neto

SOCESP - Maria Cristina de Oliveira Izar

SBC/NNE - Gentil Barreira de Aguiar Filho

Volume 37, Supplement 5 / September/2024

Indexing: Index Medicus Latino-Americano (LILACS);
Scientific Electronic Library Online (SciELO); Latindex;
Scopus; Redalyc

Commercial Department

Telephone Number: (11) 3411-5500
e-mail: comercialsp@cardiol.br

Editorial Production

SBC – Scientific Department

Graphic Design and Diagramming

SBC – Scientific Department

Former SOCERJ Magazine (ISSN 0104-0758) up to
December 2009; Revista Brasileira de Cardiologia
(print ISSN 2177-6024 and online ISSN 2177-7772)
from January 2010 up to December 2014.

International Journal of Cardiovascular Sciences
(print ISSN 2359-4802 and online ISSN 2359-5647)
from January 2015.

ÓRGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC
**PUBLICAÇÃO BIMESTRAL / PUBLISHED
BIMONTHLY**
INTERNATIONAL JOURNAL OF CARDIOVASCULAR
SCIENCES
(INT J CARDIOVASC SCI)



This work is available per
guidelines from the Creative
Commons License. Attribution
4.0 International. Partial or total
reproduction of this work is
permitted upon citation.



INTERNATIONAL JOURNAL OF

**Cardiovascular
SCIENCES**

The International Journal of Cardiovascular Sciences (ISSN 2359-4802)

is published bimonthly by SBC:

Av. Marechal Câmara, 160 - 3º andar - Sala 330

20020-907 • Centro • Rio de Janeiro, RJ • Brazil

Tel.: (21) 3478-2700

e-mail: revistaijcs@cardiol.br

<http://ijcscardiol.org/>

SIAC 2024 – ABSTRACTS ACEPTADOS COMO ORAL

20

INNOVATIVE INTERVENTION: UTILIZING THE PASCAL DEVICE IN LATIN AMERICA'S DEBUT FOR SYMPTOMATIC DEGENERATIVE MITRAL REGURGITATIONVAZQUEZ FUSTER J¹, COLÓN HERNÁNDEZ P², AVILÉS RIVERA E^{1,2}, RODRIGUEZ OSPINA L¹, ROSALES-ALVAREZ C¹¹HOSPITAL DE VETERANOS EN SAN JUAN, ²HOSPITAL DE MENONITA

Background: Mitral regurgitation (MR) is a healthcare burden, linked to reduced survival and increased heart failure hospitalizations. In degenerative mitral regurgitation (DMR), surgical mitral valve (MV) repair is a recommended Class I intervention, with proven effectiveness and safety. Treatment gaps persist in patients with high operative risk and DMR who remain symptomatic despite medical treatment. Transcatheter edge-to-edge repair (TEER), demonstrated in COAPT and EVEREST II trials with MitraClip, expanded treatment options for patients with symptomatic MR. As TEER indications struggles to expand in primary MR management, the innovative PASCAL device enriches the TEER landscape for MV interventions. We present the index case in LATAM with primary MR suitable for TEER treated with the PASCAL device. **Case description:** A 91-year-old female presented with worsening shortness of breath. Physical examination revealed a mid-systolic click and a late systolic murmur. The electrocardiogram showed normal sinus rhythm with left ventricular hypertrophy. Echocardiogram indicated an eccentric regurgitant jet in the MV, suggesting moderate to severe MR. Subsequent transesophageal echocardiogram (TEE) confirmed severe degenerative MR with central A2 prolapse, a PISA radius of more than 1cm, systolic flow reversal of the pulmonary vein and a 3D vena contracta of 0.51 cm² (Image 1). Coronary angiography revealed nonobstructive coronary artery disease. Due to symptomatic MR, prohibitive surgical risk, and ideal anatomy, she underwent TEER. Using fluoroscopic and echocardiographic guidance, the Edwards PASCAL precision system was positioned in the regurgitant jet. The anterior and posterior leaflets were trapped, and re-evaluation showed mild MR with an MV gradient of 4 mmHg (Image 2). The patient was discharged the next day in stable condition with dual antiplatelet therapy for 6 months. One-month follow-up showed marked improvement in shortness of breath. **Discussion:** The introduction of the Pascal system as a therapeutic option for patients with DMR and prohibitive surgical risk represents a significant advancement in TEER. Results from the CLASP IID study, comparing outcomes between the Pascal and MitraClip systems, not only met primary safety and effectiveness endpoints but also established the Pascal system as safe, effective, and noninferior in this patient population. This case presentation holds paramount importance as it sheds light on a successful TEER utilizing the Pascal system in a patient with DMR. It highlights the critical role of anatomic assessment through TEE in determining the suitability for such interventions. These findings underscore the continuous advancements in TEER, coupled with the expertise of operators, promising expanded treatment options and improved outcomes for these patients.

18

EXCEPTIONAL MULTISITE ANEURYSMS IN TAKAYASU ARTERITIS: A UNIQUE AND CHALLENGING CASEECHEVERRÍA ORTEGÓN E¹, MILLET HERRERA J¹, MENDEZ MOLINA R¹, CASILLAS J²¹UNIVERSIDAD MARISTA DE MÉRIDA, ²DEPARTMENT OF RADIOLOGY, UNIVERSITY OF MIAMI HEALTH SYSTEM, MILLER SCHOOL OF MEDICINE
BACKGROUND:

Takayasu arteritis (TAK), a rare large vessel vasculitis, predominantly affects young females and is characterized by inflammation leading to stenosis or occlusion of major arteries. Aneurysms are infrequently associated with TAK, primarily in the aorta and its branches. This case report explores the clinical significance and management of multiple aneurysms in TAK. **Case report:** We present a 34-year-old male with a history of TAK and thoracic and abdominal aorta aneurysms. He experienced intermittent chest discomfort, shortness of breath, and hemoptysis, with severe aortic insufficiency and cardiomyopathy. Imaging revealed multiple saccular aneurysms involving the thoracic and abdominal aorta and both subclavian arteries. The patient was being considered for aortic valve replacement. **Discussion:** TAK is a rare disease characterized by large vessel vasculitis that predominantly leads to arterial stenosis or occlusion. Aneurysms are an unusual manifestation, primarily found in the aorta and its branches. In most reported cases, aneurysms in TAK are isolated or occur limitedly. However, the present case is notable for having the abnormal abundance of multiple aneurysms in the thoracic and abdominal aorta, as well as aortic arch branches. This feature is exceptional and highly uncommon. The rarity of multiple aneurysms in TAK patients makes this case unique and emphasizes the significant challenges it presents for both diagnosis and management. Patients with TAK are typically young and have a longer life expectancy, rendering the risk of aneurysm rupture a constant threat, as evidenced in this case. Additionally, the potential for complications such as aortic regurgitation or heart failure further underscores the critical nature of early diagnosis and tailored treatment. The deficiency of knowledge regarding multiple aneurysm risk in TAK due to the limited number of reported cases highlights the need for a personalized approach to management. In the case of this patient with multiple aneurysms, determining the order of surgical treatment becomes crucial, factoring in considerations like aneurysm diameter, morphology, and the risk of rupture between surgeries. The reported case is a notable example of the unique challenges posed by TAK patients presenting with an exceptionally high number of aneurysms. It underscores the importance of individualized treatment strategies, taking into account the distinct nature of this rare condition and the need for careful consideration of the risks associated with multiple aneurysms.

109

FENOCOPIA DE BRUGADA ASOCIADA A MIOCARDITIS TÓXICAMANRIQUE MARQUEZ M¹, RODRIGUEZ SALDAÑA C², JUÁREZ LLOCLLA J¹¹HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU-COREA II, SANTA ROSA, ²ESCUELA DE MEDICINA HUMANA, UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Antecedentes: El fosforo de aluminio es un rodenticida extremadamente tóxico, las manifestaciones cardiacas incluyen miocarditis tóxica, insuficiencia cardíaca refractaria, bradiarritmias y taquiarritmias; además se ha reportado fenocopia de Brugada (BrP).

Descripción del caso: Mujer de 27 años, sin antecedentes patológicos, quien consume tableta de Fosforo de aluminio con fines suicidas. Traslada al hospital inconsciente, recibió medidas de soporte. Tres días después presenta dolor torácico súbito tipo opresivo; PA de 85/57 mmHg, FC de 110 lpm, con SatO₂ de 96% (FIO₂ 21%). Al examen los ruidos cardiacos son rítmicos y regulares; el resto de exploración física sin hallazgos significativos. Su electrocardiograma (ECG) presentaba un ritmo sinusal con FC de 108 lpm, una elevación descendente del ST seguida de T negativas en V1 a V3 compatible con un patrón de Brugada tipo 1 (Fig. 1), y trastornos en la repolarización difusos. La determinación de troponina I y fosfocreatinquinasa fracción MB fue de 2.07 ng/ml (Valor de referencia: 0.0 - 0.3) y 245.1 U/L (Valor de referencia: Mujer, <170), respectivamente. Se trata con diagnóstico presuntivo de Síndrome coronario agudo ST no elevado. En el ecocardiograma transtorácico presentó trastorno de contractilidad segmentaria (hipocinesia antero-septal y lateral) con FEVI en 45%. Se realizó una AngioTAC coronaria sin evidencia de lesiones, y un score de calcio de cero. Veinticuatro horas después la paciente se encuentra asintomática, y en el ECG solo se mantiene las T negativas en precordiales, DI y aVL (Fig. 2). A los 9 días, su ecocardiograma control presenta contractilidad conservada con FEVI 59%. **Discusión:** La miocarditis tóxica ocurre entre el primer a cuarto día, hasta en un 50% de los casos de envenenamiento con fosforo de aluminio, encontrándose generalmente hipocinesia global de ventrículo izquierdo con disminución de la FEVI en la ecocardiografía. En nuestra paciente, se encontró un trastorno de contractilidad segmentaria con una FEVI en 45% en la ecocardiografía, junto a una elevación de marcadores cardiacos, lo que confirma la miocarditis. Por otro lado, a diferencia del Síndrome de Brugada, los pacientes con BrP tienen una afección subyacente identificable que provoca este patrón, y una vez que esta afección subyacente se resuelve, el ECG se normaliza. En la paciente, el ECG durante su episodio de dolor torácico presentaba un patrón de Brugada tipo 1 junto a trastornos de la repolarización difusa; pero que después se normalizo. Todo esto compatible con BrP, que se asoció a miocarditis tóxica por intoxicación de fosforo de aluminio.

348

REGISTRO AMERICANO DE INSUFICIENCIA CARDIACA AMBULATORIA O AGUDAMENTE DESCOMPENSADA (AMERICCAAS): RESULTADOS GENERALESGUTIÉRREZ-POSSO J¹, SOTOMAYOR JULIO A^{2,3}, ARTEAGATOBARA¹, PEREDAM⁴, CHAZZIN G⁵, CORONEL M⁶, QUINTERO OSSA⁷, CHAPLE LAHOZ M⁸, THIBODEAU J⁹, GÓMEZ MESA J^{1,2,3}

¹CENTRO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS, FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, ²DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, ³UNIVERSIDAD ICESI, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, ⁴DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA Y PROGRAMA DE INSUFICIENCIA CARDIACA, MÉDICA URUGUAYA, ⁵DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, INSTITUTO CORAZÓN PULMÓN, ⁶DIVISIÓN DE INSUFICIENCIA CARDIACA E HIPERTENSIÓN PULMONAR, INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA J. F. CABRAL, ⁷DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, CLÍNICA CARDIOVID, ⁸DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, CENTRO MÉDICO ESPECIALIDADES AMEDS, ⁹ADVANCED HEART FAILURE AND TRANSPLANT CARDIOLOGY DEPARTMENT, UNIVERSITY OF TEXAS SOUTHWESTERN MEDICAL CENTER

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) en Latinoamérica es una preocupación creciente debido a su impacto en la salud pública. Aunque los datos epidemiológicos varían entre países, la IC sigue siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad. Falta información sólida y fiable acerca de IC en los países de América (exceptuando principalmente Norteamérica), por lo cual se justifica la implementación de registros y estudios poblacionales de esta patología en el continente. **Objetivos:** Describir los resultados generales de los pacientes del Registro AMERICCAAS, destacando características demográficas, comorbilidades y etiología, así como características asociadas a la IC, que incluyen clase funcional, clasificación según fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y consideraciones en pacientes hospitalizados. **Materiales y métodos:** El Registro AMERICCAAS es un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y multicéntrico, coordinado y supervisado por el Consejo Interamericano de Falla Cardíaca e Hipertensión Pulmonar (CIFACAH) de la Sociedad Interamericana de Cardiología (SIAC), que ha completado la fase de reclutamiento (12/2023) y actualmente está en fase de seguimiento (hasta 12/2024). Se incluyeron individuos mayores de 18 años diagnosticados con IC en el continente americano, diferenciándolos entre ambulatorios y hospitalizados. La recopilación de datos se efectuó a través de la plataforma electrónica REDCap, incluyendo información sociodemográfica, comorbilidades, y aspectos clínicos. Se efectuó un análisis univariado, presentando las variables cualitativas en términos de frecuencia y porcentaje. Se verificó la normalidad de las variables cuantitativas mediante la prueba de Shapiro Wilk, reportando los resultados en forma de mediana y rango intercuartílico. **Resultados:** Este estudio incluyó 6722 pacientes (4711 ambulatorios y 2011 hospitalizados) reclutados por 119 instituciones representando 21 países de todo el continente americano. Edad promedio de 68.6 años (RIC 58.7, 77.6), 58.2% de género masculino. Para ambulatorios y hospitalizados, se observan tres comorbilidades principales, hipertensión (67.9% vs 67.5%), dislipidemia (34.0% vs 43.3%) y enfermedad coronaria (32.8% vs 40%). La etiología principal es isquémica (35.7% vs 40.2%). Las principales causas de descompensación en pacientes hospitalizados fueron progresión IC (35.2%) y síndrome coronario agudo (12.4%), con un perfil hemodinámico caliente-húmedo (65.9%). La mayoría de los pacientes se encuentran en clase funcional III de la New York Heart Association (46.5%) y el 54.2% tienen FEVI menor al 40%. **Conclusiones:** El registro AMERICCAAS es un esfuerzo continental que incluye la mayoría de países del continente, con un número importante de pacientes ambulatorios y hospitalizados, que pretende brindar herramientas que permitan optimizar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes a nivel nacional, regional y continental.

47

CORRECCIÓN DE COARTACIÓN DE LA AORTA DURANTE EL EMBARAZO Y PUERPERIOROMÁN RUBIO P¹, VÁZQUEZ HERNÁNDEZ G¹, VASALLO PERAZA R¹, SEÑOR DROSS R², RAMIRO NOVOA J³¹HOSPITALMATERNAINFANTIL"RAMÓNGONZÁLEZCORO",²INSTITUTODECARDIOLOGÍAYCIRUGÍACARDIOVASCULAR,³CARDIOCENTROPEDIÁTRICOWILLIAM SOLER

Antecedentes: La coartación de la aorta es aproximadamente el 5.1% de las malformaciones cardíacas congénitas. El término coartación se refiere al estrechamiento de la arteria con obstrucción al flujo. Su presentación clínica depende de la severidad de la lesión y la asociación con otras malformaciones. Con un examen físico correcto se debe hacer el diagnóstico antes de la gestación. El embarazo se tolera bien en pacientes reparadas, riesgo OMS II/III, en caso de coartación no reparada con obstrucción severa, el embarazo está contraindicado. **Descripción de los casos:** Caso 1: Gestante de 18 años, antecedentes de salud, 30 semanas, electrocardiograma con taquicardia sinusal, examen físico pulsos femorales de amplitud disminuida y asincrónicos comparado con pulso braquial derecho, soplo meso sistólico aórtico e inter-escapular. Ecocardiograma: cavidades cardíacas de tamaño normal, FE 67%, coartación aórtica distal al istmo, velocidad máxima de 4.4 m/s, gradiente pico 79 mmHg (Figura 1), se comienza propranolol 60 mg diarios, se realiza cesárea por indicación cardiovascular en la semana 38, recién nacido con APGAR 9-9 y peso de 2880 g. Por la severidad de su enfermedad se decide realizar durante el puerperio coartoplastia percutánea y colocación de stent con resultado favorable. Caso 2: Gestante de 20 años y 18 semanas de embarazo, G1P0A0 remitida por la auscultación de soplo y falta de aire a pequeños esfuerzos, examen físico soplo meso sistólico aórtico irradiado a cuello y región inter-escapular, marcada disminución de los pulsos en miembros inferiores. Ecocardiograma: FE 85%, velocidad máxima en istmo aórtico de 4.3 m/s, gradiente pico 70 mmHg (Figura 2). Por la severidad de su enfermedad y la sintomatología se realiza coartoplastia con stent a la semana 22, proceder exitoso, mejorando su clase funcional. Cesárea con 38 semanas por indicación obstétrica, recién nacido con APGAR 9-9 y peso de 3150 g. **Discusión:** Los procedimientos intervencionistas se hacen en el embarazo cuando son absolutamente necesarios. Para minimizar riesgos se realizan entre las semanas 18 y 24, con una organogénesis ya terminada, y el útero alejado del sitio de la radiación. En relación al uso de contrastes iodados, lo ideal es hacerlo antes de la semana 24, cuando el tiroides del feto aún no es funcional, y no hay daño por el contraste. El diagnóstico se debe hacer antes del embarazo para tratar la enfermedad, de lo contrario, cumplir con todo lo establecido para minimizar los riesgos del proceder intervencionista.

89

FACTORES ASOCIADOS A SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UNA INSTITUCIÓN DE ALTA COMPLEJIDADCAÑAVERA GOMEZ M¹, OCHOA VERA M², CARVAJAL ESTUPIÑAN J³, CASSIANI MIRANDA C⁴, LUNA GONZALEZ M²¹FOSCAL INTERNACIONAL, ²UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA, ³INSITUTO DEL CORAZÓN BUCARAMANGA, ⁴SINERGIA EDUCATIVA

Introducción: La depresión es una comorbilidad común en pacientes con falla cardíaca, afectando su calidad de vida y pronóstico. Aproximadamente uno de cada cinco pacientes con falla cardíaca presenta depresión, subrayando la necesidad de un manejo integral. La interacción compleja entre la enfermedad cardíaca y la depresión puede empeorar la salud física y mental, afectando la capacidad funcional y la adherencia al tratamiento. **Objetivo general:** Evaluar los factores asociados a los síntomas depresivos y la calidad de vida en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca atendidos en una institución de alta complejidad de Colombia. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal en pacientes de consulta externa de cardiología en Bucaramanga, Colombia, entre mayo y diciembre de 2021. Se empleó el cuestionario Patient Health Questionnaire (PHQ-9) para evaluar la depresión y la Escala de Minnesota (MLHFQ) para la calidad de vida. Se recopilaron datos clínicos, incluida la fracción de eyección, la clasificación funcional NYHA, el tratamiento y variables sociodemográficas. Se compararon los datos utilizando razones de prevalencia con intervalos de confianza del 95% (IC95%) para identificar asociaciones entre la depresión, la calidad de vida y la mortalidad. **Resultados:** Se evaluaron 153 pacientes; el 17,0% presentaba depresión y el 20,6% tenía un compromiso moderado a severo de la calidad de vida. Se observó una asociación significativa entre la clasificación funcional NYHA III-IV, y la depresión (RP 3,33; IC95% 1,7-6,52; p <0,001 así como compromiso de la calidad de vida (RP 4,34; IC95% 2,48-7,57; p <0,001). La presencia de un dispositivo de estimulación cardíaca, se asoció con la prevalencia de depresión (RP 2,46; IC95% 1,04-5,78; p=0,039). El antecedente de enfermedad cerebrovascular (RP 3,07; IC95% 1,43-6,56; p=0,004) y la fibrilación auricular (RP 2,13; IC95% 1,06-4,29; p=0,032) se asociaron con la prevalencia de depresión, pero no con el compromiso de la calidad de vida. La mortalidad a seis meses post-tamizaje, fue significativamente mayor en los pacientes con depresión (RP=9,77%; IC95% 1,89-50,57) y en aquellos con compromiso de la calidad de vida (20,5%; IC95% 2,8-169). **Conclusión:** La depresión es una comorbilidad importante y común que a menudo coexiste en pacientes con IC y se asocia con una mala calidad de vida. Es importante evaluar los síntomas depresivos en estos pacientes con el objetivo de proporcionar un tratamiento adecuado y evitar resultados negativos desde el consultorio

177

TIEMPOS DE ATENCIÓN Y ESTANCIA HOSPITALARIA EN HOMBRES VS MUJERES CON INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO: REGISTRO LATINOAMERICANOLATAPI RUIZ ESPARZA X¹, DÍAZ HERRERA B¹, HERNÁNDEZ PASTRANA S¹, SANTIAGO HERNÁNDEZ A¹, GONZÁLEZ MACEDO E¹, AMARO PALOMO E¹, ARAIZA GARAYGORDOBIL D¹, GOPAR NIETO R¹, ARIAS MENDOZA M¹, SIERRA LARA MARTÍNEZ J¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

Introducción: En el infarto agudo de miocardio (IAM), las mujeres enfrentan desenlaces menos favorables que los hombres, particularmente en países en desarrollo. A pesar de que las diferencias inherentes al sexo en el desarrollo del IAM sean bien conocidas, esta población ha sido infrarepresentada en la literatura. **Objetivo:** Evaluar la diferencia en tiempos de atención y estancia intrahospitalaria en pacientes hombres versus mujeres con IAM en México. **Material y Métodos:** Realizamos un análisis prospectivo con 459 pacientes de 4 centros ICP en México, con el diagnóstico de IAM de mayo a diciembre del 2023. Se separaron en dos grupos dependiendo del sexo. Se analizaron características basales con Chi cuadrada, T-test y Mann-Whitney-Wilcoxon, según su naturaleza. Se evaluaron diferencias y razón de momios en los tiempos de atención, tratamiento y estancia intrahospitalaria usando Chi cuadrada y regresión logística. **Resultados:** La edad promedio fue 60.7 años, siendo los hombres más jóvenes que las mujeres. (59.7 vs 64.6, p=0.0003). Las comorbilidades más frecuentes fueron el antecedente de tabaquismo (53.6%), obesidad (49.2%) e hipertensión (49%). El tabaquismo fue más común en hombres (59.6% vs 31.6%, p=0.000) y la hipertensión en mujeres (45.5% vs 62.2%, p=0.003). No se encontraron diferencias en los síntomas de presentación o complicaciones. Los hombres presentaron más IAMCEST que las mujeres (68.7% vs 66.1%, p=0.02). Se encontró mayor riesgo en mujeres a presentar los siguientes tiempos de atención prolongados: inicio de síntomas (IDS) - primer contacto médico (RM 1.77, IC 95% 1.11 - 2.83; p=0.016), IDS-puerta (RM 1.82, IC 95% 1.13 - 2.92; p=0.013), y puerta-ECG (RM 1.66, IC 95% 1.02 - 2.7; p=0.041). Las mujeres presentaron menor probabilidad de ser tratadas con ACTP (RM 0.54, IC 95% 0.34 - 0.86; p=0.010), principalmente en IAMCEST (RM 0.58, IC 95% 0.36 - 0.93; p=0.026). Tanto la estancia en la unidad coronaria (RM 2.07, IC 95% 1.2 - 3.58; p=0.009) como intrahospitalaria total (RM 1.96, IC 95% 1.2 - 3.19; p=0.007) estuvo prolongada en mujeres. **Conclusiones:** Nuestro estudio sugiere que, en México, ser mujer constituye un factor de riesgo para recibir una atención deficiente en el contexto del IAM. Las mujeres experimentaron retrasos en la referencia y diagnóstico del infarto, menor utilización de terapia intervencionista y estancias hospitalarias más prolongadas. Es posible que un sesgo de género influya en el retraso asociado al paciente, manejo médico y al sistema, y represente un área de oportunidad para mejorar los sistemas de atención del IAM en México.

70

CARDIONEUROABLACIÓN: UNTRATAMIENTO EFECTIVO PARA SÍNCOPE POR BRADICARDIA EXTREMA CARDIOINHIBITIVA Y BLOQUEO AURICULOVENTRICULARMONTERO FARÍAS D¹, CARRIÓN RUIZ B¹, MANTILLA AZUERO C¹, HALLON RODRIGUEZ L¹, MEDINA CAMPOZANO O¹¹HOSPITAL DE ESPECIALIDADES ALFREDO G. PAULSON

Antecedentes: La modulación autónoma del corazón ha sido estudiada en diferentes condiciones desde insuficiencia cardíaca, arritmias cardíacas. La cardioneuroablación (CNA) nació como alternativa frente a síncope neuromediado (SNM). El tratamiento del SNM es un desafío incluyendo: cambios de estilos de vida, medicamentos, muchas veces con resultados desalentadores, la colocación de marcapaso aunque inicialmente efectivo presentan efectos secundarios indeseables. La CNA ha demostrado en diferentes reportes, que la ablación de los plexos ganglionares (PG) cardíacos cuyo principal neurotransmisor es la acetilcolina (que produce enlentecimiento de la frecuencia cardíaca), aumentan la frecuencia cardíaca (FC), la conducción auriculoventricular y contractibilidad cardíaca. **Descripción del caso:** Masculino 20 años sin antecedentes, deportista, desde hace dos meses presenta disnea y síncope, holter reporta bradicardia extrema (30 lpm), se realiza estudio electrofisiológico observando: Conducción suprahisiana e infrahisiana normal. En test de atropina presenta repuesta positiva a la inhibición vagal llegando a FC máxima de 160 sin trastornos de la conducción. Se decide cardioneuroablación Al estimular a nivel de vena yugular interna derecha (técnica de Pachon) se produce pausa de 6 seg (evidencia de la hipertonía vagal END POINT). Mediante navegación 3D, realizamos mapa auricular izquierda y fragmentación de los electrogramas auriculares, ubicamos ganglios del nervio vago a nivel del septum interauricular, realizamos topoestimulación a nivel los puntos marcados como ganglios del nervio vago a nivel del septum interauricular y ubicar el nervio FRENICO, aplicamos radiofrecuencia 30 watts, 40 grados con el cateter de radiofrecuencia de los ganglios vagales de venas pulmonares superior e inferior derecha logrando que la frecuencia cardíaca basal de 60 pase a 95 lpm. **Discusión:** La CNA es una técnica efectiva frente al SNM, por la gran densidad de inervación vagal a nivel de la pared posterior de la aurícula izquierda en la unión con la vena pulmonar (también tratadas en FA). Pachón. Et al 2005 mostro resultados de denervación vagal exitosa. En nuestro país y latinoamérica, es una técnica en creciente aumento que tiene poco tiempo de aplicación con escasos reportes de caso. En nuestro paciente un deportista de alto rendimiento la bradicardia extrema vagal que ocasionaba síncope fue solucionada con este método. En la guía American Heart Association del 2017, la CNA debido a escasa evidencia en tratamiento de pacientes con síncope vasovagal no lo recomienda de manera sistemática, la mayoría de evidencia actual es a corto plazo y observacional, aunque es un terapéutica prometedora requiere un desarrollo protocolizado y evaluación sistemática.

172

EL ENIGMA MÁS ALLÁ DE LA DISNEA

SÁNCHEZ PAZ Y¹, CARPIO GUTIERREZ A¹, CARDENAS LEVAU L¹, TORRES VEGA F¹¹HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYSA

Antecedentes: La Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria (THH) es una alteración displásica multisistémica autosómica dominante, prevalencia 1 en 10 mil habitantes. Las manifestaciones clínicas son resultado de las telangiectasias y malformaciones arteriovenosas (MAV) como falla cardíaca, alteraciones hepáticas y émbolos sistémicos. El Objetivo es determinar la importancia de la tomográfica cardíaca en el diagnóstico precoz para prevenir las complicaciones. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 40 años con antecedente de epistaxis y poliposis juvenil. Presento dolor torácico de moderada intensidad asociado a disnea Clase Funcional II. Ingreso a emergencia por disnea Clase Funcional IV. Al examen físico presento saturación 99% en decúbito dorsal y descenso a 90% en bipedestación, telangiectasias en piel y mucosas, hipocratismo digital y soplo sistólico multifocal III/VI. La analítica evidencio hemoglobina 3gr/dl. En la radiografía de tórax, se observó imagen radiopaca de borde definidos en tercio inferior de hemitórax izquierdo, cardiomegalia y tronco de arteria pulmonar prominente. La Ecocardiografía evidencio Gasto cardíaca 9 l/min, DIVI 6.4 cm, test de burbuja positivo al cuarto latido y acinesia inferior basal y medial. Tomografía cardíaca con reconstrucción 3D presentó MAV pulmonares múltiples, la de mayor tamaño de 37x30mm en el segmento latero basal izquierda, vaso aferente de 6x6mm y vaso eferente 11x11mm y otras cuatro de menor tamaño. La tomografía abdominal evidencio múltiples malformaciones hepáticas. Se diagnóstico insuficiencia cardíaca descompensada de alto gasto, HHT asociado a síndrome de poliposis juvenil con malformaciones pulmonares y hepáticas, anemia severa microcítica e hipocrómica y aneurisma de cara inferior por posible embolismo coronario. **Discusión:** El síndrome platipnea-ortodesoxia, es la aparición de disnea e hipoxemia en bipedestación con mejoría en posición decúbito supino. Causada por alteración pulmonar o cardíaca. Los shunts intracardiacos corresponden al 70%, como comunicación Interatrial, foramen oval y mixoma, causas que se descartaron en la ecocardiografía. Los shunts pulmonares, según etiología se dividen en tres grupos: vasculares, parenquimatosos y obstructivos. Estos dos últimos, fueron descartadas con estudio tomográfico pulmonar sin contraste. Los criterios de Curazao, se caracteriza por epistaxis intermitente, telangiectasias, MAV pulmonar, hepático. En este caso, junto con los hallazgos de imágenes ecocardiográficos y tomografía cardíaca define el HHT asociada al síndrome de poliposis juvenil (síndrome combinado) subtipo 3. Las imágenes tomográficas desempeñan un papel fundamental en el diagnóstico y tratamiento de las malformaciones; ya que, brinda el número, localización y trayecto. El manejo es multidisciplinario, se planteó tratamiento endovascular y manejo de falla cardíaca por el alto riesgo de embolia paradójica.

136

PERFORMANCE OF THE 2020 ACC/AHA AND 2023 ESC RISK STRATIFICATION SCALES FOR PRIMARY PREVENTION OF SUDDEN CARDIAC DEATH IN A LATIN AMERICAN POPULATION WITH HYPERTROPHIC CARDIOMYOPATHY: A RETROSPECTIVE COHORT STUDY

CASILLAS MUÑOZ J¹, CONTRERAS CASTILLO P¹, SANCHEZ CONTRERAS C¹, BAZBAZ MIZRAHI A¹, MANZANAREZ BARRERA J¹, NAVA TOWNSEND S¹, MARQUEZ MURILLO M¹¹DEPARTAMENTO DE ELECTROFISIOLOGÍA, INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA

Background: Identifying patients with hypertrophic cardiomyopathy (HCM) who are at high risk of sudden cardiac death (SCD) is essential for managing this condition. The American Heart Association/American College of Cardiology (AHA/ACC) and European Society of Cardiology (ESC) guidelines help assess and stratify the risk of determining which patients would benefit from primary prevention with an implantable cardioverter-defibrillator (ICD). **Objective:** The study aims to evaluate the performance of the 2020 AHA/ACC and 2023 ESC risk stratification scales (AHA/ACC-rss; ESC-rss) for the primary prevention of SCD in Latin-American patients diagnosed with HCM. **Material and methods:** A retrospective cohort of HCM from a single-center was analyzed. The inclusion criteria were individuals aged 16 years or older, without a history of SCD, and who had not undergone any treatment such as myectomy or septal ablation with alcohol. The primary outcome was the identification of SCD or an equivalent event (successful resuscitation after cardiac arrest or appropriate therapy from the ICD). **Results:** One hundred twenty patients were included (mean age 46.2 years old) and the mean follow-up duration was 61.1 months. From the total sample, 10 patients (8.3%) experienced an equivalent SCD event; 7 patients (5.8%) were ICD-protected, and 3 (2.5%) required external defibrillation. The ESC-rss showed a greater area under the ROC curve (AUC, 0.79; 95% CI 0.62-0.94 vs AUC, 0.63; 95% CI 0.49-0.78) and specificity (85%; 95% CI 63-92 vs 51%; 95% CI 37.3-64.5). Sensitivity was similar between both scales (AHA/ACC-rss: 77%; 95% CI 50-100 vs ESC-rss: 73%; 95% CI 43-100). Remarkably, 2.5% of the patients who experienced an equivalent of SCD were incorrectly identified as low-risk individuals by either the AHA/ACC-rss, ESC-rss, or both. **Conclusion:** The SCD risk stratification recommended by the ESC-rss demonstrated a more effective identification of Latin American patients with HCM for ICD placement because the area under the curve was more significant than those of the AHA/ACC-rss. This single-center study highlights the need for a multicenter prospective study in Latin America.

280

PREVALENCE OF CARDIOVASCULAR EVENTS IN ONCOLOGICAL PATIENTS: INSIGHTS FROM A LATIN AMERICAN CARDIOVASCULAR CENTER

AMARO PALOMO E¹, ANTONIO VILLAN¹, PORRAS SÁNCHEZ P¹, LATAPI RUÍZ ESPARZAX¹, HERNÁNDEZ PASTRANA S¹, DÍAZ HERRERA A¹, GONZÁLEZ MACEDO E¹, SANTIAGO HERNÁNDEZ A¹, ARAIZA GARAYGORDOBI D¹, SIERRA LARA MARTÍNEZ D¹

¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

Background: Cardiovascular disease (CVD) and cancer have been the two main causes of death worldwide. While oncologic contemporary therapeutic interventions have helped to improve prognosis, they could lead to an increase in cardiovascular morbidity. This has become a major concern, because the main cause of death in cancer survivors are CVD. **Objectives:** To determine if there are differences in the clinical presentation of cardiovascular events among cancer survivors, based on oncological diagnosis, categorized as hematological malignancies or solid tumors. **Material and methods:** We analyzed data related to all adult oncological patients who experienced their first major cardiovascular event (MCE) defined as acute coronary syndrome, pericardial disease, myocardial dysfunction, valvular heart disease and cerebrovascular event, and were referred to our center between 2010 and 2022. The patients were divided into two groups, those with hematological cancer and those with solid tumors, who had previously undergone with oncological treatment. We used a Pearson's chi-squared test to assess differences among categorical variables and a Wilcoxon rank sum test to evaluate differences in continuous parameters. **Results:** Out of 230 oncological patients who were referred to our institute, we exclude patients who did not presented a MCE and those who had two or more overlapping MCE, so we identified 85 (median age: 67 [IQR:55-80], women: 52%) patients who experienced any MCE, comprising 72 (84.7%) with solid tumors and 13 (15.3%) with hematological cancer. The clinical and biochemical characteristics were similar among both groups (Table 1). The prevalence of the first MCE among groups did not exhibit significant differences (Figure 1). However, a trend towards myocardial dysfunction was observed in patients with hematological cancer compared those patients with solid tumors (23% vs 5.6%, p=0.069). **Conclusion:** A trend to a higher rate of myocardial dysfunction was observed among patients with hematological cancers, which could be attributed to higher doses of cardiotoxic chemotherapy used in these cases. However, due to the heterogeneity of the population, further analysis with a larger sample size is still needed.

284

INTERACCIÓN ENTRE LAS COMORBILIDADES, VARIABLES DE FUNCIÓN VENTRICULAR, EDAD Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE YECCIÓN PRESERVADA EN EL REGISTRO ARGENTINO ARFEY-PRESER

NUÑEZ C², LEMA L³, POY C⁴, LOBO MARQUEZ L⁵, BOTELLI V, CORONEL M⁷, CURSACK G⁸, ECHAZARRETA D, MORIS C⁹, PERNA E⁷

¹CENTROMÉDICO CAPITAL, ²CENTROMÉDICO EL CASTAÑO, ³INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA DE CÓRDOBA, ⁴SANATORIO DEL PARQUE, ⁵INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA DE TUCUMÁN, ⁶CARDIOMED, ⁷INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA DE TUCUMÁN, ⁸SANATORIO ESPERANZA SANTAFE, ⁹CENTRO INTEGRAL DE ARRITMIAS DE TUCUMÁN

Introducción: La insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (ICFEP) se asocia frecuente a diferentes comorbilidades y su relación con la edad y modalidad de tratamiento farmacológico ha sido poco evaluado. **Objetivo:** Comparar la presencia de comorbilidades y parámetros de función ventricular en pacientes con ICFEP según grupos etáreos y su tratamiento farmacológico. **Material y métodos:** El registro multicéntrico prospectivo AR-FEY-PRESER incluyó pacientes consecutivos, ambulatorios o al momento del alta hospitalaria, con diagnóstico de ICFEP entre diciembre/2022 y febrero/2024. La población se clasificó en cuartiles de edad: C1: ≤66, C2: 67 a 73, C3: 74 a 79 y C4: ≥80 años. **Resultados:** Se incluyeron 446 pacientes, edad media 73,2 años. La prevalencia de comorbilidades en los cuartiles C1 a 4 fue diabetes: 58,2%; 62,8%; 57,1% y 52,6% (p=NS); ACV previo 5,5%, 12,4%, 16,1% y 7,9% (p=0,047); apnea de sueño 17,3%; 16,8%; 8,9% y 2,6% (p<0,001); fragilidad: 3,6%; 12,4%; 13,4% y 26,3% (p<0,001); serología positiva para Chagas: 6,4%; 6,2%; 2,7% y 0% (p=0,034); fibrilación/aleteo auricular: 25,5%; 42,5%; 42,9% y 51,8% (p=0,001); tabaquismo: 37,3%; 45,1%; 31,3% y 19,3% (p=0,001), respectivamente. Las características de la población incluida para cada grupo fueron: HTA: 85,5%, 90,3%, 96,4%, 81,6% (p<0,004); IMC: 33,9±8,7, 31,3±5,8, 30,5±5,3, 28,0±5,0 (p<0,001); DDVI: 50,40±6,09 mm, 49,18±5,43 mm, 48,86±6,09 mm, 46,95±5,84 mm (p<0,001); 31,08±5,95 mm, 32,07±6,19 mm, 30,67±6,57 mm, (p> 0,009); PSAP: 33,68±13,78 mm Hg, 38,52±13,79 mm Hg, 38,94±12,4 mm Hg, 42,93±15,3 mm Hg, (p< 0,001), E/e': 9,1273, 10,9083, 14,0054; 16,2750 (p<0,015). Los niveles de BNP y NTproBNP fueron 495±1255 pg/ml y 1951±3785, sin diferencias entre cuartiles de edad, al igual que la proporción en CF 3-4. En el caso del tratamiento farmacológico: diuréticos en 80,9%; 82,3%; 84,8% y 83,3% (p=NS); BRA: 52,7%; 66,4%; 64,3% y 51,8% (p=0,044); antagonistas del receptor mineralocorticoideo: 42,7%; 38,1%; 47,3% y 43% (p=NS); ARNI: 3,6%; 3,5%; 3,6% y 2,6% (p=NS); gliflozinas: 34,5%; 32,7%; 39,3% y 43% (p=NS); metformina: 29,1%; 31%; 27,7% y 14% (p=0,013); insulina: 6,4%; 15%; 7,1% y 1,8% (p: 0,02); sistema de inhibición del SRAA: 89,9%, 88,5%, 88,4%, 67,5% (p: 0,001); Beta Bloqueantes: 80%, 85%, 83,9%, 71,9% (p: 0,058). **Conclusiones:** La presencia de ICFEP según grupos etáreos, las comorbilidades, tamaño del VI e hipertensión pulmonar; la clase funcional, FEVI y péptidos natriuréticos, fue similar. El abordaje farmacológico tampoco presentó influencias en el uso de drogas recomendadas como gliflozinas, ARM y ARNI. Por el contrario, fármacos para fenotipos específicos varían según el grupo etareo.

88

FÍSTULA CORONARIA SIMULANDO MASA INTRACARDIACAARENAS FABBRI V¹, CHUMBES AGUIRRE D¹, PATRÓN CHI S¹, GARCÍA MONTES J¹, MELÉNDEZ RAMÍREZ G¹, MEAVE GONZÁLEZ A¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA "IGNACIO CHÁVEZ"

Antecedentes: Las fístulas coronarias son anomalías poco frecuentes que representan el 0.3% de todas las cardiopatías congénitas. Éstas resultan de comunicaciones anormales entre las arterias coronarias epicárdicas y otras estructuras vasculares o cámaras cardiacas, lo que altera la hemodinámica normal del árbol coronario. Si bien la mayoría de ellas son hallazgos incidentales, en casos como el expuesto a continuación pueden ser causantes de sintomatología. **Descripción del caso:** Mujer de 44 años sin antecedentes de relevancia que inicia su padecimiento 5 años previos al presentar palpitaciones. Acude con cardiólogo externo quien solicita holter que reporta taquicardia atrial paroxística, la cual incrementa en frecuencia y duración a pesar de tratamiento médico, se realiza ecocardiograma que reporta dilatación biauricular, por lo que se solicita resonancia magnética. Resonancia magnética cardiaca en protocolo de perfusión que revela: Tronco coronario izquierdo dilatado de 14 x 15 mm, seguido fístula con trayecto retroaórtico que cruza el septum interatrial y drena en el atrio derecho en donde forma un aneurisma de 26 x 39 x 36 mm que simula masa intracardiaca. Dilatación biauricular y del tronco pulmonar con adecuada función sistólica biventricular. Se comenta con el servicio de cardiología intervencionista en cardiopatías congénitas quienes realizan cateterismo con los siguientes hallazgos: Aortografía que evidencia origen habitual de arterias coronarias, se cánula y realiza angiografía selectiva del tronco coronario izquierdo el cual se observa aneurismático con opacificación del atrio derecho a través de fístula coronaria la cual presenta dilatación a su llegada al atrio derecha. Se atraviesa fístula por vía venosa y se despliega dispositivo vascular pulg de 16 mm logrando oclusión exitosa de la fístula, sin evidencia de cortocircuito residual. Coronaria izquierda libre de obstrucción. La paciente es egresada el día siguiente sin complicaciones. **Discusión:** Las fístulas coronarias suelen presentarse con manifestaciones clínicas secundarias a isquemia por robo coronario o hiperflujo pulmonar, ocasionando: angina, deterioro en la clase funcional o soplos. Usualmente durante el abordaje diagnóstico por dicha sintomatología, estas anomalías son sospechadas tras la realización de un ecocardiograma para posterior confirmación con angiotomografía coronaria. En este caso, debido a una presentación clínica poco habitual caracterizada por trastorno del ritmo refractario a tratamiento, se solicita resonancia magnética (RM) la cual debido a su menor resolución espacial no suele ser el estudio indicado para la valoración de la anatomía coronaria. Sin embargo, apoyándonos en las fortalezas de la RM, logramos descartar la presencia de una tumoración intracardiaca, definir la anatomía de esta anomalía coronaria, así como su comportamiento hemodinámico, lo cual resultó valioso para la planeación de la intervención.

101

DISCRIMINACIÓN DEL REAL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA MUJER: FACTORES SUB-ESTIMADOS Y SU RELACIÓN CON LA RIGIDEZ ARTERIALGHELFI A^{1,2}, DEL SUELDO M³, STAFFIERI G⁴, MIRANDA G³, QUINTANA R¹, LASSUS M¹, PASSARINO F¹, MAMPRIN D'ANDREA R¹, BERBOTTO G¹, GALÍNDEZ J¹¹HOSPITAL ESCUELA EVAPERON, ²UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA, CENTRO DE ALTO ESTUDIO EN CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD, ³CENTRO DE SALUD Y REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR, ⁴GRUPO OROÑO - SANATORIO PARQUE

Introducción: La estratificación tradicional del riesgo cardiovascular (RCV) no considera la presencia de modificadores del riesgo CV (MRCV). Las mujeres presentan factores de RCV únicos y emergentes sub-reconocidos que pueden conducir al desarrollo de lesiones vasculares subclínicas como la rigidez arterial (RA). La RA se asocia con eventos cardiovasculares a largo plazo y puede determinarse mediante la velocidad de la onda del pulso carotídeo-femoral (VOP-cf). **Objetivos:** Determinar la VOP-cf en mujeres con bajo RCV en presencia de un MRCV. Comparar sus parámetros con un grupo control sano. **Materiales y métodos:** Estudio transversal multicéntrico, realizado en 2023 en Argentina. Grupo 1: incluyó mujeres entre 18-59 años, con presión arterial <140/90 mmHg y RCV <5% calculado a 10 años utilizando la Calculadora de la OMS para las Américas en población argentina, que presentaron al menos un MRCV: antecedente de hipertensión gestacional o preeclampsia; tratamiento oncológico previo con entidad en remisión completa; enfermedad reumática autoinmune en remisión clínica; enfermedad hematológica autoinmune; historial de aborto o partos prematuros; menopausia o menarquía precoz; trastorno de ansiedad o depresión. Grupo 2: mujeres sanas que acudieron a control de rutina. Se realizó muestreo consecutivo. Se definió RA si la VOP-cf excedía el límite superior del intervalo de confianza 95% (IC95%) para población argentina sana. La VOP-cf se midió utilizando Aortic. Se procesaron los datos con SPSS.v28. **Resultados y conclusiones:** Se incluyeron 199 mujeres: Grupo 1 (n=119) y Grupo 2 (n=80). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en cuanto a edad, peso, altura, índice de masa corporal y frecuencia cardíaca. (Tabla 1). El Grupo 1 incluyó: enfermedad reumática autoinmune (47.1%), antecedentes de hipertensión gestacional o preeclampsia (41.2%), tratamiento oncológico previo (4.2%), enfermedad hematológica autoinmune con antecedentes de abortos (4.2%), menopausia o menarquía tempranas (2.5%) y depresión (0.8%). Las mujeres con MRCV mostraron mayor VOP-cf: 6.89±1.08 vs. 5.56±0.65 (p<0,0001) y mayor frecuencia de RA (57.1% vs. 2.5%; p<0,0001). (Tabla 2). Los MRCV relacionados con RA fueron: hipertensión gestacional/preeclampsia (OR=6.58; IC95%=3.29-13.1; p<0,0001); tratamiento oncológico previo (OR=2.98; IC95%=2.44-3.63; p<0,0001), enfermedad reumática autoinmune (OR=1.56; IC95%=1.03-3.60; p=0,035). Se realizó análisis multivariado ajustado por edad mediante regresión logística, para investigar la persistencia de variables en asociación con RA. Sólo la presencia de un MRCV permaneció significativa (p<0,0001) y no presión arterial sistólica (p=0,795) o diastólica (p=0,059). Se concluye que las mujeres con un MRCV evaluadas mostraron mayor VOP-cf, y que 6 de cada 10 de ellas ya presentaba parámetros de RA.

145

DIAGNÓSTICO ETIOLOGICO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA: LA IMPORTANCIA DE ENTENDER LA CAUSAATAMAÑUK A¹, SANTUCCI J¹, ORTUÑO E¹, MELCHIORI R¹, MORALES C², MARTINO E¹, BARATTA S¹¹HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL, ²UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Antecedentes: La Hipertensión Pulmonar del grupo 2 se caracteriza por presentar un corazón izquierdo afectado. A menudo el diagnóstico etiológico de la causa no suele hallarse o no es tenido en cuenta en su magnitud.

Descripción del caso: Paciente masculino de 79 años, derivado por hallazgo ecocardiográfico de Hipertensión Pulmonar. Antecedentes de HTA, FA crónica y dolor crónico de miembros inferiores. En la primer visita se constata disnea den CF 2 y leves edemas en tobillos. Presenta análisis de laboratorio con elevación de biomarcadores (NT-proBNP 2575pg/ml, TroponinaUS 35pg/ml). Presentó ECG con hipovoltaje en derivaciones de los miembros y mala progresión de onda R en precordiales. Teleradiografía de tórax aumento de las ramas pulmonares. Ecocardiograma: VI no dilatado con buena FE, AI 25,5cm², VD con dilatación leve y AD 26cm², PSAP 45mmHg, Strain VI -13%, disfunción diastólica tipo II y signo de bandera de Japón (imagen 1). En una segunda visita, el paciente acude con su hija quien al interrogatorio dirigido refiere parecer Hemocromatosis siendo homocigota para la mutación C282Y. Al reinterrogar al paciente, se arriba al diagnóstico genético de heterocigota para las mutaciones H63D y C282Y. Debido a los datos obtenidos se decide estudio conjunto para Amiloidosis cardíaca y Hemocromatosis. Perfil férrico: Ferritina 754ng/ml y Sat Tf 60% (elevadas ambas). SPECT miocárdico con fosfonatos: Perugini 3 (Imagen 1 2). Cadenas livianas libres: Kappa 87,52mg/ml (elevada), Lambda 27,05, Relación K/L 3,23 (elevada). Al tener datos positivos para ambas patologías se decide realizar estudio de médula ósea con resultado negativo para clones. Se realiza CardioRMN: realce tardío positivo de gadolínico y dificultad para anular el miocardio. Posible amiloidosis. Secuencia T2 estrella normal (Imagen 2). Frente a la coexistencia de datos para dos patologías se decidió realizar biopsia endomiocárdica. Resultado: Técnica de Rojo Congo positiva. Inmunohistoquímica Kappa 2-3/3 y Lambda 1/3 (significado incierto). Técnica de Perls negativa para depósito de hierro. Frente al diagnóstico de Amiloidosis cardíaca se solicitó nuevo estudio genético: se encontró una variante heterocigota p.Gly26Ser c.76G>A.

Diagnóstico definitivo:

- 1-Hipertensión Pulmonar Grupo 2.
- 2-Amiloidosis Cardíaca tipo salvaje (por variante génica benigna).
- 3-MGUS
- 4-Hemocromatosis Heredofamiliar Tipo 1 asintomático.

Discusión: El estudio de la causa de falla diastólica del VI en la HP suele no ser tenido en cuenta, de ahí la importancia que reviste el presente caso clínico. Agrega a esto: la coexistencia de una segunda patología como la hemocromatosis. No existen reportes de pacientes con ambas entidades y mucho menos con tanta variedad de mutaciones genéticas.

198

RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE GRAVEDAD DE LA PSORIASIS UNGUEAL Y SEIS CALCULADORAS DE RIESGO CARDIOVASCULARELIZONDO BENÍTEZ M¹, COLUNGAPEDRAZA I¹, GALARZADELGADO D¹, AZPIRILÓPEZ J², CÁRDENAS DE LA GARZA J¹, ARVIZU RIVERA R¹, GUAJARDOALDACO A¹, GÓNZALEZ GÓNZALEZ V¹¹DEPARTAMENTO DEREUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ", UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN, ²DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ", UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**INTRODUCCIÓN**

La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad crónica, inflamatoria e inmunomediada que afecta hasta al 30% de los pacientes con psoriasis (PsO). La afectación ungueal afecta al 80% de los pacientes con APs y al 30%-50% de los pacientes con PsO. La afectación de las uñas en pacientes con PsO se ha asociado con una mayor prevalencia de síndrome metabólico, mayor riesgo de insuficiencia cardíaca y mayor riesgo cardiovascular (RCV) en general. **Objetivo:** Determinar la relación entre el índice de gravedad de la psoriasis ungueal (NAPSI) y el riesgo cardiovascular evaluado mediante seis calculadoras de riesgo cardiovascular. **Material y métodos:** Estudio transversal, observacional y comparativo de pacientes con APs que cumplieron con los criterios de clasificación CASPAR 2006, de 18 años o más. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de síndromes superpuestos, antecedentes de eventos cardiovasculares mayores (infarto de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia cardíaca) y personas embarazadas. El NAPSI se obtuvo mediante examen físico. El RCV de cada paciente se evaluó mediante seis algoritmos de RCV diferentes, que incluyen: puntuación de riesgo de Framingham lípidos, índice de masa corporal FRS, algoritmo de riesgo del Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Americana del Corazón, SCORE, QRISK3 y Puntuación de riesgo de Reynolds. La distribución del grupo se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las comparaciones se realizaron mediante la prueba de chi-cuadrado, la prueba T-Student y la prueba de Kruskal Wallis, respectivamente. La correlación se realizó mediante rho de Spearman. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p \leq 0.05$. **Resultados y conclusiones:** Se incluyeron 85 pacientes con APs, en su mayoría mujeres (55.2%), con una edad media de 55.9 ± 8.14 años. La comorbilidad cardiovascular más prevalente fue la dislipidemia (44.7%). Hubo diferencia estadísticamente significativa en el DAS28PCR entre los grupos (2.33 ± 1.0 vs 2.99 ± 1.5 , $p=0.021$), DAPSA ($p=0.016$), PASI ($p=0.013$) y valor de SCORE (1.0 (0.0-2.0) vs 1.5 (1-3), $p=0.023$) (Tabla 1). Se encontró una correlación positiva entre NAPSI y la edad (r de Pearson= 0.213 , $p=0.025$) y SCORE (r de Spearman= 0.321 , $p=0.001$) (Figura 1). La afectación ungueal en la APs es un signo clínico a menudo subestimado por los médicos. Los médicos deben prestar atención a los cambios en las uñas lo antes posible, ya que son una ayuda importante para determinar el estado de la enfermedad y la salud cardiovascular de nuestros pacientes.

386

PARO CARDIACO NO FATAL DESENCADENADO POR RELACIONES SEXUALES EN PACIENTE CON TAQUICARDIA VENTRICULAR POLIMÓRFICA CATECOLAMINÉRGICAMEZA AQUINO M¹, TERRAZAS CERVANTES E¹, TORRES PINEDA C¹, NAVA TOWNSEND S¹, MARQUEZ MURILLO M¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHAVEZ

Antecedentes: La taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC) es una enfermedad hereditaria caracterizada por arritmias ventriculares desencadenadas por estrés emocional o físico, en pacientes con corazón estructuralmente normal. Presentamos el caso de una paciente que presenta Sincope arrítmico durante el acto sexual y en el abordaje se determina el diagnóstico de TVPC. **Descripción el caso:** Paciente mujer de 48 años con antecedentes de episodios de lipotimia con el esfuerzo físico, presenta hemiparesia derecha por lo que es llevada a urgencias donde se documenta ritmo de escape de la unión a 40 lpm, Bigeminismo Ventricular y un episodio de Taquicardia Bidireccional no sostenida (figura 1), por bradicardia e inestabilidad hemodinámica se coloca marcapasos temporal, posteriormente Se realizó tomografía cerebral donde se evidenció un infarto de territorio de arteria cerebral anterior subagudo, la Ecocardiografía informa, función de ambos ventrículos conservada, dilatación leve de ambas aurículas y sin valvulopatías significativas. Durante su hospitalización evoluciona favorablemente. Se realiza implante de marcapaso definitivo y se egresa a domicilio. Cuatro meses después acude a urgencias por pérdida de conciencia, de dos minutos de duración, mientras tenía relaciones sexuales, en el interrogatorio del marcapasos se observa evento de taquicardia ventricular (Figura 2A), se decide realizar prueba de esfuerzo con protocolo Bruce en busca de desencadenar la taquicardia, donde se observan extrasístoles ventriculares en la Etapa 1 que progresan a Bigeminismos, dupletas Bidireccionales y taquicardia Ventricular polimórfica no sostenida en la Etapa 2 (Figura 2B), por todo esto se plantea diagnóstico de Taquicardia Ventricular Polimórfica Catecolaminérgica, se realiza prueba genética con resultado de variante patogénica en el receptor de rianodina RYR2, se decidió inicio de propanolol 40 mg cada 6 horas y seguimiento con pruebas de esfuerzo, actualmente la paciente se encuentra en seguimiento y no ha vuelto a presentar nuevos episodios de taquicardia ventricular. **Discusión:** La TVPC es un trastorno hereditario poco común (1:10, 000) pero altamente letal, las manifestaciones clínicas generalmente aparecen en la primera década de la vida, reportándose algunos casos después de los 40 años, como sucede con nuestra paciente, las dos mutaciones genéticas principales son las que codifican el receptor de Rianodina (RyR2) y de calsequestrina (CASQ2). La Ergometría es la prueba diagnóstica mas importante en la que se pueden observar extrasístoles ventriculares que progresan a Bigeminismos, taquicardia bidireccional y taquicardia ventricular polimórfica. La liberación de catecolaminas inducida por el acto sexual es desencadenante inusual a tener en cuenta en estos pacientes.

307

SISTEMATIZACIÓN DE ASPECTOS ORGANIZACIONALES EN CARDIO-ONCOLOGÍA: UNA ENCUESTA PRELIMINAR (SONCO)GONZALEZ SANCHEZ D¹, CHUQUIURE-VALENZUELA E², RAMIREZ-CISNEROSA A¹, NARVAEZ-PALIZA J¹, CHUQUIURE-GIL M³, RUIZ MORI C⁴, VILLARREAL-GARZAC¹¹TECNOLOGICO DE MONTERREY, ²INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ, ³MÉDICASUR, ⁴DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Introducción: Las complicaciones cardiovasculares son causa importante de morbimortalidad en pacientes oncológicos. No existe consenso en pautas internacionales de cardiología oncológica. **Objetivos:** Evaluar conocimiento de doctores latinoamericanos sobre prácticas actuales en el manejo de pacientes cardio-oncológicos, y entender diferencias entre cardiólogos y oncólogos. **Materiales y métodos:** Se realizó una encuesta transversal y consecutiva entre personal médico en Latinoamérica, incluyendo cardiólogos, oncólogos, cardio-oncólogos, internistas y residentes. Fue creada en RedCap y distribuida por redes sociales durante diciembre 2023 a febrero 2024. Se analizaron los datos utilizando Excel y SPSS reconociendo un valor $p < 0.025$ como significativo. **Resultados:** Respondieron 135 médicos: 101 cardiólogos (75%), 28 oncólogos (21%), 2 cardio-oncólogos (1%), 4 internistas (3%). La Tabla 1 demuestra características demográficas y laborales. Los oncólogos refirieron seguir a mayor cantidad de pacientes con cardiotoxicidad que los cardiólogos (93% vs. 71%; $p = 0.01$). En cuanto al momento para comenzar el monitoreo cardiaco, los oncólogos refirieron comenzar mayoritariamente antes de iniciar quimioterapia (64%) que los cardiólogos quienes refirieron comenzar la primera semana después del diagnóstico de cáncer (39%) o esperar signos de insuficiencia cardiaca (40%) ($p < 0.0001$). Los oncólogos refirieron mayor uso de ecocardiografía para monitoreo (96% vs. 34%; $p < 0.0001$); y los cardiólogos prefieren utilizar ecocardiografía strain (90% vs. 36%; $p < 0.0001$) y BNP/proBNP (76% vs. 21%; $p < 0.0001$). La Figura 1 demuestra los criterios utilizados para definir cardiotoxicidad. Los cardiólogos refirieron valores menores de FEVI como punto de corte para definir cardiotoxicidad: 41% FEVI < 50 y 54% FEVI < 45 ; comparado con los oncólogos: 17% FEVI < 55 , 67% FEVI < 50 y 17% FEVI < 45 ($p = 0.01$). En cuanto a familiaridad con guías, los cardiólogos reportaron mayor conocimiento de la ESC (49% vs. 21%) y AHA (65% vs. 11%) ($p = 0.01$, $p < 0.0001$, respectivamente); los oncólogos refirieron mayor familiaridad con ESMO (50% vs. 6%; $p < 0.0001$). Los cardiólogos refirieron menor conocimiento sobre efectos cardiológicos de oncoterapia, promedio 42.5 (rango 0-100, DS: 27.4), que los oncólogos, promedio 90 (rango 30-100, DS: 17.9) ($p < 0.0001$). Ambos grupos consideraron el monitoreo cardiaco como una prioridad: cardiólogos (promedio 86) y oncólogos (promedio 90) ($p = 0.1$). **Conclusiones:** A pesar del reconocimiento de la importancia de las complicaciones cardiovasculares derivadas de tratamientos oncológicos, se percibe disparidad en el conocimiento y manejo clínico entre especialidades, posiblemente por falta de homogeneización en guías y protocolos. Proponemos establecer estrategias enfocadas en mejorar el manejo de pacientes cardio-oncológicos.

360

SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO CON RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA EN PACIENTES PREVIAMENTE HOSPITALIZADOS POR COVID-19 GRAVE: MÁS ALLÁ DE LOS 20 MESES POST-ALTA MÉDICACÓRDOBA MELO B¹, MEJÍA-GONZÁLEZ M¹, BARBOSA M¹, ARTEAGA-TOBAR A¹, FLOREZ N¹, GRANADOS N¹, GÓMEZ-MESA J^{1,2}¹FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, ²UNIVERSIDAD ICESI

Introducción: La evolución de la pandemia global de COVID-19 ha desencadenado una variedad de signos y síntomas persistentes en el tiempo, que pueden afectar la calidad de vida y se denominan síndrome post-COVID-19 (SPC-19). El papel de la resonancia magnética nuclear (RMN) en la identificación y caracterización de hallazgos a nivel cardíaco pudiera ayudar a entender la fisiopatología del SPC-19 e implementar terapias oportunas. **Objetivo:** Describir los hallazgos en RMN cardíaca de una cohorte de pacientes con hospitalización previa por COVID-19 y que fueron evaluados después de 2 años luego del egreso hospitalario. **Materiales y métodos:** El Registro Latinoamericano de Enfermedades Cardiovasculares y COVID-19 (CARDIO COVID 19-20) incluyó 3,260 pacientes de 44 instituciones en 14 países. En esta población, después de aproximadamente 2 años de haber sido dados de alta, se realizó un estudio de seguimiento clínico en aquellos pacientes que habían presentado COVID-19 severo (definido como manejo en UCI, alteraciones de biomarcadores o que presentaron complicaciones cardiovasculares durante la hospitalización inicial del Registro CARDIO COVID 19-20. Se realizaron además 2 subestudios opcionales (imágenes cardíacas y paraclínicos). En esta publicación se presentan los resultados del subestudio de RMN cardíaca. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el software R. **Resultados:** 272 pacientes de 7 instituciones de 5 países de Latinoamérica aceptaron participar en la fase de seguimiento, y de estos, 108 pacientes de una sola institución participaron en el subestudio de RMN cardíaca. El 66% eran hombres, con una mediana de edad de 57 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron sobrepeso/obesidad (58%), hipertensión (50%) y dislipidemia (34%). Los síntomas predominantes fueron fatiga (66%), mialgia/artralgia (66%) y disnea (39%). En la RMN cardíaca, la mediana tanto de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) como la FE del ventrículo derecho (FEVD) fue del 58%. El 15.6% presentó realce tardío positivo al gadolinio, principalmente no isquémico. Se detectó edema en el 38.5% en el mapa T2, mayormente focal. Las medianas de valores para mapa T2 y T1 fueron de 50.0 ms y 991 ms, respectivamente, con una mediana de volumen del espacio extracelular del 23%. El derrame pericárdico fue del 1.9%, y se observó dilatación en arterias pulmonares en otro 1.9%. **Conclusión:** En pacientes con antecedente de COVID-19 grave evaluados a largo plazo (más de 24 meses) con RMN cardíaca, se encuentra un porcentaje significativo de alteraciones anatómicas que indican diferentes grados de afectación cardiovascular y que pueden relacionarse con el SPC-19.

408

HIPOPLASIA APICAL AISLADA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDOALFONSO MONTERO O¹, GÓMEZ HERNÁNDEZ A¹, PÉREZ BARREDA A²¹HOSPITAL DE CARDIOLOGÍA, CMN SIGLO XXI, IMSS, ²INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Antecedentes: La hipoplasia apical aislada del ventrículo izquierdo (HAAVI) es una rara entidad, presumiblemente congénita, descrita por primera vez por Fernández-Valls et al. Su presentación clínica es diversa, con síntomas cardíacos inespecíficos, hasta insuficiencia cardíaca izquierda, arritmias e incluso muerte súbita. A pesar de ser potencialmente grave, es difícil de diagnosticar por su rareza y la variabilidad de sus manifestaciones. Identificarla es importante para implementar conductas y tratamientos adecuados. Las características imagenológicas de la HAAVI fueron inicialmente descritas con la ecocardiografía. Actualmente, la RMC y la TC añaden herramientas valiosas para el diagnóstico de esta compleja condición.

Descripción del caso: Paciente femenina de 42 años con antecedentes de asma bronquial, sin ningún antecedente familiar de enfermedad cardíaca prematura. En los dos meses previos a su ingreso, comenzó con disnea de esfuerzo y malestar torácico intermitente. El examen físico no arrojó hallazgos significativos.

Exámenes complementarios

Se realiza electrocardiograma con calibración estándar. Muestra ritmo sinusal, rQ en V1 y V2, anomalías de las ondas T.

Se realizó ecocardiograma transtorácico (ETT) en 2 dimensiones el cual reporta: ventrículo izquierdo (VI) remodelado con ápice engrosado, adelgazamiento del tabique interventricular en los segmentos basal y medio, con aspecto aneurismático (inicialmente interpretado como posible necrosis miocárdica).

Examen de RMC

Se solicitó RMC con escáner de 1,5 T: las imágenes de cine SSFP revelan VI esférico con origen anómalo de los músculos papilares del ápex truncado y depósito de material graso contiguo a la grasa epicárdica en la región del ápex faltante. No se identificaron otras anomalías por RMC. La paciente fue tratada como un caso de miocardiopatía no isquémica con disfunción leve del VI, recibiendo terapia estándar.

Discusión: Las técnicas de imagen en conjunto a la clínica han facilitado la descripción de condiciones desafiantes. La HAAVI es un reto diagnóstico por su similitud con otras patologías como: síndrome de hipoplasia del corazón izquierdo y/o derecho, VI no compacto, miocardiopatía dilatada, fibrosis endomiocárdica del VI, anomalía de Ebstein y aneurismas o divertículos ventriculares. Los hallazgos fenotípicos de HAAVI incluyen:

- Aspecto truncado y esférico del VI
- Depósito de material graso contiguo a la grasa epicárdica en la región del ápex faltante
- Origen anómalo de los músculos papilares del ápex aplanado
- Elongación del VD alrededor del ápex deficiente del VI
- Este caso tiene otro hallazgo poco frecuente: fibrosis intramiocárdica media del TIV (inferior) identificada en imágenes de realce tardío de gadolinio de la RMC

SIAC 2024 – ABSTRACTS ACEPTADOS COMO E-POSTERS

7

CANAL AURICULOVENTRICULAR COMPLETO Y SITUS INVERSUS TOTALIS EN UN ADULTOVALDES MORENO Y¹, SOSA RIVERA O¹, QUEZADA OLMEDO S¹, JIMENEZ GARCIA J¹¹HOSPITAL DE ESPECIALIDADES IMSS BIENESTAR "DR ANTONIO GONZALEZ GUEVARA"

Antecedentes: El canal auriculoventricular completo (CAVC), es una cardiopatía congénita caracterizada por comunicación interauricular, válvula AV común y deficiencia variable de la entrada del tabique ventricular. Tiene incidencia 2 por 10 000 nacidos vivos, se sospecha los primeros meses por falla cardíaca, radiografía con cardiomegalia, ECG con crecimiento auricular y ventricular, el ecocardiograma clasifica anatómicamente. Existe hiperflujo pulmonar, hipertensión arterial pulmonar y posterior síndrome de Eisenmenger. La mitad fallece el primer año y el pronóstico es malo. En 1643, Marco Severino, un cirujano y anatomista italiano describió por primera vez la dextrocardia. Más de un siglo después Matthew Baillie describió el situs inversus totalis. Esta condición congénita está presente en aproximadamente 0.01% de la población y se acompaña de cardiopatía congénita únicamente en el 3-5% de los casos, es más común en hombres, y no influye en la expectativa de vida. **Descripción del caso:** Masculino de 19 años, antecedente de toxicomanías, CAVC y dextrocardia diagnosticado a los 5 años sin manejo quirúrgico, con clase funcional NYHA IV quien acude por descompensación de falla cardíaca por mal apego a tratamiento, encontrándose a su ingreso con taquicardia, cianosis central y periférica, tórax en tonel, impulso apical en sexto espacio intercostal línea media claviclar derecha, ruidos cardíacos rítmicos, soplo holosistólico grado IV, hepatomegalia palpable en hipocondrio izquierdo, hipocratismo digital.

Estudios suplementarios:

Hematocrito 62%, Hemoglobina 21.3gr/dL

Electrocardiograma: Eje -120, crecimiento auricular y ventricular

Radiografía: Dextrocardia y cardiomegalia grado IV

Ecocardiograma: Dextrocardia, CAVC, insuficiencia de la válvula auriculoventricular común severa, ventrículo derecho trabeculado, ventrículo izquierdo rudimentario con comunicación interauricular e interventricular, Fracción de eyección 37%

TAC abdomen: Imagen en espejo que corrobora Situs Inversus Totalis

Discusión: El CAVC es una cardiopatía congénita rara, con una incidencia baja, la cual tiene una expectativa de vida corta en especial en pacientes que no reciben manejo quirúrgico, el cual se realiza entre los 3 y 6 meses de vida. Se presenta un caso de un paciente masculino con diagnóstico de CAVC durante la infancia el cual no recibió manejo quirúrgico y supera la expectativa de vida para la patología. Se presentó con Síndrome de Eisenmenger, y fue diagnosticado además con Situs Inversus Totalis.

218

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA CUMICOR PARA FORTALECER LA COOPERACIÓN AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON FALLA CARDIACA: ECAFONTAL VARGAS P¹¹U CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA UCEVA

Introducción: La falla cardíaca (FC) afecta a más de 23 millones de personas en el mundo. Se ha demostrado que las intervenciones de enfermería mejoran el conocimiento, comportamientos y reingresos hospitalarios. **Objetivo:** Determinar la efectividad de intervención de enfermería para fortalecer la cooperación al tratamiento en pacientes con FC. **Material y métodos:** Estudio pretest y postest cuasiexperimental en una muestra conveniente de 70 pacientes con FC, grupo control (n=35) que recibió atención habitual y grupo experimental (n=35) tuvo la IE. Se utilizaron dos instrumentos: Escala Europea de Autocuidado EHFScB y la nueva escala de cooperación ECOOPFRGv1 previo proceso de validación por expertos. El estudio contó con el aval de comité de ética institucional y consentimiento informado de pacientes. **Resultados:** Se evaluó el efecto de la intervención de enfermería, los hallazgos evidenciaron que existió diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$) en el grupo experimental con respecto a las mediciones obtenidas en el grupo control. **Conclusiones:** Se comprueba la efectividad de la intervención de enfermería para fortalecer la cooperación al tratamiento en los pacientes con FC. Los hallazgos sugieren la importancia de desarrollar programas de educación que se centren en mejorar la cooperación al tratamiento y los comportamientos de gestión del cuidado

19

ARRITMIA POR TORMENTA TIROIDEA NO SOSPECHADA Y AMIODARONA, ¿PUEDE ALGO SALIR MAL?. A PROPÓSITO DE UN CASOARISTIZABAL COLORADO D^{2,3,4}, SIERRA CASTILLO S¹, WEIR RESTREPO D^{1,4}, ABREU LOMBA A^{3,5}¹CES, ²UNIVERSIDAD LIBRE, ³GRUPO INVESTIGACIÓN MEDICINA INTERNA (GIMI1), ⁴CARDIOVASCULAR RESEARCH FOUNDATION, ⁵CARDIOVASCULAR ICC-PROGRAM, RESEARCH INSTITUTE, HOSPITAL DE SANT PAU, IIB SANT PAU, ⁵CLÍNICA IMBANACO

Antecedentes: la tormenta tiroidea es una emergencia médica relacionada con la hiperactividad tiroidea, se caracteriza por su alto riesgo de mortalidad debido a los elevados niveles de hormonas circulantes, que puede llegar a manifestarse como un síndrome de disfunción multiorgánica. Aunque sus causas pueden ser variadas, la tormenta tiroidea inducida por el uso de amiodarona plantea desafíos únicos en su diagnóstico y tratamiento. **Descripción del caso:** presentamos una paciente de 68 años con antecedentes de hipotiroidismo que acudió al servicio de urgencias con fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida, inicialmente tratada con amiodarona, pero la paciente no respondió al manejo, lo que llevó a la realización de una cardioversión eléctrica para restaurar el ritmo sinusal. A pesar de los esfuerzos terapéuticos convencionales, la paciente evolucionó hacia un shock cardiogénico y un fallo multiorgánico con compromiso renal y neurológico. **Discusión:** la tormenta tiroidea puede presentarse como el primer signo de tirotoxicosis en casi la mitad de los casos, y la falta de adherencia al tratamiento y las infecciones se posicionan como las principales causas subyacentes, con una tasa de mortalidad que alcanza el 25%. Más del 60% de los pacientes experimentan complicaciones cardíacas. A través de este caso, exploramos las particularidades en el manejo de la tirotoxicosis desencadenada por la amiodarona, haciendo hincapié en los desafíos en su diagnóstico y ofreciendo una perspectiva para una intervención temprana. Este caso destaca que la amiodarona puede no solo inducir tirotoxicosis, sino también precipitar una tormenta tiroidea.

9

CALIDAD DE VIDA MEDIDA CON EQ-5D- 3L EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIOSIERRA CASTILLO S¹, HENAO RINCÓN M^{1,4}, OROZCO QUINTERO R^{1,2}, ARISTIZABAL COLORADO D³, HOYOS J¹, WEIR RESTREPO D¹¹UNIVERSIDAD CES, ²CLINICA LAS AMÉRICAS, AUNA, ³UNIVERSIDAD LIBRE, CALI., ⁴UNIVERSIDAD DE CARTAGENA, CARTAGENA.

Introducción: A pesar de los esfuerzos en el control de factores de riesgo, los resultados son insuficientes para prevenir la recurrencia de eventos y mejorar la calidad de vida. La adaptación a la actividad física y la rehabilitación cardíaca se han asociado con una menor mortalidad, y la elección de la estrategia de intervención influye en la calidad de vida. **Objetivo:** Determinar los factores que impactan la calidad de vida en pacientes con infarto agudo de miocardio en el servicio de hemodinamia. Es un estudio de tipo cohorte prospectivo, se tomó como muestras pacientes que presentar infarto agudo de miocardio, entre diciembre de 2020 y marzo de 2021. Se recopiló datos y se realizó seguimiento a los 3 y 6 meses posteriores al evento. Se empleó un cuestionario de calidad de vida (EQ-5D-3L) para evaluar la calidad de vida de los pacientes. Luego, se llevaron a cabo análisis estadísticos para identificar posibles asociaciones entre variables relevantes. **Resultados y Conclusiones:** El estudio contó con 49 participantes, de los cuales 36 eran hombres y 13 mujeres, con una edad promedio de 66.8 años. De estos, el 47% tuvo un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, y el 26.5% experimentó un infarto sin elevación del segmento ST o angina inestable. La adherencia al tratamiento ambulatorio se mantuvo constante durante los seguimientos. Al mes 3 la adherencia fue 85.4% y al mes 6 de 85%. Durante el seguimiento a los 3 y 6 meses, la medición de la calidad de vida arrojó una mediana de 80 puntos para el ingreso y seguimiento a tres meses, con una mejoría en el seguimiento a seis meses obteniendo una mediana de 82.5. La ansiedad y depresión tuvo un aumento en el nivel 2. Los resultados del estudio bivariado, la obesidad mostró una asociación significativa con un riesgo aumentado (RR=2.0). Además, la inactividad física se asoció con un riesgo incrementado (RR=2.16) y la calidad de vida en el cuidado personal (nivel 3) no demostró un efecto significativo en los resultados (RR=0.3407). Los resultados de este estudio ponen de manifiesto la importancia de abordar la calidad de vida de los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio. Se observaron mejoras notables en áreas como la movilidad, el cuidado personal y la actividad cotidiana, lo que indica la eficacia de la rehabilitación y el tratamiento médico en estos aspectos.

59

FUGA PARAVALVULAR AÓRTICA TARDÍA NO RELACIONADA A INFECCIÓN

NAVARRETE SANCHEZ V1, ROMERO ZERTUCHE D1, RODRÍGUEZ GUZMÁN G1

1UMAE HOSPITAL DE CARDIOLOGÍA CMN SXXI

Antecedentes: Masculino de 57 años de edad con antecedente de Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus tipo 2 de larga evolución, sin historia cardiovascular previa. **Caso clínico:** Ingresa a nuestro centro con el diagnóstico de Estenosis Aórtica Severa AHA D1 el 16.03.2023 y se protocoliza para recambio valvular aórtico, complicándose con sangrado mayor al habitual, requiriendo reintervención por lesión puntiforme de la arteria pulmonar derecha, misma que se corrige. En el control ecocardiográfico postoperatorio inmediato y al mes de seguimiento, destaca válvula aórtica protésica mecánica normofuncionante. Seis meses posteriores al procedimiento quirúrgico el paciente acude al servicio de urgencias por presentar disnea de moderados esfuerzos, se le realiza ecocardiograma transtorácico (ETT) evidenciando fuga paravalvular (FPV) lateral con vena contracta de 5 mm, previamente no identificada. Se decide hacer estudio transesofágico sin evidenciar imágenes que sugieran vegetaciones, solo la fuga paravalvular a las 11 en la vista del cirujano con vena contracta 3D de 0.3 cm2. Al no evidenciar foco infeccioso y que los síntomas del paciente mejoraron con tratamiento médico, se decidió no reintervención. **Discusión:** La FPV definida como el flujo retrógrado anormal entre el anillo de sutura y el anillo de la válvula nativa, continúa complicando el curso postoperatorio de los pacientes sometidos a recambio valvular. Con una incidencia post-cirugía cardíaca convencional que va del 1 al 47,6 % según la literatura actual. Las etiologías más frecuentes son: a) la dehiscencia de la prótesis relacionada con aspectos técnicos quirúrgicos, y b) la dehiscencia de la sutura secundario a un proceso infeccioso. En cuanto al tiempo de presentación la dehiscencia por aspectos técnicos es más frecuentemente encontrada de manera temprana después de la cirugía mientras que los procesos infecciosos pueden generar dehiscencia de la prótesis en cualquier momento del postquirúrgico. Por acuerdo, la FPV moderada-grave y grave se corrigen inmediatamente, por su implicación en la mortalidad. No hay consenso sobre el tratamiento adecuado de los pacientes con FPV leve-moderada o moderada.

90

DENERVACIÓN RENAL COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE

BAYAS D¹, LEÓN G², PADILLA T³, BAYAS PAREDES M⁴, QUEZADA M⁵

¹UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO, ESCUELA DE MEDICINA, ²UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR, POSGRADO DE MEDICINA INTERNA, ³HOSPITAL METROPOLITANO, SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, ⁴HOSPITAL AXIS, SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, ⁵HOSPITAL DE LA CRUZ ROJA

Antecedentes: La hipertensión arterial (HTA) es uno de los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes y constituye una de las principales causas de muerte a nivel mundial. Su adecuado diagnóstico y tratamiento son básicos para reducir la morbimortalidad relacionada. Es importante para ello considerar las opciones terapéuticas aprobadas por guías internacionales. **Descripción del caso:** Mujer de 59 años, con antecedentes de Diabetes, Dislipidemia, Obesidad grado 2 e HTA estadio 2 desde hace 5 años. Cifras habituales de presión arterial (PA) de 170/100 hasta 200/105 mmHg. En tratamiento con Olmesartan, Hidroclorotiazida, Amlodipino y Espironolactona con dosis óptimas de medicación. En Ecocardiograma: hipertrofia de ventrículo izquierdo, el resto normal. Tasa de filtración glomerular: 60 ml/min/1.7 m². Fondo de ojo normal. Estudios para HTA secundaria negativos. Se añadió Doxazosina primero 2 mg/día y luego 4 mg/día; posteriormente Metoprolol 50 mg. Con ello cifras de PA de 160/100 confirmadas con monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA). Al no conseguirse un control adecuado de PA pese a toda esa medicación más cambios en el estilo de vida, se decide realizar Denervación Renal (DR). Tras la DR se obtuvo PA dentro de objetivos. En el seguimiento no hubo evidencia de estenosis de la arteria renal, ni deterioro de la función renal. **Discusión:** Paciente de muy alto riesgo cardiovascular por HTA severa mal controlada, asociada a Diabetes, Dislipidemia y Obesidad. A pesar del tratamiento con Antagonista de la Angiotensina, Diurético, Calcioantagonista y antagonista de la Aldosterona en dosis plenas, no se controlaba la PA. Tampoco tras añadir un bloqueador alfa 1-adrenérgico y un betabloqueante. Solo tras la denervación renal se consigue llegar a metas de control de la PA. De acuerdo a las últimas guías europeas de HTA (2023), se cumplen criterios para considerar la HTA como resistente: control inadecuado de la PA a pesar de múltiples drogas en dosis máximas, con aceptable adherencia al tratamiento y ratificando dichas cifras por MAPA; se excluyeron causas secundarias de HTA y la paciente no tomaba medicinas que incrementen la presión. De acuerdo a las mismas guías mencionadas, la denervación renal es una opción adicional de tratamiento en pacientes con HTA resistente verdadera, con tasa de filtración glomerular > 40 ml/min/1.73 m² (indicación clase II, nivel de evidencia B). Solo tras la denervación renal (Figura 1 y 2) se consiguió controlar la presión arterial.

107

INFARTOS CEREBRALES MÚLTIPLES SECUNDARIOS A FIBROELASTOMA PAPILAR EN VÁLVULA AÓRTICA

BAYAS D¹, PADILLA J², PADILLA T³, BAYAS M⁴¹UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO, ESCUELA DE MEDICINA, ²HOSPITAL DE TARRAGONA, ³HOSPITAL METROPOLITANO, SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, ⁴HOSPITAL AXSIS, SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

Antecedentes: Los tumores cardíacos primarios son muy poco comunes, suelen cursar asintomáticos y suelen descubrirse de forma casual. Según su tamaño y localización pueden dar síntomas. Este caso fue remitido por el hallazgo casual de múltiples infartos cerebrales en una Resonancia magnética. Se diagnosticó por Ecocardiografía un Fibroelastoma Papilar (FP) en válvula aórtica. **Descripción del caso:** Paciente de sexo femenino, 70 años. Sin antecedentes clínicos. Sin factores de riesgo. Remitida por Neurólogo por hallazgo de microinfartos en Resonancia magnética cerebral. Ningún síntoma cardíaco. Pérdida de peso importante en el último año. TA: 110/70, Pulso: 55X¹, FR: 18X¹, SatO₂: 96%, Peso: 45 kg, IMC: 17.8. Buen estado general. Peso bajo. Auscultación cardíaca normal. **Electrocardiograma:** Ritmo sinusal, normal. Ecocardiograma transesofágico: cavidades normales, no trombos o masas. Buena contractilidad ventricular. Válvula aórtica con una masa hacia el lado aórtico, pediculada, en el borde de la cúspide no coronaria, ecodensa, móvil, de bordes irregulares, ovalada, de 1.3 x 1.05 cm. No foramen oval permeable. Se diagnostica como Fibroelastoma papilar en válvula aórtica. Se sometió a resección quirúrgica, sin complicaciones, confirmando el diagnóstico por histopatología. **Discusión:** Las neoplasias cardíacas primarias son muy poco comunes, con prevalencia de 0.0017% a 0.28% e incidencia de 0.00017% a 0.033%. Suelen cursar asintomáticas y descubrirse incidentalmente. Los síntomas dependen más de su localización y no de su histopatología. Los FP se diagnostican incidentalmente alrededor de la 6ta década de vida. El 54 % permanece asintomático al momento del diagnóstico. Los síntomas más comunes son disnea, accidente isquémico transitorio, angina y síncope. Ciertos casos se manifiestan con síntomas constitucionales o sistémicos, pirexia aislada, síndrome antifosfolípido, disfunción tiroidea e incluso trombocitopenia. En este caso el hallazgo casual de embolias cerebrales fue el motivo de estudio, pero además presentaba un cuadro constitucional, con pérdida de peso no atribuido a otra causa. El diagnóstico se realiza por ecocardiografía, el transesofágico es más preciso (Gráfico 1 y 2). Es una masa pequeña, redonda, eco-densa, pedunculada, con alta movilidad. El diagnóstico diferencial incluye: vegetaciones, excrecencias de Lambd, mixomas, quistes, trombos, fenestraciones, fibromas, artefactos. Se indica la resección quirúrgica de los tumores del lado izquierdo, independientemente del tamaño o la movilidad si los pacientes son buenos candidatos para la cirugía. En caso contrario terapia antiagregante o anticoagulante (en ausencia de contraindicaciones), aunque su eficacia sigue sin determinarse. En esta paciente era evidente la indicación quirúrgica, por la situación del tumor, el tamaño y las embolias cerebrales.

97

ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DE PACIENTES ANTICOAGULADOS, EXPERIENCIA DE UNA CLÍNICA DE ANTICOAGULACIÓN

CALDERÓN FRANCO C¹, PÉREZ SERRANO O, RUIZ PINZÓN M, SÁENZ MORALES O, VARGAS REALES E, LÓPEZ AREIZA T, GÓMEZ MAHECHA D¹HOSPITAL SANTA CLARA

Introducción: La clínica de anticoagulación del hospital santa clara Subred centro oriente, es una estrategia que se estableció con el fin de reducir las complicaciones asociadas a la anticoagulación; La clínica de anticoagulación permite facilitar el acceso a terapias anticoagulantes suministradas por un grupo multidisciplinario y especializado, con el fin de brindar una educación personalizada a los pacientes y su familia, con el fin de disminuir los eventos adversos y casos de mortalidad. **Objetivo:** describir las características sociodemográficas, las indicaciones y el comportamiento de la terapia anticoagulante de los pacientes en una clínica de anticoagulación de Bogotá Dc. **Materiales y métodos:** Estudio observacional analítico de corte transversal retrospectivo de pacientes seguidos en consulta externa en la Subred centro oriente, Bogotá Colombia. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas, a través de análisis univariado y bivariado y regresión logística simple para calcular Odds Ratio (OR). De igual forma se realizará un análisis de supervivencia de pacientes anticoagulados. **Resultados:** Un total de 595 pacientes seguidos en el periodo estudiado, el 53,7% correspondía a mujeres con un promedio de edad de 62 años (+/- 14,1 años); 40% recibió Warfarina, 19% Rivaroxaban, 12,9% heparinas de bajo peso molecular, y 11,7 % Apixaban. Las principales indicaciones de anticoagulación fueron fibrilación no valvular (13,7%), fibrilación de origen valvular (33,4%), trastorno de hipercoagulabilidad (15,1%), en menor prevalencia trombocavitario (15,9%), trombosis arterial (9,9%) y eventos tromboembólicos (11,09%). Los factores asociados a complicaciones como fibrilación auricular de origen no valvular (OR: 0,007; IC95%: 0,000;0,04), diagnóstico de eventos tromboembólicos (OR:11,3; IC95%: 2,8;44,6), Score HASBLED mayor a 2 puntos (OR: 6,9; IC 95%: 1,01;47,9). La tasa de mortalidad en la clínica de anticoagulación en pacientes anticoagulados es 0,005 por persona al año (IC 95%: 0,002; 0,012). **Conclusiones:** El diagnóstico principal fueron fibrilación no valvular, fibrilación valvular, eventos tromboembólicos. La mayoría de pacientes recibieron warfarina y DOAC. Se visualiza que los eventos tromboembólicos, score HASBLED elevado, CHA2DS2VAS alto, se pueden asociar con complicaciones dado como sangrado y eventos trombóticos.

96

DISMINUCIÓN DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN Y SU RELACIÓN CON LA FERROPENIA, APROXIMACIÓN DESDE UN MODELO PROPENSITY SCORE MATCHINGCALDERÓN FRANCO C¹, LÓPEZ AREIZA T, BAQUERO LOZANO G, LAGUADO BUITRAGO C, CASTRO SALAS M, LÓPEZ RESTREPO J, VARGAS REALES E¹HOSPITAL SANTA CLARA

Introducción: la deficiencia de hierro es común en pacientes con insuficiencia cardiaca, siendo reconocido también como un factor de riesgo asociado al empeoramiento de los síntomas, deterioro de la calidad de vida y mal pronóstico en esta población. **Objetivo:** describir las características clínicas, y explorar una asociación entre los niveles de hierro sérico y las escalas funcionales New York Heart Association (NYHA) y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) en los pacientes con diagnóstico con insuficiencia cardiaca, además de una aproximación entre la reposición de hierro y la FEVI desde un Modelo Propensity Score Matching. **Materiales y métodos:** Estudio observacional analítico de pacientes hospitalizados en la Subred integrada de servicios de salud centro oriente, Bogotá, Colombia. Se analizaron las variables sociodemográficas, clínicas, de laboratorio, a través de análisis univariado y bivariado y regresión logística simple para calcular Odds ratio (OR). Esta información es analizada mediante un propensity score matching PSM con diferentes algoritmos de emparejamiento. **Resultados:** un total de 263 pacientes hospitalizados en el periodo estudiado se obtuvo una prevalencia insuficiencia cardiaca con FEVI levemente reducida 45%; la edad promedio fue de 69 años (+/-13 años), 62.3% eran hombres, con comorbilidades como fibrilación auricular 21,1%, enfermedad coronaria 50,5% y dislipidemia 346%. El 41.2% pacientes tenían ferropenia. Se hallaron como factores asociados FEVI <50%; Diabetes Mellitus tipo 2 (OR: 2.3; IC 95%: 1.02;5.36), Enfermedad coronaria (OR:6.82; IC 95%: 3.06;15.2), valvulopatía (OR: 7.5;2.35;24.2), y Sexo Masculino (OR: 5.96; IC 95%: 2.4;14.6). Los resultados indican que la ferropenia asociadas con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca implican un aumento de 52,3% en el desarrollo de FEVI <50% con un error estándar de 9.76% manteniendo todo lo demás constante. **Conclusiones:** En los pacientes con ferropenia y falla cardíaca se identificó que, en su gran mayoría, tenían dentro de sus características una FEVI levemente reducida, anemia, niveles bajos de ferritina y saturación de transferrina. Se recalca la necesidad de medir en todos los pacientes el perfil de ferrocínética, en insuficiencia cardiaca descompensada. Los factores asociados a una clasificación FEVI < 50% fueron el sexo masculino, Diabetes mellitus tipo 2, Enfermedad coronaria, antecedente de valvulopatía.

76

ENDOCARDITIS: LA AMENAZA SILENCIOSA DETRÁS DE LA INSUFICIENCIA MITRAL AGUDA SEVERAPARADA CABRERA F¹, ZÚNIGA PAZ G², SÁNCHEZ AQUINO H²¹HOSPITAL ROOSEVELT, ²UNIDAD DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR DE GUATEMALA

Introducción: Diagnosticar la endocarditis puede plantear desafíos, y la sospecha de su presencia se basa en dos factores clave durante la anamnesis del paciente. Estos factores incluyen evaluar si ha tenido o tiene alguna afección cardiaca predisponente, si es portador de una prótesis valvular o un dispositivo, y la posibilidad de haber experimentado un proceso infeccioso que haya facilitado la entrada de microorganismos a las cámaras cardiacas. El no tener en cuenta estos factores puede retrasar el diagnóstico y el tratamiento. **Descripción caso clínico:** Paciente masculino de 58 años que acude a urgencias por disnea de esfuerzo, con deterioro de la clase funcional hasta presentarse en reposo, acompañada de dolor epigástrico. Se realizó un electrocardiograma en ritmo sinusal sin anomalías, el ecocardiograma transtorácico(ETT) que reveló una insuficiencia mitral severa con prolapso del segmento A2 del velo anterior, sin evidencia de vegetaciones. Fue llevado a coronariografía, con arterias coronarias normales, descartando la isquemia como causa. Se decide soporte hemodinámico con balón intraaórtico de contrapulsación y se trasladó al paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde se inició soporte inotrópico con dobutamina. Durante un nuevo interrogatorio, el paciente mencionó un absceso glúteo por uso de analgésicos intramusculares 7 meses previo a consultar. Debido a una alta sospecha de endocarditis, se decidió realizar un ecocardiograma transesofágico(ETE), el cual reveló la presencia de una imagen de 1.1 x 1.5 cm en la valva anterior, involucrando el segmento medio y distal, compatible con endocarditis bacteriana. Esto generaba una insuficiencia mitral severa con un jet que alcanzaba el techo de la aurícula izquierda, la cual estaba moderadamente dilatada. Además, se observó una ruptura en el segmento distal de la valva anterior, con una separación de 1 mm. Se tomaron dos hemocultivos que arrojaron Streptococcus gallolyticus spp pasteurianus. Por tanto, se inició oxacilina más ceftriaxona, y se decidió llevar a cabo un reemplazo valvular mitral con abordaje abierto sin complicaciones. El paciente fue dado de alta una semana después del procedimiento, con un tratamiento antibiótico oral. **Discusión:** La literatura enfatiza que la sensibilidad de la ETT aumenta significativamente cuando el tamaño de la vegetación es superior a 1 cm. Es importante que los médicos tengan en cuenta un ETT negativo no descarta el diagnóstico y deben considerar realizar una ETE para descartar endocarditis infecciosa cuando una ETT no logre detectar vegetación en un paciente y continúe la sospecha, como en el presente caso.

69

HIPERPLASIA LIPOMATOSA DEL SEPTUM INTERVENTRICULAR: UNA PRESENTACIÓN CLÍNICA INUSUALZÚNIGA PAZ G², PARADA CABRERA F¹, GUZMÁN OVALLE J²¹HOSPITAL ROOSEVELT, ²UNIDAD DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR DE GUATEMALA

Antecedentes: Los tumores cardíacos primarios son poco frecuentes, constituyendo aproximadamente el 0.2% al 0.4% de las autopsias. De estos, alrededor del 75% son benignos, y los lipomas representan el 8%. La hiperplasia lipomatosa cardíaca suele restringirse al tabique interauricular, siendo la hipertrofia lipomatosa del septum interventricular (HLSI) extremadamente rara, con escasos casos reportados. Presentamos un caso de esta presentación clínica inusual. La mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos hasta que el tumor alcanza un tamaño considerable, causando síntomas por efectos mecánicos. La identificación mediante imágenes puede resultar desafiante debido a la falta de criterios diagnósticos absolutos, a menudo requiriendo biopsia endomiocárdica o cirugía para el diagnóstico. La hipertrofia lipomatosa del septum interventricular se ha asociado con arritmias y, en casos raros, con muerte súbita. La resección quirúrgica se indica cuando hay obstrucción al tracto de salida ventricular. **Descripción Caso Clínico:** Un paciente masculino de 23 años, sin antecedentes cardiovasculares, acude por palpitaciones y mareos repentinos. El electrocardiograma muestra taquicardia auriculoventricular por reentrada intranodal, la cual responde a adenosina. Se decide realizar un ecocardiograma transtorácico el cual evidencia una masa en el tracto de salida del ventrículo derecho. El ecocardiograma transesofágico describe una masa irregular de 3.6 x 1.8 cm en el ventrículo derecho, extendiéndose hacia la válvula tricúspide sin afectarla. La resonancia magnética confirma una masa de 22 x 14 mm adherida a la pared libre, sin obstrucción hiperintensa en T2W, hipointensa en secuencias de cine con mínimo realce heterogeneo. En una sesión médico-quirúrgica, se opta por abordaje quirúrgico con anestesia general y circulación extracorpórea. Se lleva a cabo la resección de la masa ventricular derecho e infundibulectomía, con reconstrucción mediante parche de pericardio bovino. **Discusión:** La HLSI se caracteriza por la infiltración difusa de células grasas en este septum, siendo asintomática y detectada incidentalmente. El ecocardiograma transtorácico es clave en la detección, mostrando una lesión difusamente ecogénica. La resonancia magnética cardíaca, con alta precisión, caracteriza la lesión, mostrando hiperintensidad en T1 y T2. La resección quirúrgica es el manejo para pacientes sintomáticos, mientras que los asintomáticos se siguen de cerca con imágenes para evaluar crecimiento. Se puede concluir que los tumores cardíacos primarios, aunque poco frecuentes, presentan una variedad de características y presentaciones clínicas. La asociación de la HLSI con arritmias y casos raros de muerte súbita resalta la importancia del manejo clínico y quirúrgico, especialmente en presencia de obstrucción al tracto de salida ventricular.

21

PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO COMO FACTOR PRONÓSTICO EN LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS 2019CURI CURI P¹, JUÁREZ GARCÍA V, ORTIZ Y CRUZ I, GIL VELÁZQUEZ I¹HRAEI

Introducción: La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) afecta principalmente al sistema respiratorio, pero se ha visto que es capaz de generar daño a múltiples órganos, incluyendo el corazón. Debido a la alta mortalidad que ha provocado a nivel mundial se han generado diferentes índices pronósticos para determinar que pacientes tienen mayor probabilidad de presentar complicaciones y fallecer. El péptido atrial natriurético (PAN) es una hormona peptídica sintetizada en las cavidades del corazón y se ha usado como indicativo de insuficiencia cardíaca y como factor pronóstico en pacientes con choque séptico. Por lo tanto, se ha planteado su uso como factor pronóstico en pacientes que presentan COVID-19. **Objetivo:** Este estudio tiene como objetivo determinar la utilidad del PAN como factor pronóstico en pacientes con COVID-19. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio clínico de casos y controles, retrospectivo, observacional, analítico y de corte transversal donde se incluyeron pacientes mayores de edad con diagnóstico de COVID-19 confirmado mediante reacción en cadena de polimerasa con transcriptasa inversa (PCR-RT). Los pacientes se dividieron en dos grupos: aquellos que egresaron a su domicilio por mejoría clínica (controles) y los que fallecieron durante su estancia hospitalaria (casos). Las variables demográficas, clínicas y bioquímicas se obtuvieron del expediente clínico electrónico. Los valores de PAN se analizaron mediante curva ROC y se calcularon los valores de Odds ratio. **Resultados y Conclusiones:** Se obtuvo una muestra de 100 pacientes, los cuales se asignaron de forma aleatorizada, 50 pacientes a cada grupo de estudio. Se determinó que el punto de corte de PAN >32 pg/ml puede utilizarse como factor predictor de mortalidad intrahospitalaria (AUC 0.751) con una sensibilidad de 60% y especificidad de 90% y un Odds ratio de 13.5 (4.6-39.9). Por lo tanto, los pacientes con COVID-19 que presentan valores de PAN >32 pg/ml al ingreso hospitalario tienen trece veces más riesgo de mortalidad intrahospitalaria que aquellos que presentan cifras menores al valor establecido en este estudio. El PAN puede ser utilizado como un factor pronóstico en pacientes con COVID-19.

22

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES DE LESIÓN MIOCÁRDICA AGUDA ASOCIADOS A MORTALIDAD POR CORONAVIRUS 2019

JUÁREZ GARCÍA V¹, GUZMÁN SEVILLA S, FLORES LORENZO C, CURI-CURI P¹UNAM/HRAEI

Introducción: La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) afecta principalmente el sistema respiratorio, pero se ha visto que también es capaz de generar daño al sistema cardiovascular. A pesar de que se sabe que la COVID-19 promueve lesión cardíaca relacionada con un alto número de muertes, no se conocen los factores de riesgo cardiovasculares asociados a esta elevada mortalidad. **Objetivo:** Este estudio tiene como objetivo determinar los factores de riesgo cardiovasculares presentes en pacientes con lesión miocárdica aguda asociados a mortalidad por COVID-19. **Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio clínico de casos y controles, retrospectivo, observacional, analítico y de corte transversal donde se incluyeron pacientes con COVID-19, los cuales se dividieron en dos grupos: con mejoría clínica y los que fallecieron. Se estudiaron una serie de variables que incluyen edad, género, comorbilidades, somatometría, signos, clínica, biometría hemática, química sanguínea, perfil lipídico y niveles de troponina I de alta sensibilidad para valorar si son factores de riesgo de mortalidad por COVID-19. Se emplearon pruebas de estadística paramétricas y no paramétricas para la comparación de ambos grupos y se calculó el OR para las variables que presentaron diferencias significativas en ambos grupos. **Resultados y Conclusiones:** De los 285 pacientes incluidos, 161 presentaron mejoría clínica y 124 fallecieron. Se estableció que la elevación de la troponina I de alta sensibilidad con OR de 4.9 (2.8-8.4) era el factor de riesgo cardiovascular con más impacto asociado a mortalidad, seguido de la presencia de disnea con OR de 3 (1.5-6.2) y la diabetes mellitus tipo 2 con OR de 2(1.2-3.4) como comorbilidad.

98

BLOQUEO INTERAURICULAR AVANZADO ATÍPICO CON MORFOLOGÍA TRIFÁSICA. REPORTE DE CASO

JUÁREZ LLOCLLA J¹, RIVERA CHAVEZ S², LAZO SOLDEVILLA M³¹HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU-COREA II, SANTA ROSA, ²HOSPITAL HIDALGO ATOCHE, ³HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE

Antecedentes: El bloqueo interauricular avanzado (BIA) puede ser típico o atípico en base a los criterios descritos en el 2018 por Bayés de Luna y colaboradores. Recientemente se agregó un nuevo grupo a la clasificación morfológica del BIA atípico: tipo IV, de morfología trifásica de la onda P en derivadas inferiores. **Descripción del caso:** Varón de 68 años, sin antecedentes conocidos. Asintomático cardiovascular, acude para evaluación preoperatoria de orquiectomía radical para tratamiento paliativo de cáncer de próstata. En su evaluación presenta una PA de 150/80 mmHg, frecuencia cardíaca de 75 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 16 respiraciones por minuto, y la saturación de oxígeno de 98% (FiO₂ de 21%). En la auscultación cardíaca los ruidos cardíacos son rítmicos y regulares, no soplos; resto de exploración física sin hallazgos significativos. Su electrocardiograma presenta un ritmo sinusal con frecuencia cardíaca de 75 latidos por minuto, una onda P inusual con duración de 120 ms y morfología trifásica en derivadas DII, DIII y aVF (Figura). En el ecocardiograma se evidenció cardiopatía hipertensiva con función sistólica del ventrículo izquierdo (VI) preservada, dilatación leve de aurícula izquierda y signos de hipertensión pulmonar. En un holter de 24 horas se evidenció contracciones auriculares esporádicas y una salva auricular. En sus exámenes de laboratorio no se encontró alteraciones. **Discusión:** La conducción del estímulo del nódulo sinusal al nódulo auriculoventricular se realiza sin auténticos haces, mientras que la conducción de la aurícula derecha a la izquierda se hace fundamentalmente por la parte alta de la aurícula a través del haz de Bachmann. Silvestrini y colaboradores reportaron un nuevo patrón de BIA atípico tipo IV, que muestra una onda P severamente prolongada (onda P \geq 160 ms) y morfología trifásica en todas las derivaciones inferiores con P (++) y P (+-). En nuestro caso, sin antecedentes quirúrgicos ni de ablación, su patrón trifásico de la onda p en las derivaciones DII (+++), DIII (+-) y aVF (+++) podría explicarse por 3 vectores de despolarización de las aurículas, que podría incluir: (1) la despolarización rápida de la pared lateral de aurícula derecha (AD), (2) el retraso de la despolarización de la AD faltante junto a la activación caudo-cranial de AI a través de conexiones musculares alrededor del seno coronario, y (3) activación medio-cranio-caudal desde conexiones por la fosa ovalis a vena pulmonar superior derecha. Mas estudios son necesarios para saber la importancia de estos nuevos patrones trifásicos de BIA atípico.

23

CARACTERIZACIÓN DE LA MORTALIDAD POR LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS DEL 2019 SEGÚN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UN HOSPITAL DEL NORTE DE PERÚJUÁREZ LLOCLLA J¹, RUIZ ROA E¹, MEJÍA MORALES K¹, NORABUENA ROSSEL L¹, MEZONES MERE K¹, LEÓN JIMÉNEZ F¹¹HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU-COREA II, SANTA ROSA

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) es un factor de mal pronóstico en la Enfermedad por Coronavirus de 2019 (COVID-19); los datos peruanos son escasos. **Objetivo:** Describir la mortalidad en pacientes con COVID-19 moderado a crítico y explorar la asociación entre hipertensión arterial y severidad de enfermedad/mortalidad en Piura, Perú. **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal, en una muestra no aleatoria consecutiva. Realizado en un Hospital ubicado en Piura, en el norte del Perú. **Resultados:** Se revisaron 247 historias; 74,1% fueron varones, las medianas de edad, días de enfermedad y hospitalización: 59 (RIC= 49-88) años, 8 (RIC= 7-21) y 7 (RIC= 4-32) días; 95,1% refirieron disnea y 68% tuvieron fiebre. Considerando los hipertensos de novo y quienes tenían antecedente, la frecuencia de HTA fue: 21,4% (53/247). El 51,0 % (126/247) falleció. En los fallecidos, la frecuencia de HTA fue 29/126 (23,0%) y en los sobrevivientes 24/121(19,8%), (OR = 1,20 IC95% = 0,62 - 2,33; p = 0,54). En los severos/críticos, la frecuencia de HTA fue: 44/209 (21,1%) y en los leves/moderados: 9/37 (24,3%) (OR = 0,82, IC95% = 0,34 - 2,15; p = 0,655). En el análisis multivariado, los factores asociados a mayor mortalidad fueron: edad (p= 0,015), frecuencia respiratoria (p=0,001), enfermedad severa/crítica (p=0,017), saturación de oxígeno (p<0,001), fracción inspirada de oxígeno (p= 0,028), días de hospitalización (p= 0,002) y días de trombo profilaxis (p=0,0002). **Conclusiones:** La mortalidad fue muy elevada. No se halló asociación entre hipertensión con mortalidad ni con severidad de enfermedad.

74

LA SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES SE ASOCIA A MENOR PRESENCIA DE FACTORES CONDUCTUALES CARDIOPROTECTORESVALENTINO G¹, ACEVEDO P¹, ARMIJO B¹, DIAZ V, VARLETA P², ACEVEDO BLANCO M³¹CARRERA NUTRICIÓN Y DIETÉTICA, DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD, FACULTAD DE MEDICINA, PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE, ²CENTRO CARDIOVASCULAR HOSPITAL DIPRECA, ³DIVISIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, FACULTAD DE MEDICINA, PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Introducción: La depresión, más frecuente en la mujer, es uno de los trastornos mentales más prevalentes a nivel mundial. La depresión se ha asociado a mayor riesgo cardiovascular (CV) y peor pronóstico CV. La adherencia a conductas cardiosaludables podría ser un factor mediador para estos desenlaces. **Objetivo:** Determinar la asociación entre la severidad de síntomas depresivos y factores conductuales de salud CV ideal (SCI) en mujeres de 35 a 70 años. **Material y métodos:** Análisis secundario de datos recolectados del Estudio de Salud Cardiovascular Ideal en 619 mujeres con residencia urbana. Se evaluaron métricas ideales de salud CV y síntomas depresivos mediante cuestionario PHQ-9. Se definieron 3 grupos de síntomas depresivos según puntaje obtenido en el PHQ-9: sin síntomas (0-4 puntos), síntomas leves (5-9 puntos) y, moderados/severos ≥ 10 puntos. Se calculó el puntaje asignando de 0 a 100 puntos a cada uno de los 4 factores conductuales considerados dentro del nuevo criterio para SCI de la AHA (Tabla 1): 1) actividad física moderada o intensa medida por cuestionario GPAQ (minutos), 2) auto reporte de exposición a tabaco, 3) adherencia a dieta DASH y, 4) índice de masa corporal (IMC). Se calculó un puntaje conductual promedio total, utilizando los 4 factores, y se realizó una regresión lineal ajustada por edad y nivel socioeconómico para determinar la asociación de síntomas depresivos con el puntaje promedio total conductual de SCI. **Resultados:** La edad promedio fue de 51 \pm 9 años, con IMC 29.5 \pm 5.6; 38% de las mujeres fumaba. El 49% del grupo no presentaba síntomas depresivos, 31% tenía síntomas leves y 20% síntomas moderados/severos. La mediana del puntaje conductual total fue de 55, siendo significativamente mayor en el grupo sin síntomas depresivos (58 vs. leves = 53 vs. Moderados/severos = 55, p=0.002). El grupo sin síntomas depresivos presentó mayores puntajes en adherencia a dieta DASH (46 vs. < 40, p<0.001) y exposición a tabaco (50 vs. <43, p=0.06). En los modelos de regresión lineal, la presencia de síntomas depresivos leves y moderados/severos se asociaron con un puntaje conductual promedio significativamente menor [-5.4 (p=0.003, versus sin síntomas) y -4.2 (p=0.04 versus sin síntomas), respectivamente, Tabla 2]. **Conclusión:** La presencia de síntomas depresivos en este grupo de mujeres se asoció de manera inversa con los factores conductuales de SCI. Estos resultados enfatizan la importancia de la depresión en los factores conductuales de SCI, y nos desafían a encontrar herramientas en el corto plazo para superar estas barreras.

346

OPTIMIZANDO LA ATENCIÓN DE ENFERMEDAD DE CHAGAS Y SUS COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES: RESULTADO DE LA CAPACITACIÓN DE PERSONAL DE SALUD DE PRIMER CONTACTO

GONZALEZMARTINEZA², BERRIOSBARCENASE³, RASCÓN SABIDOR⁴, GUTIÉRREZ PERUCHOE¹, CHÁVEZ MENDOZA⁵, ANGUIANORAMOS¹, CARDONANAVARRO N¹, GONZÁLEZ LÓPEZ J¹, MIGUEL GONZÁLEZ J⁷, POSADA JIMÉNEZ⁶, BARROSOR⁸, COLLADO VILLANUEVA⁸, UBIARCO LÓPEZ V⁸, LOMELI SÁNCHEZ O^{1,2}, AGUILERA MORA L

¹SALVANDO LATIDOS, A.C., ²INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE MÍNIMA INVASIÓN, ³INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ, ⁴INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UMAE14, ⁵HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI, ⁶SECRETARÍA DE SALUD OAXACA, DEPARTAMENTO DE VECTORES, ⁷UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUADALAJARA, PROGRAMA INTERNACIONAL DE MEDICINA, ⁸NOVARTIS MÉXICO

Introducción: La enfermedad de Chagas (EC), causada por el protozoo Trypanosoma cruzi (Tc), es la enfermedad parasitaria de mayor importancia en América Latina, tanto por su morbi-mortalidad como por su importancia económica. Alrededor del 30% de los infectados pueden desarrollar complicaciones cardiovasculares (CCV), que incluyen trastornos del ritmo, anomalías miocárdicas, aneurismas y embolias. El personal de salud al estar capacitado tiene las herramientas para sospechar de la infección, inicio de abordaje y seguimiento. En el presente estudio mostramos el impacto ante la búsqueda de EC y CCV tras la capacitación de personal de salud de primer contacto en México. **Material y métodos:** Colaborando autoridades de salud estatales, organización civil e industria farmacéutica, se realizaron 3 campañas de revisión cardiaca en 3 sedes diferentes dirigidas a pacientes con antecedente de infección de Tc con o sin CCV, tras capacitar a personal de salud en diferentes regiones de un estado de México. En 1 de las 3 campañas se utilizó el modelo completo de LatidosFest (Imagen 1) y en 2 campañas se realizaron los pasos 1, 3, 5, 6 y 7. Los datos recopilados se organizaron en una base de datos y se realizaron análisis descriptivos. **Resultados:** Se evaluaron 147 pacientes. De 17 a 101 años; 87 son mujeres y 60 hombres. El 51.70% tienen diagnóstico de infección de Tc, el 46.94% no tienen diagnóstico de infección y 1.36% tenían pendiente resultado de pruebas. El 45% reconoció al insecto vector que puede transmitir el parásito de Tc, 28% ha sido picado por el vector, 17% tiene familiar con EC, en el 10% hay familiares con muerte súbita y 7% tiene familiar con enfermedad cardiovascular. El 27% de los evaluados mencionaron tener un antecedente de enfermedad cardiovascular, siendo la de mayor incidencia la presencia de arritmias en 15 pacientes. Al 27% de los individuos evaluados se les detectó datos de insuficiencia cardiaca sin tener conocimiento previo de ello, de los cuales 24 tienen antecedente de EC. De los 69 individuos sin antecedente de EC a 16 de ellos se les detectó insuficiencia cardiaca, por lo que se les realizó tamizaje para infección de Tc. Se han realizado 491 pruebas serológicas a partir de que se capacitó al personal, de las cuales el 15% a resultado positivo a T. cruzi (Imagen 2). **Conclusión:** La capacitación del personal de salud condujo a una mayor sospecha de EC y a la detección oportuna de CCV, mejorando así la atención médica integral.

146

DISFUNCIÓN CORONARIA MICROVASCULAR EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REPORTE DE CASO EN REPÚBLICA DOMINICANA

ALMONTE C^{1,2}, GARCIA LITHGOW R¹, PINEDA M¹, SUERO C²

¹CEMDOE, ²MEDICINA CARDIOVASCULAR ASOCIADA (MCA)

Antecedentes: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune que se asocia con aterosclerosis prematura y mayor riesgo cardiovascular 1. La inflamación sistémica en el LES contribuye al desarrollo temprano de problemas en el endotelio vascular y las células del músculo liso, lo que puede llevar a disfunción coronaria microvascular 2. Por lo tanto, los pacientes con LES pueden experimentar síntomas como dolor de pecho y dificultad respiratoria en ausencia de enfermedad coronaria obstructiva 3. Este caso describe la disfunción coronaria microvascular en una paciente con LES. **Descripción del caso:** Femenina de 34 años con antecedentes de dermatitis atópica desde la adolescencia, alopecia areata no cicatricial, insuficiencia venosa profunda, aborto espontáneo en tercer embarazo, y pericarditis post COVID-19 con panel autoinmune negativo en dos ocasiones. Viene a consulta en Marzo de 2022 con historia de dolor torácico y sensación de dificultad respiratoria de un mes de evolución. La paciente describe el dolor como tipo opresivo-punzante irradiado al cuello y hombro izquierdo, ocurriendo diariamente con duración de veinte minutos. Se realiza ecocardiograma sin evidencia de patologías, prueba de esfuerzo siendo negativa para cardiopatía isquémica y angiogramía coronaria, reportando un Score de calcio en 0 en la escala de Agatston y se observa arteria descendente anterior con calibre disminuido en segmento distal, valorándose placas no calcificadas y excéntricas en segmento medio condicionando a estenosis mínima de 17% (Ver imagen 1 A y B). Dado estos hallazgos se refiere para cateterismo cardiaco diagnóstico que evidencia enfermedad no obstructiva de coronarias epicárdicas. En consulta postcateterismo, su medicación incluye, Bisoprolol 5 mg y Atorvastatina 40 mg una tableta diaria. Cinco meses después la paciente vuelve a experimentar dolor similar al anterior. Un ecocardiograma revela hiperrefringencia del pericardio, se inicia Colchicina 0.5 mg cada doce horas y se deriva a Reumatología. Debido a sus antecedentes y síntomas, se repitieron pruebas autoinmunes, confirmando un diagnóstico de LES en 2023, según criterios del ACR/LES 2019. Posteriormente, iniciando el tratamiento correspondiente. **Discusión:** La disfunción coronaria microvascular puede ser observada desde los inicios de LES aun sin el paciente presentar riesgos cardiovasculares. Existe una relación directa con la patofisiología de la enfermedad que conlleva procesos inflamatorios no secuenciales 4. Por lo tanto, en pacientes con LES que presenten dolor torácico, se recomienda una evaluación exhaustiva, considerando disfunción coronaria microvascular en aquellos sin evidencia de enfermedad obstructiva 5. Se requieren estudios para mejorar la estratificación de estos pacientes.

224

CARDIOPATÍA CONGÉNITA CIANOSANTE NO REPARADA EN UN ADULTO DE 58 AÑOS. SOBREVIDA NATURAL EN UN DELICADO EQUILIBRIO HEMODINÁMICOARAUJO J¹, ALVAREZ D, MEZA R¹SOMER INCARE CENTRO CARDIOVASCULAR

Antecedentes: las cardiopatías congénitas (CC) en los adultos tienen una prevalencia general de 6 en cada 1.000 adultos. Se estima que al menos el 50% de estas son de mediana y de alta complejidad. Los defectos complejos cianosantes deben ser reparados en la infancia; sin cirugía la mortalidad supera el 90% durante el primer año de vida. La atresia tricuspídea (AT) es una CC cianosante poco frecuente, afecta a alrededor de 5 de cada 100,000 nacidos vivos. Corresponde a una de las CC con función de corazón univentricular que debe ser llevado a estadio de Fontán en la infancia. **Descripción del caso:** femenina de 58 años, una gestación exitosa 20 años atrás, hemiparesia derecha por ictus trombo embólico 3 años antes. Clase funcional III. Peso 63 kg, Talla 165 cm, FC 85 x min, SO₂ al ambiente 74%. Precordio normodinámico, s₁ y s₂ únicos, soplo holosistólico eyectivo en región esternal derecha, acropaquias. Ecocardiograma: AT clásica (ausencia de conexión atrioventricular derecha) no reparada, vasos normorelacionados, foramen bulboventricular (FBV) restrictivo. **Discusión:** la AT clásica incluye de piso muscular derecho, cavidad ventricular izquierda funcionalmente única, cavidad derecha rudimentaria o cámara accesorio, defecto interatrial. La cavidad ventricular principal se comunica con la cavidad rudimentaria a través del FBV. Es fundamental conocer la relación de los grandes vasos con la cavidad ventricular principal y rudimentaria (normo relacionados, transpuestos) y las lesiones asociadas (estenosis pulmonar valvular, estenosis aortica). Con vasos normo relacionados, el FBV comunica el ventrículo principal con la cavidad rudimentaria de donde se origina la arteria pulmonar. En ausencia de estenosis valvular pulmonar, el FBV funciona como regulador del flujo pulmonar (Bandign natural). FBV pequeño protege la circulación pulmonar y previene el desarrollo de hipertensión pulmonar (HP); FBV grande deja sin protección y ocurre HP de forma precoz. Para el Fontán es fundamental el buen desarrollo de la vasculatura pulmonar y ausencia de HP. El presente caso corresponde a AT clásica no llevada a paliación univentricular. En quien la sobrevida natural sucedió gracias al FBV, que evito el desarrollo de HP, permitió culminar una gestación sin complicaciones. Con el paso del tiempo el FBV se tornó restrictivo y condicionó hipoflujo pulmonar e hipoxemia secundaria. En este caso el equilibrio para la circulación pulmonar es muy estrecho y depende de la compliance del FBV. En caso de disminuir el tamaño dejara sin flujo la circulación pulmonar llevando a un evento hemodinámico que puede ser mortal.

230

CIERRE TARDÍO EXITOSO DE CONDUCTO ARTERIOSO PERSISTENTE GRANDE, EN ADOLESCENTE CON EMBOLIZACIÓN DE DISPOSITIVO PREVIO DE CIERREARAUJO J¹, TELLEZ R, BALTAZAR F, MEZA R¹SOMER INCARE CENTRO CARDIOVASCULAR

Antecedentes: el conducto arterioso es un pequeño vaso que comunica la aorta con la arteria pulmonar. Está normalmente abierto en el feto, pero se cierra justo después del nacimiento (primeros tres días de vida, aunque puede permanecer abierto hasta varios meses después). Cuando no se cierra después del 3er mes de vida se llama CA persistente (CAP). La PCA corresponde cerca del 10% de las cardiopatías congénitas (CC). Dependiendo del tamaño causara diversos grados de repercusión que puede de ir desde asintomático hasta cuásar insuficiencia cardiaca. CAP con QP: QS > 1.5 causan repercusión hemodinámica y está indicado el cierre. Una buena alternativa es el cierre hemodinámico mediante la colocación de dispositivos, que puede hacerse con seguridad incluso en etapa neonatal. **Descripción del caso:** femenina de 14 años, historia de cierre hemodinámico de CAP 8 años atrás con amplatzer duct occluder i16 x 14 mm. Pedida del seguimiento. Síntomas de fatiga, disnea de medianos esfuerzos, clase funcional III, FC 88 x min, TA: 110/45 mmhg, Precordio hiperdinámico, s₂ intenso, soplo continuo esternal izquierdo, pulsos amplios, SO₂ al ambiente 90%. Ecocardiograma: CAP de 10 mm, QP: QS: 2.2, dilatación de cavidades cardiacas (figura 1A, 1B), hipertensión pulmonar (HP), dispositivo de cierre de CAP, embolicado a extremo derecho de rama pulmonar izquierda. Cateterismo cardiaco: CAP 22 x 12 mm, HAP, prueba de oclusión favorable con caída significativa de la presión pulmonar hasta un 65%. (Presión pulmonar media 40 mmhg; caída a 26 mmhg) RVP: 4.6 U. Wood/M2, RVS: 10.6 U. Wood, RVP/RVS: 0.33. Se procede a cierre con dispositivo hyperion ASD occluder de 16 mm (Figura 2 A). Egreso con vasodilatadores pulmonares (Bosentan + Sildenafil), seguimiento con estenosis leve sobre origen de rama izquierda pulmonar (Figura 2B). **Discusión:** el CAP es una CC frecuente, puede suceder de forma aislada o asociada a otros defectos cardiacos. De forma aislada con QP: QS > 1.5 causan hiperflujo pulmonar y desarrollo de HAP. El cierre no debe tardar más allá del año de edad. Toda CC intervenida debe seguir control y seguimiento de por vida. El caso presentado muestra embolización del dispositivo previo (consecuencia de la falta de seguimiento). Debido al tamaño y grado de repercusión el cierre estaba indicado pero el grado de HP desarrollada puede ser una contraindicación. El estudio hemodinámico detallado y test de oclusión concluyó que la HP tenía reversibilidad. Dado el valor de las RVP, el manejo con vasodilatadores es necesario.

233

PERSISTENCIA DE CONDUCTO ARTERIOSO, COMPLICADO CON ENDOCARDITIS BACTERIANAARAUJO J¹, MEZA R, ECHEVERRI A¹SOMER INCARE CENTRO CARDIOVASCULAR

Antecedentes: el conducto arterioso es un pequeño vaso que comunica la aorta con la arteria pulmonar. Se cierra de manera espontáneo después del nacimiento (primeros tres días de vida, aunque puede permanecer abierto hasta varios meses después). La persistencia de conducto arterioso (PCA) corresponde cerca del 10% de las cardiopatías congénitas (CC). Una complicación es la endocarditis infecciosa (EI), una infección microbiana del endotelio valvular o no valvular. La lesión característica de esta afección es la vegetación, que consiste en una masa de fibrina y plaquetas donde proliferan agentes bacterianos y/o fúngicos. Las CC son un grupo de riesgo y en especial las cianosantes. Las lesiones predisponentes están representadas por flujos de alta velocidad (Defectos septales, CAP, lesiones valvulares), en las cuales hay lesión del endotelio vascular y posterior colonización infecciosa, con un rápido crecimiento y desarrollo de complicaciones. **Descripción del caso:** femenina 12 años, síntomas febriles de 4 semanas de evolución, pérdida de peso, focos sépticos dentarios y neumonía adquirida en la comunidad. Deterioro hemodinámico con disnea y congestión pulmonar. Exploración física: Peso 36 kg, Talla 123 cm, SO₂: 92% al ambiente, TA: 90/45 mmhg, precordio con aumento de la dinámica esternal, s₂ aumentado de intensidad. Soplo holosistólico esternal izquierdo con presencia frémito. Ecocardiograma: PCA de 6 mm, múltiples vegetaciones sobre el extremo pulmonar de conducto arterioso y tronco pulmonar (Figura 1A, 1B, 1C). Hemocultivo positivo para streptococcus viridans. Se administra tratamiento antibiótico específico y se lleva a resección quirúrgica de las vegetaciones y cierre de conducto arterioso (Figura 2A, 2B). **Discusión:** la mortalidad de EI es muy alta (20-30%). Más del 50% de los pacientes tienen indicación quirúrgica durante la fase activa siendo la mortalidad elevada y la decisión quirúrgica difícil. El diagnóstico incluye criterios clínicos, microbiológicos y ecocardiográficos (criterios modificados de Duke). Las CC no reparadas constituyen un grupo especial y vulnerable. El diagnóstico precoz, el rápido inicio de terapia antibiótica específica acorde al germen, estudios de extensión (tomografía, torax, ecografía abdominal, entre otros), deben realizarse. La indicación quirúrgica está indicada en vejaciones > 10 mm, con potencial riesgo de complicaciones, asociadas a CC o materiales protésicos.

84

COMPORTAMIENTO DEL ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE NEPRILISINA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDAMENTE DESCOMPENSADA.ARISTIZÁBAL COLORADO D¹, SIERRA-CASTILLO S², RIVERA-MARTINEZ W¹, MEJIA-CARDONA A¹, GARCES-VILLABON L^{1,2,3,4}, PINILLOS-SENIOR O³, OCAMPO-POSADA M^{1,3,4}¹UNIVERSIDAD LIBRE, ²UNIVERSIDAD CES, ³CLÍNICA VERSALLES, ⁴UNIVERSIDAD JAVERIANA

Introducción: Para el manejo de pacientes con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección reducida el Sacubitril-Valsartán ha evidenciado una consistente reducción en el riesgo de eventos adversos cardiovasculares, incluso siendo superior en la eficacia del al compararse con enalapril en esta población de pacientes, convirtiendo esta molécula en uno de los agentes de la terapia fundacional para la insuficiencia cardíaca. **Objetivo:** Evaluar el impacto de la intervención con ARNI en la duración de la hospitalización y desenlaces fatales en pacientes con insuficiencia cardíaca agudamente descompensada y fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) menor al 40%, en una institución de Cali-Colombia durante el periodo comprendido entre 2020 y 2022. **Método:** Se realizó un análisis retrospectivo en una institución de salud de tercer nivel en Cali, Colombia, entre enero 2020 y diciembre 2022, dirigido a pacientes con insuficiencia cardíaca aguda descompensada FEVI reducida. Los pacientes fueron agrupados según si recibieron o no tratamiento con ARNI. Se evaluaron mortalidad y duración de hospitalización, empleando análisis multivariado con regresión de Cox y curvas de Kaplan-Meier para el análisis de los datos. **Resultados:** En este estudio se seleccionaron 117 pacientes, con una edad mediana de 72 años (RIC: 24), 59.8% hombres. De estos, 60 (51.3%) recibieron Antagonista del Receptor de Nprilisina-Angiotensina II (ARNI). Los pacientes seleccionados fueron diagnosticados con insuficiencia cardíaca agudamente descompensada, presentando un nivel de Pro-BNP al ingreso de 7.885 (RIC 12825) para aquellos que recibieron ARNI. Todos los pacientes incluidos tenían una fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) igual o inferior al 40%, siendo de 29% (RIC 14) para aquellos tratados con ARNI. La duración media de la estancia hospitalaria fue de 6.5 días (RIC 6.25), siendo menor para los pacientes que recibieron ARNI (Gráfico 1). Para el desenlace muerte, en el grupo ARNI hubo 2 reportes y 8 pacientes en no ARNI (Gráfico 2). En el modelo ajustado de supervivencia, se identificaron confusores, tras la corrección en el modelo multivariado no se encontraron diferencias en mortalidad entre ambos grupos. **Conclusiones:** El inicio de ARNI al ingreso hospitalario por IC agudamente descompensada, en este grupo poblacional, ha evidenciado una disminución en la ocurrencia de eventos adversos durante su estadía hospitalaria, sin embargo esto podría estar influenciado por otras variables propias de la población a estudio como edad, TFG, FEVI y uso de otros fármacos. Gráfico 1. Gráfico de dispersión de estancia hospitalaria. Gráfico 2. Gráficos de mortalidad.

85

INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA HIPOPNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN CALI, COLOMBIA.

ARISTIZÁBALCOLORADOD¹, SIERRA-CASTILLOS², WEIR-RESTREPOD², GÓMEZ-MERCADOC², OCAMPO-CHAPARROJ¹, CAMPO-RIVERAN^{1,3}, OCAMPO-POSADAM^{1,4}, GARRIDO-VALENCIA G^{1,5}

¹UNIVERSIDAD LIBRE, ²UNIVERSIDAD CES, ³UNIVERSIDAD DEL VALLE, ⁴CLÍNICA VERSALLES, ⁵NEUMOLOGÍA Y LABORATORIO DE SUEÑO AIREC

Introducción: El síndrome de apnea hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) es una enfermedad prevalente en algunos grupos poblacionales, con una fuerte asociación a enfermedades cardiovasculares y metabólicas. Los trastornos respiratorios relacionados con la apnea obstructiva del sueño pueden afectar la función cardíaca tanto en pacientes con patologías cardiovasculares como en aquellos sin ellas. **Objetivo:** El propósito de este estudio es determinar la prevalencia y la asociación a características demográficas y clínicas con la presencia de insuficiencia cardíaca (IC) en pacientes con SAHOS. **Método:** Se llevó a cabo un estudio observacional y analítico anidado en una cohorte de pacientes con SAHOS. Se incluyeron los pacientes de 18 años o más que asistieron al centro especializado durante dos años de atención. Se realizó un análisis univariado, bivariado y un análisis multivariado de regresión logística binomial. **Resultados:** Este estudio abarcó a 483 pacientes diagnosticados con SAHOS, con edad promedio de 52.9 ± 13.3 años. El Índice de Apnea-Hipopnea (IAH) promedio fue 18.6. El SAHOS de la población clasificó como leve el 42.1%, moderado 27.8% y severo en 30.1%, siendo el último más prevalente en hombres (21.8%). El 2.8% de los pacientes presentó insuficiencia cardíaca, sin diferencia entre géneros. Las variables que mostraron una asociación a IC fueron la edad, el IMC, la HTA, la DM, enfermedad coronaria (EC), tabaquismo y el IAH. Se identificó una correlación positiva entre un IAH más alto y una mayor frecuencia de IC; Después de realizar el modelo multivariado, se encontró que la enfermedad coronaria fue la única variable con asociación estadísticamente significativa con la IC (p: 0.014). **Conclusión:** En la población a estudio, para la IC se evidencia en el análisis bivariado asociación para diferentes patologías como la HTA, DM2, EC, IMC elevado, Tabaquismo, el IAH. Tras la realización del modelo multivariado estas asociaciones pierden validez, demostrando que la IC en este grupo poblacional no es una entidad directamente asociada a SAHOS, si no a la alta carga de patologías asociadas a riesgo cardiovascular encontrada en este grupo poblacional.

83

USO DE ISGLT2 EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA FEVI < 50% EN DESCOMPENSACIÓN AGUDA STEVENSON B

ARISTIZÁBALCOLORADOD¹, SIERRA-CASTILLOS², RIVERA-MARTÍNEZ^{W1}, MEJÍA-CARDONAA¹, GARCES-VILLABONL^{1,3}, PINILLOS-SENIORO^{1,3}, OCAMPO-POSADAM^{1,3,4}

¹UNIVERSIDAD LIBRE, ²UNIVERSIDAD CES, ³CLINICA VERSALLES, ⁴UNIVERSIDAD JAVERIANA

Introducción: Los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa 2 (iSGLT2) han demostrado reducir el riesgo de hospitalización y mortalidad cardiovascular en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) crónica. Evaluamos este grupo farmacológico en insuficiencia cardíaca aguda, como un factor en desenlaces hospitalarios. **Objetivo:** Analizar el efecto de la intervención con iSGLT2 en la duración de la estancia hospitalaria y desenlaces fatales en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica agudizada perfil Stevenson B y FEVI inferior al 50%, tratados o no con iSGLT2. **Método:** Estudio retrospectivo, unicéntrico, entre 2020-2022, incluyendo pacientes con IC agudamente descompensada, FEVI < 50%. Se excluyeron: Pro-BNP <1000 pg/mL. Los participantes fueron clasificados según la administración de inhibidores de iSGLT2 tras su ingreso hospitalario. Se evaluó: muerte y días de estancia hospitalaria, utilizando regresión de COX y curvas de Kaplan-Meier para el análisis de datos. **Resultados:** Se describen 116 pacientes diagnosticados con insuficiencia cardíaca de tipo Stevenson B y una fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) inferior al 50%, con una mediana de 32.0%. De estos, a 37 se les inició un tratamiento con iSGLT2. Los pacientes a quienes se inició iSGLT2 tenían una FEVI más baja (p:0.032) y menor ferritina 7.1 vs 36.6 (p: 0.025). Se observaron 3 pacientes con iSGLT2 (mayores de 80 años) y 6 sin iSGLT2 que registraron fallecimiento, con un riesgo ligeramente superior de 1.07, sin significancia estadística. En el grupo de pacientes menores de 80 años que recibieron iSGLT2 no se registró ninguna muerte, en no iSGLT2, se presentaron 4 muertes. La mediana de estancia hospitalaria fue de 9 días, frente a una estancia de 10.6 días en el grupo sin intervención (Gráfico 1). En el modelo ajustado de supervivencia, se identificaron confusores y se obtuvo un efecto protector en quienes usaron la molécula (p 0.023)(Gráfico 2), efecto mayor en quien recibía ARNI. **Conclusiones:** El inicio de inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) tras el ingreso a urgencias en la población a estudio, ha demostrado una estancia hospitalaria menor en el grupo de iSGLT2, así como reducir la mortalidad hospitalaria en menores de 80 años. Gráfico 1. Gráfico de dispersión de estancia hospitalaria. Gráfico 2. Mortalidad intrahospitalaria en pacientes menores de 80 años.

160

ECHOCARDIOGRAPHIC PARAMETERS OF LEFT ATRIAL FUNCTION AS PREDICTORS OF POST-OPERATIVE ATRIAL FIBRILLATION: A SCOPING REVIEWLEE H¹, SABLOK R¹, ELSEBAIE A¹, LEE P², AMADOR Y³, EL DIASTY M⁴¹FACULTY OF HEALTH SCIENCES, QUEEN'S UNIVERSITY, ²SCHOOL OF MEDICINE, QUEEN'S UNIVERSITY, ³DEPARTMENT OF ANESTHESIOLOGY AND PERIOPERATIVE MEDICINE, QUEEN'S UNIVERSITY, ⁴DIVISION OF CARDIAC SURGERY, UNIVERSITY HOSPITALS CLEVELAND MEDICAL CENTER

Introduction: Post-operative atrial fibrillation (POAF) is a common complication following cardiac surgery. Given its association with increased risk of adverse cardiovascular outcomes, there is a need to predict new-onset atrial fibrillation after cardiac surgery. Prior to undergoing cardiac surgery, all patients receive echocardiographic evaluation to assess cardiac morphology and function. Two-dimensional echocardiography, Doppler technology, and speckle-tracking echocardiography can be employed to identify parameters of left atrial structure and function that predict POAF. **Goals:** This scoping review aims to consolidate the echocardiographic parameters that assess left atrial function and the development of POAF in patients undergoing cardiac surgery. **Materials and Methods:** This protocol was created in adherence to the PRISMA 2020 guidelines. A literature search was performed in Ovid Embase, MEDLINE, and EBM Reviews – Cochrane Database of Systematic Reviews to identify studies that used echocardiographic parameters of left atrial function to predict POAF incidence. Study selection and data extraction were conducted by four independent blinded reviewers. **Results and conclusion:** The literature search identified 2,039 citations and 1 additional citation was identified through a bibliography search. After abstract screening and a full-text review against the eligibility criteria, 27 studies representing 3,681 unique patients were included in this review. Higher values for left atrial volume, left atrial maximum and minimum volumes, left atrial volume index, left atrial area, and left atrial diameter were found in patients that developed POAF. As well, lower left atrial emptying fraction and higher early diastolic mitral inflow velocities predicted POAF. Studies using speckle-tracking echocardiography found that lower left atrial reservoir strain, lower left atrial conduit strain, lower left atrial contractile strain, and higher left atrial strain rates were significant predictors of POAF. Echocardiographic parameters that indicate enlargement of the left atrium and impaired left atrial function can predict the incidence of new-onset atrial fibrillation. Establishing strong predictors of POAF through echocardiography will improve risk assessment and outcomes for cardiac surgical patients.

201

RADIOMICS OF EPICARDIAL ADIPOSE TISSUE AND ATRIAL FIBRILLATIONGLADKIY Y¹, BOYES D¹, FADDOUL D², KASSAS⁴, EL DIASTY M²¹WRIGHT STATE UNIVERSITY, ²UNIVERSITY HOSPITALS CLEVELAND MEDICAL CENTER, ³THE GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY, ⁴KU LEUVEN

Introduction: Atrial fibrillation (Afib) is one of the most common cardiac arrhythmias. Approximately 1-2% of the US population have Afib, and the lifetime risk of Afib among >40 years is 1 in 4. More recently, the role of epicardial adipose tissue (EAT) in the pathogenesis of Afib has been a matter of interest. Its physical presence near the myocardium and pulmonary veins has been proposed to play an important role in arrhythmogenesis. EAT has been shown to be involved in paracrine signaling, promoting structural remodeling, adipocytes infiltration, and autonomic nervous system dysfunction. Previous reports using computed tomography (CT) scan to quantify EAT have suggested its association with arrhythmias such as Afib. Radiomics is an image analysis method that extracts quantifiable image features (e.g. geometric structure, texture, intensity distribution, etc.) to build predictive models through statistical, machine learning, or other quantitative methods. Mounting evidence using radiomics has recently been successfully used to analyze EAT and its role in multiple cardiac disorders including Afib. **Objective:** The aim of this review is to consolidate the current evidence in radiomic analysis of EAT and Afib. **Materials and Methods:** An electronic database search was conducted on Embase, Web of Science, MEDLINE, PubMed and Google Scholar to identify primary studies that investigated the role of Radiomics in predicting Afib. A total of 197 citations were subjected to title and abstract screening, and ultimately 8 studies were included. PROBAST tool was used to access quality, risk of bias and applicability of the models. Radiomics Quality Score tool was used as a formal evaluation for radiomics-based diagnostic/prognostic models. **Results and Conclusions:** The studied models utilized machine learning techniques such as random forest, linear regression, cox regression, logistical regression, LASSO regression. Models included both diagnosis Afib and prognosis of post-operative Afib. The area under the receiver operating characteristic curve of reported models ranged from 0.73 to 0.94, the specificity 0.59 to 0.97, the sensitivity 0.63 to 0.93, and the accuracy 0.64 to 0.89. Clinical risk factors included age, total cholesterol, and BMI. CT characteristic risk factors included left atrial end-diastolic dimension and epicardial adipose tissue volume. Limited evidence exists that radiomic machine learning models analyzing epicardial adipose tissue may be able to predict the chance of having Afib. But due to the heterogeneity of the included studies and the lack of external validation, is what greatly limits the use of radiomic machine learning models in routine practice.

294

EL PLAN PERFECTO: IMPLANTE PERCUTÁNEO DE VÁLVULA AÓRTICA VALVE IN VALVE EXITOSO CON PROTECCIÓN CORONARIAGARCÍA MARTÍNEZ C¹, BATISTA I¹, VAZQUEZ P¹, MAYOL J¹, DIESTE T¹¹CENTRO CARDIOLÓGICO AMERICANO

Antecedentes: Femenina, 73 años, hipertensión arterial, diabetes y obesidad. SVAo con bioprótesis Crown 21 hace 2 años, con mismach moderado: AOEi de 0,81 cm²/m², con gradientes máximo y medio elevados en 60/29 mmHg, respectivamente. Hipotiroidismo, asma y prótesis de rodilla. Disnea de esfuerzo clase funcional III. Síncope. El ecocardiograma muestra disfunción bioprotésica aórtica mixta: por degeneración y por mismach, con estenosis severa, gradientes máximo y medio de 61/37 mmHg, respectivamente, AOEi de 0.47 cm²/m², DVI 0,37, sin insuficiencias, FEVI 60%. La cineangiografía coronariografía mostró ausencia de lesiones severas. El Heart Team determina riesgo quirúrgico intermedio de mortalidad realizándose angiografía aórtica que muestra factibilidad para TAVI-VIV transfemoral. **Descripción del caso:** 1) La bioprótesis Crown es fracturable, 2) El VTC hacia la coronaria izquierda es de 3.4 mm y la altura sinotubular de 5 mm, siendo predictores de oclusión coronaria, 3) La válvula sugerida por la aplicación del Heart Institute para el TAVI-VIV es una Evolut 23, y 4) el acceso transfemoral es adecuado. Se realiza el TAVI-VIV utilizando estrategia mínimamente invasiva: por acceso transfemoral derecho se coloca el dispositivo, acceso femoral izquierdo para control y protección de la arteria femoral contralateral y por acceso radial izquierdo se coloca introductor 6 Fr, catéter EBU 3.5 en coronaria izquierda, se traspasa guía coronaria Whisper ES hacia porción distal de la arteria descendente anterior y se coloca stent Xience Alpine 4.0 – 33 mm en el sector medio de la descendente anterior quedando como respaldo. Se implanta la Evolut Pro 23 con adecuado funcionamiento. Se comprueban gradientes elevados por lo que se realiza cracking con balón Atlas Gold 21, logrando disminución de los gradientes. En aortograma se observa secuestro del seno coronario izquierdo con caída del flujo a nivel de la coronaria izquierda, por lo se implanta el stent previamente posicionado en la arteria descendente anterior, a nivel del tronco de la coronaria izquierda y protruyendo por fuera del seno consiguiendo normalización del flujo coronario. Los gradientes son bajos (27/11 mmHg) con AOEi de 0.8 cm²/m². Procedimiento finaliza con resultados óptimos y sin complicaciones. **Discusión:** Al tratarse de un procedimiento de alta complejidad como lo es un TAVI-VIV, con riesgo de obstrucción coronaria es fundamental la planificación exhaustiva y adecuada del mismo, disponer de todos los materiales necesarios y tener el entrenamiento certero, con lo cual, como en este caso, se logra obtener los resultados más óptimos, con mínimos riesgo y satisfacción de todo el equipo y de la paciente. **Abreviaturas:** TAVI-VIV: implante percutáneo de válvula aórtica por dentro de bioprótesis quirúrgica; AOEi: área de orificio efectiva indexada; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; SVAo: sustitución valvular aórtica; Mismach: desproporción prótesis/paciente.

282

INEFFICACY OF CARBACHOL AND EPINEPHRINE AS A PHARMACOLOGICAL APPROACH FOR THE GENERATION OF ATRIAL FIBRILLATION IN A MURINE MODELMARQUEZ M¹, TOTOMUCH SIERRA A¹, CHÁVEZ CANALES M², ACEVES BUENDÍA J³, BAZBAZ A¹, AGUILERA COVARRUBIAS A¹, RAMOS ROSILLO V¹, ESTRADA MAGANA A¹¹DEPARTAMENTO DE ELECTROCARDIOLOGÍA, ²LABORATORIO DE FISIOLÓGIA EXPERIMENTAL-UNIDAD DE INVESTIGACION UNAM-INC, ³DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA, INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

Introduction: Although the most common models for generation of atrial fibrillation (AFA) include large animals, rodent models could be helpful because its accessibility and low cost. The murine atrial surface is < 35 mm². Some research groups hypothesize that it could be possible to sustain a micro-reentrant in a mouse model using this minimal area. However, this small surface could make difficult to sustain any atrial tachyarrhythmia. Therefore, we aim to investigate if previous studies using carbachol intraperitoneal, an agonist of muscarinic receptors, followed by epinephrine intraperitoneal, could reproduce induction of AF in a murine model. **Objective:** To induce AF in a mouse model using standardized doses of carbachol and epinephrine via intraperitoneal. **Material and methods:** Nine wild-type 16–20-week-old mice (C57BL6) were included. The average weight was 25±4 gr. All animals were provided as part of the pilot protocol derived of the project CF-2019-376 funded by the national research agency CONAHCYT. (Prevención de la fibrilación auricular en un modelo experimental con técnicas de optogenética y quimiogenética). Mice were anesthetized with isoflurane 3% and maintained with isoflurane 1.5%. Electrocardiogram lead II signal was recorded from a subcutaneous 25-gauge electrode in each limb and analyzed using a Power Lab system (ADInstruments, Colorado, USA), and the LabChart 8 software (ADInstruments, Colorado, USA). A stable heart rate (HR) was obtained, and a basal register of 10 minutes was obtained after anesthesia. Posteriorly 50 ng/g, 100 ng/g or 1µM/g of carbachol was administered via intraperitoneal and repeated every 5 minutes after a decrease of 15% in HR, and posteriorly was administered a standardized dose of 5.91 milimolar/g of epinephrine until a maximal number of three doses each five minutes. In one mouse, carbachol was administered in the epicardium to corroborate the direct muscarinic effect. **Results:** In Table 1 is summarized the effect of carbachol/epinephrine on arrhythmias and conduction disturbances induction. It was found a predominant effect of carbachol manifested by sinus bradycardia in 55% and sinus pauses also in 55%. Also, one mouse developed first degree AV block. In the mouse in which carbachol was administered in the epicardium, it resulted in a severe bradycardia. Figure 1 shows representative ECG tracings of the experiments. None of the experimental animals developed AF. **Conclusions:** With this protocol of carbachol/epinephrine via intraperitoneal, no AF was induced. Only different vagal responses to carbachol were observed.

115

FIBRILACIÓN AURICULAR DE NUEVA APARICIÓN EN PACIENTES AMBULATORIOS CON COVID-19

GONZÁLEZ CARTA K², MENDOZA BRITTO I⁴, ROJAS E³, RODRIGUEZ H³, MORR I³, BLANCO S³, PONTE C³, RODRIGUEZ E³, MEZA Y³, TORRES VIERA J³, MENDOZA I³¹CLINICA MAYO, ²ASCARDIO, ³CARDIOLOGIA TROPICAL, INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL, ⁴JACKSON MEMORIAL HOSPITAL

Introducción: La fibrilación auricular de nueva aparición (FANA) en pacientes hospitalizados con COVID-19 se ha asociado con una mayor morbilidad y mortalidad. Sin embargo, existe poca información sobre la FANA en pacientes con COVID-19 ambulatorio menos grave. **Objetivos:** Describir los resultados clínicos de la FANA en pacientes no hospitalizados con COVID-19. **Material y métodos:** Se incluyeron 37 pacientes ambulatorios con COVID-19 agudo confirmado, clínicamente estables, que desarrollaron FANA en un estudio multicéntrico observacional prospectivo. A los pacientes se les realizó evaluación clínica y de laboratorio, ECG seriados, visitas de telemedicina, radiografía de tórax, ecocardiograma, tomografía computarizada de tórax y resonancia magnética cardíaca (6). **Resultados:** De los 37 pacientes, 21 eran varones (56,7%) con una edad media de 60 ± 18 años. Todos recibieron tratamiento inicial con medicación de control de la frecuencia, incluyendo betabloqueantes en 36 casos y digoxina en 6. Si la fibrilación auricular (FA) no se resolvía en 24 horas (29 casos), se les administró propafenona (9 casos) o amiodarona (20) para control del ritmo y en 3 casos cardioversión eléctrica. En la semana 4 después del inicio de la FA, 31 pacientes permanecían en ritmo sinusal y 6 en FA. Solo 5 casos ameritaron hospitalización en ese lapso. Treinta y cinco pacientes (94%) recibieron anticoagulantes orales. Ninguno murió ni presentó ictus. **Conclusiones:** En este estudio de pacientes hemodinámicamente estables no hospitalizados con COVID-19, el desarrollo de FANA no se asoció con mortalidad ni ictus en un lapso de 2 meses. La estrategia de tratamiento consistió en medicamentos de control de la frecuencia y anticoagulantes orales directos. Si la FA persistía durante más de 24 horas, estos pacientes recibían medicamentos orales para el control del ritmo y en 3 casos cardioversión eléctrica. Sólo 6 de 37 pacientes permanecieron en FA en el control de los 2 meses de inicio. Solo 5 requirieron hospitalización. Se necesitan más estudios para evaluar los resultados clínicos a largo plazo.

41

PREVALENCIA DEL DÉFICIT DE VITAMINA D EN ADULTOS Y SU ASOCIACIÓN CON DIFERENTES FACTORES DE RIESGOS CARDIOVASCULARES

SOTO PARADA P^{1,2}, SANTIBANEZ C², ARAYA A M³, GONZALEZ CARTA K⁴, UGARTE V K³, BURGOS MEDINA L⁵¹UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, ²CENTRO CARDIOLOGICO SS, ³INSTITUTO CARDIOLOGICO, ⁴MAYO CLINIC, ⁵UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

Breve Introducción: Existe controversia entre asociación del déficit de vitamina D (DVD) y factores de riesgos cardiovasculares (FRCV): Hipertensión arterial (HTA), obesidad (Obe), dislipidemia (DLP) o Diabetes mellitus 2 (DM2). **Objetivo:** Determinar la prevalencia del DVD en adultos, y su asociación con diferentes factores de riesgos cardiovasculares. **Material y métodos:** Corte transversal, muestreo por conveniencia. Se incluyeron 2.372 pacientes (pctes) 729 de Iquique y 1.643 de P. Montt en control ambulatorio, enero 2017 y junio 2023. Previa firma de consentimiento informado, Las variables fueron: Edad, Sexo, Zona: Iquique-Pto.Montt, Vitamina D sérica (déficit definido <20ng/ml), HTA (>130/80 mmHg, en reposo), DM2 (Glicemia>126 mg%, hemoglobina glicosilada >6,5% en ayuno), DLP (colesterol total>200 mg% y/o HDL <35 o <40 según sexo o LDL >100 mg% o triglicéridos >150 mg% o VLDL>40 mg%), Obe (IMC>30), Infarto al miocárdico (IAM) documentado, Ateromatosis (Ate) documentada, Sedentarismo (Sedent) <90 minutos de ejercicio por semana, Tabaquismo (Tbq). Con STATA 18®, se calcula la prevalencia de las variables y luego según categoría de DVD. Se evalúa significancia con prueba exacta de Fisher. Con un nivel de significación de 0,05. Se usa una regresión logística (rlog) para estimar Odd Ratio (OR) y sus Intervalos de confianza (IC) en variables cuantitativas y cualitativas. Conocidos los análisis crudos de los factores bajo estudio se realizó un modelo de rlog. **Resultados:** La prevalencia del DVD fue de 47,26% en la población total. Edad promedio de 57,6 años (DS ± 15,93), 51,30% mujeres, 64,98% HTA, 31,28% DM2, 81,88% DLP, Obe 46,52%, IAM 6,37%, Ate 34,95%, Sedent 83,14%. Tabla 1. Las variables asociadas significativamente con DVD, fueron ser mujer, presentar DM2, DLP, Obe, ATE Y la zona de P.Montt. La odds de DVD en mujeres es 3 veces mayor que en hombres, 2,94 para HTA, 3,4 para DM2, 11,9 para DLP, 4,7 para Obe, 3,7 para Ate, 2,9 para Sedent y 87,6 para la zona de P. Montt. Tabla 2.-En los modelos de rlog, zona confunde la asociación de HTA, DLP, Obe, con DVD y la asociación entre atero y DVD es confundida por zona y edad>58 años, pero mantienen su asociación significativa Tabla 3. **Conclusión:** Encontramos una alta prevalencia de DVD en la población total, siendo diferente entre Iqq y P. Montt (14,27% y 61,90% respectivamente). La variable zona se comportó como confundente para la HTA, DLP, y Obe. Sugerimos descartar el DVD en mujeres, HTA, DM2, DLP, Obe, con ateromatosis o sedentarios independiente de la zona geográfica.

72

VÁLVULA AÓRTICA CUADRICÚSPIDE COMO HALLAZGO INCIDENTAL DE TOMOGRAFÍA CARDÍACAWEIR-RESTREPO D¹, ARISTIZÁBAL-COLORADO D², MESA-MAYA M¹, TAMAYO-OROZCO M³, CARVAJAL-VELEZ M⁴, ABAD-DIAZ P^{1,4}, DUQUE-GONZÁLEZ L^{1,5}¹UNIVERSIDAD CES, ²UNIVERSIDAD LIBRE, ³CLÍNICA SOMER, ⁴SURA AYUDAS DIAGNÓSTICAS, ⁵HOSPITAL SAN VICENTE FUNDACIÓN ANTECEDENTES

Mujer de 71 años, ama de casa, con antecedente de Hipotiroidismo Primario en tratamiento con Levotiroxina, sin otros antecedentes de importancia. **Descripción del caso:** Consulta a seguimiento rutinario de patología tiroidea refiriendo palpitaciones. Niega dolor torácico, disnea, síncope, edema, tos, fiebre u otros síntomas. Se realizaron laboratorios con resultado de TSH en 2.58uUI/mL, glucemia en ayunas 92mg/dL, creatinina 0.75mg/dL, colesterol LDL 129.8mg/dL, HDL 43mg/dL, colesterol total 226mg/dL, triglicéridos 266mg/dL. Considerando TSH en metas, se extendieron estudios de palpitations con Holter 24h y AngioTC coronario con puntaje de calcio por riesgo cardiovascular moderado según ASCVD de 8.5%. Holter 24h reportó ritmo sinusal de base con presencia de arritmia atrial, aumento severo del automatismo atrial con más de 14000 complejos supraventriculares prematuros en pares, bigeminismo atrial y salvas de taquicardia atrial, sin otras arritmias atriales, cambios dinámicos del ST o arritmias ventriculares; durante este estudio no se reportaron síntomas. En AngioTC coronario, se evidenció plano válvula aórtica en fase diastólica en donde se observa válvula aórtica cuatricúspide (VAC) Hurwitz y Roberts tipo H, Nakamura tipo C, por lo demás, estudio sin lesiones coronarias significativas. **Discusión:** La VAC es una anomalía cardíaca congénita caracterizada por la presencia de cuatro valvas en la estructura valvular aórtica, debido a la existencia de una valva supernumeraria. Se estima que las valvulopatías de origen congénito representan el 20-30% de los defectos cardíacos del desarrollo, y estas malformaciones valvulares congénitas pueden tener una incidencia de hasta el 5% de los nacidos vivos. Para la VAC se estima una prevalencia del 0.006% al 0.48%. Se ha descrito que de 18 al 32% de los pacientes con VAC tienen un defecto cardíaco congénito adicional, destacando anomalías de las arterias coronarias y del ostium, defectos septales atriales y ventriculares, ductus arterioso persistente, tetralogía de Fallot, cardiomiopatía hipertrófica y transposición de grandes vasos. El curso clínico por lo general es asintomático hasta la quinta o sexta década de la vida en donde de acuerdo al estado funcional de la válvula pueden aparecer síntomas relacionados, como palpitations o incluso falla cardíaca. El compromiso estructural de la válvula aumenta el riesgo de fiebre reumática, endocarditis infecciosa o compromiso neoplásico tipo fibroelastomas y mixomas. El diagnóstico de esta condición se realiza a través de diferentes técnicas de imagen cardíaca, como ecocardiografía, resonancia nuclear magnética y tomografía cardíaca, permitiendo la caracterización morfológica de la válvula, el número de valvas, grosor y movilidad de estas.

71

VÁLVULA AÓRTICA CUADRICÚSPIDE: VALORACIÓN DESDE LA TOMOGRAFÍA CARDÍACAWEIR-RESTREPO D¹, MESA-MAYA M¹, ARISTIZÁBAL-COLORADO D², TAMAYO-OROZCO M³, CARVAJAL-VÉLEZ M⁴, ABAD-DIAZ P⁴, DUQUE-GONZÁLEZ L^{1,5}¹UNIVERSIDAD CES, ²UNIVERSIDAD LIBRE, ³CLÍNICA SOMER, ⁴SURA AYUDAS DIAGNÓSTICAS, ⁵HOSPITAL SAN VICENTE FUNDACIÓN

Introducción: La válvula aórtica cuatricúspide (VAC) es un raro defecto cardíaco congénito que se caracteriza por la presencia de cuatro cúspides en la válvula aórtica, a menudo asociado con otros defectos cardíacos congénitos. Aunque los pacientes suelen ser asintomáticos, la presencia de trastornos funcionales en la válvula aórtica puede manifestarse clínicamente. En este contexto, diversas técnicas de imagen cardíaca, como la Tomografía Cardíaca, se utilizan para el diagnóstico. **Objetivos:** - Enumerar las consideraciones clínicas clave de la VAC. - Describir las características de la VAC mediante la tomografía cardíaca. **Material y métodos:** Se llevó a cabo una búsqueda con los términos MeSH "Quadricuspid AND Aortic Valve" en PubMed, Scopus y Scielo. Los resultados fueron evaluados según la relevancia de título y resumen, excluyendo cartas al editor, duplicados y textos en idiomas distintos al inglés o español. **Resultados:** La VAC es una anomalía cardíaca que se caracteriza por la presencia de cuatro valvas en la válvula aórtica debido a una valva supernumeraria. Estudios retrospectivos han estimado una frecuencia del 0.006% al 0.48%, siendo más común en mujeres (52%) con una edad promedio de 43.5 años. Aproximadamente el 32% de los pacientes presentan otros defectos cardíacos concomitantes. Existen diversos sistemas de clasificación, siendo los más aceptados el de Hurwitz & Roberts y Nakamura. La VAC se asocia con múltiples trastornos, como anomalías coronarias, defectos septales, ductus arterioso persistente, tetralogía de Fallot, fístula del seno de Valsalva, entre otros. Los pacientes con VAC pueden permanecer asintomáticos hasta la quinta o sexta década de la vida, momento en el cual los síntomas pueden relacionarse con la funcionalidad de la válvula aórtica y otras comorbilidades. El diagnóstico se realiza mediante imágenes cardíacas, siendo la ecocardiografía la técnica más utilizada, aunque la tomografía cardíaca también se muestra útil, evidenciando una imagen en forma de "X" en diástole y rectangular en sístole. El tratamiento varía según la gravedad de las complicaciones y la afectación valvular y cardíaca. En casos de insuficiencia o estenosis aórtica graves, el pronóstico puede ser menos favorable, requiriendo intervención quirúrgica. **Conclusiones:** La VAC es un raro defecto valvular congénito que a menudo coexiste con otros defectos cardíacos congénitos. El diagnóstico se realiza mediante técnicas de imagen cardíaca, destacando la utilidad de la tomografía. El manejo se adapta a la gravedad de las complicaciones y el estado funcional valvular.

29

DE LO VIRAL A LO INMUNOLÓGICO, PERICARDITIS Y SU VÍNCULO AUTOINMUNE: A PROPÓSITO DE UN CASO

NÚÑEZ J¹, QUEZADA R¹, ENCARNACIÓN C¹, CRUZ L¹, FRIAS H¹HOSPITAL PRESIDENTE ESTRELLA UREÑA

Antecedentes: La pericarditis es la enfermedad del pericardio más habitual en la práctica clínica causa el 0,1% de todos los ingresos hospitalarios y un 5% de los ingresos en urgencias por dolor torácico, siendo los varones de 16-65 años los que presentan mayor riesgo. Los estudios han descrito una relación entre el LES y la pericarditis hasta en 20% con mayor prevalencia diagnóstica en autopsias y la complicación más temida la pericarditis constrictiva. **Descripción del caso:** Masculino 22 años sin antecedentes. Acude a urgencias por dolor torácico punzante, fatiga, fiebre, palpitaciones, náuseas, mareos, dolor abdominal y evacuaciones diarreas. Paraclínicos con derrame pleural y pericárdico mínimo, rinovirus positivo, sonografía abdominal con hepatoesplenomegalia, fue tratado para pericarditis y neumonía a base de ceftriaxona, famotidina y colchicina y egresado a los 2 días. Tras no mejoría de disnea y dolor torácico acude a consulta de cardiología y se decide su ingreso para descartar miocarditis. A la evaluación física disnea, taquipnea, taquicardia y petequias en miembros inferiores, ruidos cardiacos rápidos y crepitantes. ECG taquicardia sinusal, radiografía de tórax aumento de la trama vascular, signo de doble contorno, Ecocardiograma remodelado concéntrico del ventrículo izquierdo, derrame pericárdico moderado 14mm, fracción de eyección del ventrículo izquierdo de 60%, tomografía de tórax líquido pericárdico posterior, adenopatías mediastínicas, neumonía basal izquierda y derrame posterior basal, esplenomegalia, nódulo quístico hepático, leucopenia, PCR y VSG positiva, troponinas I y procalcitonina negativa. Presenta disminución de plaquetas y aumento de la presión arterial más proteinuria se interconsulta a departamento de hematología, reumatología e infectología, se realiza perfil inmunológico iniciamos manejo con ibuprofeno, colchicina, lbersartan y pulsos de esteroides. **Discusión:** El LES es una enfermedad inflamatoria, autoinmune, crónica y multisistémica de causa desconocida más frecuente en mujeres, siendo este sumamente raro en hombres y de peor pronóstico. La afectación del pericardio es la implicación cardiaca más frecuente. Los estudios observacionales han demostrado que las pericarditis asociadas a causas inmunológicas son infradiagnosticadas, por lo cual se retrasa el tratamiento y tienen un mayor riesgo de complicación como la pericarditis constrictiva. En este caso se realizaron estudios paraclínicos buscando causas directas de pericarditis sin ser concluyentes, se realiza perfil inmunológico positivo para Lupus eritematoso sistémico, se instauro tratamiento a base de pulsos de corticosteroides, antiinflamatorios y antipalúdicos con reducción en los episodios de dolor y efusión pericárdica hasta permanecer asintomático.

213

VALOR PRONÓSTICO DE LA DEFORMACIÓN MIOCÁRDICA EVALUADA MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRETINA

PÉREZ BARREDA A¹, PADRÓN GARCÍA K¹, RUIZ ROMERO D², MARCOS GUTIÉRREZ Y¹, RODRÍGUEZ BENCOMO L¹, MARTÍNEZ GONZÁLEZ A¹, GÓMEZ HERNÁNDEZ A³, ALFONSO MONTERO O³, PUIG FERNÁNDEZ M⁴, PEIX GONZÁLEZ A¹¹INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR, ²CENTRO DE INVESTIGACIONES MÉDICO QUIRÚRGICAS, ³HOSPITAL DE CARDIOLOGÍA, CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI, CDMX/MÉXICO, ⁴CENTRO INTERNACIONAL DE RESTAURACIÓN NEUROLÓGICA

Introducción: La amiloidosis cardiaca es una miocardiopatía infiltrativa por depósito de sustancia amiloidea, forma más típica de miocardiopatía restrictiva. **Objetivos:** Determinar el valor pronóstico de la deformación miocárdica por tissue tracking (TT) en pacientes con amiloidosis cardiaca por transtiretina (AC-TTR) estudiados mediante resonancia magnética cardiaca (RMC). **Material y métodos:** Se realizó estudio de cohorte observacional, prospectivo, en pacientes a los que se les realizó RMC (escáner 1.5 T) contrastada con gadolinio (gadopentetate dimeglumine, 0.1 mmol/Kg). La muestra, no probabilística, quedó conformada por casos con AC-TTR confirmada por anatomopatología, seguidos durante 24 meses. Desde las secuencias de SSFP se analizó función ventricular y se aplicó TT-RMC para obtener las deformaciones miocárdicas globales y segmentarias: longitudinal, circunferencial y radial. En el seguimiento se evaluó mortalidad cardiovascular. SSPS fue usado para análisis estadístico, con medidas de resumen para datos cualitativos (razones, porcentos) y cuantitativos (media aritmética, desviación estándar, si distribución normal y mediana y rangos intercuartílicos, si libre distribución). **Resultados:** Se estudiaron 25 pacientes, edad promedio 71.3 años, 19 (76 %) hombres, 16 (64 %) en clase funcional III de la New York Heart Association. Las medianas de los volúmenes ventriculares telediastólicos y telesistólicos indexados: 69 ml/m² (±15.1) y 25 ml/m² (±22.8) para ventrículo izquierdo (VI) y 69 ml/m² (±13.2) y 37 ml/m² (±17.5) para derecho (VD). La fracción de eyección del VI (FEVI) fue 54.6 % (±24.9) y 45 % (±22.0) la del VD. El 52 % presentó realce tardío del gadolinio (RTG) subendocárdico global, el 40 % algún grado de afectación transmural. Las deformaciones miocárdicas fueron: longitudinal (GLS): -9.5% (±5.2), circunferencial (GCS): -11.6% (±7.6) y radial (GRS): 21.4% (±10.9); con relación apical/basal de 1.55 ± 1.48; 1.8 ± 0.93 y 1.61 ± 0.66, respectivamente. Los casos con RTG transmural tuvieron mayor compromiso de GLS: -8.7 vs. -11.2 %; de GCS: -12.2 vs. -14.3 % y de GRS: 18.5 vs. 28.1 %. Fallecieron 9 pacientes durante el seguimiento, éstos con mayor compromiso de la función ventricular y la deformación miocárdica: FEVI: 47.6 vs. 58.5 %; FEVD: 47.7 vs. 49.9 %; GLS: -8.5 vs. -10.2 %; GCS: -11.6 vs. -14.4 %; GRS: 19.4 vs. 29.3 %. **Conclusiones:** La AC-TTR compromete la deformación miocárdica evaluada por TT-RMC aun cuando la fracción de eyección es normal o ligeramente disminuida, con efecto en la mortalidad y relacionada con el RTG. Los trastornos encontrados pueden ser de utilidad en la identificación temprana, optimización terapéutica y mejoría pronóstica.

317

SOBREVIDA DE PACIENTES TRASPLANTADOS DE CORAZÓN A 10 AÑOS DE SEGUIMIENTO

ROSSEL V^{1,2}, VERDUGO THOMAS F², LIM SHON J¹, APPIANI FLORIT F¹, VILLAVICENCIO THEODULOZ M³, ITURRA URRIOLA S⁴, PAULSEN MUÑOZ C¹, GAJARDO ZURITA F¹, DONOSO E¹, SALAZAR ELIZALDE P¹

¹INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, ²HOSPITAL DEL SALVADOR, ³MAYO CLINIC, ⁴MINNEAPOLIS HEART INSTITUTE

Introducción: El Trasplante cardíaco (TxC) es el tratamiento de elección para pacientes con Insuficiencia cardíaca (IC) en etapa terminal. En Chile existen 9 centros trasplantadores, la lista de espera (LE) es única y los pacientes son enlistados de acuerdo con su situación clínica, en estatus de urgencia (EU) (IA y IB) y no urgencia (II). La escasa información nacional de sobrevida posterior al TxC motivan la presentación de este trabajo. **Metodología:** Cohorte de 125 pacientes trasplantados cardíacos entre los años 2010 y 2023, en el Instituto Nacional del Tórax (INT), Santiago, Chile, centro de referencia para pacientes candidatos a TxC de la región metropolitana (población beneficiaria asignada aproximada de 8375676 habitantes, tasa de trasplante de 14.9 por millón de habitantes). Se incluyeron variables demográficas, etiología de IC, EU al momento del TxC, uso de Asistencia Circulatoria Mecánica (ACM) pre-TxC. Se revisó la sobrevida al 31/12/2023, se realizaron curvas de Kaplan Meier post - TxC, para población general, según género, etiología, EU y uso de ACM pre-TxC y análisis univariado con regresión de Cox (significativo $p < 0.05$). **Resultados:** La mediana de edad fue 48 años, 77.2% género masculino y 31.5% etiología isquémica. Al momento del TxC, 67.7% se encontraba en EU (35.4% IA; 32.3% IB) y 32.3% en estatus de No urgencia. Un 28.3% en ACM. La sobrevida acumulada post-TxC a 1 año fue $88.9 \pm 2.8\%$, a 3, 5 y 10 años $84.5 \pm 3.2\%$, $78.4 \pm 3.9\%$ y $62.2 \pm 5.4\%$, respectivamente (Figura 1). No se observaron diferencias significativas en relación con género, etiología, EU o uso de ACM pre-TxC (tabla 2). **Conclusiones:** De los pacientes TxC en INT entre 2010-2023, la mayoría fueron varones, un tercio de etiología isquémica, 2 de cada 3 se trasplantan en EU y cerca de un tercio apoyados de ACM. La sobrevida en el seguimiento post - TxC es comparable a cifras internacionales, sin lograr demostrar diferencias según género, etiología isquémica, EU y uso de ACM pre-TxC.

34

IMPACTO DE LA LESIÓN RENAL EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

MATOS GUZMÁN J¹, MERCADO BELLIARD S¹, BALDERA ROQUE E¹

¹HOSPITAL PRESIDENTE ESTRELLA UREÑA

Introducción: Esta bien demostrado que las enfermedades cardiovasculares corresponden a la principal causa de morbimortalidad global, que las afecciones extra cardíacas inciden de manera significativa en la evolución de estos pacientes y que una de las principales afecciones con las que cursan los pacientes con falla cardíaca es la lesión renal, ya sea por síndrome cardiorenal, injuria farmacológica, entre otras causas. Por ello es determinante identificar precozmente la afectación renal para replantearnos el manejo y seguimiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular. **Objetivo:** Identificar el impacto de la afección renal en el seguimiento a 1 año de pacientes en una consulta especializada de insuficiencia cardíaca al contrastar aquellos pacientes con lesión renal identificada versus aquellos sin nefropatía. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y comparativo de corte transversal y de fuente secundaria, en pacientes de seguimiento de consulta especializada de insuficiencia cardíaca. **Resultados:** Se estudiaron 84 pacientes; de estos, 50 pacientes tenían afección renal, dentro de los afectados el sexo predominante fue el masculino 72 % y en los no afectados el femenino 64 %, el rango de edad fue entre los 51 y 74 años en ambos grupos, la mayoría de pacientes se encontraba en clase funcional II durante el registro, correspondiendo a un 62 % de los pacientes renales y 79.41 % de los no afectados. Prevalció la HTA como antecedente en ambos grupos 84 % y 76.47 % respectivamente, los betabloqueantes fueron el fármaco de uso principal en ambos grupos de pacientes. El fenotipo de insuficiencia cardíaca más común correspondió a fracción de eyección reducida en ambos grupos. 70 % y 62% para pacientes con y sin afección renal respectivamente. Durante el seguimiento fallecieron 6 pacientes de los cuales 5 eran renales y 1 no renal. **Conclusión:** Los pacientes con daño renal suelen cursar con mayor número de comorbilidades. El daño renal predispone a una merma de la FEVI, aun tras el tratamiento fundacional óptimo. A pesar de no existir una significancia estadística entre el número de ingresos año ($p = 0.699$), en la estancia hospitalaria ($p = 0.269$) o en la causa de ingreso ($p = 0.584$), puede observarse que las estancias prolongadas; dígase, aquellas superiores a 7 días fueron ocupadas exclusivamente por pacientes con afección renal. La mortalidad tuvo mayor prevalencia en aquellos pacientes con afección renal, siendo de un 10 % en este grupo en comparación a un 2.94 %.

117

FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y MORTALIDAD PREMATURA EN CUBA. PRINCIPALES RESULTADOS DEL ESTUDIO PROSPECTIVO EN 146, 665 ADULTOSARMAS ROJAS N¹, DUEÑAS HERRERA† A¹, LEWINGTON S², ROSS S², LACEY B², BURRETT J², PETO R²¹INSTITUTE OF CARDIOLOGY AND CARDIAC SURGERY., ²NUFFIELD DEPARTMENT OF POPULATION HEALTH, UNIVERSITY OF OXFORD, ³MRC POPULATION HEALTH RESEARCH UNIT, NDPH, UNIVERSITY OF OXFORD

Background: Cardiovascular disease accounts for about one-third of all premature deaths in Cuba. Yet, the relevance of major risk factors, including systolic blood pressure (SBP), diabetes, and body-mass index (BMI), to premature cardiovascular mortality in this population remains unclear. **Materials and Methods:** In 1996–2002, 146,556 adults were recruited from the general population in five areas of Cuba. Participants were interviewed, measured (height, weight and blood pressure) and followed up by electronic linkage to national death registries until Jan 1, 2017; in 2006–08, 24,345 participants were resurveyed. After excluding all with missing data, cardiovascular disease at recruitment, and those who died in the first 5 years we used Cox regression to relate cardiovascular mortality rate ratios (RRs) at ages 35–79 years to smoking, alcohol, SBP, diabetes, BMI and education; RR were adjusted and corrected for regression dilution to give associations with long-term average levels of SBP and BMI. **Results:** Compared with never-smokers, the all-cause mortality RR at ages 30–69 years for current cigarette smokers was 1.66 (95% CI 1.58–1.74) and was similar in both sexes. Smoking accounted for a quarter of all premature deaths in this population, but quitting before about age 40 years avoided almost all of the excess mortality. Among regular drinkers, weekly alcohol consumption was positively associated with all-cause mortality. The association was approximately log-linear, with each additional 35 cl bottle of rum per week associated with about 10% higher risk of all-cause mortality. 40% of all deaths in middle age are caused by tobacco and alcohol. There was a strong inverse association between educational level and premature mortality. Almost one-third of premature deaths were attributable to social inequalities. Smoking accounted for about one-quarter of these excess deaths. Cardiovascular mortality was positively associated with SBP, diabetes, and BMI: 20 mmHg higher usual SBP about doubled cardiovascular mortality (RR 2.02, 95%CI 1.88–2.18), as did diabetes (2.15, 1.95–2.37), and 10 kg/m² higher usual BMI (1.92, 1.64–2.25). RR were similar in men and in women. The association with BMI and cardiovascular mortality was almost completely attenuated following adjustment for the mediating effect of SBP. Elevated SBP, diabetes and raised BMI accounted for 27%, 14%, and 16% of cardiovascular deaths, respectively. **Conclusions:** This large prospective study provides direct evidence for the effects of these major risk factors on cardiovascular premature mortality in Cuba, with a substantial impact.

312

ESTRATEGIAS DE DETECCIÓN TEMPRANA Y PREVENCIÓN DE MUERTE SÚBITA EN DEPORTISTAS: INTEGRACIÓN DE DATOS CLÍNICOS Y ELECTROCARDIOGRÁFICOSNORIEGA SALDAÑA J¹, MIGUEL GONZÁLEZ J, AGUILERA MORA L, GÓMEZ DELGADILLO S, HERNÁNDEZ MEXÍA J, CEBALLOS MUNDO K, LÓPEZ JIMÉNEZ K, BERNACHI ARMENTA D, GUTIÉRREZ MARÍN N, GONZÁLEZ MARTÍNEZ A¹SALVANDO LATIDOS A.C

Introducción: La causa de muerte más común e inesperada en atletas suelen ser enfermedades cardíacas. Actualmente, no existen guías oficiales sobre evaluaciones previas a competencia para la práctica deportiva que certifiquen el estado físico de la persona en relación con la actividad física realizada, o de un cribado de factores de riesgo desencadenantes de muerte súbita en la población que práctica deporte tanto amateur como profesional.

Objetivos: Generales

Identificar factores clínicos y electrocardiográficos que pueden estar asociados a desencadenar muerte súbita en deportistas como estrategia de detección temprana y prevención.

Específicos

-Identificar los factores de riesgo que se han vinculado a muerte súbita del deportista en los datos obtenidos de los participantes.

-Identificar alteraciones electrocardiográficas vinculados a muerte súbita del deportista en los datos obtenidos de los participantes.

-Identificar los factores de riesgo de la población estudiada con mayor potencial de desarrollar muerte súbita.

Materiales y Métodos: Se desarrolló una campaña piloto de evaluación clínica dirigida a deportistas organizada por la fundación Salvando Latidos, A.C., Durante mayo a julio 2023. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de edad y practicar algún deporte profesionalmente, amateur o recreativo. Todos los participantes firmaron carta de consentimiento informado previamente leído y explicado. Se generó una base de datos con las variables obtenidas del interrogatorio realizado en búsqueda de factores de riesgo, las características clínicas, y los datos de electrocardiograma de 12 derivaciones en reposo tomado durante la evaluación. Con estos datos se realizaron análisis descriptivos con ayuda del programa SPSS. **Resultados y conclusiones:** Se evaluaron 137 individuos; El 54.01% mujeres y el 45.99% hombres. De los participantes el 53.28% son deportistas amateurs, 45.99% de alto rendimiento y 0.73% profesionales. El 48.18% (n=66) mencionó tener entrenamiento especializado, el 61.15% (n=92) no tiene dieta indicada por nutriólogo y 66 (48.18%) consume algún tipo de suplemento de los cuales 40 no son indicados por especialista. Al indagar sobre síntomas cardiológicos antes, durante o después del ejercicio, el 68.58% (n=83) mencionó presentar alguno. En cuando los hallazgos electrocardiográficos, en el 16.79% (n=23) se encontraron alteraciones descritas en los criterios de Seattle y en 72.99% (n=) se encontraron otros hallazgos, de los cuales el bloqueo interatrial en 16.06% (n=22) y la repolarización precoz 9.49% (n=13) fueron las principales alteraciones registradas. Esta prueba piloto comprueba la importancia de realizar evaluación cardiológica en todos los individuos que realizan deporte como medida preventiva para muerte súbita identificando factores de riesgo clínicos y electrocardiográficos.

400

HER2-POSITIVE BREAST CANCER AND CARDIAC HISTORY AS CONTRIBUTING FACTORS TO PERICARDIAL EFFUSION

PAPAQUI QUITL M¹, ARIAS MENDOZA A¹, HERNÁNDEZ BRAVO L¹, SANTIAGO HERNÁNDEZ A¹, SIERRA LARA-MARTÍNEZ D¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

Background: A 58-year-old woman with a history of stage IIb HER2-positive breast cancer, hypertriglyceridemia, type 2 diabetes mellitus (DM II), and a previous myocardial infarction that did not receive hospital care, presented to the coronary care unit for a neoadjuvant treatment protocol. A transesophageal echocardiogram (TOE) was performed, revealing a left ventricular ejection fraction (LVEF) of 33%, apical akinesia, and severe pericardial effusion without hemodynamic compromise. She returned 4 days later due to persistent pericardial effusion, remaining hemodynamically stable, without dyspnea, pleuritic pain, or syncope. She was admitted for an assessment of the viability of the affected territory and to improve the prognosis of lesions amenable to urgent chemotherapy initiation. A stress MRI was performed, which showed severe global pericardial effusion. The rest of the vital signs were as follows: HR 75 bpm, RR 16, BP 145/86 mmHg, and temperature 36°C. **Case description:** The patient presented with indications of a past extensive anterior infarction on electrocardiogram (ECG) and subsequent echocardiographic examination (ECOTT). No hemodynamic compromise was observed, ruling out cardiac tamponade physiology. Stress cardiac magnetic resonance confirmed infarction without viability criteria, alongside severe pericardial effusion and reduced left ventricular ejection fraction (LVEF). Diagnosis included heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF), ischemic heart disease, and type 2 diabetes. Treatment commenced with colchicine for pericardial effusion, followed by anti-ischemic therapy. Subsequent adjustments included spironolactone, dapagliflozin, chemotherapy, and angioplasty. Ongoing treatment regimen involves various medications to manage heart failure, dyslipidemia, and diabetes, resulting in improved LVEF. **Discussion:** Cardiovascular imaging plays a crucial role in the early detection of subclinical cardiovascular disease (CVD) and in assessing pre-existing cardiac comorbidities in patients prior to making decisions about cancer therapy. Among the factors that should be considered for the evaluation of pericardial effusion are the presence of tamponade physiology, suspicion of a bacterial or neoplastic etiology, absence of a definitive diagnosis (in the presence of risk factors for non-self-limited disease), severity, or a duration exceeding 3 months, which would classify it as either chronic or subacute effusion (4-6 weeks). The occurrence of effusion in the absence of an inflammatory context increases the risk of it being of neoplastic origin. The severity without inflammation or cardiac tamponade suggests a chronic etiology. In this patient, attention is also drawn to her prior approach before chemotherapy exposure, given the clearly described risk of cardiotoxicity, associated with anthracyclines and trastuzumab, with a decrease in left ventricular ejection fraction (LVEF).

55

CABERGOLINA: LA ESTRATEGIA OLVIDADA EN LA MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO

MONTES DE OCA GAVILANEZA, RODRIGUEZ AMAGUAY L, BALDA CARAVEDO F, BAJAÑA ZUÑIGA M

¹OMNIHOSPITAL

Antecedentes: La miocardiopatía periparto (MCP) es una entidad poco frecuente que debe ser considerada en toda paciente embarazada o posparto con síntomas relacionados con insuficiencia cardíaca. Su diagnóstico representa un verdadero desafío debido a que es una miocardiopatía de exclusión que define por la disminución de la función sistólica del ventrículo izquierdo menor al 45% en el último mes de embarazo o en los cinco meses siguientes al parto sin cardiopatía conocida. **Descripción del caso:** Se presenta el caso de una mujer de 28 años, con antecedente de preclamsia leve en su última gesta, quien durante el período posparto tardío desarrolla disnea progresiva acompañada de palpitaciones; tras exámenes complementarios se define como choque cardiogénico SCAI B por miocardiopatía dilatada periparto con disfunción biventricular severo (FEVI: 23%, FEVD: 30%) más fibrilación auricular de respuesta ventricular rápida. En su estancia hospitalaria recibe tratamiento intensivo para insuficiencia cardíaca y se inicia cabergolina como tratamiento farmacológico coadyuvante a la patología de sospecha. Por la falta de acceso a bromocriptina en el mercado farmacéutico se inicia cabergolina que es un agonista dopaminérgico con alta afinidad por los receptores de dopamina tipo D₂ en células lactotropas de la hipófisis y del receptor 5-HT_{2B} de serotonina, que se ha ido estudiando en estudios pequeños como una opción terapéutica alternativa para el tratamiento de la MCP. **Discusión:** La frecuencia de miocardiopatía periparto es limitada y la progresión clínica puede ser variable, con recuperación total de la función ventricular o un empeoramiento clínico significativo con alta tasa de mortalidad, en nuestro caso fue dada de alta en condiciones estables con leve recuperación de la función ventricular y a los tres meses tras el alta con el tratamiento médico óptimo presenta una evolución clínica y ecográfica favorable, por lo que concluimos que la cabergolina podría ser una opción prometedora en lugar de la bromocriptina, específicamente en situaciones donde ésta no está disponible.

203

PERINDOPRIL, DAPAGLIFOZINA E INDAPAMIDA PARA REDUCIR RIESGO RENAL Y CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

PAREDES CACACHO M¹¹CENTRO CHIMALTECO DE DIABETES Y RIÑONES

Introducción: Perindopril es un inhibidor leca de acción larga, que inhibe el eje renina angiotensina aldosterona previniendo la conversión de angiotensina 1 en angiotensina 2, evitando también la degradación de la bracinina, trayendo vasodilatación y revirtiendo la remodelación ventricular en insuficiencia cardíaca, observaciones soportadas por el Estudio ASCOT-BLPA y. Así mismo la dapaglifozina mediante el estudio Dapa Kidney y Dapaglifozina en Insuficiencia Cardíaca lograron demostrar la reducción en insuficiencia renal y cardíaca con mejoría en la mortalidad. Por otro lado, la Indapamida es un diurético tipo tiazida que ha sido usado como primera línea en hipertensión, tanto como por su acción diurética como su acción directa sobre la reactividad vascular en la resistencia vascular periférica según fue publicado en American Journal of Cardiology en por D B Cambell. Decidimos investigar la reducción en mortalidad y mejoría en parámetros renales (creatinina, función renal, caída en diálisis) y cardiovasculares (mejoría en clase funcional, disminución de Pro-BNP) en pacientes que iniciaron a tomar estas 3 clases de medicamentos concomitantemente comparado con quienes no lo tomaron. **Objetivos:** Determinar la reducción de mortalidad y mejoría en parámetros renales y cardíacos en pacientes que tomaron los medicamentos durante 6 meses. **Metodología:** Estudio prospectivo, descriptivo de pacientes de más de 40 años con datos de insuficiencia renal y cardíaca con diabetes con creatinina, Pro BNP elevado y deterioro de la clase funcional según NYHA; trabajo realizado en el año 2022 a 2023 Quienes se les realizo parámetros renales y cardíacos clínicos y químicos como creatinina, tasa de filtrado glomerular, Bnp y mejoría en clase funcional de la NYHA. **Resultados:** Se obtuvo una muestra de 155 pacientes, 60.5% mujeres 55% hombres, promedio de edad de 54 años. Mas frecuentes factores de riesgo se documentaron como dislipidemia. En 1 año los pacientes que tomaron los medicamentos disminuyeron su mortalidad, falla cardíaca (mejoría en clase funcional y disminución de más del 60% del pro BNP), falla renal (disminución de creatinina y menor caída en diálisis) que quienes no tomaron la medicación. Se evidencio que a mayor deterioro de la función renal mayor hipertensión e insuficiencia cardíaca. Con sus correspondientes parámetros. **Conclusión:** Los pacientes que toman la combinación de perindopril, dapaglifozina e indapamida a un año tienen menor mortalidad y morbilidad renal y cardíaca que quienes no lo toman, y reducción de sus parámetros.

68

CONDUCTA SEGUIDA ANTE DOS EMBARAZADAS CON DIAGNÓSTICO DE ATRESIA PULMONAR NO CORREGIDA

VASALLO PERAZA R¹, VÁZQUEZ HERNÁNDEZ G¹, ROMÁN RUBIO P¹, PÉREZ ÁRIAS J², PÉREZ TORGA E³¹HOSPITAL MATERNO INFANTIL "RAMÓN GONZÁLEZ CORO", ²CLÍNICA INDISA, ³HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD ISSSTE VERACRUZ

Antecedentes: La atresia pulmonar con defecto del septum interventricular (AP-DSI) es una rara y heterogénea cardiopatía congénita (CC) cianótica con flujo pulmonar reducido, caracterizada por la ausencia de continuidad del flujo sanguíneo desde la cámara ventricular hacia el árbol arterial pulmonar, una comunicación inter-ventricular (CIV) y un corazón biventricular. Durante el embarazo la baja saturación arterial de oxígeno (SpO₂) principalmente cuando es inferior al 85%, deviene en un alto riesgo de morbi-mortalidad materno-fetal, considerándose del grupo OMS IV. **Descripción de los casos:** Se presentan dos gestantes con diagnóstico de AP-DSI, evaluadas por un grupo multidisciplinario de cardio-obstetricia a las que se les recomendó interrumpir los embarazos. Caso 1: Gestante de 8 semanas y 19 años de edad. Examen físico cardiovascular: cianosis central con dedos hipocráticos, segundo tono acentuado y único, SpO₂: 73%. Electrocardiograma en ritmo sinusal con patrón de crecimiento auricular y ventricular derechos. Ecocardiograma que muestra ausencia de flujo hacia la salida del ventrículo derecho (VD), una gran CIV y arco aórtico a la derecha (Figura 1). Se evalúa por el equipo de cardio-obstetricia y se recomienda interrumpir por legrado y realizar esterilización quirúrgica como método contraceptivo. Caso 2: Gestante de 16 semanas y 27 años de edad. Examen físico cardiovascular: cianosis central con dedos hipocráticos, segundo tono acentuado y único, soplo proto-mesodiastólico en mesocardio de intensidad III/VI, SpO₂: 69%. Electrocardiograma en ritmo sinusal con patrón de crecimiento auricular y ventricular. Ecocardiograma que muestra ausencia de flujo a la salida del VD, CIV amplia, insuficiencia aórtica moderada a severa, marcada circulación colateral alrededor del arco aórtico y aorta descendente (Figura 2). Luego de la evaluación en colectivo se recomendó realizar histerotomía mínima con salpingectomía bilateral profiláctica, la cual se llevó a cabo a las 19 semanas de embarazo. Ambas pacientes tuvieron una evolución favorable durante los procedimientos y en los controles de seguimiento al alta. **Discusión:** Las cardiopatías congénitas cianóticas no reparadas, son patologías de muy alto riesgo cardiovascular de morbi-mortalidad materno-fetal, fundamentalmente cuando la SpO₂ es inferior al 85%, por lo que se consideran en tal situación una contraindicación absoluta para la gestación. **Discusión:** Una adecuada evaluación del riesgo preconcepcional, con recomendaciones y consejos a estas pacientes en cuanto a la anticoncepción y contracepción, es la mejor manera de disminuir los riesgos de salir embarazada e incluso, durante los procedimientos para la interrupción en caso de estar en estado y este, esté contraindicado.

45

CRÓNICA DE UNA MUERTE ANUNCIADA

VASALLO PERAZA R¹, ROMÁN RUBIO P¹, VÁZQUEZ HERNÁNDEZ G¹, MELUZÁ MARTÍN M¹, GIL JIMÉNEZ Y¹

¹HOSPITAL MATERNO INFANTIL "RAMÓN GONZÁLEZ CORO"

Antecedentes: A mediados del siglo pasado más del 90% de los niños nacidos con cardiopatías congénitas complejas fallecían antes de la adultez. En la actualidad gracias a los avances en el campo de la cirugía cardiovascular y cuidados intensivos pediátricos la situación es la opuesta. Las cardiopatías congénitas cianóticas no reparadas representan un alto riesgo de morbimortalidad materno-fetal. El síndrome de Eisenmenger es una de las condiciones cardiovasculares de peor pronóstico y difícil manejo durante la gestación. **Descripción del caso:** Paciente de 23 años de edad, con historia obstétrica de G1 P0 A0, antecedentes de comunicación interventricular con evolución a síndrome de Eisenmenger desde los 3 años de edad, acompañada de válvula aórtica bicúspide, aneurisma del septum interauricular e hipoplasia del arco aórtico. Llega a consulta con embarazo de 6 semanas y se recomienda interrupción de la gestación por legrado y realizar ligadura como método contraceptivo por el alto riesgo de morbimortalidad materno-fetal (grupo OMS IV), a lo cual se niega. Transcurre el embarazo normo-tensa, con descenso fisiológico en el segundo trimestre de la presión arterial. Curva de altura uterina no acorde a la edad gestacional y ganancia de peso inadecuada, altura uterina de 21 cm a las 28 semanas. Cianosis peribucal y distal, con dedos hipocráticos. Se ausculta soplo mesosistólico en borde esternal izquierdo y mesocardio, de intensidad III/VI y un segundo ruido acentuado en foco pulmonar con escape diastólico. Análítica sanguínea con hematocrito en 0.483%, SpO2 de 69%. Electrocardiograma en ritmo sinusal, bloqueo completo de rama derecha del haz de His. En el ecocardiograma (Figuras 1 y 2) se observa comunicación interventricular grande, con shunt bidireccional a predominio de derecha a izquierda y signos de hipertensión pulmonar. Presencia de válvula aórtica bicúspide, aneurisma del septum interauricular sin cortocircuito evidente e hipoplasia del arco aórtico que genera obstrucción supraaórtica. A las 32 semanas inicia episodios de hipertensión (Preeclampsia no agravada) y se decide interrumpir. La paciente fallece en el puerperio y el recién nacido en los 14 días posteriores. **Discusión:** Las pacientes embarazadas con Síndrome de Eisenmenger tienen un alto riesgo de mortalidad durante el puerperio y cuando la saturación arterial es inferior al 80% las posibilidades de lograr un crecimiento fetal adecuado son bajas. De tal manera estos embarazos se contraindican por la alta probabilidad de un desenlace fatal, siendo la crónica de una muerte anunciada.

43

SERIE DE CASOS DE DOBLE ORIFICIO VALVULAR MITRAL DIAGNOSTICADO DURANTE EL EMBARAZO

VÁZQUEZ HERNÁNDEZ G¹, ROMÁN RUBIO P¹, VASALLO PERAZA R¹, MELUZÁ MARTÍN M¹, GIL JIMÉNEZ Y¹

¹HOSPITAL MATERNO INFANTIL "RAMÓN GONZÁLEZ CORO"

Antecedentes: La válvula mitral de doble orificio es una anomalía congénita rara que se caracteriza por la presencia de un solo anillo mitral con dos orificios a nivel valvular. La presentación clínica es variable y está relacionada con el grado de insuficiencia y/o de estenosis mitral que se genere en los orificios. La enfermedad puede cursar totalmente asintomática y ser diagnosticada en la vida adulta como los casos presentados, donde el diagnóstico se realizó durante el embarazo. **Descripción del caso:** Se trata de dos gestantes a las que se les diagnosticó doble orificio mitral durante el embarazo y fueron seguidas hasta el parto. La primera adolescente de 15 años sin gestaciones ni abortos previos. Examen físico cardiovascular normal. Electrocardiograma en ritmo sinusal. Ecocardiograma que muestra deformidad del aparato valvular mitral, dos orificios asimétricos con áreas por planimetría de 2.05 cm² y 1.2 cm². Flujo transvalvular conservado, sin generar turbulencia ni gradiente significativo a la entrada del ventrículo izquierdo, músculos papilares normales, no regurgitación mitral ni otras cardiopatías asociadas. (Figura 1). Buena evolución obstétrica, normotensa, sin eventos cardiovasculares, parto vaginal con 38 semanas. La segunda paciente de 28 años, primigesta y nulípara, antecedentes de soplo en la infancia, sin seguimiento ni tratamiento farmacológico previo. Al examen físico cardiovascular destaca la presencia de soplo mesodiastólico II/VI en foco mitral. Electrocardiograma sin alteraciones. Se observa en el ecocardiograma válvula mitral con ligero engrosamiento de las valvas, dos orificios simétricos con áreas por planimetría de 1.05 cm² cada uno. Flujo transvalvular mitral con discreta turbulencia generando obstrucción ligera a la entrada del VI (Figura 2). Regurgitación mitral ligera, sin otras lesiones valvulares. Con 32 semanas comenzó a presentar discreto deterioro de la clase funcional, asociado a un incremento de los gradientes transvalvulares. Se inició tratamiento con propranolol 20 mg cada 12 horas, con buena evolución y sin eventos cardiovasculares significativos. Evolución obstétrica favorable, parto por cesárea con 37 semanas. Ambos recién nacidos a término con pesos de 2500 g y 2570 g respectivamente, Apgar 9/9 y sin cardiopatías congénitas. **Discusión:** La repercusión de esta enfermedad durante el embarazo está condicionada fundamentalmente por el grado de obstrucción que se genere a la entrada del VI. Estas pacientes deben ser evaluadas y tratadas por equipos multidisciplinarios de cardio-obstetricia que van a permitir una correcta estimación del riesgo cardiovascular y establecer un plan de cuidado individualizado que garantice el mejor estado de salud para el binomio materno-fetal.

60

SERIE DE CASOS DE GESTANTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA

VASALLO PERAZA R¹, VÁZQUEZ HERNÁNDEZ G¹, ROMÁN RUBIO P¹, PEÑATE HOYOS C², AMBRIZ GONZÁLEZ E³¹HOSPITAL MATERNO-INFANTIL RAMÓN GONZÁLEZ CORO , ²INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR , ³CENTRO MÉDICO ZACAPU

Antecedentes: La miocardiopatía hipertrofica (MCH) es un trastorno complejo causado por una disfunción del sarcómero cardíaco que produce un exceso de puentes cruzados miosina-actina y una mayor sensibilidad al calcio. Se define por un crecimiento de la pared ventricular izquierda (VI) superior a los 15 mm, sin que exista otra razón causante de la hipertrofia. Por lo general es bien tolerada durante el embarazo salvo cuando se acompaña de obstrucción significativa a la salida del VI, lo que puede considerarse como una contraindicación para la gestación. **Descripción de los casos:** Caso 1: Gestante de 21 años con diagnóstico de MCH hace 3 años, ahora con embarazo de 18 semanas. Examen físico, soplo mesosistólico III/VI en mesocardio, que aumenta de intensidad tras Valsalva, coincidiendo con el Fonocardiograma. Electrocardiograma, ritmo sinusal, signos de hipertrofia del VI. Ecocardiograma, hipertrofia asimétrica del VI a predominio del septum interventricular (18 mm), movimiento sistólico anterior de la mitral (SAM) que obstruye de forma severa la salida del VI, insuficiencia mitral moderada. Se inició tratamiento con Propranolol 60 mg diarios en 3 subdosis, con evidente mejoría de los gradientes. Se realizó cesárea a las 39 semanas por indicación cardiovascular, obteniéndose recién nacido con Apgar 9/9 y un peso de 2390 g. Caso 2: Gestante de 25 años con antecedentes de Asma Bronquial y MCH desde la infancia, ahora con embarazo de 17 semanas. Examen físico, soplo mesosistólico III/VI en mesocardio, que aumenta de intensidad tras Valsalva, coincidiendo con el Fonocardiograma. Electrocardiograma, ritmo sinusal, signos de hipertrofia del VI. Ecocardiograma, hipertrofia asimétrica del VI a predominio del septum interventricular (21 mm), movimiento sistólico anterior de la mitral (SAM) que obstruye de forma severa la salida del VI, insuficiencia mitral moderada. Se inició tratamiento con Verapamilo 120 mg diarios en 3 subdosis, con ligera mejoría de los gradientes. Se realizó cesárea a las 40 semanas por indicación cardiovascular, obteniéndose recién nacido con Apgar 9/9 y un peso de 3075 g. **Discusión:** Los embarazos en pacientes con MCH con obstrucción severa a la salida del VI implican un alto riesgo de morbimortalidad materna. La evaluación desde la preconcepción, la gestación, parto y puerperio debe ser realizada por un equipo multidisciplinario con experiencia en el manejo de este grupo de pacientes con el fin de disminuir las complicaciones.

246

CONOCIMIENTO Y OPINIÓN DE CARDIÓLOGOS VERSUS OTROS ESPECIALISTAS SOBRE LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA VACUNACIÓN CONTRA LA INFLUENZA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍAS: HALLAZGOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO FLUENCE

GARCÍA-ZAMORA S¹, KOH A², STOICA S³, RANJANI H⁴, SEPEHRVAND N⁵, HERZ N⁶, ISHAKU S⁷, KANDOOLE-KABWERE V⁸, SOSA-LIPRANDI M⁹, PIÑEIRO D¹⁰, SOSA-LIPRANDI A⁹

¹SANATORIO DELTA, ²NATIONAL HEART CENTRE SINGAPORE; DUKE-NATIONAL UNIVERSITY, ³INSTITUTE FOR CARDIOVASCULAR DISEASES TIMISOARA; "VICTOR BABES" UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY TIMISOARA, ⁴MADRAS DIABETES RESEARCH FOUNDATION & DR. MOHAN'S DIABETES SPECIALTIES CENTRE, CHENNAI & BENGALURU, ⁵DEPARTMENT OF MEDICINE, UNIVERSITY OF CALGARY, CALGARY, AND CANADIAN VIGOUR CENTRE, UNIVERSITY OF ALBERTA, ⁶BRITISH HEART FOUNDATION, ⁷JULIUS CENTER FOR HEALTH SCIENCE AND PRIMARY UNIVERSITY MEDICAL CENTER UTRECHT & EQUITY IN HEALTH AND RESEARCH INITIATIVE , ⁸MALAWI-LIVERPOOL-WELLCOME TRUST CLINICAL RESEARCH PROGRAMME, ⁹DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, SANATORIO GÜEMES, ¹⁰DEPARTMENT DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Introducción: La vacunación contra la influenza ha demostrado reducir eventos cardiovasculares, tanto en la población general como especialmente en individuos con cardiopatías. Sin embargo, no se conoce en qué medida los médicos confían en esta intervención, y la utilizan en su práctica cotidiana. **Objetivos:** Explorar las opiniones de cardiólogos y otros especialistas sobre la seguridad y eficacia de la vacunación contra influenza. **Material y métodos:** Entre septiembre 2023 y febrero 2024, se realizó una encuesta virtual, la cual estuvo disponible en 5 idiomas: inglés, español, francés, italiano y portugués. Las opiniones de los participantes fueron evaluadas utilizando escalas tipo Likert. Se evitó la duplicación de respuestas a través de la identificación de IP. **Resultados:** Respondieron a la encuesta 2550 médicos de 44 países: el promedio de edad fue 46.1±13.1 años; 46.4% eran mujeres y 17.1% eran residentes. Entre los encuestados el 43.6% eran cardiólogos. El 91.8% de los participantes consideró que la vacuna contra influenza era muy segura, y 90.6% creían que sus efectos adversos eran muy raros. Sin embargo, 54.4% de los cardiólogos y 59.3% de otros especialistas no consideró que la misma fuera beneficiosa para reducir la ocurrencia de infarto agudo de miocardio (p=0.013) o accidente cerebrovascular (62.2% versus 64.9% respectivamente, p=0.167)(Tabla 1). Respecto a las posibles barreras para lograr tasas más altas de vacunación entre los pacientes con cardiopatías, las creencias de los pacientes y el temor de los mismos a los efectos adversos fueron identificados como las principales barreras tanto por cardiólogos como por otros especialistas (Tabla 2). Solo 19.0% de los participantes informaron tener algún tipo de lista de verificación para recordarles prescribir la vacuna a sus pacientes. El 73.0% de los participantes encontraron este tema altamente relevante para su práctica diaria, sin diferencias entre grupos (p=0.178). Por el contrario, 48.5% de los cardiólogos y 47.1% de otros especialistas, manifestaron necesitar formación adicional para dialogar sobre el riesgo-beneficio de la vacunación contra la influenza con sus pacientes (p=0.485). **Conclusión:** Nuestros datos sugieren que tanto los cardiólogos como otros especialistas consideran que la vacuna contra la influenza es segura, con una baja tasa de efectos adversos, tanto en la población general como en individuos con cardiopatías. Sin embargo, una proporción significativa de ellos desconoce el beneficio de la vacunación en la reducción de eventos cardiovasculares. Incluso más, la mitad de los profesionales encuestados expresaron la necesidad de una mayor formación para abordar esta temática con sus pacientes.

100

EXPERIENCIA INICIAL DEL USO DEL DISPOSITIVO "INDIGO SYSTEM CAT RX DE PENUMBRA" PARA TROMBECTOMÍA EN CONTEXTO DE SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS EN UN CENTRO DE LATINOAMÉRICAHEREDIA-VILLACRESES F¹, GARCIA-ZAMORA S¹, CHAVEZ-GARCÍA M¹, PROCOPIO G¹, MOREJÓN-BARRAGAN P², FAVA C³, HEREDIA-ZARATE F¹¹CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES "CARDIO HEREDIA", ²CLÍNICA GUAYAQUIL, ³FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: La revascularización percutánea es el método de elección en la revascularización de los síndromes coronarios agudos (SCA). Los pacientes con alta carga trombótica presentan peores resultados angiográficos, clínicos, mayor riesgo de complicaciones y muerte. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo unicéntrico entre enero de 2021 y abril de 2022, de pacientes con un SCA a los cuales se les realizó angioplastia percutánea con el dispositivo Indigo System CAT RX de Penumbra (CAT RX) por alta carga trombótica. Se definió como carga trombótica elevada la presencia de trombos grado 4 o 5 según la escala TIMI al momento de la angiografía. **Resultados:** Se incluyeron 35 pacientes, con una mediana de edad de 68 (rango intercuartiles [RIC] 60-77) años; 82.9% eran hombres (Tabla 1). El 62.9% de los pacientes se presentaron como un SCA con elevación del segmento ST, 8.6% un SCA sin elevación del segmento ST y 28.5% una angina inestable (Tabla 2). En un 88.6% (n=31) de los casos el procedimiento fue realizado mediante acceso radial; de los procedimientos realizados por acceso femoral, solamente uno (2.8%) comenzó como acceso radial y debió convertirse a femoral, debido a espasmo del vaso. La mediana de número de stents implantados fue 3 (RIC 2-4); en todos los casos el flujo TIMI final post procedimiento fue 3. El 5.8% (n=2) de los pacientes recibieron fibrinolíticos previo al cateterismo, y 2.9% (n=1) habían padecido un paro cardiorrespiratorio. Ningún paciente presentó complicaciones a nivel del acceso para el procedimiento, ni eventos neurológicos posteriores a la intervención. Un 22.9% (n=8) de los pacientes presentaron complicaciones en su evolución: 8.6% (n=3) insuficiencia cardíaca, 8.6% (n=3) arritmias supra o ventriculares, y 5.8% (n=2) ambas intercorrientes. El 11.4% (n=4) de los pacientes falleció durante la hospitalización; no hubo relación entre la presencia de arritmias y mortalidad (12.9% en el grupo que sobrevivió versus 25.0% entre los que fallecieron, p=0.447). Los pacientes que desarrollaron insuficiencia cardíaca mostraron una tendencia hacia mayor mortalidad en la internación (9.7 versus 50.0%, p=0.089). Todos los pacientes que fueron externados se encontraban libres de síntomas, sin haber requerido nuevas hospitalizaciones en el seguimiento a 30 días. **Conclusión:** El presente estudio sugiere que el dispositivo CAT RX resultó útil para restablecer el flujo coronario en SCA con alta carga trombótica, inclusive en pacientes de alto riesgo, y con presentación clínica tardía. Además, este dispositivo resultó seguro, no presentando complicaciones ni requiriendo cambios respecto a las intervenciones habituales.

42

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN MÉDICA VIRTUAL PARA MEJORAR EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN LATINOAMÉRICAGARCÍA-ZAMORAS¹, LOPEZ-SANTIR², SOSA-LIPRANDIÁ³, HARDY⁴, MIRANDA-ARBOLEDA⁵, ECHEVERRÍAL⁶, ARCE J⁷, URIBEW⁸, ZAIDELE⁹, AGUILERA-MORAL¹⁰, DI-TORO D¹¹, BARANCHUK A¹²¹SANATORIO DELTA, ²HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, ³SANATORIO GÜEMES, ⁴INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE SAN PABLO, ⁵BRIGHAM AND WOMEN'S HOSPITAL, HARVARD MEDICAL SCHOOL, ⁶FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA, ⁷INSTITUTO NACIONAL DE TÓRAX, ⁸SOCIEDAD INTER AMERICANA DE CARDIOLOGÍA, ⁹FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, ¹⁰INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE MINIMA INVASIÓN, ¹¹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH, ¹²DIVISIÓN DE CARDIOLOGÍA, UNIVERSIDAD DE QUEEN

Introducción: La enfermedad de Chagas representa un problema de salud pública mayor en Latinoamérica. El electrocardiograma, debido a su bajo costo y alta disponibilidad, constituye una herramienta crucial en el diagnóstico y seguimiento de esta patología. **Objetivos:** Evaluar el impacto de un programa educativo virtual para mejorar las habilidades en la interpretación del electrocardiograma en la enfermedad de Chagas por personal médico y no médico. **Material y métodos:** Se realizó un curso virtual y asincrónico con siete clases pre-grabadas; los participantes respondieron el mismo cuestionario al inicio y al final del entrenamiento. Se compararon los resultados del examen pre y post test de cada individuo. **Resultados:** Se incluyeron en el estudio 1656 participantes de 21 países; el promedio de edad fue 36,2 ±10,9 años; 60,3% eran hombres. El 87,9% de los participantes eran médicos; de ellos, 37,1% eran cardiólogos, 17,4% especialistas en medicina interna, 25,0% médicos de familia, 6,4% expresaron no tener especialidad, y los restantes 14,1% tenían otras especialidades. Entre el 12,1% de los participantes no médicos, 5,2% eran enfermeros, 4,1% técnicos en prácticas cardiológicas y 2,8% estudiantes de medicina. El promedio de respuestas correctas de los participantes fue 23,0 ±11,7% en el examen pre-test. No se observaron diferencias entre el personal médico y no médico en las respuestas del examen pre-test, tanto en las preguntas individuales, como globalmente (22,9% versus 23,0%, respectivamente; p=0,910). El porcentaje de respuestas correctas en el examen post-test fue de 55,2 ±23,4%, con igual tasa de respuestas entre los participantes médicos y no médicos (p=0,988). El 3,1% de los participantes del curso respondieron correctamente al menos 50% de las preguntas del examen pre-test, proporción que aumentó al 50,4% luego del curso (p=0,001). El incremento en la proporción de respuestas correctas ocurrió en todas las preguntas del cuestionario (p<0,001; Figura 1). El 82,1% de los participantes respondieron correctamente 1 o más preguntas en la evaluación post-test respecto a su desempeño previo al curso. En cambio, 9,9% respondieron la misma cantidad de respuestas correctas luego del curso, y 8,0% tuvieron un peor desempeño en el examen post-test, respecto a la evaluación pre-test. No se encontraron diferencias en las características basales de los participantes y la mejoría de las respuestas en el examen post-test. **Conclusión:** La implementación de un curso virtual y asincrónico sobre electrocardiograma en la enfermedad de Chagas mejoró las habilidades del personal médico y no médico para reconocer esta enfermedad.

411

PERSPECTIVAS DE LOS CARDIÓLOGOS EN FORMACIÓN Y ESPECIALISTAS RESPECTO DE SOBRE LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA VACUNACIÓN CONTRA LA INFLUENZA EN PACIENTES CARDIOVASCULARES: HALLAZGOS PRELIMINARES DE LA ENCUESTA FLUENCE

GARCÍA-ZAMORA S¹, SOSA-LIPRANDI M², ÁLVAREZ-GARCÍA J³, ZAPATA G⁴, CHANGO-AZANZA D⁵, JUAREZ-LLOCLLA J⁶, RAMOS M⁷, MENDEZ M⁸, ORTIZ-LOPEZ H⁹, NUÑEZ-MENDEZ R¹⁰, BARANCHUK A¹¹, SOSA-LIPRANDI A²

¹SANATORIO DELTA, ²DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, SANATORIO GÜEMES, ³DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL, ⁴FEDERACIÓN ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA (FAC), ⁵SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, CLÍNICA SANTA ANA, ⁶SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, HOSPITAL PERÚ-COREA SANTA ROSA II-2, ⁷SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, CENTRO DE INVESTIGACIÓN CARDIOVASCULAR URUGUAYO, CCOU, ⁸UNIDAD DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR, CLI-LIPID, ⁹SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, HOSPITAL HERRERA LLERANDI, ¹⁰UMAE HOSPITAL DE CARDIOLOGÍA, CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI, ¹¹DIVISIÓN DE CARDIOLOGÍA, UNIVERSIDAD DE QUEEN

Introducción: La vacunación anual contra influenza reduce eventos cardiovasculares mayores, manteniendo un excelente perfil de seguridad. Sin embargo, diversos registros han reportado tasas de vacunación subóptimas en esta población. **Objetivos:** Explorar las opiniones de cardiólogos en formación (residentes) y especialistas sobre la seguridad y eficacia de la vacunación antigripal en personas con cardiopatía. **Material y métodos:** Desde septiembre de 2023 hasta febrero de 2024, se realizó una encuesta electrónica siguiendo la lista de verificación para la presentación de resultados de encuestas electrónicas en internet. Las opiniones de los participantes fueron evaluadas mediante escalas tipo Likert. Se evitaron respuestas duplicadas mediante una plataforma que identificó direcciones de IP (SurveyMonkey®). **Resultados:** Se encuestaron 1121 cardiólogos de 44 países: la edad promedio fue 46.1±13.8 años; 37.8% eran mujeres y 20.6% eran residentes. El 63.2% de los residentes y 76.7% de los especialistas se habían vacunado contra influenza el año previo ($p<0.001$). Además, 35.9% de los residentes y 14.5% de los especialistas dijo no haber prescrito nunca la vacuna a sus pacientes ($p<0.001$). Mientras que 97.2% de los participantes dijo que la vacuna estaba disponible en su país, 28.6% de los residentes y 23.9% de los especialistas desconocían guías de práctica clínica sobre vacunación contra la influenza en pacientes con cardiopatía ($p=0.146$). A su vez, 45.5% de los residentes y 35.1% de los especialistas no sabían si existían distintos tipos de vacuna contra influenza en su país ($p=0.003$). La Tabla 1 resume las perspectivas de los participantes sobre la seguridad de esta intervención. Respecto al momento de vacunación, solo 26.4% de los residentes y 37.2% de los especialistas consideraron seguro vacunar a un paciente durante la hospitalización o dentro del primer mes después de un síndrome coronario agudo ($p=0.002$). Opiniones similares se mantuvieron respecto a una hospitalización por insuficiencia cardíaca (39.8% versus 45.7%, $p=0.108$). Solamente 35.9% de los residentes y 48.1% de los especialistas reconocieron el beneficio de la vacunación contra influenza para reducir el riesgo de infarto agudo de miocardio ($p=0.001$; Tabla 2). Finalmente, el 54.1% de los residentes y el 46.9% de los especialistas expresaron que necesitaban más formación en esta área ($p=0.049$). **Conclusión:** Nuestros datos sugieren que un número significativo de cardiólogos desconoce el beneficio de vacunación contra influenza para reducir eventos cardiovasculares, siendo esto más notorio entre residentes. Además, es probable que exista una baja tasa de prescripción de vacunación durante o inmediatamente luego de un evento agudo, especialmente cuando este sea de origen coronario.

404

COMPARACIÓN DEL EFECTO SEGUN DOSIS DE ESPIRONOLACTONA EN FALLA CARDIACA DESCOMPENSADA

JARA VALDERRAMA J^{1,2}, RODRIGUEZ CARBONELL J¹, SAGASTEGUI AVALOS A¹, ANGULO ROMERO I¹

¹HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY, ²UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

Introducción: Los pacientes con falla cardíaca descompensada presentan con frecuencia disfunción multiorgánica a la admisión hospitalaria, existiendo una clara relación entre el número de órganos comprometidos y la mortalidad. La prioridad en el manejo de los pacientes hospitalizados por falla cardíaca es la mejora del cuadro clínico de congestión. Sin embargo, la descongestión efectiva es a menudo difícil de conseguir y una cantidad considerable de pacientes salen del hospital con un cuadro de congestión persistente y el consiguiente aumento del riesgo de muerte y rehospitalización por falla cardíaca. La espirolactona ha demostrado buenos resultados cardiovasculares en falla cardíaca ya que no solo mejora el pronóstico de los pacientes, sino también se acompaña de reducciones del volumen de la aurícula izquierda y aumento de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo a largo plazo, lo que indica resultados favorables de este fármaco tanto en la estructura como función cardíaca. La espirolactona en una descompensación de la falla cardíaca, especialmente a dosis altas, pueden ser útiles para aliviar la congestión, superar la resistencia a los diuréticos y mitigar la activación neurohormonal. **Objetivo:** Determinar la eficacia las diversas dosis espirolactona en falla cardíaca descompensada. **Materiales y Métodos:** Se revisó 320 historias clínicas entre los años 2019-2023 atendidos en el servicio de emergencia. Se recolectó datos de score clínico de congestión pulmonar, puntuación de Likert, diuresis diaria, uso de furosemida. Se clasificó según dosis de espirolactona: alta (100mg), intermedia (50mg) y baja (25 mg) Se consideró aquellos pacientes con TFG>30, sin uso previo de espirolactona, no uso de inotrópicos durante hospitalización. **Resultados:** Del total de población fueron 32.5% fueron mujeres y 67.5% fueron varones. Se evidenció una reducción significativa de la congestión pulmonar mayor en el grupo de espirolactona de dosis alta, un efecto diurético significativo en los grupos de dosis intermedia en comparación con dosis baja y menor riesgo de eventos de hipercalemia que en dosis alta. Asimismo se evidenció un efecto sinérgico mayor en aquellos pacientes que se uso de forma concomitante la furosemida en infusión. **Conclusión:** Dosis de espirolactona mayores de 50mg pueden mejorar la diuresis y reducción de congestión en falla cardíaca, siendo mayor en uso concomitante con furosemida en infusión, asimismo dosis de 50mg se mostró seguridad para usar en pacientes con tasa de filtración 30 a 45 ml/min/1,73 m² ya que no se evidenció cambios significativos en niveles de potasio sérico

398

CUANDO UNA IMAGEN LO DEFINE TODO

SAGÁSTEGUI AVALOS A¹, JARA VALDERRAMA J^{1,2}, RODRIGUEZ CARBONELL J¹¹HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY, ²UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**Antecedentes:**

La arteria coronaria única (SCA) es una anomalía anatómica congénita infrecuente en la cual la SCA surge del tronco aórtico por un solo seno coronario y proporciona perfusión de todo el miocardio. Su incidencia varía 0,024 al 1% de pacientes sometidos a cateterismo cardiaco. Es una patología en la cual se requiere necesariamente técnicas de imagen para su diagnóstico, siendo en la actualidad la angiografía coronaria una técnica no invasiva, accesible y con alta sensibilidad diagnóstica para lesiones obstructivas en arteria coronaria derecha y descendente anterior, así como diagnóstico de nacimientos anómalos de arterias coronarias.

Descripción del caso: Mujer 69 años. Hipertensión arterial (Irbesartan 150mg c/12h), Hipotiroidismo (levotiroxina 100mcg diario), Obesidad Morbida, Gonartrosis bilateral severa
Tiempo de Enfermedad : 01 semana

Forma de inicio: Insidioso

Curso: Progresivo

Desde hace 01 semana antes del ingreso refiere dolor torácico tipo opresivo retroesternal con irradiación hacia región dorsal de forma episódica que relaciona con actividad física mínima y cede tras autoadministración de isosorbide sublingual. 14/12/2018 : Acude a emergencia por presentar persistencia de cuadro de dolor anginoso que no cede con isosorbide.

Prueba de Esfuerzo y Ecoestres : No aplicable

Biomarcadores cardíacos: En rangos normales

EKG: Normal

Ecocardiografía: Ventana subóptima, FEVI: 65%, Disfunción diastólica ventricular izquierda tipo I, dilatación auricular izquierda leve.

AngioTHEM coronaria: Tronco arterial coronario único que nace del seno de Valsalva izquierdo, con calcificación en todo el territorio arterial izquierdo. Score calcio: 1453 puntos a predominio de territorio de arteria descendente anterior. SCA izquierdo tipo LIIB según Lipton. Placas calcificadas: oclusión 50% en origen posterior a arteria coronaria izquierda. Placas calcificadas en 2/3 proximales de arteria descendente anterior que ocluyen 70-80%; en región distal de arteria circunfleja que ocluyen 80% en un territorio de aproximadamente de 30mm de longitud (medición con IVUS like). Se confirma grado de lesiones por cateterismo y paciente es sometida a cirugía de revascularización al cuarto día de hospitalización. **Discusión:** Tiene una presentación clínica muy variable; desde asintomático hasta: angina, arritmia e incluso muerte súbita. Constituye en su mayoría un hallazgo accidental en coronario grafías en pacientes con cardiopatía isquémica, y tienen una tasa baja de incidencia de isquemia en pruebas de ergometría. Su diagnóstico es mediante angiografía, indicada también para estratificación de riesgo cardiovascular en pacientes que no se les puede realizar otras pruebas funcionales no invasivas. La actitud terapéutica dependerá de la edad y la presencia de síntomas, eligiendo entre terapia médica y revascularización.

375

NO TODO ES LO QUE PARECE

RODRÍGUEZ CARBONELL J, JARA VALDERRAMA J, SAGÁSTEGUI ÁVALOS A, SÁNCHEZ TAMAYO S, SÁNCHEZ CASANA G

¹HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY

Varón de 69 años con antecedentes de poliglobulia, dislipidemia. Clase independiente y funcional NYHA I.

Con los siguientes exámenes:

TC cerebral: Focos isquémicos antiguos, no hemorragia

Electrocardiografía: Aleteo auricular con baja respuesta ventricular, con FC: 40 - 50 latidos por minuto y alternancia con bloqueo completo de rama derecha.

Paciente ingresa a emergencia por disartria y hemiplejía izquierda. Se evidencia área hipodensa en el territorio de la arteria cerebral media, atrofia cerebral moderada.

Por protocolo, se realiza ecografía doppler arterial carótida, que muestra la ausencia de flujo en la arteria vertebral derecha asociada con bradicardia y disminución del flujo.

Después de 7 días de observación, pasa a cargo de cardiología por la siguiente ecocardiografía transtorácica:

1. FEVI: 56 % + Aumento de las presiones de llenado intraventricular izquierda (E/e⁻: 20)

2. Dilatación auricular izquierda grave con presencia de masa heterogénea

3. Presencia de CIA tipo OS 2 mm con SHUNT de izquierda a derecha

4. Doble lesión valvular aórtica (insuficiencia leve + estenosis grave) AVA: 0,8 cm/m², Vmax: 4,1, Gradmax: 64,53

5. Strain miocárdico global -15% con menor compromiso en la región apical 6. Alargamiento del cordón tendinoso del músculo papilar anterolateral. Realizamos una ecocardiografía transesofágica que muestra una dilatación auricular izquierda grave con la presencia de una masa heterogénea no móvil de 41x41x51 milímetros que está unida al ligamento Marshall con pedículo de 10 mm. Velocidad del apéndice auricular izquierdo 0,2 m/s.

Familia se negaba al tratamiento quirúrgico. Revisamos el protocolo de trombólisis ultra lenta, ultra dosis en el contexto de trombo intracardiaco. Se extrapoló el ensayo con la dosis de ALTEPLASE 1 mg/hora durante 48 horas; asociado a dosis de infusión de heparina para mejorar el efecto trombolítico en el paciente. Manteniendo controles de TTpa de 1,5 veces mayor al basal. No se presentó eventos adversos durante la administración del medicamento. Durante la evolución clínica del paciente, hubo una reducción del 95% en la estructura de su trombo en el control de la ecocardiografía transesofágica después del tratamiento con alteplasa y heparina. Actualmente, el paciente se mantiene con apixaban 5 mg cada 12 horas y clopidogrel 75 mg con resolución de trombo intracavitario. Concluimos que la terapia ultra-dosis, ultra-lentas con fibrinolíticos es eficaz y segura en el tratamiento de un trombo intraatrial gigante además de proporcionar las imágenes para la discusión del caso clínico.

397

SWITCH SACUBUTRIL VALSARTAN Y LEVOSIMENDANJARA VALDERRAMA J¹, SAGÁSTEGUI AVALOS A¹, RODRIGUEZ CARBONELL J¹¹HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY

Paciente mujer de 73 años hipertensa de larga data, con diagnóstico de insuficiencia cardíaca estadio C, clase funcional NYHA III. Terapia habitual: losartán 50 mg BID, espironolactona 25 mg diario y bisoprolol 2.5 mg diario. Ingresó por disnea y palpitaciones de 3 días de evolución, que se exacerbó con edema de miembros inferiores y ortopnea marcada. Ecocardiograma al ingreso: Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) 26%, disfunción diastólica tipo III. Electrocardiograma de ingreso: Ritmo sinusal con bloqueo completo de rama izquierda. Se inicia diurético en infusión y espironolactona 100 mg diario por 5 días. Se evidencia discreta mejoría clínica al segundo día de evolución, sin embargo por incremento de lactato respecto al basal, se optó por iniciar levosimendán en infusión a dosis de 0.1 ug/kg/min, con titulación gradual hasta 0.15 ug /kg /min sin reporte de intercorrencias. Al tercer día de evolución se cambia tratamiento a vía oral, con furosemida 40 mg diario vía oral, espironolactona 25 mg diario y losartán 25 mg c/12h, bisoprolol 5 mg diario. Al sexto día de ingreso es dada de alta, con medicación descrita y programándole nuevo pulso de levosimendán al mes. Posteriormente paciente recibe 3 pulsos de levosimendán y se estratifica riesgo cardiovascular mediante angiotomografía, definiéndose como muy alto riesgo. Ecocardiografía control al cuarto mes de iniciado los pulsos presenta: FEVI 33%, Disfunción diastólica tipo II. Se plantea proseguir con levosimendán por dos meses hasta obtener aprobación de sacubutril/valsartan 24/26mg por parte de nuestra institución. Una vez lograda la aprobación para entrega de medicamentos por 6 meses, paciente inicia terapia logrando mejoría clínica y disminución de tasas de ingresos hospitalarios. Sin embargo, al sexto mes de inicio de tratamiento con sacubutril/valsartan, paciente no cuenta con recursos económicos para continuarlo, por lo cual, se retorna a paciente a pulso mensual con levosimendán por dos meses más hasta lograr nueva aprobación de entrega de medicamento. Por esto, se reinició con sacubutril / valsartan en conjunto con vericiguat y dapaglifozina, se mantiene igual dosis de furosemida, espironolactona y se incrementa a bisoprolol 10 mg diario. Al segundo mes post inicio de nuevo esquema, se evidencia incremento de la FEVI en 6 %, no empeoramiento de la función diastólica ni deterioro renal. La importancia del presente reporte de caso es plantear la posibilidad de uso de levosimendán como terapia de reemplazo ante eventual discontinuación de sacubutril/valsartan en nuestra paciente.

371

TAQUICARDIA VENTRICULAR COMO DEBUT DE INSUFICIENCIA CARDIACARODRÍGUEZ CARBONELL J¹, JARA VALDERRAMA J, SAGÁSTEGUI ÁVALOS A¹HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY

Paciente varón de 70 años, con diagnóstico hace 3 años de Diabetes Mellitus tipo 2, en tratamiento con metformina 850 mg; además, Hipertensión Arterial, en tratamiento con losartán 50 mg 1x2, hidroclorotiazida 25 mg 1x1 y refiere ser fumador pesado de 2 cajetillas a diario. Paciente acude por emergencia por dolor torácico atípico, asociado a disnea a leves esfuerzos, sin clínica adicional, por las comorbilidades descritas previamente, se indica un electrocardiograma (ECG) evidenciando la imagen N°1. Siendo catalogado como una taquicardia supraventricular aberrada en presencia de bloqueo de rama izquierda, por lo que es referido a nuestro establecimiento. Al ingreso, reporta nuevamente cuadro de dolor torácico atípico, asociado a diaforesis, disnea y tendencia a la hipotensión. Se le toma un nuevo ECG, reportando la imagen N° 2. Impresiona una taquicardia ventricular monomórfica asociado a inestabilidad hemodinámica, con presencia de R monofásica en avR, con DII y DIII negativo, V1 morfología de bloqueo de rama derecha, V6 R/S >1, V1 - R monofásica. Todos estos hallazgos sugieren un origen en la región lateral de válvula mitral. Ante la inestabilidad hemodinámica, se realiza cardioversión eléctrica sincronizada, retomando a ritmo sinusal, con patrón de bloqueo de rama izquierda, presencia de QS y pobre progresión de onda R en cara anteroseptal V1-V3. Se instaure terapia antiisquémica y se realiza ecocardiografía. Reportando un ventrículo izquierdo dilatado, con paredes delgadas y una fracción de eyección del 29%, asociado a una disfunción diastólica del ventrículo izquierdo tipo II, además, se evidencia desplazamiento del inicio de la pared posterior ventricular de 6 mm, respecto al velo posterior de válvula mitral, en sístole. Por lo que se indica manejo de cardiopatía isquémica con ácido acetilsalicílico 100 mg 1x1, clopidogrel 75 mg 1x1, atorvastatina 40 mg 2x1, isosorbide dinitrato 10 mg 1x3; para disminuir riesgo de arritmia ventricular, se agrega amiodarona 200 mg 1x2; como parte de manejo de falla cardíaca, se indica espironolactona 25 mg 1x1, y para mejorar diástole y lusitropismo del paciente frente a presiones incrementadas del ventrículo izquierdo y disfunción diastólica tipo II, hicimos uso de pulso de levosimendán 12.5 mg 1 ampolla + 100 ml dextrosa 5% en infusión a 6 ml/hora. Paciente tolera tratamiento médico y es dado de alta sin nuevo episodio de arritmia. Actualmente, paciente hemodinámicamente estable, con terapia médica óptima, sin episodios de arritmias.

396

TAQUICARDIOMIOPATIA

JARA VALDERRAMA J¹, SAGÁSTEGUI AVALOS A¹, RODRÍGUEZ CARBONELL J¹, SERNAQUÉ MONTENEGRO L¹¹HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY

Paciente varón de 59 años con diagnóstico hace 2 años con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Hace 2 meses diagnóstico de Flutter atrial persistente, e insuficiencia cardíaca con ecocardiografía que informa: Fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI)= 31 %, patrón de relajación anormal del ventrículo izquierdo (VI), dilatación auricular derecha, disfunción sistólica del ventrículo derecho (VD). Acude a emergencia por disnea. A su ingreso hemodinámicamente estable, presenta taquipnea, hipoxemia, crepitantes en ambos campos pulmonares, se diagnostica como insuficiencia cardíaca descompensada Stevenson B, NYHA IV/IV AHA C. Electrocardiograma: Flutter atrial atípico de conducción variable con respuesta ventricular alta + incorrecta progresión de las ondas r en derivadas precordiales. Se inicia tratamiento farmacológico con diurético, antiagregante plaquetario, atorvastatina y lanatosido c . Paciente persiste taquicárdico por lo que se suspende digitalico y se inicia bolo de amiodarona e infusión posterior, sin mejoría. Posteriormente presenta, bradicardia, hipotensión, hiperlactatemia, requiere mayor soporte oxigenatorio. Se inicio soporte vasopresor con noradrenalina e inotrópico con dobutamina, al día siguiente , se evidencia nuevo episodio de flutter con respuesta alta y patrón de bloqueo de rama derecha de novo, se cardiovierte eléctricamente con 100 j, retornando a ritmo sinusal. Días posteriores Se realiza ecocardiografía control : FEVI 44% , Disfunción diastólica tipo III del VI (DDVI). Paciente con mejoría clínica, se inicia sacubutril/valsartan y es dado de alta. Ecocardiografía luego de 6 meses: FEVI: 61%, DDVI tipo II, Aurícula derecha menos dilatada, VD sin disfunción. Con el retorno a ritmo sinusal se observó mejoría en la FEVI y presiones de llenado por lo cual se diagnostica como taquicardiomiopatía. El aporte científico a la comunidad es destacar la importancia del reconocimiento de la taquicardiomiopatía como causa de falla cardíaca potencialmente reversible y su impacto significativo en la morbilidad y el pronóstico. En el caso, el flutter una arritmia de difícil control de ritmo, fue necesario la impregnación con fármacos antiarrítmicos y la posterior cardioversión eléctrica para el retorno a ritmo sinusal y con ello la mejora de la función diastólica y sistólica ventricular izquierda así como la disminución en el volumen de las cavidades cardíacas.

264

HEMITRUNCUS DERECHO CON PERSISTENCIA DE CONDUCTO ARTERIOSO: A PROPÓSITO DE UN CASO EN PACIENTE PEDIÁTRICO DE 6 AÑOS

NAVARRO VASQUEZ F¹, RAMOS BELTRÁN C², BRAVO CASTILLO A¹, ZEGARRA SILVA J², BERRIOS PACHECO R²¹HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, ²INSTITUTO NACIONAL CARDIOVASCULAR "CARLOS ALBERTO PESCHIERA CARRILLO" - INCOR

Antecedentes: Varón de 6 años, sin antecedentes de prenatales de importancia. Durante los 2 primeros años de vida presentó infecciones recurrentes de la vía aérea. en última hospitalización se objetivó persistencia de conducto arterioso (PCA). Estuvo asintomático cardiovascular hasta hace 4 meses previos a su ingreso hospitalario. **Descripción del caso:** En la primera evaluación presentaba disnea a moderados esfuerzos, dolor precordial esporádico con episodios de cianosis leve durante esfuerzo máximo. Al examen físico, peso y talla adecuados para la edad con funciones vitales estables. A nivel respiratorio, murmullo respiratorio pasaba bien en ambos hemitórax y ausencia de ruidos sobreagregados. A nivel cardiovascular, se observa y palpa choque de punta en 5to espacio intercostal izquierdo, por fuera de la línea medioclavicular izquierda, ruidos cardíacos rítmicos de buen tono, soplo sistólico III/VI en focos pulmonar y aórtico, 2do ruido incrementado. El electrocardiograma, eje desviado hacia la izquierda, signos de hipertrofia y sobrecarga ventricular izquierda. La radiografía de tórax, cardiomegalia por crecimiento de ventrículo izquierdo, tronco de arteria pulmonar incrementado y signos de congestión pulmonar. El ecocardiograma, situs solitus en levocardia, función sistólica biventricular preservada, dilatación de cavidades izquierdas, insuficiencia mitral leve, válvula aórtica trivalva con insuficiencia moderada, PCA con orificio pulmonar de 6.8 mm y orificio aórtico de 8.7 mm; evidenciando que la rama pulmonar derecha emerge de la aorta ascendente con signos indirectos de hipertensión pulmonar moderada a severa. La tomografía cardíaca confirmó el nacimiento anómalo de la rama pulmonar derecha desde la aorta ascendente, la rama pulmonar izquierda nace del tronco pulmonar y PCA tipo A de Krichenko de 10 mm. El cateterismo cardíaco corroboró el hemitruncus derecho con hipertensión pulmonar severa a predominio derecho. El test de vasorreactividad determinó que circulación pulmonar derecha no es vasorreactivo a diferencia de circulación pulmonar izquierda que si respondió a vasodilatador. **Discusión:** El origen anómalo de la arteria pulmonar desde la aorta es una malformación cardíaca rara, siendo el derecho el subtipo más común, representando alrededor del 80% de los casos, y de éstos el 70% se asocian con presencia de Ductus Arterioso Persistente. El shunt de izquierda a derecha de alto flujo y alta presión provocan Hipertensión Arterial Pulmonar, requiriendo un tratamiento quirúrgico correctivo precoz. En el caso de nuestro paciente, cursa con Hipertensión Arterial Pulmonar severa por lo cual ha iniciado tratamiento con Vasodilatador pulmonar y luego se realizará un nuevo Cateterismo Cardíaco para valorar la posibilidad de Tratamiento quirúrgico correctivo.

95

SINDROME DE SHONE: UNA CARDIOPATÍA CONGÉNITA RARA CON MORBILIDAD SIGNIFICATIVA EN LA EDAD ADULTANAVARRO VASQUEZ F¹, VALDEZ RAMOS M²¹HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, ²HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA

Antecedentes: Paciente varón de 42 años de edad, sin antecedentes de importancia. Es ingeniero geólogo y trabajaba a más de 5,000 m.s.n.m. sin síntomas. Luego del fallecimiento de su padre, presentó palpitaciones frecuentes, asociadas a disnea progresiva y edema de miembros inferiores, motivo por el cual acudió a Emergencias. **Descripción del Caso:** A la admisión hospitalaria, sus funciones vitales se encontraban estables, al examen físico despierto y conciente, a nivel respiratorio: taquipnea, crépitos de bases de ambos hemitórax, cardiovascular: soplo mesosistólico IV/VI, solo holosistólico tricuspídeo IV/VI y soplo holosistólico III/VI irradiado hacia la axila, abdomen: se palpó el hígado a 3 cm por debajo de recorde costal derecho, edema y pulsos disminuidos en miembros inferiores. En el ECG, ritmo sinusal, eje desviado hacia la izquierda, hemibloqueo anterior izquierdo, crecimiento auricular izquierdo, hipertrofia y signos de sobrecarga sistólica ventricular izquierda. En la radiografía de tórax se observó cardiomegalia, redistribución de flujo pulmonar apical y efusión pleural leve. En el ecocardiograma, se objetivó crecimiento de las cuatro cavidades, hipoplasia de músculos papilares con inserción de velos en un solo músculo papilar. Calcificación severa de válvula aórtica con estenosis severa, dilatación de tronco y ramas pulmonares, insuficiencia mitral y tricuspídea severas, función sistólica biventricular preservada y derrame pericárdico leve. Ligeramente aceleración a nivel de aorta descendente. Se decide realizar una angiografía cardiaca, cuyos hallazgos fueron compatibles con Complejo de Shone Incompleto (Válvula mitral en paracaídas, válvula aórtica bicúspide y coartación de aorta post-ductal). En el cateterismo cardiaco, las arterias coronarias sin lesiones significativas, con hipertensión pulmonar pre y post capilar. Se le realizó una angioplastia con balón y STENT CP a nivel de la coartación de aorta, mejorando las presiones. Luego ingresa a sala de operaciones, donde se le realizó recambio de válvula aórtica y mitral por válvulas protésicas, anuloplastia De Vega con colocación de anillo tricuspídeo y finalmente le encontraron una CIV la cual fue cerrada durante cirugía. Posteriormente, el paciente desarrolló un bloqueo AV de 3er grado, motivo por el cual se le implanto un marcapasos unicameral. Actualmente, ha mejorado su calidad de vida y sigue sus controles y tratamiento por consultorio externo de Cardiología. **Discusión:** El Síndrome de Shone es una cardiopatía congénita rara caracterizada por obstrucción del tracto de entrada y salida del ventrículo izquierdo. Tiene una mortalidad baja, pero con morbilidad significativa debido al desarrollo de arritmias, insuficiencia cardiaca e intervenciones a lo largo de su evolución.

147

PRESENTACIÓN INUSUAL DEL SÍNDROME DE CORAZÓN ROTO: MIOCARDIOPATÍA DE TAKOTSUBO INVERSO DESENCADENADO POR ANAFILAXIA MEDICAMENTOSA EN MUJER DE 30 AÑOSCAMILO FIGUEROA J¹, MÉNDEZ MONTAS L¹, RIVERA SILVERIO D¹, TEJADA C¹, COLLADO K¹¹CLINICA UNIVERSITARIA CLINICA UNIÓN MEDICA DEL NORTE

Antecedentes: La miocardiopatía de takotsubo Inverso (MCTI) es una variante de miocardiopatía de takotsubo rara que se presenta predominantemente en mujeres jóvenes, secundario a un estrés físico o emocional. Sin embargo, en un 30% de los pacientes no se identifica el desencadenante de la MCTI y rara vez se observa en pacientes con reacción de hipersensibilidad. **Descripción del caso:** Femenina de 30 años de edad con historia de ansiedad generalizada, atopía y colitis ulcerativa de 3 años de diagnosticada manejada a base de Mesalacina 500 mg. Paciente inicia cuadro clínico de evacuaciones líquidas en múltiples ocasiones y estrías sanguinolentas. Se realizan estudios de gabinetes en el ingreso como radiografía de tórax y ecocardiograma transtorácico (ETT) los cuales no mostraban alteraciones patológicas. Al tercer día de ingreso presenta náuseas que inducen al vómito y se administra dimenhidrinato presentando reacción anafiláctica secundaria grado I. A las 12 horas paciente presenta disnea en reposo y estertores pulmonares bilateralmente. Se realiza radiografía de tórax con datos de hipertensión venocapilar grado III, electrocardiograma con taquicardia sinusal, NT pro BNP mayor de 30,000 ng/l, eosinófilos en sangre 864.6 mm³ y troponina I dentro de los límites normales. Se solicita ETT que reporta ventrículo izquierdo (VI) con hipocinesia severa en los segmentos basales y medios, hipercinesia del ápex con función sistólica del VI (FEVI) de 33% y derrame pericárdico leve (9mm). Angiografía coronaria no mostró lesiones ateroscleróticas significativas. Se inicia tratamiento para disfunción sistólica del VI y se indica resonancia magnética cardíaca que muestra FEVI de 35%, aquinesia de los segmentos medios, hipocinesia de los segmentos basales, engrosamiento conservado del ápex (A) e hiperintensidad de señal en T2 STIR y aumento de T2 nativo en el miocardio localizado en los segmentos medios sugestivos de edema (B), T1 nativo normal (C) y sin captación patológica de gadolinio (D); Estos hallazgos compatibles con miocardiopatía por Takotsubo inverso. ETT controles a los 12 días mostraron recuperación de la FEVI en 58% y trastornos de contractilidad leve en los segmentos basales. **Discusión:** La MCTI desencadenada por anafilaxia medicamentosa representa un escenario clínico poco común y en la actualidad la literatura es escasa. La relación entre la anafilaxia y la miocardiopatía de Takotsubo inverso podría explicarse por la liberación de sustancias inflamatorias y mediadores químicos que provocarían espasmos coronarios transitorios, disfunción microvascular coronaria y disfunción miocárdica temporal. El reconocimiento temprano y el diagnóstico preciso son esenciales para optimizar el manejo terapéutico y modificar el pronóstico del paciente.

148

TUMORES CARDIACOS: REGISTRO CONTEMPORÁNEO EN LATINOAMÉRICA

LATAPI RUIZ ESPARZA X¹, GARCIA VILLAREJO M¹, DÍAZ HERRERA B¹, PAPAQUI QUITL N¹, GONZÁLEZ MACEDO E¹, HERNÁNDEZ PASTRANA S¹, ARAIZA GARAYGORDOBIL D¹, GOPAR NIETO R¹, ARIAS A¹, SIERRA LARA MARTÍNEZ J¹

¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

Introducción: Las neoplasias cardíacas son poco frecuentes, y la gran mayoría de las neoplasias cardíacas primarias (NCP) son histológicamente benignas. Los datos sobre la presentación clínica y los resultados de las NCP en un entorno latinoamericano de atención cardiovascular aguda son escasos. **Objetivos:** Identificar las neoplasias cardíacas primarias más comunes en la población latinoamericana, así como su presentación clínica y complicaciones más comunes. **Material y métodos:** Realizamos un análisis retrospectivo de 54 pacientes con masas cardíacas en la unidad cardiovascular aguda de un centro de atención terciaria en nuestra ciudad, durante un período de seis años. Se evaluaron los resultados clínicos, ecocardiográficos e histológicos de 48 pacientes. Se excluyeron los trombos intracavitarios. **Resultados:** Las NCP (77%) fueron más comunes que la enfermedad cardíaca metastásica (11%); la mayoría de las NCP eran benignas (n = 36, 85%) en mujeres de mediana edad. Las más comunes fueron los mixomas (n = 35, 83.3%), el rabdomioma (n = 4, 9.5%), el fibroelastoma papilar (n = 3, 7.1%) y los sarcomas (n = 6, 15%). Las principales localizaciones fueron en las aurículas (aurícula izquierda, n = 39, 72%; aurícula derecha, n = 13, 4%). Se realizaron ecocardiogramas y ecografías de punto de atención en todos los pacientes. Las principales presentaciones clínicas fueron disnea y síncope. La obstrucción mitral y la regurgitación tricuspídea fueron las complicaciones de válvulas más comunes. Se realizaron cirugías cardíacas de urgencia en un 63% en las primeras 48 horas. Las complicaciones más comunes fueron la implantación permanente de marcapasos y la insuficiencia renal. La mortalidad intrahospitalaria en pacientes con NCP fue del 13%, debido a shock cardiogénico (42%), insuficiencia cardíaca derecha (20%) y sepsis (9%). No se observaron diferencias en la mortalidad atribuible a la neoplasia cardíaca. **Conclusiones:** Las NCP son los tumores cardíacos más comunes en nuestra institución, con una alta tasa de mortalidad quirúrgica. Se necesita con urgencia un enfoque multimodal en países de ingresos medios, con el fin de lograr una caracterización y diagnóstico tempranos no invasivos del tejido.

40

UN CASO DE SÍNDROME DE ALCAPA: EVALUACIÓN IMAGENOLÓGICA MULTIMODAL

LATAPI RUIZ ESPARZA X¹, SANTIAGO HERNÁNDEZ A¹, AMARO PALOMO E¹, SIERRA LARA MARTÍNEZ J¹, ARIAS MENDOZA A¹

¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

Antecedentes: El Síndrome de ALCAPA, o el Origen Anómalo de la Arteria Coronaria Izquierda desde la Arteria Pulmonar, es una enfermedad congénita poco frecuente que puede causar isquemia, infarto agudo al miocardio, disfunción ventricular y muerte cardíaca súbita. Su prevalencia es de aproximadamente 1 en cada 300,000 nacimientos. **Descripción del caso:** Un paciente masculino de 18 años, con antecedentes de síncope recurrente y sin factores de riesgo cardiovascular subyacentes, se presentó en el servicio de urgencias después de una pérdida transitoria de conciencia. La exploración física no reveló anomalías. En el electrocardiograma se observó inversión de la onda T en las derivaciones inferiores. Dada la edad del paciente y la ausencia de factores de riesgo, se sospechó una cardiopatía congénita. En primer lugar, se realizó una ecocardiografía transtorácica, que mostró hipocinesia de la pared del ventrículo izquierdo. Posteriormente, se llevó a cabo una gammagrafía de perfusión miocárdica con tomografía de emisión de fotón único (SPECT rMPI), que evidenció un defecto de perfusión miocárdica en la pared anterior en reposo, exacerbado con estrés. Para descartar un infarto agudo al miocardio, se realizó una resonancia magnética cardíaca (RMC), que mostró realce normal (Figura 1). Finalmente, se llevó a cabo una AngioTAC, que confirmó el origen anómalo de la arteria coronaria izquierda desde la arteria pulmonar con dilatación de la arteria coronaria derecha (Figura 2). Con el diagnóstico confirmado, se procedió a la reparación quirúrgica sin complicaciones adicionales. **Discusión:** El diagnóstico del síndrome de ALCAPA se establece mediante la visualización directa de la arteria coronaria izquierda que se origina en la arteria pulmonar principal. La ecocardiografía transtorácica, la RMC y la AngioTAC son herramientas de imagen valiosas que pueden ayudar en el diagnóstico de este síndrome sin los riesgos invasivos de una angiografía coronaria. Se prefiere un enfoque multimodal para evidenciar alteraciones de perfusión causadas por ALCAPA y determinar si coexisten la disfunción ventricular y el infarto. La reparación quirúrgica del origen anómalo de la arteria coronaria debe realizarse lo antes posible debido al alto riesgo de muerte cardíaca súbita.

358

AORTIC DISSECTION MIMICKING ST-ELEVATED MYOCARDIAL INFARCTION

HERNANDEZ PASTRANA S¹, GONZÁLEZ MACEDO E¹, LATAPI RUIZ ESPARZA X¹, SANTIAGO HERNANDEZ A¹, ARAIZA-GARAYGORDOBIL D¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHAVEZ

Background: Chest pain is one of the most common causes of emergency room consultation, with multiple etiologies to be considered including myocardial infarction, pulmonary embolism, and acute aortic syndromes. Additionally, ST changes include a wide range of clinical entities for differential diagnosis, including left ventricular hypertrophy. Therefore it is important to study in depth the causes of these entities. **Case description:** A 39-year-old male with a past medical history of hypertension, taking losartan 50 mg b.i.d., arrived at the emergency room of a previous medical facility, due to dyspnea and chest pain that lasted 30 minutes with radiation to his jaw. A BP of 180/90mmHg was reported and ECG showed ST segment elevation in anteroseptal leads hence pharmacoinvasive strategy was initiated with 50 mg of tenecteplase (Figure 1). Following this, he presented gingival bleeding, hematuria, and hematemesis. Upon arrival at our emergency department, vital signs included BP:257/125 mmHg, HR:88 bpm, and RR: 20 rpm. On physical examination, he presented jugular venous distention grade 1 and left dysmetria and dysdiadochokinesia. On auscultation, a systolic murmur in the aortic area was heard, which radiated to the neck; a third sound was present as well. On neurological examination, he presented horizontal nystagmus, left dysmetria, and dysdiadochokinesia. ECG showed ST elevation in V1, V2, and V3 and inverted T waves on DI, AvL, and V6. Initial lab results show cTnT of 44.7 pg/mL with a rising trend, reaching 48.2 ng/mL and then 50.8 ng/mL. **Discussion:** Due to failure to meet blood pressure goals with a combination of six antihypertensive medications, the patient experienced a left hemorrhagic cerebellar stroke. POCUS was performed and revealed left ventricular hypertrophy. Upon further assessment of secondary hypertension, an aortic CT angiogram was performed, which showed Stanford B, DeBakey IIIB aortic dissection starting from the left subclavian artery up to the left iliac artery. The patient underwent fenestrated endovascular aortic repair and subclavian artery stenting without any complications (Figure 2). Clinical presentation of aortic dissection may be variable and can mimic other common entities, such as myocardial ischemia. An incorrect diagnosis may lead to inappropriate administration of fibrinolytic therapy with catastrophic outcomes.

187

DESAFÍOS EN EL MANEJO DE LA ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA CON INSUFICIENCIA CARDIACA

HERNANDEZ PASTRANA S¹, PRIEGO-RANERO A¹, ARIAS-ESCARPULLI R¹, DIAZ- HERRERA B¹, ARAIZA GARAYGORDOBIL D¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA IGNACIO CHAVEZ

Antecedentes: Acude a urgencias paciente masculino de 47 años, residente de Veracruz y campesino, con antecedentes de estenosis aórtica grave e insuficiencia cardiaca de FEVI reducida. Dos meses atrás, presentó deterioro de la clase funcional NYHA III, datos de insuficiencia cardiaca y congestión pulmonar; fue hospitalizado y tratado con diurético IV. Cinco días después de su alta hospitalaria presenta signos de congestión venosa sistémica, congestión pulmonar y ortopnea por lo que acude a urgencias. **Descripción del caso:** En la exploración física destacan facies caquéticas, palidez generalizada de tegumentos y diaforesis profusa. Signos vitales incluyen FC: 120 lpm, FR: 35 rpm, TA: 108/74 y SpO2 70% AA; IMC:19.53. En cuello se observa plétora yugular grado III, se palpan pulsos carotídeos con ascenso lento y vibrado, asociado a frémito y soplo. Se observa distrés respiratorio importante, estertores crepitantes difusos, sin sibilancias. En precordio se ausculta soplo expulsivo en foco aórtico de intensidad III/IV, frémito palpable en foco aórtico, soplo de escape aórtico de intensidad I/IV, tenue y protodiastólico. En extremidades se observa sarcopenia, pulsos periféricos disminuidos, tenues y filiformes. En los laboratorios destaca NT-proBNP de 6,2805 pg/mL y lactato de 8.8 mmol/L. En los estudios de imagen, la radiografía de tórax revela congestión pulmonar; ultrasonido pulmonar muestra líneas B y VExUS:3. ETT muestra: E Vel: 155.43 cm/s, E PG: 9.66 mmHg, A Vel 54.19 cm/s, A PG 1.17 mmHg y E/A: 2.87. **Discusión:** Se inició manejo con VMNI y terapia depleitiva de volumen con bolos de furosemida de 80 y 160 mg IV, sin conseguir diuresis, por lo que se decidió administrar infusión de nitroprusiato de sodio IV 63 mcg/min con el objetivo de reducir la precarga del VI. Se procedió con infusión de furosemida a 32 mg/hora con obtención de diuresis (6 litros en 12 horas), Na urinario de + 52.2 mmol/l y descomestión pulmonar efectiva. Posterior a ecocardiograma transtorácico se planteó el caso en sesión médico-quirúrgica (Heart Team) con un Euroscore de 7% de riesgo de mortalidad, STS 4.4%, y morbimortalidad de 14.59%. Se decidió tratar con TAVI y ECMO; sin embargo, el paciente sufrió ruptura del anillo y raíz aórtica que causó taponamiento cardiaco y, posteriormente, su defunción.

190

TRUNCUS ARTERIOSUS WITH INTERRUPTED AORTIC ARCH AND UNIVENTRICULAR PHYSIOLOGY IN A PATIENT IN THE NEONATAL PERIOD

ALBORES VALENTI M¹, BALCAZAR OCHOA C¹¹HOSPITAL GENERAL DR. EDUARDO VÁZQUEZ N

Abstract: This report is about a male patient who debuted with a saturation of 80%, without recovery despite supplemental oxygen. On physical exploration, we observed hyperdynamic precordium, with a grade II systolic murmur in the pulmonic area. An electrocardiogram was performed without pathologic findings, and a thorax radiography showed pulmonary hyper-flow. For this reason, we requested an assessment by the pediatric cardiology department. They conducted an echocardiography which made evident the truncus arteriosus with interrupted aortic arch and univentricular physiology. The patient was admitted to NICU to complete the approach and we solicited an angiography to design a surgical correction plan. The family did not accept the surgical procedure and requested the discharge of the patient. Patient died at the age of two months, secondary to heart failure and cardiorespiratory arrest (the family did not accept resuscitation maneuvers). In patients with a critical congenital heart disease, cardiac screening is of utmost importance since it allows the early detection of heart diseases of high mortality. **Background:** Heart defects represent the most frequent malformations at birth. There is a global incidence of 10-12 children out of every 1000 born alive; hence some strategies of timely detection have been proposed, such as cardiac screening, which is indicated for the detection of critical congenital heart diseases. TA is a relatively rare heart abnormality, with an incidence of 0.21-0.34% of the patients born with a congenital heart abnormality. **Case description:** A 5-day-old male, son of young non-consanguineous parents and with no other history of importance. He presented a desaturation of up to 80% at the first hours of life, so supplemental oxygen was initiated without presenting improvement in pulse oximetry. Cardiac screening showed preductal and postductal saturations of 88% and 90%, respectively. On physical examination, we observed hyperdynamic thorax, with a grade II systolic murmur on pulmonic aerea. Thorax radiography with slightly increased pulmonary flow, the electrocardiogram was normal. Echocardiogram and angiography show hypoplastic left ventricle + type A4 truncus arteriosus (Van Praagh) with interrupted aortic arch, large patent ductus arteriosus (14 mm), quadricuspid truncoar valve without stenosis, and single right ventricle (figures 1, 2). **Discussion:** Cardiac screening must be conducted during the first days of life to all newborns, with an adequate oximeter, to evaluate a saturation lower than 94% or differentials between preductal and postductal higher than 3% to detect congenital critical cardiopathies. Newborns with a complex heart disease require a multidisciplinary approach.

44

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DISFUNCIÓN DIASTÓLICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES JOSÉ CARRASCO ARTEAGA DE LA CIUDAD DE CUENCA, ABRIL A NOVIEMBRE DE 2023

GUZMAN GUILLEN K¹, ABRIL ULLOA S¹HOSPITAL DEL RIO

Prevalencia y factores asociados a disfunción diastólica del ventrículo izquierdo en adultos mayores del servicio de Geriatría, Abril - Noviembre de 2023. **Introducción:** La función diastólica es el conjunto de parámetros que reflejan el estado de relajación de los ventrículos. No se conoce la prevalencia y factores asociados en adultos mayores en Ecuador por lo que el objetivo principal en este estudio fue determinar la prevalencia de DDVI utilizando los criterios para evaluación de la función diastólica de la ASE/EACVI. **Objetivos:** Determinar la prevalencia de DDVI y factores asociados en adultos mayores. **Específicos:** 1. Caracterizar a la población de acuerdo a las variables demográficas, antropométricas, clínicas, ecocardiográficas. 2. Determinar la prevalencia de los grados de disfunción diastólica del ventrículo izquierdo en adultos mayores. **Material y métodos:** Estudio transversal, analítico, realizado en el departamento de Geriatría del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca, Ecuador. Se obtuvieron datos demográficos, clínicos y ecocardiográficos. Se obtuvieron las prevalencias de función normal, indeterminada y disfunción diastólica. Se analizaron dos grupos, con disfunción y sin disfunción diastólica con las variables categóricas, se aplicó X², con un valor $p < 0,05$ se catalogó que existió asociación. **Resultados y Conclusiones:** La muestra estuvo integrada por 158 casos, de los cuales 91 (58%) mujeres y 66 (42%) hombres, en el rango de 65-74 años se estudiaron a 107 individuos de los cuales 44 (41,12%) fueron hombres y 63 (59%) fueron mujeres, en el rango de 75-84 años se observaron a 38 individuos de los cuales 17 (44,74%) fueron hombres y 21 (55,26%) fueron mujeres y se analizaron 13 individuos con edad ≥ 85 años de los cuales 5 (38,46%) fueron hombres y 8 (61,54%) fueron mujeres. Se obtuvo una prevalencia de la función diastólica normal de 55,7%, indeterminada de 24,7% y de disfunción diastólica de 19,6%. De los 158 pacientes observados, 31 presentaron disfunción diastólica, con una prevalencia de grado 1 de 48,39%, para el grado 2 de 45,16% y grado 3 de 6,45%. La edad, mostró ser diferente con respecto a la función diastólica con un valor $p 0,011$. **Conclusiones:** La prevalencia de DDVI en adultos mayores en un servicio de Geriatría fue de 20% y de estos pacientes la prevalencia de grado 1 fue de 48,39%, para el grado 2 de 45,16% y grado 3 de 6,45%. La edad se asoció con disfunción diastólica con un valor $p 0,011$.

35

CONSENSO GLOBAL DE EXPERTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO CON LA POLIPÍLDORA CARDIOVASCULAR CNIC (ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO, ATORVASTATINA Y RAMIPRIL) TRAS UN EVENTO CARDIOVASCULAR AGUDO

SOSA LIPRANDI Á¹, PONTE-NEGRETTO C², GONZÁLEZ JUANATEY J⁴, GÓMEZ ALVAREZ E⁵, ABREU A⁶, ARAÚJO F⁷, PARKHOMENKO A⁸, WEISSER B⁹, PIÑEIRO D¹⁰, FUSTER V³

¹SOCIEDAD INTERAMERICANA DE CARDIOLOGÍA, ²INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA, ³CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CARDIOVASCULARES CARLOS III (CNIC), ⁴HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO, ⁵CENTRO MÉDICO 20 DE NOVIEMBRE, ⁶CENTRO DE REABILITACIÓN CARDIOVASCULAR HOSPITAL DE SANTA MARIA, CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, ⁷HOSPITAL LUSIADAS, ⁸CENTRO CIENTÍFICO NACIONAL QUE LLEVA EL NOMBRE DE STRAZHENSKU (PREVIAMENTE INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA), ⁹INSTITUTO DE CIENCIAS DEL DEPORTE CHRISTIAN ALBRECHTS, ¹⁰WORLD HEART FEDERATION

Breve Introducción: La Polipíldora-CNIC (ácido acetil salicílico [AAS]+atorvastatina+ramipril) redujo en 33% la mortalidad CV en pacientes tras infarto de miocardio (IM) reciente frente al tratamiento farmacológico habitual. Por ello, las Guías ESC 2023 recomiendan usar la Polipíldora-CNIC (AAS+atorvastatina+ramipril) para prevenir la recurrencia de eventos cardiovasculares (eCV) mayores y mejorar la adherencia. **Objetivos:** Generar consenso entre médicos expertos sobre la óptima implementación de la Polipíldora-CNIC (AAS+atorvastatina+ramipril) como tratamiento de base para prevenir recurrencias de eCV en la práctica clínica habitual. **Material y métodos:** Se empleó un método Delphi modificado en dos rondas. Se creó un cuestionario con 30 afirmaciones respaldadas por evidencia de revisión bibliográfica sistemática, validado por 8 cardiólogos expertos. 50 médicos especialistas de 19 países fueron invitados a participar como panelistas, para indicar acuerdo e importancia en una escala Likert de tres puntos. El consenso se logró si ≥80% de los panelistas estuvo de acuerdo o puntuó las preguntas como 'muy importantes' o 'importantes'. Las afirmaciones sin consenso en la primera ronda se modificaron según la evidencia y los comentarios de los panelistas, y se puntuaron en la segunda ronda. Cualquier desacuerdo persistente se resolvió en una reunión con los expertos. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos. **Resultados:** Tasa de respuesta: 76%, primera ronda; 74%, segunda ronda; Panelistas: 82%, cardiólogos, 13% internistas; 74% recomendaba la Polipíldora-CNIC (AAS+atorvastatina+ramipril) frecuentemente. Hubo consenso en 93,3% de afirmaciones. 97,4% acordó que los resultados de investigación indicativos de que la Polipíldora-CNIC como tratamiento de base reduce en 24% el riesgo relativo de eCV graves en 3 años (mediana) son replicables en la práctica clínica, y es segura; 81,1% coincidió en iniciarla cuanto antes tras estabilización. Hubo alto acuerdo en que pacientes con antecedentes de accidente cerebrovascular (94,7%) o enfermedad arterial periférica (92,1%) se benefician de la Polipíldora-CNIC. 91,9% coincidió en que la polipíldora reduce los costes del manejo de la enfermedad cardiovascular (ECV); 89,5%, que permite prevenir recurrencias a un coste asumible. 100% consideró la implementación de la Polipíldora-CNIC al alta hospitalaria o primeras visitas para alcanzar objetivos terapéuticos (81,6%) y mejorar adherencia (94,7%). Se acordó seguir algoritmos para iniciar (97,3%) o cambiar (97,4%) a la Polipíldora-CNIC. 97,4% coincidió en que el plan terapéutico debe considerar las preferencias del paciente. **Conclusiones:** El consenso de expertos respalda implementar tempranamente la Polipíldora-CNIC (AAS+atorvastatina+ramipril) como estrategia terapéutica basal para reducir recurrencias de eCV, mejorar el pronóstico y disminuir la mortalidad cardiovascular en pacientes con ECV tras IM reciente.

156

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO POR OCLUSIÓN TROMBÓTICA DOBLE DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR Y CORONARIA DERECHA

DÍAZ HERRERA B¹, RUIZ BELTRÁN A¹, LATAPI RUIZ ESPARZA X¹, FONSECA ROBLES R¹, HERNÁNDEZ PASTRANA S¹

¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA

Antecedentes: Masculino de 53 años con antecedente de IAMCEST en 2017 con colocación de stents en la arteria descendente anterior proximal (LAD), arteria circunfleja proximal (Cx), y segmento medial de la arteria coronaria derecha (CD). **Descripción del caso:** Se presentó en el departamento de urgencias con datos de IAMCEST anterior. Recibió tenecteplasa a los 90 minutos de inicio de los síntomas, presentando criterios no invasivos de reperfusión exitosa a los 60 minutos de iniciada la terapia fibrinolítica. El paciente presentó nuevo episodio de dolor torácico dos horas después de la administración de la lisis. Un ECG reveló una nueva elevación del segmento ST en las derivaciones DII, DIII, aVF, y V3R-V6R. El paciente fue trasladado a la sala de cateterismo con datos de inestabilidad hemodinámica. La angiografía coronaria mostró una oclusión total trombótica en el segmento proximal de la arteria descendente anterior y trombo TIMI IV en el segmento proximal de la coronaria derecha. Se realizó una ICP con colocación de stent en las arterias CD y LAD. El flujo final de ambas arterias resultó en TIMI 3 y el estado clínico y hemodinámico del paciente mejoró notablemente. **Discusión:** Nuestro paciente tuvo un infarto en dos territorios debido a los cambios electrocardiográficos y evidencia angiográfica de oclusión total simultánea de la LAD y la CD, sin flujo colateral. La mayoría de los pacientes con oclusión total simultánea de múltiples arterias coronarias experimentan inestabilidad hemodinámica debido a una mayor cantidad de miocardio en riesgo, por lo que un diagnóstico oportuno y pronta revascularización son determinantes en el pronóstico. La trombosis simultánea de más de una arteria coronaria se ha informado en aproximadamente el 5% de los casos de IAMCEST en el momento de la angiografía coronaria. El hallazgo angiográfico más frecuente es la oclusión de la CD y la LAD. Aunque el mecanismo subyacente sigue siendo poco claro en la mayoría de los pacientes, se ha sugerido que ocurre una desestabilización difusa de las placas coronarias debido a una respuesta inflamatoria que no está restringida a una única lesión culpable.

222

PERFUTC: UNA NUEVA MODALIDAD PARA GUIAR LA REVASCULARIZACIÓN EN LOS IAMCEST NO REPERFUNDIDOSFONSECA ROBLES R¹, DÍAZ HERRERA B¹, HERNÁNDEZ GONZÁLEZ G¹, BRENES CASTRO D¹, MERCEDES DORITA C¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA

Antecedentes: La decisión de revascularizar a los pacientes con un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) de presentación tardía recae en el hallazgo de isquemia residual realizado mediante técnicas de imagen no invasiva, las cuales proporcionan exclusivamente información anatómica o funcional. En este caso presentamos un método diagnóstico novedoso que combina ambas características. **Descripción del caso:** Hombre de 49 años acudió con médico particular por episodio de dolor torácico de características anginosas, el electrocardiograma documentó IAMCEST inferior por lo que se recomendó dirigirse inmediatamente al servicio de urgencias, sin embargo, el paciente llegó con 48 horas de retraso. Bajo el contexto de un IAM de presentación tardía se ingresó al paciente y decidió realizar una tomografía computarizada de estrés con perfusión miocárdica (PerfuTC) la cual mostró una zona de infarto inferior e isquemia en territorio de la arteria descendente anterior (DA); en la angioTC coronaria se documentó una lesión que condiciona obstrucción del 70% en segmento medio de la arteria DA. El paciente pasó a cateterismo coronario con medición de FFR < 0.80, por lo que se realizó angioplastia coronaria en la arteria DA con implantación de dos stents liberadores de fármaco. **Discusión:** El uso de la PerfuTC solamente está descrito en la evaluación de angina estable, siendo este uno de los primeros casos a nivel internacional en extender su uso ante el contexto de un IAM de presentación tardía, lo que permitió definir el sitio susceptible a revascularización con un mayor impacto funcional. El uso de la PerfuTC permite la caracterización anatómica en combinación de una evaluación exhaustiva de isquemia residual, lo que permite fundamentar la decisión de revascularizar a este grupo de pacientes.

388

TRÍADA INESPERADA: BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR, ONDAS T GIGANTES Y TAKOTSUBODÍAZ HERRERA B¹, GARCÍA ESPINOSA J¹, HERNÁNDEZ A¹, GONZÁLEZ MACEDO E¹, AMARO PALOMO E¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA

Antecedentes: Paciente femenina de 64 años de edad con historia de hipertensión arterial controlada. Se presentó al departamento de urgencias de unidad hospitalaria externa debido a dos episodios de síncope, a su ingreso se registra bradicardia asintomática. El electrocardiograma muestra un bloqueo AV completo, se administra atropina y gluconato de calcio sin mejoría en la frecuencia cardíaca, por lo que se decidió iniciar infusión de dopamina. **Descripción del caso:** La paciente se trasladó a nuestro instituto donde se recibió con bloqueo AV de tercer grado, QT prolongado y datos de hipotensión por lo que se colocó marcapasos bicameral DDD e ingresó a UCC para vigilancia. Se realizó ecocardiograma que demostró alteraciones en la movilidad y respecto a los laboratorios, destacó NT-ProBNP en > 70.000. Se realizó cateterismo que evidenció arterias coronarias sin lesiones obstructivas y la ventriculografía demostró hipercinesia en pared anterior en tercio basal y en pared inferior en tercio basal, segmentos medio y apical en ambas paredes con acinesia, integrándose diagnóstico de miocardiopatía de Takotsubo. **Discusión:** Este caso ejemplifica un conjunto de manifestaciones poco comunes de una patología poco frecuente. El "síndrome del corazón roto" constituye aproximadamente entre el 1-2% de los pacientes que experimentan síntomas de un síndrome coronario agudo. Hay pocos reportes de casos que describen la aparición de un Takotsubo después de la colocación de un marcapasos; usualmente, el bloqueo AV de alto grado y la miocardiopatía aparecen en conjunto. Una explicación aceptada es la presencia de espasmos difusos en las ramas de las arterias coronarias que provocan isquemia miocárdica y trastorno de la conducción auriculoventricular. Por otro lado, la presencia en el electrocardiograma de ondas T gigantes invertidas representa un hallazgo descrito como patrón fase 4 de cambios electrocardiográficos que pueden presentarse en un Takotsubo, es decir, prolongación del QT aunado a ondas T gigantes invertidas, las cuales pueden estar presentes en diferentes patologías como hipertensión intracraneal, infartos cerebrales extensos, hemorragias subaracnoideas e inclusive otros tipos de miocardiopatías.

197

FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXISTICA COMO DEBUT DE UN DERRAME PERICARDICO MASIVO EN PACIENTE ONCOLOGICO

VAZQUEZ MARTINEZ M¹, PEREZ DOLORES A, HERRERA LÓPEZ O, RAMIREZ SANCHEZ P¹IMSS

Antecedentes: La fibrilación auricular es una arritmia de etiología multifactorial, sin embargo como presentación inicial de derrame pericárdico no es común. El objetivo es dar a conocer la presentación atípica de derrame pericárdico masivo en paciente oncológico. **Caso clínico:** Paciente masculino de 48 años con factores de riesgo cardiovascular edad, genero, sexo con antecedentes crónico degenerativos de cáncer de pulmón (carcinoma invasor poco diferenciado) diagnosticado en marzo 2023 en quimioterapia; 8 ciclos etopósido y cisplatino , con 1 ciclo de paclitaxel hace 6 meses. Presenta 3 meses de evolución con ortopnea, e inicio hace 2 semanas con disnea de medianos esfuerzos que progresa a pequeños esfuerzos con deterioro de la clase funcional, palpitaciones ,disnea, tos paroxística, edema en extremidades inferiores por lo que acude a urgencias con electrocardiograma de 12 derivaciones , corriendo a 25 mm , arrítmico , irregular , con FC 170 lpm , eje a la izquierda , ausencia de onda P , PR 0.12 seg , V1-V2 bloqueo de rama derecha , eje desviado a la izquierda , con alternancia de intervalo R-R , radiografía de tórax se observa corazón en garrafa y derrame pleural bilateral. A su exploración física con ruidos cardiacos velados, ingurgitación yugular GI, con presiona arterial 65 mmHG, por lo que se realiza rastreo ecocardiográfico evidencia derrame pericárdico con separación de hojas de 5 cm, con colapso de cavidades derechas, y variación de flujo transmitral por lo que se realiza pericardiocentesis urgente se drenan 1560 cc de líquidos seroso, con separación final de hojas de 8 mm. **Resultados:** Se envían muestras de líquido pericárdico: Cultivos negativos , Citológico y citoquímico: eritrocitos 50% morfología normal y 50% crenados, con numerosas células mesoteliales , células 680 PMN 66 , leucocitos 2-4 . Papanicolaou : citología de líquido pericárdico teñida con Papanicolaou a muy gran aumento 40xx ; las células neoplásicas son medianas a grandes con citoplasma naranjofilo, homogéneo y núcleos irregulares hiperromáticos, grandes de bordes irregulares. En ocasiones forman luces glandulares irregulares. **Discusión:** Aunque la presentación del cuadro clínico en pacientes oncológicos suele ser distinta, a nivel mundial se han reportado solo 9 casos de arritmia auriculares por derrame pericárdico maligno, asociada principalmente a ectopias por distensibilidad, en relación a este caso por la ausencia del signos clínicos inflamatorios este tipo de derrame se ha visto asociado a origen tumoral.

167

TAQUICARDIA VENTRICULAR SOSTENIDA EN PACIENTE CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

PEREZ DOLORES A¹, LOZANO RUEDA G¹, PEREZ CRUZ G¹, GARCIA JIMENEZ Y¹¹UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES NO.14 IMSS

Antecedentes: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es un trastorno primario del músculo cardíaco causado por mutaciones en genes que codifican proteínas sarcoméricas cardiacas, existen distintas variantes siendo la más frecuente es la que afecta al septo, existen variantes atípicas como la apical, en estos pacientes es mayor la incidencia de taquicardias ventriculares sostenidas (TVS), se han descrito porcentajes 21% en los registros de Holter en pacientes con MCH. Se informa que la muerte súbita, su complicación más importante con una incidencia anual del 2% al 4%. Presentamos el caso de un paciente con MCH apical y TVS tratado con amiodarona. **Descripción del caso:** Masculino de 89 años ingresa por palpitaciones y dolor precordial presentaba ECG con taquicardia regular a 190 por min, con QRS ancho de 0,16 s y complejos monofásicos negativos (ausencia de rS en precordiales) revirtiendo en los primeros eventos a la administración de amiodarona, sin embargo posteriormente curso con eventos de TV sin retorno a ritmo sinusal a pesar de doble antiarrítmico por lo que se decide cardioversión eléctrica, se realiza angiografía cardíaca con evidencia de lesión en arteria coronaria derecha de 98% distal antes de la cruz y colocación de stent, se realiza ecocardiograma evidenciándose hipertrofia de predominio apical en As de picas, sin gradiente significativo. **Discusión:** La MCH es una enfermedad genética que causa disfunción del sarcómero. Los cambios estructurales y funcionales del miocardio se combinan para producir arritmias cardíacas relacionadas con fenómenos de reentrada y con actividad automática desencadenada. Las arritmias más comunes son la fibrilación auricular y las arritmias ventriculares, su tratamiento se basa principalmente en la medicación con amiodarona o en la ablación por radiofrecuencia en casos de taquicardia de la unión. Las arritmias ventriculares son principalmente extrasístoles ventriculares aisladas y taquicardia ventricular no sostenida. La TVS y la fibrilación ventricular, aunque son complicaciones de la miocardiopatía hipertrófica potencialmente mortales, rara vez se documentan y justifican la implantación de un desfibrilador automático ya que el riesgo de recurrencia es alto. Po lo que se debe identificar al paciente con alto riesgo de muerte súbita. La afectación conocida de las coronarias intramurales de estos pacientes o la alteración en la relación aporte-demanda debido a la hipertrofia podrían desempeñar un importante papel fisiopatogénico. La implantación de un desfibrilador automático es la forma de tratamiento más fiable. Pacientes con miocardiopatía hipertrófica que sobreviven a un paro cardíaco deben ser tratados preferentemente con un DAI.

254

INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA TORRENCIAL SECUNDARIA A ROTURA VALVULAR, UNA COMPLICACIÓN INFRADIAGNOSTICADA EN EL TRAUMA CERRADO DE TÓRAXINCA K¹, PERALTA M²¹PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR, ²HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARÍN

Antecedentes: La rotura de la válvula tricúspide es una complicación infrecuente e infradiagnosticada del traumatismo torácico cerrado. Representa <1% de las complicaciones valvulares cardíacas. Los principales mecanismos asociados incluyen rotura de cuerdas tendinosas, músculo papilar y desgarro del velo. Al ser pacientes politraumatizados, es usual pasar desapercibido este tipo de lesiones debido a la falta de sintomatología inicial. Describimos un caso de insuficiencia tricúspide torrencial traumática y destacamos la importancia de la multimodalidad para llegar a un diagnóstico temprano. **Descripción del caso:** Masculino de 45 años sin antecedentes, quien sufre una caída de escalera de 3 metros recibiendo contusión torácica. En urgencias se lo valora estable. Glasgow 15/15, sin cambios aparentes al examen físico. Troponinas >1000, electrocardiograma en ritmo sinusal y bloqueo completo de rama derecha. Tomografía de tórax descartó contusión pulmonar. El paciente fue dado de alta 48 horas después asintomático, con hemodinamia conservada y troponinas en descenso, catalogándose como trauma torácico cerrado más contusión miocárdica. Al tercer día retorna con cuadro de abdomen agudo, por lo que fue sometido a laparoscopia + drenaje de hemoperitoneo (800 ml). La tomografía mostró derrame pleural bilateral, en ecocardiograma se observó cámaras derechas dilatadas, función sistólica conservada, PMAP 32mmHg, válvula tricúspide con anillo dilatado (4.2 cm), prolapso sistólico completo del velo anterior por rotura de cuerdas tendinosas y parte del músculo papilar anterior, ausencia de coaptación con un jet de insuficiencia severo. El paciente permanece en seguimiento por cirugía cardiotorácica quienes deciden planificación quirúrgica ambulatoria. En 3 meses de seguimiento el paciente ha permanecido en clase funcional I, sin signos de descompensación. **Discusión:** La lesión tricúspide es una secuela rara de los traumatismos cerrados de tórax, siendo la última afectada después de la válvula aórtica y mitral. Sus principales mecanismos incluyen compresión, descompresión o desaceleración del tórax generando un aumento de la presión intraventricular derecha y su consecuente afectación de estructuras valvulares. Frecuentemente los casos reportados llegan a ser diagnosticados tiempo después, incluso años posterior al evento causante debido a la falta de sintomatología inicial y al enmascaramiento de otros cuadros clínicos al ser pacientes politraumatizados. Aunque este tipo de lesiones suelen ser bien tolerados, progresivamente conducen a la dilatación del ventrículo derecho y finalmente hacia la falla cardíaca. Por ello la importancia de integrar a los protocolos de emergencia, en casos de traumas cerrados de tórax a la ecocardiografía TT o TE para llegar a un diagnóstico preciso y oportuno.

108

INFLUENCIA DEL SEXO PARA EL DIAGNÓSTICO Y ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DE ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA MEDIANTE TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE FOTÓN SIMPLE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINALROBLES CRUZ J¹, PUENTE BARRAGAN A, VELASQUEZ LOPEZ L¹C.M.N. 20 DE NOVIEMBRE CDMX MEXICO

Introducción: En las últimas décadas, la mortalidad secundaria a enfermedad arterial coronaria (EAC) ha sido mayor para las mujeres en comparación con los hombres, este incremento puede estar relacionado con la subestimación del riesgo cardiovascular, especialmente en mujeres con riesgo intermedio a alto. La Tomografía Computarizada por Emisión de Fotón Simple sincronizada con electrocardiograma (gated-SPECT) es útil en el diagnóstico de isquemia miocárdica, estratificación de riesgo y toma de decisiones terapéuticas en pacientes con Enfermedad Renal Crónica terminal (ERC) en protocolo de trasplante. **Objetivo:** Evaluar la utilidad del gated-SPECT de perfusión miocárdica en el diagnóstico y estratificación de riesgo de EAC en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Fase Terminal, en relación con el sexo. **Material y métodos:** Se analizaron 170 pacientes con enfermedad renal crónica en fase terminal a quienes se les realizó gated-SPECT para diagnóstico de EAC, se dividieron en base al sexo y resultados post-test en las siguientes categorías: bajo, moderado y alto riesgo. Se determinó la conducta terapéutica y los hallazgos en la angiografía coronaria. Análisis estadístico: chi cuadrada, cociente de probabilidades relativas OR. **Resultados y conclusiones.** Edad promedio 43.9 (± 13.2), mujeres 42.4% y hombres 57.6%. Resultados gated-SPECT positivo para EAC: hombres 47.1 % mujeres 25.4 %. Riesgo post-test en mujeres: bajo riesgo 88.7 %, moderado 2.8 % y alto 8.5 %; hombres: bajo riesgo 73.8 %, moderado 12.1 % y alto 14.1 %. Del total de pacientes de moderado-alto riesgo (27 pacientes, 15.8%) se realizó angiografía a 16 (60 %); 43 % mujeres y hombres 57%), encontrando lesiones significativas en 8 (25 % mujeres y 75 % hombres). No se encontró diferencia significativa entre los hallazgos angiográficos en ambos sexos, OR 0,93 (C 0.79 – 14.4 p= 0.085 Coeficiente de contingencia 0.12). Conclusiones. Más de la mitad de los pacientes con ERC tienen isquemia miocárdica. El gated-SPECT permite un adecuado diagnóstico de EAC y estratificación de riesgo para la toma de decisiones terapéutica en pacientes con ERC terminal, sin existir diferencias estadísticamente significativas en relación con el sexo, cuando se comparan con los hallazgos en la angiografía coronaria.

48

STRAIN VENTRICULAR IZQUIERDO Y OTROS MARCADORES ECOCARDIOGRÁFICOS DE AFECTACIÓN CARDÍACA EXTRAVALVULAR, EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA SINTOMÁTICA DEL HOSPITAL REGIONAL 1º DE OCTUBREROCHA ENCISO L¹, ARROYO MARTÍNEZ E, RIVERA HERMOSILLO J, MUÑOZ PÉREZ M¹ISSSTE

Introducción: Las indicaciones para reemplazo valvular aórtico se basan en el área valvular, velocidad máxima, gradiente medio transvalvular y presencia de síntomas; sin embargo, no se han considerado otros parámetros indicativos de afectación cardíaca extravalvular. Estos parámetros son incluidos en la clasificación de Génèreux, los cuales tienen impacto sobre el pronóstico de pacientes con estenosis aórtica severa. Esta clasificación no toma en cuenta el strain auricular ni ventricular izquierdos, los cuales toman relevancia por su utilidad como marcadores tempranos de disfunción auricular y ventricular. **Objetivos:** Describir porcentajes del SLG ventricular izquierdo, strain reservorio auricular izquierdo y otros marcadores ecocardiográficos de afectación cardíaca extravalvular en pacientes con estenosis aórtica severa sintomática del hospital Regional 1º de Octubre. Establecer correlaciones entre SLG ventricular izquierdo, strain reservorio auricular izquierdo y los diferentes estadios de afectación cardíaca extravalvular. Correlacionar el strain reservorio con el volumen de la aurícula izquierda. **Material y métodos:** Estudio transversal y analítico. Se analizaron 40 pacientes con estenosis aórtica severa del Hospital Regional 1º de Octubre. **Resultados:** De los parámetros descritos por Génèreux, la masa ventricular izquierda indexada fue el que se encontró más frecuentemente afectado (Tabla 1). El strain reservorio auricular izquierdo se observó disminuido en 94% de pacientes masculinos y en 95.6% de mujeres. Se documentó deterioro del SLG ventricular izquierdo mayor en los hombres (76%) en relación a las mujeres (30.4%). Se clasifico a la población de acuerdo a los estadios de afectación cardíaca extravalvular propuesta por Génèreux, el estadio 2 fue el más predominante, seguido del estadio 1 y 3; ninguno de nuestros pacientes se encontró en estadio 0. El strain auricular presentó decremento gradual directamente proporcional al estadio de afectación. Se encontraron valores similares del SLG ventricular izquierdo del estadio 1 al 3, con mayor deterioro hasta el estadio 4. Se obtuvo correlación positiva entre SLG de VI y el estadio de afectación ($r = 0.45$, $p = 0.003$); se observó correlación negativa entre strain reservorio de aurícula izquierda y estadio de afectación cardíaca ($r = -0.46$, $p = 0.003$). Se encontró correlación negativa entre strain reservorio auricular izquierdo y volumen auricular izquierdo ($r = -0.30$, $p = 0.05$) (Gráfico 1).

173

UTILIDAD DE LA RESONANCIA CARDÍACA EN LA VALORACIÓN PREOPERATORIA DE LA REPARACIÓN MITRALROMERO DAZA A¹, NARVÁEZ MAYORGA I^{1,2}, ROMERO CASTRO M^{1,3}, BARRIO MARTINEZ P^{1,4}, CEBOLLADA CAMEO A^{1,2}, CARBONELL SAN ROMAN A¹, MARTÍN REYES R^{1,2,3,4}¹HOSPITAL UNIVERSITARIO LA LUZ, QUIRÓNSALUD, ²HOSPITAL TRES CULTURAS, QUIRÓNSALUD, ³HOSPITAL QUIRÓNSALUD SUR, ⁴HOSPITAL QUIRÓNSALUD VALLE DEL HENARES

Introducción: La reparación mitral (VM) es el tratamiento quirúrgico de elección en insuficiencia mitral (IM) primaria, siendo la valoración anatómica preoperatoria mediante ecocardiograma transesofágico (ETE) la técnica más frecuentemente utilizada para determinar su factibilidad y planificar la técnica quirúrgica. La resonancia cardíaca (RMC) se utiliza frecuentemente en estos pacientes para completar la valoración preoperatoria. La hipótesis de nuestro estudio es que la RMC es una técnica útil en la valoración preoperatoria de la reparación mitral; aportando una valoración precisa de la geometría valvular en comparación con el ETE en pacientes con IM significativa secundaria a prolapsos valvulares mitral (PVM). **Objetivo:** Determinar la utilidad de la RMC en la cuantificación de los parámetros preoperatorios de reparación VM en pacientes con IM significativa (Fracción regurgitante [FR] > 15%) secundaria a PVM. **Material y Métodos:** Se incluyeron retrospectivamente 28 pacientes (edad media 59 años, 82% hombres) con PVM e IM significativa (FR: 56%) sometidos a ETE y RMC. Mediante los planos estándar de ambas pruebas un observador experimentado y ciego para ambos resultados, analizó el mecanismo de la IM y geometría mitral para determinar reparabilidad (Tabla). La comparación de ambas pruebas se realizó mediante el coeficiente de concordancia (CCC) con intervalos de confianza del 95%. **Resultados:** La RMC es capaz de determinar con reproducibilidad excelente el mecanismo, etiología, calcificación, festones y velos valvulares afectados, en comparación con el ETE (CCC 0,61–0,80 para todas estas variables). En cuanto a la geometría y anatomía valvular, como predictor de reparación quirúrgica, también tuvo muy buen desempeño, obteniendo una reproducibilidad excelente para todas las variables excepto en la cuantificación del velo posterior donde fue moderada (0.41-0.6). **Conclusión:** La RMC es útil para la evaluación preoperatoria de la IM con PVM, pudiendo cuantificar con buen grado de concordancia en comparación con el ETE las principales características anatómicas y de la función valvular.

151

POKER VALVULAR: ENDOCARDITIS TETRAVALVULAR ASOCIADO A CARDIOPATIA CONGENITAANGELES CRESPI B¹, CARPIO GUTIERREZ A¹, CARDENAS LEVANO L¹, TORRES VEGA F¹¹HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA

Antecedentes: En la endocarditis infecciosa de causa bacteriana es frecuente en el aparato valvular aórtico mitral, prótesis valvular y anomalías congénitas, con menor compromiso en cavidades y válvulas derechas. Presentamos el caso de una paciente con endocarditis tetraavalvular asociado a una comunicación probablemente congénita de ASV (Aneurisma de seno de Valsalva) derecho roto hacia ventrículo derecho además de CIV (Comunicación interventricular). El objetivo del reporte de caso clínico es conocer la importancia de la prevención con antibiótico profilaxis en pacientes con riesgo de endocarditis, el diagnóstico oportuno, y las posibles opciones de tratamiento médico y quirúrgico. **Descripción del caso:** Paciente mujer de 62 años con antecedente de "soplo cardiaco", con extracciones dentales un mes previo al inicio de síntomas, ingreso por emergencia con fiebre, pérdida de peso, malestar general, disnea clase funcional IV, edema en miembros inferiores y signos de hipoperfusión, hemodinámicamente inestable, donde se inicia tratamiento para shock mixto séptico y cardiogénico, realiza los exámenes imagenológicos iniciales con ecocardiografía transtorácica, ecocardiograma transefágica y se corrobora con Tomografía y Resonancia Cardíaca, donde se evidencia una cardiopatía congénita como es el ASV derecho roto hacia ventrículo derecho, un CIV subaórtico de 10mm Qp/Qs alto, en la válvula pulmonar se evidencia una vegetación mayor a 10mm adherida a una de sus velos generando una perforación y por lo tanto una insuficiencia severa, a nivel valvular mitral y tricúspidea se evidencia engrosamiento y masas adheridas a los aparatos subvalvulares, con hemocultivo positivo para *Streptococcus mutans* se diagnostica endocarditis tetraavalvular en una paciente con cardiopatía congénita. Se le inició soporte hemodinámico, respiratorio y antibióticos de amplio espectro durante seis semanas con evolución favorable, y se realiza reparación quirúrgica del CIV con ventriculoseptoplastia con parche pericárdico, cierre quirúrgico de fistula del ASV derecho hacia ventrículo derecho y extracción de vegetaciones de válvula pulmonar más colocación de parche de pericardio en perforación de velo de misma válvula. Paciente es dado de alta con mejoría clínica. **Discusión:** La endocarditis bacteriana con afectación tetraavalvular que se asocia además a cardiopatía congénita ya descritas es poco frecuente, los estudios imagenológicos son trascendentales para el diagnóstico precoz y por consecuencia el oportuno tratamiento médico y quirúrgico, ya que casos como estos las decisiones son complejas y discutibles, los casos reportados aislados nos ayudan en la evidencia para el mejor tratamiento en pacientes complejos como este, ya que las evidencias bibliográficas nos brindan información por patologías específicas.

50

CASO INUSUAL DE INSUFICIENCIA CARDÍACA DURANTE EL PUERPERIO: MIREMOS MÁS ALLÁ DEL CORAZÓNCISNEROS SÁNCHEZ L¹, MARTÍNEZ GARCÍA G¹, CARRERO VÁZQUEZ A¹, HERNÁNDEZ BENÍTEZ M¹, MARTÍNEZ PERÓ R¹¹HOSPITAL GENERAL DOCENTE ENRIQUE CABRERA

Antecedentes: Durante el embarazo y el puerperio ocurren cambios en la mujer que predisponen a la aparición o descompensación de enfermedades y pueden poner en riesgo la vida del binomio madre-hijo. La insuficiencia cardíaca (IC) constituye una rara causa de ingreso de estas pacientes en las unidades de cuidados intensivos (menos del 5 por ciento), sin embargo, se asocia con alto riesgo de complicaciones y mortalidad. Existen causas muy infrecuentes de IC que requieren un enfoque integral y multidisciplinario. **Descripción del caso:** Puerpera de 39 años, múltipara, antecedentes de hipertensión arterial crónica, parto eutócico, que a los 38 días de parida acudió al hospital por presentar falta de aire a los mínimos esfuerzos y al decúbito e "inflamación" del abdomen y miembros inferiores. Al examen físico se constataron signos de insuficiencia cardíaca global. Llamó la atención la presencia de exoftalmos y aumento difuso de la glándula tiroidea. El ecocardiograma transtorácico mostró: dilatación de ambos ventrículos, disfunción sistólica severa del ventrículo izquierdo (VI) y moderada del ventrículo derecho (VD). Disfunción diastólica grado III. (Tabla 1) Se evidenció la presencia de un trombo adherido a la punta del VI, de 29 x 18,8 milímetros y dos trombos hacia la punta del VD, el mayor de 28,5 x 16 milímetros. (Figura 1). El diagnóstico y manejo de la paciente tuvo un enfoque multidisciplinario. Tras excluir diferentes causas de miocardiopatías, se concluyó como etiología un estado de tirotoxicosis secundaria a Enfermedad de Graves Basedow (EGB). Se trató con propiltiuracilo, además del tratamiento para la insuficiencia cardíaca y anticoagulación. Presentó una evolución favorable y a los 11 días fue egresada con mejoría de la función cardiovascular, reducción de los diámetros cardíacos y disminución importante de los trombos intracavitarios. **Discusión:** La EGB supone del 60 al 80 por ciento de todas las causas de tirotoxicosis y es la forma más frecuente de hipertiroidismo autoinmune, con mayor prevalencia en mujeres entre los 40 y 60 años de edad. Durante la gestación la enfermedad empeora en la primera mitad del embarazo y mejora en la segunda mitad, para luego empeorar nuevamente durante el puerperio, lo cual puede generar complicaciones cardiovasculares, pero es muy rara la evolución a deterioro moderado-severo de la función de ambos ventrículos. Tanto la IC como el embarazo están asociados a un estado de hipercoagulación. No se encontró reporte de caso previo de trombos intraventriculares como complicación.

54

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS ASOCIADAS A ANOMALÍA DE EBSTEIN: A PROPÓSITO DE DOS CASOS CON CONEXIÓN ANÓMALA DE VENAS PULMONARESCASTRO MACHUCA J¹, PEREIRA LÓPEZ G¹, PATRON CHI S¹, JUÁREZ VÁZQUEZ G¹, MIRANDA CHÁVEZ I¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA IGNACIO CHAVEZ

Antecedentes: La anomalía de Ebstein (AE) es una displasia de la válvula tricúspide donde el anillo anatómico está en posición habitual; las valvas se encuentran adosadas a la pared del ventrículo derecho encontrando el orificio funcional desplazado (porción atrializada). Se asocia a cardiopatías congénitas, pero la coexistencia con conexión anómala de venas pulmonares (CAVP) es rara, sin descripción de casos en la literatura. Se presentan dos casos de pacientes pediátricos con AE asociada a CAVP, y por otra parte la revisión de 309 expedientes clínicos de 2014 a 2022 de portadores de AE para conocer las lesiones asociadas a ella. **Descripción de casos: CASO 1** Masculino de 17 años a quien se detectó un soplo en etapa escolar. Al momento clase funcional I NYHA, saturando 96%. Se concluyó portador de AE con adosamiento de la valva septal del 40%. IT moderada, conexión anómala parcial de venas pulmonares (CAPVP), ventrículo izquierdo sin fibrosis, (figura 1 A-F), ritmo nodal alternando con auricular ectópico, adecuada capacidad funcional, sin arritmias o isquemia en esfuerzo. **CASO 2** Paciente que se conoció a los de 4 años de edad, se concluyó portadora de AE con adosamiento ligero de la valva septal con CAPVP variedad supracardiaca con dos sitios de conexión distintos (figura 1 G-H). A los 12 años de edad con clase funcional II NYHA, decidiendo realizar corrección quirúrgica: anastomosis de vena pulmonar superior izquierda a orejuela izquierda, anastomosis de colector derecho a porción proximal de vena cava superior con procedimiento de Warden.

Discusión: La AE puede ser asintomática o presentar insuficiencia cardíaca y arritmias. La mortalidad quirúrgica aumenta hasta un 54,4% al asociarse defectos congénitos. El primer caso se mantuvo bajo observación por adecuada clase funcional. En cambio, el segundo se trataba de una patología tricúspidea de poca cuantía, pero que al asociarse con CAPVP condicionaba un aumento de la precarga, produciendo deterioro de la clase funcional, ameritando tratamiento quirúrgico. La asociación de AE y CAVP es muy interesante ya que embriológicamente no tiene un factor común que las correlacione. Como resultado de la revisión de los expedientes clínicos se reportó que el 77.7% de casos de AE tiene una cardiopatía congénita asociada, el 16.5% más de una lesión. Los defectos más frecuentes fueron los relacionados al tabique interauricular (72.1%), alteraciones en el árbol arterial pulmonar (6.7%) seguido por la comunicación interventricular (5.8%). Los casos encontrados asociados a CAPVP fueron muy infrecuentes (1.3%) (Tabla 1).

293

RELEVANCIA DE IDENTIFICAR LAS MANIFESTACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS DE LA ISQUEMIA CORONARIA AGUDA QUE VAN MÁS ALLÁ DE LA ELEVACIÓN DEL SEGMENTO STTINOCO LARA M¹, VIMOS GAGÑAY C¹, GUAMÁN VALDIVIESO C², VILLACRÉS HEREDIA W¹¹HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN, ²HOSPITAL NRO. 1 DE LAS FUERZAS ARMADAS DEL ECUADOR

Antecedentes: Dentro del contexto de IAM, es factible reconocer patrones poco comunes que, en el contexto clínico apropiado, podrían indicar la posibilidad de una oclusión crítica o enfermedad multivaso. El patrón de Winter se caracteriza por depresión del segmento ST seguida de elevación del mismo, además de ondas T altas y simétricas. Se ha considerado como similar a un IAMCEST. **Descripción del caso:** SM, 58 años. APP: DM 2. Mientras realizaba ejercicio presentó dolor anginoso, tras 20 minutos se tornó más intenso por lo que consulta en emergencia. ECG descrito en Figura 1: Figura 1: ECG: Ritmo sinusal de 70 latidos por minuto, depresión ascendente del segmento ST, ondas T altas y simétricas puntiagudas en V1 a V6, mayor depresión en V2 y en V3. Dolor torácico persiste, hemodinámicamente estable, examen físico anodino, elevación de troponinas ultrasensibles. Se decidió intervención percutánea inmediata. Coronariografía evidenció lesión suboclusiva del 99% en ADA en tercio medio que compromete origen del primer ramo diagonal. Se realizó angioplastia de lesión y colocación de stent medicado más Kissing Balloon a primera diagonal, obteniendo flujo TIMI III, sin lesiones residuales. Control ecocardiográfico se observó fracción de eyección conservada, perfil metabólico LDL 46 mg/dl, en ergometría clase funcional NYHA I. Se mantuvo tratamiento con metformina más gliflozina, betabloqueante, estatina y doble antiagregación plaquetaria. Figura 2: Lesión oclusiva del 99% en tercio proximal de la ADA. **Discusión:** La guía de SCASEST de la Sociedad Europea puntualiza los diferentes patrones electrocardiográficos sugerentes de una anatomía de alto riesgo del tronco o del segmento proximal y/o medio de la ADA. Signos electrocardiográficos como: patrón De Winter, patrón de Wellens y depresión del ST ≥ 1 mm en ≥ 6 derivaciones acompañada de elevación del ST en aVR y/o V1. Estudios observacionales valoraron que la combinación de mortalidad cardíaca, arritmia e infarto de miocardio no mortal fue menor en pacientes con una estrategia invasiva temprana (2 horas) en comparación con una estrategia tardía (240 horas). Si no se reconocen a tiempo, estos patrones pueden dar lugar a complicaciones que pueden ser fatales.

283

PERFIL DE MICRORNAS CONTENIDOS EN VESÍCULAS EXTRACELULARES ASOCIADO AL DESARROLLO DE ATROSCLEROSIS

SÁNCHEZ MUÑOZ F², ZEPEDA GARCÍA O¹, HERNÁNDEZ DÍAZ COUDER A³, NÚÑEZ SALGADO A¹, DOMÍNGUEZ PÉREZ M¹, POSADAS SÁNCHEZ R², VARGAS ALARCÓN G², VILLARREAL MOLINA M¹, MARTÍNEZ MARTÍNEZ E¹, JACOBO ALBAVERA L¹

¹INMEGEN, ²INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ, ³INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Introducción: El infarto de miocardio, una de las complicaciones de la aterosclerosis coronaria, es la principal causa de muerte en México y en el mundo. La aterosclerosis se caracteriza por la formación de la placa de ateroma, debido a la lesión de la capa íntima de los vasos sanguíneos. Las vesículas extracelulares (EVs) son pequeñas vesículas esféricas que desempeñan un papel importante en diversos procesos fisiológicos y patológicos, entre ellos, la aterosclerosis. Las EVs transportan microRNAs que contribuyen en la regulación y progresión de la aterosclerosis coronaria subclínica (ACS); son pequeñas moléculas de RNA no codificantes de aproximadamente 21 a 23 nucleótidos implicados en procesos celulares relacionados con aterosclerosis. Su potencial uso como biomarcadores en ACS es de gran interés ya que podrían ayudar a identificar a individuos con riesgo de padecer las severas complicaciones de la aterosclerosis en etapas más tempranas. **Objetivo:** Identificar y validar un perfil de expresión diferencial entre microRNAs provenientes de EVs de individuos con ACS y de controles. **Materiales y métodos:** A partir de una cohorte de individuos mexicanos aparentemente sanos a quienes se les realizó una tomografía axial computarizada simple de las arterias coronarias, se formaron dos grupos empleando el score de calcio (CACS): 8 individuos con ACS (CACS≥400) y 8 controles (CACS=0), pareados por sexo, edad y categoría de IMC. Se aislaron las EVs a partir del plasma sanguíneo, y posteriormente se obtuvo el RNA total proveniente de estas EVs. Se identificaron los microRNAs con expresión diferencial a través de un microarreglo; los microRNAs con mayor significancia fueron replicados en los 16 individuos analizados y validados en una cohorte independiente de 17 casos vs 17 controles por PCR en tiempo real, utilizando el método de doble delta Ct. **Resultados:** El análisis por microarreglos identificó la expresión diferencial de 19 microRNAs entre los dos grupos. 11 de estos microRNAs se encontraron regulados a la alza y 8 a la baja. Los 10 de estos microRNAs más significativos se replicaron en las muestras de los 16 individuos analizados por microarreglos y se validaron en una cohorte independiente de 17 casos con ACS y 17 controles. Se identificaron 3 microRNAs con expresión diferencial significativa, un microRNA previamente asociado a aterosclerosis, y por primera vez 2 microRNAs asociados a genes blanco involucrados en el desarrollo de esta entidad clínica. **Conclusiones:** Se identificó una posible firma de 3 microRNAs transportados en las EVs asociada a aterosclerosis coronaria subclínica.

208

UTILIDAD DE LOS ESTUDIOS DE RESONANCIA MAGNETICA CARDIACA EN PACIENTES POST COVID 19-EVALUACION DE CASOS Y CONTROLES

CHAVEZ HUAPALLA E¹, TERÁN CHÁVEZ P, VELÁSQUEZ SIFUENTES D, GUERRA RAYGADA M

¹INSTITUTO DEL CORAZON SAN PABLO-CLINICA SAN PABLO

Introducción: El 31/12/2019 la comisión de salud de Wuhan informó a 27 pacientes compatibles con neumonía viral, el 7/01/2020 enero determinan responsable de ello a un coronavirus (denominado SARS-Cov-2). Perú declara estado de Pandemia el 11 /03/2020. En ella han padecido ambos sexos desde asintomáticos hasta casos severos con falla multiorgánica y alta mortalidad mayor en pacientes Diabetes Mellitus y enfermedades cardiovasculares previas. A pesar de que muchos superaron la enfermedad, en etapa post-alta hemos observado muchos pacientes con sintomatología cardiovascular ..

Objetivos: 1-Evaluar en pacientes sintomáticos mediante Cardio RMN presencia de: inflamación, edema ó fibrosis difusa en pacientes con reciente diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 (COVID-19). 2-Determinar compromiso cardiaco en pacientes con reciente diagnóstico de infección por SARS-CoV-2:a con RMN cardiaca :Función sistólica, motilidad parietal,T2 W, realce tardío, mapeo paramétrico, 3-Establecer el valor diagnostico y de seguimiento de CardioRMN en pacientes post Covid 19. **Material y metodos:** Fueron evaluados 25 pacientes (18 pacientes varones y 7 pacientes mujeres) en consulta medica o emergencia por presentar dolor precordial típico, palpitaciones, disnea ó arritmia post infección por Covid 19. Se realizó evaluación clínica, electrocardiograma, tomografía torácica en quienes era necesario y posteriormente se solicitó resonancia cardiaca con énfasis en estudio de imágenes en cine, T2, T1, T2 pesado (T2 weighted), perfusion de primer pasaje, Realce tardío y mapeo parametrico en T1 y T2. **Resultados:** Utilizando resonador General Electric Sola de 1.5 Tesla se observó: Reducción de la fracción de Eyección ventricular izquierda en 6 pacientes ((24%), Alteraciones de la motilidad parietal VI : 8 pacientes (32%). Incremento de señal en t2 w a nivel subendocárdico apical y septo apical bilateral en 17 pacientes (68%). Incremento de señal en ventrículo derecho 2 pacientes ((8%);incremento de T1 nativo : 6 pacientes (24%)T2 5 pacientes (20%). Realce tardío positivo Intramiocárdico lineal : 8 pacientes (32%) Inferolateral +defecto de perfusión fijo 1 paciente (4%) Derrame pericárdico en un paciente (4%). Rango de presentación clínica de estos pacientes fue entre 1 y 6 meses post infección por Covid 19. **Conclusiones:** -Es importante la realización de cardiorensonancia magnética en sintomáticos post Covid para definir estado de la función y compromiso cardiovascular. -La Cardio-RMN permitió en estos pacientes definir diagnóstico, caracterización tisular, pronóstico y reversibilidad del problema así como establecer el manejo terapéutico con estos datos.

56

VALOR DIAGNÓSTICO DE LA AMGIOTOMOGRAFÍA EN UN PACIENTE CON TUMORACIÓN CARDÍACA

CHAVEZ HUAPALLA E, MORON CASTRO J, LAURA LOZADA M, TERAN CHAVEZ P

¹INSTITUTO DEL CORAZON SAN PABLO

Antecedentes: Paciente de 52 años precedente de la ciudad de Cuzco, presenta dolor precordial opresivo desde 5 años atrás inicialmente ante grandes esfuerzos, se detenía, pasaba el dolor y reiniciaba ejercicio. **Descripción del caso:** Desde hace 1 mes el dolor se hace más notorio, ante medianos esfuerzos y no pudo adoptar la posición decúbito lateral izquierdo por dolor. Examen clínico: TA : 120 / 80 FC : 65 x min Sat 02 98% R : normal CV : Precordio normal , ruidos cardiacos rítmicos , no soplos , no frote , extrasístoles aisladas. Pulso periférico normal abdomen : normal extremidades ; normales Electrocardiograma : Ritmo Sinusal , trazado dentro de lo normal Ecocardiograma : Ventana deficiente , contractilidad bi-ventricular normal. Válvulas eufuncionantes. Fracción de Eyección VI normal 67 % Ergometría : anormal por dolor precordial ante 10 mets . Angiogram coronario: En tomógrafo Apex revolution se constata: Tumoración de superficie calcificada de 35 por 38 mm, tejido interno de densidad semejante a miocardio, masa ubicada en la pared anterolateral del Ventrículo izquierdo que compromete la pared ventricular sin llegar a endocardio. Arterias coronarias sin lesiones obstructivas. Arteria diagonal cuyo trayecto termina dentro de la masa descrita. Dicha masa capta contraste de manera similar al miocardio en su interior. No se observa tejido adicional en otros órganos del tórax. Diagnostico : 1.- Tumor cardiaco en V. izquierdo región anterolateral de ead 2.- Angina secundaria a tumoración cardiaca. El caso es presentado a junta médica, es programado para intervención quirúrgica con apoyo ecotransesofagico Intraoperatorio. Es operado el día 24 de noviembre del 2023 para exeresis de tumor cardiaco, mediante toracotomía con éxito. Se envía muestra a Anatomía patológica. Tejido cardiaco en organización con fibrosis y calcificación distrófica de la pared, de 4,4 por 3.2 cm. no se observan signos de malignidad. El paciente evoluciono favorablemente y ha sido dado de alta e integrado al programa de rehabilitación cardiaca. **Discusión:** El presente caso clínico demuestra la gran utilidad de la tomografía cardiaca para establecer estado de las arterias coronarias. Así mismo se pudo establecer de modo no invasivo la naturaleza tisular de la masa cardiaca, exacta ubicación, diámetros muy precisos y las características de su interior, su relación de transmuralidad en el ventrículo izquierdo y si existían o no alteraciones asociadas que sugieran malignidad.

170

MIXOMA AURICULAR DERECHO: UNA MASA QUE SE RIEGA, CRECE

ALVAREZ MARTÍNEZ C¹, SÁNCHEZ RODRÍGUEZ R², SÁNCHEZ RODRIGUEZ E¹¹HOSPITAL DE CARDIOLOGÍA CMN SXXI, IMSS, ²HOSPITAL GENERAL DE ZONA 3, IMSS

Antecedentes: Los mixomas auriculares son los tumores cardíacos primarios más comunes y el mixoma auricular derecho representa del 15% al 20% de los casos. La presentación varía ampliamente y depende del tamaño, ubicación y movilidad del tumor. **Descripción del caso:** Mujer de 57 años con antecedente de hipertensión e hipotiroidismo, acude al hospital por presentar disnea, dolor torácico y edema de miembros inferiores en los últimos 6 meses. Clínicamente con elevación de la presión venosa yugular, ruidos pulmonares claros y los ruidos cardíacos presentaban un sonido grave después del segundo ruido cardíaco en el borde esternal inferior izquierdo. El electrocardiograma en ritmo sinusal con bloqueo auriculoventricular de primer y sin cambios isquémicos. La radiografía de tórax mostró aurícula derecha dilatada, sin hallazgos relevantes en el parénquima pulmonar. Se realiza un ecocardiograma transtorácico (ETT), que revela una masa auricular derecha de 53 x 60 mm de diámetro, homogénea, móvil con bordes regulares, multilobulada y unida al tabique interauricular en el sitio del agujero oval, con prolapso diastólico de un lóbulo calcificado de la masa a través de la válvula tricúspide generando un "efecto bola de demolición" y una leve pseudoestenosis tricúspide (Figura 1). Se realiza coronariografía con arterias coronarias epicárdicas normales y un vaso de alimentación que se origina desde la arteria coronaria izquierda hasta la masa auricular derecha y una conexión fistulosa con la aurícula derecha . Se realizó escisión quirúrgica observándose una masa de aproximadamente 80 x 80 mm de características gelatinosas con una porción calcificada de aproximadamente 40 x 40 mm con importante infiltración del tabique interauricular y aurícula izquierda, se procede a realizar resección de mixoma auricular derecho con parche bovino en el tabique interauricular y se realiza cierre de fistula de la arteria coronaria circunfleja. (Figura 2). **Discusión:** La asociación entre la arteria coronaria circunfleja y el mixoma de la aurícula derecha es anecdótica. La ETT permite evaluar masas auriculares o lesiones valvulares móviles, además de caracterizar el tamaño, morfología, sitio de inserción, extensión y efectos hemodinámicos. Para pacientes con múltiples comorbilidades, en el contexto de la planificación preoperatoria, se recomienda una evaluación adicional como la angiografía coronaria. Es imperativo no descartar otras anomalías estructurales que requieran intervención como es el caso de la fistula coronaria, motivo por el cual es importante destacar el abordaje multimodal en las tumoraciones cardiacas.

106

INSUFICIENCIA CARDÍACA SECUNDARIA A SEROSITIS POR HIPERURICEMIAMONROY L¹, ESCOBAR M², TORRES A³, ASABÁ MOLINA D⁴, ASENCIO C⁵, TORRES HERNÁNDEZ G⁶¹CENTRO MÉDICO LA ASUNCIÓN, ²HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, SANTA ROSA, ³CLÍNICA MÉDICA, ⁴CLÍNICA DE CARDIOLOGÍA CARDIOMEDIC, ⁵GASTROENTEROLOGÍA Y MOTILIDAD INTESTINAL, ⁶LABORATORIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO TORRES**Antecedentes:** se ha conocido que el abordaje de insuficiencia cardíaca de manera integral mediante biomarcadores e imagen cardíaca es crucial para la toma de decisiones y catalogar si se trata de fracción de eyección preservada, intermedia o reducida.**Descripción Del Caso:** se presenta paciente femenina de 71 años, con antecedentes que previo a la consulta con especialista presenta edema en miembros inferiores, disnea, disnea paroxística nocturna, por lo que acude facultativo solicitando Rayo X con derrame pleural izquierdo del 60%, se realiza ecocardiograma transtorácico encontrando derrame pericárdico severo sin compromiso hemodinámico, derrame pleural bilateral con el de mayor volumen el izquierdo de 1800 ml, se propone pericardiocentesis, evacuando 210 ml de color cetrino, posteriormente durante la evolución se drena derrame pleural izquierdo aproximadamente 1800 ml, con las mismas características con criterios de Light para exudado, se solicita estudios bioquímicos, con biomarcadores negativos, CA 125 elevado (pudiendo ser por congestión), se solicita prueba para bacilo de Koch el cual esta negativo, así como la patología, como dato positivo presenta ácido úrico en 13 mg/dL; resto de parámetros dentro de la normalidad, TAC toracoabdominal con contraste oral con captación en colon ascendente y ciego, TAC trifásica con datos compatibles de hemangioma, es enviada a colonoscopia con hallazgos de pólipos. Es enviada con especialista en cirugía de tórax para drenaje y toma de biopsia de ambas pleuras y pericardio con los siguientes hallazgos: Pericardio: Pericarditis crónica fibrosa con granulomas no caseificantes. (marcada fibrosis, material fibrinopurulento y extensas áreas hemorrágicas- Se observan áreas de necrosis, infiltrado inflamatorio de predominio crónico y números gránulos compuesto de grupos de células histiocitoides y células gigante multinucleadas y células multinucleadas, sin necrosis central. Tinción de Ziel Nielsen y Grocott negativos). Por último se solicita pruebas de reumatología (lupus, artritis reumatoidea) las cuáles están negativas, se inicia tratamiento con febuxosta, deflazacort, observándose mejoría clínica, disminución del derrame pericárdico 0.45 mm (último control) disminución del ácido úrico a 1.86. **Discusión:** se procedió a revisar la literatura evidenciándose pocos casos con debut de serositis como derrame pericárdico y pleural bilateral.

102

RABDOMIÓLISIS SECUNDARIO A ESTATINAS Y FIBRATOS EN PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICAASABÁ MOLINA D¹¹CARDIOMEDIC/HOSPITAL NACIONAL DE JUTIAPA**Antecedentes y descripción del caso:** se tiene a la vista en consulta a paciente masculino de 31 años de edad, quien durante la infancia cursa con neoplasia hematológica con tratamiento con quimioterapéuticos no especificados, debutando hace 5 años con falla renal en tratamiento con terapia de sustitución con diálisis peritoneal con 4 recambios de bolsas de color amarillo, a la vez con resistencia a los tratamiento antihipertensivos por lo que se inicia diferentes medicamentos de acción. Se agrega estatinas y fibratos presentando dos días posteriores al inicio de estos medicamentos. debilidad generalizada, desfacelación de la piel, mialgias, se solicita creatin quinasa total con aumento de la misma, se agrega acetaminofen y acetilcisteína como medidas protectoras, resolviendo el cuadro clínica espontáneamente. **Discusión:** se sabe que estatinas en enfermedad renal crónica debe de marcarse o valorarse por las diferentes calculadoras de riesgo como se menciona T. Speer et al publicado en la revista de la Sociedad Europea de Cardiología, y en dependencia del estadio que se encuentre el paciente.

376

UN CORAZÓN ROTO DESPUÉS DE UNA EMERGENCIA HIPERTENSIVA: SÍNDROME DE TAKO-TSUBO ASOCIADO A CHOQUE CARDIOGÉNICOASABÁ MOLINA D¹, CUTZ IJCHAJCHAL M², KAALL J¹¹CARDIOMEDIC, ²GRUPO HOSPITALARIO LA PAZ

Antecedentes: El síndrome de Tako tsubo es una entidad patológica infrecuente, esta caracterizado por la disfunción miocárdica reversible asociado frecuentemente a situaciones de estrés. La presentación clínica es amplia y puede llegar inclusive a presentar choque cardiogénico en un 8% de pacientes. **Descripción de caso:** Se trata de una paciente femenina de 72 años de edad con antecedente de hipertensión arterial quien acudió a urgencias por angina típica de 6 horas de evolución, al ingreso con tensión arterial de 208/120 mmhg por lo que se administro antihipertensivos con lo cual mejoro sintomatología, electrocardiograma inicial con elevación del punto J menor de 1 mm en v1 v2 v3 v4 v5 y v6, sin embargo electrocardiogramas seriados demostraron elevación del segmento ST de 3 mm en mismas derivaciones, por lo que se realizo trombolisis con estreptoquinasa la cual fue fallida a los 90 minutos por persistencia de cambios electrocardiográficos y dolor torácico residual, llamo la atención mediciones de Troponina I fueron negativas. La paciente desarrollo choque cardiogénico por lo que requirió vasopresores e inotrópicos. La paciente fue llevada a angiografía coronaria urgente, en otro centro asistencial, donde no se evidencio lesiones coronarias ni disección coronaria, se evidencio en la ventriculografía acinesia apical asociado a balonamiento compatible con síndrome de Tako-Tsubo. La paciente permaneció en choque cardiogénico 24 horas mas luego de lo cual mejoro rápidamente, se realizo ecocardiograma transtoracico donde se documento FEVI 49% con acinesia de segmentos apicales, sin valvulopatias y sin obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo, la paciente fue egresada al día 6 de hospitalización. 4 meses después se realizo nuevo ecocardiograma donde se evidencio remisión completa de alteraciones de la movilidad y FEVI de 68%. La paciente continua asintomatica con tratamiento médico optimo. **Discusión:** El síndrome de tako tsubo es un gran imitador de síndrome coronario agudo, la mortalidad es del 1 a 2%, asociado a choque cardiogénico y arritmias cardiacas. Si bien se trata de una miocardiopatía irreversible, el grado de insuficiencia cardiaca es variable y el choque cardiogénico no es infrecuente.

217

COARTACIÓN AÓRTICA Y ENDOCARDITIS, DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO O DIFERENCIAL. REPORTE DE CASO EN PACIENTE FEMENINO DE 38 AÑOSGARCIA VILLAREJO M¹, LATAPI RUIZ ESPARZA X¹, SIERRA LARA MARTINEZ J¹, GONZALEZ PACHECO H¹, ARIAS MENDOZA M¹¹UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Antecedentes: La coartación aórtica (CoA) representa 5% de las enfermedades cardíacas congénitas mundialmente, tiende a complicarse a hipertensión, insuficiencia cardíaca, dilatación aneurismática que lesiona el endotelio provocando piogénesis, aneurismas micóticos y en ocasiones, incluso embolización distal. **Descripción del caso:** Femenino 38 años con sintomatología de 2 meses de evolución acudió con fiebre intermitente, fatiga, disnea, ortopnea y edema de extremidades inferiores a facultativo quien diagnosticó dengue y serositis, se traslada a segundo nivel por persistencia de síntomas quien realizó ECOTT que reportó vegetación mitral con hemocultivos S. Parasanguinis positivos, durante la hospitalización documentó dermatosis generalizada transitoria y LRA con CR de 2,4 mg/dL, se colocó Mahurkar y se trasladó a nuestra unidad; llegó con clase funcional II NYHA, exploración física con pulso carotídeo visible, ingurgitación yugular G1, soplo sistólico en foco mitral y soplo irradiado a región paravertebral, extremidades inferiores con pulsos disminuidos en intensidad, sin edema, lesiones maculares diseminadas de 3-4 mm sin blanqueamiento a digitopresión; TAC con CoA postductal, negativa para embolismos sépticos, se comentó con infectología e inició tratamiento previa toma de hemocultivos; ECOTT reportó VI dilatado, VTD 72 ml, hipertrofia excéntrica sin alteraciones de movilidad, FEVI 60%, vegetación en válvula mitral de 14x12mm, rotura de cuerda tendinosa en valva anterior, IM grave Carpentier II por flail A2-A3, IT ligera, TAPSE 25, S' 21, FACVD 18%, PSAP 23. Se integran diagnósticos de CoA postductal, HAS, endocarditis infecciosa subaguda de válvula mitral nativa por S. parasanguis, insuficiencia mitral severa con ruptura de cuerda tendinosa y anemia perniciosa; se sesiona para resolución secuencial de aortoplastia percutánea con stent para corrección de coartación y cirugía de cambio valvular mitral por prótesis mecánica. **Discusión:** El diagnóstico de CoA requiere imagenología multimodal que en este caso resultó posible hasta nuestro centro, en este caso la epidemiología resulta interesante debido a la prevalencia 5:1 hombres, la edad promedio de presentación de 27 años y la variante etiológica predominante en el tipo de endocarditis; sin duda uno de los datos que podrían orientarnos es HAS a temprana edad. Un punto relevante es el reto terapéutico al determinar de manera adecuada los tiempos de corrección de los defectos cardíacos. El caso que presentamos optó por corrección de CoA con el fin de reducir la postcarga e impactar favorablemente la hemodinámica del VI con sobrecarga de volumen por defecto mitral, siempre y cuando se mantenga una adecuada cobertura antimicrobiana y así reducir el riesgo de endarteritis.

149

ESTRATEGIAS DE MANEJO CARDIOVASCULAR ANTE EL DOUBLE HIT EN CARDIOONCOLOGIA: UN CAMINO HACIA LA RECUPERACIÓN DE LA FE EN CÁNCER DE MAMA HER2NEU +GARCÍA VILLAREJO M¹, SIERRA LARA MARTÍNEZ J¹, ARAIZA GARAYGORDOBIL D¹, GOPAR NIETO R¹, ARIAS MENDOZA M¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA "IGNACIO CHÁVEZ"

Antecedentes: La base de la toxicidad cardiovascular relacionada a la terapia contra el cáncer es el riesgo absoluto que depende del inicial y de cambios en terapias a lo largo de la enfermedad. Las estrategias de prevención de enfermedades cardiovasculares requieren personalizarse, así como el uso de herramientas como escalas HFA-ICOS ante Trastuzumab contra HER2NEU+ **Descripción del caso:** Mujer 58 años con diabetes tipo 2 de 6 años, dislipidemia de 4 años ambas en mal control y SiCA sin más detalles de tratamiento; acudió referida a nuestro servicio de urgencias para evaluación cardiovascular previo terapia oncológica, únicamente refiriendo NYHA II; ECOTT reportó FEVI 33%, SLGVI -10.2%, acinesia apical y derrame pericárdico grave por lo que se inició tratamiento médico depletor; ECG reportó supradesnivel ST V2-V4, onda T bifásica predominio negativo V2, V5, negativa V6, plana DI aVL con Troponina I HS: 9.87 pg/mL, NT-proBNP 1191 pg/ml; RMN con estrés mostró infarto anterior y septal tercio medio y apical con criterios de viabilidad, FEVI 28%, FEVD 61% derrame concéntrico grave, coronariografía con lesión suboclusiva en la DA a la cual se le colocó stent liberador de fármaco, sin más lesiones significativas. Actualmente bajo tratamiento óptimo, FEVI recuperada al 46%, SLGVI -10.9%, derrame pericárdico ligero y función sistólica del ventrículo derecho conservada. **Discusión:** Un riesgo cardiovascular elevado no es sinónimo de suspender tratamiento oncológico, demostrando que la estimación del mismo es esencial para el futuro de la función cardíaca; la evaluación imagenológica multimodal permite de manera temprana iniciar terapias farmacológicas óptimas para impactar en el curso de la enfermedad mejorando el pronóstico sin modificar el plan oncológico. La principal interrogante ante estos factores de riesgo previo Trastuzumab es qué tanto nos ha resultado, como médicos, protocolizar y dar seguimiento para llevar una FEVI de 28% a 46% durante quimioterapia como lo vimos particularmente en este caso no sólo evitamos sino recuperamos el daño; podríamos ahondar en la relación de un ECOTT, SLGVI, y NT-proBNP basal en cada paciente asintomático, abriendo oportunidad de investigación de estrategias preventivas según factores de riesgo convencionales y/o manejo cardiovascular en casos que, de lo contrario, terminarían en el ya mencionado double hit.

340

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES A ADULTOS LLEVADOS A ECOCARDIOGRAMA CON HALLAZGO DE AORTA BIVALVADUEÑAS CRIADO K¹, ORTIZ TRUJILLO C¹, PEREZ FERNANDEZ O¹, GARCIA GOMEZ L¹¹FUNDACION CARDIOINFANTIL

Introducción: La válvula aórtica bicúspide (BAV) es el defecto cardíaco congénito más común con prevalencia estimada del 1-2%. Es tres veces más común en hombres. Como consecuencia clínica, la gran mayoría de los pacientes con BAV requerirá intervención durante su vida, ya sea por la patología valvular asociada en estenosis aórtica (BAV-AS), insuficiencia aórtica (BAV-AR) o infecciones como la endocarditis y/o debido a la patología aórtica (artropatía) incluidos los aneurismas de aorta torácica, coartación y la disección. A menudo el diagnóstico de BAV es un hallazgo incidental durante un ecocardiograma (ECO) de rutina. La caracterización de los adultos con BAV en Latinoamérica es escasa. **Objetivo:** Analizar las características demográficas y ecocardiográficas de los pacientes mayores de 18 años llevados a ecocardiograma transtorácico (ECOTT) o transesofágico (ECOTE) con hallazgo de BAV. **Materiales y métodos:** Estudio de cohorte retrospectiva de pacientes mayores de 18 años llevados a ecocardiograma durante el 1 de enero del 2021 al 31 de diciembre del 2021 con hallazgo de BAV en un hospital de IV nivel. **Resultados:** Se realizaron 16.421 ecocardiogramas (15.081 ECOTT y 1340 ECOTE), se detectó en 276 pacientes (1.7%) presencia de BAV. El 75% (206) hombres, edad promedio 55 años. El 35% entre los 60-75 años, el 30% entre 45-60 años y el 26% <45 años. Los ecocardiogramas fueron en el 65% fueron solicitados ambulatorios, 15% en urgencias y 20% hospitalización. En el 42% de los pacientes la BAV fue un hallazgo de Novo. El 81% tenía FEVI≥50%, el 10% entre el 40-50% y un 9% < 40%. Basados en la clasificación de Sievers y Schmidtke¹ el 87% tenía un patrón tipo 1, el 12.7% tipo 2 y un 0.3% tipo 3. En patrón 1, el subtipo más frecuente en el 90% fue fusión de comisura derecha e izquierda (Patrón R-L). En el 57.5% tenía BAV-AR, el 24% regurgitación aórtica (RA) moderada, el 18.5% RA severa y un 15% RA leve. El 30% tenía BAV-AS, siendo en un 13% estenosis aórtica (AS) severa, 9.5% AS moderada y 7.5% AS leve. El 11.5% no tenía alteración funcional. Figura 1. En el 39.5% presentaba dilatación de raíz aórtica, 18.5% aneurisma de aorta ascendente y 42% aorta normal. Figura 2. **Conclusión:** En nuestra cohorte de pacientes el hallazgo de BAV fue frecuente, principalmente el tipo 1 en patrón R-L, concordante con la literatura mundial. Es de resaltar la alta proporción de enfermedad valvular en BAV-AR, BAV-AS y aortopatía asociada.

357

LITOPLASTIA CON BALÓN DE SHOCKWAVE EN RE-ESTENOSIS DE STENT

ALCOCER GAMBA M^{1,2,3}, MARTÍNEZ CERVANTES A^{1,3}, VERA URQUIZA R², GONZÁLEZ ARROYAVE E⁴, RAMOS MONTALVO A², TORRES GARCÍA O²¹FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO, ²HOSPITAL ÁNGELES CENTRO SUR, ³CENTRO DE ESTUDIOS CLÍNICOS DE QUERÉTARO, ⁴ HOSPITAL GENERAL DE SAN JUAN DE DIOS

Antecedentes: Las lesiones coronarias severamente calcificadas representan un reto en las técnicas de tratamiento percutáneo por mayor riesgo de complicaciones y de falla tardía del stent debido a una expansión insuficiente¹. Existen varias modalidades para tratar la placa calcificada, como la angioplastia con balón (incluidos los balones especiales), la aterectomía coronaria (rotacional, orbitaria y con láser) y la litotricia intravascular siendo esta última una terapia novedosa para tratar lesiones severamente calcificadas como por reestenosis dentro del stent². **Descripción del caso:** Masculino de 56 años de edad, con antecedentes de dislipidemia e hipertensión arterial, debuta con cardiopatía isquémica a los 46 años, se realiza coronariografía por lesión severa del segmento medio de coronaria derecha (CD) y proximal de DA. Se resuelve evento con implante de dos stents medicados liberadores de Everolimus 3.0 x 8mm en CD y 3.0 x 16mm en DA proximal con resultado exitoso y asintomático. En 2024 vuelve a ingresar a urgencias por dolor torácico retroesternal, estableciendo diagnóstico de IAMSEST, relacionada a trombosis proximal de CD, se trata exitosamente con una técnica de bifurcación de dos stents sin embargo se documentó subexpansión intrastent severa del 80% en DA. 48 Horas posterior a su ingreso, se realiza coronariografía para tratar la subexpansión del stent y calcificación, se trata la reestenosis intrastent de DA realizando dilataciones con balones no complacientes de 3.5 x 12mm a altas presiones sin éxito, evidenciando en el segmento medio de la DA, distal al stent, una placa excéntrica con área luminal mínima de 5.2 mm y a nivel intrastent se observó una lesión severa que prácticamente ocluyó el catéter con área luminal mínima de 2.9mm, razón por la cual se decide utilizar catéter balón complaciente 4.0 x 15mm sin observarse mejoría en la apertura de los struts de los stents, por lo que se usó catéter balón Shockwave C2 4.0 x 12mm logrando apertura adecuada re-expansión del stent, con mejoría de más del 300% del área luminal (de 2.15 mm² - 6.97mm²). **Discusión:** La litoplastia con balón de shockwave es una terapia que utiliza ondas de choque intracoronarias. Es segura y eficaz para tratar lesiones severamente calcificadas. En este caso, se utilizó con éxito como terapia en un IAMSEST en donde otras técnicas convencionales fallaron. Esto demuestra su utilidad en casos de re-estenosis refractaria a los balones habituales.

120

UN EMBARAZO COMPLEJO: SOÑAR MÁS ALLÁ DEL RIESGO

ROSARIO NUÑEZ M¹, VERGÉS A¹CEDIMAT

Antecedentes: A pesar de que en la cardiopatía congénita (CC) en muchos escenarios es factible llevar a cabo un embarazo, el desarrollo de complicaciones, como la hipertensión pulmonar, (HAP) supone un alto riesgo en el embarazo tanto para la madre como para el feto donde la mortalidad puede llegar al 30%. **Descripción del caso:** Femenina de 25 años de edad con antecedentes de comunicación interauricular (CIA) grande, descartada para cierre en la adolescencia, en tratamiento con riociguat 2.5mg 3 veces al día, estable en monoterapia, acude con embarazo de 8 semanas. Se plantea el alto riesgo y se da opción de interrupción, sin embargo, esta refiere que su sueño es ser madre. A la valoración inicial: soplo de hiperflujo pulmonar, R2 desdoblado fijo, datos de crecimiento de cavidades derechas, leve palidez, taquicardia sinusal 110 l/m y saturando 94%. Suspendemos riociguat e iniciamos sildenafil, 50mg cada 8 horas, se realizan estudios complementarios: laboratorios normales, así como ecocardiograma que muestra datos de HAP severa y compromiso de cavidades derechas. (figuras 1 y 2). Valoramos cada 8 semanas, con buena tolerancia del tratamiento en manejo conjunto con ginecoobstetricia; a las 26 semanas se realiza ecocardiograma fetal que muestra un corazón estructuralmente normal. A las 30 semanas se plantea introducir treprostnilil como opción B por presencia de síntomas de fatiga y disnea leve, sin embargo, se pospone. A la semana 31 presenta taquicardia supra ventricular manejada en centro externo con metoprolol endovenoso logrando estabilizar. En la semana 32 se plantea la vía del desembrazo mediante cesárea programada entre las semanas 34 y 36, se induce la madurez pulmonar. En la semana 34 se ingresa la paciente y con el plan pre anestésico es llevada a cesárea, en las primeras horas postquirúrgico la paciente presenta disnea significativa y episodios de taquicardia supraventricular, se maneja con metoprolol y se inicia treprostnilil inhalado como medida de rescate, logrando mejoría de la misma, egresando madre y producto a los 4 días. **Discusión:** La enfermedad cardiovascular es la principal causa no obstétrica de muerte materna, en el caso de las CC, el riesgo depende del estatus anatómico-fisiológico de la misma. Las pacientes que han desarrollado disfunción sistólica significativa del ventrículo izquierdo o del ventrículo único, las fisiologías de ventrículo único, las cianógenas no reparadas y las que han desarrollado hipertensión pulmonar y/o síndrome de Eisenmenger suponen un reto debido a la alta mortalidad necesitando un abordaje multidisciplinario para prevenir muerte materno-fetal.

86

LA ESFINGOSINA MODIFICA LA ACTIVIDAD DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA 2 (ECA2)

MUNGUÍA LAGUNA M^{1,2}, MENDIOLA SALAZAR X^{1,3}, BAUTISTA PÉREZ R¹, FRANCO M⁴, SANTAMARÍA SOSA J⁴¹DEPARTAMENTO DE BIOLOGÍA MOLECULAR, INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA "IGNACIO CHÁVEZ", ²INSTITUTO TECNOLÓGICO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE MONTERREY, ³FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA-UNAM, ⁴DEPARTAMENTO DE FISIOPATOLOGÍA CARDIO-RENAL, INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA "IGNACIO CHÁVEZ"

Introducción: Se ha sugerido que la esfingosina previene la unión de la proteína spike de SARS-CoV-2 al receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA2), pero no se conoce si modifica su actividad. **Objetivos:** Determinar la actividad de la ECA2 en corazón, riñón, pulmón e hígado de ratas con hipertensión dependiente de angiotensina II (Ang II) en presencia de esfingosina. **Material y métodos:** Se utilizaron ratas Wistar macho (300-350 g) y se formaron 2 grupos (c/u n=10): 1) Control (normo tensas), 2) Hipertensión dependiente de Ang II (435 mg/kg/min). Se extrajo el corazón, riñón, pulmón e hígado para determinar la actividad de la ECA2, se utilizó como sustrato Mca-APK (Dnp) (Enzo), la fluorescencia se determinó a λ_{ex} 320 nm/ λ_{em} 420 nm cada 5 minutos por 3 horas. La actividad de la ECA2 se determinó en ausencia y presencia de esfingosina (Sigma). **Resultados:** En el corazón de ratas hipertensas disminuyó la actividad de la ECA2 en comparación con su control (38 ± 5 vs 57 ± 5 pmol/min/mg de proteína) y aumentó en presencia de esfingosina (83 ± 9 vs 48 ± 5 pmol/min/mg de proteína). En el riñón de ratas hipertensas aumentó la actividad de la ECA2 en comparación con su control (228.9 ± 25 vs 135 ± 9 pmol/min/mg de proteína) y aumentó en presencia de esfingosina (327 ± 31 vs 177 ± 18 pmol/min/mg de proteína). En el hígado no hubo cambios en presencia de esfingosina. **Conclusión:** La esfingosina modifica la actividad de la ECA2 en el corazón y riñón de ratas hipertensas, estos resultados sugieren que la esfingosina modifica la actividad de la ECA2 en condiciones patológicas como la hipertensión lo cual puede contribuir en la fisiopatología de la COVID-19.

87

LA PROTEÍNA SPIKE DE SARS-COV-2 MODIFICA LA ACTIVIDAD DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA 2 (ECA2)

MENDIOLA SALAZAR X^{1,2}, MUNGUÍA LAGUNA M^{1,3}, FRANCO M⁴, BAUTISTA PÉREZ R¹¹DEPARTAMENTO DE BIOLOGÍA MOLECULAR, INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA "IGNACIO CHÁVEZ", ²FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM, ³INSTITUTO TECNOLÓGICO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE MONTERREY, ⁴DEPARTAMENTO DE FISIOPATOLOGÍA CARDIO-RENAL, INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA "IGNACIO CHÁVEZ"

Introducción: La enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA2) es el receptor celular para facilitar la entrada de SARS-CoV-2. Recientemente se ha sugerido que la proteína spike de SARS-CoV-2 modifica la actividad de la ECA2. **Objetivos:** Determinar la actividad de la ECA2 en plasma, corazón, riñón, pulmón e hígado de ratas diabéticas y ratas con hipertensión dependiente de angiotensina II (Ang II) en presencia de la proteína spike de SARS-CoV-2. **Material y métodos:** Se utilizaron ratas Wistar macho (300-350 g) y se formaron 4 grupos (c/u n=10): 1) Control (normo tensas), 2) Hipertensión dependiente de Ang II (435 mg/kg/min), 3) Control (normo glicémicas), 4) Diabéticas (65 mg/kg, estreptozotocina). En ambos modelos experimentales se tomaron muestras de plasma y se extrajo el corazón, riñón, pulmón e hígado. La actividad de la ECA2 se determinó en plasma y en cada uno de los órganos. Se utilizó como sustrato Mca-APK (Dnp) (Enzo), la fluorescencia se determinó a λ_{ex} 320 nm/ λ_{em} 420 nm cada 5 minutos por 3 horas. La actividad de la ECA2 se determinó en ausencia y presencia de la proteína spike de SARS-CoV-2 (Cayman Chemical Company). **Resultados:** En el corazón de ratas hipertensas disminuyó la actividad de la ECA2 en comparación con el control (40 ± 6 vs 63 ± 5 pmol/min/mg de proteína) y aumentó en presencia de la proteína spike (67 ± 9 pmol/min/mg de proteína). En el pulmón de ratas diabéticas aumentó la actividad de la ECA2 en comparación con el grupo control (322 ± 48 vs 120 ± 8 pmol/min/mg de proteína) y aumentó en presencia de la proteína spike en comparación con su ausencia (587 ± 6 vs 322 ± 48 pmol/min/mg de proteína). En el hígado de ratas diabéticas también aumentó la actividad de la ECA2 en comparación con el control (220 ± 20 vs 86 ± 6 pmol/min/mg de proteína) y aumentó en presencia de la proteína spike en comparación con su ausencia (337 ± 30 pmol/min/mg de proteína). **Conclusión:** La proteína spike de SARS-CoV-2 modifica la actividad de la ECA2 en el corazón de ratas hipertensas así como en el pulmón e hígado de ratas diabéticas. Estos resultados sugieren que la proteína spike de SARS-CoV-2 modifica la actividad de la ECA2 en condiciones patológicas como diabetes e hipertensión lo cual puede contribuir en la fisiopatología de COVID-19.

301

MIOCARDITIS Y MIOSITIS INDUCIDAS POR INHIBIDORES DEL PUNTO DE CONTROL INMUNITARIO: UNA PRESENTACIÓN MIOTÓXICA

QUISPE-SILVESTRE E

¹CLINICA RICARDO PALMA

Antecedentes: Los Inhibidores del punto de control inmunitario (ICI) tienen un amplio rango de eventos adversos inmuno relacionados (IRAE). Los IRAE cardiovasculares tienen una baja incidencia pero tienen una alta mortalidad por lo cual requieren una vigilancia activa. Se recomienda una estratificación basal que incluya el electrocardiograma y biomarcadores séricos como troponina y durante los siguientes ciclos de ICI. La elevación de troponina puede ser un signo temprano de miocarditis pero también podría estar asociado a injuria miocárdica de otra causa, por otro lado, la presencia de otro IRAE, como miositis o miastenia incrementa la sospecha de miocarditis. Se debe implementar un plan de trabajo con pruebas diagnósticas adicionales si hay sospecha de un IRAE como miocarditis. **Descripción del caso:** Paciente varón de 80 años con antecedente de Hipertensión arterial y Cáncer de pulmón que inició Pembrolizumab después de quimioterapia. Previo al inicio del tratamiento la función sistólica del ventrículo izquierdo y los niveles de troponina fueron normales. El paciente recibió 3 ciclos de Pembrolizumab sin interurrencias, sin embargo, previo al cuarto ciclo presenta disartria, debilidad progresiva de miembros inferiores asociados a elevación de péptidos natriuréticos por lo cual se decide hospitalización. Plan de trabajo y tratamiento:

- Se realizaron estudios de tomografía y resonancia cerebral los cuales no presentaron alteraciones.
 - El ecocardiograma mostró una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida (48%) y un strain longitudinal global (SLG) reducido (-14%)
 - La troponina I, un marcador específico de injuria miocárdica, y los péptidos natriuréticos se encontraban en valores elevados.
 - Se realizó un estudio de angiografía de arterias coronarias encontrando enfermedad arterial coronaria no obstructiva.
 - El estudio de resonancia magnética cardíaca mostró una función sistólica levemente reducida y presencia de patrón no isquémico en la secuencia de realce tardío con Gadolinio compatible con miocarditis.
 - Dada la presentación se diagnóstico miositis y miocarditis asociada a ICI y se inició altas dosis de metilprednisolona observando una mejoría progresiva de la fuerza muscular.
- Discusión:** La presencia de miositis o miastenia inducida por ICI incrementa la sospecha de miocarditis. Son necesarios biomarcadores más específicos que troponina y péptidos natriuréticos que puedan ayudar a un diagnóstico más temprano. La búsqueda de un IRAE como la miocarditis por ICI debe iniciarse ante la mínima sospecha debido a su alta mortalidad. Es necesario el trabajo multidisciplinario y la creación de protocolos para guiar un adecuado diagnóstico y tratamiento.

206

DOBLE TROMBOLISIS EN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO MASIVO DE ALTO RIESGO: ABORDAJE BASADO EN IMÁGENES DIAGNÓSTICASGUZMAN CLETO G¹, LOPEZ M¹, DOMINGUEZ C¹, VERDUGO L¹, SANCHEZ R¹¹CLINICA COROMINAS

Antecedentes: La enfermedad tromboembólica venosa es la tercera causa de muerte cardiovascular después del infarto de miocardio y el ictus. A nivel mundial de 39 a 115 personas por cada 100.000 habitantes padecen tromboembolismo pulmonar; proporciones que aumentan en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, dado que el preexistente estado inflamatorio activador de la cascada de coagulación aumenta el riesgo de desarrollo de eventos tromboembólicos arteriales y venosos; siendo su principal método de diagnóstico basado en imágenes cardíacas. **Descripción del caso:** Femenina de 36 años con antecedentes de enfermedad de Crohn, hipertensión arterial, trombocitosis esencial y depresión mayor. Se encontraba estable hasta una semana previa, cuando inicia con cuadro clínico caracterizado por palpitations, que seis horas previas a su llegada vía emergencia de nuestro centro de salud, se acompaña de mareos rotatorios con pérdida de la postura, diaforesis, palidez, náuseas, y es traída vía emergencia, donde se recibe paciente hemodinámicamente inestable y se inicia administración de aminas vasoactivas tipo noradrenalina, y dobutamina. Se realiza rastreo ecocardiográfico con evidencia de dilatación cavidades derechas, insuficiencia tricúspida severa, hipertensión arterial pulmonar severa (54 mmHg), trombo intracavitario en tránsito e interdependencia ventricular; y se inicia trombolisis sistémica con reteplasa; que finaliza con la persistencia de estado de inestabilidad hemodinámica, por lo cual se añade terapia con vasopresina y se realiza angiografía pulmonar con hallazgos de tromboembolismo de las arterias pulmonares; trombosis de la vena cava inferior; trombosis y dilatación de las cavidades cardíacas derechas y proceso intersticial pulmonar bilateral (Ver figura 1), razón por la cual se decide administración de un segundo bolus de reteplasa. Al finalizar el mismo, paciente con cifras tensionales audibles, con mejoría en valores de saturación periférica de oxígeno diuresis. Se realizan imágenes cardíacas controles con evidencia de resolución (Ver figura 2). **Discusión:** Mahboob y Denney demostraron previamente lo beneficioso que resulta el uso doble bolus de trombolíticos guiados por ecocardiografía a la cama del paciente en paciente con inestabilidad hemodinámica en el contexto de TEP masivo. Sin lugar a dudas, falta más evidencia que relacione el uso de imágenes diagnósticas y el pronóstico en la sobrevida de los pacientes que cursan con tromboembolismo pulmonar masivo de alto riesgo; ahora bien, el uso oportuno de imágenes cardíacas en conjunto con la trombolisis sistémica; marcan una gran diferencia en el pronóstico de dichos pacientes.

77

TROMBOS EN 3 CAVIDADES CARDIACASTIGMAZA LÓPEZ D¹, LLAVE F¹, SETTEPASSI P¹, TOMATTI A¹, CARBAJALES J¹¹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA"

Antecedentes y descripción del caso: Paciente femenina de 44 años con antecedentes de Insuficiencia cardiaca de FEY severa de VI (23%) y moderada de VD de etiología no isquémica necrótica ni chagásica; cáncer rectal que cumplió radioterapia y quimioterapia con capecitabina y oxiplatino 8 ciclos con posterior colostomía y reconstrucción del tránsito intestinal en el 2017. Ingresó a la unidad coronaria el día 01/09/2023 por cuadro de disnea progresiva CF II a IV (NYHA) de 72 horas de evolución. A su ingreso normotensa, taquicárdica, con adecuada mecánica ventilatoria y saturación del 95%. Al examen físico presenta roncus bilaterales, finos, diseminados; no soplos; ingurgitación yugular 2/3 con colapso y edema en miembros inferiores 2/6 asimétricos con predominio izquierdo. Al realizar ecocardiograma "bedside" se evidencia imágenes hiperecóticas a nivel de cavidades derechas móviles (ver fig. 1: A y B - flechas rojas) y a nivel de la punta de ventrículo izquierdo (ver fig. 1: C - flecha roja). Ecografía Doppler de miembro inferior izquierdo reporta trombos a nivel de sistema venoso femoral profundo (ver fig. 1: D - flecha roja); 24 horas después de su ingreso presenta deterioro del sensorio acompañado de inestabilidad hemodinámica con requerimiento de vasopresores; signos de disfunción ventricular por dilatación del VD y daño miocárdico por elevación de troponina y NT-probnp. Se decidió terapia trombolítica urgente con alteplasa con favorable respuesta hemodinámica. Ecocardiograma de control reporta ausencia de trombos intracavitarios (ver figura 2). Durante su evolución presenta focalidad neurológica por hemiplejía braquio-crural derecha secundaria a evento cerebrovascular isquémico a nivel frontoparietal izquierda constatado con tomografía de cráneo. Requirió de asistencia mecánica ventilatoria invasiva por 42 días. El día 29/12/2023 es externada con anticoagulación oral. **Discusión:** El trombo en tránsito es una forma de embolia pulmonar (EP) con una mortalidad de hasta un 40%. Su incidencia es mayor en hombres que en mujeres (56% vs 48%), esta relación se acorta e incrementa en las mujeres cuando la edad avanza por sobre los 75 años. Es una patología con una alta tasa de mortalidad (4% a 30 días y 13% a 1 año), sobre todo entre las primeras 2 horas y hasta las 72 horas desde su presentación. La identificación de factores predisponentes y la probabilidad clínica siguen siendo los pilares fundamentales para el diagnóstico de EP. El ecocardiograma "bedside" es la mejor opción en pacientes inestables y la terapia trombolítica está justificada con un nivel de evidencia I-B siempre y cuando esta no esté contraindicada.

73

CARACTERIZACIÓN DE LA CARDIOPATÍA CHAGÁSICA CRÓNICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN DIFERENTES HOSPITALES EN BOGOTÁ: UNA COHORTE DE 6 AÑOSMORENO PALLARES E¹, OLAYA SANCHEZ A^{1,2}, DIAZ GARZON A³, VARGAS VERGARA D^{1,2}, MEDICINA H⁴, MANRIQUE F⁴, FORERO J⁴, MORA PABON G⁵, AYALA C¹, SCIARRRESI E⁶, LOPEZ LIMA I, INFANTE G, FORERO MELO F^{1,2}¹FUNDACION UNIVERSITARIA CIENCIAS DE LA SALUD/HOSPITAL SAN JOSE, ²CLINICA LOS NOGALES, CLINICA LOS COBOS MEDICAL CENTER., ³HOSPITAL MILITAR NUEVA GRANDA, ⁴FCI: FUNDACIÓN CARDIO-INFANTIL, DEPARTAMENTO DE IMÁGENES CARDIACAS, ⁵DEPARTAMENTO DE ELECTROFISIOLOGÍA, CES, CLÍNICA LAS AMÉRICAS, MEDELLÍN., ⁶INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA SAN NICOLAS, BUENOS AIRES, ARGENTINA

Introducción: la enfermedad de Chagas es reconocida por la OMS como una enfermedad tropical desatendida, siendo un problema de salud pública de larga data en América-Latina. La cardiopatía chagásica crónica es la complicación con mayor carga de morbilidad/ mortalidad. **Materiales/Métodos:** **Objetivo:** Caracterizar la cardiopatía chagásica crónica en una cohorte de pacientes atendidos en diferentes centros de salud en Bogotá entre el periodo del 2017 al 2023. **Métodos:** un estudio descriptivo, de cohorte histórica, en el cual se tomó la información clínica, electrocardiográfica/imagenológica (entre ellos resonancia cardiaca) de los pacientes con cardiopatía chagásica crónica de diferentes centros de salud en Bogotá (Hospital San José, Fundación Cardioinfantil y Hospital Cardiovascular de Cundinamarca). Para el análisis de los resultados, se utilizó para las variables cualitativas las medidas de frecuencia y porcentaje y para los datos continuos se emplearon las medidas de tendencia central y de dispersión. **Resultados:** Se analizaron 113 pacientes con cardiopatía chagásica, con un promedio de seguimiento de 5.3 años (mínimo 3.6 años, máximo 6.3 años), el promedio de edad fue de 63 ± 11 años, el 58% eran de sexo masculino. El 84% pertenecían a zona rural, el departamento de mayor procedencia fue Boyacá en un 29%. Alrededor de la mitad de los pacientes estaban Clase funcional I. El 71% presenta al menos alguna comorbilidad siendo la hipertensión arterial la más frecuente. Alrededor de la mitad de los pacientes presentaba algún hallazgo electrocardiográfico siendo el más frecuente la extrasístolia ventricular. En los hallazgos por resonancia cardiaca, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (Fevi) fue $57 \pm 15\%$, de los cuales el 64% presentaban Fevi preservada, 12% Fevi ligeramente reducida y 24% Fevi reducida sin evidencia de trombo intracavitario o aneurisma. Ahora bien, en relación con la fracción de eyección del ventrículo derecho fue del $54 \pm 10\%$, el 16% presentaba disfunción VD. La frecuencia de edema fue del 28%. El 62% presentaban Realce tardío de gadolinio (RTG) de los cuales el 29% presentaba RTG $> 15\%$. El 17% eran usuarios de dispositivos cardiacos, la prevalencia de descargas del dispositivo fue del 22%. Finalmente, la mortalidad por todas las causas ocurrió en un 9%. **Conclusiones:** Esta zoonosis constituye un inmenso problema de impacto en salud pública en los países de América Latina dadas sus consecuencias a largo plazo en el sistema cardiovascular. Conocer las características clínicas y determinar predictores de mortalidad impactaría en el pronóstico de esta patología.

409

PERSPECTIVE ON UNCOMMON OCCURRENCE: TYPE A AORTIC DISSECTION IN IMMEDIATE POSTPARTUM PERIOD FOLLOWING CESAREAN DELIVERY IN MARFAN SYNDROME PATIENT WITH NORMAL AORTA DIAMETERAMARO PALOMO E¹, FONSECA ROBLES R¹, AGUILAR VILLAGRÁN L², PARRA VILLANUEVA K¹, DÍAZ HERRERA B¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ, ²UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

Background: Marfan Syndrome (MFS) predisposes individuals to aortic dissections, underscoring the pivotal role of aortic size in complication risk assessment. The risk of aortic dissection in MFS pregnancy escalates with aortic dimensions surpassing 4 cm or displaying progressive enlargement. Current guidelines advocate normal vaginal delivery for aortic dimensions under 4 cm, while cesarean section is advised for those exceeding 4.5 cm. Nevertheless, these guidelines may oversimplify disease dynamics. We report a case of a patient with a root aortic diameter under 35 mm who suffered aortic dissection post-cesarean delivery, highlighting the intricate interplay of factors influencing aortic health and the imperative for ongoing vigilance and personalized risk evaluation in clinical practice. **Case description:** A 37-year-old woman with a history of MFS and no family history of dissection or sudden death presented on her second day postpartum following a cesarean section due to preeclampsia in her first pregnancy. She was referred to our center after experiencing sudden oppressive chest pain radiating to her back while at rest, six hours prior. The electrocardiogram (ECG) showed no signs of ischemia; however, given her medical history, a CT angiography was performed, revealing a Stanford A aortic dissection. Consequently, strict blood pressure control was initiated, and she was urgently taken to the operating room for surgical intervention. As a noteworthy observation, aortic root diameter measurement was performed on the angio-CT, revealing a diameter of 3.169 cm (Figure 1). **Discussion:** The risk of aortic dissection during pregnancy in a woman with underlying MFS can sometimes be difficult to predict, as we showed, aortic dissections can occur with normal aortic dimensions. We still do not have all the necessary tools to accurately predict the occurrence of aortic dissection during pregnancy in a woman with underlying aortopathy. Aortic dimensions alone are clearly an inadequate guide for risk stratification during pregnancy and the postpartum period, and additional factors should be incorporated to properly stratify the risk in these women.

133

ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA E INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA EN ARGENTINA: ANÁLISIS DEL REGISTRO AR.FEY.PRESERCURSACK G^{1,10}, CORONEL M^{2,10}, MORIS C^{3,10}, NUÑEZ C^{4,10}, CASTIELLO G^{5,10}, GARCÍA ZAMORA S^{6,10}, ALTAMIRANO L^{7,10}, BRUNIALTI J^{8,10}, ECHAZARRETA D^{9,10}, PERNA E^{2,10}SANATORIO ESPERANZA, ²INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA DE CORRIENTES "JUANA FRANCISCA CABRAL", ³CENTRO INTEGRAL DE ARRITMIAS DE TUCUMÁN, ⁴CLÍNICA EL CASTAÑO Y CIMAC SAN JUAN, ⁵HOSPITAL ARGERICH, ⁶SANATORIO DELTA ROSARIO, ⁷HOSPITAL CÓRDOBA, ⁸HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS LA PLATA, ⁹CENTRO MÉDICO CAPITAL LA PLATA, ¹⁰COMITÉ DE INSUFICIENCIA CARDÍACA E HIPERTENSIÓN PULMONAR, FEDERACIÓN ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA

Breve Introducción: La enfermedad coronaria (EC) puede contribuir con la fisiopatología de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (ICFEP). Sin embargo, el perfil clínico de los pacientes con EC e ICFEP no se ha estudiado sistemáticamente. **Objetivo:** Evaluar las características clínicas y el tratamiento de los pacientes con EC e ICFEP. **Material y métodos:** El registro multicéntrico prospectivo AR.FEY.PRESER incluyó pacientes ambulatorios consecutivos con ICFEP entre el 1 de julio de 2022 y el 1 de febrero de 2024. Para ICFEP se siguió la definición universal de insuficiencia cardíaca: signos y síntomas relacionados, anomalías ecocardiográficas estructurales (FEVI $\geq 50\%$ e hipertrofia ventricular o auricular dilatada o E/e' > 15) y péptidos natriuréticos elevados. Para EC se requirió al menos una obstrucción de un vaso pericárdico $\geq 70\%$ o antecedentes de angioplastia o cirugía de revascularización miocárdica. **Resultados y Conclusiones:** Se incluyeron 446 pacientes, con una edad media 73,2 años y 61% correspondían al sexo femenino. La cinecoronariografía se solicitó en 249 casos (55,5%), y 145 (58,2%) tuvieron arterias coronarias normales. La EC fue identificada en 111 (24,7%). Los grupos con y sin EC fueron diferentes en edad (75,6 vs. 70,9; $p < 0.001$), diabetes mellitus (68,5 vs. 54,1%; $p = 0.008$), tabaquismo (54,1 vs. 26,3%; $p < 0.001$), sexo femenino (39,6 vs. 58%; $p < 0.001$), enfermedad renal crónica (31,5 vs. 13,6%; $p < 0.023$) y fibrilación auricular/aleteo auricular (31,5 vs. 43,8%; $p < 0.001$). La fracción de eyección del VI en EC fue $59 \pm 6,5$ vs $60,6 \pm 6,4\%$ sin EC ($p = 0,025$). En pacientes con y sin EC, la clase funcional (CF 3-4 24,3 vs 32%; $p = NS$), el puntaje de calidad de vida por EQ-5D ($62,7 \pm 18,8$ vs $63,6 \pm 20,1$; $p = NS$) y las hospitalizaciones previas (33,3 vs. 42,4%; $p = NS$) fueron similares. El tratamiento en sujetos con y sin EC incluyó: antiagregantes (68,5 vs 20,4%; $p < 0,001$), estatinas (84,7 vs 42,3%; $p < 0,001$), diuréticos (80,2 vs 83,7%; $p = NS$), gliflozinas (47,7 vs 34%; $p = 0,010$), iECA (22,5 vs 18,3%; $p = NS$), BRA (60,4 vs 58,3%; $p = NS$), ARM (40,5 vs 43,5%; $p = NS$) y ARNI (0,9 vs 4,1%; $p = NS$) y betabloqueantes (91,9 vs 76,3%; $p < 0,001$). La ICFEP y la EAC muestran características clínicas específicas, con más factores de riesgo CV y perfiles terapéuticos diferentes. Sin embargo, la gravedad, los síntomas y el tratamiento de la insuficiencia cardíaca fueron similares.

75

CONVIVIR CON LA INCERTIDUMBRE ASOCIACIÓN DE ANEURISMA VENTRICULAR EN PACIENTE CON ESCLEROSIS TUBEROSA REPORTE DE UN CASO EN EDAD PEDIÁTRICAFAJARDO ROBLEDO J¹, SÁNCHEZ CORNELIO C, CANO ZARATE R, VÁZQUEZ ANTONA C¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA "IGNACIO CHÁVEZ"

Antecedentes: El complejo Esclerosis Tuberosa (CET) es una enfermedad hereditaria que cursa con trastornos neurológicos, lesiones cutáneas y tendencia al desarrollo de hamartomas o tumores benignos en el sistema nervioso central, retina, piel, pulmón, riñón y corazón. Causada por una mutación de los genes TSC1 o TSC2. Autosómica dominante con una expresividad muy variable, que se intensifica con la edad debido a la aparición de nuevas lesiones. Incidencia de 1/5.000 y 1/10.000, siendo una de las enfermedades monogénicas más frecuentes. Las manifestaciones de la enfermedad requieren un manejo multidisciplinario. Los aneurismas cardíacos se caracterizan por tener paredes de tejido fibroso con escasas fibras miocárdicas, lo que aparece como zonas acinéticas o discinéticas. Se desconoce la etiología de estas malformaciones, atribuyéndola a una detención parcial en el desarrollo embrionario normal de la pared ventricular. Su forma de presentación es variable, pudiendo ser asintomático o presentar arritmias, insuficiencia cardíaca e incluso muerte por embolia o rotura. **Descripción del caso:** Masculino de 17 años, sin diagnóstico prenatal de CET. De neonato presenta arritmia e inicia valoración por Cardiología Pediátrica en su lugar de origen, con hallazgo de tumoración cardíaca. Valorado por primera vez en el Instituto a los 7 años al presentar palpitaciones de inicio súbito, confirmando diagnóstico de CES. Exploración Física normal. Desarrollo Psicomotor normal, asintomático cardiovascular, clase funcional I. Cuenta con los siguientes estudios:

-Electrocardiograma, radiografía de tórax y Holter normales.

-Cateterismo Cardíaco para toma de biopsia del septum interventricular: aneurisma interventricular izquierdo sin paso de medio de contraste.

-Biopsia endomiocárdica: Rbdomioma Cardíaco.

-Ecocardiograma transtorácico: Aneurisma del septum interventricular sin cortocircuito, múltiples rbdomiomas en ambos ventrículos sin obstrucción al tracto de salida, presión media de la arteria pulmonar: 17mmHg, disfunción diastólica tipo II del ventrículo derecho y disfunción subclínica del ventrículo izquierdo (FEVI: 56.58%, STRAIN del VI: -13.6%, con disminución en las regiones septales.

-Resonancia Magnética: Aneurisma del Septum interventricular tercio basal y medio, sin evidencia de cortocircuito, disfunción sistólica leve del ventrículo izquierdo FEVI 41%, función sistólica del ventrículo derecho normal FEVD: 57%.

-Prueba de esfuerzo: Máxima por síntomas (BORG 20), Máxima por frecuencia cardíaca (99%), máxima por VO₂ (135%), Alcanzo 14.5 METS de 11 predichos para la edad y género. Actualmente sin manejo farmacológico cardiológico.**Discusión:** La asociación de un aneurisma ventricular con CET es inusual. Con el fin de evidenciar la evolución de la lesión, nos dimos a la tarea de realizar el caso.

205

DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD EN LA TRANSICIÓN DE LAS CARDIOPATÍAS CONGÉNITASRODRÍGUEZ PEÑA G¹, MÁRQUEZ GONZÁLEZ H¹, YÁÑEZ GUTIÉRREZ L¹¹HOSPITAL DE CARDIOLOGÍA, CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

Introducción: Gracias a los avances médicos, la sobrevida de los pacientes con cardiopatía congénita ha incrementado en los últimos años, observándose con ello un aumento en el número de adolescentes y adultos con cardiopatía congénita. **Objetivos:** Dar a conocer las necesidades de atención (fases quirúrgicas de la enfermedad, dispositivos, prótesis, tratamiento farmacológico) en pacientes con cardiopatía congénita entre 16 a 21 años. **Material y Métodos:** Estudio de tipo transversal, descriptivo, observacional, ambilectivo que incluyó pacientes con Cardiopatía Congénita con edad de entre 16 a 21 años, valorados en la Clínica de Cardiopatías Congénitas del Hospital de Cardiología del IMSS. Se obtuvo información mediante la revisión del expediente clínico físico y electrónico, se realizó registro de las variables de interés mediante una plataforma electrónica. **Resultados y Conclusiones:** Se incluyeron un total de 234 pacientes. En el tipo de Cardiopatía Congénita de acuerdo a su clasificación por su complejidad, 78 (33.3%) presentaban complejidad leve, 110 (47.0%) moderada y 46 (19.7%) grave. Se observó que 185 (79.1%) pacientes tuvieron cuidados de transición, del grupo que no presentó cuidados de transición, 10 (20.4%) se encontraba sin reparación de la Cardiopatía Congénita, 38 (77.6%) se encontraba en clase funcional I, sin embargo se observó mortalidad en 9 (18.3%) en este grupo. El estudio del seguimiento de pacientes con Cardiopatía Congénita de la edad pediátrica a la adulta en una clínica de transición de México mostró que 20.9% no tuvo una transición exitosa, mismo grupo que presentó mayor mortalidad (18.3%), lo cual nos debe llevar a crear lineamientos para la atención de estos pacientes en nuestro país, ya que por la complejidad de las Cardiopatías Congénitas en sí, presentan mayor número de comorbilidades, necesidad de asistencia hospitalaria y ambulatoria.

124

SINCRONIA VENTRICULAR EN PACIENTES CON CARDIOMIOPATÍA CHAGÁSICA: APORTE DE LA PERFUSIÓN MIOCÁRDICA SPECT GATEDMORALES NAVARRO F¹, BONILLA FIGUEROA R¹, PAZ DRIOTES D¹, GÓMEZ LEIVA V²¹MEDICINA INTERNA, HOSPITAL MÉDICO QUIRÚRGICO, ISSS., ²CARDIOLOGÍA NUCLEAR, HOSPITAL ONCOLÓGICO, ISSS

Introducción: La miocardiopatía chagásica puede manifestarse como insuficiencia cardíaca, arritmias ventriculares, alteraciones de la conducción y otras. La perfusión miocárdica alterada en el SPECT Gated es un hallazgo común; además, el análisis de la sincronía ventricular permite evaluar globalmente la función del miocardio severamente afectado en esta patología. **Objetivos:** Evaluación de la función sistólica del ventrículo izquierdo en pacientes con cardiomiopatía chagásica, mediante los parámetros del SPECT Gated de reposo y pos esfuerzo de un día con énfasis en la sincronía ventricular. **Material y métodos:** Descriptivo, observacional, prospectivo. Se evaluaron 10 pacientes con seguimiento en consulta externa de Cardiología por Cardiomiopatía chagásica, se les realizó estudio de perfusión miocárdica con radioisótopo Sestamibi Tc99m SPECT Gated reposo y esfuerzo. **Resultados:** 10 pacientes ya conocidos con cardiomiopatía chagásica, edad promedio 55.4 años, mujeres 40%, hombres 60%. Se presentaron con NYHA I 40%, II 10%, III 50% y IV 0%; con bloqueo de rama izquierda (BRI) 30% y derecha (BRD) 30%. En el estudio de perfusión, se documentan en reposo con defectos de perfusión leve 30%, moderado 30%, severo 40% que en el pos esfuerzo duplican los severos alcanzando el 80% de los evaluados. En el gatillado, FEVI de reposo mostró $\leq 40\%$ en 4 de 10 pacientes, 41-49% 2 de 10 y $\geq 50\%$ 4 de 10; sin tendencia a la reducción en el pos esfuerzo (solo 30% redujeron), presentando además asincronía ventricular en reposo 70%. De los 7 pacientes con asincronía intraventricular, evidenciamos un comportamiento de empeoramiento (28.6%) o mejora (71.4%) en el pos esfuerzo; los pacientes que mejoraban, aun teniendo valores anormales en los parámetros evaluados de ancho de banda, desviación estándar y entropía, presentaron una mejora en las variables, que coincidió con un aumento en la FEVI. **Conclusiones:** La perfusión miocárdica con radioisótopo SPECT Gated reposo-esfuerzo es una herramienta valiosa para evaluar función ventricular izquierda no operador dependiente. El análisis de sincronía en pos esfuerzo, podría ser útil para la redirección de la terapia con dispositivos de alta energía en esta población y reclasificar su pronóstico.

140

SÍNDROME DE PRKAG2: REPORTE DE CASOVELUETA SOBERANES K¹, HERNÁNDEZ FONSECA A¹, ÁLVAREZ MARTÍNEZ C¹, YÁÑEZ GUTIÉRREZ L¹, MEJÍA HERNÁNDEZ A²¹UMAE HOSPITAL DE CARDIOLOGIA, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI, ²HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO, FEDERICO GÓMEZ.

Antecedentes: El síndrome PRKAG2 es una condición rara, que se caracteriza por ser una cardiomiopatía de almacenamiento de glucógeno no lisosomal con un patrón de herencia autosómico dominante. Se caracteriza por un patrón de preexcitación en el electrocardiograma, predominio de hipertrofia ventricular izquierda, arritmias supraventriculares así como a trastornos de conducción auriculoventricular e intraventricular y alta relación con eventos de muerte súbita. **Descripción del caso:** Un niño de 7 años el cual presentó evento de dolor torácico y síncope, siendo atendido en unidad de segundo nivel, fue abordado con monitoreo holter de 24 horas el cual reveló ritmo sinusal, un intervalo PR corto (< 80 ms). Fue referido a la consulta de electrofisiología contando con electrocardiograma el cual demostraba patrón de preexcitación e hipertrofia ventricular izquierda, lo que llevó a su ingreso al hospital. Se continuó abordaje diagnóstico con resonancia magnética cardíaca, que concluyó una fracción de eyección del ventrículo izquierdo ligeramente reducida (48%) asociada con hipocinesia septal, e insuficiencias valvulares mitral y tricúspide leves, sin evidencia de fibrosis cardíaca. Debido a decisiones familiares, fue egresado de la unidad, Pero con solicitud para prueba de mutación en el gen PRKAG2. En su cita de seguimiento, el paciente no mostró nuevos eventos clínicos y dio positivo para una variante patogénica del gen PRKAG2. Por lo tanto, se consideró nuevamente su ingreso al hospital para realizar un estudio electrofisiológico como parte de la investigación del síncope, identificando síndrome de preexcitación mediado por vías accesorias en las regiones posterolateral derecha y lateral izquierda. Se realizó ablación por radiofrecuencia en ambas vías accesorias con criterios de éxito, fue implantado holter de asa y se decidió egreso a domicilio, con seguimiento ambulatorio al contar con prueba de esfuerzo para evaluar necesidad de requerir un desfibrilador automático implantable. **Discusión:** El síndrome PRKAG2 se caracteriza por la deposición de glucógeno en cardiomiocitos, imitando la hipertrofia ventricular de la cardiomiopatía hipertrófica. Los pacientes se diagnostican con la mutación junto con hipertrofia ventricular inexplicada, disfunción sistólica o diastólica, arritmias supraventriculares, alteración del sistema de conducción u otras miopatías. El electrocardiograma clásico muestra intervalo PR corto y bloqueos de rama. La imagen cardíaca revela hipertrofia ventricular izquierda y derecha. Durante el curso de la enfermedad los pacientes pueden requerir marcapasos, además de presentar alta incidencia de muerte súbita.

239

FISIOLOGÍA CORONARIA EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA, A PROPOSITO DE UN CASO

MÉNDEZ CHOQUE N¹, CENTENO S², KEVORKIAN R³¹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI, ²HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI, ³HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI

Antecedentes: El síndrome coronario crónico es un desafío terapéutico cuyo fin es resolver o mejorar los síntomas del paciente, el uso de fisiología coronaria en el laboratorio de hemodinamia para la realización de angioplastia compleja va en aumento y es una herramienta útil con la cual nos tenemos que familiarizar. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 45 años con factores de riesgo: hipertensión arterial, dislipemia. Antecedente de Infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST y cinecoronariografía (CCG) que evidenció enfermedad coronaria de tres vasos (noviembre 2022). Se realizó cirugía de revascularización miocárdica (CRM) de urgencia. EURO SCORE 0.58%. Se realizó CRM sin circulación extracorpórea (CEC); mamaria interna izquierda a descendente anterior (LIMA a Da), mamaria interna derecha a coronaria derecha (RIMA a CD) y puente radial a circunfleja, en el postoperatorio evoluciona con arritmia ventricular y supra ST en cara anterior ingresa a nueva CCG evidenciándose Puente LIMA a DA ocluido puente radial a circunfleja ocluido, RIMA permeable sin posibilidad de revascularización, evoluciona con Shock cardiogénico y deterioro moderado de la función ventricular, en la evolución tras infusión de levosimendán presenta mejoría clínica se otorga el alta a los veinte días. En el control ambulatorio persiste con angina crónica estable clase funcional II Electrocardiograma ritmo sinusal, qr anterior y T negativas v4 a v6 Se realiza nueva CCG (Febrero 2023): Enfermedad de DA difusa con fino calibre, CX sin lesiones. CD subocluida. RIMA permeable. Ecocardiograma Doppler Abril 2023: FSVI leve 47%. Ecocardiograma con Dobutamina Julio 2023 (viabilidad) que informa necrosis inferior y de los segmentos apicales. debido a persistencia de síntomas anginosos y bajo tratamiento médico óptimo, se decide nueva CCG guiada por IVUS y FFR/DFR realizándose angioplastia a tercio medio y distal de arteria DA con tres stents liberadores de droga (DES) y dos stents tipo DES a tronco de septales flujo TIMI III. En el seguimiento el paciente refiere mejoría sintomática y de la capacidad funcional. Ecocardiograma diámetros conservados función 53% e hipocinesia de los segmentos apicales. **Discusión:** La angioplastia compleja representa solo un 3 a 4 por ciento del total de procedimientos coronarios, donde el empleo de fisiología e imagen coronaria tienen un rol importante. El uso de fisiología coronaria para toma de decisiones en la cardiopatía isquémica mejora la calidad de la angioplastia. La angioplastia está evolucionando, lo complejo es la nueva normalidad

240

IMPLANTE URGENTE DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA EXPANDIBLE POR BALÓN CON PROTECCIÓN CORONARIA EN UN PACIENTE CURSANDO SHOCK CARDIOGÉNICO

MÉNDEZ CHOQUE N¹, DIONISIO G², OLMEDO P³, CENTENO S⁴, KEVORKIAN R⁵¹HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI, ²HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI, ³HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI, ⁴HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI, ⁵HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI

Antecedentes: El implante de válvula aórtica transcáteter (TAVI) constituye una alternativa en pacientes portadores de estenosis aórtica severa (EAOS), inoperables. Existen pocos reportes de TAVI en contexto de Shock Cardiogénico (SC). **Descripción del caso:** Paciente femenina de 82 años en plan de TAVI. IMC 32. Hipertensa, diabética. Angioplastia a arteria coronaria derecha (CD) con DES y EAOS con valvuloplastia (VPA) reciente. Valoración pre implante: calcio valvular aórtico 1868 UA, anillo 21 x 22.6mm, área 345 mm², perímetro 64 mm, senos de valsalva: 26,3 x 26,3 x 24,9 mm. Distancia hacia el ostium (DO) de coronaria izquierda 8 mm. DO CD 13mm. FEY 35%. Válvula aórtica trivalva AVA 0,75 cm²; velocidad 4,5 m/s. Gradiente medio 45 mmHg. IAo leve. EUROSCORE II: 18,26 %, STS score: 21,12%. Ingresa a UCO debido a SC. Se decide TAVI urgente con protección de ostium de coronaria izquierda. Se realiza arteriotomía femoral derecha para el implante, accesos radial derecho para catéter guía izquierdo y femoral izquierdo para catéter pigtail. Se posiciona cuerda SAFARI Small en ventrículo izquierdo. No se predilata debido al antecedente de VPA reciente y SC. Con estimulación intracavitaria a alta frecuencia con cuerda se implanta válvula EDWARDS número 20 con protección de ostium coronario con stent 3.5x29, que no se implanta. Evoluciona favorablemente con alta en 48 horas. **Discusión:** El TAVI en pacientes cursando SC constituye un procedimiento desafiante, más aún si debe realizarse protección coronaria. Es preferible simplificar la estrategia, particularmente en pacientes complejos, sin embargo la oclusión aguda de la coronaria izquierda puede ser letal en estos casos. **Discusión:** El TAVI urgente en pacientes cursando SC, inclusive con protección de ostium de coronaria izquierda, constituye un abordaje viable en este tipo de pacientes.

337

RESULTADOS DE LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN PACIENTES CURSANDO SHOCK CARDIOGÉNICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO ENTRE EL PERIODO DE ENERO DE 2014 A DICIEMBRE DE 2022MÉNDEZ CHOQUE N¹, PUERTA L², CENTENO S³, KEVORKIAN R⁴¹HOSPITAL SANTOJANNI, ²HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI, ³HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI, ⁴HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI

Introducción: El Shock Cardiogénico (SC) en el Infarto Agudo de Miocardio (IAM) es el cuadro más grave y de mayor mortalidad con una incidencia del 7,5% en nuestro país, una incidencia que no ha podido descender a pesar de contar con un sistema de angioplastia primaria en red. **Objetivo:** Determinar los resultados inhospitalarios de pacientes con Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) complicados con SC que fueron tratados con angioplastia (ATC) primaria. **Material y métodos:** Estudio prospectivo, unicentrico, observacional. Se incluyeron 1233 pacientes en forma consecutiva con IAMCEST tratados con ATC primaria de los cuales 106 se encontraban en SC entre el 2014 a 2022. Se utilizó test de t para la comparación de variables continuas y el test de Chi2 para las variables cualitativas. **Resultados:** La incidencia del SC fue de 9,8%. Del total de pacientes estudiados el 80,8% eran de género masculino, la edad media fue de 59,6 años, en cuanto los factores de riesgo: la presencia de hipertensión arterial (HTA) fue de 62%, Diabetes 21,3%, dislipemia 36,3%, tabaquismo 52,3%. Se asoció al desarrollo de SC el antecedente de IAM previo (51,8% vs 16%, p<0,001); ATC previa (24,1 % vs 8,7%, p =0,02); enfermedad coronaria multiviso (49,9% vs 13,3, p<0,001); tronco de coronaria izquierda (4,5% vs 1,4%, p=0,039). La ATC exitosa fue más frecuente en pacientes sin SC (91,4% vs 60,1%, p= 0,005). La mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con SC fue de 56,9 %. **Conclusiones:** La incidencia de SC en contexto de IAMCEST fue superior a la reportada en el último registro de IAM de las principales sociedades científicas del país, la mortalidad intrahospitalaria de los paciente con SC fue similar a la reportada en la literatura internacional.

351

THERAPEUTIC ROLE OF MITOCHONDRIAL TRANSFER/TRANSPLANT IN CARDIOVASCULAR DISEASES: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEWMUÑOZ G¹, ORTIZ A¹, HARO FREILE E¹, CAMPODÓNICO A¹, DEL POZO ACOSTA P¹, SERPA F¹, CAICEDO A¹¹UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Introduction: Reperfusion injury, ischemic heart disease, heart failure, myocardial infarction, atherosclerosis, and hypertension have been shown to cause direct cellular injury and inevitable mitochondrial damage. New therapies have emerged, standing out novel mitochondrial transplantation to rescue myocardial cell viability and enhance myocardial function. This approach aims to repair myocardial bioenergetics by replacing dysfunctional native mitochondria with healthy, respiration-capable counterparts. However, synthesis and understanding of this therapeutic approach remain limited. **Objective:** Our objective is to conduct a systematic review of the use of mitochondrial transfer or transplantation in the treatment of cardiovascular diseases. **Methods:** We conducted a systematic search of PubMed, Cochrane, and Scopus from inception until January 2024 to identify animal and human studies investigating the use of mitochondrial transfer/transplant for therapeutic purposes in cardiovascular disease. Outcomes assessed included myocardial function, reperfusion injury, and laboratory markers of cardiac injury. **Results:** Our systematic review found that the most common condition studied in mitochondrial transplantation was myocardial infarction. Thirteen studies investigating mitochondrial transplantation were included, comprising human and animal studies. Mitochondria transplanted from autologous and exogenous sources demonstrated uniform distribution. The delivery method, either direct injection or artery infusion, showed no discernible variation in successful transplantation. However, mitochondrial concentration emerged as an important determinant of therapeutic effectiveness. Cardiac function was evaluated using imaging, blood samples, and microscopic analysis of the specimen. Key findings included improved myocardial function, reduced myocardial injury, decreased infarct size, diminished left ventricular remodeling, and lowered oxidative stress levels. **Conclusion:** Our preliminary data reveal that mitochondrial transfer/transplantation has been researched for treating cardiovascular diseases, specifically myocardial infarction. The available literature suggests that mitochondrial transfer/transplantation may hold therapeutic potential for myocardial ischemia, reducing cellular damage and infarct size while improving myocardial function. Further research is required to standardize transplantation protocols and evaluate outcomes on a larger scale and in diverse cardiovascular diseases and settings.

367

ES LA MIOCARDIOPATÍA ARRITMOGÉNICA CON AFECTACIÓN BIVENTRICULAR UNA MANIFESTACIÓN TARDÍA O UNA VARIANTE DE LA ENFERMEDADRAMÍREZ RAMÍREZ C¹, PINTO CANCINO R¹, MORENO RUIZ L¹¹HOSPITAL DE CARDIOLOGÍA CMN SIGLO XXI, IMSS

Antecedentes: La displasia arritmogénica es una enfermedad hereditaria autosómica dominante causa de muerte súbita. La característica patológica que la distingue, es el cambio fibrograso progresivo secundario a la mutación de genes de los complejos desmosomales en los cardiomiocitos. Se han descrito nuevos criterios diagnósticos que incluyen la predominancia de ventrículo izquierdo (VI) o la afectación biventricular. El tratamiento se basa en el riesgo de presentar muerte súbita. **Descripción del caso:** mujer de 32 años con historia de palpitaciones de 5 meses de evolución. En agosto 2022 presenta evento de TV sostenida monomórfica con inestabilidad hemodinámica, requiriendo de cardioversión eléctrica y protocolizada.: Electrocardiograma: taquicardia ventricular monomórfica con patrón de bloqueo de rama izquierda; basal con onda T negativa V1-V3, aVf, DII, DIII, de bajo voltaje. Holter de 24 horas con 4240 latidos ventriculares. Ecocardiografía transtorácica: Ventrículo derecho (VD) FEVD 29% y evidencia de dilatación aneurismática de segmento medio y distal de la pared libre del VD. Resonancia magnética con dilatación biventricular de predominio derecho, FEVI 45%, con movimiento septal paradójico o hipocinesia septoapical, FEVD 29%. Valorada por el servicio de electrofisiología quien concluye miocardiopatía arritmogénica con afectación biventricular, considerada de alto riesgo de muerte súbita, siendo candidata a colocación de DAI prevención secundaria y posterior ablación del foco arritmogénico. **Discusión:** con base en los criterios actuales de Padua 2020, se concluye displasia arritmogénica con fenotipo biventricular, catalogada de alto riesgo y mal pronóstico por el fenotipo clínico. No se ha definido si el compromiso del VI se considera una fase tardía aunque sí asociada a genes específicos.

81

CHAT-ECG: UNA HERRAMIENTA PARA EL MÉDICO GENERALBORNANCINI N¹, MENDOZA HUMANEZ Y², LLANOS MESTRA L², NIETO W³, PORCILE R⁴¹SANATORIO SANTA CLARA TALAR - UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA, ²IPS CAMINOS, ³SANATORIO DE LA TRINIDAD SAN ISIDRO, ⁴UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Introducción: El electrocardiograma (ECG) es sin duda uno de los estudios complementarios más solicitados en la práctica diaria; no tiene límite de edad para quien se lo practique si puede ser solicitado desde un control de salud hasta previo a una cirugía mayor. Sin embargo, la correcta confección de su informe es oficio de nuestra especialidad. Ante el uso masivo de este método es que Chat-ECG propone ser una herramienta de los cardiólogos para aquellos colegas no especialistas. **Objetivos:** Mostrar la experiencia de esta herramienta destinada para médicos no especialistas en Cardiología brindándoles informes de ECG realizado por especialistas. **Materiales y métodos:** Estudio intervencionista de cohorte. Se trata de un sistema de mensajería gratuito en el cual médicos generales o de familiar podían enviar ECG (ya sea foto o formato digital). Se difundió el sistema de mensajería en 15 centros (10 en Colombia y 5 en Argentina) entre Enero y Diciembre de 2023, recibiendo un total de 16800 ECG. **Resultados:** El 100% de los ECG enviado a la plataforma fueron informados con un tiempo máximo de respuesta de 1 hora (promedio 37 minutos) aunque el 85% fueron informados en tiempo real. Los profesionales a carga tenían días asignados al sistema de mensajería para responder a cada ECG que fuera enviado. Todos los ECG fueron informados por los especialistas (no se realizó apoyo de inteligencia artificial). Respecto a una encuesta de satisfacción a los colegas el 98% puntuó con 4 sobre 5 al sistema, siendo el principal disconfor la demora en la entrega del informe. **Conclusiones:** Sin duda que la Inteligencia Artificial podrá aportar resultados alentadores, pero hasta entonces ésta alcance la precisión del especialista, desde el grupo de trabajo, consideramos que una herramienta altruista es necesaria para facilitar el trabajo de los colegas a lo largo y ancho de las Américas.

65

ESTRATEGIA BIOVASC EN POBLACIÓN ADULTO MAYOR: ES ÚTIL Y SEGURA?GALINDO MILLAN A¹, BORNANCINI N², DASILVA R¹, QUINTERO A¹, CASTILLO A¹, ALVAREZ C¹, PORCILLE R³, MAFFEO H⁴¹SANATORIO SANTA CLARA TALAR, RESIDENTES CARDIOLOGIA, ²JEFE RESIDENCIA CARDIOLOGIA SANTA CLARA TALAR, ³JEFE ESPECIALIDAD CARDIOLOGIA, ⁴JEFE DE SERVICIO DE HEMODINAMIA- SANATORIO SANTA CLARA TALAR

Introducción: El estudio BIOVASC valoro los tiempos de revascularización en síndromes coronarios agudos, con o sin elevación del segmento ST (SCASST-SCACST) y enfermedad de múltiples vasos (EMV), en los que se lograba identificar la arteria culpable del evento en una población con una edad promedio de 65 años y comparó revascularización inmediata versus revascularización diferida completa (hasta 6 semanas desde el evento principal). En nuestro grupo de trabajo planteamos si la estrategia BIOVASC tendría los mismos resultados pero en una población de adultos mayores, definida según la Organización Mundial de la Salud como 75 años o más. **Objetivos:** Observar si los resultados del BIOVASC son similares en una población adulta mayor respecto a los puntos finales establecidos en el estudio original con principal atención en la mortalidad. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de cohorte transversal. Se analizaron historias clínicas de aquellos pacientes internados por SCASST-SCACST y/o EMV entre julio 2022 y Diciembre 2023. Se incluyeron 101 pacientes (38.62% mujeres) con una media de edad de 75.8 años. Todos cumplían con los criterios de inclusión del BIOVASC. **Resultados:** Se observó un promedio de días entre 1era y 2da Angioplastia (ATC) de 41.41 días, 40.11 días entre 2da y 3era y 38.93 entre 1era y 3era ATC; sin diferencia respecto a los tiempos de estudio original. La principal arteria afectada fue la descendente anterior (49.50%) seguida de la coronaria derecha (35.64%), similar al BIOVASC. La mortalidad se situó en el 29.79% (n 21) de los cuales el 14.85% falleció tras ser realizada angioplastias coronarias dentro del tiempo establecido del BIOVASC contra 5.94% de fallecidos fuera de este tiempo, porcentajes menores al BIOVASC. **Conclusiones:** Al aplicar los criterios del BIOVASC en una población adulto mayor observamos que las arterias responsables y los días entre cada ATC fueron similares sin embargo la mortalidad fue inferior en la población adulto mayor a expensas de un mayor tiempo entre ATC (>45 días promedio en completar revascularización respecto a BIOVASC).

61

FIBRILACIÓN AURICULAR MÁS ALLÁ DEL HARMS2-AF SCOREQUINTERO TERÁN A¹, GALINDO A¹, DA SILVA R¹, ALVAREZ C¹, CASTILLO A¹, BORNANCINI N¹, PORCILE R²¹SANATORIO SANTA CLARA TALAR, ²UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA (UAI)

Introducción: La fibrilación auricular (FA) como otras enfermedades cardiovasculares se encuentra íntimamente relacionada a un estilo de vida no saludable; el HARMS2- AF score permite detectar la población de riesgo y trabajar sobre dichos factores de riesgo modificables; es probable que agregando al score datos de ecocardiograma (ECO) y electrocardiograma (ECG) se puedan identificar sub poblaciones con riesgos intermedios-altos o intermedios-bajo como pasa en tromboembolismo pulmonar (TEP). **Objetivos:** Demostrar la utilidad de la incorporación de datos obtenidos mediante ECO y ECG al HARMS2- AF score e identificar con el conjunto de datos sub poblaciones en riesgo. **Materiales y métodos:** Estudio prospectivo de cohorte longitudinal. Se incluyeron 87 pacientes (59 mujeres) con un promedio de edad de 68 años sin antecedentes de FA a los cuales se les realizó el HARMS2- AF score, se midió área y diámetro auricular izquierdo por ECO y se estudió la morfología y tamaño de la onda P través del ECG mediante la derivación de Lewis. Se clasificaron los pacientes en bajo, intermedio y alto riesgo de desarrollo de FA según score y se sub clasificó en intermedio-bajo a quienes tenían score + dilatación auricular por ECO o ECG e intermedio-alto a quienes tenían score + dilatación auricular por ECO + ECG. Posteriormente se realizó seguimiento telefónico a los 30 días para identificar aquellos que desarrollaron FA. **Resultados:** El 31,03% de los pacientes (n=27) se clasificaron como riesgo bajo según HARMS2-AF score de los cuales el 0.08% (n:7) presentó dilatación auricular por área y 3,45% por diámetro (n:3); de ellos no se detectó dilatación auricular por estudio electrocardiográfico. El 67, 82% de los pacientes (n=59) se clasificaron como riesgo intermedio de los cuales el 62% (n=54) se sub clasificó en intermedio-bajo (score + ECO) y un 46% (n=4) se sub clasificó en intermedio-alto (score+ECO+ECG). Solo el 1.15% se registró como alto riesgo para desarrollar fibrilación auricular (n=1) donde se registró dilatación auricular izquierda a través de ecocardiograma por área y diámetro más no por ECG. Hasta la fecha no se ha registrado el desarrollo de FA en esta población en el seguimiento a 30 días. **Conclusiones:** Los datos de ECG y ECO agregados al score HARMS2-AF podrían aportar datos similares al TEP de intermedio- alto riesgo cuando se agrega la disfunción por ECO y los biomarcadores. Desde el grupo de trabajo se continua el seguimiento de la cohorte con el fin de poder comprobar nuestra hipótesis.

66

INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ADULTOS MAYORES: ANÁLISIS DE UNA POBLACIÓN EN AUMENTODASILVA SALAZAR R¹, GALINDO A, QUINTERO A, CASTILLO A, ALVAREZ C, BORNANCINI N, PORCILE R, BARBAGELATTA A¹SANATORIO SANTA CLARA TALAR, ²UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA, ³UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA - DUKE UNIVERSITY

Introducción: La Insuficiencia Cardíaca (IC) es una enfermedad que se engloba en un síndrome clínico, caracterizado por signos y síntomas y que en los últimos años ha incorporado distintos fenotipos. Esta población frágil, llena de comorbilidades, no candidata a varias terapéuticas (particularmente en IC avanzada) y con diferente sensibilidad al tratamiento (rigidez arterial, déficit endotelial, compromiso renal...) se vuelve un desafío para el equipo de salud en su diagnóstico y manejo. **Objetivos:** Analizar las características de los pacientes adultos mayores ingresados por IC en los distintos centros participantes. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional de cohorte transversal, multicéntrico. Se analizaron 53 Historias Clínicas en forma retrospectiva de pacientes ingresados por IC en pacientes con una edad igual o mayor a 75 años. La IC se definió según la definición universal y los criterios de Framingham. **Resultados:** El 50,94% de los pacientes (n=27) son de sexo femenino. La edad promedio fue 83,75 años y el promedio de estancia hospitalaria fue 7,70 días. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (Fey) media fue de 49,72%. El 16,99% (n=9) fallecieron en la internación, el 15,09% (n=8) a los 6 meses y el 3,77% (n=2) al año, dando como resultado una mortalidad total del 35,85%. El 3,77% de los pacientes (n=2), ya cumplían los 4 pilares del tratamiento y el 37,74% (n=20) se fue de alta con los 4 pilares del tratamiento para IC según FEVI. El resto de ellos no cumplía criterios para indicar 4 pilares, por hipotensión (40%), insuficiencia renal con clearance de creatinina menor a 25 ml/min/kg (30%) y/o bradicardia (8%). La etiología con mayor porcentaje es la Fibrilación Auricular (FA) con un 69,81% de los pacientes (n=37), seguida de Enfermedad Coronaria en un 11,32% (n=6), Estenosis Aortica 13,21% (n=7), Chagasica 1,89% (n=1) e Idiopáticas con un 3,77% (n=2). Respecto a las comorbilidades el 88,68% de los pacientes (n=47) presentaban Hipertensión Arterial (HTA) y el 28,30% Diabetes mellitus siendo el 80% del tipo I (DBT tipo II). **Conclusiones:** En nuestra cohorte podemos determinar que los adultos mayores internados por IC presentan como característica Fey levemente reducida, de etiología arritmogénica (FA) con una mortalidad del 35%. Nuestro análisis busca promover medidas de prevención para IC, como detección precoz de FA mediante holter a partir de los 75 años (método de screening) o incluso dispositivos Wireless. Prevenir siempre será mejor que curar. Buscaremos ampliar el n de la cohorte para mayores datos estadístico.

57

TAVI: CUANDO LA REALIDAD CHOCA CON LAS GUÍASCASTILLO A¹, BORNANCINI N¹, POCILE R², SOLIS J¹, QUINTERO TERAN A¹, ALVAREZ C¹, DA SILVA R¹, GALINDO A¹¹SANATORIO SANTA CLARA TALAR, ²UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA (UAI)

Introducción: El implante de la válvula aortica por vía percutánea (TAVI) ha ganado cada vez mas terreno en los últimos años, tanto así que hoy en día hay registros de pacientes con TAVI y bajo riesgo quirúrgico para reemplazo de la válvula por vía convencional; sin embargo, esto choca con la realidad de muchos centros de Latinoamérica y el Caribe. **Objetivos:** Mostrar la experiencia de nuestro centro ubicado en las afueras de la ciudad autónoma de Buenos Aires (provincia de Buenos Aires, Argentina) en el seguimiento de una cohorte cuyos primeros resultados fueron presentados en el Congreso Interamericano de Cardiología 2023. **Materiales y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de cohorte transversal. Se incluyeron 11 paciente (6 mujeres) con diagnóstico de estenosis aórtica severa (EAO s) entre enero de 2022 y enero 2024. Se definió como EAO s: área valvular (AVAo) es menor de 1 cm² o de 0,6 cm²/m² de superficie corporal. El promedio de edad fue 80.7 años. Todos los pacientes fueron evaluados por el Heart Team definiendo TAVI como tratamiento definitivo. A todos los pacientes se realizó valvuloplastia aortica (VLP) con el fin de mejorar la sintomatología (90% en CF III. Recomendación II nivel de evidencia B). El AVAo promedio fue de 0.5 cm²/m² y el gradiente máximo promedio fue 50 mmHg. **Resultados:** Posterior a VLP en gradiente bajo mas de un 70% en el 98% de los pacientes considerando la VLP como exitosa. 365 días después solo el 27% de los pacientes accedió a TAVI (n=3). Se observó un 36% mortalidad (n=4) en la espera de TAVI y un 27% (n=3) de reinternaciones por insuficiencia cardiaca. Al considerar, como no resueltos, en forma conjunta mortalidad y reinternación se alcanza un 63%. **Conclusiones:** Luego de 1 años de seguimiento de nuestra cohorte el porcentaje de pacientes no resueltos alcanzó un 63%, esto nos lleva a pensar en la necesidad de generar redes-TAVI dado que existen centros en nuestro país que realizan hasta 5 implantes al día. La evidencia a favor del TAVI continúa ganando terreno e incluso aumentado el nivel de evidencia, sin embargo, el choque de las guías con la realidad nos obliga a pensar cuan cerca o cuan lejos estamos de ellas.

204

ENDOCARDITIS DE LOEFFLER COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE LEUCEMIA EOSINOFÍLICA CRÓNICA - REPORTE DE CASOPELAYO RUBIO F¹, PADILLA ORTEGA A¹, ALVARADO ROJERO R², OROZCO GONZÁLEZ M², CASTILLÓN RODRÍGUEZ L³¹HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIO ALCALDE", ²HOSPITAL CIVIL "DR. ANTONIO GONZÁLEZ GUEVARA", ³SANATORIO LA LOMA S.A.

Antecedentes: La leucemia eosinofílica crónica (LEC) representa un trastorno multisistémico dentro de las neoplasias mieloproliferativas, caracterizada por proliferación clonal de eosinófilos que infiltran diversos órganos, entre ellos el corazón. La liberación de gránulos cardiotóxicos provoca destrucción celular, engrosamiento y fibrosis del subendocardio avanzando hacia una cardiomiopatía restrictiva conocida como endocarditis de Loeffler. **Descripción del caso:** Paciente femenino de 51 años de edad, con antecedente de dermatitis atópica diagnosticada en 2020 en tratamiento con loratadina y betametasona (imagen 1). Acude a urgencias por presentar disnea de pequeños esfuerzos y agudización del prurito. En la evaluación inicial, se observa leucocitosis con eosinofilia periférica >30% (15,600 células/mm³). Se realiza ecocardiograma transtorácico que muestra disfunción diastólica tipo I con aumento de presión de llenado, engrosamiento endocárdico apical biventricular, trombo intracavitario y derrame pericárdico leve. La resonancia magnética cardíaca reporta engrosamiento endocárdico ventricular izquierdo con trombo apical y laminar, retraso en perfusión del endocardio en ventrículo izquierdo con reforzamiento endocárdico difuso y dilatación de la arteria pulmonar sugerente de hipertensión pulmonar (imagen 2). Se confirma el diagnóstico de endocarditis hipereosinofílica también conocida como endocarditis de Loeffler. Se descartan causas secundarias y se realiza biopsia de médula ósea reportando infiltración por neoplasia mieloproliferativa compatible con LEC; a la exploración física destaca hepatoesplenomegalia. Se inicia anticoagulación, restricción hídrica, inhibidor enzima convertidora de angiotensina, beta bloqueador; se agrega corticosteroide e Imatinib por enfermedad hematológica primaria presentando mejoría clínica. **Discusión:** La LEC es una entidad poco común con una incidencia 0.4 casos/1,000,000 habitantes, siendo la miocardiopatía restrictiva secundaria hasta en el 20% de los casos. El grado de infiltración eosinofílica en el miocardio depende de la condición subyacente así como la duración de la exposición eosinofílica. Se divide en tres etapas, I. fase necrótica aguda caracterizada por daño endocárdico, necrosis miocárdica y formación de abscesos estériles, II. fase intermedia con formación de trombos con la subsecuente embolización y III. fase fibrótica con cicatrices progresivas que causan miocardiopatía restrictiva y/o insuficiencia valvular (mitral o tricuspídea); la paciente se encontraba en fase trombótica. El diagnóstico se realizó por medio de ecocardiograma y cardiorensonancia altamente sensibles, el estándar de oro es la biopsia endomiocárdica. La paciente presentó mejoría de la disnea con el manejo establecido y de la causa subyacente, pendiente realizar ecocardiograma control a los 6 meses. El trasplante cardíaco es una opción terapéutica en falla cardíaca terminal y síntomas limitantes; la supervivencia a 10 años es menor al 50%.

129

NO SABES LO QUE TIENES HASTA QUE SE ROMPE.RUPTURA DEL SEPTO INTERVENTRICULAR SECUNDARIO A INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
ARIAS ESCARPULLI R¹, GOPAR NIETO R¹, ARAIZA GARAYGORDOBI D¹, ARIAS SÁNCHEZ E¹, ARIAS MENDOZA A¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA

Antecedentes: Las complicaciones mecánicas de un infarto agudo al miocardio confieren una alta mortalidad a corto plazo. La comunicación interventricular es una de las formas más catastróficas que pueden ocurrir y en muchas ocasiones tendrá un desenlace fatal, ya que a menudo conduce a choque cardiogénico. **Descripción del caso:** Mujer de 74 años con antecedente de hipertensión y diabetes tipo 2 que inició con pirosis y 6 días después presentó disnea y emesis, acudió a urgencias donde se diagnosticó IAMCEST anteroseptal, por lo que se trombolizó con tenecteplase, sin embargo, se catalogó como reperfusión fallida razón por la cual se refirió a nuestro centro. A su llegada se encuentra bloqueo de rama derecha y a la exploración física un soplo holosistólico, debido a esto, se realizó ecocardiograma transtorácico donde se observó comunicación interventricular en el tercio apical del septo, con trayecto oblicuo, un diámetro de 9 mm y cortocircuito de izquierda a derecha. Pasó a sala de hemodinamia donde se colocó BIAC debido a inestabilidad hemodinámica y se realizó coronariografía, la cual evidenció DA con lesión tubular suboclusiva en segmento medio y enfermedad difusa flujo TIMI 2 en tercio distal. Ingresó a la Unidad Coronaria para vigilancia y seguimiento en donde se programó reparación del defecto con dispositivo de oclusión de comunicación interventricular percutánea y angioplastia de la DA, esto se realizó sin complicaciones y la paciente egresó a los 14 días. **Discusión:** La CIV es una complicación mecánica poco frecuente del IAM, que puede ocurrir entre dos a siete días después del evento inicial. Su presentación es más común con la oclusión de la DA, que suele generar un defecto simple a nivel apical. Los principales factores de riesgo son: sexo femenino, antecedente de IAM, infarto extenso y presentación clínica tardía. La paciente de nuestro caso tiene varios de los factores de riesgo, sin embargo, el más importante es el tratamiento tardío de los síntomas sugerentes de IAM; además es importante señalar la instauración rápida de soporte hemodinámico requerido para poder realizar de manera programada la reparación del defecto y la angioplastia. Por último, se debe tener en cuenta que las complicaciones mecánicas del infarto deberán ser abordadas de manera urgente pero tomando los pasos necesarios para asegurarnos que las intervenciones otorguen el máximo beneficio al paciente.

91

MIXOMAS CARDIACOS Y COMPLEJO DE CARNEYDUQUE GARCÍA V¹, GUZMÁN OVALLE J¹¹UNIDAD DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR DE GUATEMALA

Antecedentes: El complejo de Carney fue descrito en 1985 por J. Aidan Carney, como la asociación de mixoma, lesiones cutáneas pigmentadas e hiperactividad de ejes endócrinos. Este esta asociado a un 4.7 - 6.3% de los mixomas cardiacos, ademas que se observa recurrencia de mixomas. La prevalencia del complejo de Carney se desconoce hasta el momento debido a su baja frecuencia. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 40 años acudió a consulta por síntomas de dolor torácico luego de realizar natación, mientras tanto paciente con vida normal. Se ausculta soplo diastólico en foco pulmonar III/VI. **Antecedentes:** Resección de mixoma cardiaco a los 14 años de edad con plastía de la válvula mitral mas colocación de anillo de Carpentier 14/5/1997, seguimiento con ecocardiogramas controles hasta 30/3/2009 evidenciando cavidades libres de tumor, con válvula mitral competente. Paciente estudiado por endocrinología por pequeño tumor hipofisario, acromegalia y alteración de la hormona del crecimiento. **Manejo:** Paciente consulta a Hospital donde se le realizó Angiotomografía de tórax evidenciando multiples masas cardíacas y tomografía de abdomen para descarta presencia de otras masas. Se realiza Ecocardiograma evidenciando multiples masas intracardiacas del ventriculo y auricular derecha, por localización compromete hemodinamicamente al ventriculo ya que presenta protrusión diastólica hacia la válvula tricúspide de la masa auricular y protrusión sistólica hacia la válvula pulmonar de la masa ventricular, FEVI59%. Se presenta en sesión quirúrgica y se lleva a sala de operaciones 16/01/2024 realizando: liberación de multiples adherencias más resección de masas tumorales de aspecto mixomatoso de la aurícula derecha de 10 por 8 cm, masa encapsulada de 6 por 4,5 cm en ventrículo derecho con pedículo adherido a cuerdas tendinosas de la válvula tricúspide y masa de aspecto mixomatoso de 4.2 cm que coapta con la válvula pulmonar con pedículo en la cresta septum marginalis, mas remplazo de la válvula tricúspidea por prótesis biológica tipo St. Jude No. 31. Se envían muestras a patología indicando que masas corresponden a mixomas. Se envían muestras genéticas de paciente para confirmar complejo de Carney. Evolución actual del paciente satisfactoria. **Discusión:** El desarrollo de mixomas cardiacos en este grupo de pacientes que presente complejo de Carney es recurrente 7.9%, el desarrollo de estos se presenta en edad temprana. Se debe de investigar la presencia de complejo de Carney en pacientes con mixomas cardiacos recurrentes, multiples o único en localización atípica.

180

CARACTERÍSTICAS ECOCARDIOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSAVALDES CAMAÑO M¹, ARIAS GODÍNEZ J¹, POSADA MARTÍNEZ E¹, RUIZ ESPARZA M¹, FRITCHE SALAZAR J¹, ORTIZ LEÓN X¹, RODRÍGUEZ ZANELLA H¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad grave, asociada con una alta morbilidad y mortalidad, tanto en el ámbito intrahospitalario como a largo plazo, en la cual, a pesar de los adelantos en diagnóstico y tratamiento, no se ha logrado una disminución importante en la incidencia y en la gravedad. Por otro lado, se observan cambios en los patrones clínicos y microbiológicos de los pacientes con EI en otras latitudes, lo cual provee importancia a la necesidad de conocer las características de los pacientes con EI. **Objetivo:** Presentar las características ecocardiográficas, clínicas y microbiológicas de los pacientes diagnosticados con EI. **Material y métodos:** Registro no experimental, descriptivo, ambispectivo que incluyó a pacientes con diagnóstico de EI entre el 1 de enero de 2015 y el 1 de enero de 2022. Los datos fueron obtenidos del Departamento de Epidemiología, del Laboratorio de Ecocardiografía y de los expedientes clínicos electrónicos, y fueron analizados con los siguientes programas: Microsoft Excel y Stata. **Resultados:** Se identificaron 319 pacientes; 109 (34.1%) fueron mujeres. 179 pacientes (56.1%) presentaron endocarditis de válvula nativa (EVN), 78 (24.5%), endocarditis de válvula protésica (EVP) y 30 (9.4%) tenían endocarditis relacionada con dispositivos cardíacos (ERDC). La edad media fue 46.8 ± 16.8 años. Los hemocultivos fueron positivos para EI en el 67.3% de los casos. Los microorganismos identificados con mayor frecuencia fueron Streptococcus (32.3%) y Staphylococcus aureus (19.0%). Los principales hallazgos ecocardiográficos compatibles con EI fueron: vegetación (90%), absceso-pseudoaneurisma (25%) y nueva dehiscencia protésica (5%). La complicación más frecuente fue el choque séptico (13.2%), seguida de la insuficiencia renal aguda (12.5%) y la insuficiencia cardíaca congestiva/choque cardiogénico (11.3%). En 200 pacientes (62.6%) se requirió tratamiento quirúrgico de la EI. La muerte intrahospitalaria ocurrió en 76 (23.8%) pacientes. Los predictores independientes de mortalidad fueron la edad, proteína C reactiva >40 mg/L, absceso, fístula, cirugía, choque cardiogénico, choque séptico y la no realización de la cirugía cardíaca cuando estaba indicada. **Conclusión.** Existe una alta proporción de EVP. El principal microorganismo aislado fue Streptococcus y el principal hallazgo ecocardiográfico fue la vegetación. La mortalidad por EI sigue siendo alta a pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos.

103

COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR Y ANEURISMA COMO COMPLICACIÓN DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIOVALDES CAMAÑO M¹, MELÉNDEZ RAMÍREZ G¹, MEAVE GONZÁLEZ A¹, PATRÓN CHI S¹, CAMPUZANO GONZÁLEZ D¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

Antecedentes: La comunicación interventricular (CIV) es una complicación mecánica del infarto agudo de miocardio (IAM) con altas tasas de mortalidad intrahospitalaria a pesar del tratamiento médico y quirúrgico óptimo. Presentamos el caso de un paciente con IAM con elevación del segmento ST (IAMCEST) inferior complicado con CIV y aneurisma inferior. **Descripción del caso:** Masculino de 62 años, con antecedente de diabetes mellitus e hipertensión arterial, ingresado por cuadro clínico de 12 horas de evolución caracterizado por dolor torácico retroesternal 9/10 asociado a náuseas y vómitos. El electrocardiograma (ECG) mostró elevación del segmento ST en las derivaciones DII, DIII y aVF, por lo que se procedió a fibrinólisis. El ECG de control 60 minutos post fibrinólisis no mostró descenso del segmento ST. El examen físico fue positivo por estertores en el tercio inferior de ambos campos pulmonares y por soplo regurgitante grado II/IV aspirativo en mesocardio con irradiación en barra. La tomografía cardiaca mostró CIV inferoseptal en el tercio medio, en la cara ventricular izquierda con diámetros de 3.5 x 2.4 cm y en la cara ventricular derecha con diámetros de 1.7 x 1.5 cm; subyace aneurisma en segmento inferior basal, con cuello de 21 mm y domo de 30 mm, sin contractilidad sincrónica con el ciclo cardíaco. Además, en la angiografía coronaria se observó oclusión total trombótica de la arteria coronaria derecha y placas calcificadas con estenosis significativa en la arteria descendente anterior y estenosis moderada en la arteria circunfleja. Se mantuvo con altas dosis de vasopresores, tensiones arteriales limítrofes y datos clínicos y bioquímicos de hipoperfusión, falleciendo debido a choque cardiogénico. **Discusión:** La incidencia de la CIV post IAM ha disminuido, del 1-2% en la era pre-fibrinolítica al 0,2% con el empleo de fibrinolíticos, incluso con una incidencia menor con la generalización de la intervención coronaria percutánea primaria. Su aparición oscila entre las primeras 24 horas y los 3 a 5 días desde el inicio de los síntomas. En el caso de infartos anteriores, la localización más frecuente es apical, mientras que en el caso de infartos inferiores es más frecuente que sean posterobasales, más complejas y asociadas en ocasiones a pseudoaneurismas. El paciente descrito en este caso tuvo un inicio muy temprano de CIV post IAM con un aneurisma (en lugar de pseudoaneurisma) inferior concomitante.

92

EVALUACIÓN POR IMAGEN MULTIMODALIDAD DE PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE TERCER NIVELVALDES CAMAÑO M¹, MELÉNDEZ RAMÍREZ G¹, MEAVE GONZÁLEZ A¹, PATRÓN CHI S¹, CANO ZÁRATE R¹, CRUZ MARMOLEJO M¹, CAMPUZANO GONZÁLEZ D¹, ARENAS FABBRI V¹, HERRERA JIMÉNEZ A¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) es una infección microbiana que afecta a la superficie endotelial del corazón, en la cual existe poca evidencia en cuanto a estudios comparativos entre las diferentes modalidades de imagen cardiaca no invasiva para su diagnóstico. **Objetivos:** Comparar las características ecocardiográficas, por tomografía computarizada (TC) y por resonancia magnética (RM) cardíacas de los pacientes hospitalizados con EI. **Material y métodos:** Estudio no experimental, descriptivo, retrospectivo, que incluyó a los pacientes registrados de forma consecutiva con diagnóstico de EI entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de julio de 2023 que tuvieron ecocardiografía y al menos uno de los siguientes dos métodos diagnósticos no invasivos: TC y/o RM cardíacas, cuya información fue recopilada a partir de los expedientes clínicos electrónicos. Se evaluaron las características ecocardiográficas, tomográficas y por RM cardíaca, así como por cirugía en los pacientes sometidos a cirugía cardíaca debido a EI. Para el análisis estadístico se utilizaron los softwares estadísticos SPSS V.20 y Microsoft Excel. **Resultados:** Se evaluaron 50 pacientes. La edad promedio fue de 51 ± 13 años, y el 32% fueron mujeres. 64% tenían endocarditis de válvula nativa, 22% endocarditis de válvula protésica y 14% endocarditis de dispositivo cardíaco o catéter intravascular. El 100% de los pacientes fue sometido a ecocardiografía, 29 pacientes (58%) a TC cardíaca y 27 pacientes (54%) a RM cardíaca. El hallazgo imagenológico definitorio de EI principalmente encontrado fue la vegetación en la ecocardiografía (92%) y en la TC cardíaca (72%) mientras que lo fue la perforación en la RM cardíaca (48%). 37 pacientes (74%) fueron llevados a cirugía cardíaca debido a endocarditis infecciosa, siendo el hallazgo principal la vegetación (81%). **Conclusiones:** La imagen multimodalidad es fundamental en el abordaje diagnóstico de los pacientes con EI. Este estudio también permitió la retroalimentación de los hallazgos por imagen no invasiva con los de la cirugía cardíaca.

188

SÍNDROME CORONARIO AGUDO SECUNDARIO A ORIGEN ANÓMALO DE ARTERIA CIRCUNFLEJAHERNANDEZ YAÑEZ A¹, CARRILLO ESTRANDA M¹, GAXIOLA MACIAS M¹, PEDRAZA AGUILERA O¹, HERNANDEZ FONSECA A¹¹HOSPITAL DE CARDIOLOGIA, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

Antecedentes: El nacimiento anómalo de las arterias coronarias es un trastorno congénito con una prevalencia de 0.27 a 1.66%. A pesar de que estas anomalías se consideran benignas en la mayor parte de los casos, algunas pueden asociarse con eventos clínicos graves como insuficiencia cardíaca, arritmia, infarto del miocardio y muerte súbita.

Descripción del caso: Masculino de 43 años, previamente sano. Se presentó al servicio de urgencias por un cuadro clínico de angina mayor de 20 minutos de duración. Su electrocardiograma mostró elevación del punto J de 0.3 mV en derivaciones DII, DIII y AVF, por lo que se diagnosticó con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST inferior. Dado que se presentó a un centro sin capacidad de ICP, recibió tratamiento fibrinolítico que mostró criterios indirectos de reperfusión. Su troponina T ultrasensible fue de 1259 pg/mL. Fue trasladado a nuestro centro para estrategia fármaco invasiva. Su ecocardiograma transtorácico demostró función ventricular biventricular conservadas, con signo de "RAC". Su coronariografía reveló arterias coronarias sin lesiones angiográficas con nacimiento anómalo de la arteria circunfleja del seno coronario derecho, la cual era dominante. Debido a los hallazgos se solicitó angiogramografía coronaria que confirmó el diagnóstico de nacimiento anómalo de arteria circunfleja con trayecto retroaórtico.

Discusión: El nacimiento anómalo de la arteria circunfleja es la anomalía congénita de arterias coronarias más frecuente. El curso más común es retroaórtico, por lo que al no tener riesgo de compresión entre la aorta y la arteria pulmonar esta anomalía es considerada benigna. En el contexto de un síndrome coronario agudo en un paciente joven sin factores de riesgo cardiovascular, donde la coronariografía mostro arterias coronarias sin lesiones, la presencia de un nacimiento anómalo de la arteria circunfleja representa un escenario clínico desafiante debido a la sospecha de ser el vaso responsable del infarto. Existe asociación entre las anomalías de la arteria circunfleja con enfermedad aterosclerótica, debido al ángulo de salida y el curso proximal de la arteria que la puede predisponer a una aterosclerosis acelerada. Esta relación entre el nacimiento anómalo de la arteria circunfleja encontrada posterior a un infarto agudo del miocardio es un suceso poco descrito que amerita vigilancia de nuevos eventos cardiovasculares.

153

IMPACTO DA TELERREABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR DURANTE A PANDEMIA COVID-19FERREIRA PEREIRA ARCE A¹, MOREIRA SERRA GUTERRES D¹¹HOSPITAL UNIVERSITARIO DA UFMA

Introdução: O trabalho se aplica à situação da pandemia de COVID-19, em que devido a necessidade de distanciamento social e o fechamento de centros de reabilitação cardiovascular (RC) destacaram a importância da telerreabilitação como uma alternativa para continuar o tratamento de pacientes cardíacos de forma remota e segura.

Objetivos: Analisar os impactos nos programas de reabilitação cardíaca que utilizaram as intervenções digitais no período da pandemia covid-19, visando entender as principais barreiras e as soluções encontradas para a entrega da reabilitação de forma eficaz; levantar o uso de tecnologias digitais nos programas de reabilitação cardíaca no período da pandemia covid-19; descrever de forma qualitativa a viabilidade dos programas de telerreabilitação cardíaca e os desfechos clínicos. Metodologia: incluiu uma revisão bibliográfica sistemática de 11 artigos publicados entre 2020-2023, usando base de dados e/ou os programas de busca Chocrane, Open Alex, Pubmed, Medline, Lilacs. A análise dos dados foi feita de maneira qualitativa, no intuito de responder aos questionamentos:

- 1-Quais as barreiras criadas pela pandemia do covid-19 nos programas de reabilitação cardiovascular (RC)?
- 2-Quais foram as alternativas implementadas para reduzir o impacto da pandemia nos programas de RC?
- 3-Quais foram os tipos de intervenções digitais usados nesses programas de RC?
- 4-Quais os desfechos clínicos após a intervenção por métodos digitais?

A seleção e análise criteriosa dos artigos permitiram uma compreensão multifacetada das barreiras enfrentadas, das tecnologias digitais aplicadas e dos resultados clínicos obtidos, contribuindo para uma discussão robusta e informativa sobre o tema. No quadro 1 está categorizado os 11 artigos quanto ao autor, ano de divulgação, título, país em que foi realizado o estudo, e tipo de estudo a fim de facilitar a análise de todos os estudos científicos na contestação dos 4 questionamentos-chaves. **Resultados:** indicaram como principais barreiras: fechamento dos programas de reabilitação cardiovascular; redução de alguns serviços oferecidos; diminuição da duração do programa de exercícios; a não aceitação de novos pacientes no programa; distanciamento e deslocamento aos centros de RC; a comunicação limitada ou pouco eficaz; inapropriados ambientes para realizar RC. As alternativas implementadas consistiam em assistência remota com médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos, com teleconsultas e instrução de exercícios. As plataformas digitais foram as mais mencionadas, em que o treinamento físico era feito por vídeo-conferência (figura 2). O desfecho clínico foi observado em 8 dos 11 estudos sendo satisfatório. Conclusão: a telerreabilitação emergiu como uma alternativa viável, capaz de promover benefícios clínicos, mantendo a segurança dos pacientes e adaptando-se bem ao desafio imposto pela pandemia

152

PREVALENCE OF ARRHYTHMIAS IN GENDER DIVERSE ADULTS ON HORMONE THERAPY

SIVAKUMARAN G¹, BASSI M¹, WAMBOLDT R², WADDINGTON A³, BERNI A⁴, BARANCHUK A⁵¹SCHOOL OF MEDICINE, QUEEN'S UNIVERSITY, ²DIVISION OF INTERNAL MEDICINE, KINGSTON HEALTH SCIENCES CENTRE, QUEEN'S UNIVERSITY, ³DEPARTMENT OF OBSTETRICS & GYNECOLOGY, KINGSTON HEALTH SCIENCES CENTRE, QUEEN'S UNIVERSITY, ⁴CARDIOLOGY AND CARDIAC ELECTROPHYSIOLOGY, EP LAB. HOSPITAL ANGELES PEDREGAL, ⁵DIVISION OF CARDIOLOGY, KINGSTON HEALTH SCIENCES CENTRE, QUEEN'S UNIVERSITY

Introduction: The effects of gender-affirming hormone therapy (HT) on cardiac electrophysiology are unknown. Existing broader research that does not purposefully stratify by diverse gender identities shows increased arrhythmogenicity among men with low testosterone levels and in women on hormone replacement therapy for menopause. As such, while there have been no primary studies evaluating the prevalence of arrhythmias among gender diverse populations on HT to date, we hypothesize that they may experience a higher prevalence of arrhythmias. **Objectives:** Since there is a growing number of gender diverse adults (GDA) seeking gender-affirming medical care, the purpose of this study was to determine the prevalence of arrhythmias among GDAs undergoing HT. In doing so, preliminary findings could inform important cardiovascular considerations when providing gender-affirming HT. **Material and methods:** This prospective observational study included GDAs ages 18-60 on HT for a minimum of 3 months. Participants completed a baseline ECG and a series of single-lead ECG readings on a KardiaMobile device, twice daily for two weeks. If they experienced any symptoms related to arrhythmias (e.g., palpitations, dizziness, sweating), they were instructed to record symptoms in their provided diary and complete an additional KardiaMobile reading. We assessed for presence of atrial or ventricular arrhythmia or frequent ectopy defined as two or more PVCs/PACs in at least three readings. All patients detected with arrhythmias were sent to arrhythmia service for standard management which included collecting Holter recordings. **Results and conclusions:** Data were collected from 24 participants (mean age 30). Our analysis divided participants into two broad groups. The first included ten trans females (TF) receiving feminizing HT. The second consisted of 14 participants on testosterone therapy (TT), which included 11 trans male (TM) and three non-binary (NB) participants. The average resting heart rate and average QTc of the first group and second group were 70bpm & 405±21 msec, and 72bpm & 395±28 msec, respectively (normal QTc <450 msec for females and <430 msec for males). There were two positive end-points which were assessed with 24-hour Holter and neither required medical management for their arrhythmias. In conclusion, this pilot study showed no clear association between use of HT in GDAs and prevalence of arrhythmias. Furthermore, there was no significant difference in heart rate between the two groups. HT may affect the QTc interval in GDAs but more investigations are required as we collectively work towards providing inclusive, important, and safe care for GDAs.

193

PATRONES DE LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LA UNIDAD DE ESPECIALIDADES MEDICARDI

REYES QUEZADA F¹¹GUSTAVO REYES QUEZADA

Introducción: El MAPA (monitoreo ambulatorio de la presión arterial) consiste en la realización de múltiples mediciones de la presión arterial en un periodo de 24 horas durante la realización de las actividades cotidianas rutinarias del paciente. Tenemos diferentes patrones del MAPA como son 1.- Descenso dipper(normal); 2.- Descenso no dipper (insuficiente), 3.- Descenso Dipper extremo, y 4.- Hipertensión arterial nocturna aislada (patrón Riser)cuando la presión arterial nocturna se encuentra igual o mayor de 120/70 mmHg.

Objetivos:

- Describir los patrones de la monitorización ambulatoria de la presión arterial en los pacientes atendidos en la consulta externa de la unidad de especialidades MEDICARDI entre de enero 2023 a diciembre del 2023.

- Analizar la relación entre los patrones de la monitorización ambulatoria de la presión arterial y el tratamiento farmacológico antihipertensivo en los pacientes estudiados.

Materiales y método:

- Tipo de estudio: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal.

- Universo de estudio: Se estudiaron 50 pacientes que acudieron a la consulta externa de la unidad de especialidades MEDICARDI entre de enero 2023 a diciembre del 2023.

- Criterios de inclusión:

Pacientes hipertensos con igual tratamiento farmacológico al menos 1 mes

Pacientes que haya firmado el consentimiento informado

Pacientes mayores de 18 años de edad

- Criterios de exclusión:

Pacientes que no estén tomando antigripales, antiinflamatorios o corticoides 15 días antes del MAPA.

Resultados:

- La presión arterial sistólica media en 24 horas es de 125,06 mmHg.

- La presión arterial diastólica media en 24 horas es de 73.54 mmHg.

- El patrón más frecuente es el No dipper sistólico con el 55.56%.

- El patrón más frecuente es el No dipper diastólico con el 42.59%.

Conclusiones:

- El patrón no dipper es el más frecuente.

- Con respecto a la presión arterial sistólica, no hay diferencias significativas entre el patrón dipper y los patrones no dipper o riser en los pacientes sin tratamiento de alfabloqueante, espirolactona y HCT/clortalidona. Al contrario, hay diferencia significativa con o sin tratamiento de antagonistas de los canales de calcio, betabloqueantes, IECA/ARAI. Además, hay diferencias significativas entre el IMC normal y sobrepeso/obesidad.

- No hay diferencias significativas entre el patrón dipper y los patrones no dipper o riser diastólico en los pacientes con o sin tratamiento de antagonistas de los canales de calcio, betabloqueantes, espirolactona, HCT/ clortalidona, IECA/ARAI y espirolactona, además no hay diferencia significativa entre el IMC normal y el sobrepeso u obesidad.

295

CORAZÓN TORMENTOSO Y OCUPADOCHURA NÚÑEZ A¹, JIMENEZ S¹, VASQUEZ J¹CAJA NACIONAL DE SALUD "OBRERO N3, ²CAJA PETROLERA DE SALUD

ANTECEDENTES: - PACIENTE FEMENINA DE 48 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL MEDICADA CON LOSARTAN 50MG/DÍA, EMBARAZOS (1) CESÁREA PREVIA (1). **PRESENTACIÓN DEL CASO:** PACIENTE DE SEXO FEMENINA DE 48 AÑOS DE EDAD, CON RESIDENCIA EN SANTA CRUZ DE LA SIERRA, DE OCUPACIÓN AUXILIAR DE LABORATORIO, CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL MEDICADA CON LOSARTAN 50mg/día, PREVIAMENTE CURSO CON INTERNACIONES POR MAREOS Y PALPITACIONES. EN ESTA ÚLTIMA INTERNACIÓN ACUDE POR DOLOR PRECORDIAL ATÍPICO ASOCIADO A MAREOS, AL INGRESO SE EVALÚA ELECTROCARDIOGRAMA CON EXTRASISTOLES VENTRICULARES MONOMORFAS TIPO BIGEMINA, POSTERIORMENTE SE SOLICITA HOLTER DE 24 Hrs. DONDE SE EVIDENCIA ARRITMIA VENTRICULAR MONOMORFA BIGEMINIAS, DUPLAS, TRIPLETS Y TEST ERGÓMETRICO CON 7 METS Y NEGATIVO PARA ISQUEMIA. POSTERIORMENTE POR PROTOCOLO SE SOLICITA COMPLETAR ESTUDIO DE ECOCARDIOGRAMA DONDE SE EVIDENCIA MASA MÓVIL EN AURÍCULA IZQUIERDA PEDUNCULADO A SEPTO INTERAURICULAR COMPATIBLE CON MIXOMA AURICULAR EL MISMO QUE FUE CORROBORADO POR ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA, UNA VEZ HECHO EL DIAGNÓSTICO SE PROGRAMA SU RESECCIÓN QUIRÚRGICA, EL MISMO QUE FUE EXITOSO SIN COMPLICACIONES.

DISCUSIÓN: DADO LA PRESENTACIÓN VARIABLE EN CUANTO A LOS SINTOMAS DE LOS TUMORES CARDÍACOS PRIMARIOS, MUCHAS VECES SON ENMASCARADOS Y NOS ORIENTAN A OTRAS PATOLOGÍAS O EN SU DEFECTO EXISTEN LA ASOCIACIÓN CON OTRAS PATOLOGÍAS, ESO NOS COMPLICA MÁS AUN LOS DIAGNÓSTICOS Y POR SU PUESTO EL RETARDO EN EL TIEMPO PARA PODER LLEGAR A SU TRATAMIENTO EFICAZ. COMO ES EL CASO DE ESTA PACIENTE QUE CURSÓ CON VARIAS INTERNACIONES PREVIAS, SIN LLEGAR A UN DIAGNÓSTICO POR LA PRESENTACIÓN ATÍPICA Y MUY VARIABLE DE LOS SINTOMAS DE LA PACIENTE, SIN EMBARGO, EL CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD Y POR SU PUESTO QUE CUENTEN CON LA COMPLEJIDAD NECESARIA, NOS AYUDA MUCHO A PODER DIAGNOSTICAR Y TRATAR OPORTUNAMENTE. MAS AUN ENTENDIENDO LA ESCASA CASUÍSTICA QUE TENEMOS EN NUESTRO MEDIO CON RESPECTO A LOS TUMORES CARDÍACOS PRIMARIOS. EN TODO SISTEMA DE SALUD DEL MUNDO ES UN RETO.

272

CUANDO EL BENEFICIO ES SUPERADO POR LA FRAGILIDAD. INSUFICIENCIA AORTICA SEVERA SINTOMÁTICA, CON INDICACIÓN DE CIRUGÍA, CONTRAINDICADA POR TENER HUESOS DE CRISTALBERMUDEZ CEVALLOS J¹, BARRIO NÚÑEZ E², CUENCA ZAMBRANO R¹, LOOR MENDOZA S¹, MOLINA NUÑEZ M¹¹HOSPITAL IESS PORTOVIEJO/ MANAHOSPITAL, ²CLÍNICA ALCÍVAR

Antecedentes: Paciente masculino de 41 años, con antecedentes hereditarios de osteogénesis imperfecta tipo III (OI). Ha experimentado repetidas fracturas espontáneas y luxaciones, sin historial quirúrgico. El sedentarismo es su único factor de riesgo cardiovascular. **Descripción del caso:** Actualmente está hospitalizado por disnea en clase funcional III/IV NYHA, debido a insuficiencia cardíaca descompensada. Se le está tratando con balance negativo. En el examen físico, destaca un soplo decreciente en el foco aórtico de regurgitación, que ocupa toda la diástole. También se observan signos periféricos, como los de Landolfi, Beker y Hil. El ecocardiograma transtorácico revela una válvula aórtica trivalva con signos ecocardiográficos degenerativos, una raíz de la aorta de 38 mm, una FEVI del 60%, y diámetros ventriculares izquierdos de 66 mm al final de la diástole y 45 mm al final de la sístole. Además, se observa flujo diastólico reverso en la aorta abdominal. La angiografía muestra deformidad ósea en la columna dorsolumbar, costillas y tórax en forma de quilla de barco, lo que restringe tanto los pulmones como el corazón. La densitometría ósea lumbar indica un T-score de -4.6, con alto riesgo de fracturas. El doppler vascular periférico revela arterias tortuosas, siendo la de mayor diámetro 55 mm. La osteogénesis imperfecta (OI) es una enfermedad generalizada caracterizada por una síntesis anómala del colágeno tipo I. Las estructuras cardíacas, especialmente las válvulas, también se ven afectadas. La insuficiencia aórtica, el prolapso y la insuficiencia mitral, así como la dilatación de la raíz de la aorta, son hallazgos comunes. **Discusión:** En este escenario, tenemos una insuficiencia aórtica sintomática, respaldada por datos ecocardiográficos de severidad y un EuroSCORE de bajo riesgo. El reemplazo de la válvula es inminente. El paciente presenta densidad ósea disminuida y fragilidad aumentada para fracturas. La técnica quirúrgica cruenta está descartada.

253

CUANDO UNO DE LOS CUATROS FANTÁSTICOS, NO ES TAN FANTÁSTICO. GANGRENA DE FOURNIER EN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. ATRIBUIBLE A INHIBIDORES DE COTRANSPORTE DE SODIO-GLUCOSA TIPO 2. EMPAGLIFOZINABERMUDEZ CEVALLOS J¹, CUENCA ZAMBRANO R¹, MOYA LOOR A², BARRIOS NUÑEZ E³, LOOR MENDOZA S¹¹HOSPITAL IESS PORTOVIEJO/ MANAHOSPITAL, ²CLÍNICA SANTA MARGARITA, ³CLÍNICA ALCÍVAR

Antecedentes: Paciente masculino de 40 años, médico, sin antecedentes quirúrgicos ni patológicos, factores de riesgo cardiovascular, sedentarismo, sobrepeso y estrés. **Descripción del caso:** Internado por infarto agudo de miocardio antero septal Killip Y Kimball A. Tras cinco horas, sometido a cinecoronariografía y angioplastia con colocación de stent en tercio medio de la descendente anterior. Sin complicaciones, permanece hospitalizado por siete días. Ecocardiograma revela FEVI 40%, adelgazamiento y aneurisma del ápex de ventrículo izquierdo. Tratamiento para insuficiencia cardiaca incluye inhibidores de cotransporte de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) como empaglifozina, doble antiagregación y rivaroxabán (2,5 mg/día). Alta sin interurrencias. Noveno día post alta: fiebre, escalofríos, dolor perineal. Examen muestra área edematosa, enrojecida, caliente y brillante. Diagnóstico: fascitis necrotizante (gangrena de Fournier) en región perineal y escrotos. Veintiocho días de internación: focalidad neurológica con paresia Facio-braquiorcral izquierdo. Fibrinólisis realizada en terapia intensiva, con pequeño sangrado en zona de penumbra de arteria cerebral media. Total de setenta días entre terapia intensiva y hospitalización. Egresó con limitaciones funcionales y físicas, acompañado de fuerte apoyo psicológico y psiquiátrico, además del tratamiento para su cardiopatía isquémica y sus complicaciones. Actualmente, recibe curaciones diarias en su domicilio mientras espera la cirugía plástica en la zona afectada. **Discusión:** En Ecuador, hasta la fecha, se ha reportado un único caso sin lesiones predisponentes evidentes ni factores de riesgo para desarrollar gangrena de Fournier (GF). Podríamos atribuir este hecho al deterioro del sistema inmunológico del paciente, en el contexto de estrés por infarto de miocardio. Es importante destacar que la glucosuria inducida por los medicamentos puede predisponer a infecciones bacterianas, aunque en un porcentaje muy bajo. Ante esta situación aislada, es crucial sopesar los beneficios de los inhibidores de cotransporte de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) en el tratamiento, prevención y reducción de la mortalidad en enfermedades cardio-reno-metabólicas, siempre considerando la ausencia de contraindicaciones.

105

ESTUDIO FLAVICO: INGESTA DE FLAVONOIDES EN LA VIDA COTIDIANA. SU IMPACTO EN LA DISTENSIBILIDAD VASCULAR Y EL RIESGO CARDIOVASCULARBOSCARO M¹, OBREGON S^{1,2}, LOZADA A^{1,2,3}, DELÍ A C¹, KOTLIAR C^{1,2}¹SANTA MARÍA DE LA SALUD, ²CENTRO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL, ³FLENI

Introducción: El incremento de la ingesta de alimentos con flavonoides podría constituir una estrategia de fácil accesibilidad, tolerancia y bajo costo. La determinación de sus efectos sobre la distensibilidad vascular (edad arterial) y su asociación con la prevalencia de diabetes y condiciones de mayor RCV contribuiría a incrementar su recomendación poblacional. **Objetivo:** Evaluar la asociación entre la ingesta de flavonoides, la distensibilidad arterial, y el RCV. **Material y métodos:** Estudio clínico prospectivo de pacientes en prevención primaria y secundaria. Los participantes completaron una encuesta (STEP5-OMS/WHO) autoadministrada acerca de su perfil alimentario y estilo de vida. Se realizó su anamnesis, examen físico, medición de distensibilidad arterial (Velocidad onda de pulso/VOP por método oscilométrico- IEM, Mobil OGraph, Alemania), presión arterial braquial y central e índice de aumentación AIX. Se realizaron test paramétricos, no paramétricos, análisis multivariable (regresión lineal múltiple, regresión logística múltiple). **Resultados:** Se incluyeron 379 p, 53,6 ± 13,5 años; 48,2% hombres; 6,3% prevención secundaria. Los sujetos con mayor consumo diario de té y/o pasas de uva presentaron menor prevalencia de DBT (p 0,014 y p 0,040), mientras que la mayor ingesta de manzanas, y chocolate se asoció inversamente con la de HTA (p 0,008 y p 0,033). Se observaron asociaciones positivas entre tabaquismo y la ingesta de cerveza (p 0,026) así como entre actividad física y la ingesta de frutillas (p 0,003), manzanas (p 0,019), castañas (p 0,012), pasas de uva (p 0,015), almendras (p 0,010), espinaca (p 0,025) y vino tino (p 0,002), mientras que el consumo de whisky mostro asociación inversa con la actividad física (p 0,040). La PAS-braquial (b) fue menor en quienes mostraron mayores consumos de espinaca (p 0,001), y manzana (p 0,020), la PADb fue menor con la ingesta de manzanas (p 0,031) y espinaca (p 0,024), lo mismo para para la PASc en el caso de la espinaca (p 0,002), y las frutillas (0,028). El consumo de ciruelas (p 0,048), manzanas (p 0,010), espinacas (p 0,002) y rúcula (p 0,0038) mostró menores valores de la PAM, a diferencia del vino tinto que la incrementó (p 0,0042). Los pimientos, semillas de soja, cebolla, cerveza y lechuga, mostraron menores valores de VOP. **Conclusiones:** La ingesta de flavonoides (cuantitativa y cualitativa) se asoció con menor RCV y mayor distensibilidad vascular (menor edad arterial). Es posible que estos datos puedan contribuir a estrategias de salud pública bajo costo y gran alcance.

183

LA GAMMAGRAFÍA DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA EN LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

SÁNCHEZ VALCARCEL S¹, RAVELO LLANES K, CARRERO VAZQUEZ A¹, MARTINEZ GARCÍA G¹, CISNEROS SÁNCHEZ L¹, REYNOSA PANEQUE N¹¹HOSPITAL GENERAL DOCENTE ENRIQUE CABRERA COCIO

Introducción: La cardiopatía isquémica presenta una gran prevalencia y mortalidad en Cuba y en algunos países desarrollados. La gammagrafía de perfusión miocárdica es un método diagnóstico no invasivo que facilita el diagnóstico y pronóstico de la isquemia miocárdica. **Objetivo:** Demostrar el valor de la gammagrafía de perfusión miocárdica en la cardiopatía isquémica. **Material y Método:** Se realizó un estudio observacional, longitudinal prospectivo. Su universo fueron 180 pacientes que se realizaron estudios de perfusión miocárdica para detectar isquemia, desde enero 2018 a diciembre 2019 en el Centro de Investigaciones Médica-Quirúrgica. Este estudio se empleó para diagnóstico y pronóstico de isquemia miocárdica. **Resultados:** El 53,3 % de los pacientes fueron hombres y el 78,3 % padecían HTA. Para la detección de isquemia se realizó el estrés físico al 76,1 %. Predominó el resultado negativo de isquemia en el 58,9 %; con una evolución clínica al año de eventos isquémicos del 2,8 %. A 74 pacientes (41,1 %) se le demostró isquemia en la perfusión miocárdica, confirmándose lesiones obstructivas coronarias significativas al 82,4 %. Al año de evolución clínica de estos pacientes con isquemia demostrada, el 97,3 % presentó algún evento isquémico. Más del 50 % de los pacientes con isquemia coronaria demostrada en la perfusión miocárdica y arterias coronarias sin lesiones significativas fueron mujeres. La mayoría sufrían de HTA, con edad mayor de 60 años, dolor torácico atípico y presentaron un evento coronario agudo en un año de evolución clínica. La caída de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) post-estrés >10% evidenció eventos isquémicos al año en el 100% de los pacientes. **Conclusiones:** La gammagrafía de perfusión miocárdica es una técnica no invasiva confiable en el diagnóstico de la cardiopatía isquémica. Aportó seguridad pronóstica a largo plazo tras el resultado negativo de la perfusión miocárdica. La caída de la FEVI post-estrés se comportó como una variable predictiva de realizar futuros eventos cardíacos.

111

DESAFÍOS DE LA DETECCIÓN TEMPRANA EN AMILOIDOSIS CARDÍACA DE CADENA LIGERA: UNA PERSPECTIVA DEL CARIBE

LOPEZ M¹, RIVERA SILVERIO D¹, COLÓN E¹, CAMILO J¹, CAMPOS Y¹¹UNION MEDICA DEL NORTE

Antecedentes: La cardiomiopatía por amiloidosis sigue siendo una causa de insuficiencia cardíaca subdiagnosticada. Sus tipos más prevalentes son la transtiretina (ATTR) y amiloidosis de cadena ligeras (AL). Este es un trastorno poco común y se desconoce la incidencia exacta, las tasas de esta, aumentan en mayores de 40 años. El reconocimiento de esta patología en etapas preclínicas permite un inicio terapéutico de forma más temprana lo que conlleva a mejorar el pronóstico del paciente. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 54 años con historia de síndrome de túnel carpiano bilateral, Diabetes Mellitus y Síndrome de mal absorción la cual es ingresada tras presentar dolor precordial y disnea a leves esfuerzos. Al realizar electrocardiograma se evidencia ritmo de flutter auricular con conducción variable y patrón de pseudoinfarto. Al realizar pesquisa diagnóstica se realiza ecocardiograma transtorácico, se visualiza disfunción sistólica ligera con una fracción de eyección en un 54% e hipertrofia de la pared libre del Ventrículo Izquierdo. La imagen 2D evidencia aspecto granular-brillante; y los hallazgos con la técnica Strain longitudinal Global -6.5 % disminuida y una relación mayor a 1 entre los segmentos apicales con relación a los medios/basales, sugerente de conservación de la deformación a nivel apical, fueron de alta probabilidad de infiltración miocárdica por enfermedad amiloidea. Hematología realizó electroforesis de proteína por método inmunofijación siendo negativa para presencia de gammapatía monoclonal, por lo que se realizó resonancia magnética cardíaca con inyección de gadolinio, reportó realce tardío con un patrón de captación difusa subendocárdica e hipertrofia concéntrica del VI, sugestiva de enfermedad de depósito. La gammagrafía cardíaca evidenció TC-99m-PYP score visual perugini 0, por lo cual se realizó biopsia de miocardio con tinción de rojo congo siendo positiva para detección de tejido amiloide, confirmando diagnóstico definitivo de amiloidosis AL. **Discusión:** La amiloidosis cardíaca es un trastorno relativamente común de cardiomiopatía sin embargo subdiagnosticado. Se puede presentar con signos-síntomas cardíacos y de afectación de otros sistemas como el sistema osteomuscular y nervioso. La realización de una buena historia clínica y un correcto juicio clínico combinado con los estudios de imagen permiten llegar al diagnóstico, lo cual, de hacerse de manera temprana, permite incidir de forma sustancial el curso y el pronóstico de esta entidad.

216

RELACION ENTRE DEPRESION Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CADIOPATIA ISQUEMICA CRONICA

VASCONEZ GARCIA J¹, CAGUA GUERRERO R¹¹HOSPITAL EUGENIO ESPEJO

Introducción: La cardiopatía isquémica y la depresión son dos enfermedades prevalentes a nivel mundial que se relacionan directamente una con la otra, por lo que es necesario entender este proceso de manera bidireccional, donde la presencia de una condición, aumenta el riesgo de la otra. Se ha evidenciado que la alta prevalencia de depresión en pacientes con cardiopatía isquémica crónica genera un significativo impacto en la adherencia a la terapia, provoca un efecto independiente en el pronóstico de la enfermedad, lo que genera una mayor cantidad de ingresos hospitalarios y una amplia gama de complicaciones, por lo que la OMS indica que se deben realizar las intervenciones necesarias para un diagnóstico oportuno de síntomas depresivos en pacientes con enfermedades coronarias, además de realizar intervenciones para eliminar las barreras que existan en relación a la terapia y adherencia de la misma. **Objetivos:** Determinar la prevalencia de depresión y nivel de adherencia que existe en pacientes con cardiopatía isquémica.

Metodología: Se realizó un estudio de asociación cruzada en 400 pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica crónica. **Resultados:** El 48.5% eran adultos maduros, 68% masculinos, 88.8% mestizos, 94.8% nacionales, 54.8% alcanzó educación básica, 66.5% casados, 41.5% trabajan por cuenta propia. El 58.5% tenían Estado funcional NYHA 1, 55.8% enfermedades crónicas no transmisibles. La prevalencia de depresión fue de 23.3%, el 54.8% mostró baja adherencia. Se evidenció asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre adherencia al tratamiento y estado funcional; entre depresión postinfarto con el estado funcional, la adherencia al tratamiento, grupo de adulto mayor, sexo masculino, ocupación y presencia de enfermedades crónicas no transmisibles. **Conclusiones:** El adulto mayor con cardiopatía isquémica presenta alto nivel de prevalencia de depresión postinfarto, aspecto que contribuye con la baja adherencia al tratamiento y se relaciona directamente con empeoramiento de la clase funcional, constituyéndose como un factor de riesgo directo e independiente de enfermedades cardiovasculares, además de plantearse como un como factor de peor pronóstico que aumenta la morbimortalidad en pacientes cardiopatas. **Palabras clave:** adherencia, tratamiento, depresión, cardiopatía isquémica

125

REGISTRO MULTICÉNTRICO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN UN PAÍS DE BAJO Y MEDIANOS INGRESOS

SANTOS MEDINA M¹, RODRÍGUEZ RAMOS M², MARTINEZ GARCÍA G³, MATA CUEVAS L⁴, PRIETO GUERRA M⁵, SELLEN SANCHEN E⁶, PROHIAS MARTÍNEZ J⁵¹HOSPITAL DR. ERNESTO GUEVARA, ²HOSPITAL CAMILO CIENFUEGOS, ³HOSPITAL SALVADOR ALLENDE, ⁴HOSPITAL MÁRTIRES 9 DE ABRIL, ⁵HOSPITAL HERMANOS AMEIJERAS, ⁶HOSPITAL MANUEL ASCUNCE

Introducción: La mayoría de los países cuentan con registros continuos nacionales y/o regionales de pacientes con síndromes coronarios agudos y/o infarto agudo de miocardio (IAM). Estos sirven de base para el análisis y realización de estudios clínicos- epidemiológicos, así como para la toma de decisiones en materia de salud. **Objetivos:** Caracterizar a los pacientes con infarto agudo de miocardio incluidos en el Registro CUBano de Infarto Miocardio Agudo (RECUIMA). **Material y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, multicéntrico, en seis unidades de cuidados intensivos coronarios de cinco provincias del país, las cuales no tienen disponibilidad de realizar intervencionismo coronario percutáneo. El periodo de estudio fue entre enero de 2018 y diciembre de 2021. El universo de estudio fueron los 2624 pacientes con infarto agudo de miocardio agudo que se incorporaron a la base de datos del RECUIMA, cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión del registro. La muestra fueron los 2500 pacientes a los cuales se les pudo recoger en ese periodo todas las variables homogeneizadas que utiliza el RECUIMA, según sus bases metodológicas. Se utilizó el software RESCUE para la recogida, organización, vaciamiento y análisis de los datos. Se utilizó la estadística descriptiva a través del análisis porcentual para las variables descriptivas y la media aritmética con desviación estándar para las variables cuantitativas. **Resultados:** El 67.2% eran masculinos. La edad promedio fue 66 + 8 años. El 78.1% eran hipertensos y el 50.5 % eran fumadores. El 38.1 % de los pacientes acudieron tardíamente al sitio de primera asistencia médica. El 84.7 % presentaron IAM con elevación del segmento ST. Al 56.1 % se le realizó trombolisis. Sólo al 7.6 % se les pudo realizar coronariografía durante el ingreso. Al 95.6 % de los pacientes se les determinó la fracción de eyección del ventrículo izquierdo durante el ingreso. El 27.8 % presentó disfunción ventricular izquierda. La mortalidad hospitalaria fue del 8,8 %. Al egreso hospitalario se prescribió: aspirina (98.2 %), clopidogrel (96.5 %), estatinas (98.5 %), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (82.9 %) y betabloqueadores (63.7 %). **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes fueron masculinos, con infarto con elevación del segmento ST. Más de la mitad de los pacientes recibieron trombolisis. La hipertensión arterial fue el factor asociado más frecuente. La mortalidad hospitalaria fue baja. Al egreso hospitalario se prescribe aspirina, clopidogrel y estatinas a más del 90% de los pacientes.

123

VALIDACIÓN EXTERNA DE UNA ESCALA PREDICTIVA DE MUERTE HOSPITALARIA POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

SANTOS MEDINA M¹, RODRÍGUEZ RAMOS M², MARTINEZ GARCÍA G³, VÁZQUEZ ARGOTE K¹, MATA CUEVAS L⁴, OBREGÓN SANTOS Á⁵, PIRIZ ASSA A⁶, PROHIAS MARTÍNEZ J⁵, DOS RAMOS DA SILVA COSTA R¹

¹HOSPITAL DR. ERNESTO GUEVARA, ²HOSPITAL CAMILO CIENFUEGOS, ³HOSPITAL SALVADOR ALLENDE, ⁴HOSPITAL MÁRTIRES 9 DE ABRIL, ⁵HOSPITAL HERMANOS AMEIJERAS, ⁶HOSPITAL OCTAVIO DE LA CONCEPCIÓN

Resumen: Introducción: La validación externa es importante en las investigaciones de escalas de predicción. Existen escalas que tienen buen rendimiento en las cohortes de derivación, sin embargo, al no tener validaciones externas, su relevancia en esas condiciones es limitada. **Objetivo:** Realizar validación externa de la escala predictiva de muerte hospitalaria por infarto agudo de miocardio del Registro Cubano de Infarto de Miocardio Agudo (RECUIMA). **Material y métodos:** Se realizó un estudio analítico de tipo cohorte retrospectivo, multicéntrico, en cuatro unidades asistenciales del proyecto Registro Cubano de Infarto de Miocardio Agudo (RECUIMA). Se utilizaron datos de 417 pacientes infartados ingresados en el primer semestre del 2021 que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Para la muestra se consideró que el mínimo número de eventos (fallecidos) que debía tener era de cinco eventos por cada variable de la escala RECUIMA. Se determinó capacidad discriminativa, calibración, validez de criterio, de constructo, fiabilidad y consistencia interna. La escala predictiva de muerte hospitalaria RECUIMA fue creada utilizando 2058 pacientes incluidos en el proyecto multicéntrico RECUIMA, utilizando el tipo de estudio 2b del Transparent Reporting of a Multivariable Prediction Model for Individual Prognosis or Diagnosis. Cuenta con siete variables predictoras: tensión arterial sistólica menor de 100 mmHg al ingreso, edad mayor de 70 años, KK IV y presencia de más de siete derivaciones afectadas, todas con uno (1) punto cada una; la fibrilación ventricular-taquicardia ventricular con dos (2) puntos y el filtrado glomerular renal menor de 60 ml/min con tres (3) puntos. Tiene un rango de puntuación de cero a diez puntos. Utiliza dos categorías de estratificación, bajo riesgo (menor o igual a tres puntos) y alto riesgo (cuatro o más puntos). **Resultados:** La escala mostró muy buena capacidad discriminativa (ABC-0,904), superior a la mostrada por la escala GRACE al aplicarse a la misma cohorte (ABC-0,750). La sensibilidad y especificidad mostrada fue de un 82,86 % y 87,70 %, con un valor predictivo negativo de 98,24 % y un índice de validez de un 87,29%. El coeficiente de verosimilitud positivo fue de 6,73 y el negativo de 0,20. Las puntuaciones (media + DE) dadas al aplicar la escala RECUIMA a los pacientes fallecidos fue superior al puntaje que dio la escala a los pacientes vivos (5,60 + 1,8 vs 2,30 + 1,7; p<0,001). **Conclusiones.** La escala mostró muy buena capacidad de discriminación y calibración en la validación externa, con sensibilidad y especificidad adecuadas.

169

DESAFIANDO LOS LÍMITES DE LA CIRCULACIÓN DE FONTAN, ¿ES POSIBLE EN EL ADULTO?

PUPIALES DÁVILA K¹, ARENAS FABBRI V¹, PUPIALES DÁVILA A¹, GARCÍA CRUZ E¹

¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHAVEZ

Antecedentes: La Cirugía de Fontan alivia la cianosis y la sobrecarga de volumen ventricular, mejora la tolerancia al ejercicio y preserva la función ventricular. Idealmente, debe llevarse a cabo en la infancia temprana para evitar la insuficiencia valvular y la fibrosis miocárdica. En adultos, estas complicaciones suponen factores de riesgo para malos resultados postquirúrgicos¹. **Descripción del caso:** Hombre de 19 años con diagnóstico de atrio común, doble vía de entrada a ventrículo izquierdo dominante, conexión ventriculoarterial discordante y doble vena cava superior quien a los 12 años fue llevado a derivación cavopulmonar bidireccional bilateral en el Hospital Infantil de México, posterior a la cual perdió seguimiento. Desde mayo del 2023 presentó deterioro de clase funcional y palpitaciones. Acudió a urgencias del Instituto Nacional de Cardiología en donde se documentó saturación de oxígeno de 60%. Su holter de 24 hrs no reportó arritmias, ecocardiograma transtorácico con función sistólica del ventrículo sistémico conservada, resonancia magnética cardíaca con derivación cavopulmonar bilateral permeable sin estenosis, cateterismo cardíaco derecho con PAPm 6 mmHg, D2VI 8mmHg, SatO2 60.9%, sin colaterales aortopulmonares. En sesión médico quirúrgica se concluyó completar Circulación de Fontan. Se realizó derivación cavopulmonar total con tubo extracardiaco fenestrado de Gore-Tex de 18 mm, presentó buena evolución postquirúrgica y fue egresado sin complicaciones. **Discusión:** La cirugía de Fontan en el adulto tiene mayor morbi-mortalidad, pero en pacientes bien seleccionados es un tratamiento de paliación que mejora la calidad de vida de los pacientes². Actualmente, en los pacientes adultos se prefiere el uso de tubo extracardiaco con fenestra, esta sirve como válvula para descargar la presión del sistema en caso de riesgo de disfunción^{2,3}. Los factores de mal pronóstico para esta cirugía son Cardiopatía congénita compleja severa: presión media de la pulmonar (PAPm) \square 15-18 mmHg, edad \square 30 años y sexo masculino, presión auricular izquierda \square 10 mmHg, fracción eyección ventrículo sistémico \square 50% y resistencias vasculares pulmonares $>$ 2 unidades Woods^{3,4}. En adultos sometidos a esta cirugía con PAPm $>$ 20 mmHg o D2VI $>$ 10, el riesgo de Fontan fallido es más alto⁵. Nuestro paciente tenía anatomía y parámetros hemodinámicos adecuados y su postquirúrgico transcurrió sin complicaciones. Actualmente, con SatO2 90% y PC6M de 501 mts (prequirúrgica 270 mts). La prevalencia de CCA de complejidad severa, diagnosticadas en la adultez, ha aumentado. Es crucial entender los aspectos básicos anatomopatológicos y su fisiología para plantear tratamientos curativos y paliativos.

234

LIDERAZGO CARDIOVASCULAR FEMENINO EN LATINO AMÉRICA: ENTENDIENDO LAS OPORTUNIDADES Y BRECHAS PARA LAS MUJERES EN CARDIOLOGÍAENCARNACIÓN ROA C¹, ARTUCIO C², ALMONTE C³, NAZZAL C⁴, ACEVEDO M⁵¹HOSPITAL METROPOLITANO DE SANTIAGO, ²CENTRO CARDIOVASCULAR CIRCUITO CATÓLICO, ³UNIDAD CARDIOLOGÍA ACÉMDOE, ⁴ESCUELA DE SALUD PÚBLICA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE, ⁵FACULTAD DE MEDICINA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Introducción: En el mundo, la especialidad de Cardiología y sus subespecialidades han sido siempre gobernadas por hombres, con escasa representación femenina. Datos de 2 encuestas, una sudamericana y otra, desarrollada por cardiólogas intervencionistas latinas han demostrado que esta realidad es peor, siendo el 4% en Latino América (LA). **Objetivo:** Describir y analizar la demografía, el desempeño clínico, número de subespecialistas, las brechas académicas, las limitaciones en la población de cardiólogas, intervencionistas y cirujanas cardíacas en LA. **Material y Métodos:** Se desarrolló una encuesta online (período: 16.12.2023 – 31.01.2024), usando Google Form, con un link único que fue compartido a todas las mujeres cardiólogas y cirujanas cardíacas de adultos y niños en todos los países miembros de SIAC, fueran o no socias. La encuesta incluyó información demográfica, subespecialidad, tiempo de ejercicio, limitaciones para realizar la especialidad o subespecialidad, el desarrollo académico, jefatura, honorarios, entre otros. Se realizó un corte de esta encuesta a los 45 días de estar disponible. **Resultados:** Realizaron la encuesta 980 profesionales. La edad media de la muestra fue 47,2 años (SD 11), en su mayoría (87,2%) cardiólogas de adultos, 66,1% con subespecialidad dentro de cardiología; 33,9% de cardiólogos generales (50,4% por decisión propia). La subespecialidad más frecuente fue la ecocardiografía (40,2%), sólo 7,4%, 7,1% y 1,1% reportaron ser electrofisiólogas, hemodinamistas y cirujanas cardíacas, respectivamente. El 26% y 11% declararon dificultad para acceder hemodinamia o electrofisiología, sólo por ser mujer. El 70,6% refirió que la exposición a radiación no influyó en su elección. El 75% de la muestra realiza jornada completa de trabajo, 30% mezcla práctica privada, pública y académica simultáneamente. De las 334 profesionales con cargo académico, 25,8%, 24,6% y 15,5% son profesora asociada, adjunta o titular, respectivamente. De este grupo 57,2% refirió sentirse muy satisfecha con su carrera. El 70% refirió tener hijos. En la tabla se muestran las barreras para el desarrollo de la actividad académica en la mujer según rango etario. **Conclusión:** Este estudio destaca el reducido número de especialistas mujeres en Cardiología y Cirugía Cardiovascular en LA. El número de mujeres en subespecialidades de intervención y academia es aún más crítico. Las jóvenes reconocen significativamente más barreras a su desarrollo académico. Las distintas entidades universitarias y sociedades de cardiología en LA, debieran motivar la Especialización en Enfermedades Cardiovasculares de las Mujeres médicas de LA.

131

PSEUDOANEURISMA DE AORTA EN LUGAR DE CARDIOPLEGIA, UNA COMPLICACIÓN RARA LUEGO DE UN DOBLE REEMPLAZO VALVULAR: REPORTE DE CASODE JESÚS ASENCIO K¹, GELL A², GARCÍA V²¹HOSPITAL METROPOLITANO DE SANTIAGO (HOMS), ²PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA MADRE Y MAESTRA

Antecedentes: Los pseudoaneurismas de aorta son complicaciones raras pero potencialmente mortales que pueden surgir después de procedimientos cardíacos, como el reemplazo valvular (1). Su diagnóstico precoz y manejo adecuado son cruciales para evitar complicaciones. Presentamos aquí un caso de pseudoaneurisma de aorta ascendente en un paciente con doble reemplazo valvular, resaltando los desafíos diagnósticos para abordar esta condición clínica (2). **Descripción del caso:** Femenina de 26 años con antecedentes de insuficiencia valvular mitral severa e insuficiencia aórtica severa por enfermedad reumática, tratada con ramipril 2.5 c/24h oral y furosemida 20mg c/24h, presentando disnea a moderados esfuerzos acompañado de palpitaciones, motivos por los cuales acude a este centro y se decide su ingreso para fines de cirugía de reemplazo valvular. En la exploración física presenta ruidos cardíacos irregulares y soplo en foco mitral y aórtico. La paciente es intervenida exitosamente con cambio valvular por prótesis mecánica, 45 días posterior al procedimiento esta acude vía emergencia, tras presentar fiebre no termometrada, escalofriante, cefalea pulsátil en región frontal, de intensidad 6/10 en la escala subjetiva del dolor, no irradiada y malestar general. En el examen físico se evidencia mucosa oral seca, cicatriz quirúrgica en línea media de tórax sin datos de infección, pulmones hipoventilados, presencia de crepitantes húmedos en bases, taquicardia y abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho. Se le realizan estudios de imágenes, donde destaca la angiogramografía coronaria corte sagital (imagen 1), aquí se visualiza un pseudoaneurisma en tercio medio del aspecto anterior de la aorta torácica ascendente, con extravasación de contraste hacia saco aneurismático, además presenta abundante hematoma que se extiende hacia el mediastino anterior, de aproximadamente 10.8 x 11.2 x 8.8 cm, y realiza severo efecto de masa sobre la aorta torácica ascendente, tronco de la arteria pulmonar y arteria pulmonar derecha, así como los atrios cardíacos y venas pulmonares superiores. En la imagen 2 se puede ver una reconstrucción tridimensional del lugar de pseudoaneurisma aórtico. **Discusión:** El diagnóstico de pseudoaneurisma aórtico se realiza mediante angiogramografía computarizada o arteriografía convencional (3). La presentación clínica es variada, desde compresión coronaria o del esófago, masa pulsátil en tórax, ulceración de piel, complicaciones embólicas y rotura de pseudoaneurisma (5). La cirugía es considerada como el tratamiento de elección y se ofrecen intervenciones percutáneas a pacientes con riesgo elevado de cirugía. Este reporte de caso presenta un escenario único e instructivo que involucra los desafíos diagnósticos de esta complicación.

126

UTILIDAD DE ANGIOGRAFÍA CORONARIA POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA Y SCORE DE CALCIO COMO PREDICTORES DE ENFERMEDAD CORONARIA EN 675 PACIENTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE REPÚBLICA DOMINICANADE JESÚS ASENCIO K¹, GELL A², GARCÍA V²¹HOSPITAL METROPOLITANO DE SANTIAGO (HOMS), ²PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA MADRE Y MAESTRA

Introducción: La enfermedad de las arterias coronarias (EAC) permanece como una de las principales causas de muerte a nivel global (1). En República Dominicana se ha descrito que un 37.5% de pacientes de un hospital de tercer nivel padecen cardiopatía isquémica (2). En las últimas tres décadas, la angiografía coronaria por tomografía computarizada (ACTC) ha emergido como una técnica de imagen no invasiva, costo-efectiva y confiable, para evaluar la anatomía de las arterias coronarias (3, 4). Considerando que la angiografía coronaria es el estándar de referencia, la ACTC tiene una especificidad >95% y una sensibilidad >85%, sin tener las complicaciones asociadas al método convencional (5). A su vez, el score de calcio cuantificado por tomografía computarizada (TC) cardíaca es un marcador de aterosclerosis, siendo un predictor fiable de EAC (6). Ambas técnicas han mejorado significativamente el diagnóstico de cardiopatía isquémica. **Objetivos:** Validar la utilidad diagnóstica de la ACTC y Score de Calcio para el diagnóstico de cardiopatía isquémica. **Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de tipo transversal de fuente secundaria en una muestra de 675 pacientes a quienes se les realizó ACTC y Score de Calcio, durante 4 años (2019-2023). **Resultados y conclusiones:** De los 675 pacientes, el sexo masculino estuvo representado por un 50.5%, la media de edad fue de 60.1 años, las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron dolor torácico en un 58.1% seguida de pacientes asintomáticos con antecedentes positivos en un 31.6%. Por otro lado, un 62.2% padecen hipertensión arterial, un 23.4% son diabéticos y 24.3% son dislipidémicos (tabla 1). Asimismo, un 15% de esta población tenía un eco stress positivo. 4.9% de los participantes tienen puentes aortocoronarios y sólo 2 (0.3%) no están permeables. Un 42.8% de los pacientes tienen cardiopatía isquémica y de estos, un 6.5% tienen stents coronarios. La arteria más afectada fue la descendente anterior en un 34.5%. Cabe resaltar que en 38 pacientes (5.6%) se encontró alguna cardiopatía congénita como hallazgo incidental, siendo la más frecuente la hipoplasia de la coronaria derecha en 23 de ellos (3.4%). Por último, 18.2% de esta población presentaba cardiopatía isquémica severa y 9.45% tenían un Score de Calcio > 300 (p < 0.001) (tabla 2). En conclusión, la ACTC coronaria y el Score de Calcio resultan un método seguro para evaluar la presencia de cardiopatía isquémica en pacientes con y sin síntomas y así reducir la cantidad de angiografías coronarias en pacientes que no requieran el procedimiento.

168

ASOCIACIÓN ATÍPICA DE ANOMALÍA DE EBSTEIN CON MIOCARDIOPATÍA NO COMPACTA BIVENTRICULARMOROCHO MINCHALA M¹, HECHAVARRIA POUYMIRO S², DOMINGUEZ CHOY L, MODESTO ADDERLY P, PEREZ BARREDA A¹HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO, ²INSTITUTO DE CARDIOLOGIA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Antecedentes: La anomalía de Ebstein es una cardiopatía infrecuente que afecta a 1 por cada 200 000 nacidos vivos, representa menos del 1% de las cardiopatías congénitas. Se caracteriza por un desplazamiento apical de la válvula tricúspide, puede coexistir con defectos del septum interauricular, alteraciones de la válvula mitral, aórtica o, con menos frecuencia, el ventrículo izquierdo no compacto (VINC). El VINC constituye un fenotipo ventricular que se caracteriza por trabéculas prominentes del VI y recesos intertrabeculares profundos. La multimodalidad de las técnicas de imagen cardíaca contribuye al diagnóstico y determina su asociación. **Descripción del caso:** Masculino de 35 años con antecedentes de Anomalía de Ebstein y comunicación interventricular perimembranosa que cerró espontáneamente en la infancia. Ingresó a emergencias por insuficiencia cardíaca (clase funcional III- IV NYHA) con disnea de esfuerzo, lipotimia y palpitaciones. Examen físico: ingurgitación yugular, taquipnea, murmullo vesicular disminuido, crepitanes bilaterales, desdoblamiento de primer y segundo ruido, soplo holosistólico III/VI tricuspideo, hepatomegalia y edema pretibial.

ELECTROCARDIOGRAMA: bloqueo completo de rama derecha.

RADIOGRAFÍA DE TORAX: cardiomegalia grado IV, derrame pericárdico ligero, signos de congestión pulmonar.

ECCARDIOGRAMA TT:

Figura 1: Vista de 4C eje largo con inserción apicalizada de la valva septal de la tricúspide (2,04 cm) con atrialización del ventrículo derecho.

Figura 2: Vista eje largo 3C apical. No compactación miocárdica con recesos intertrabeculares profundos y presencia de flujo en su interior.

Discusión: La asociación entre la anomalía de Ebstein con el miocardio ventricular no compacto presenta una prevalencia de 15 a 18%. En la mayoría de los casos descritos hay compromiso del ventrículo izquierdo, siendo menos frecuente el compromiso biventricular. La ecocardiografía unida a la RMC permiten definir la morfología y función de estas dos enfermedades. Los criterios diagnósticos más empleados en la ecocardiografía son los de Jenni: relación capa NC/C >2, no compactación de predominio medio lateral, medio inferior y segmentos apicales, evidencia por doppler color de recesos intertrabeculares profundos con adquisición en telesístole. En la RMC los criterios de Petersen: relación capa NC/C > 2,3 y Jaquier: masa trabeculada del VI > 20% de la masa ventricular total con adquisición en telediástole. Estos hallazgos estuvieron presentes en el paciente y debido a que no existen en la actualidad criterios para el diagnóstico de miocardio no compacto biventricular, se extrapolaron los utilizados para la miocardio no compacto del ventrículo izquierdo. La multimodalidad de imagen cardíaca resultó de gran valor para la confirmación diagnóstica.

202

DISECCIÓN CORONARIA EN PACIENTE CON OSLER WEBER RENDU

CRUZ MARMOLEJO M¹, VILLALOBOS PEDROZA M¹, JIMENEZ SANTOS M¹, POHLS VAZQUEZ R², HERRERA A¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA IGNACIO CHAVEZ, ²HOSPITAL CIMA

Antecedentes: La disección coronaria espontánea (SCAD) se define como una disección de una arteria coronaria no iatrogénica y no asociada a trauma o lesión aterosclerosa. Previamente se le consideraba como una patología rara, los avances en la angiotomografía coronaria y la mayor accesibilidad a angiografía coronaria han logrado mejorar el diagnóstico. La incidencia real es poco conocida ya que suele ser subdiagnosticada, se considera que es la causa del 1-4% de los síndromes coronarios agudos. Tiene predominio femenino y es la causa del 35% de los infartos en mujeres menores de 50 años. La etiología es multifactorial incluyendo múltiples factores predisponentes como arteriopatías.

Descripción del caso: Paciente masculino de 57 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia. Inicia con dolor precordial opresivo, intensidad 10/10, en reposo y actividad acompañado de diaforesis y náuseas. Automedicado con dexametasona sin mejoría por lo que acude a urgencias en donde ingresa con datos de infarto al miocardio anterior no reperfundido con más de 12 horas evolución. Se procede a realizar angiotomografía coronaria observando en arteria descendente anterior lesión tubular excéntrica con estriación de la grasa pericoronaria con estenosis de hasta el 70% sugestivos de disección coronaria tipo 2A, de igual manera en dicho estudio se observaron dos malformaciones arteriovenosas pulmonares en lóbulos superior e inferior del pulmón derecho. La angiografía coronaria demostró lesión tubular excéntrica con estenosis del 50%, la tomografía por coherencia óptica demostró lesión fibrosa asociada a trombo con longitud de 28 mm por lo que se decidió tratamiento intervencionista. El paciente presentó adecuada progresión hemodinámica. En su valoración genética médica se concluyó que el paciente cumple con todos los criterios de Curacao: epistaxis recurrente, telangiectasias, malformaciones arteriovenosas pulmonares y antecedentes heredo-familiares. **Discusión:** La SCAD se caracteriza por la formación de un hematoma intramural en la pared coronaria dada por una ruptura de la íntima o de la vasa vasorum. Dicho hematoma condiciona compresión de la luz verdadera y obstrucción coronaria llevando a isquemia e infarto. Las patologías que condicionan fragilidad vascular como el Osler Weber Rendu (HHT), en una serie de casos el 50% de los síndromes coronarios agudos en pacientes con HHT fueron debidos a SCAD y de estos el 50% presentó complicaciones peri-procedimiento. Aunque la angiografía coronaria y la imagen intravasculare son el método de elección para el diagnóstico, nuestro caso demuestra la relevancia de la angiotomografía coronaria para la detección de la SCAD y su utilización para planeación del procedimiento intervencionista.

176

LA SUSPICACIA EN UNA TAQUICARDIA VENTRICULAR: DISPLASIA ARRITMOGÉNICA DE VENTRÍCULO DERECHO

PICON J¹, LEÓN PORTILLA V¹, MONTES DE OCA GAVILANEZ A², ANDRADE GARCÍA J¹, RODRÍGUEZ AMAGUAY L²¹HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO, ²OMNIHOSPITAL

Antecedente: La taquicardia ventricular (TV) es la presencia de 3 o más despolarizaciones ventriculares prematuras consecutivas con una frecuencia mayor a 100lpm, puede tener varias causas y entre ellas la Displasia Arritmogénica de Ventrículo Derecho (DAVD), que al ser una miocardiopatía autosómica dominante poco conocida; caracterizada por arritmias ventriculares, disfunción ventricular derecha y/o izquierda y sustitución de tejido miocárdico por tejido fibroadiposo. El diagnóstico se lo realiza con la combinación de hallazgos que se clasifican en criterios mayores y menores, conforme los criterios 2010 de Task Force, y el tratamiento se centra en suprimir y prevenir las arritmias y el riesgo de muerte súbita, por lo que el cardiodesfibrilador implantable (CDI) está indicado en la prevención secundaria y en pacientes con disfunción sistólica severa del ventrículo derecho, ventrículo izquierdo o ambos, sin importar la presencia de arritmias. **Descripción del caso:** Se presenta un paciente masculino de 55 años de edad, con antecedente de cierre de comunicación interauricular ostium secundum, sin antecedentes heredo familiares cardiovasculares; quien es referido a la institución para estudio de TV sostenida durante dos ocasiones, última que presenta inestabilidad hemodinámica por lo que requirió cardioversión eléctrica; al ingreso se evidencia electrocardiograma en ritmo sinusal y llama la atención ondas T invertidas en las derivaciones V1, V2, V3 y V4 en presencia de Bloqueo Completo de Rama Derecha (BRDHH) (criterio menor de Task Force) y en el electrocardiograma de la TVS presenta morfología de BRDHH con eje superior (QRS negativo en las derivaciones II, III, aVF; y positivo en aVL) los mismos que nos hacen intuir de DAVD, por lo que se solicita cinecoronariografía con arterias epicárdicas normales, ecocardiograma con disfunción biventricular; tracto de salida de VD (TSVD) de 35mm (criterio mayor de Taks Force), y resonancia cardíaca con fibrosis focal de origen no isquémico necrótico, miocardiopatía con compromiso biventricular con lo que corroboramos nuestro diagnóstico. **Discusión:** La TV es una arritmia con alto riesgo de muerte súbita por lo que la sospecha para sospechar de DAVD es importante para el tratamiento definitivo de la misma; en nuestro caso se descartó diagnósticos diferenciales y se confirmó el diagnóstico con la suma de criterios mayores y menores según Taks Force 2010, y se realizó la implantación de un cardiodesfibrilador (CDI) como prevención primaria de muerte súbita, al primer mes de control se evidencia una descarga apropiada, por lo que concluimos que nuestro abordaje de tratamiento ha sido un éxito.

135

ORIGEN ANÓMALO DE LA ARTERIA CORONARIA EN UNA PACIENTE CON ABUSO DE ANFETAMINAS: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE INFARTOGONZÁLEZ MACEDO E¹, ATILANO CAMINO P¹, GOMEZ HERNANDEZ A¹, SANTIAGO HERNÁNDEZ A¹, ARAIZA GARAYGORDOBIL D¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA "IGNACIO CHÁVEZ"

Antecedentes: El origen anómalo de la arteria coronaria desde el seno opuesto de Valsalva (ACAOS, por sus siglas en inglés) puede estar presente en hasta el 0.15% de la población. Aunque el curso clínico puede ser silencioso y la esperanza de vida normal, en ciertas circunstancias, el ACAOS puede ser el sustrato para un infarto de miocardio (IM). **Descripción del caso:** Una mujer de 33 años con antecedentes de consumo de anfetamina para la pérdida de peso se presentó en el servicio de urgencias con dolor en el pecho, dificultad para respirar, palpitaciones y sudoración. El electrocardiograma mostró ritmo sinusal e hipertrofia ventricular izquierda; el laboratorio reportó una troponina T de alta sensibilidad de 158 pg/mL y la ecocardiografía transtorácica fue normal. Debido a la sospecha de miocarditis, se realizó una resonancia magnética cardíaca que mostró realce subendocárdico inferior en los segmentos basales y medios. Una angiogramografía reveló un ACAOS derecho con un trayecto intraarterial e intramural. Se suspendió la anfetamina y la evolución fue sin complicaciones. **Discusión:** La incidencia de IM en mujeres jóvenes es del 0.2%, de las cuales el 11% son de tipo MINOCA (Infarto de Miocardio con Arterias Coronarias no Obstructivas) y el 60% de ellas tienen causas desconocidas. La incidencia de ACAOS derecho varía entre el 0.12% y el 0.92%. Se considera que los trayectos intraarteriales presentan un alto riesgo de isquemia; el abuso de anfetaminas puede desencadenar espasmos coronarios y constituir un desencadenante adicional de IM. **Conclusión:** La asociación de ACAOS derecho con trayecto intraarterial y espasmo coronario relacionado con anfetaminas puede ser un desencadenante de infarto agudo de miocardio en mujeres jóvenes por lo demás saludables. Se recomienda un alto nivel de sospecha y una historia clínica detallada para proporcionar un diagnóstico y tratamiento precisos.

179

TRANSFORMANDO LA ATENCIÓN DEL INFARTO: 5 AÑOS DE LA ESTRATEGIA IAM-MXGONZÁLEZ MACEDO E¹, SANTIAGO HERNÁNDEZ A¹, LATAPI RUIZ ESPARZA X¹, HERNÁNDEZ PASTRANA S¹, DÍAZ HERRERA B¹, NERI BALE R¹, AMARO PALOMO E¹, PAPAQUI QUITL M¹, ARAIZA GARAYGORDOBIL D¹, ARIAS MENDOZA A¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA "IGNACIO CHÁVEZ"

Introducción: La creación de redes de atención de infarto permiten la identificación y atención temprana de pacientes, reduciendo los retrasos asociados al sistema de salud. Sin embargo, la eficacia en reducir el tiempo total de isquemia y otros parámetros de calidad no ha sido evaluada en todas las regiones. **Objetivo:** Comparar los tiempos de atención en pacientes con Infarto Agudo al Miocardio con Elevación del ST (IAMCEST) a partir de la implementación de la estrategia IAM-MX. **Material y métodos:** Se realizó un registro prospectivo, descriptivo de los tiempos de atención de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de IAMCEST atendidos dentro de la red IAM-MX en un periodo comprendido entre el 01 de agosto del 2023 y el 31 de diciembre del 2023. **Resultados:** Se incluyeron un total de 473 pacientes con diagnóstico de IAMCEST de los cuales 376 (79%) fueron hombres, las principales comorbilidades fueron hipertensión arterial sistémica 51%, diabetes Mellitus tipo 2 50%, obesidad 9%, antecedente de tabaquismo 52.25%. La tasa de reperfusión fue del 70.1%, de los cuales 255 (54%) recibieron estrategia farmacoinvasiva y 77 (16%) angioplastia primaria. La mediana de tiempo al primer contacto médico fue de 168 minutos (RIC: 74-333), mientras que la mediana de tiempo inicio de síntomas a puerta de un hospital con capacidad de fibrinólisis o intervención coronaria percutánea primaria fue de 347 minutos (RIC: 150-841). Estos datos fueron comparados con lo previamente reportado. Se observó una reducción de 301 minutos en el tiempo inicio de síntomas puerta y una reducción del 7% en la tasa de no reperfusión. **Conclusiones:** La implementación de la estrategia IAM-MX demostró la efectividad de la creación de redes de atención, logrando disminuir un 47% el retraso asociado al sistema de salud y un aumento en la tasa de reperfusión. Estos resultados pueden servir como base para implementar futuras redes de atención en Latinoamérica.

159

ANALYSIS OF THERMOGRAPHY FOR ACUTE DECOMPENSATED HEART FAILURE: A PROOF OF CONCEPT OF A NEW DIAGNOSTIC METHODATAMAÑUK A¹, GANDINO I¹, DELGADO D, PERNA E, CARDOZO L², ESCALANTE S², VILLALBA C², ABALOVICH BERNAL D³, MIRANDA N²¹HOSPITAL JUAN A. FERNÁNDEZ / HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL, ²HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD, PTE. JUAN D. PERÓN, ³FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Background: the relationship between low perfusion in distal parts of the body and heart failure is known, which establishes thermal gradients between different regions. A tool that could quantify these temperatures and thermal gradients is thermography, a technique that captures infrared radiation from tissues and has not been evaluated in patients with acute decompensated heart failure (ADHF). **Objective:** to assess the performance of thermography in the diagnosis of ADHF. **Methods:** a cross-sectional study was performed, including consecutive patients hospitalized by ADHF diagnosed by an expert heart failure team. As a control group, patients hospitalized in the same period for other cardiac disorders without ADHF were included. A protocol of taking thermal photos of each patient's front face and palm was carried out within the first 4 hours after admission in the cardiac care unit (CCU). Specific thermal points, averages and gradients were analyzed.(Fig. 1). The thermography diagnostic properties for ADHF detection were performed using Convolutional Neural Networks (CNN). This is a well-researched and proven deep-learning model for image classification. It is a collection of specialized neural networks capable of learning complicated spatial patterns directly from the pixel relationships in an image. **Results:** we included 60 hospitalized cardiac disease patients, 30 cases with ADHF, and 30 controls. Ten thermal photos were obtained from each patient, resulting in 600 pictures. The mean age at the hospitalization was 63.4 years (SD 13.3), and 38 (63.3%) were males. Thermal points and averages were lower, while gradients were higher in the ADHF group, being statically significant between groups. The properties of the blend between thermography and AI to detect ADHF were 91% sensitivity and 57% specificity. The area under the curve was 0.83.(Fig 2) Accuracy: 74%, VPP68% and VPN 86%. **Conclusion:** Thermography demonstrated that patients with ADHF are thermally different from those with cardiological disorders without HF. In this proof of concept, this new method made it possible to detect subjects without ADHF in patients hospitalized in a CCU. Additional studies could clarify its potential and role in this entity to make a diagnosis of HF in an immediate and non-invasive way.

144

CALCIFICACIÓN VALVULAR SIMILAR A LOS CRISTALES DE GYPSON DE LAS ROCAS. REPORTE DE CASO EXPUESTO A HUMO DE TABACO Y LEÑAAGUILAR YAÑEZ U¹, FLORES GARCIA M¹, HERRERA ALARCON V¹, LINARES LOPEZ C³, DE LA PEÑA DIAZ A^{1,2}, MARTINEZ RIOS M¹, PEÑA DUQUE M¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA IGNACIO CHAVEZ, ²UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, ³INSTITUTO DE GEOFISICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Antecedentes: La génesis de la patología valvular se incrementa a medida que la población adquiere mayor longevidad, participan diferentes factores que pueden ser inherentes a los pacientes y otros inductores en el medio ambiente. El estrés mecánico sobre la válvula y los mecanismos bioquímicos patológicos que participan, tienen un papel importante en la asociación de minerales (el principal es el calcio pero puede asociarse a otras moléculas o elementos) que pueden determinar el tipo de estructura mineral característica, según la asociación de elementos en la patología valvular. Los métodos de estudio son principalmente no invasivos y semicuantitativos, sin embargo, con fines de dilucidar características precisas de los minerales presentes en las válvulas surgen otras iniciativas que ofrecen información que no se obtiene por otras estrategias de estudio. **Descripción del caso:** Masculino de 75 años, originario de Oaxaca, con índice de masa corporal de 26.7, de ocupación campesino. Con antecedente de tabaquismo, alcoholismo y exposición al humo de leña por, al menos, 50 años. Acudió a hemodinamia con diagnóstico de estenosis aórtica. A su ingreso se identificó disnea, síncope, dislipidemia, hiperuricemia, hipertensión arterial e hiperplasia prostática, en tratamiento y a la exploración física, soplo carotídeo bilateral y en hueso supraesternal grado II irradiado de tórax, con pulso carotídeo lento y vibrado. La angiotomografía mostró un score de calcio de 837 Agatston. Con calcificación importante tanto de la válvula aórtica y mitral. La ecografía mostró válvula aórtica calcificada con estenosis severa: calcificación del anillo mitral con insuficiencia mitral ligera, insuficiencia tricuspídea ligera. Hipertensión pulmonar ligera con FEVI de 71 %. El paciente fue sometido a recambio valvular aórtico con prótesis biológica aórtica. Durante el recambio se obtuvo una muestra de ± 0.5 cm de la válvula aórtica nativa que se estudió posteriormente en un microscopio electrónico de barrido. **Discusión:** El análisis mostró tres elementos en mayor concentración, el Calcio (Ca) (50.9 %), el azufre (s) (32.5 %) y el Fosforo (P) (7.3 %) principalmente.

143

BUAME, AMINOESTRÓGENO ANTITROMBÓTICO QUE DISMINUYE LA FORMACIÓN DE MICROVESÍCULAS

ÁVILA HERNÁNDEZ E¹, FLORES GARCÍA M¹, AGUILAR YÁÑEZ U¹, PINEDATORRES J¹, MORALES RESENDIZ J¹, LEDEZMA ORTIZ R¹, OLVERAAQUINO C¹, DE LA PEÑA DÍAZ A², MARTÍNEZ RÍOS M¹, PEÑA DUQUE M, MEJÍA DOMÍNGUEZ A¹, DELGADILLO RODRÍGUEZ H¹

¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ, ² UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Introducción: La terapia estrogénica con fines anticonceptivos o de sustitución hormonal se asocia con un incremento en el riesgo trombótico en sujetos susceptibles, principalmente durante el primer año de tratamiento y con factores de riesgo asociados. Los aminoestrógenos son estrógenos sustituidos que disminuyen la actividad plaquetaria, por lo que su uso podría tener un doble beneficio al incidir en dos blancos terapéuticos, producir efectos estrogénicos y evitar eventos trombóticos. Los estrógenos exógenos alteran varios mecanismos hemostáticos, como la generación de microvesículas (MVs), las cuales se relacionan con enfermedades trombóticas arteriales y venosas que cursan con deterioro del endotelio vascular y que culminan con la formación de un trombo. Las MVs se forman de la membrana celular después de diversos estímulos, tienen múltiples funciones tanto fisiológicas como patológicas al ser vectores horizontales de la información biológica. Con la intención de aportar nuevos compuestos aminoestrógenos, y estudiar su efecto sobre la producción de MVs, se sintetizaron estrógenos sustituidos en la posición 17 beta del anillo estrogénico, que en grado variable disminuyen la coagulación y la actividad de las plaquetas. Entre estos, se ha desarrollado el compuesto Buame (imagen 1). **Objetivos:** Identificar la capacidad de Buame para inhibir la formación de MVs. **Material y métodos:** A ratones cepa CD1 se les administró vía subcutánea Buame a dosis de 0, 1 y 2 mg/100 g. A las 24 hrs se tomó una muestra de sangre (2 ml en un tubo con citrato de sodio), de la aorta abdominal, bajo anestesia de ketamina (50 mg/kg) y fenobarbital (10 mg/kg). Los ratones se sacrificaron con una sobredosis de fenobarbital. Las muestras citradas se centrifugó dos veces (1,500 x g por 15 min y 13,000 x g por 2 min) para obtener plasma pobre en plaquetas. 500 ml de muestra se centrifugó (20,000 x g por 90 min a 4 °C), las MVs se lavaron y resuspendieron con amortiguador HEPES. Las MVs se rompieron mediante choque térmico y la concentración de proteína se determinó a 280 nm en un espectrofotómetro. **Resultados y conclusiones:** Los resultados se expresan como concentración de proteína en la Tabla (imagen 2), en la que se puede observar que el Buame disminuye la formación de MVs, lo que muestra su efecto estabilizador de la membrana de las plaquetas y su uso como un estrógeno sin efectos trombóticos.

215

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON PRESENTACIÓN ATÍPICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

CAZARES PINEDA A¹, GUZMÁN AHEDO D², OLIVARES MELGOZA F², ORTIZ VILCHIS M¹

¹INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL, ²HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 68

Antecedentes: Este caso es de especial interés por la sintomatología atípica que se presenta en las cardiopatías. Es sumamente importante buscar y reconocer síntomas de angina de pecho diferentes a los clásicos, donde el dolor de pecho no es el único síntoma ni el síntoma predominante en mujeres especialmente. El presente reporte de caso consiste en cuadro clínico atípico de dolor anginoso en paciente femenina, con síntomas inusuales como disnea y epigastralgia, con exploración física y ecocardiografía discrepante. **Descripción del caso:** Se presenta el caso de paciente femenina de 50 años de edad, inició padecimiento 12 horas previas al ingreso al servicio de urgencias, posterior a la ingesta de alimentos irritantes. Presentó malestar general, disnea, epigastralgia, edema de miembros inferiores y aumento del volumen abdominal, por lo que acudió al servicio médico. Durante su estancia en urgencias presentó TA 140/90 mmHg, FC 80 lpm, FR 20 rpm, temperatura 37°C, SpO2 90% y FiO2 21%. Permaneció en observación con diagnóstico de descontrol hipertensivo, se indicó paracetamol 500 mg y losartán 50 mg por vía oral. Se decide su egreso 2 horas después con indicaciones de datos de alarma y continuar con tratamiento de base. Se reportó reingreso a las 8 horas con dificultad respiratoria y síncope. Durante la exploración estuvo consciente y orientada, con ingurgitación yugular grado II y pulsos carotídeos simétricos de adecuada amplitud. La auscultación reveló estertores crepitantes en la región subescapular bilateral, hipoventilación en la región subescapular derecha, se palpó choque de punta en el sexto espacio intercostal línea media claviclar izquierda y se detectó frémito paraesternal izquierdo. Ruidos cardíacos rítmicos, con S3 y soplo holosistólico en mesocardio III/IV, con irradiación excéntrica y sin frote pericárdico. Extremidades inferiores íntegras, simétricas, con edema hasta el tercio proximal tibial bilateral y llenado capilar 2 segundos. Se solicita electrocardiograma de 12 derivaciones y ecocardiograma transtorácico reportando en ventrículo izquierdo alteraciones de la movilidad segmentaria, válvula mitral con valvas esclerosadas, válvula tricúspide con insuficiencia ligera funcional, vena cava inferior con colapso inspiratorio mayor al 50%, sin presencia de derrame pericárdico. **Discusión:** A pesar de las intervenciones realizadas, la paciente falleció por choque cardiogénico concluyendo que el infarto agudo de miocardio se presenta con mayor prevalencia en hombres que en mujeres, edad mayor a 40 años e hipertensión arterial sistémica. El electrocardiograma y ecocardiograma transtorácico son estudios que nos proporcionan información para un mejor diagnóstico de este síndrome coronario.

164

COXSACKIE COINFECTION CHAOS: A CASE OF A POST-VIRAL HEMORRHAGIC PERICARDIAL EFFUSION MANAGEMENTRAMOS-GIL A¹, DIAGO-BLANCO D¹, HERNANDEZ-NIEVES C¹, RODRIGUEZ-MIER V¹¹CENTRO MEDICO EPISCOPAL SAN LUCAS

Background: Viral pericarditis is among the most common causes of pericardial effusion, however, development of massive hemopericardium after co-infection with Coxsackie A and B has been seldom reported. **Case description:** A 50-year-old Hispanic and healthcare worker male with history of hypertension and obstructive sleep apnea, presented to the emergency department with progressive shortness of breath and dyspnea on exertion. Symptoms were preceded by viral syndrome characterized by dry cough, arthralgias, myalgia, fever, chills, and tachycardia. Physical examination was remarkable for muffled heart sounds on auscultation. Electrocardiogram displayed a sinus tachycardia and electrical alternans. 2D-ECHO on admission revealed a large global pericardial effusion measuring 2.54cm. Laboratory workup reported negative serum Anti-nuclear antibody and Rheumatoid Factor tests. Other viral etiologies including Influenza and SARS-COV2 were negative, however, viral panel revealed that Coxsackie types A and B antibody titers were positive. Patient underwent pericardiocentesis and 740 mL of sanguineous fluid were removed. Pericardial drainage bag was removed after 48 hours. Patient was discharged with instructions to continue treatment with colchicine and NSAIDs with no eventual recurrence of symptoms. **Discussion:** Although Coxsackie viruses often lead to a mild self-limiting illness, it is important to remain aware that they could result in life-threatening complications, including pericarditis and consequent hemorrhagic pericardial effusions, especially among healthcare workers with increased exposure. Future Endeavors should strive to identify individual risk factors that may predispose to the development of these potentially lethal cardiac complications.

171

IT IS NOT MINOCA. A CASE REPORT OF PURE APICAL HYPERTROPHIC CARDIOMYOPATHY IN A HISPANIC PATIENTRAMOS-GIL A¹, DIAGO-BLANCO D¹, RIVERA-RAMIREZ DE ARELLANO P¹, BERMUDEZ-MORENO E¹¹CENTRO MEDICO EPISCOPAL SAN LUCAS

Background: Apical variant of hypertrophic cardiomyopathy (HCM), also known as Yamaguchi syndrome, is rarely reported. It typically presents in Asian populations, and at a mean age of 41 years. It accounts for around 8% of all HCM cases. **Case description:** A 74-year-old male who presented with worsening chest discomfort, dyspnea upon exertion, dizziness and diaphoresis over the last 2 months. Patient has no past history of hypertension, aortic stenosis or family history of sudden cardiac death. Electrocardiogram revealed voltage criteria of left ventricle hypertrophy, and giant inverted T waves in the precordial leads. Cardiac enzymes were markedly elevated. Left heart catheterization was performed and patient was found free of coronary artery disease. Nevertheless, left ventriculography revealed left ventricle hypertrophy (LVH) with apical variant, and a characteristic configuration of the left ventricular cavity with an ace-of-spades sign. 2D echo showed asymmetric apical LVH with a left ventricular wall thickness of 18mm, without other structural abnormalities or valvulopathies. After thorough multidisciplinary team discussion, patient was started on beta blocker therapy in order to maximize preload, and once stabilized he was referred to a specialized center for continuity of care. **Conclusion:** This case report intends to create awareness of pure apical hypertrophic cardiomyopathy, of which seldom cases have been reported among Latin American elder populations with no predisposing factors or conditions. It is important to highlight the fact that although it typically presents with a benign course, it can manifest similar to an acute coronary syndrome. Given its diverse presentation, understanding its unique EKG features can provide initial clues for a prompt diagnosis.

245

MASA CARDIACA INCIDENTAL: NO TODO ES SÓLIDOHERNANDEZ FONSECA A¹, ALVAREZ MARTINEZ C, HERNÁNDEZ PINEDA A¹HOSPITAL DE CARDIOLOGÍA CMN SIGLO XXI

Antecedentes: Los quistes pericárdicos son masas infrecuentes con una incidencia global de 1 por cada 10,000 y conforman aproximadamente el 20 % de las masas cardiacas primarias benignas y 7 % de todos los tumores mediastínicos. La mayoría son asintomáticos y con un curso clínico benigno, pero en ocasiones pueden producir síntomas como disnea, dolor torácico o tos crónica. También se pueden asociar a complicaciones serias, como tamponade cardiaco, obstrucción bronquial e incluso muerte súbita. La localización más frecuente es en el ángulo cardiofrénico derecho (50 a 70 %), posteriormente el ángulo cardiofrénico izquierdo (28 a 38%) y en menor frecuencia en localización no adyacentes al diafragma (8 – 11%). La resección quirúrgica es el único tratamiento definitivo. **Descripción:** Una mujer de 68 años fue remitida a nuestro centro por un ensanchamiento inesperado del mediastino en una radiografía de tórax durante una evaluación preoperatoria. El historial médico anterior fue significativo para la hipertensión. Una tomografía computarizada de tórax con contraste reveló una lesión ocupante de espacio en el mediastino anterior informada como bien definida, sin realce, atenuada por líquido, adyacente al pericardio y compatible con un quiste pericárdico (Figura 1.A). El ecocardiograma transtorácico descartó otro tipo de lesiones así como compromiso hemodinámico. (Figura 1.B). Se realizó una resonancia magnética, observándose una masa T1 hipointensa T2 hiperintensa de 92,4 x 44 x 108,3 mm, sin realce, lo que confirma su carácter benigno (Figura 2.A). Se convocó una reunión del equipo cardiaco y se propuso una resección mínimamente invasiva dado el tamaño de la masa. Se realizó una cirugía toracoscópica asistida por video sin incidentes (Figura 2.B). El examen histopatológico concluyó con un quiste pericárdico con células mesoteliales simples. (Figura 2.C). **Discusión:** La mayoría de los quistes pericárdicos son benignos y asintomáticos, excepto los de gran tamaño, los cuales suelen ser sintomáticos. Generalmente permanecen estables en cuanto a tamaño y sintomatología en los estudios de seguimiento. Se recomienda el ecocardiograma transtorácico como estudio de seguimiento para disminuir la exposición a radiación de la TAC, o bien seguimiento con RM. Al momento no se cuenta con recomendaciones clase I y un nivel de evidencia elevado para la toma de decisiones quirúrgicas, sin embargo, las recomendaciones de expertos sugieren tomar la decisión terapéutica en base a la sintomatología previamente descrita y dimensiones del quiste pericárdico.

165

ORIGEN ANÓMALO DE LA ARTERIA CORONARIA DERECHA: UN CAMINO RARO Y PELIGROSOHERNANDEZ FONSECA A¹, VELUETA SOBERANES K, ALVAREZ MARTINEZ C, HERNANDEZ PINEDA A¹HOSPITAL DE CARDIOLOGIA CMN SIGLO XXI

Antecedentes: El origen anómalo de la arteria coronaria derecha desde el seno coronario izquierdo es una rara anomalía congénita, con una prevalencia del 0.23 al 0.3%. Las características anatómicas de alto riesgo son el trayecto interarterial e intramural, relacionadas con muerte súbita e isquemia miocárdica. **Descripción del caso:** Hombre de 29 años de edad sin historia médica pasada se presenta con angina típica al realizar actividad física. Se realizó un estudio inductor de isquemia con protocolo de estrés y tecnecio 99 sin reportar isquemia en ningún territorio. Sin embargo, ante persistencia de sintomatología y baja probabilidad pre test se decide realizar angiogramografía coronaria. Se encontró origen anómalo de arteria coronaria derecha del seno coronario izquierdo sin lesiones obstructivas, con trayecto intraarterial, intramural y compresión sistólica. Figura 1. Se decide realizar sesión médico quirúrgica donde ante sintomatología del paciente en esfuerzo y características anatómicas de alto riesgo se decide realizar "unroofing" de arteria coronaria derecha con expansión de raíz aórtica y aorta ascendente. Con procedimiento exitoso siendo dado de alta a los 7 días. **Discusión:** El tratamiento del origen anómalo de las arterias coronarias con características de alto riesgo puede ser desafiante. El asesoramiento de los factores de riesgo, síntomas, actividad física, riesgos y beneficios de la corrección quirúrgica deben ser considerados para la toma de decisiones y el manejo final del paciente. En nuestro caso al ser un paciente joven con actividad física intensa y características malignas se decidió realizar corrección quirúrgica.

155

CETOACIDOSIS NORMOGLUCÉMICA: UN RIESGO OCULTO EN CIRUJÍA CARDÍACA INDUCIDA POR INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR DE SODIO-GLUCOSA 2DE LA RÚA GARCÍA R^{1,2}, TORRES-HERRERA C^{1,2}, VALLE MATUTE G^{1,2}, YANNITTO CHIAVAZZA J^{1,2}, DEL CASTILLO GORDILLO C^{1,2}¹HOSPITAL DIRECCIÓN DE PREVISIÓN DE CARABINEROS (DIPRECA), ²UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES

Antecedentes: La cetoacidosis diabética euglucémica (CDE) es un efecto adverso raro pero grave de los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa 2 (iSGLT2), siendo esta una emergencia metabólica, que puede comprometer la vida. Caracterizada por cetoacidosis y un nivel de glucemia en sangre menor de 200 mg/dl (1). Presentamos el caso de un paciente sometido a cirugía cardíaca que desarrolló CDE. **Descripción del caso:** Paciente masculino 73 años, antecedentes de diabetes mellitus 2 y dislipidemia, diagnosticado de enfermedad arterial coronaria severa de tres vasos, programado para cirugía de revascularización miocárdica. Los fármacos de uso habitual incluyeron omeprazol, ácido acetilsalicílico, atorvastatina, bisoprolol, empaglifozina (tabla 1). Los niveles de glucosa en sangre durante el período preoperatorio se controlaron utilizando insulina. Posterior a la operación, su evolución perioperatoria inmediata fue favorable. Siendo extubado y trasladado a la unidad de cuidados intensivos para seguimiento. Horas después de la cirugía, desarrollo hipotensión, taquipnea y delirium. Se administraron cristaloides isotónicos y noradrenalina con el fin de mantener los objetivos de presión de perfusión. Las siguientes 24 horas, desarrolló acidosis metabólica progresiva, con una gasometría arterial con pH 7.21, HCO₃ 18; PCO₂ 31; brecha aniónica aumentada hasta 19. El lactato sérico era normal. Debido a las concentraciones de glucosa en sangre en rangos esperables (145-200mg/dl), inicialmente no se sospechó la cetoacidosis. Se constató historia clínica, evidenciando la última dosis de empaglifozina administrada fue 24 horas antes de la cirugía. Por lo que solicitamos cetonas plasmáticas de 4 mmol/L (Tabla 2). Se realizó el diagnóstico de CDE relacionada a iSGLT2. Se inició tratamiento con dextrosa y goteo de insulina, consiguiendo mejoría de la acidosis con desequilibrio aniónico. La evaluación de laboratorio mostró disminución de las cetonas a 0.2 mmol/L, reflejando la resolución efectiva de la cetoacidosis tras intervención médica. **Discusión:** La CDE relacionada a iSGLT2, es una complicación poco frecuente pero potencialmente peligrosa. Pudiendo pasar desapercibida debido a las glucemias no significativamente elevadas. La identificación temprana y el tratamiento efectivo son cruciales para evitar desenlaces adversos. La incidencia es alta, alcanzando el 70,8% en pacientes diabéticos tratados con iSGLT2 sometidos a cirugía cardíaca, significativamente mayor en aquellos que requieren insulina preoperatoria (2). Esto se alinea con el caso descrito, que enfatiza el riesgo de esta complicación y subraya la importancia de una monitorización y un manejo acorde, incluido el cese de los iSGLT2 durante al menos tres días antes de la cirugía (3), para disminuir este riesgo.

255

PERFIL CLÍNICO Y SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS PACIENTES CÓDIGO MATER ATENDIDAS EN LA UMAE HOSPITAL DE CARDIOLOGÍA CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXISÁNCHEZLÓPEZS¹, MÁRQUEZGONZÁLEZH¹, GARCÍADÁVALOSI¹, LÓPEZGALLEGOSD¹, SALAZARLIZÁRRAGAD¹, SANTIAGOHERNÁNDEZJ¹, YÁÑEZGUTIÉRREZ L¹, RIERA KINKEL C¹¹HOSPITAL DE CARDIOLOGÍA CMN SXXI

Introducción: La mortalidad materna es un indicador sensible sobre el desarrollo de un país y en México persiste como un grave problema sanitario. Actualmente el riesgo de enfermedad cardiovascular durante el embarazo ha ido incrementando debido a la edad de concepción del primer embarazo y los diferentes factores de riesgo. Desafortunadamente en nuestro país se observa complicaciones en este grupo de pacientes ya que no existe detección temprana de patologías cardíacas, prevención y tratamiento oportuno. **Objetivos:** Evaluar el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes código mater atendidas en la UMAE Hospital de Cardiología CMN siglo XXI. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal, se incluyeron todas las pacientes Código Mater atendidas. Se realizó estadística descriptiva, variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes. Variables cuantitativas se realizó pruebas de normalidad, aquellas con distribución normal se mostraron en promedios y desviación estándar, y las no paramétricas medidas de tendencia central y dispersión. **Resultados y conclusiones:** Se incluyeron 35 mujeres embarazos o en puerperio con mediana de edad de 25 años, como en casi todos los estudios internacionales (CARPREG, ZAHARA Y ROPAC). En los estudios antes mencionados y en nuestra población >50% se encontraba en clase funcional NYHA II por disnea. Dentro de las causas de cardiopatías congénitas en nuestro estudio fueron las obstrucciones izquierdas en 71.43% (estenosis aórtica OMS III-IV), seguido de cortocircuitos 14.27% (comunicación interatrial OMS II); a diferencia del estudio CARPREG donde la causa principal fueron los cortocircuitos 50%, seguida de obstrucciones izquierdas. Desafortunadamente en nuestra población el 57% ya se conocía con soplo no estudiado sin seguimiento y solo el 8% se encontraron corregidas, a diferencia de los estudios internacionales donde el 50% se encontraba corregido. Como desenlaces maternos, el 7.6% falleció, y en desenlaces fetales 3.6% de prematuridad y mortalidad. Es por esta razón que es importante conocer las características de nuestra población, y recordar que si bien las recomendaciones y pautas ahora están disponibles y a menudo se discuten con los pacientes, no podemos evitar que las mujeres elijan quedar embarazadas; y no es raro encontrar mujeres de alto riesgo que hayan quedado embarazadas a pesar de nuestros consejos. Es por ello que realizar un adecuado diagnóstico pregestacional se puede ofrecer un seguimiento, acompañamiento, orientación y resolución segura del binomio.

162

COMPLICACIONES MECÁNICAS POSTERIOR A INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVELQUINTERO GARZÓN B¹, GARCÍA HERNÁNDEZ N¹, CARRILLO ESTRADA M¹¹HOSPITAL DE CARDIOLOGIA CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

Introducción: La ruptura de músculo papilar (RMP), la ruptura del septum interventricular y la ruptura de la pared libre son complicaciones mecánicas posterior a un infarto agudo de miocardio (IAM) con una baja incidencia (<1%) en la era de la intervención coronaria percutánea primaria, no obstante, con un desenlace fatal. La incidencia de la insuficiencia mitral aguda severa debido a la RMP ha disminuido a 0,05% - 0,26% pero la mortalidad hospitalaria sigue siendo elevada del 10% al 40%. La incidencia de la ruptura del septum interventricular posterior a un IAM es del 0,2 al 0,3%. Factores de riesgo incluyen edad avanzada, sexo femenino y reperfusión tardía. La verdadera incidencia de la ruptura de la pared libre es desconocida porque suele presentarse como muerte cardíaca súbita fuera del hospital. **Objetivo:** El objetivo de este trabajo es describir las características, la incidencia y desenlaces clínicos de pacientes con complicación mecánicas después de un IAM tratados en un hospital de referencia de tercer nivel. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, unicéntrico. Se incluyeron pacientes que sufrieron una complicación mecánica tras un IAM y que ingresaron a la unidad coronaria entre marzo 2021 y febrero 2023. **Resultados:** Se identificaron 24 pacientes con complicación mecánica de un total de 1722 casos de IAM (1.39%). La incidencia fue: ruptura septal 0.9%, IM secundario a ruptura de músculo papilar 0.2% y ruptura de pared libre 0.17%. Fue más común en mujeres (58%). La edad media fue 73 años. 5 pacientes (21%) recibieron trombólisis. A 9 pacientes (38%) se le colocó balón intraaórtico de contrapulsación. 10 pacientes (42%) fueron llevados a cirugía. La mortalidad global fue de 79%, la mortalidad quirúrgica fue 80% vs 79% quienes recibieron tratamiento médico. La mortalidad por grupo fue de 75% en la ruptura septal, 80% en la ruptura de músculo papilar y 100% en la ruptura de pared libre. Siete pacientes (44%) con ruptura de septum se intentó cierre quirúrgico, con mortalidad de 71%. Dos pacientes con IM aguda y un paciente con ruptura de pared libre fueron llevados a cirugía, con mortalidad del 100% en ambos escenarios. **Conclusión:** La incidencia de complicaciones mecánicas en nuestra unidad es similar a la reportada en la literatura. La mortalidad permanece alta a pesar de los avances en la era de reperfusión, es importante brindar tratamiento médico de soporte con el fin de llevar a los pacientes a manejo quirúrgico o intervencionista en el momento oportuno.

414

SÍNDROME DE TAKOTSUBO RECURRENTEALCOCER GAMBA M^{1,2}, GUERRERO MORALES P¹, VERA URQUIZA R², MONTALVO RAMOS A², MIER AMAYA S¹¹FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO, ²CENTRO DE ESTUDIOS CLÍNICOS DE QUERÉTARO (CECLIQ)

Antecedentes: La cardiomiopatía por estrés de Tako-Tsubo (TTS), cardiopatía reversible de etiología inexacta, representa 1-3% de todos los pacientes y 5-6% de mujeres con síndrome coronario agudo, precedidos casi siempre por un evento estresante. La recurrencia del TTS es un evento raro, con incidencia de 1-2% al año hasta casi 5% a los 6 años. **Descripción del caso:** Femenino de 45 años, debuta con dolor torácico intenso y pérdida de la consciencia requiriendo reanimación cardiopulmonar y desfibrilación por ritmo de fibrilación ventricular. Al recuperar pulso, registra fibrilación auricular con lesión subepicárdica anterior y elevación de enzimas cardíacas, diagnosticándose infarto agudo de miocardio con elevación del ST anterior extenso, ingresando a hemodinamia donde se evidencia ausencia de obstrucción coronaria. La ventriculografía izquierda revela discinesia apical anterolateral e inferoapical (Fig.1), estableciéndose diagnóstico de infarto del miocardio sin obstrucciones coronarias (MINOCA) y síndrome de Takotsubo complicado con choque cardiogénico. Progresa logrando egreso 5 días posterior a evento por mejoría sintomatológica y clínica, el control ecocardiográfico a la semana registra recuperación de la movilidad del ventrículo izquierdo y remisión de síntomas. Solamente 24 días después, recurre dolor retroesternal, ingresando estable, con bradicardia sinusal y elevación del ST (V1-V6). Se realiza resonancia magnética cardíaca reportando trombo apical en ápex, hipocinesia anteroseptal del tercio apical y discinesia del ápex. Posteriormente, el ecocardiograma transtorácico reporta hipocinesia anteroseptal en tercio medio y apical, hipocinesia anterior en tercio apical y discinesia del ápex en VI. Diagnosticándose un evento recurrente de TTS. Se inicia manejo farmacológico con espironolactona, apixabán, ramipril, trimetazidina, dapaglifozina, rosuvastatina, esomeprazol, paracetamol y tapentadol, así como referencia para valoración psicológica, presentando mejoría y logrando egreso a las 48 horas. Acude a vigilancia un mes posterior, asintomática y con recuperación de la movilidad ventricular reportada mediante ecocardiografía. **Discusión:** Característico en mujeres postmenopáusicas, la recurrencia de TTS puede originarse por estresantes distintos al caso primario. Las alteraciones fisiológicas pueden persistir tras normalizar la función contráctil, con síntomas recidivantes asociados a elevación del tono simpático. La única terapéutica con reducción significativa en las tasas de recurrencia, es la administración de IECA/ARA. Es indispensable identificar arritmias, hipertensión transitoria y cambios en ECG para reducir factores de recidiva y complicaciones cardíacas. **Conclusión:** A pesar de ser un trastorno poco frecuente y usualmente remitir espontáneamente, el TTS tiene el potencial de ser mortal. Cada caso y pronóstico debe individualizarse según su entorno clínico, presencia del desencadenante y comorbilidades, siendo fundamental el seguimiento a largo plazo.

355

SÍNDROME DE LA CIMITARRA EN EL PERIODO NEONATAL CON PALIACIÓN PERCUTÁNEA

ESPINOSA GUERRA K¹¹HOSPITAL DEL NIÑO DR. JOSÉ RENÁN ESQUIVEL

Antecedentes: El síndrome de la Cimitarra fue descrito en 1836 por George Cooper en Londres durante la autopsia de un lactante. La incidencia anual del síndrome de cimitarra va de 1 a 3 /100,000 nacidos vivos, con predominancia de 2:1 en mujeres. Sin embargo la incidencia estimada puede ser mayor porque muchos pacientes en la vida adulta pueden estar asintomáticos. **Descripción del caso:** Se trata de producto #2 de madre de 25 años G2 P2, con un embarazo normoevolutivo, parto vaginal a las 39 semanas sin complicaciones con peso de 4,000 g y talla de 51 cm. En la tercera semana de vida la madre refiere que durante la lactancia presenta cianosis peribucal y taquipnea por lo cual asiste a atención médica y se interconsulta a cardiología pediátrica. Al examen físico sin soplos y pulsos adecuados en las 4 extremidades. Al realizar radiografía de tórax se evidencia dextroposición de la silueta cardíaca a la derecha y congestión pulmonar leve (fig 1A). La ecocardiografía mostró dilatación de cavidades derechas y una única vena pulmonar derecha drenando a vena cava inferior (fig. 1B), con retorno venoso izquierdo normal. Una angio-tomografía computarizada (angio-TC) confirmó los hallazgos ecocardiográficos, e identificó una colateral aortopulmonar originada en aorta abdominal, aportando flujo hacia lóbulo inferior derecho, estableciendo el diagnóstico de síndrome de la Cimitarra (fig 1C). Se inició el tratamiento con furosemida y espironolactona. Por dilatación temprana y progresiva de cavidades derechas se realizó la oclusión percutánea del flujo arterial de la colateral aortopulmonar, implantando un dispositivo Amplatzer vascular Plug II 6 mm (fig. A, B). A los 5 meses de vida asintomática cardiovascular, con menor dilatación de cavidades derechas (reducción del valor z-score del diámetro telediastólico de +3,4 a 1.8) e insuficiencia tricuspídea leve con una PSAP de 33 mmHg. **Discusión:** Los pacientes con presentación infantil generalmente son diagnosticados en los primeros meses de vida. La entidad debería sospecharse en pacientes con retraso del crecimiento, taquipnea e insuficiencia cardíaca. Puede producir cianosis y hay hipertensión pulmonar. El abordaje del síndrome de la Cimitarra requiere un enfoque multidisciplinario compuesto por un equipo médico, intervencionista y quirúrgico. El tratamiento definitivo sigue siendo quirúrgico, redireccionando la vena o venas pulmonares anómalas hacia la aurícula izquierda. Como alternativa, el cierre percutáneo de flujo colateral aortopulmonar en lactante puede mejorar notablemente la insuficiencia cardíaca congestiva, reduciendo la sobrecirculación pulmonar, la dilatación de cavidades derechas, y demorar la cirugía cardíaca al menos los primeros años de vida.

141

ARRESTO CARDIACO SÚBITO EN SÍNDROME DE QT LARGO ADQUIRIDO: CORRECCIÓN POSTERIOR A SIMPATECTOMÍA

ROJAS PERDOMO J¹, FUENTES PÉREZ C, SANTACRUZ D, ROSAS J, MENDOZA BELTRÁN F¹CLINICA SHAI0

Antecedentes: 50% de los casos de muerte cardíaca súbita (SCA) cursan con causas reversibles como el síndrome de QTc largo (LQTS) adquirido. Pese a su corrección, la tasa de mortalidad es alta. **Descripción del caso:** Femenina de 73 años, trastorno de pánico en manejo con quetiapina 100 mg cada día, hipoparatiroidismo postquirúrgico e hipertensión arterial. Revascularización miocárdica quirúrgica dos vasos, dos puentes en contexto de síndrome coronario crónico. FEVI preoperatoria conservada. Ingresó por múltiples episodios sincopales. Signos vitales estables, no déficit neurológico. Episodio de taquicardia ventricular polimórfica en visoscopio con resolución espontánea. EKG con ritmo sinusal, QTc prolongado con fenómeno de R en T. Paciente con LQTS adquirido. Hipokalemia e hipocalcemia. Se administró magnesio (Mg) endovenoso y reposición endovenosa de electrolitos. 12 horas posteriores presenta fibrilación ventricular con reanimación cardiopulmonar por tres minutos. Se administra nuevamente Mg. Se realiza intubación orotraqueal (IOT). Angiografía con puentes permeables sin alteración en función ventricular. Se implanta marcapasos transvenoso para sobreestimulación cardíaca. Se inicia betabloqueador no selectivo a dosis máximas. Sedoanalgesia con Propofol y fentanil. ECO TT sin alteraciones estructurales cardíacas relevantes. 12 horas posteriores cursa con choque séptico de foco urinario requiriendo soporte vasopresor dual y antibioterapia empírica. No recurrencia de episodios arritmicos ventriculares. Retiro de soporte vasopresor. Se logra extubación programada. Persistencia de QTc prolongado a pesar de resolución de trastorno hidroelectrolítico y proceso infeccioso. Dado Trastorno de pánico y estado hiperadrenérgico secundario, con muy alto riesgo de nuevo evento arritmico y SCA, se decidió en junta multidisciplinaria la realización de LCSD. La evolución postoperatoria fue satisfactoria con descenso significativo en QTc. En el contexto de LQTS y SCA, el riesgo de recurrencia a 5 años alcanza el 14%, por lo que, a pesar del descenso en el QTc, se indicó el uso de CDI. **Discusión:** Tuvieron que transcurrir 45 años desde el primer caso de LCSD para que fuese considerado en las guías de arritmias ventriculares americanas en 2017. Ahora, en las guías Europeas de 2022, se ha establecido como opción de manejo en pacientes con LQTS congénito en quienes la terapia médica o el CDI están contraindicados (no tolerado, declinado o shocks frecuentes). Su uso en LQTS adquirido no se describe en la literatura. Los pacientes con LQTS adquirido y SCA requieren un abordaje individualizado. En escenarios específicos - como el presentado- la LCSD podría considerarse como opción en el manejo. Se requieren estudios adicionales para evaluar efectividad y seguridad.

318

MANIFESTACIONES CARDIOVASCULARES EN PACIENTE CON ACROMEGALIA SECUNDARIA A MACROADENOMA HIPOFISIARIO: EL ROL DE LA RADIOCIRUGÍA MEDIANTE GAMMA KNIFEFUENTES PÉREZ C¹, JARAMILLO VILLEGAS C¹, MENDOZA BELTRAN F¹, MEDINA ESPITIA O¹, ROJAS PERDOMO J¹¹SHAIO

Antecedentes: La acromegalia es poco prevalente, tiene compromiso multisistémico y comportamiento de enfermedad crónica. Las manifestaciones cardiovasculares son la primera causa de mortalidad, incluyendo la hipertensión arterial, miocardiopatía acromegálica, enfermedad valvular, enfermedad coronaria y arritmia cardíaca. La causa principal es el tumor hipofisiario secretor de hormona de crecimiento (GH) asociado a niveles elevados del factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 (IGF-1), afectando el endotelio, grandes vasos, riñón y los cardiomiocitos. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 56 años, con antecedente de hipertensión arterial, prediabetes, hiperuricemia, dislipidemia, enfermedad renal crónica y apnea del sueño. En consulta externa evidencian soplo diastólico en foco aórtico grado 3/6, asintomático cardiovascular, por ecocardiografía se evidencia cardiopatía dilatada, hipertrofia excéntrica, FEVI 57%, insuficiencia aórtica severa, dilatación biauricular; cateterismo cardíaco derecho e izquierdo más arteriografía coronaria evidencia enfermedad coronaria multivaso, hipertensión pulmonar precapilar leve; electrocardiograma con ritmo sinusal, hemibloqueo anterosuperior izquierdo, trastornos de la repolarización en pared inferior. Presenta síntomas como hiperhidrosis, cambios en el tono de la voz, obesidad central, asociado a crecimiento de manos y pies, engrosamiento cutáneo de partes acras, prognatismo de maxilar inferior sin separación dental, sin macroglosia, niveles séricos elevados de GH y IGF-1, se realiza RMN de silla turca, encontrando macroadenoma de 15 mm, desplazando el tallo hipofisiario sin contactar la vía óptica. Se diagnostica acromegalia con compromiso cardiovascular, por alto riesgo quirúrgico, se realiza dos sesiones de radiocirugía mediante Gamma knife, posteriormente con función tiroidea normal y descartando insuficiencia adrenal, se procedió a reemplazo valvular mecánica SJ N° 27, revascularización miocárdica. Evolución satisfactoria, sin evidencia de panhipopituitarismo secundario, se reinició a los 2 meses análogo de la somatostatina, persistiendo asintomático cardiovascular. **Discusión:** El tratamiento de la acromegalia secundario a macroadenoma hipofisiario incluye en orden de indicación la cirugía transfenoidal, tratamiento médico, radioterapia incluyendo la radiocirugía mediante gamma knife. El objetivo principal es la normalización de los valores de GH y de IGF-1, conllevando a una mejoría de las alteraciones cardíacas estructurales y funcionales. Sin embargo, las complicaciones cardiovasculares pueden persistir a pesar de haber logrado un control bioquímico, por lo cual se requiere un manejo integral de estas patologías. Pero en escenarios como la valvulopatía severa, enfermedad coronaria y miocardiopatía proporcionan un alto riesgo quirúrgico, jugando un papel importante el tratamiento médico en conjunto con otras alternativas como la radiocirugía mediante gamma knife que permite curación bioquímica en un 65% con menor efectos adversos y morbimortalidad.

406

PERFUSIÓN MIOCÁRDICA POR TOMOGRAFÍA COMO GUÍA PARA REVASCULARIZACIÓN EN INFARTO DE PRESENTACIÓN TARDÍACHUMBES AGUIRRE M¹, ARENAS FABBRI V¹, JIMÉNEZ SANTOS M¹, PATRÓN CHI S¹, MEAVE GONZÁLEZ A¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

Antecedentes: La angiografía coronaria (ATC) tiene un papel diagnóstico y pronóstico como herramienta de tamizaje de EAC dado su alto valor predictivo negativo (99%) en población con riesgo bajo e intermedio. Sin embargo, dado su escaso valor predictivo positivo (60 - 80%), la ATC encuentra su limitación dada la compleja relación entre el grado de estenosis y repercusión hemodinámica capaz de condicionar isquemia. Es en este contexto que la intrducción de la perfusión miocárdica dinámica por tomografía computarizada (CTP) como complemento a la ATC, incrementa su exactitud, permitiendo retrasar procedimientos invasivos, dirigir la terapia y predecir resultados. **Descripción del caso:** Masculino de 49 años sin antecedentes patológicos de importancia, inicia 3 días antes con dolor torácico opresivo, intenso y síntomas neurovegetativos. A su ingreso, estable, ECG muestra QS y STE en cara inferior con máxima elevación de DIII. Debido a su presentación tardía se decide estudio funcional para guiar terapia de revascularización. Ante la no disponibilidad de RMC, se opta por CTP + ATC, donde se evidencia oclusión total trombótica de CD, enfermedad difusa de DA con estenosis máxima en tercio medio (60%) y lesión de 50% en tercio proximal de CX; el estudio de perfusión dinámica con dipiridamol resultó positivo a isquemia en tres segmentos además de evidenciar el infarto inferior. Por ello se realiza cateterismo cardíaco que muestra oclusión total de CD, CX con lesión proximal de 40% y DA con estenosis de 60% por lo que se realiza iFR en dicha arteria el cual resultó en 0.81 y se decide tratar esta lesión mediante un stent liberador de fármaco. El paciente fue dado de alta tras evolución favorable en seguimiento con clínica de falla cardíaca y rehabilitación cardíaca. **Discusión:** La guías de práctica clínica actuales resaltan la importancia de las pruebas anatómicas o funcionales no invasivas en pacientes con sospecha de EAC, recomendando estrategias de diagnóstico que se basan predominantemente en imágenes cardíacas. Si bien, hasta la fecha, se dispone de numerosas alternativas de técnicas de imagen funcionales; en los últimos años, la valoración de CTP se ha establecido como una alternativa con adecuada eficacia diagnóstica y valor pronóstico demostrado en ensayos clínicos, en comparación con otras técnicas no invasivas de evaluación de isquemia. Una de sus principales ventajas es valoración anatómica y funcional en el mismo estudio, con una duración aproximada de 20 minutos, tiempo considerablemente corto en comparación con modalidades como SPECT, PET y RM.

174

OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DE ALTO RIESGO: EXPERIENCIA EN UN CENTRO LATINOAMERICANOOCAMPO GOMEZ D¹, POVEDA-HENAO C¹, JARAMILLO C¹, ORTEGA GOMEZ D¹, GARZÓN J¹, CRUZ M¹¹FUNDACIÓN CLÍNICA SHAIO

Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) se define como la obstrucción de la circulación arterial pulmonar que impide el flujo sanguíneo. Hasta un 12% de los pacientes con TEP pueden desarrollar inestabilidad hemodinámica, con tasas de mortalidad que varían entre un 15-65%. La terapia trombolítica es un pilar en el tratamiento cuando se presentan con inestabilidad hemodinámica y en algunos casos requieren terapias avanzadas de soporte vital. La oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) en TEP de alto riesgo está asociado a mejores desenlaces, sin embargo, su beneficio está ligado a condiciones sociodemográficas, clínicas, trombolisis sistémica, entre otros. En nuestro medio, los desenlaces asociados al uso de ECMO en este contexto son desconocidos. **Objetivos:** Describir las características clínicas y desenlaces de adultos con diagnóstico de TEP de alto riesgo que fueron llevados a terapia ECMO y comparar los desenlaces entre los pacientes que recibieron trombolisis sistémica y los pacientes que no la recibieron.

Materiales y métodos: Presentamos un estudio observacional de tipo serie de casos con pacientes llevados a ECMO por TEP de alto riesgo. Se utilizó estadística descriptiva para la presentación de los resultados de acuerdo a la naturaleza de las variables. Las pruebas fueron significativas a un valor p inferior a 0.05. El análisis se realizó en el Software estadístico STATA 15 versión SE. **Resultados y conclusiones:** Se incluyeron un total de 12 pacientes, con una mediana de edad de 34 años, la mayoría fueron mujeres (75%) y se calculó una media del IMC de 25. El puntaje de Charlson fue de 0 en 83% de los pacientes, tres pacientes tenían diagnóstico de TEP crónico, dos de ellos secundarios síndrome antifosfolípidos. La media para las puntuaciones de APACHE, SOFA y SAVE fue de 12, 6.6 y 0.58 respectivamente. El 67% de los pacientes recibieron trombolisis sistémica con Alteplase y 16% trombectomía mecánica. El 83% presentó paro cardíaco previo al soporte con ECMO. Las características generales del soporte ECMO se presentan en la tabla 1. Se observó un tiempo de estancia en UCI menor en los pacientes que fueron llevados a trombolisis, sin diferencias significativas en complicaciones o supervivencia (figura 1). Las complicaciones más frecuentes fueron infecciones y lesión renal aguda. La mortalidad global fue del 33.3%. En nuestra población de estudio registramos altas tasas de mortalidad, con una disminución clínicamente significativa del tiempo de estancia en UCI en los pacientes que recibieron trombolisis sistémica.

194

ALTERACIONES ECOCARDIOGRÁFICAS Y PREVALENCIA DE PROTEINURIA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICOELIZONDO BENÍTEZ M¹, COLUNGAPEDRAZA I¹, GALARZADELGADO D¹, AZPILRÍ LOPEZ J², CÁRDENAS DE LA GARZA J¹, ARVIZU RIVERA R¹, GUAJARDOALDACO A¹, CARDOSO CASCO D², GONZÁLEZ GONZÁLEZ V¹¹DEPARTAMENTO DEREUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ", UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN, ²DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ", UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Introducción: La nefritis lúpica y las enfermedades cardiovasculares son principales causas de mortalidad en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). La proteinuria se reconoce como factor de riesgo cardiovascular. **Objetivo:** Asociar alteraciones ecocardiográficas en pacientes con LES y proteinuria. **Material y Métodos:** Estudio transversal, observacional y comparativo de pacientes con LES según criterios ACR/EULAR 2019, ≥ 18 años. Criterios de exclusión: síndromes de superposición, eventos cardiovasculares mayores previos, enfermedad renal crónica y embarazo. Los pacientes se dividieron en tres grupos: 10 mg/dl, 30 mg/dl y 300 mg/dl, acorde a su examen general de orina. Un cardiólogo certificado, ciego a la información clínica, realizó ecocardiogramas transtorácicos a todos los pacientes del estudio. Se evaluó índice de masa ventricular izquierda, espesor relativo de la pared, tiempo de desaceleración mitral, E/E mitral, E/A mitral, excursión sistólica en el plano anular tricúspide, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y strain longitudinal global del ventrículo izquierdo (SLG). Un valor superior de SLG a -18% clasifica como disfunción sistólica subclínica del ventrículo izquierdo. Se evaluó la distribución de grupos con la prueba de Shapiro-Wilk y las comparaciones entre grupos con las pruebas de chi-cuadrado y Kruskal-Wallis. Se consideró significativo un valor de $p \leq 0.05$. **Resultados y Conclusiones:** Veinte pacientes con LES y presencia de proteinuria fueron incluidos, mayormente mujeres (75.0%), con una edad promedio de 32.3 ± 11.8 años. No hubo diferencias en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular entre grupos. Se encontró una diferencia significativa en la FEVI entre los grupos, reportándose un valor menor en el grupo de 30 mg/dl en comparación con 10 mg/dl y 300 mg/dl (61.0 vs 52.0 vs 66.0 , $p < 0.001$). Hubo una diferencia significativa en el valor de SLG entre los grupos, donde el valor medio en el grupo de 30 mg/dl cayó en la categoría de disfunción sistólica subclínica del ventrículo izquierdo (-20.6 vs -15.0 vs -19.1 , $p = 0.039$). En un análisis Post-Hoc, se encontró una diferencia significativa en los valores de SLG entre la media del grupo de 10 mg/dl y 30 mg/dl (-5.61 , Bonferroni $p = 0.036$) y en el índice de actividad de LES (SLEDAI) entre los grupos de 10 mg/dl y 300 mg/dl (-10.0 , Bonferroni $p = 0.034$). No se observaron diferencias significativas en los demás parámetros ecocardiográficos (Tabla 1). La proteinuria es un marcador importante de disfunción cardiovascular, sugiriendo la necesidad de cribado cardiovascular en pacientes con LES mediante ecocardiografía.

185

ASOCIACIÓN DE LA HIPERURICEMIA CON UN MAYOR DIÁMETRO DE LA AURÍCULA IZQUIERDA Y GROSOR PARIETAL RELATIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD REUMÁTICA INFLAMATORIA

GUAJARDO-ALDACOA¹, AZPIRI-LOPEZ², GALARZA-DELGADOD¹, COLUNGA-PEDRAZA¹, ARVIZU-RIVERAR¹, CARDENAS-DELAGARZA¹, ELIZONDO-BENITEZM¹, GONZÁLEZ-GONZÁLEZ V¹, CARDOSO-CASCO D²

¹DEPARTAMENTODEREUMATOLOGÍA, HOPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ", UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN, ²DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, HOPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ", UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Introducción: Un aumento en el diámetro de la aurícula izquierda (DAI) y un mayor grosor parietal relativo (GPR) del ventrículo izquierdo se ha asociado con un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares. Se ha demostrado que la hiperuricemia puede provocar un aumento de DAI y un mayor GPR en adultos sanos, pero su efecto en pacientes con artritis reumatoide (AR) y artritis psoriásica (APs) no se ha establecido. **Metodología.** Se realizó un estudio transversal incluyendo pacientes de 40 a 75 años que cumplieron con los criterios de clasificación para ACR/EULAR 2010 o CASPAR 2006 para AR y APs, respectivamente. Se excluyeron pacientes con antecedente de evento cardiovascular mayor. Se realizaron perfiles bioquímicos para calcular los niveles séricos de ácido úrico, considerando como hiperuricemia un nivel >6.8 mg/dL. Los ecocardiogramas transtorácicos fueron realizados por un cardiólogo certificado, cegado a la información clínica. La distribución se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se realizaron comparaciones con la prueba de Chi-cuadrado, la prueba exacta de Fisher, la prueba T de Student o la prueba de u-Mann Whitney, según el caso. Se consideró una $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. **Resultados y Conclusiones:** Se incluyeron 32 pacientes, principalmente hombres (62.5%). La edad media fue de 53.75 años (± 7.76). El diagnóstico más frecuente fue APs con una frecuencia del 65.6%. Se encontró que los pacientes con hiperuricemia mostraban mayor DAI y GPR que los pacientes sin hiperuricemia [(4.05 vs. 3.45, $p=0.003$) y (0.47 vs. 0.39, $p=0.000$), respectivamente]. Los pacientes con hiperuricemia también tenían mayores prevalencias de hipertensión [9 (64.3) vs. 8 (44.4); $p=0.021$] sin diferencias significativas en la prevalencia de otras comorbilidades. (Tabla 1). En nuestra cohorte, la DAI y el GPR del ventrículo izquierdo estaban elevados en pacientes con enfermedad reumática inflamatoria e hiperuricemia. La ecocardiografía es una herramienta práctica y útil para detectar estas alteraciones, por lo cual se debe de incluir como parte de la evaluación integral de los pacientes con enfermedad reumática inflamatoria.

184

COMPARACIONES DE LOS NIVELES DE ÁCIDO ÚRICO CON FUNCIÓN RENAL NORMALIZADA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CON Y SIN PLACA CAROTÍDEA

GUAJARDO-ALDACOA¹, AZPIRI-LOPEZ², GALARZA-DELGADOD¹, COLUNGA-PEDRAZA¹, ARVIZU-RIVERAR¹, CARDENAS-DELAGARZA¹, ELIZONDO-BENITEZM¹, GONZÁLEZ-GONZÁLEZ V¹

¹DEPARTAMENTODEREUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ", UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN, ²DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ", UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune sistémica crónica. La relación ácido úrico sérico/creatinina sérica (AUS/CRS), que representa los niveles de ácido úrico en sangre con función renal normalizada, se asocia con un mayor riesgo cardiovascular. Se han demostrado fuertes asociaciones entre la hiperuricemia y el riesgo de enfermedad cardiovascular en pacientes con AR. No se ha establecido la asociación entre AUS/CRS y la presencia de placa carotídea (PC) en pacientes con AR.

Objetivo: Comparar los niveles de AUS/CRS en pacientes con AR con y sin placa carotídea. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal, observacional y descriptivo donde se reclutaron pacientes de 40 a 75 años con diagnóstico de AR que cumplieron con los criterios de clasificación ACR/EULAR 2010. Se excluyeron pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular. Se realizaron perfiles bioquímicos. El AUS/CRS se calculó utilizando la fórmula $AUS/CRS = \text{ácido úrico sérico}/\text{creatinina sérica}$. Se consideró hiperuricemia a los valores superiores a 6.8 mg/dl. La ecografía carotídea fue realizada por un radiólogo certificado, cegado a la información clínica. Se evaluó la presencia de placa carotídea (PC), definida como un espesor difuso de la íntima media carotídea (CIMT) ≥ 1.2 mm o un espesor focal ≥ 0.5 mm, para calcular los niveles séricos de AUS y CRS. La distribución se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las comparaciones se realizaron con las pruebas de Chi-cuadrado, exacta de Fisher, T de Student o U de Mann Whitney, según correspondiera. Se tomó como estadísticamente significativo un $p < 0.05$. **Resultados y conclusiones:** Nuestro estudio incluyó 148 pacientes, principalmente mujeres ($n=134$, 90.5%), la edad media fue de 55 ± 9.81 años. La presencia de PC se informó en el 30.4% de los pacientes. El promedio general para AU fue 4.43 ± 1.21 y 7.19 ± 2.13 para AU/CRS. (Tabla 1). Los pacientes con PC tuvieron mayor AU/CRS que aquellos sin PC (7.80 ± 2.70 vs. 6.90 ± 1.78 , $p=0.040$). No hubo diferencias significativas en los niveles de AU (4.67 ± 1.36 vs. 4.30 ± 1.12 , $p=0.1079$). En nuestra cohorte, AUS/CRS fue mayor en pacientes con PC, a pesar de no mostrar diferencias significativas en los niveles de AU. Debido al papel del riñón en la modulación de la excreción de ácido úrico, la AUS/CRS permite minimizar la influencia de diferentes grados de disfunción renal sobre los niveles de AUS, por lo que se recomienda utilizar AUS/CRS como parte de la evaluación cardiovascular en pacientes con AR.

199

HORAS DE SUEÑO NOCTURNO Y SU RELACIÓN CON FUNCIÓN PSEUDONORMAL DIASTÓLICA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

ELIZONDO BENÍTEZ M¹, AZPIRI LÓPEZ J², GALARZA DELGADO D¹, COLUNGA PEDRAZA I¹, CÁRDENAS DE LA GARZA J¹, ARVIZU RIVERA R¹, GUAJARDO ALDACOA A¹, HERNÁNDEZ GUAJARDO D², GONZÁLEZ GONZÁLEZ V¹

¹DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GÓNZALEZ", UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN, ²DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GÓNZALEZ", UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Introducción: Los trastornos del sueño son comunes en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Hasta el 80% de los pacientes con LES tienen mala calidad del sueño. Una duración más corta del sueño se ha identificado como un factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares y una mayor mortalidad. El patrón de función diastólica pseudonormal es un estado compensatorio de una insuficiencia cardíaca progresiva. **Objetivo:** Identificar la prevalencia de función diastólica pseudonormal y su asociación con las horas de sueño nocturno en pacientes con LES. **Material y métodos:** Estudio transversal, observacional y comparativo de mujeres con LES que cumplieron con los criterios de clasificación ACR/EULAR 2019, mayores de 18 años. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de algún síndrome superpuesto, antecedentes de eventos cardiovasculares mayores y personas embarazadas. Las horas de sueño se definieron a través de la historia clínica y se dividieron en dos grupos: <7 horas y ≥ 7 horas de sueño nocturno. Un cardiólogo certificado, cegado a la información clínica, realizó un ecocardiograma transtorácico a todos los pacientes del estudio. El patrón de función pseudonormal diastólica se definió como un tiempo de desaceleración mitral >120 ms, E/E >6 y E:A entre 0.8-2.1, según los estándares de las guías de la Sociedad Americana de Ecocardiografía. La distribución entre grupos se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las comparaciones se realizaron con la prueba de Chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher y la prueba t de Student o la prueba U de Mann-Whitney, según correspondiera. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p<0.05. **Resultados y conclusión:** Se incluyeron 101 mujeres con LES, la edad media fue de 35.7 ± 12.5 años y la mediana de duración de la enfermedad fue de 63.5 (20-120) meses. El factor de riesgo cardiovascular más prevalente fue la hipertensión arterial (38%). Los pacientes con menos de 7 horas de sueño nocturno tuvieron una mayor prevalencia de función diastólica pseudonormal en comparación con los pacientes con más de 7 horas de sueño nocturno (77.7% vs 57.4%, p= 0.02) (Tabla 1). Los pacientes con LES y menos de 7 horas de sueño tienen mayor prevalencia de función diastólica pseudonormal, relacionada con mayores riesgos cardíacos, como tasas de ingreso hospitalario elevadas (similar al patrón restrictivo). Es crucial abordar globalmente a los pacientes con LES, priorizando su higiene del sueño debido a su influencia en la calidad de vida y la salud cardiovascular.

186

IMPACTO DEL USO DE BIOLÓGICOS EN EL PERFIL LIPÍDICO DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

GUAJARDO-ALDACOA A¹, AZPIRI-LOPEZ J², GALARZA-DELGADO D¹, COLUNGA-PEDRAZA I¹, CÁRDENAS-DELAGARZA J¹, ARVIZU-RIVERA R¹, ELIZONDO-BENITEZ M¹, GONZÁLEZ-GONZÁLEZ V¹

¹DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ", UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN, ²DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ", UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Introducción: La terapia biológica se ha relacionado con alteraciones en el perfil lipídico, sin modificar el riesgo cardiovascular. No se ha definido el efecto de la terapia biológica sobre los parámetros lipídicos entre pacientes con artritis psoriásica (APs) tratados con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos (bFARMES). **Objetivos:** Comparar los niveles de lípidos séricos, el riesgo cardiovascular y la prevalencia de placa carotídea (PC) entre pacientes con APs con y sin tratamiento biológico. **Metodología:** Realizamos un estudio observacional, comparativo y transversal en pacientes que cumplieron los Criterios de Clasificación de Artritis Psoriásica 2006. Se excluyeron los pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular aterosclerótica previa. Se realizó una historia clínica y perfiles bioquímicos. La actividad de la enfermedad se midió mediante la puntuación de actividad de la enfermedad para la artritis psoriásica (DAPSA), el índice de gravedad de la psoriasis (PASI) y el índice de gravedad de la psoriasis ungueal (NAPSI). El riesgo cardiovascular se estimó con calculadoras ASCVD, QRISK3 y SCORE. Se utilizó ecografía carotídea en modo B para detectar la presencia de placas. La PC se definió como un estrechamiento focal ≥0,5 mm de la luz circundante o un GIMc ≥1,2 mm. Se realizó análisis descriptivo con frecuencias (%), media (± DE) y mediana (p25-p75), y comparaciones con Chi cuadrado, t de Student y U de Mann-Whitney. Se consideró significativo p<0,05. **Resultados y conclusiones:** Se reclutaron 112 pacientes que cumplieron los criterios. La prevalencia de uso de bFARMES fue de 33.92%. Los bFARMES más utilizados fueron los inhibidores del Factor de Necrosis Tumoral α (84.84%). Los pacientes en terapia biológica tuvieron una puntuación NAPSI significativamente más baja que aquellos con FARMES sintéticos [0.00 (0.00-50.00) vs. 2.00 (0.00-80.00), p=0.013]. No encontramos diferencias significativas en DAPSA o PASI. Los pacientes con terapia biológica tuvieron mayor colesterol total (CT) [188.23 ±38.53 vs. 171.09 ± 33.51; p=0.017] y colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (LDL-c) [107.46 ± 29.13 vs. 93.07 ±29.07; p=0,016] que aquellos sin terapia biológica. No se encontraron diferencias significativas entre la terapia biológica y el riesgo cardiovascular o la prevalencia de (Tabla 1). En esta población, los pacientes tratados con bFARMES tuvieron niveles más altos de CT y LDL-c, sin embargo, no se encontraron diferencias en el riesgo cardiovascular o en la prevalencia de placa carotídea. Es imperativo un adecuado seguimiento de los niveles de lípidos en pacientes tratados con terapia biológica.

195

RELACIÓN ENTRE COMORBILIDADES CARDIOVASCULARES Y PATRONES DE SUEÑO NOCTURNO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

ELIZONDO BENÍTEZ M¹, AZPIRI LÓPEZ J², GALARZA DELGADO D¹, COLUNGA PEDRAZA I¹, CÁRDENAS DE LA GARZA J¹, ARVIZU RIVERAR¹, GUAJARDO ALDACO A¹, GONZÁLEZ GONZÁLEZ V¹

¹DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ", ²DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune con efecto en múltiples órganos y un mayor riesgo cardiovascular inherente. Los trastornos del sueño son frecuentes en pacientes con LES, con hasta un 80% experimentando mala calidad del sueño. La duración reducida del sueño se ha asociado con un mayor riesgo cardiovascular y mortalidad. **Objetivo:** Examinar la relación entre las comorbilidades cardiovasculares y los patrones de sueño nocturno en pacientes con LES. **Material y métodos:** Estudio transversal y observacional que incluyó pacientes con LES que cumplieran con los criterios ACR/EULAR 2019 y ≥ 18 años de edad. Se excluyeron pacientes con síndromes superpuestos, antecedentes de eventos cardiovasculares mayores y embarazadas. Las horas de sueño se determinaron a partir de la historia clínica y se dividieron a los pacientes en tres grupos: < 7 horas, ≥ 7 horas, y ≥ 9 horas de sueño nocturno. Se recopilaron datos sobre factores de riesgo cardiovascular, examen de sangre y se realizaron análisis estadísticos para evaluar las asociaciones. Distribución de grupos mediante prueba de Kolmogorov-Smirnov. Comparaciones entre grupos con las pruebas correspondientes. La correlación se realizó mediante rho de Spearman. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p \leq 0.05$. **Resultados y conclusión:** Se incluyeron 88 pacientes con LES, mayormente mujeres (87.9%), con una edad media de 35.1 ± 12.3 años. Hubo una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de hipertensión entre el grupo de 9 horas en comparación con los otros grupos (53.0% vs 16.1% y 14.2% $p=0.005$). Así como las medias del triacilglicéridos (TAG), siendo estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0.013$). Realizamos un subanálisis post-hoc, donde encontramos que hubo una diferencia significativa en las medias de TAG entre grupos: < 7 horas y ≥ 9 horas (108.8 ± 65.9 vs 121.6 ± 59.6 , $p=0.011$) (Tabla 1). Se encontró una correlación positiva entre los niveles de TAG y las horas de sueño nocturno (r de Pearson = 0.301, $p = 0.004$) (Figura 1). El sueño corto como el largo afectan la salud cardiovascular en pacientes con LES, con una mayor prevalencia de hipertensión en aquellos con 9 horas de sueño. Contradiendo la asociación previa entre el sueño corto y la hipertensión en la población general. Se destaca la importancia de intervenciones tempranas en el estilo de vida del paciente con LES para mejorar su calidad de vida.

196

VALVULOPATÍA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: INFLUENCIA DE LA DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y MARCADORES SEROLÓGICOS

ELIZONDO BENÍTEZ M¹, GALARZA DELGADO D¹, COLUNGA PEDRAZA I¹, AZPIRI LÓPEZ J², CÁRDENAS DE LA GARZA J¹, ARVIZU RIVERAR¹, GUAJARDO ALDACO A¹, HERNÁNDEZ GUAJARDO D², GONZÁLEZ GONZÁLEZ V¹

¹DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ", UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN, ²DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ", UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por una alta tasa de mortalidad cardiovascular. La valvulopatía cardíaca es una manifestación cardíaca conocida del LES. La afectación de la válvula mitral es la valvulopatía más frecuente. El reemplazo valvular en pacientes con LES se establece como la cirugía cardíaca más común, con una duración media de la enfermedad de 24 meses. **Objetivo:** Comparar la prevalencia de valvopatías en pacientes con LES según la duración de su enfermedad y seropositividad. **Material y métodos:** Estudio transversal, observacional y comparativo de pacientes con LES que cumplieron con los criterios de clasificación de ACR/EULAR 2019, ≥ 18 años. Criterios de exclusión: síndromes superpuestos, eventos cardiovasculares mayores (infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca) y embarazo. La duración de la enfermedad se definió a través del historial médico y los pacientes se dividieron en dos grupos: ≤ 24 meses y > 24 meses. Un cardiólogo certificado, realizó un ecocardiograma transtorácico a todos los pacientes. La presencia de alteraciones valvulares se definió según el informe obtenido por cardiología. La serología se obtuvo mediante examen de laboratorio. La distribución de grupos se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las comparaciones se realizaron mediante la prueba de Chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher y la prueba t de Student o prueba U de Mann-Whitney. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p \leq 0.05$. **Resultados y conclusiones:** Se incluyeron 81 pacientes con LES, mayormente mujeres (91.3%), con una edad promedio de 35.3 ± 12.3 años. Los pacientes con ≤ 24 meses post-diagnóstico tuvieron una mayor prevalencia de insuficiencia tricuspídea leve (34.7% vs 6.5%, $p=0.001$), y una mayor prevalencia de insuficiencia tricuspídea trivial en el grupo con > 24 meses (30.4% vs 63.9%, $p=0.010$). No hubo diferencias significativas en la afectación de la válvula aórtica (43.4% frente a 34.4%, $p = 0.12$) y mitral (60.8% frente a 47.5%, $p = 0.25$) (Tabla 1). Se realizó un subanálisis entre los pacientes con insuficiencia valvular y la seropositividad de anti-Smith (9.6%, $p=0.06$), anti-La (9.6%, $p=0.18$), anti-Ro (32.2%, $p=0.22$) anticuerpos en la misma población. No hubo asociación significativa entre la insuficiencia valvular y la seropositividad de los anticuerpos (Tabla 2). Nuestro estudio desafía la literatura previa al encontrar que la insuficiencia valvular tricuspídea es la más prevalente en nuestra población. La ecocardiografía es crucial para detectar tempranamente enfermedades valvulares cardíacas y mejorar el pronóstico cardiovascular.

192

ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL LADO DERECHO DEL CORAZÓN

ORIHUELA RODRÍGUEZ Ó, FLORES MORALES A, JACOBO RUVALCABA A, ACEVEDO MELÉNDEZ A, CARMONA RUIZ H, ESTRADA ROBLES I

¹DEPARTAMENTO CLÍNICO DE CARDIOLOGÍA, UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD, HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, ²DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN CARDIACA, UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD, HOSPITAL DE CARDIOLOGÍA, CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, ³SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DR. ALFONSO MEJÍA SCHROEDER

Introducción: La endocarditis infecciosa del lado derecho (EILD) ocurre entre el 5 al 10% del total de endocarditis infecciosas y en comparación con la Endocarditis infecciosa del lado izquierdo. La EILD está asociada con el uso de drogas intravenosas, aparatos intracardiacos y catéteres venosos centrales. **Objetivo:** Conocer características epidemiológicas, microbiología, localización y complicaciones de la EILD. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de 1997 al 2022 en que se revisaron 1,400 estudios con el diagnóstico de sospecha de endocarditis infecciosa (EI) en el departamento Clínico de Cardiología de la UMAE Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS de los cuales se incluyeron los pacientes mayores de 18 años con EILD que cumplieron los criterios absolutos o posible de Duke modificados (revisando los expediente clínicos, laboratorio y estudios ecocardiográficos). Los criterios ecocardiográficos para el diagnóstico de EI fueron de acuerdo a las guías de la European Society of Cardiology. Se realizó estadística descriptiva expresada en medias y desviación estándar para variables cuantitativas y porcentaje para variables dicotómicas. **Resultados y Conclusión:** Se estudiaron un total de 264 pacientes con EI que cumplieron los criterios de Duke, fueron 113 con EILD (42.8%), 60 hombres (53.1%) y 53 mujeres (46.9%) con un promedio de edad de 44.08 ± 1.5 años. Los factores predisponentes para EILD encontrados fueron en 105 pacientes: Catéter de hemodiálisis 72 (68.5%), fármacos inmunosupresores 10 (9.5%), uso de drogas intravenosas 9 (8.5%), catéter venoso central 6 (5.7%), extracción dentaria 2 (1.9%), infección de tejidos blandos 2 (1.9%), valvulopatía 3 (2.8%) y presencia de marcapaso 1 (0.95%). El agente aislado con más frecuencia en hemocultivos fue Staphylococcus aureus en 25 casos (22.1%), y en segundo lugar Staphylococcus epidermidis 13 (11.4%). Se observaron 134 vegetaciones (92 pacientes con una vegetación y 21 con dos vegetaciones). Su localización fue: aurícula derecha 69 (52%), válvula tricúspide 46 (34%), vena cava 11 (8.3%), válvula pulmonar 5 (3.7%), ventrículo derecho 3 (2.2%). Las complicaciones fueron: embolismo pulmonar 7 (6.1%), neurológicas 3 (2.65%), y osteomielitis en 3 (2.65%). **Conclusiones:** La EILD se presentó más frecuente que lo reportada a la literatura posiblemente por ser un hospital no cardiológico de referencia de paciente con múltiples patologías y complicaciones.

361

COMPLICACIONES HEMORRAGIICAS Y TROMBOTICAS EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA E2-E3MORA GUERRERO A¹, PANTOJA CASTRO D¹, ARTEAGA TOBAR A¹, DURAN C¹, GÓMEZ J¹¹FUNDACION VALLE DEL LILI

Introducción: Estudio de tipo descriptivo en el que se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de enfermedad renal crónica clasificada según la TFGe en estadio 4 y estadio 5 en seguimiento por la clínica de anticoagulación de la Fundación Valle del Lili. **Materiales y métodos:** Se utilizó el registro de Clínica de Anticoagulación de la Fundación Valle del Lili el cual tiene datos recolectados de 3,517 desde enero del 2011 hasta el 09 de septiembre del 2022. Se incluyeron 139 pacientes que cumplían los criterios de selección para el análisis. La recolección de datos se inició a partir de las historias clínicas registradas en el sistema de información institucional (SAP). Los datos fueron recolectados y almacenados en una base de datos personalizada del registro institucional de la clínica de anticoagulación que administra el Centro de Investigaciones Clínicas de la Fundación Valle del Lili. **Resultados y conclusiones:** En el grupo de ERC estadio 5 la mediana de edad fue de 65.5 años, la mayoría de los pacientes fueron mujeres (57.5%) mientras que en el grupo de ERC grado 4 la edad fue de 82 años, con una prevalencia mayor (55%) en las mujeres. La raza mestiza fue la más frecuente en ambos grupos. Estaban en diálisis el 50% de los pacientes con ERC G5 y 11% de los que tenían ERC G4. Las comorbilidades más comunes en el grupo 5 y grupo 4 respectivamente fueron: la hipertensión arterial (HTA) (67.5 vs 88%), seguida de falla cardíaca (30 vs 34%), cáncer (27.5 vs 35%), diabetes mellitus (15 vs 32%), tabaquismo (10 vs 21%) y ACV isquémico (20 vs 19%). En las complicaciones encontramos que las hemorragias fueron más comunes en el grupo en estadio 5 (12.5%), con una disminución significativa en los niveles de hemoglobina (10%), la región más comprometida fue el sistema gastrointestinal (5%), mientras que el grupo en estadio 4 fue más frecuente el sangrado del tracto digestivo inferior. Para ambos grupos se requirió someter hasta en un 5% los pacientes a cirugía para el control del sangrado. Las complicaciones trombóticas fueron más comunes en los pacientes en estadio 4 debido a trombocitopenia (4%). La hospitalización desde el inicio de la anticoagulación por otras causas, no relacionadas con complicaciones de la anticoagulación fue la más común para ambos grupos hasta en un 22%, las relacionadas como complicación debido a la terapia anticoagulantes fue más común en el grupo en estadio 5 (7.5%).

364

SANGRADO DIGESTIVO Y ANTICOAGULACIÓN EN UN CENTRO DE REFERENCIA DURANTE LOS AÑOS 2018 A 2022MORA GUERRERO A¹, PANTOJA CASTRO D¹, ARTEAGA TOBAR A¹, ROJAS C¹, ROJAS DÍAZ E¹, CÁRDENAS Y¹, ROJAS N¹, GÓMEZ J¹¹FUNDACION VALLE DEL LILI

Introducción y Objetivos: La creciente prevalencia de patologías trombóticas ha condicionado un aumento en el requerimiento de terapia anticoagulante. Dicho aumento va ligado a su vez a una mayor incidencia de complicaciones hemorrágicas, siendo el sangrado gastrointestinal la más frecuente de ellas. En el ámbito nacional regional existe poca información respecto a esta complicación y la mayor parte de esta proviene de series de casos. El objetivo de este estudio es caracterizar la población anticoagulada que desarrolla sangrado gastrointestinal en una institución de alta complejidad del sur occidente colombiano. **Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo de carácter retrospectivo en pacientes adultos no gestantes, anticoagulados con warfarina, anticoagulantes orales directos o agentes parenterales que consultaron por sangrado gastrointestinal entre enero del 2018 y junio del 2022. **Resultados:** De 274 pacientes inscritos en la clínica de anticoagulación y que consultaron por sangrado gastrointestinal y que cumplieron con criterios de inclusión, se analizaron 121 pacientes. La principal indicación de anticoagulación fue la fibrilación auricular (35%) y más del 30% tenía al menos un sangrado previo. El principal origen fue el tracto gastrointestinal alto (51%), la úlcera gástrica la etiología principal. No hubo diferencias estadísticamente significativas en el requerimiento de transfusión, intervención endoscópica, quirúrgica o endovascular entre los diferentes agentes incluidos. La mortalidad hospitalaria fue del 2.5% y el 9.1% de los pacientes cursaron con resangrado durante su estancia. **Conclusiones:** El sangrado gastrointestinal sigue siendo una complicación frecuente en la población anticoagulada. Se encontró que la principal causa de sangrado digestivo alto son las úlceras gástricas. La condición de anticoagulación de los pacientes, no se asoció a mayor tasa de resangrado ni de mortalidad. Estar familiarizado con sus características clínicas y desenlaces es indispensable para abordarlos de forma óptima y con un manejo multidisciplinario.

380

SÍNDROME DE KAWASAKI INCOMPLETO CON COMPROMISO VASCULAR DE MEDIANO CALIBRE (ANEURISMAS FUSIFORMES DE LOS 3 VASOS CORONARIOS Y MÚLTIPLES ANEURISMAS)MORA GUERRERO A¹, PANTOJA CASTRO D¹, ARTEAGA TOBAR A¹, VELEZ J¹, ARIAS J¹, GÓMEZ J¹¹FUNDACION VALLE DEL LILI

PACIENTE CON QUIEN A LOS 7 MESES DE VIDA PRESENTÓ SÍNDROME DE KAWASAKI INCOMPLETO CON COMPROMISO VASCULAR DE MEDIANO CALIBRE (ANEURISMAS FUSIFORMES DE LOS 3 VASOS CORONARIOS Y MÚLTIPLES ANEURISMAS E VASOS DE MEDIANO CALIBRE SEGUN ANGIOTAC DE CORONARIAS), CON MANEJO INICIAL CON INMUNOGLOBULINA, ESTEROIDE POR 1 SEMANA, ASA, CLOPIDOGREL (0.2MG/KG/DIA) Y WARFARINA HASTA LOGRAR META DE INR DE 2.7. POSTEROR SEGUIMIENTO AMBULATORIO Y MANEJO POR 6 MESES CON WARFARINA, CLOPIDOGREL Y ASA DADO RESOLUCION DE ANEURISMAS. SE INDICA CONTINUAR EN MANEJO CON ASA (75 MG/DÍA). LUEGO DE 13 MESES DEL INICIO DE LOS SINTOMAS, DADA LA PERMANENCIA DE CORONARIAS DE TAMAÑO NORMAL SE RETIRA ASA Y SE INDICA CONTROL A LOS 3 MESES. NUEVO ECOCARDIOGRAMA EN DICIEMBRE DE 2020 MUESTRA ARTERIA CORONARIA IZQUIERDA DE 4.5MM, POR LO QUE SE INDICÓ CATETERISMO CARDIACO, EL CUAL SE REALIZA EL 23.12.23 CON REPORTE. TROMBOSIS SEVERA CRONICA DE LA ARTERIA CORONARIA DERECHA, RESOLUCION DEL ANEURISMA DE LA ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR – ANEURISMA CORONARIO PROXIMAL DE LA A. CIRCUNFLEJA. SE INDICA ASA 50MG/DIA, RMN CARDIACA Y HOLTER CON REPORTE DE RMN: INFARTO ANTIGUO PEQUEÑO EN TERRITORIO DE LA ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR, NECROSIS TRANSMURAL DEL SEPTO ANTERIOR MEDIO Y DEL MÚSCULO PAPILAR ANTERIOR, PROBABLEMENTE INFARTOS DE ORIGEN EMBÓLICO, HOLTER NORMAL, CON VOLÚMENES VENTRICULARES Y FUNCIÓN SISTÓLICA DENTRO DE LA NORMALIDAD. DADO ESTABILIDAD CLINICA Y FE: 63% SE DECIDIÓ CONTINUAR MANEJO. SEGUIMIENTO CONTINUÓ CON ECOCARDIOGRAMA, EKG Y HOLTER NORMALES. SE INDICÓ REALIZAR ANGIOTAC DE CORONARIAS CON REPORTE QUE MUESTRA: HALLAZGOS COMPATIBLES CON LA PRESENCIA DE OBSTRUCCIONES PROXIMALES DE AMBAS ARTERIAS DESCENDENTES ANTERIORES (DOBLE SISTEMA DE DESCENDENTE ANTERIOR) DE, QUE RECONSTITUYEN POR COLATERALES PERILESIONALES. *ADELGAZAMIENTO LEVE A MODERADO DEL SEGMENTO PROXIMAL DE LA ARTERIA CIRCUNFLEJA CON CAMBIOS EN SU PARED ATRIBUIBLES A SECUELAS DE EVENTO INFLAMATORIO PREVIO, SIN DILATACIÓN ANEURISMÁTICA. *IMAGEN SUGESTIVA DE OBSTRUCCIÓN PROXIMAL DE LA ARTERIA CORONARIA DERECHA. SIN EMBARGO LA CALIDAD DE LAS IMÁGENES NO PERMITE SER CONCLUSIVO, DEBIDO A LA PRESENCIA DE ARTIFICIOS DE MOVIMIENTO EN EL SURCO AURICULOVENTRICULAR DERECHO (SEANALIZARON TODAS LAS FASES DEL CICLO CARDIACO). FUE LLEVADO A REALIZACIÓN DE CATETERISMO DIAGNÓSTICO Y ANGIOGRAFÍA CORONARIA QUE REPORTA ECTASIA TRONCO CORONARIA IZQUIERDA. OBSTRUCCIÓN SEVERA DE LA CORONARIA DERECHA CON TROMBOSIS CRÓNICA INTRALUMINAR. TROMBOSIS DEL ORIGEN DE LA CIRCUNFLEJA. ECTASIA PROXIMAL SEVERA DE LA CIRCUNFLEJA. PRESIÓN EN FIN DE DIASTOLE DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO NORMAL. EL PACIENTE SE ENCUENTRA CON WARFARINA ESTABLE, SIN REPORTE DE NUEVOS SANGRADOS.

374

TROMBO INTRACAVITARIO AURÍCULA DERECHA QUE TRASPASA SEPTUM AURICULAR SUMADO A TROMBO EN TRÁNSITO DESDE LA AURÍCULA DERECHA A LA AURÍCULA IZQUIERDA A TRAVÉS DE FORAMEN OVAL PERMEABLE RESUELTOMORA GUERRERO A¹, PANTOJA CASTRO D¹, ARTEAGA TOBAR A¹, CADAVID E¹, GÓMEZ J¹¹FUNDACION VALLE DEL LILI

Paciente de 63 años, antecedente de hipertensión arterial, diabetes y dislipidemia, remitido en relación a tromboembolia pulmonar bilateral de arterias pulmonares principales y lobares de riesgo intermedio alto, con trombo intracavitario en aurícula derecha de 6 cm y dilatación de cavidades derechas (ECO TT extrainstitucional). Fue remitido por insuficiencia respiratoria aguda, se llevo a cabo un ecocardiograma y un angiotac pulmonar donde se encuentra tromboembolismo pulmonar agudo que compromete la bifurcación de la arteria pulmonar derecha con extensión a todas las arterias lobares y otros defectos segmentarios y subsegmentarios en el pulmón derecho y compromiso lobar, segmentario y subsegmentario en lóbulo inferior izquierdo y segmentario en lóbulo superior izquierdo. Así mismo en la aurícula izquierda una masa altamente móvil sugestiva de trombo (45 x 18 mm) que en diástole avanza hasta la cavidad del VI y parece provenir de la aurícula derecha a través de defecto en el septum IV y en la aurícula derecha otras masa altamente móvil sugestiva de trombo que parece atravesar el septum interauricular y prolongarse dentro de la AI. Se llevo a arteriografía coronaria prequirúrgica con lesión leve del tronco izquierdo extendida a circunfleja placa del 25%. Fue valorado por cirugía cardiovascular y el plan es llevar a tromboendarterectomía y atrioseptoplastia. Se da manejo médico con anticoagulación con heparina y toman ecocardiograma transesofágico donde ya no hay trombo intracavitario, sin embargo con aneurisma del septum interauricular con foramen oval permeable 0.3cm de diámetro y túnel de 0.7cm de longitud. Brazo superior de 1.1cm y brazo anterior aórtico de 0.8cm. Se observa cortocircuito espontáneo por Doppler color de izquierda a derecha y el estudio con contraste (solución salina agitada) muestra abundante paso de burbujas de derecha izquierda. No se observan en el presente estudio trombos intracavitarios. Se discutió caso con grupo de Ecocardiografía y Unidad de Cuidado Intensivo, se decide realizar cierre percutáneo con dispositivo Amplatzer.

189

IMPLANTE DE BIOPRÓTESIS VALVULAR CARDIACA FLEXIBLE MEXICANA EN MODELOS PORCINOS EN FASE PRECLÍNICA, CASOS DE ÉXITOABUNDESVELASCOA¹, DELGADO PÉREZ L¹, SÁNCHEZ PÉREZ T¹, MOLINAMÉNDEZ F¹, MARTÍNEZ HÉRNANDEZ J¹, VILLEGAS JUACHE J¹, JUÁREZ ORTÍZ D¹, AGUILAR SANTIAGO O¹, SÁNCHEZ JARA M¹, JIMÉNEZ RODRÍGUEZ G¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

Introducción: La estenosis aórtica es la valvulopatía con mayor incidencia y prevalencia a nivel mundial. Actualmente, los pacientes que la padecen son evaluados y seleccionados de acuerdo con las características de su válvula nativa y otras características asociadas, incluido el riesgo de mortalidad quirúrgica para un reemplazo con una prótesis biológica de la válvula cardíaca. Pensando en el avance tecnológico de nuestro país se diseñó un dispositivo con las características ya existentes en otras válvulas bioprotésicas diferenciándose de estas por su sobresaliente expansión y flexibilidad. **Objetivos:** Valorar la funcionalidad, eficacia y seguridad de la Bioprótesis Valvular Cardíaca Flexible (BVC-F) mediante su implante quirúrgico en modelos porcinos, dispositivo diseñado y manufacturado en México. **Material y métodos:** El protocolo se realizó en 5 modelos porcinos de la raza Yorkshire de 4 meses de 80 kg peso en una sala de hemodinámica experimental. El protocolo fue presentado y aprobado ante los comités de investigación, bioética y CICUAL. En todos los casos se empleó la técnica habitual anestésica, abordaje quirúrgico medio esternal y con uso de bomba de circulación extracorpórea. Se implantó una BVC-F. Se verificó adecuada posición, despliegue de valvas, una vez que sale de bomba y se encuentra recuperado hemodinámicamente, se realiza la evaluación funcional de la BVC-F mediante medición de presiones, y angiografías. Una vez que se realizó la evaluación, se realizó eutanasia y posteriormente un análisis macroscópico anatómico-patológico de los corazones. **Resultados:** En todos los casos la implantación de la BVC-F fueron exitosas, se llevaron a cabo sin complicaciones técnicas, con adecuado despliegue de valvas, sin presencia de fugas paraprótésicas y buena permeabilidad de las arterias coronarias, sin datos de insuficiencia valvular. Además presentó adecuada flexibilidad obteniendo hasta 23 mm de expansión y un gradiente de 10 mmHg en un caso se implantó una TAVI mediante técnica valve-in-valve. **Conclusiones:** La BVC-F es un dispositivo diseñado y manufacturado en México, que cuenta con adecuada funcionalidad que permite una implantación exitosa, segura y eficaz en fase preclínica.

270

UNA CAUSA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA: ABORDAJE INTEGRAL DESDE LA PRESENTACIÓN INICIAL HASTA EL DIAGNÓSTICO DE MIOCARDIOPATÍAZAMBRANO ZAMBRANO A¹, ZAMBRANO ZAMBRANO K¹, DEL RÍO ZANATTA H¹, GALEANA PAVÓN A¹, IXCAMPARIJ RÓSALES C¹¹CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE

Antecedentes: La amiloidosis cardíaca, una enfermedad rara caracterizada por depósitos extracelulares de proteínas mal plegadas, representa una amenaza grave si no se trata a tiempo. Los depósitos, principalmente compuestos de cadenas ligeras de inmunoglobulina monoclonal AL o transtiretina ATTR, pueden afectar varios órganos, además del corazón, como riñones, sistema digestivo y nervioso autónomo. **Descripción del caso:** Hombre de 52 años, abogado, residente de la Ciudad de México, con antecedentes de tabaquismo y diarrea crónica. Ha presentado astenia, fatiga, episodios de hipotensión ortostática y pérdida de peso significativa. Inició su padecimiento hace un mes con disnea progresiva al reposo, edema facial, en piernas y tos seca. A la exploración, peso 52 kg, talla 1.63 m, FC 88, TA 92/66, saturación 93% con oxígeno a dos litros, ingurgitación yugular grado 1, escasos crepitantes bilaterales, derrame pleural derecho, ruidos cardíacos rítmicos y edema moderado de miembros inferiores. Se inició furosemida con mejoría. Electrocardiograma muestra patrón de pseudo infarto en pared inferior y en laboratorios anemia leve normocítica normocrómica regenerativa, proteinuria en rango subnefrótico con albuminuria 858 mg/dl e hipoalbuminemia 2.3 g/dl, creatinina 0.87 mg/dl, HbA1c 5.8%, TSH 1.14 mU/l, VSG 40, PCR 8.5 mg/dl, ferritina 687 ng/ml, troponina I 159.8 y NT-ProBNP 6781 pg/ml. El ecocardiograma reveló remodelación concéntrica con fracción de eyección preservada, aurícula izquierda dilatada y grosor máximo de músculos papilares aumentado. La resonancia magnética confirmó la infiltración mediante el patrón de realce tardío no isquémico transmural generalizado y aumento del volumen extracelular. La electroforesis de proteínas e inmunofijación mostró un pico monoclonal con aumento de cadenas lambda y se obtuvieron biopsias que con tinción rojo congo resultaron positivas para amiloidosis. **Discusión:** La presentación inicial sugirió insuficiencia cardíaca, apoyada por la puntuación HFA-PEFF, sin embargo, la presencia de manifestaciones como diarrea crónica y proteinuria subnefrótica planteó la posibilidad de una enfermedad sistémica subyacente. En AL se observa patrón de pseudo infarto hasta en 25%, la función sistólica suele estar preservada y la mayoría presenta remodelado concéntrico, que puede generar una discrepancia entre los síntomas y la magnitud del engrosamiento por lesión miocárdica directa. La captación mediante 99 mTc-PYP DPD resultó positiva y aunque característica de transtiretina también se observa en AL. La diarrea fue malabsortiva lo que indicó una posible implicación gastrointestinal y llevó a la obtención de biopsias intestinales además de la almohadilla grasa. El estudio posterior reveló mieloma múltiple y se inició quimioterapia.

210

INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO SECUNDARIO A TRAUMAVILLATORO GUZMÁN K¹, GARCÍA ÁLVAREZ N¹, ZELAYA RODRÍGUEZ M¹, RIVERA SÁNCHEZ M¹¹MINISTERIO DE SALUD/HOSPITAL NACIONAL DE SAN MIGUEL

Antecedentes: La lesión cardíaca secundaria a trauma abarca un reto diagnóstico debido a su poca incidencia y múltiples presentaciones. El infarto Agudo al miocardio secundario a trauma (IAMST) es una de las complicaciones más raras, el espectro va desde una disección hasta la trombosis de las arterias coronarias, la arteria descendente anterior (ADA) es la principalmente afectada. **Descripción del caso:** Se presenta caso de paciente masculino de 25 años quien consulta en unidad de emergencia por dolor torácico persistente posterior a accidente de motocicleta. El electrocardiograma (ECG) evidencia una elevación del ST en cara anteroseptal acompañado de elevación de enzimas cardíacas, fue necesario iniciar ventilación mecánica por deterioro respiratorio y se admite a Unidad de cuidados intensivos. El ecocardiograma evidencia hipocinesia anteroseptal con una Fracción de Eyección del ventrículo Izquierdo (FEVI) del 33%. Se realiza Intervención Coronaria Percutánea (ICP) encontrando oclusión de ADA del 90% colocando un Stent no medicado, con una evolución favorable y se egresa con una notable mejoría de la función cardíaca. **Discusión:** La contusión cardíaca debe ser un diagnóstico que considerar en contexto de trauma de tórax debido a sus signos inespecíficos, el diagnóstico temprano permite el tratamiento adecuado y mejora del pronóstico.

214

ANGIODISPLASIA INTESTINAL DE ORIGEN VALVULAR AÓRTICO: SÍNDROME DE HEYDE

MEDINA MONTOYA F¹, PICÓN RODRÍGUEZ J¹, MEDRANO PINCAY J¹, CHÁVEZ RODRÍGUEZ C¹¹HOSPITAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO

Antecedente: La estenosis severa de la válvula aórtica se puede complicar con sangrado digestivo, de origen poco evidente que, en estudios puntuales, se logra detectar su relación con angiodisplasias gastrointestinales. Una situación poco reconocida y en ocasiones subestimada. Su mecanismo fisiopatológico principal sugiere una degradación de los multímeros de Factor Von Willebrand producido por las fuerzas de cizallamiento elevadas secundarias a una enfermedad valvular aórtica severa. Dada la gravedad variable de este síndrome hemorragiparo, su manejo actualmente está centrado en resolver la patología valvular para disminuir estas repercusiones vasculares. **Descripción del caso:** Se presenta a una mujer de 75 años con antecedentes cardiovasculares de: tabaquismo crónico, hipertensión arterial y estenosis aórtica (EAO) diagnosticada hace 10 años; ingresa múltiples ocasiones por presentar hemorragia digestiva alta y anemia ferropénica crónica con necesidad de reiteradas transfusiones, es estudiada por servicio de gastroenterología, mediante cápsula endoscópica, determinan angiodisplasias duodenales e inician tratamiento con talidomida, sin embargo persiste cuadro hemorrágico. Paciente es referida a cardiología para estudio de valvulopatía; tras realizar ecocardiograma se confirma diagnóstico de EAO severa; que al asociar con antecedente mencionado se sospecha de Síndrome de Heyde; por lo que se realizan exámenes complementarios como cuantificación de Factor de Von Willebrand, con concentración plasmática normal. Se plantea cinecoronariografía preoperatoria con arterias epicárdicas normales y se programa intervención de recambio valvular aórtico por implante de válvula aórtica transcater (TAVI), el cual se realizó sin complicaciones. Actualmente cursa su cuarto mes postquirúrgico en seguimiento multidisciplinario; sin incurrir con hemorragia gastrointestinal. **Discusión:** se desconoce la prevalencia de esta asociación sindrómica. Debe sospecharse ante la presencia de hemorragia gastrointestinal de origen poco claro sumado al antecedente de valvulopatías que aumenten las fuerzas tangenciales o de cizallamiento aórtico, como la estenosis aórtica severa. Su análisis multidisciplinario es obligatorio y la decisión oportuna del recambio valvular es clave para su pronóstico. En nuestro caso presentado, al cuarto mes postoperatorio no se han presentado nuevos cuadros de sangrado digestivo, con controles de hemoglobina y hematocrito en rangos adecuados, lo que hasta ahora sugiere que actuando sobre el mecanismo fisiopatológico de las angiodisplasias, se ha logrado disminuir la progresión de presentes ectasias vasculares.

220

PERFIL DE LÍPIDOS DE PACIENTES MEXICANOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

CÓRDOVA MONTIJO A¹, CARRILLO ESTRADA M¹, ROMERO ZERTUCHE D¹, GARCÍA HERNÁNDEZ N¹, CASTILLO SARIÑANA R¹, ANTEZANA CASTRO J¹¹HOSPITAL DE CARDIOLOGIA CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI**Introducción:**

El nivel de colesterol LDL (c-LDL) es uno de los factores de riesgo cardiovascular más importantes para el desarrollo de síndrome coronario agudo (SCA), el cual constituye la principal causa de muerte en México y en el mundo. El control óptimo de c-LDL para prevención secundaria en pacientes con cardiopatía isquémica es fundamental. **Objetivos:** Describir el perfil lipídico, las características demográficas y los factores de riesgo cardiovascular de pacientes mexicanos que ingresan a un hospital de tercer nivel con síndrome coronario agudo. **Material y métodos:** Se realizó una recolección de datos de forma retrospectiva de pacientes que ingresaron a la unidad coronaria de un hospital de Cardiología de tercer nivel de enero a junio 2023. Se recabaron datos acerca del perfil lipídico dentro de las primeras 72 horas a partir del inicio de síntomas de SICA. **Resultados y conclusiones:** Se recopilaron datos acerca del perfil lipídico en 477 pacientes que ingresaron con diagnóstico de SICA. El promedio de edad de la población de estudio fue de 64 años y 36% eran mujeres. El factor de riesgo más prevalente fue hipertensión arterial sistémica (63%), seguido del tabaquismo (57%) y diabetes tipo 2 en tercer lugar (49%). La mayoría de los pacientes ingresaron con diagnóstico de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (70%). Del total de la población solo el 11% se encontraba en tratamiento hipolipemiente previo a pesar de que el 22% de los pacientes contaba con antecedente de dislipidemia. El promedio de colesterol total fue de 167 mg/dl, c-LDL de 94.7 mg/dl, c-HDL de 40.5 mg/dl y triglicéridos de 153 mg/dl. En el perfil lipídico de los pacientes 41% se encontraron con niveles de c-LDL por arriba de 100 mg/dl y casi 15% con niveles superiores a los 140 mg/dl. El conocimiento acerca del perfil lipídico de la población que ingresa con diagnóstico de SICA permite trazar las metas de tratamiento a largo plazo. La optimización temprana del manejo hipolipemiente de estos pacientes, más allá del uso de estatinas de alta intensidad, puede considerarse durante la hospitalización con la finalidad de lograr un control oportuno de niveles de c-LDL.

221

REDUCCIÓN TEMPRANA DE COLESTEROL LDL EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO TRATADOS CON INHIBIDORES DE PCSK9CÓRDOVA MONTIJO A¹, CARRILLO ESTRADA M¹, ROMERO ZERTUCHE D¹, GARCÍA HERNÁNDEZ N¹, CASTILLO SARIÑANA R¹, ANTEZANA CASTRO J¹¹HOSPITAL DE CARDIOLOGIA CMN SIGLO XXI

Introducción: El nivel de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) está implicado en la aterogénesis y la aterosclerosis, por lo que es uno de los principales factores de riesgo en el desarrollo de síndrome coronario agudo (SCA). El tratamiento hipolipemiente debe iniciarse oportunamente en este contexto y tratar de llevar a metas el perfil lipídico a los pacientes de muy alto riesgo cardiovascular. **Objetivos:** Evaluar el porcentaje de disminución del c-LDL de forma temprana en pacientes a los que se les administró un inhibidor de la PCSK9 durante su hospitalización por síndrome coronario agudo. **Material y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y analítico de pacientes con síndrome coronario agudo que ingresaron a la unidad coronaria de un hospital de tercer nivel y recibieron tratamiento con IPCSK9 de abril a diciembre 2023. Se evaluaron los niveles basales de c-LDL y de acuerdo con el resultado se decidió la administración del IPCSK9 a discreción del médico tratante. A los pacientes que se les administró IPCSK9 se les realizó una segunda determinación entre 6 y 8 días después de aplicación del fármaco (antes del alta hospitalaria). **Resultados y conclusiones:** Se incluyeron un total de 42 pacientes en el periodo descrito, con una edad promedio de 61 años, 17% eran mujeres. Todos los pacientes tenían un c-LDL basal mayor de 130 mg/dl (promedio de 159.3 mg/dl) por lo que recibieron una dosis inicial de 140 mg de evolocumab dentro de las primeras 72 horas de iniciados los síntomas. Adicionalmente los pacientes recibieron tratamiento con estatina de alta intensidad y ezetimibe. En la segunda determinación de c-LDL durante su hospitalización (6 a 8 días posterior a la aplicación del IPCSK9), se encontró una reducción temprana de c-LDL de 66%, respecto a valores basales. Por lo anterior, el 50% se encontraba con metas adecuadas de control de c-LDL al alta hospitalaria (c-LDL menor de 55 mg/dl). No se describieron reacciones farmacológicas adversas. En pacientes con un perfil de muy alto riesgo cardiovascular, las directrices internacionales apuestan por la reducción rápida de niveles de colesterol LDL. Esta estrategia puede comenzar desde la hospitalización por SICA.

223

ENFERMEDAD CORONARIA MULTIVASO EN UN PACIENTE DIABÉTICO. UN CASO CLÍNICO Y CONSIDERACIONES TERAPÉUTICASMEJIA VERDIAL D¹, ROMERO BERMUDEZ J¹, PAREDES MORENO F¹, SERRATO PONCE B¹, ESPINOSA LÓPEZ C²¹HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA, ²HOSPITAL GENERAL XOCO

Antecedentes: La diabetes se asocia con un riesgo de mortalidad por enfermedad cardíaca de 2 a 4 veces mayor, lesiones coronarias más difusas, vasos coronarios más pequeños y una enfermedad más extensa. La elección de tratamiento en este grupo de pacientes debe ser individualizada. Si bien en la enfermedad multivaso se prefiere la cirugía como tratamiento de revascularización, cuando los pacientes no son candidatos a cirugía, se puede considerar la angioplastia coronaria como una opción de tratamiento para reducir los desenlaces isquémicos a largo plazo. Se presenta un caso de un paciente con diabetes con enfermedad multivaso tratado con angioplastia coronaria percutánea. **Descripción del caso:** Hombre de 70 años con antecedente de muerte por enfermedad cardiovascular en familiar de primer grado, diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica mal controlada en tratamiento con telmisartán e hidroclorotiazida. Inició 12 meses antes con episodios de dolor torácico opresivo, con duración de aproximadamente 5 minutos, relacionados con el esfuerzo físico moderado y remitiendo con el reposo. Los hallazgos de estudios complementarios se describen en la Tabla 1. Se realizó cateterismo cardíaco izquierdo con hallazgos de enfermedad difusa en arteria descendente anterior Gensini 3 y dos sitios de máxima estrechez en segmento medio, arteria circunfleja no dominante con estenosis del 95% y arteria coronaria derecha dominante con oclusión total de la descendente posterior, con una puntuación Syntax de 43 (Figura 1). El paciente no fue candidato a cirugía de revascularización coronaria por lechos coronarios inadecuados por lo que se realizó angioplastia de arterias descendente anterior y circunfleja distal con implante de tres y un stent farmacológico respectivamente con resultado exitoso. **Discusión:** La introducción de stents liberadores de fármacos, que tienen la capacidad de inhibir la hiperplasia intimal y reducir la reestenosis, ofrece nuevas posibilidades en el tratamiento de pacientes diabéticos con enfermedad coronaria multivaso, por lo que en aquellos con alto riesgo quirúrgico, angina severa o isquemia extensa, donde la revascularización es inevitable, la consideración de angioplastia con stent podría ser razonable, a pesar de que los resultados a largo plazo pueden ser limitados.

394

VALVULOPATÍA MITRAL ORGÁNICA SECUNDARIA A ACTIVIDAD INFLAMATORIA IMPORTANTE EN MUJER CON LUPUS, SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO, E HISTORIA DE AORTA BIVALVA, CAMBIO VALVULAR AÓRTICO Y DESPROPORCIÓN PRÓTESIS/PACIENTERODRÍGUEZ CHÁVEZ L¹, MELANO CARRANZA E, SILVA MAURICIO E, LÓPEZ MALO RICAÑO J, BARAJAS CAMPOS R¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

Antecedentes: Es extraño presentar lupus a los 50 años de edad y que provoque valvulopatía mitral orgánica con imagen de cardiopatía reumática, sin evidencia de la imagen típica de Libman Sack's. **Descripción del caso:** Mujer de 52 años conocida en nuestra institución desde 2008 con diagnóstico de estenosis aórtica grave secundaria a aorta bivalva con FEVI del 67%. Se indicó cirugía pero la paciente dejó de acudir hasta 2013, para entonces su Eco con AVAo de 0.6, gradiente medio de 56 mm Hg, de 18 mm donde además se detectó importante anemia microcítica hipocrómica con Hb 8,7, VGM 67, hierro sérico total 16,8, que ameritó hierro iv. Además se encontró con TTP a prolongado y anticoagulante lúpico positivo. Fue valorada por Hematología y Reumatología sin cumplir criterios para síndrome antifosfolípido o lupus. En 2014 se realizó cirugía de cambio valvular aórtico por prótesis biológica. En 2015 Se detectó desproporción prótesis/paciente con gradiente medio de la válvula aórtica de 71 mm Hg y FEVI del 63%. En 2017 por sangrado uterino y miomatosis uterina se realizó histerectomía abdominal. Ese año se confirmó el diagnóstico de síndrome antifosfolípidos. En 2022 se diagnosticó también lupus con actividad hematológica por anemia y trombocitopenia importante. En enero de 2024 ingresó por insuficiencia cardíaca con la desproporción prótesis/paciente además de una insuficiencia mitral secundaria a daño estructural. Aunado a ello con importante actividad hematológica del lupus con trombocitopenia de 35 000. Reumatología sugirió bolos de metilprednisolona y dosis plena de prednisona más hidroxilcloroquina. Presentó neutropenia grave, herpes, influenza e infección de tejidos blandos con *S. aureus* teniendo más tarde hemocultivos positivos. Fue presentada en sesión médica quirúrgica para cirugía de cambio valvular aórtico y mitral por prótesis mecánicas siendo rechazada en este momento por el alto riesgo de mortalidad dada la importante actividad inflamatoria del lupus y los procesos infecciosos presentes. Presentó choque séptico que se encuentra en remisión. Continúa internada en espera de resolución de problemas infecciosos para poder ser enviada a casa. **Discusión:** -Este caso llamó mucho la atención la imagen ecocardiográfica de valvulopatía mitral que cumple criterios de cardiopatía reumática, sin embargo, no hay ningún indicio de afección mitral en los ecocardiogramas seriados a lo largo de de 15 años y es a partir del diagnóstico de lupus con inflamación importante que la presenta. El pronóstico es realmente incierto dada la evolución del caso.

365

COARTACIÓN AÓRTICA, AORTA BIVALVA CON ESTENOSIS GRAVE Y ENFERMEDAD CORONARIA TRIVASCULAR, ASOCIACIÓN INFRECUENTE A LOS 77 AÑOSRODRÍGUEZ CHÁVEZ L¹, MELANO CARRANZA E, LOPEZ MALO RICAÑO J, SILVA MAURICIO E¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

Antecedentes: En estudios de ecocardiografía en 3er nivel de atención, la aorta bivalva se encuentra en el 4.9% de los casos, y a su vez, estos presentan coartación aórtica en 36.5%. No está descrita esta asociación en edad avanzada con enfermedad coronaria trivascular. **Descripción del caso:** Hombre de 77 años con antecedentes de tabaquismo en la juventud e hipertensión desde 2008. En 2015 inició con disnea progresiva por lo que acudió a nuestra institución en 2016 encontrando soplo de estenosis aórtica confirmado por ecocardiograma que mostró estenosis aórtica de leve a moderada repercusión hemodinámica secundaria a aorta bivalva tipo 1. ECG con ritmo sinusal y BRIHH. Perfusión miocárdica con infarto no transmural del ápex y región anterolateral sin isquemia residual. Cateterismo con enfermedad difusa en descendente anterior y máxima estrechez del 90%, circunfleja con enfermedad difusa y máxima estrechez proximal del 75%, coronaria derecha dominante con enfermedad difusa y máxima estrechez 90%. Por tomografía y resonancia se encontró coartación aórtica yuxtaductal de 3 mm x 8 mm, con importante circulación colateral. La resonancia con FEVI 49%, FEVD 68%. Se mantuvo en seguimiento en consulta externa con irbesartán, prazosin, metoprolol, furosemide, atorvastatina y aspirina, manteniendo clase funcional II de la NYHA. Un ecocardiograma de 2019 con disminución de la FEVI a 42%. El paciente dejó de acudir hasta 2022 en que se agregó tiazida. En noviembre de 2023 requirió hospitalización por insuficiencia cardíaca descompensada, descontrol hipertensivo y fibrilación auricular. Su ecocardiograma con FEVI 25%. Nuevo cateterismo además de las lesiones conocidas con estenosis significativa en arteria del margen obtuso y posterolateral de la circunfleja. Tuvo urosepsis por *E.coli* BLEE con necrosis tubular aguda que resolvió con manejo médico. En enero de 2024 reingresó por insuficiencia cardíaca descompensada. Fue aceptado para tratamiento intervencionista de sus patologías, iniciando con la coartación mediante aortoplastia con colocación de stent BeGraft 24 x 48 mm sin gradiente residual. A las 48 horas presentó pseudoaneurisma femoral con choque hipovolémico tratado de manera exitosa. Se dio de alta tras 24 días de hospitalización. Está en espera de colocación de TAVI e intervencionismo coronario. **Discusión:** El diagnóstico de aorta bivalva y/o coartación aórtica suele hacerse entre la primera y la tercera década de la vida; no en adultos mayores. Debemos estar preparados para tratar estos casos con mucha mayor morbilidad como enfermedad coronaria trivascular, que implica un incremento importante del riesgo de mortalidad.

383

ADULTOS MAYORES EN REHABILITACIÓN CARDIACA, EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN HOSPITAL CARDIOLÓGICA AGUASCALIENTES

VACIO OLGUIN M¹, ESPINOSA GARZA E¹, CHÁVEZ MARTÍNEZ R¹, RAMOS M¹, HARRISON RAGLE D¹, ZALDIVAR ZURITA H¹, GARCÍA ARREOLA E¹, ROBLES JAIME J¹, RAMÍREZ ORNELAS C¹, NÚÑEZ BLANQUET D¹

¹HOSPITAL CARDIOLOGICA AGUASCALIENTES

Introducción: La OMS considera Adulto Mayor a toda persona mayor de 60 años, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años. Los Programas de Rehabilitación buscan en su mayoría incidir mediante acciones de prevención primaria y secundaria en la población adulta (27-59 años) de ambos géneros con padecimientos cardiovasculares. **Objetivos:** Mostrar los resultados obtenidos de un Programa de Rehabilitación Cardíaca Fase II en la población Adulta Mayor de los últimos 10 años de trabajo en una Unidad Privada de Rehabilitación Cardíaca. **Material y métodos:** Revisión detallada en forma retrospectiva de 102 expedientes de pacientes mayores de 60 años de edad, que fueron evaluados de febrero 2013 a junio 2023 en la Unidad de Estilo de Vida y Rehabilitación Cardíaca del Hospital Cardiológica Aguascalientes. **Resultados:** 57 pacientes adultos mayores completaron el Programa de Rehabilitación Cardíaca Fase II (30 sesiones promedio). 24.5% fueron mujeres y 75.4% hombres, el promedio de edad fue de 68.7 años (60-84 años). Se evaluó el Riesgo Cardiovascular Alto en el 17.5% de los pacientes, moderado en el 77.2% y ligero 5.3%. El Sedentarismo (50.8%) fue el principal factor de riesgo, Hipertensión Arterial (43.8%), Hipercolesterolemia (35.0%), Hipertrigliceridemia (39.2%) y Diabetes Mellitus (17.5%). El 10.5% fue enviado posterior a Revascularización Coronaria (3) o Cambio Valvular (3), el 73.6% posterior a angioplastia coronaria (42) y el 19.2% tenía algún tipo de arritmia (11). En el 29.8% de estos pacientes el médico tratante los envió a Terapia de Contrapulsación Externa Sincronizada (35 sesiones) de forma complementaria. Los resultados posterior a la Prueba de Tolerancia al Esfuerzo Pre y Post Programa de Rehabilitación Cardíaca mostró que el doble producto disminuyó en el 74% y aumentó en el 26% de los pacientes, los METs iniciales en promedio de 4.9 y finales de 8.1, con mejoría promedio de 3.9 METs así como en la percepción del esfuerzo y umbral isquémico. **Conclusiones:** Los Programas de Rehabilitación cardíaca mejoran la calidad de vida en los Adultos Mayores mediante la sensación de autonomía e independencia al realizar sus actividades diarias mediante entrenamiento supervisado y estrategias de educación para la salud.

329

CUIDADOS PALIATIVOS DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

COSTA L^{1,2}, GALVÃO A², GONZALES ², MULLER B², ZATTERA G², LOSACCO G², BENEVENUTO G², BORGA L², FIORAVANTE R², ALCANTARA V²

¹INSTITUTO ESTADUAL DE CARDIOLOGIA ALOYSIO DE CASTRO / UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - IDOMED CAMPUS CITTÀ, ²UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ / IDOMED - CAMPUS CITTÀ

Introdução: A Insuficiência cardíaca (IC) no Brasil é um problema de saúde pública, com previsão de 5 milhões de novos casos até 2025, se tornando a causa mais comum de internações por doenças cardiovasculares (DCV). Segundo a definição a OMS, Cuidados Paliativos (CP) é uma "abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento, através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais" Em 2015 a OMS, proporcionou a inclusão dos portadores de IC como primeira demanda para cuidado paliativo no mundo. De acordo com OMS, em todo o mundo, estima-se que apenas uma em cada 10 pessoas que precisam de cuidados paliativos estão recebendo o serviço. Em 2060, a necessidade de CP deverá quase dobrar.

Objetivos:

1. Realizar revisão bibliográfica do impacto dos CP nos pacientes com IC.
2. Analisar descritivamente as dimensões do cuidado físico e mental, e suas implicações, na qualidade de vida dos pacientes com IC em CP.

Material e Métodos: Avaliação de 75 artigos (Quadro 1. Métodos).

Resultados: Estima-se que das 40 milhões de pessoas com DCV crônicas, 39% precisam de CP e 86% dessas, não recebem. Critérios de inclusão nos diferentes Guidelines:

1. NYHA IV, hospitalizações frequentes (>3 por ano), deterioração geral da condição clínica (edema, ortopneia, nictúria e dispneia);
2. Resposta "não" da pergunta surpresa;
3. Declínio progressivo da saúde mental e cognitiva, dependência maior nas atividades do dia a dia e sintomas severos de IC, admissões frequentes ao hospital, transplante cardíaco, caquexia cardíaca e o médico julgar que o paciente pode morrer a qualquer momento.

Os critérios de inclusão se referem em sua grande maioria ao fim de vida e, tardiamente. A intermitência da aplicação dos CP é dada pela falta de habilidades de comunicação e entendimento dos médicos. Ressalta-se o excesso de "otimismo" com relação ao prognóstico. **Conclusões:** Os critérios de inclusão do CP atualmente seguem sendo revistos e discutidos. O CP é uma abordagem que traz melhoria da qualidade de vida e nos sintomas predominantes da IC. O planejamento do fim de vida tem grande importância para auxiliar médicos e pacientes fazerem escolhas antecipadas sobre o final da vida. Fatores culturais impedem que muitos pacientes se abram a essa opção de cuidados.

316

DOENÇA CARDIOVASCULAR E ANSIEDADE CARDÍACA: UMA VISÃO NA ATENÇÃO TERCIÁRIA

SOARES DA COSTA L¹, ROSSI A², CAMPELO A², MESQUITA VILLELA A², SILVA CAMPOS C², WIEDERMANN C², PATROCÍNIO MILHOMEM ², MARQUES RAMOS J², GALDEANO PIANTOLO R², MARQUES DA SILVA Y², BERTELLI CASTILHO P², VIANA DE LIMA M², ALVES AGUIAR C²

¹INSTITUTO ESTADUAL DE CARDIOLOGIA ALOYSIO DE CASTRO / UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - IDOMED CAMPUS CITTÁ, ²UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - IDOMED CAMPUS CITTÁ

Introdução: A doença cardiovascular (DCV) é a principal causa de morte na América e no mundo. A Base de Dados do Estudo Global de Doenças demonstra que as DCV são responsáveis por 28,8% do total de mortes entre doenças crônicas não transmissíveis (GBD, 2017). No Brasil, em registro do mesmo ano, mais de 1.300.000 óbitos por esta causa foram declarados (DATASUS, 2017). Na avaliação das DCV, o papel dos fatores de risco e comorbidades é essencial. Entre esses fatores inclui-se a idade, sexo, dislipidemia, sobrepeso, tabagismo, diabetes e, em especial, transtornos psíquicos. Indivíduos que apresentam DCV aparentam possuir também maior predisposição a transtornos psíquicos, como a ansiedade e a depressão. Em 2013, a publicação por Leissner et al, do Questionário de Ansiedade Cardíaca (QAC), trouxe uma forma métrica para esta avaliação, posteriormente validado para utilização na população brasileira.

Objetivos: Descrever:

1. A análise do perfil sociodemográfico, histórico de hábitos e presença de comorbidades em uma amostra populacional de pacientes de alto risco DCV.
2. A predominância de sintomas de ansiedade cardíaca, através da aplicação do QAC.
3. O escore de risco de ansiedade cardíaca, através da aplicação do QAC.

Material e Métodos: Análise descritiva transversal de dados coletados por questionário estruturado no Google Forms, em amostragem de população de alto risco DCV.

Resultados e Conclusões: Observou-se que há distribuição semelhante entre os sexos, média de idade de 66,5 anos (42-88 anos), maioria referindo ser de cor branca ou parda, mais de 50% são ex-tabagistas (interrompido por conta de evento coronariano prévio), alta prevalência de hipertensão arterial, doença coronariana e diabetes mellitus (Quadro 1) Em relação ao QAC, observou-se (Gráfico 1.) que:

1. A maioria se preocupa com as batidas do coração mesmo que seus exames estejam normais;
2. Um número pequeno de pacientes acorda com dor ou desconforto no peito;
3. Em relação a preocupação quanto aos médicos acreditarem se os sintomas são verdadeiros ou não, há um balanceamento entre os que se preocupam e os que não se preocupam com esse fato;
4. Quando o coração está acelerado, a maioria relata ter medo e necessidade de ir ao médico;
5. A grande maioria sente medo e ansiedade em relação à doença coronariana e acaba evitando o exercício físico ou esforço, tanto por medo quanto por debilidade pela doença;
6. Escore de risco com mediana 30 (8-56) com escore médio de 17,9 no quartil 1 e 41,5 no quartil 4

344

VALVA AÓRTICA QUADRICÚSPIDE: UMA ANOMALIA RARA

COSTA L^{1,2}, RODRIGUES L², PRADO Y², LOPES P², ROCHA L², SABINO H¹, ZAJDENVERG R¹, KCRUCZAN D¹

¹INSTITUTO ESTADUAL DE CARDIOLOGIA ALOYSIO DE CASTRO, ²UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - IDOMED CAMPUS CITTÁ

Antecedentes: A valva aórtica (VAo) quadricúspide (VAQ) é uma anomalia congênita rara com incidência de 0,01-0,04%. Balinton relatou o primeiro caso conhecido em 1862. Desde então, cerca de 200 casos foram relatados. Usualmente é identificada por achado de insuficiência aórtica (IAo) na 5ª ou 6ª década de vida. Com o aperfeiçoamento da ecocardiografia transtorácica (ETT) e transesofágica (ETE), novos casos têm sido mais facilmente identificados. O achado ETT em visão de eixo curto é um padrão de comissura em forma de X durante a diástole e um aspecto retangular durante a sístole. Dilatação do anel aórtico é presente em 29% a 40% e 26% tem IAo moderada a grave no momento do diagnóstico. **Descrição do Caso:** Homem, 59 anos, pardo, nat. RJ, encaminhado à unidade de valvopatias de um Hospital Terciário da Zona Sul do Rio de Janeiro, histórico de progressivo cansaço dos grandes aos médios esforços meses antes da consulta. Em avaliação clínica apresentava ictus desviado para esquerda, terceira bulha em foco mitral, sopro diastólico bordo esternal, aspirativo, irradiado por todo precórdio 4+/6+; eletrocardiograma e raio X tórax comprovando sobrecargas ventricular e atrial esquerdas. Dados ETT demonstraram aorta 3,7cm, átrio esquerdo 3,7cm, septo interventricular e parede posterior 1,0cm; diâmetro diastólico VE 8,0cm; diâmetro sistólico VE 5,2cm e fração de ejeção (FE) VE de 63%. Dilatação de aorta; VAo com aspecto morfológico VAQ e IAo importante; fluxo reverso holodiastólico aorta ascendente e abdominal; valva mitral com fluttering e regurgitação mitral leve; aumento de cavidades direitas com disfunção do ventrículo direito e pressão artéria pulmonar 49mmHg. Paciente foi encaminhado para cineangiografiografia e parecer cirúrgico para troca valvar, mantendo acompanhamento clínico regular. **Discussão:** Relatamos um caso raro na literatura onde o ETT definiu a anomalia, muitas vezes só visualizada pelo ETE. Um diagnóstico tardio, demonstrou a necessidade de correção imediata, visto que paciente já vinha apresentando sinais clínicos de acometimento retrógrado de cavidades direitas e queda na FE. Devido à sua raridade, resultados a longo prazo são mal definidos. Portanto, a identificação precoce e seguimento regular são fundamentais para se evitar a perda do tempo ideal de intervenção cirúrgica, evitando maior morbidade, mortalidade e complicações, já que mais da metade dos pacientes necessitarão de intervenção cirúrgica em algum momento de sua vida para tratar a IAo.

338

VALVOPATIA REUMÁTICA EM PACIENTE COM SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDEO - MANIFESTAÇÃO DE UMA MESMA DOENÇA?

COSTA L^{1,2}, ROCHA L², PRADO Y², LOPES P², RODRIGUES L², SOUZA F¹, KRUCZAN D¹¹INSTITUTO ESTADUAL DE CARDIOLOGIA ALOYSIO DE CASTRO, ²UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ / IDOMED - CAMPUS CITTÀ

Antecedentes: A Síndrome Antifosfolípido (SAF) é a presença de espessamento ou vegetação valvar (principalmente mitral e aórtica), com prevalência estimada de 30%. Pouco se conhece sobre sua associação com diferentes doenças autoimunes, entre elas com a Febre Reumática (FR). **Descrição do Caso:** Sexo feminino, 33 anos, diagnosticada com FR aos 6 anos por critérios de Jones. Aos 16 anos, cefaléia e disartria sem déficits motores concomitantes, sendo internada para investigação etiológica do evento isquêmico cerebral (AVE) transitório e, feito diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico com critérios clínico e laboratoriais. Sem acompanhamento regular por vários anos, apresentou aos 22 anos um segundo AVE e sequelas motoras. Relata dois abortos espontâneos no primeiro trimestre, livedo reticular, baqueteamento digital e fenômeno de Raynaud, além de episódios diversos de artrite. Aos 26 anos iniciada investigação, pela suspeita clínica, de SAF secundária, comprovada por dosagem do Anticoagulante Lúpico em duas ocasiões distintas. Iniciada anticoagulação para prevenção de eventos tromboembólicos. Aos 28 anos, internada em edema agudo de pulmão, sendo diagnosticada dupla lesão mitral reumática grave, insuficiência tricúspide moderada e hipertensão arterial pulmonar (70 mmHg), sendo submetida ao implante de prótese metálica mitral e plastia da valva tricúspide. O relatório cirúrgico descreve valva mitral com espessamento importante e calcificação dos seus folhetos, em especial do posterior, e do aparelho subvalvar, havendo fusão de segmento inicial das comissuras e calcificação, sugerindo fortemente a associação de comprometimento valvar reumático. **Discussão:** Pacientes com FR podem em até 24% dos casos apresentar anticorpos de SAF e, cerca de 14% dos pacientes com SAF apresentam anticorpo típico de FR. O diagnóstico precoce e correto é capaz de reduzir morbidade e mortalidade em grande parte dos pacientes. A associação dos mecanismos imunológicos da SAF e da FR, já descrita, reforça a correlação entre as manifestações cardíacas e neurológicas de ambas doenças (até 24% dos casos FR apresentam anti-beta2 glicoproteína I positiva e títulos altos de anticardiolipina (ACLip); e cerca de 16% SAF manifestam marcador imunológico típico de FR). Na apresentação clínica são encontrados diversos sinais e sintomas compatíveis com a suspeição da SAF, contudo, o diagnóstico só pode ser confirmado por testes laboratoriais e, não é possível diferenciar estas doenças exclusivamente pelas imagens ecocardiográficas. Este caso ressalta e ilustra a importância da avaliação criteriosa para o diagnóstico da FR buscando não diagnosticar equivocadamente a doença e também atentando a possibilidade da lesão cardíaca ser de origem reumatológica, quando a clínica for sugestiva.

349

ORIGEN ANÓMALO DE LA ARTERIA CORONARIA IZQUIERDA DESDE LA ARTERIA PULMONAR Y COLATERALES QUE FISTULIZAN AL VENTRÍCULO DERECHO EN UN PACIENTE ADULTO, VALORACIÓN POR ANGIOTOMOGRAFÍA

EGAS BEJAR M¹, HERNANDEZ JIMENEZ E¹, VILLAMARIN VELÁSQUEZ R¹, TAVERA PAREDES A¹, JIMENEZ SANTOS M¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHAVEZ

Antecedentes: El origen anómalo del tronco coronario izquierdo desde la arteria pulmonar es un defecto congénito raro en lactantes, y constituye un hallazgo infrecuente en adultos. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 57 años con antecedente de infarto agudo de miocardio sin elevación del ST (IAMSEST). En el cateterismo cardiaco (fuera de nuestra institución) se documentó coronaria derecha ectásica en todo su trayecto y aparente origen anómalo del tronco coronario izquierdo, por lo que es referida a nuestro hospital donde se realizó una angiogramografía observándose origen anómalo del tronco coronario izquierdo de la arteria pulmonar (ALCAPA) con cortocircuito de izquierda a derecha. La arteria coronaria derecha ectásica con múltiples ramos colaterales que fistulizan con segmento distal de la arteria circunfleja, descendente anterior que aparentan dirigirse al ventrículo izquierdo. Además, la arteria descendente anterior se encontró dilatada, con su segmento distal con ramos septales que fistulizan con la cavidad del ventrículo izquierdo a nivel apical. **Discusión:** La angiogramografía en el diagnóstico de origen anómalo de arteria coronaria izquierda desde la arteria pulmonar constituye un instrumento crucial para la valoración anatómica tanto del diagnóstico como de sus posibles complicaciones como la circulación colateral que se encontró en nuestro caso, cardiopatía isquémica, arritmias ventriculares y muerte súbita.

339

SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR POSTINFARTO EN UN PACIENTE CON CALCIO SCORE DE 0, UNA ASOCIACIÓN INFRECUENTEEGAS BEJAR M¹, TAVERA PAREDES A¹, ROSAS VÁZQUEZ A¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHAVEZ

Antecedentes: La comunicación interventricular (CIV) es una de las complicaciones postinfarto poco frecuentes que se presenta en entre los 3 a 5 días posteriores al evento agudo. Entre los factores de riesgo de riesgo cardiovascular se encuentran el calcio score elevado, que es un marcador de ateromatosis coronaria calcificada, que mediante su sencilla técnica ha demostrado su utilidad como factor de riesgo cardiovascular, riesgo intermedio (10 -20% a 10 años según las guías norteamericanas). **Descripción del caso:** Paciente femenina de 62 años diabética, quien fue referida a nuestra institución una semana posterior a evento IAMCEST anterior no reperfundido, hemodinámicamente inestable, con hipotensión grave, taquicardia y somnolencia. A su llegada se realiza ecocardiograma encontrando una función ventricular disminuida, acinesia en el segmento medio y apical del septum interventricular. Se complementa el abordaje con una angiografía coronaria que inicialmente demuestra un score de calcio de 0 (CAC-DRS: A0/N0), sin embargo, se observa una oclusión total trombótica sin recanalización del segmento medio y distal de la arteria descendente anterior y como complicación asociada CIV postinfarto apical de 21 mm. Además de otros hallazgos asociados a su falla cardíaca como derrame pleural bilateral. **Discusión:** En nuestra paciente llama la atención el calcio score 0 (CAC-DRS: A0/N0), y a pesar de su bajo riesgo, presentó el evento isquémico con las complicaciones ya mencionadas.

235

EVALUACIÓN PRECOMPETITIVA EN DEPORTISTA DE ALTO RENDIMIENTO: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y DECISIONES COMPARTIDASLOPEZ AGUSTI J¹, TONSO S², MATERAN T², FORLANI V³, MORENO M¹¹CLUB DE GIMNASIA Y ESRIMA LA PLATA, ²HIGA SAN MARTIN LA PLATA, ³INSTITUTO DE DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR LA PLATA

Antecedentes: Paciente de 57 años de edad sin factores de riesgo cardiovasculares, deportista de alta exigencia quien realiza running en forma regular con una carga de entrenamiento de 70 a 100 kilómetros semanales y 3 maratones de 42 kilómetros anuales. Consulta para evaluación precompetitiva. No refiere síntomas relacionados con patologías cardiovasculares. En sus estudios previos, que datan desde 2014, presenta electrocardiogramas de características normales para ese tipo de deportista con signos incipientes de hipertrofia del ventrículo izquierdo y trastorno de repolarización precoz en cara lateral e inferior. En las pruebas ergométricas graduadas (PEG) se evidenciaba infradesnivel del segmento ST con esfuerzos superiores a 10 Mets en derivaciones precordiales de V3 a V6, con una lenta normalización en la etapa de recuperación (Imagen 1). **Descripción del Caso:** En función de estos hallazgos, el deportista se sometió a estudios complementarios, como Spect Gatillado, ecocardiograma con estrés físico y una cinecoronariografía que resultaron sin signos de isquemia por imagen y sin lesiones angiográficas significativas, respectivamente. En la actualidad, luego de una PEG positiva para isquemia (infradesnivel descendente del segmento ST), se solicitó Angiotomografía coronaria computada con contraste endovenoso, en la que se diagnostica puente muscular de 27 mm de longitud y 2 mm de profundidad sobre la primer rama diagonal (Imagen 2). Se interpreta que esta anomalía anatómica se relaciona topográficamente con los cambios isquémicos electrocardiográficos descritos anteriormente. Se realiza cardi resonancia magnética nuclear que no evidencia signos de fibrosis. **Discusión:** Nuestro caso es un desafío para la subespecialidad. Debemos evaluar si el paciente, quien presenta estudios complementarios positivos para isquemia miocárdica, puede realizar deporte de alta exigencia y mantenerse en competencia. En las guías actuales, que analizan esta patología coronaria, existe una laguna en la evidencia en cuanto al riesgo de presentar eventos cardiovasculares al realizar este tipo de deporte de alto rendimiento. Por lo tanto, se contraindica la competencia, se prescriben deportes de moderada demanda cardiovascular estáticos y dinámicos guiados según su frecuencia cardíaca útil.

289

CORAZÓN-CEREBRO: TOXICIDAD SIMULTANEA DEL 5-FLUOROURACILOMOREIRA VERA D¹, ULLAURI SOLÓRZANO V¹, ABAD HERRERA E¹, AGUIRRE SORIA T², FLORES RODRÍGUEZ L²¹HOSPITAL METROPOLITANO, ²UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR

Antecedentes: Femenina, 73 años, historia de hipertensión controlada con valsartán/hidroclorotiazida 320/25 miligramos diarios y diagnóstico reciente de adenocarcinoma gástrico. Inició primera dosis de quimioterapia a base de 5 FU, 12 horas previo a ingreso. **Descripción De Caso:** Cuadro de 3 horas de evolución, caracterizado por cefalea, afasia, movimientos clónicos, alteración fluctuante del estado de alerta. Se asocia a dolor torácico, gran intensidad, opresivo, retroesternal, irradiación a mandíbula. Al examen físico, desorientada en 3 esferas. Paresia de miembro superior izquierdo 3/5 Daniels y Babinski bilateral positivo. Hemodinámicamente estable. Electrocardiograma impresiona elevación del ST, cara lateral no persistente. Ecocardiograma evidencia hipocinesia apical leve con STRAIN disminuido en esa región, FEVI 71%. Troponinas a su ingreso de 37.66 y a la hora 42.84 ng/l. Basados en la significancia clínica neurológica, se se realiza RMI cerebral con hallazgos de zona de restricción de la difusión en el esplenio del cuerpo calloso, sugestivo de encefalopatía secundaria a 5 fluorouracilo. Paciente manejada en terapia intensiva para control hemodinámico y neurológico. Cardiológicamente se denota GRACE 122, por lo que se decide estratificación con AngioTAC coronaria con score de calcio 11 unidades de Agatston. Arterias coronarias normales. Neurológicamente presentó crisis convulsivas con actividad epiléptica congruente en videoelectroencefalograma. Se realiza manejo mediante oxigenoterapia, hidratación, ácido acetilsalicílico 100 miligramos diarios; rosuvastatina 40 miligramos diarios, levetiracetam 1.5 gramos cada 12 horas y clobazam 5 miligramos cada 12 horas. Evolución clínica satisfactoria con descenso progresivo de troponinas, estabilidad del electrocardiograma. **Discusión:** La cardio y neurotoxicidad inducida por fármacos antineoplásicos es un problema a nivel mundial que ha tomado mayor relevancia en los últimos años en pacientes oncológicos (1). Posee una incidencia del 5-15%, debido a deficiencia de la dihidropirimidina deshidrogenasa, responsable de metabolizar el 5 FU (1). Se manifiesta como dolor torácico atípico, síndrome coronario agudo (3); elevación del segmento ST, elevación de troponinas, ausencia de estenosis coronaria significativa en la angiografía o discordancia entre hallazgos ecocardiográficos vs angiográficos (4). Dependiente de la dosis, vía de administración y medicación concomitante, ocurre en el primer ciclo de administración. El tiempo medio de aparición es de 12 horas posterior al inicio de la infusión de quimioterapia o incluso hasta 1 a 2 días después (5). Se ha observado que al suspender el agente responsable de la toxicidad, se experimenta una recuperación completa después de una media de 8,5 días desde el inicio de los síntomas (5).

237

INSUFICIENCIA AÓRTICA SEVERA MÁS COARTACIÓN DE LA AORTA. TRATAMIENTO HÍBRIDO EN UN SOLO ACTO ANESTÉSICOFIERRO RENOY C¹, FRANCISCO F², ULLAURI V¹, LÓPEZ AGUILAR C¹, ENDARA AGUIRRE S¹¹HOSPITAL METROPOLITANO DE QUITO, ²ESCUELA DE MEDICINA UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO

Antecedentes: La Coartación de la Aorta (CoA) es uno de los defectos cardíacos congénitos (DCC) más comunes, ocurriendo entre el 6 a 8% de los casos (1). Está bien reportado que a menudo la CoA coexiste con malformaciones de la válvula aórtica (MVA), complicando el manejo de esta patología (2). El diagnóstico puede demorar por la ausencia de síntomas, o signos sutiles que empeoran con el paso del tiempo. Pese a una relación clara entre CoA y MVA no existen consensos o guías de manejo de las dos patologías cuando estas coexisten (3). El impacto del reparo de MVA en la historia natural de la CoA o viceversa no está bien descrito o dilucidado. Por esta razón varios autores ofrecen soluciones diferentes al manejo conjunto de estas patologías. Cuando la válvula aórtica bicúspide progresa a insuficiencia severa se empeora el pronóstico (4). Al mismo tiempo sin tratamiento la mayoría de los pacientes con CoA fallecen antes de los 50 años (1). Los pacientes adultos con CoA e IA severa secundaria a Válvula Aórtica Bicúspide (VAB) constituyen una combinación extremadamente rara que presenta desafíos de manejo complejos. **Descripción del caso:** Presentamos el caso de un paciente masculino de 18 años con Insuficiencia Aórtica Severa más CoA, en el cual se realizó, en un solo procedimiento anestésico, en la sala de angiografía híbrida del Hospital Metropolitano de Quito, implante de endoprótesis aórtica percutánea para corrección de la coartación, seguido de manera inmediata por cirugía de cambio valvular aórtico con prótesis mecánica bajo circulación extracorpórea. El paciente tuvo una adecuada evolución y fue dado de alta a los 9 días del procedimiento en buen estado general. A nuestro entender este sería el primer caso de esta presentación clínica abordado de esta manera en nuestro país y el primero de esta combinación específica reportados en la literatura médica revisada e implica la factibilidad de este abordaje para una patología tan compleja. **Discusión:** El abordaje de un paciente adulto con coartación de la aorta más insuficiencia aórtica severa puede realizarse en un solo acto anestésico mediante un procedimiento híbrido percutáneo y quirúrgico.

256

MANEJO INICIAL DEL TROMBO INTRACORONARIO EN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN ELEVACIÓN DEL ST ASOCIADO A ECTASIA CORONARIAGAIBOR BARBA J¹, FIERRO RENOY C¹, LEÓN MOLINA G¹¹HOSPITAL METROPOLITANO

Antecedentes: El manejo de reperfusión en el contexto de infarto con elevación del segmento ST tipo 2 por ectasia coronaria, sigue siendo controversial. Se disponen varias alternativas del manejo del trombo, la mayoría off label. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 47 años con antecedente de NSTEMI, con estratificación de riesgo invasiva, evidenciando ectasia coronaria con reperfusión espontánea de arteria descendente anterior (ADA), inició tratamiento con anticoagulante oral directo más antiagregación plaquetaria y posteriormente solo con clopidogrel. Acude por cuadro de 3 horas de evolución, compatible con un NSTEMI, de alto riesgo (infra desnivel difuso y supra ST en aVR). En coronariografía, con ectasia coronaria, con oclusión trombótica de ADA proximal (vaso de 6 milímetros de diámetro). Se cruza una cuerda coronaria logrando reperfusión con flujo TIMI II. Se infunde intracoronario 1.75 miligramos de tirofiban, y se realiza trombo-aspiración mecánica, complicada por el tamaño de los trombos. Pese a la mejoría del flujo, persistía importante lesión trombótica residual, se intenta la extracción mecánica con el uso de un stent de neurointervencionsimo, posicionando a nivel del trombo y recapturando de forma simultánea con trombo-aspiración mecánica, sin lograr extraer el trombo. En angiografía de control con flujo TIMI III, lesión residual de 90%, se prescribe tirofiban por infusión continua IV por 3 días y se reestudia. En la reintervención, se observa disminución del trombo, con obstrucción del 80%. Se realiza IVUS de control, y se realiza implante de stent directo a presión nominal. Se postdilata con balón periférico y balón. En angiografía de control, resultado exitoso. En IVUS final, buena expansión del stent, con mínima mal aposición proximal. El paciente se mantiene asintomático, con anticoagulante directo más clopidogrel. **Discusión:** La ectasia coronaria es un hallazgo raro, la mayoría de los pacientes tienen enfermedad aterosclerótica concomitante, pero cual sería el mejor abordaje en este contexto que además tiene un trombo intracoronario. Durante la intervención coronaria percutánea primaria, el objetivo principal es destruir el coágulo, no existe una guía al respecto de cuál es la estrategia adecuada. Actualmente contamos con varias técnicas como la aspiración manual, aspiración mecánica, trombólisis intravenosa o intracoronaria, trombofragmentación con balón, remoción mecánica del trombo con stent retriever, implante directo de stent, pero no se ha demostrado que alguna de estas estrategias sea beneficiosa en el uso rutinario, y aún menos en la ectasia coronaria.

313

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO POR EMBOLISMO CORONARIO EN DEPORTISTA JOVENARTEAGA ARELLANO A¹, BAYAS PADILLA D², BAYAS PAREDES M³, ORDOÑEZ R¹, VALAREZO R¹¹UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR , ²UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO , ³AXXIS HOSPITAL

Antecedentes: El infarto agudo de miocardio sin presencia de aterosclerosis es infrecuente (6%), el embolismo coronario, en este contexto, es mucho más raro aún (2%). Entre las causas están trastornos cardíacos (valvulopatías, arritmias, cardiomiopatías), autoinmunes, hematológicos y malignidad. El diagnóstico requiere precisar la causa y tratarla, previniendo posteriores episodios. **Descripción del caso:** Paciente de sexo masculino, 27 años. Sin factores de riesgo previos. Antecedentes de Hipercolesterolemia en familiares. Estando en reposo y sin causa aparente presenta dolor retroesternal agudo, difuso, opresivo, intenso, por lo cual acude a emergencias del hospital tras una hora de evolución. Al ingreso normotenso, con facies de angustia y dolor, sin signos de falla cardíaca. El Electrocardiograma muestra ondas Q en cara inferior con supradesnivel del segmento ST e infradesnivel en aVL y de V1 a V3. Troponinas iniciales de 19.67, a la hora 604. El Ecocardiograma muestra hipocinesia de pared inferior y posterior y fracción de eyección de 62%. Se indica Coronariografía urgente: coronaria derecha dominante, con oclusión total de la descendente posterior distal y de la interventricular posterior distal, sin enfermedad aterosclerótica; coronaria izquierda normal. Se infunde nitroglicerina intracoronaria, se atraviesan las obstrucciones con las guías y se colocan 2 stents, obteniendo flujo TIMI 3. Se infunde solución de Tirofiban y se continúa tratamiento con Bisoprolol, Aspirina, Ticagrelor (luego se reemplazó por Clopidogrel), Enoxaparina y Atorvastatina. Evolución favorablemente, sin dolor, con estabilidad hemodinámica. Se inician estudios de hipercoagulabilidad y se añade al tratamiento Rivaroxaban. Posteriormente se reporta por Hematología deficiencia de proteína C. Electrocardiograma posterior con bloqueo de rama derecha, necrosis inferior, posterior y lateral alta. Ecocardiograma con leve hipocinesia inferior y posterior y fracción de eyección de 65%. **Discusión:** Se trata de un paciente joven, deportista, sin factores de riesgo, que debuta súbitamente con un infarto agudo de miocardio por trombosis de dos ramas de arterias coronarias, sin signos de aterosclerosis. El síndrome coronario agudo por trombosis arterial sin enfermedad aterosclerótica supone un reto diagnóstico y terapéutico. La conducta inicial es discutible, si requiera o no los stents, si se debía o no usar anticoagulantes directos o era mejor Warfarina. Aunque en el estudio inicial se reportó deficiencia de proteína C, esto debe reevaluarse a los seis meses del evento agudo, y se sugiere además un estudio genético. Mientras tanto se requiere anticoagulación (por la trombofilia) y doble antiagregación (por los stents).

238

UN DESAFÍO CARDÍACO EN TRES DIMENSIONES MIOCARDIOPATÍA ARRITMOGÉNICA COEXISTENTE CON SÍNDROME CREST Y ESCLEROSIS SISTÉMICAMEZA NERI D¹, ROSALES UVERA S¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

Antecedentes: La miocardiopatía arritmogénica (MA) es un trastorno hereditario caracterizado por pérdida del miocardio ventricular y reemplazo del tejido fibroadiposo, resultando en anomalías cardíacas estructurales y arritmias ventriculares, siendo una de las principales causas de paro cardíaco arritmico en adultos jóvenes. La resonancia magnética cardíaca (RMC) se ha convertido en la técnica de imagen preferida porque combina la evaluación de anomalías ventriculares estructurales y funcionales con la caracterización tisular no invasiva con el uso de realce tardío con gadolinio (RTG), que proporciona información sobre la presencia y cantidad de miocardio fibroadiposo. Buscamos describir la importancia y el papel de la resonancia magnética cardíaca dentro de los criterios diagnósticos de la miocardiopatía arritmogénica en un contexto de esclerosis sistémica y síndrome de CREST. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 28 años con esclerosis sistémica, abordada por el servicio de urgencias tras la presencia de palpitaciones y disnea progresiva de moderados a pequeños esfuerzos, mareo intermitente, una progresión hasta episodios de taquicardia ventricular y un evento de síncope sin dilucidar una causa principal, dentro del abordaje se solicitó estudio holter, ecocardiograma transtorácico y gammagrafía pulmonar sin obtener un diagnóstico definitivo hasta la implementación de la resonancia magnética cardíaca. **Discusión:** La resonancia magnética cardíaca proporciona una evaluación cuantitativa precisa de la función cardíaca, así como el desarrollo de mapas paramétricos basados en píxeles para detectar diversas anomalías sutiles pero presentes en un escenario de miocardiopatía arritmogénica.

251

RIESGO EN HIPERTENSION PULMONAR: MAS ALLA DE LAS HERRAMIENTAS PRONOSTICAS DE LAS GUIASSORASIO G¹, VARGAS MIELES P², SORICETTI J¹, SILVA CROOME N², CARUSO N¹, COSTA P², BANEGAS T², MOLINA J¹, NISTICHE A¹, LESCANO A²¹CENTRO GALLEGO, ²TRINIDAD QUILMES

Introducción: En la hipertensión arterial pulmonar (HP) la estratificación de riesgo de los pacientes constituye el primer paso para definir el esquema terapéutico. Las escalas internacionales no incluyen ciertas variables de fácil disponibilidad que pueden ser de utilidad en el tratamiento. **Objetivos:** Evaluar el riesgo de variables no convencionales en pacientes con hipertensión pulmonar en nuestro medio asistencial. **Materiales y métodos:** Estudio analítico, prospectivo que incluyó pacientes con diagnóstico de HP. Se recolectaron datos demográficos, subgrupos de HP y variables de riesgo reconocidas por las guías internacionales (europeas 2022) y otras no incluidas como: sexo, edad, ángor, clase funcional avanzada (CF), presión pulmonar media (PPM), entre otras. La variable dependiente pronostica se definió como mortalidad global (A vivo, B muerto). El análisis multivariado se realizó con regresión logística. Se definió el parámetro de discriminación valorando el área bajo la curva ROC. Se adjudicó significancia estadística a un valor $p < 0.05$. **Resultados:** Se incluyeron 381 pacientes, con edad media de 61 años (DE ± 17.00), sexo femenino (65.3 %), subgrupo 1 de HP (58.8%), CF avanzada en el 50.9%. La mortalidad total fue del 21%. En el análisis univariado, los factores asociados a mortalidad fueron (A y B): sexo masculino (28.2 versus 18.1%, $p 0.023$) CF avanzada (OR 2.97, IC 95% 1.52-5.95, $p 0.001$), ángor (51.3% vs 19.3%, $p 0.01$) mayor PPM (48.2 vs 38.6 mm Hg, $p 0.0001$), mayor resistencia vascular pulmonar (RVP) (9.2 vs 6.6 unidades Wood, $p 0.0003$) gradiente transpulmonar elevado (35.8 vs 27.9, $p 0.0001$) menor compliance de la arteria pulmonar (1.47 vs 2.54 ml/mm Hg, $p 0.0001$) y monoterapia (24.8 vs 13.7%, $p 0.018$) En el análisis multivariado las variables fueron: edad (OR 1.03, DS ± 0.013 , IC 95% 1.01-1.06, $p 0.003$), grupo 1 de HP ($p 0.019$), ángor ($p 0.002$) CF avanzada ($p 0.017$) PPM ($p 0.001$) e índice de volumen sistólico menor a 30 ml/m² ($p 0.011$) (tabla 1) El valor del área bajo la curva ROC fue de 0.82. (gráfico 1). **Conclusión:** La inclusión de variables no convencionales, como edad (continua), grupo 1 de HP, ángor y PPM elevada, adicional a la FC avanzada e índice de volumen sistólico permite una adecuada estimación del modelo en pacientes con HP en nuestro medio. Estos parámetros, de fácil evaluación y ampliamente disponibles, podrían contribuir a una mejora en la estimación del riesgo de estos pacientes.

248

SEPTOTOMÍA TRANSEPTAL AURICULAR CON BALÓN EN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR SEVERA Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICOSORASIO G¹, DI TOMASSO F¹, PERUSSO A¹, ATAMAÑIUK A², BLURO I³, DOMINE E¹¹HOSPITAL RIVADAVIA, ²HOSPITAL FERNANDEZ, ³HOSPITAL ITALIANO

Antecedentes: enfermedad mixta del tejido conectivo, tiroiditis de hashimoto y bronquiectasias. **Descripción del caso:** femenina de 20 años que ingresa con signos clínicos, electrocardiográficos y radiológicos de insuficiencia cardíaca derecha. En el ecocardiograma doppler se dilatación de cavidades derechas, disfunción severa del ventrículo derecho, insuficiencia tricuspídea severa, velocidad de regurgitación pico mayor a 4.5 m/s, presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) de 105 mm Hg, presión media de la arteria pulmonar (PAPm) de 55 mm Hg y derrame pericárdico leve (Figura 1). El cateterismo cardíaco derecho informa hipertensión arterial pulmonar (HAP) severa: presión media de aurícula derecha de 11 mm Hg, PAPm de 63 mm Hg, presión de enclavamiento pulmonar de 10 mm Hg, resistencia vascular pulmonar de 21 unidades woods (UW), gradientes transpulmonar y diastólico de 53 mm Hg y 43 mm Hg respectivamente, gasto cardíaco de 3.20 l/min, índice cardíaco de 2.6 l/min/m², índice de volumen sistólico (IVS) 23 ml/lat/m², saturación venosa mixta de 65 % y saturación arterial de 97%. Recibe furosemida endovenosa en infusión continua sin respuesta favorable, soporte con milrinona, noradrenalina y luego levosimendan. Evoluciona con bajo gasto cardíaco y falla severa del ventrículo derecho. Debido a la falta de acceso inmediato de prostanoideos parenterales, se realiza septotomía transeptal con balón de forma exitosa (Figura 2). Se deriva a centro de mayor complejidad para valoración pretrasplante e inicio de infusión de epoprostenol endovenoso. Presenta ecocardiograma control con dilatación moderada de cavidades derechas, PSAP 70 mm Hg y cateterismo cardíaco con descenso de la PAPm, RVP y mejoría del GC e IC (43 mm Hg, 7.3 UW, 4.8 l/min y 3.6 l/min/m², respectivamente). Se confirma el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico con nefritis lúpica grado II. **Discusión:** La prevalencia de HAP en enfermedad del tejido conectivo (ETC) es elevada, en esclerodermia y en segundo lugar lupus eritematoso sistémico (0.5 a 17.5%) y presenta elevada morbi-mortalidad a pesar del tratamiento vaso específico. La septotomía transeptal se considera en aquellos en lista de trasplante bipulmonar, que no responden al esquema terapéutico máximo o si este no es tolerado o no se encuentra disponible. Se contraindica con SAT oxígeno arterial menor al 90%, presión en la aurícula derecha mayor a 20 mm Hg y hemoglobina menor a 12 mg/dl y debe ser realizada en centros de referencia. Estudios han reportado mejoría sintomática y hemodinámica luego de la septotomía logrando descompresión del ventrículo derecho, mayor precarga del ventrículo izquierdo y del transporte sistémico de oxígeno sin complicaciones asociadas al procedimiento en centros con elevada experiencia.

260

CHOQUE CARDIOGÉNICO POSTPARTO SECUNDARIO A INSUFICIENCIA AÓRTICA SEVERA, UNA ASOCIACIÓN A LA CARDIOPATÍA CONGÉNITA CORREGIDA. REPORTE DE CASOARREOLA DOMÍNGUEZ I¹, NAJAR HINOJOSA R¹, ROBLES GONZALEZ R¹, BONILLA QUEZADA I¹, CONTRERAS GARCÍA S¹¹HOSPITAL GENERAL DE ZONA 35. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Antecedentes: Las enfermedades cardíacas siguen siendo la principal causa indirecta de mortalidad materna, por lo que se debe dar prioridad a la identificación temprana de factores de riesgo y con mayor atención, aquellas con antecedentes de cardiopatía congénita, por alto riesgo de morbilidad cardíaca periparto. Se estima que la enfermedad cardíaca afecta entre 1-2% de los embarazos y contribuye aproximadamente en un 15 % de las muertes fetales (1). **Descripción del caso:** Presentamos el caso de una mujer de 19 años de edad con antecedente de resección de rodete subárctico, plastia aórtica y cierre del conducto arterioso persistente a los 8 años de edad con resultados exitosos pero sin vigilancia posterior. Ingresa a tococirugía con embarazo de 38 SDG, emergencia hipertensiva, edema agudo pulmonar y falla cardíaca realizándose cesárea con manejo avanzado de la vía aérea y posterior ingreso a unidad de cuidados intensivos. A la exploración se identifica soplo holodistólico paraesternal izquierdo desde el 2do espacio intercostal, soplo mesosistólico pulmonar grado III/IV, así como campos pulmonares hipoaereados con estertores bilaterales. Se inicia manejo de choque cardiogénico, incluyendo aminas y levosimendan. ECOTT con FEVI 33%, hipocinesia generalizada moderada-severa, disfunción diastólica tipo III, PSAP de 75 mmHg e insuficiencia aórtica severa (con flujo holodistólico en aorta descendente y flujo reverso abdominal, velocidad final 19 cm/s). Cinco días después se logra extubar y es trasladada a tercer nivel manteniéndose sin criterios de inestabilidad hemodinámica. ECOTT de control con FEVI 55%, pero persistencia de insuficiencia aórtica severa. Se realiza consenso quirúrgico determinando no ser necesario trasplante cardíaco e ingresa a protocolo de recambio valvular aórtico, el cual se encuentra en estos momentos. **Discusión:** Los cambios hemodinámicos durante el embarazo pueden dar lugar a una descompensación cardíaca. Es trascendental un adecuado control y vigilancia prenatal, siendo el ecocardiograma transtorácico (ECOTT) el estudio de elección y en casos especiales, estudios complementarios como cardiiorresonancia magnética. Las complicaciones más comunes del embarazo en pacientes con defectos cardíacos congénitos es la falla cardíaca y arritmias (2). Existen nuevas herramientas diagnósticas para estratificar el riesgo en embarazadas, en especial las pacientes con enfermedad cardíaca conocida. La paciente presentaba un SCAI C, clasificación funcional aplicado en embarazadas, esto proporciona la oportunidad de determinar la severidad clínica y la planificación del adecuado manejo del choque cardiogénico (3).

249

ECOCARDIOGRAFÍA FETAL

ESTENOSIS VALVULAR PULMONAR: DIAGNÓSTICO PRENATAL Y MANEJO OPORTUNO EN EL RN A PROPOSITO DE UN CASO

STEPFFER C¹, SAENZ TEJEIRA M², HINCAPIE S², MARANTZ P²¹HOSPITAL MATERNO INFANTIL FLORENCIO ESCARDO, ²FUNDACION HOSPITALARIA

Antecedentes: Las cardiopatías congénitas (CC) son las malformaciones fetales mayores más ampliamente diagnosticadas y son causales del 20% de las muertes neonatales. La prevalencia estimada de las CC es de 8- 10/1000 recién nacidos vivos, y representan la primera causa de abortos por defectos congénitos, por lo que se estima que la incidencia de CC en el feto podría llegar a ser 5 veces mayor a la reportada en la bibliografía. La estenosis valvular pulmonar (EVP) aislada es una alteración que afecta a 1 de cada 22,000 nacidos vivos y representa de 8 a 10% de todas las cardiopatías congénitas. El Ecocardiograma Doppler Fetal permite el diagnóstico intraútero de ésta y otras CC, siendo de extraordinario valor ya que permite programar el nacimiento en centro especializado para brindar tratamientos oportunos y mejorar así sobrevida de RN con CC. **Descripción del caso:** Se reporta a continuación el CASO CLINICO de una paciente gestante de 28 años de edad, referida a nuestro servicio a las 32 semanas de gestación, para ser valorada por cardiología fetal con sospecha de CC. Mediante el Ecocardiograma Doppler Fetal, se realizó diagnóstico de EVP moderada con válvula displásica. Inició controles en nuestra institución y a las 39 semanas se obtuvo por cesárea un RN de Sexo femenino de 3,120 Kg, Apgar 8/9. Se confirmó diagnóstico de EP, por cardiología infantil, catalogándola como severa con IP leve. Se administró infusión intravenosa de prostaglandina y a los 5 de días de vida extrauterina se le practicó una valvuloplastia pulmonar percutánea con balón. Procedimiento efectivo y bien tolerado, que logro la mejoría clínica y hemodinámica inmediata. Es debido al diagnóstico prenatal que se logró el manejo oportuno del paciente con equipo multidisciplinario, logrando así el tratamiento adecuado en tiempo y forma. **Discusión:** -El Ecocardiograma Doppler Fetal es la herramienta más importante a la hora de valorar el corazón fetal. reafirmando la importancia del diagnóstico prenatal de las CC para mejorar la sobrevida del RN. Permite coordinar nacimiento programado en centro de complejidad. -En nuestro caso, permitió el diagnóstico prenatal de EPV moderada. Debido al diagnóstico fetal es que se logro la valoración precoz de la EVP con infusión de prostaglandinas de manera inmediata, como también, efectuar la valvuloplastia pulmonar con balón a los 5dd, con resultado exitoso para el RN. **Palabras clave:** ecocardiografía fetal, estenosis pulmonar, diagnóstico prenatal

257

CARACTERIZACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA A 2,800 METROS SOBRE NIVEL DEL MAR

FINKE BARRIGAA, ULLAURI SOLORZANO V

¹HOSPITAL METROPOLITANO

Introducción: La insuficiencia cardiaca es una de las patologías con mayor morbi-mortalidad a nivel mundial. De acuerdo a la OMS alrededor de 45.7 millones de personas padecen de esta enfermedad, número que podría incrementar hasta 67.1 millones para el 2030. La insuficiencia cardiaca con FEVI preservada tiene una prevalencia que oscila entre 1.1 a 5.5% de la población con una tasa de mortalidad del 15 al 30%. La presencia de comorbilidades como obesidad, HTA, fibrilación auricular, valvulopatía y cardiopatía isquémica asociado a la elevación de pro-BNP, FEVI mayor al 50% y alteraciones ecocardiográficas constituyen los criterios diagnósticos, por lo cual es evidente el rol que desempeña el ecocardiograma para el diagnóstico y clasificación. **Objetivos:** Identificar las constantes ecocardiográficas encontradas en pacientes con insuficiencia cardiaca con FEVI preservada para establecer un diagnóstico y tratamiento temprano. Determinar sensibilidad y especificidad de cada variable medida por ecocardiograma. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de corte transversal con muestreo no probabilístico de un universo de 415 pacientes con falla cardiaca, con selección aleatoria de 100 pacientes adultos valorados por clase funcional NYHA, elevación de pro-BNP, comorbilidades cardiovasculares y ecocardiografía con FEVI mayor al 50% en un periodo de 5 años. **Resultados y Conclusiones:** Del universo de 415 pacientes con insuficiencia cardiaca admitidos en el periodo de enero del 2014 a diciembre del 2019, la prevalencia de insuficiencia cardiaca con FEVI preservada corresponde al 47% de casos de falla cardiaca. El 81% era mayor de 65 años con predominio de género femenino en 66%. La HTA fue la principal etiología asociada y estuvo presente en 65% de la población, seguida de Fibrilación Auricular en 44%, valvulopatía en 17% y cardiopatía isquémica en 5%. El 90% de pacientes presentó disnea. El 59% se encontraba en clase NYHA III, IV y el 41% en clase NNYHA II, III. El valor medio de pro-BNP fue de 4111.83. La disfunción diastólica estuvo presente en el 88% con la combinación de los distintos hallazgos ecocardiográficos relevantes: E/e', E/a, Tiempo de desaceleración de onda E, dilatación auricular izquierda, hipertrofia de ventrículo izquierdo, trastornos de motilidad, hipertensión pulmonar, disfunción de ventrículo derecho y colapso disminuido de vena cava inferior. El ecocardiograma es una herramienta indispensable que se debe realizar a todos los pacientes con sospecha de falla cardiaca para un diagnóstico y tratamiento temprano que mejora el pronóstico a largo plazo.

315

SINDROME DE EAGLEJIMENEZ FILIGRANA M¹, MURILLO N¹¹UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

Antecedentes: El síndrome de Eagle (SE) clínicamente se caracteriza por dolor recurrente en la orofaringe y región cervical ipsilateral o bilateral, secundario al alargamiento del proceso estiloides por calcificación del ligamento estilohioideo, longitud normal entre 2.5 y 3 cm; aquellos pacientes con SE presentan alargamiento del proceso estiloides, con dimensión de 40 ± 47.2 mm. Epidemiología mundial oscila en 4% de la población general, se calcula que sólo el 4% de estos presenta síntomas, lo que corresponde al 0,16% de la población general, casos extremos de complicaciones como disección de arteria carótida. **Descripción del caso:** Masculino de 77 años de edad con clínica de 6 meses de evolución de odinofagia leve, sensación punzante a la deglución, posteriormente episodios descritos como crisis convulsivas, por lo cual es referida a clínica de IV nivel de atención en salud, RMN de cerebro sin alteraciones, TC de cuello se identifica apófisis estiloides mide; 51 mm derecha y 47 mm izquierda (aumento de la longitud de ambas apófisis estiloides), durante estancia en UCI episodios de bradiarritmia, se realizó ecocardiograma transtorácico sin alteraciones funcionales o estructurales, holter en 24 horas con presencia de múltiples pausas > 2.5 segundos con bloqueo AV avanzado, por inestabilidad hemodinámica es llevado de urgencia a implante de marcapasos bicameral. **Discusión:** El síndrome de Eagle presenta un desafío diagnóstico debido a su variedad clínica, pero es crucial considerarlo en base a la presentación sintomática. Un enfoque clínico adecuado es esencial para orientar el diagnóstico. En nuestro caso clínico, observamos una variante inusual con complicaciones relacionadas con la compresión del seno carotídeo por elongación de la apófisis estiloides, manifestándose en síntomas vaso vagales (Bloqueo AV avanzado). Esta presentación destaca la importancia de incluir este síndrome en la práctica clínica. El manejo interdisciplinario es fundamental, donde se prioriza la corrección de las complicaciones, como la necesidad de implante de marcapasos bicameral, así como el abordaje quirúrgico del defecto anatómico subyacente

311

SINDROME DE TAKOTSUBO INVERSOJIMENEZ FILIGRANA M¹, MURILLO N¹¹UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

Antecedentes: La cardiomiopatía de Takotsubo, conocida como el síndrome del corazón roto, fenómeno fascinante y complejo que simula clínicamente un infarto agudo de miocardio, con ausencia de obstrucciones coronarias significativas. En su forma clásica, la cardiomiopatía de Takotsubo (CTT) se manifiesta con una disfunción ventricular característica en el ápice del corazón. Sin embargo, una variante menos frecuente y por ende, menos comprendida, es el síndrome de Takotsubo inverso (rTTC). Este subtipo desafía la presentación típica afectando la base del ventrículo izquierdo, a menudo dejando el ápice funcionalmente intacto o hiperactivo. La relevancia clínica de rTTC radica en su capacidad para imitar la presentación de emergencias cardíacas agudas, lo que plantea desafíos diagnósticos y terapéuticos significativos. Aunque solo representa una pequeña fracción de los casos de CTT, con variaciones reportadas en la literatura que oscilan entre el 1 % y el 23 %, su reconocimiento es crucial para la implementación de estrategias de manejo adecuadas y para evitar intervenciones innecesarias. Los desencadenantes de rTTC reflejan una patogénesis compleja, que abarca desde una respuesta exagerada a las catecolaminas hasta procesos neurogénicos, pasando por influencias genéticas y hormonales y una respuesta inflamatoria sistémica. **Descripción del caso:** Femenina de 68 años con enfermedad de Parkinson, ingreso por cuadro gastroentérico de alto gasto, se descartó compromiso bacteriano, presenta episodio de disnea mas disconfort torácico, se descartó tromboembolismo pulmonar con Angiotac de arterias pulmonares negativo, evidencia derrame pleural bilateral, presencia de vidrio esmerilado central, presenta inestabilidad hemodinámica, requiriendo intubación orotraqueal, se realizó ecocardiograma transtorácico con función ventricular conservada (FEVI 56%) alteraciones segmentarias de tipo no cicatrizal en territorio de arteria coronaria derecha, cambios en relacion a Síndrome de Takotsubo invertido. **DISCUSION:** El síndrome de Takotsubo inverso (rTTC) representa una peculiar variante de la cardiomiopatía de Takotsubo (CTT) que desafía nuestra comprensión convencional de las enfermedades cardíacas relacionadas con el estrés. A diferencia de la forma apical clásica, rTTC involucra la base del corazón y muestra una prevalencia notablemente variable en la literatura médica, lo que indica la necesidad de una mayor sensibilización y refinamiento en las estrategias de diagnóstico. La patogénesis del rTTC parece ser tan multifactorial como su homólogo apical, con un papel significativo atribuido a la liberación excesiva de catecolaminas, la disfunción microvascular coronaria y el miocardio aturcido. Además, factores como la influencia neurogénica, las predisposiciones genéticas, las hormonas, y las respuestas inflamatorias subrayan la necesidad de un enfoque integral para comprender este síndrome.

350

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y GENÉTICAS DE PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDIACA ATTR EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD CALI, COLOMBIA

CÁCERES GUTIÉRREZ D¹, MURILLO BENITEZ N^{1,2}, BONILLA BONILLA D^{1,2}¹UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI, ²CLINICA DE OCCIDENTE

Introducción: La amiloidosis cardiaca CA es una enfermedad infiltrativa que resulta del depósito extracelular de fibras que son consecuencia de proteínas mal plegadas e inestables. A la fecha se han reconocido 36 tipos de proteínas amiloidogénicas para el humano, pero solo 9 se acumulan en el miocardio. La CA por transtirretina ATTR-CA se ha explorado con mayor detalle. La ATTR-CA se describió anteriormente como una forma rara de miocardiopatía infiltrativa, los avances recientes en el diagnóstico menos invasivo ha llevado a una mayor concientización y por ende a un mayor diagnóstico de la enfermedad, aunque aún infradiagnosticada. El objetivo del estudio es describir la experiencia en el diagnóstico, características clínicas y genéticas como el tratamiento y pronóstico de los pacientes con esta enfermedad considerando los datos limitados actuales en nuestra población. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, en un centro de alta complejidad en Cali, Colombia. Se incluyeron a todos los adultos diagnosticados con ATTR-CA en un periodo de tiempo comprendido entre 01/01/2023 al 01/02/2024. Luego de la aprobación por parte del comité institucional de ética, se revisaron los registros médicos de los pacientes con ATTR-CA, la CA se sospechaba con base de hallazgos ecocardiográficos sugestivos de CA y se confirmaba mediante un algoritmo no invasivo.

Resultados y Conclusiones: El estudio incluyó 12 pacientes, con una mediana de edad al diagnóstico de 73 años \pm 4,9 años, el 75% eran hombres, el principal motivo de consulta fue por insuficiencia cardiaca con un NYHA II/III en el 75% de los casos, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo se encontraba preservada en el 17%. El grosor ventricular izquierdo fue mayor a 12 mm en el 91% de los casos con un Strain longitudinal reducido en los segmentos basales en el 75% de los pacientes en que se reportó. La gammagrafía con pirofosfatos fue positiva en 100% de los pacientes con una puntuación Perugini de 3. Dos pacientes fallecieron durante la hospitalización en la que se hizo el diagnóstico, ambos por falla cardiaca avanzada. Dos pacientes fallecieron durante el primer año de seguimiento, por muerte súbita, actualmente el 100% de los pacientes recibe tratamiento estabilizador con Tafamidis. Respecto al tratamiento de la insuficiencia cardiaca los betabloqueadores, los ARNI y ISGLT2 fueron más frecuentemente utilizados, dada la baja tolerancia a IECA, ARA o ARNI. Por último, se presentó una mortalidad de un 33.3% en el tiempo desde el diagnóstico hasta el seguimiento de este estudio.

267

ENFERMEDAD DE DANON. UNA EXTRAÑA CAUSA DE MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA Y FALLA CARDIACA EN EDAD PEDIÁTRICA

JIMÉNEZ BULNES J¹, YAÑEZ GUTIERREZ L¹, SANCHEZ LÓPEZ S¹, LÓPEZ GALLEGOS D¹, GARCÍA DAVALOS I¹, MARQUEZ GONZALEZ H¹, CRUZ VARELA M¹¹SERVICIO DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS. HOSPITAL DE CARDIOLOGÍA, CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

Introducción: La enfermedad de Danon (ED) corresponde al 1-6% de los casos de miocardiopatía hipertrófica (MCH), es debida a la mutación del gen LAMP2 en el cromosoma X, siendo la única mutación detectada hasta el momento. Se caracteriza por la triada: MCH, miopatía y discapacidad intelectual. **Objetivo:** Describir un caso de ED como causa de falla cardiaca y necesidad de trasplante cardiaco en población pediátrica. **Material y métodos:** Masculino, 12 años. Antecedentes familiares: Madre de 26 años finada por miocardiopatía hipertrófica, post trasplante cardiaco, portadora gen LAMP2, sin otra afectación sistémica. Paciente con dislexia, depresión y ansiedad, sin discapacidad intelectual. A los 8 años de edad con presencia de palpitaciones y dolor precordial. Holter de 24 horas con latidos preexitados. Resonancia Magnética inicial con FEVI 62% y engrosamiento septal. Se realiza estudio genético identificando gen LAMP2 delección (Exon 7-9) homocigoto (patogénico). A los 12 años presenta estertores bilaterales basales, ecocardiograma transtorácico con disfunción biventricular grave. Disminución de FEVI 30% y derrame pericárdico, manejado con diuréticos y propanolol. Se añade disnea en reposo, ortopnea, aumento de peso (3 kg) de una semana de evolución, se inicia tratamiento de falla cardiaca aguda con furosemide intravenosa, mejorando síntomas posteriores a 5 días. Ecocardiograma de control con FEVI 35%, Válvula mitral con jet excéntrico, aurícula izquierda 48 x 38x 53, septum 27 mm (z score +6). Caminata de 6 minutos, clase funcional I. Resonancia magnética con reforzamiento tardío en patrón no isquémico del 29% de distribución transmural en parches con afección de todos los segmentos, sugerente de fibrosis secundaria a patología infiltrativa. FEVI 11%. Se calcula riesgo de muerte súbita del 11%. Electromiografía normal. Se inició optimizó tratamiento para falla cardiaca con espironolactona, furosemide, sacubitril/valsartan, carvedilol y dapaglifozina con adecuada tolerancia al mismo. Se establece mal pronóstico de vida por la presencia de gen y grado de afectación cardiaca, con expectativa de vida menor a 13 años sin trasplante cardiaco y DAI, por lo que se ingresa a lista de trasplante cardiaco. **Resultados y conclusiones:** Se debe considerar la MCH como causa de falla cardiaca en población pediátrica. Existe poca información sobre la evolución clínica de la ED por lo que se necesitan más estudios epidemiológicos que describan sus características. Una enfermedad agresiva, presente en ambos sexos, en mujeres con presentación más tardía con daño cardiaco exclusiva, la ausencia de la triada clásica no descarta la enfermedad.

266

SÍNDROME DE NOONAN. NO TODA VALVULOPATÍA ES ESTENOSIS PULMONAR. REPORTE DE CASO

CRUZVARELAM¹, YAÑEZGUTIERREZL¹, SANCHEZLÓPEZS¹, LÓPEZGALLEGOSD¹, GARCÍADAVALOS¹, MARQUEZGONZALEZH¹, JIMÉNEZBULNESJ¹, GONZALEZ ROJAS Y¹

¹SERVICIO DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS. HOSPITAL DE CARDIOLOGÍA, CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI, CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO.

Introducción: El síndrome de Noonan (SN) es una anomalía congénita múltiple. Los defectos cardiovasculares con mayor prevalencia son la estenosis pulmonar (40%) y las lesiones del lado izquierdo del corazón, estenosis de la válvula aórtica (9%) y estenosis de la válvula mitral (6%). **Objetivo:** Describir un caso clínico de un paciente con Síndrome de Noonan con doble lesión aórtica y pulmonar. **Material y métodos:** Masculino de 13 años con diagnóstico de Síndrome de Noonan, talla baja y antecedente de criptorquidia, al año de vida se realizó diagnóstico de estenosis valvular pulmonar y estenosis supraavalvular aórtica, a los 3 años de edad se realizó valvuloplastia aórtica con balón y a los 6 años valvuloplastia pulmonar con balón, último ecocardiograma con doble lesión aórtica: estenosis aórtica severa mixta de predominio supraavalvular por membrana Gte 86/47mmHg, aorta bivalva Sievers I R/L con estenosis moderada Gte 42/15mmHg, insuficiencia aórtica moderada con VC 3mm, T1/2P 576mseg, doble lesión pulmonar leve, hipertrofia concéntrica de VI y función biventricular conservada. Angiotomografía con dilatación aneurismática de raíz aórtica, arco aórtico, descendente proximal y tronco supra aórtico. Por severidad de estenosis aórtica y deterioro de clase funcional se realizó implante valvular aórtico, resección de membrana supraavalvular y reconstrucción de unión sinotubular. **Resultados y conclusiones:** La estenosis de la válvula pulmonar es característica de SN, sin embargo, la patología aórtica podría ser más común y requiere un índice más alto de sospecha con el fin de tratarse tempranamente, realizando un seguimiento multidisciplinario que evite las complicaciones en pacientes con SN.

263

EL ESPEJISMO DEL ELECTROCARDIOGRAMA EN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST INFERIOR: UN CULPABLE INESPERADO EN UN CASO DE OCLUSIÓN TOTAL CRÓNICA Y COLATERALIZACIÓN

DAVID PARDO D¹, ZULETA OVALLE M¹, ARDILA ARDILA D¹, GARCÍA PEÑA Á¹

¹DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA, UNIDAD DE CARDIOLOGÍA, PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO, BOGOTÁ, COLOMBIA.

Antecedentes: El electrocardiograma (ECG) es una herramienta ampliamente disponible y esencial en el abordaje del infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST). Aunque el ECG suele ser preciso para identificar la arteria culpable, existen excepciones. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 61 años, con múltiples comorbilidades, con IAMCEST electrocardiográficamente de pared inferior, aunque la arteria descendente anterior (DA) resultó ser la culpable. Ingresó por dolor torácico tipo angina durante 90 minutos. Estaba hemodinámicamente estable, sin signos de hipoperfusión o congestión. El ECG de ingreso documentó elevación del segmento ST en la pared inferior (DII, DIII, avF) con infradesnivel anteroseptal (V1 - V4) y lateral (DI, aVL). Se indicó tratamiento antiisquémico y paso inmediato a cateterismo cardíaco. Contrario a lo indicado por el ECG, en el procedimiento se evidenció una lesión crítica del 99% con alta carga trombótica en el segmento proximal de la arteria DA, la circunfleja no presentaba alteraciones y la coronaria derecha (CD) tenía oclusión total proximal crónica. Además, la DA emitía circulación colateral heterocoronaria tipo 2 a la arteria descendente posterior (DP). Se consideró la DA como la arteria culpable, realizándose angioplastia e implante de stent medicado en esta arteria. 72 horas después, se realizó angioplastia con implante de tres stents medicados en el tercio proximal, medio y distal de la CD. Durante los estudios, un ecocardiograma transtorácico mostró una fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida (35%) con trastornos segmentarios de contractilidad. Además, se registró un colesterol LDL de 281 mg/dL. **Discusión:** Electrocardiográficamente, se sospechaba que la arteria culpable podría ser la circunfleja o la CD debido a la elevación del segmento ST en la pared inferior. Sin embargo, lo sorprendente fue que en realidad la arteria comprometida agudamente era la DA. En este caso, debido a la oclusión total crónica de la CD, el territorio de la arteria DP dependía de la colateralidad de la DA. Por lo tanto, consideramos que el territorio que más sufrió en el momento de la isquemia aguda fue el de la DP. Sospechamos que, de haber continuado la evolución del IAM, muy posiblemente también se hubiese comprometido el territorio de la DA. Este es un hallazgo electrocardiográfico inusual que podría denotar que el territorio de mayor sensibilidad isquémica es el que se demuestra en el electrocardiograma. Esta particularidad se da en contexto de colateralidad originada por una oclusión total crónica.

269

EVOLUCIÓN POSTQUIRÚRGICA DE PACIENTES CON CIRUGÍA DE REPARACIÓN DE ANOMALÍA DE EBSTEIN EN LA VIDA ADULTA

TÉLLEZ LÓPEZ Y¹, GARCÍA CRUZ E¹, BARRERA REAL A¹, ANGULO S¹, ASSEO J¹, ALVARADO M¹, ESPINOSA CALETI I¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

Introducción: Los pacientes con Anomalia de Ebstein comúnmente requieren reparación quirúrgica en algún momento de la evolución de la enfermedad. Muchos pacientes atraviesan la infancia y adolescencia asintomáticos, alcanzando la vida adulta sin diagnóstico y sin tratamiento; en países en vías de desarrollo esto se asocia al difícil acceso a los sistemas de salud. Se ha propuesto la cirugía correctiva con la finalidad de mejorar el pronóstico vital y funcional de estos pacientes. La información sobre la cirugía en adultos en países latinoamericanos es limitada y algunos estudios tienen resultados variables. Se decidió realizar un análisis de la evolución de estos pacientes luego de ser sometidos a reparación quirúrgica. **Objetivo:** Describir la evolución clínica y por imagen de pacientes adultos con Anomalia de Ebstein sometidos a reparación quirúrgica, analizar los parámetros previos a la cirugía y compararlos con los cambios postquirúrgicos. **Materiales y métodos:** Análisis retrospectivo de 25 pacientes mayores de 18 años sometidos a cirugía de reparación de Anomalia de Ebstein en un Centro de tercer nivel, en el periodo comprendido entre enero de 2015 y septiembre de 2023. De 25 pacientes solo 7 cumplieron con los estudios prequirúrgicos y postquirúrgicos de imagen. Se realizó el análisis de 2 grupos, en el primer grupo (grupo general) se analizó la clase funcional según NYHA, la presencia de arritmias, la función renal, y la mortalidad postoperatoria a corto y mediano plazo; en el segundo grupo se analizó a los pacientes que cumplieron con los estudios de imagen incluyendo parámetros de función y volúmenes biventriculares tanto por Ecocardiografía como por RMC. **Resultados y Conclusiones:** El seguimiento medio fue de 18 meses de todos los pacientes operados con una mortalidad a corto plazo del 8% y una supervivencia a mediano plazo del 100% en el grupo general. Este primer grupo general evaluado desde el punto de vista clínico, mostró mejoría significativa de la clase funcional y disminución de la frecuencia de eventos arrítmicos, sin cambios en la función renal. En esta serie se observó que la muerte de uno de los pacientes estuvo relacionada con los tiempos quirúrgicos prolongados y con la disfunción y dilatación severa biventricular. No hubo sustitución valvular tricuspídea inmediata ni en el seguimiento. En el segundo grupo, el ecocardiograma transtorácico y la RMC de seguimiento demostraron reducción del grado insuficiencia tricuspídea y de los volúmenes del ventrículo derecho, mejoría de la clase funcional y una leve disminución de los eventos arrítmicos.

403

LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN DE LAS VENAS ILIACAS Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

MENES HERNÁNDEZ M¹, ROSENBERG APARICIO R¹PHLEBO

Introducción: En el 26avo meeting del American Venous Forum 2014 presentamos una serie de 42 pacientes con reflujo venoso profundo bilateral por doppler debido a una marcada tortuosidad de la aorta abdominal e ilíacas. De éstos, 70% eran mayores de 50 años con hipertensión arterial (HTA) diagnosticada y tratada. Basados en el trabajo del Dr. S Raju de 2011 que demostraba como mujeres postmenopáusicas con edema de las extremidades tenían obstrucción de ilíacas con dopplers normales decidimos explorar si este fenómeno se daba en pacientes con clínica de síndrome de insuficiencia venosa crónica (IVC) bilateral independientemente de la presencia o no de reflujo profundo. **Materiales y métodos:** De enero 2014 a diciembre 2023 detectamos 547 pacientes entre 24 y 89 años de edad con clínica de IVC bilateral e independientemente del resultado del doppler (83% o sea 454 no presentaban reflujo profundo) se les realizó venografía o angiogramografía venosa de venas ilíacas y cava inferior en busca de obstrucción de las mismas y se clasificaron en 4 grupos: mayores de 50 años y menores de 50 años con o sin hipertensión y se midió el Ods ratio mediante la prueba de Chi2. Además, se documentó la presencia de enfermedad tromboembólica. **Resultados:** En los 547 pacientes se documentó estenosis de la unión ilioacava o raíz de la cava inferior con o sin estenosis adicionales de las ilíacas. De éstos, 340 o sea el 62.15% eran hipertensos y 57.8% mayores de 50 años. Esta asociación es estadísticamente significativa ($p < 0.005$, OR 11.61, intervalo de 7.47 a 18.05) y en la práctica el 100% de los pacientes en una forma sindrómica, con clínica de IVC bilateral, hipertensos y mayores de 50 años, independiente de la presencia o no de reflujo profundo en el Doppler, presentaban obstrucción de ambas venas ilíacas o de la raíz de la cava inferior. Todos los grupos presentaron una alta incidencia de enfermedad tromboembólica siendo la más elevada en el grupo con hipertensión con 16.7% (93 veces la prevalencia de 0.18% de la población) seguida del grupo de hipertensos mayores de 50 años con 8.53% (47 veces mayor) todos los casos documentados de tromboembolia pulmonar se dieron en este grupo con 1.47% (3.68 veces más que la prevalencia mundial). **Conclusiones:** Hallamos una fuerte asociación clínica y estadística entre la HTA, edad mayor de 50 años, IVC y obstrucción de las ilíacas. Estos pacientes presentan una muy alta incidencia de enfermedad tromboembólica.

278

MIOPERICARDITIS POR INFLUENZA A

RIVERA PINEDA J¹¹CARDIOMEDIC GUATEMALA

Antecedentes: En la actualidad, las manifestaciones del virus de la influenza A no están completamente establecidas. Está estimado que el virus puede producir daño miocárdico en aproximadamente el 10% de los casos. La afectación documentada hasta hoy ha variado desde cuadros asintomáticos hasta miocarditis aguda y taponamiento cardiaco. La mortalidad de la miocarditis aguda varía entre 25 a 50%. Los pacientes que se presentan con falla cardiaca y con disfunción sistólica pueden tardar semanas o meses en recuperarse. En la mitad de los pacientes la función sistólica se recuperará completamente, mientras el resto desarrollará miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica crónica.

Descripción del caso: Femenina de 67 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes e hipotiroidismo, acude a emergencia con historia de 3 días previos con rinorrea, tos no productiva y alza térmica, asociado a dolor en precordio exacerbado a la lateralización izquierda. Al ingreso se documenta hipotensión de 80/40 mmHg, pulsos filiformes y oligoanuria. Laboratorios muestran leucocitosis con 17 K/ul, falla renal (creatinina 2.1 mg/dL, BUN 72 mg/dL), hiperglucemia 295 mg/dL y gasometría con acidosis metabólica e hiperlactatemia. Proteína C reactiva 36.7 mg/L. Hisopado para Influenza A positivo. Electrocardiograma con bajo voltaje en todas las derivaciones. Ecocardiograma transtorácico mostró ventrículo izquierdo con hipertrofia concéntrica, función sistólica conservada (68%) y disfunción diastólica grado I, derrame pericárdico circunferencial moderado con medición máxima de 1.72 cm en sístole y diástole, y engrosamiento pericárdico de 9 mm, presenta colapso de aurícula derecha menor de 1/3 del ciclo cardiaco sin variabilidad del flujo doppler transmitral. Troponina I y CPK con valores significativamente elevados (538 U/L y 1.42 ng/mL, respectivamente). Se interpretó como compromiso miocárdico y pericárdico secundario a infección respiratoria. Se instauró vasopresores, antiviral Oseltamivir, colchicina y por persistir con falla renal se eligen esteroides. Al decimo primer día de tratamiento médico presenta mejoría de parámetros clínicos, sin insuficiencia respiratoria, nuevo ecocardiograma documenta escaso derrame pericárdico sin compromiso hemodinámico o alteraciones de la contractilidad segmentaria del ventrículo izquierdo por lo que se da alta y continua bajo seguimiento ambulatorio. **Discusión:** Se describió el caso de paciente con múltiples factores cardiovasculares presentando infección respiratoria aguda identificando como agente causal Influenza A. El cuadro presenta compromiso miocárdico y pericárdico. Posterior a la pandemia por Influenza A H1N1 del 2009, surgieron múltiples publicaciones donde describen la presentación clínica, sin embargo, ha sido escasa la referencia al compromiso miocárdico con una prevalencia entre 1 al 11%.

277

CARDIOTOXICIDAD PERMISIVA EN PACIENTE METASTÁSICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

MORENO GARCÍA A¹, BAZÁN MILIAN M¹, PÉREZ MEDEROS D¹, VÁSQUEZ CASTRO F², SOBERATS MENDEZ E¹¹INSTITUTO DE ONCOLOGÍA Y RADIOLOGÍA, ²CIMEQ

Antecedentes: El campo de la cardiocología nació de la necesidad de reconocer y tratar las enfermedades cardiovasculares de los pacientes con cáncer. El concepto emergente de cardiotoxicidad permisiva busca permitir un nivel aceptable de toxicidad cardíaca para permitir el tratamiento con tratamientos altamente eficaces, pero potencialmente tóxicos cardíacos, o sea el equilibrio de los beneficios de un tratamiento eficaz contra la aceptación de su cardiotoxicidad asociada, fuera del objetivo de atenuación de la toxicidad. Con este fin, presentamos nuestra experiencia en el mundo real, en una sola institución, con Adriamicina en una paciente con FEVI normal, pero sintomatología presumible de Insuficiencia Cardiaca. **Descripción del Caso:** Paciente femenina, de 61 años, con antecedentes de HTA controlada con Enalapril 20 mg, que en 2022 se diagnostica Carcinoma de células claras de Endometrio. Se impone tratamiento neoadyuvante con quimioterapia: Paclitaxel y Carboplatino por 6 ciclos y quimioterapia. En diciembre del 2023 en estudios de seguimiento se diagnostica por Tomografía, múltiples nódulos pulmonares de aspecto metastásico, se decide en consulta central de Pulmón administrar 6 ciclos con Adriamicina. En el 1er ciclo la paciente presenta taquiarritmia por los que es remitida a la consulta de cardiología. **Discusión:** La incidencia y mortalidad por cáncer ha disminuido por la detección precoz y tratamientos mas específicos oncológicos, pero ha traído aparejado un aumento de las enfermedades cardiovasculares, de lo que se deriva la necesidad de un trabajo equipo entre oncohematólogo y cardiólogos para lograr el control de la cardiotoxicidad y el empleo de terapia oncoespecíficas más eficaces. El uso de drogas cardiotóxica es posible bajo un estrecho seguimiento y vigilancia. La estrategia de cardiotoxicidad permisiva, solo debe ser aplicable cuando contamos con elementos para la mitigación de la sintomatología cardiotóxica que pueda presentarse. En este caso al evaluar el ECG y la ecocardiografía junto a la clínica; nos mostraban una función cardiovascular aceptable, a pesar de sus antecedentes como hipertensa, consideramos que la sintomatología que presentaba la paciente era secundaria a las adenopatías pericárdicas y mediastinales descritas en el tomografía, no obstante decidimos dejar el enalapril como posible cardioprotector, comenzar con bajas dosis de β-bloqueo y hacer un seguimiento previo a la administración de cada ciclo, además de una consulta con todo el equipo cardio oncológico.

333

INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST SECUNDARIO TROMBOSIS CORONARIA MULTIVASO: UN FENÓMENO CLÍNICO POCO FRECUENTESANTIAGO HERNÁNDEZ A¹, GONZÁLEZ MACEDO E¹, LATAPI RUIZ ESPARZA X¹, DÍAZ HERRERA B¹, ADIB GRACIA A¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

Antecedentes: En el Infarto Agudo al Miocardio con Elevación del Segmento ST (IAMCEST) secundario a la trombosis de múltiples arterias coronarias epicárdicas es un hallazgo clínico poco común, observado en el 4.8% de los casos durante la Intervención Coronaria Percutánea Primaria (ICPP) que se traducen en evolución clínica más agresiva y desenlaces menos favorables. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 53 años con antecedente de tabaquismo activo e IAMCEST con colocación de 3 stents en arteria circunfleja izquierda, coronaria derecha y arteria descendente anterior. Inicia padecimiento con dolor precordial opresivo, con diaforesis y vómito. Acudió a urgencias donde fue diagnosticado con IAMCEST en cara inferior, por lo que se administró terapia fibrinolítica con alteplasa. El paciente fue reevaluado a los 60 minutos con criterios de fibrinólisis exitosa; sin embargo, a los 90 minutos se observó nueva elevación del segmento ST en cara anterior con extensión al ventrículo derecho y bloqueo de rama derecha del Haz de His. Se le realizó un ecocardiograma transtorácico, que evidenció disfunción sistólica biventricular grave, Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo (FEVI) del 8%, diagnosticando choque cardiogénico SCAI C. Se colocó un Balón Intraaórtico de Contrapulsación y se administró dobutamina. En la coronariografía se observó oclusión total trombótica de la arteria descendente anterior, (TIMI 0), un stent en el segmento proximal con lesión oclusiva del 70% de la arteria circunfleja y trombosis tardía del stent con presencia de trombo (TIMI 4) de la coronaria derecha. Se realizó angioplastia con balón en la arteria coronaria derecha y se colocó stent liberador de fármaco en la arteria descendente anterior. Tras 9 días de estancia intrahospitalaria, sin requerimiento de inotrópicos o apoyo ventricular, se decide su egreso con una FEVI del 15%. **Discusión:** La trombosis coronaria multivasos en IAMCEST es un fenómeno poco frecuente. Su etiología se puede clasificar en causas identificables (vasoespasma coronario, uso de cocaína y otras drogas vasoactivas, estados protrombóticos, y trombofilias) y no identificables. En el presente caso, se teoriza que la etiología asociada fue una combinación de los siguientes factores: disociación electromecánica ocasionada por la isquemia transmural inferior, que se tradujo en hipoperfusión en un territorio vascular distinto y subsecuentemente choque cardiogénico; así como una alta carga ateromatosa en múltiples territorios vasculares.

281

OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA EN CHOQUE CARDIOGÉNICO SECUNDARIO A MIOCARDITIS FULMINANTE: UNA ESPADA DE DOBLE FILOSANTIAGO HERNÁNDEZ A¹, GONZÁLEZ MACEDO E¹, NERI BALE R¹, ADIB GRACIA A¹, ARIAS MENDOZA M¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

Antecedentes: La miocarditis fulminante se caracteriza por una inflamación aguda del músculo cardíaco que se asocia a complicaciones como choque cardiogénico y arritmias ventriculares. En muchos casos, es necesario recurrir a dispositivos de asistencia ventricular como terapias puente a la recuperación de la función cardíaca, sin embargo, éstos no están exentos de complicaciones. **Descripción del caso:** Mujer de 46 años que inicia con dolor precordial posterior a 3 días con fiebre, síntomas respiratorios y exantema. Acude a unidad médica donde realizan electrocardiograma, el cual demostró Elevación del Segmento ST compatible con Infarto Agudo del Miocardio, se administra terapia fibrinolítica sin cumplir criterios de reperfusión, por lo que se refiere a centro con capacidad de Intervención Coronaria Percutánea, a su ingreso con persistencia del dolor torácico, hipotensión y datos bioquímicos de hipoperfusión, el electrocardiograma muestra elevación difusa del segmento ST y el ecocardiograma transtorácico muestra hipocinesia generalizada, Fracción de Eyección de Ventrículo Izquierdo (FEVI) deL 17% y dilatación de cavidades. Se clasifica como choque cardiogénico SCAI D refractario a inotrópicos y vasopresores por lo que se decide asistencia circulatoria con Oxigenación por Membrana Extracorpórea Venó-Arterial (VA-ECMO) y Balón Intra-aórtico de Contrapulsación (BIAC). Al segundo día de soporte mecánico presenta deterioro hemodinámico y colapso de aurícula derecha secundario a tamponade cardíaco por lo que se decide realizar ventana pericárdica. Durante su hospitalización presentó taquicardia supraventricular que resuelve con cardioversión eléctrica. Tras 4 días de VA-ECMO presentó mejoría hemodinámica por lo que se retiró el soporte mecánico, sin embargo se evidenciaron cambios isquémicos irreversibles en miembro pélvico izquierdo que requirió amputación supracondílea. Tras 8 días de hospitalización se completa abordaje con resonancia magnética que muestra datos no compatibles con cardiopatía isquémica, edema e inflamación generalizada sugerentes de miocarditis así como una FEVI de 59% por lo que es egresada con éxito. **Discusión:** La oxigenación por membrana extracorpórea puede utilizarse como plataforma para la recuperación de la función cardíaca en escenarios de lesión cardíaca potencialmente reversible; no obstante la supervivencia es del 41% en pacientes que hayan recibido soporte con VA-ECMO. La incidencia de complicaciones tromboembólicas asociadas con ECMO es desconocida, y los estudios de autopsias sugieren que la evaluación clínica subestima su aparición. Se han reportado tasas de isquemia de extremidad inferior del 16.9% y de amputación del 4.7%.

323

EL TROMBOEMBOLISMO VENOSO POSTERIOR A LA INSERCIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL: EXPERIENCIA EN UNA CLÍNICA DE ANTICOAGULACIÓN EN CALI-COLOMBIAMORA GUERRERO A¹, ARTEAGA TOBAR A¹, GÓMEZ MESA J¹, LEÓN GIRALDO H¹, FUERTES BUCHELI J¹, TORO ROSAS L¹¹FUNDACIÓN VALLE DE LILI HOSPITAL UNIVERSITARIO

Introducción: El tromboembolismo venoso es una de las complicaciones asociadas al uso de catéter venoso central, es común en pacientes con cáncer y existen pocos estudios con evidencia al respecto. **Objetivo:** Describir las características sociodemográficas y clínicas, las complicaciones y el manejo anticoagulante en pacientes con tromboembolismo venoso posterior a la inserción de catéter venoso central atendidos en una clínica de anticoagulación en Cali, Colombia. **Materiales y métodos:** Estudio observacional descriptivo obtenido de registro retrospectivo en pacientes adultos, anticoagulados con warfarina, anticoagulantes orales directos o agentes parenterales atendidos en consulta externa entre 2011 y 2022. Se identificaron 187 pacientes con diagnóstico de tromboembolismo venoso luego de la inserción de catéter venoso central, manejados en la clínica de anticoagulación de la Fundación Valle de Lili en Cali, Colombia. **Resultados:** La mediana de edad fue de 59.7 años (RIC 46.6-67.5) y el 70.1% de los pacientes fueron sexo femenino, el antecedente más frecuente fue cáncer en el 77.5%. La trombosis más usual fue la trombosis venosa profunda de miembros superiores, principalmente en la localización del catéter en la vena subclavia en 56%. El anticoagulante más utilizado fue enoxaparina en 55,1%. El 3,7% presentó hemorragia. **Conclusión:** La trombosis asociada a catéter (TRC), una entidad poco estudiada, afecta principalmente los miembros superiores. Según nuestros hallazgos, el manejo habitual de esta condición implica el uso de enoxaparina. Sin embargo, se precisa de estudios adicionales para orientar de manera más precisa el manejo farmacológico en pacientes con TRC en miembros superiores y abordar su tratamiento de manera individualizada

271

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON COVID-19 Y ANTECEDENTE DE FIBRILACIÓN AURICULARBERNALTORRESW^{1,2}, ARANGO IBAÑEZ J³, POSSOMARINS², ALVARADO A⁴, ULATEA⁵, OLIVER P⁶, CRIOLLO I⁷, LEÓN-GIRALDO H³, ARTEAGATOBARA³, GOMEZ-MESA J^{1,2,3}¹FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, ²UNIVERSIDAD ICESI, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, ³FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, CENTRO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS, ⁴HOSPITAL ESPECIALIZADO DE VILLANUEVA, ⁵HOSPITAL MÉXICO, ⁶HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA, ⁷HOSPITAL REGIONAL ARICA

Introducción: La pandemia causada por el COVID-19 ha conllevado a uno de los retos más importantes para los sistemas de salud a nivel global. La fibrilación auricular (FA) se ha identificado como un predictor de complicaciones y mortalidad en pacientes con COVID-19. **Objetivo:** Este estudio pretende identificar los factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes latinoamericanos hospitalizados por COVID-19 que tenían FA preexistente. **Material y métodos:** Presentamos un estudio prospectivo de cohorte, analítico, multicéntrico, usando el registro de CARDIO COVID 19-20, el cual incluye pacientes hospitalizados con COVID-19 de 14 países latinoamericanos. Se hizo una caracterización epidemiológica y clínica de los pacientes y se desarrolló un modelo de regresión múltiple ajustado y parsimonioso para identificar los factores mayormente asociados a mortalidad en pacientes con antecedente de FA. **Resultados:** Se incluyeron 3,260 pacientes, de los cuales 115 tenían antecedentes de FA. El grupo de FA tenía una mayor mediana de edad (72 vs 61), mayor prevalencia de comorbilidades, y mayor uso de medicamentos cardiovasculares. 785 (25%) de pacientes sin FA murieron durante la hospitalización, mientras que en el grupo de FA el fallecimiento ocurrió en 46 (40%). En el modelo parsimonioso de regresión ajustado, encontramos que el antecedente de FA (OR: 1.85; 95% CI 1.10-3.13; p=0.044), la enfermedad renal crónica (OR: 2.44; 95% CI 1.22-4.89; p=0.030), y una frecuencia respiratoria mayor de 25 respiraciones por minuto al ingreso hospitalario (OR: 2.00; 95% CI 1.21-3.33; p=0.032), fueron significativamente asociados con una mayor mortalidad hospitalaria. El uso de corticosteroides no alcanzó significancia estadística (OR: 1.84; 95% CI 1.07-3.25; p=0.080), sin embargo, el intervalo de confianza no cruzó la unidad siendo compatible con la presencia de un efecto. **Conclusiones:** Este estudio demuestra que el antecedente de FA aumenta la mortalidad hospitalaria en pacientes con COVID-19 en pacientes latinoamericanos. La enfermedad renal crónica y una frecuencia respiratoria elevada al ingreso hospitalario mostraron ser factores predictores para la mortalidad en estos pacientes. Estos hallazgos resaltan la importancia de las comorbilidades y los signos de severidad en los desenlaces clínicos por el COVID-19.

334

MENTAL HEALTH AS A MANIFESTATION OF POST-COVID-19 SYNDROME

RIVAS J¹, CÓRDOBA MELO B¹, BARBOSA M¹, ARANGO-IBAÑEZ J¹, ARTEAGA TOBAR A¹, MIRANDA-BASTIDAS C^{2,3}, CASANOVA ROJAS A¹, MINA SÁNCHEZ A¹, GÓMEZ-MESA J^{1,4}

¹FUNDACIÓN VALLEDELLILI, ²UNIVERSIDAD DEL VALLE, ³HOSPITAL UNIVERSITARIO PSIQUIÁTRICO DEL VALLE, ⁴SOCIEDAD INTERAMERICANA DE CARDIOLOGÍA

Introduction: The COVID-19 pandemic have profoundly impacted global health, leading to significant morbidity and mortality. Beyond its immediate health effects, the pandemic have also had a considerable impact on mental health, exacerbating conditions such as depression, anxiety, and stress. This has prompted a need for comprehensive studies on the long-term mental health outcomes of COVID-19 survivors (Post COVID-19 syndrome – PC-19S). **Aim:** This study aimed to describe the mental health status and quality of life among a cohort of Colombian patients more than 2 years after a COVID-19 hospitalization (PC-19S), exploring the prevalence of psychiatric symptoms and cognitive impairment in this population. **Materials and Methods:** Utilizing data from the Latin American Registry of Cardiovascular Disease and COVID-19 (CARDIO COVID 19-20 Registry), that was conducted and supervised by the Consejo Interamericano de Falla Cardíaca e Hipertensión Pulmonar (CIFACAH) of the Sociedad Interamericana de Cardiología (SIAC), this descriptive analysis included Colombian patients previously hospitalized for COVID-19. Psychiatric evaluations were conducted to assess anxiety, depression, perceived stress, quality of life, and cognitive impairment. These assessments utilized standardized tools, including Hamilton Anxiety Rating Scale, Beck Depression Inventory, Perceived Stress Scale, WHO Quality of Life-BREF, and cognitive tests to evaluate memory, attention, and executive functions. **Results:** 177 patients were included, predominantly male participants with a median age of 57 years. Key findings of PC-19S indicated a high prevalence of cognitive impairment, especially among those who had been admitted to Intensive Care Unit (ICU), with 13% scoring below the normal range on cognitive assessments. Most common comorbidities were obesity/overweight, hypertension, and diabetes. The prevalence of psychiatric symptoms was significant, highlighting the profound impact of COVID-19 on mental health and cognitive functions. **Conclusion:** As a manifestation of PC-19S, patients experience significant mental health challenges, including depression, anxiety, perceived stress, and cognitive impairment. These findings underscore the necessity for ongoing mental health support and interventions for PC-19S, with a particular focus on those with severe disease and ICU admissions.

285

EVENTOS CARDIOVASCULARES ADVERSOS EN PACIENTES CON PATRÓN ELECTROCARDIOGRÁFICO DE WELLENS

MARTINEZ SANTOS C¹, CARRILLO ESTRADA M¹, ROMERO ZERTUCHE D¹, GARCIA HERNANDEZ N¹, ANTEZANA CASTRO J¹

¹INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Introducción: El síndrome Wellens conlleva un patrón electrocardiográfico característico, asociado con una estenosis proximal significativa de la arteria descendente anterior; en pacientes que reciben tratamiento conservador, la mayoría evoluciona a un infarto anterior extenso. La identificación del riesgo de complicaciones cardiovasculares en estos pacientes puede ayudar a definir el momento idóneo de la estrategia invasiva. **Objetivos:** Describir los eventos cardiovasculares adversos que presentan los pacientes con patrón electrocardiográfico de Wellens, ingresados a la unidad coronaria de un hospital de Cardiología de tercer nivel. **Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y longitudinal. Se realizó una revisión de expedientes de abril 2021 a diciembre 2023 de los pacientes que ingresaron a la unidad coronaria con diagnóstico de SICA sin elevación persistente del segmento ST. Se realizó una revisión de los electrocardiogramas y se seleccionaron aquellos pacientes con criterios electrocardiográficos para patrón de Wellens tipo A y B. Los eventos cardiovasculares intrahospitalarios evaluados fueron: muerte por causa cardiovascular, insuficiencia cardíaca aguda, reinfarto, choque cardiogénico, lesión renal aguda (síndrome cardiorenal). **Resultados y conclusiones.** En el periodo descrito, se encontraron un total de 512 pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. Se determinó que un total de 35 pacientes (6.8%) cumplía criterios para síndrome de Wellens; el 60% fueron hombres, con un promedio de edad de 66 años (+11.8). Se realizó coronariografía en todos los casos, con intervencionismo coronario percutáneo a la descendente anterior en 94%, con un tiempo promedio del inicio de los síntomas a la ICP de 22 horas, obteniendo un flujo final TIMI 3 en todos. En el 100% de la población se encontró el nivel de troponina T de alta sensibilidad por arriba de la percentila 99 al momento de su evaluación inicial, el promedio de troponina inicial fue de 502 ng/L, con una troponina máxima durante las primeras 24 horas de 659 ng/L. De los 35 pacientes, once (31%) presentaron insuficiencia cardíaca aguda durante su estancia y dos pacientes (5.7%) desarrollaron choque cardiogénico; estos dos pacientes presentaron muerte por causa cardiovascular. Un 14% de los pacientes presentaron lesión renal aguda durante la hospitalización. Las complicaciones cardiovasculares adversas en pacientes con patrón electrocardiográfico de Wellens son frecuentes, por lo que debe considerarse una estrategia invasiva oportuna con el objetivo de intervencionismo percutáneo a la arteria responsable.

319

MIOCARDIOPATÍA POR ESTRÉS EN UN PACIENTE CON CÁNCER ACTIVO: UN DIAGNÓSTICO PARA TOMAR EN CUENTAPINTO CANCINO R¹, CARRILLO ESTRADA M¹, SÁNCHEZ TORRES M¹, RAMÍREZ RAMÍREZ C¹, FIGUEROA OLVERA E¹¹HOSPITAL DE CARDIOLOGÍA, CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI.

Título: Miocardiopatía Por Estrés En Un Paciente Con Cáncer activo: Un Diagnóstico Para Tomar En Cuenta. **Antecedentes:** La miocardiopatía por estrés conlleva una disfunción transitoria de la función ventricular izquierda y su presentación clínica asemeja un síndrome coronario agudo. En pacientes con neoplasias malignas activas, se ha propuesto que la exposición al tratamiento para el cáncer, los procedimientos quirúrgicos y el estrés emocional tienen un papel importante en el desarrollo de esta entidad. **Descripción del caso:** Mujer de 76 años con antecedente de cáncer de colon. Ocho años antes había recibido tratamiento con resección quirúrgica y radioterapia. Presentó recidiva posteriormente lo que requirió resección quirúrgica y tratamiento coadyuvante con 5-fluorouracilo. Un año después, nuevamente con recurrencia con invasión a recto, sigmoides y colon descendente. Se programó para hemicolectomía, colostomía y reconexión de íleon. Durante la inducción anestésica presentó taquicardia ventricular sin pulso, que ameritó desfibrilación en dos ocasiones y 6 minutos de maniobras de reanimación cardiopulmonar con retorno a la circulación espontánea. Su electrocardiograma posterior mostró elevación del segmento ST en cara inferior y ondas T negativas de V1-V4. Se realizó toma de troponina I de alta sensibilidad que se reportó en 2358 mcg/l. Fue trasladada a nuestro centro. Su ecocardiograma demostró alteraciones en la movilidad con acinesia de todos los segmentos medios y apicales. Ante la sospecha de síndrome coronario agudo, se realizó coronariografía que no mostró lesiones angiográficas significativas. En este contexto, se realizó resonancia magnética que reportó incremento en mapeos paramétricos en T2 de predominio en segmentos medios y apicales en relación con edema y ausencia de realce tardío de gadolinio. Por lo anterior se integró el diagnóstico de miocardiopatía por estrés. **Discusión:** La miocardiopatía por estrés es un diagnóstico de exclusión que puede considerarse en pacientes que se presentan con datos sugestivos de síndrome coronario agudo sin lesiones coronarias significativas. En pacientes con cáncer, este diagnóstico es más frecuente cuando presentan enfermedad oncológica avanzada y reciben tratamiento sistémico concomitante. Particularmente los procedimientos quirúrgicos se han propuesto como un gatillador de estos eventos. Dentro de la terapéutica para el cáncer asociada con miocardiopatía por estrés se encuentra el 5-fluorouracilo, el paclitaxel y el bevacizumab. A pesar de que la presentación inicial de estos pacientes puede ser grave, este padecimiento conlleva un pronóstico benigno con recuperación de la función ventricular en la mayor parte de los casos

296

NIVEL DE ALTURA SOBRE EL NIVEL DEL MAR Y DESARROLLO DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN UNA POBLACIÓN DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE PERÚLAZO SOLDEVILLA M^{1,2}, ROBLES CABELLO S², TOCAS ROJAS J², SOLANO QUISPE J², UNOCC BALTAZAR A², CAMAVILCA URETA I²¹HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE, ²FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO DEL PERÚ

Introducción: Las cardiopatías congénitas representan el tipo más frecuente de anomalías congénitas, considerado como un problema de salud pública a nivel mundial, identificándose múltiples factores de riesgo infecciosos, genéticos y sociodemográficos. Existe mayor prevalencia de persistencia de conducto arterioso permeable, comunicación interauricular y comunicación interventricular a niveles de altura mayor de 2500 metros sobre el nivel mar (msnm). **Objetivos:** Describir la relación sociodemográfica y la presencia de cardiopatías congénitas en niños menores de 5 años procedentes de diversos niveles de altitud atendidos en un Hospital público de la ciudad de Huancayo-Perú ubicado a 3260 msnm, entre los años 2019 y 2023. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo de corte transversal, retrospectivo. Se incluyeron 271 pacientes menores de 5 años con diagnóstico de cardiopatía congénita, clasificándose según altura de procedencia: Baja altitud (<1500 msnm), mediana altitud(1500-2500 msnm), elevada altitud(2500-3500 msnm), gran altitud (3500-5800 msnm), extrema altitud(>5800 msnm). **Resultados:** El 51.7% de los pacientes eran de sexo masculino, siendo la edad promedio de 7 meses; 31% tenían antecedente de prematuridad y el 20.7% tenían diagnóstico de síndrome de Down. Las cardiopatías congénitas cianóticas fueron 3,6% y acianóticas 96.4%, siendo las más frecuentes : comunicación interauricular 57.6 %, seguido de persistencia de conducto arterioso (29.9%), y comunicación interventricular (26.9%) . El 86.3% de los pacientes procedía de zonas de elevada altitud. **Conclusiones:** Existe mayor frecuencia de cardiopatías congénitas en zonas de altitud elevada, debiéndose establecer estrategias de tamizaje para un diagnóstico y abordaje oportuno

332

CARCINOIDE CARDÍACA: IMPORTANCIA EN LA CATEGORIZACIÓN DE LESIONES POR MEDIO DE RNM-CARDIACAVALLE MATUTE G¹, YANNITTO CHIAVAZZA J¹, LOPEZ OPITZ J²¹HOSPITAL DIPRECA, ²CLÍNICA INDISA

Antecedentes: La afección cardíaca carcinoide corresponde el 20-50% de pacientes con tumores carcinoide; siendo ser, un indicador de pronóstico importante, con una sobrevida baja a los 3 años. **Descripción del caso:** Se trata de un masculino de 52 años, con antecedentes desde el 2014 donde fue diagnosticado con la presencia de tumor carcinoide a nivel yeyunal con metástasis hepáticas; fue sometido a dos intervenciones quirúrgicas con resección intestinal del tumor y resección a nivel hepático; se asoció con hipertensión arterial secundaria al tumor carcinoide. En relación con su patología cardíaca, su cuadro clínico empieza hace un año con cuadro de disnea de medianos esfuerzos (NYHA I-II), asociado a palpitaciones, flushing facial, edema en miembros inferiores a nivel de tobillos, de manera bilateral y palpitaciones. En ecocardiograma 2D transtorácico reportando un ventrículo derecho con aumento de su tamaño, onda S disminuido, y con alteración del strain global longitudinal ventrículo derecho. Por medio de la RMN cardíaca podemos observar en la caracterización tisular no se evidencia defectos en la perfusión en el primer paso del contraste, y presencia del realce tardío a nivel del punto de inserción, inferior del ventrículo derecho al septum interventricular. A nivel de la válvula tricúspide presenta los velos difusamente engrosados, fijos y traccionados por los músculos papilares, con severo defecto de coaptación central. Defecto de señal central, con jet regurgitante, en secuencias de cine; estimándose por método directo, 4DF, un volumen regurgitante de 68 ml y fracción regurgitante del 80%. A nivel de la válvula pulmonar presenta velos difusamente engrosados, apertura fija y defecto de señal central en secuencias de cine. Por método directo, 4DF, se estima un volumen regurgitante de 16 ml y fracción regurgitante del 22%. La insuficiencia que se puede apreciar es severa por la comunicación libre entre arteria pulmonar y ventrículo derecho. En relación con nuestro paciente, la RMN cardíaca categorizo la disfunción del ventrículo derecho, relacionado con la insuficiencia de la válvula pulmonar y tricúspide de grado severo. **Discusión:** Los datos globales de la función del ventrículo derecho, se relaciona con una patología restrictiva, por la presencia de flujo diastólico anterógrado, como nos reporta con la secuencia 4D-FLOW. La presencia del flujo diastólico encontrado en el 4D-FLOW, se traduce con un aumento de la presión del ventrículo derecho que supera la presión diastólica de la arteria pulmonar causando apertura prematura de la válvula con la consecuente eyección anterógrada telediastólica.

326

COMPLEJIDAD FRENTE A ENDOCARDITIS INFECCIOSAS: LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN Y EL MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DEL TEAM ENDOCARDITIS. REPORTE DE 3 CASOS.VALLE MATUTE G¹, YANNITTO CHIAVAZZA J¹, DEL CASTILLO GORDILLO C¹, DE LA RUA GARCIA R¹, VARLETA OLIVARES P¹¹HOSPITAL DIPRECA

Antecedentes: La endocarditis infecciosa es una patología infecciosa que afecta al endocardio de las válvulas, pero que también puede afectar otras estructuras cardíacas. Actualmente en los hospitales de mayor complejidad, y que se dedican al manejo de patologías cardioquirúrgicas, deben contar con un Team de endocarditis, para tener una comunicación directa entre los integrantes en la toma de decisiones rápidas frente a situaciones complejas. Por lo anterior, exponemos en enfrentamiento multidisciplinario de 3 casos complejos de endocarditis infecciosa. **Descripción del caso:** El primer caso trata de un paciente masculino de 42 años de edad, sin antecedentes de importancia con historia previa de tratamiento odontológico, posterior a un mes presenta cuadro de fiebre y cefalea. Como estudio de cefalea se realiza tomografía de cerebro con presencia múltiples lesiones isquémicas. Se realiza ecocardiograma transtorácico se determina presencia de aorta bicúspide con vegetación y afectación de válvula mitral con aspecto pseudoaneurismático. Por lesiones con compromiso extracardiaco es evaluado por equipo de neurología quienes definen el tipo de tratamiento. No presenta complicaciones relacionadas a procedimiento quirúrgico. Es dado de alta posterior a cumplir tratamiento antibiótico y de rehabilitación. El segundo caso se trata de un hombre de 66 años, sin antecedentes cardiológicos. Con historia de 2 meses de evolución asociado a fiebre. Se realiza ecocardiograma transesofágico con insuficiencia aórtica severa, presencia de vegetaciones en válvula mitral, fistula entre tracto de salida del ventrículo izquierdo y aurícula derecha, con vegetaciones a nivel de válvula tricúspide. Se realiza la cirugía valvular que evoluciona sin complicaciones; evaluado por infectología, por tipo de bacteria y sensibilidad y buenos resultados al tratamiento se plantea continuar con alta hospitalaria con antibiótico endovenoso por 14 días con ceftriaxona. El último caso se trata de una paciente femenina de 72 años, con antecedentes de recambio valvular aórtico y mitral en abril del 2023 por patología reumática y dislipidemia. 7 meses después inicia con fiebre; se diagnóstica con endocarditis de válvula protésica, recibiendo antibióticos endovenosos por días no determinados. Posterior al alta vuelve a presentar disnea de medianos esfuerzos y fiebre donde se vuelve a estudiar; y se decide traslado a hospital con resolución cardioquirúrgica; realizándose ecocardiograma transtorácico con absceso fibroso mitroaórtico con fistula entre pared posterior de aorta y aurícula izquierda, vegetaciones en relación a prótesis de posición mitral. Ingres a cirugía valvular compleja con requerimiento a vasoactivos, inotropicos y hemodiálisis continua. A pesar de tratamiento realizado paciente fallece 4 días posterior al ingreso.

292

EL CORAZON DE LA SARCOIDOSIS CARDIACA: SIEMPRE UN DESAFIO DIAGNOSTICOYANNITTO CHIAVAZZA J¹, VALLE G¹, DE LA RUA R¹, TORRES C¹, APPIANI F¹¹HOSPITAL DIPRECA

Antecedentes: La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria sistémica de etiología desconocida que afecta al corazón en el 5 al 10% de los casos. Su principal característica histológica son los granulomas no-caseificantes en múltiples órganos, entre ellos el corazón. Su identificación es un desafío, requiriendo un alta sospecha para su diagnóstico.

Descripción del caso: Presentamos el caso de una mujer de 58 años. Sus antecedentes mórbidos: resistencia a la insulina, esteatosis hepática difusa, dislipidemia, Síndrome de Raynaud. Cuadro clínico de 2 semanas de evolución de disnea de esfuerzo capacidad funcional (CF) según la clasificación de la New York Heart Association clase I a CF NYHA IV, asociada a disnea paroxística nocturna, ortopnea, nicturia y edema de extremidades inferiores. Consulta en atención primaria donde se realizan exámenes destacando radiografía de tórax con un nódulo pulmonar de aspecto indeterminado espiculado, irregular, sin calcificaciones y menor a 1 centímetro. Se inicia manejo médico con broncodilatadores, corticoides y antibióticos. Evoluciona con disfonía y disfagia, asociado a exacerbación de su fenómeno de Raynaud, artralgias y rigidez matutina, por lo que se solicita traslado a hospital de mayor complejidad para estudio y manejo. Al examen físico destacaba edema de extremidades inferiores con signo de fovea positivo. Se realizan exámenes destacando: electrocardiograma: ritmo sinusal, PR normal y bloqueo completo de rama derecha. Tomografía computarizada de tórax con contraste: nódulo pulmonar irregular espiculado de 9,6 x 5,4 x 5,5 mm, asociado a adenopatías mediastínicas, en hilios y en límites pulmonares. Ecocardiograma transtorácico: hipertrofia septal leve, función sistólica de ventrículo izquierdo de 60%. Se realiza biopsia de ganglio mediastínico paratraqueal derecho y pleura mediastínica. Biopsia concluye linfadenitis crónica granulomatosa no necrotizante, altamente sugerente de sarcoidosis. Resonancia magnética (RM) identifica edema, engrosamiento, realce tardío transmural de aspecto nodular sugerente de proceso infiltrativo, posiblemente sarcoidosis cardíaca. Se inicia manejo médico de sarcoidosis con mejoría clínica. Actualmente en CF NYHA II.

Discusión: La sarcoidosis es una enfermedad sistémica que puede ser rápidamente progresiva y cursar con muerte súbita como manifestación inicial. El diagnóstico de afección cardíaca se realiza siguiendo los criterios del ministerio japonés de salud, entre ellos alteraciones hemodinámicas y electrocardiográficas, técnicas de imagen e incluso biopsia miocárdica. El tratamiento precoz mejora no solo la clínica, también el pronóstico. Entre las técnicas de imagen, la RM con realce tardío ha supuesto un gran avance para la confirmación diagnóstica y la evaluación pronóstica.

330

IMPACTO CARDÍACO DE LOS ESTEROIDES ANABÓLICOS: PRESENTACIÓN DE UN CASO DE MIOCARDIOPATÍA DILATADAVALLE MATUTE G¹, YANNITTO CHIAVAZZA J¹, DE LA RUA GARCIA R¹, TORRES HERRERA C¹, DEL CASTILLO GORDILLO C¹¹HOSPITAL DIPRECA

Antecedentes: Los esteroides anabólicos, compuestos sintéticos derivados de la testosterona, son utilizados con regularidad por fisiculturistas y atletas con el objetivo de mejorar su rendimiento (1). No obstante, el abuso de estos esteroides se vincula con diversas complicaciones de salud, incluyendo cardiomiopatías, insuficiencia cardíaca (IC) congestiva y policitemia (2). Se reporta caso de paciente con miocardiopatía dilatada (MCD) asociada a esteroides anabólicos.

Descripción del caso: Paciente masculino de 44 años, usuario de esteroides anabólicos, sin antecedentes mórbidos, quien consulta por presentar dolor abdominal en cuadrante superior derecho persistente de dos semanas de evolución. Al ingreso, con signos vitales en límites normales, saturación de oxígeno 94%, vigil, con ingurgitación yugular visible, murmullo pulmonar disminuido en ambas bases, soplo proto-mesosistólico mitral, resto de examen físico normal. Radiografía de tórax que evidencia mediana cardiomegalia global (figura 1). En tomografía computarizada se revela derrame pericárdico moderado, hepatomegalia e imagen quística en relación a glándulas suprarrenales. En exámenes de laboratorio, se registra hemoglobina en 19,6 g/dl, hematocrito 67%, propéptido natriurético cerebral N-terminal en 7980 pg/ml, troponinas negativas, creatinina 1,87 mg/dl, CKD-EPI 42,76 ml/min/1,73m², e hiperbilirrubinemia. Ecocardiograma transtorácico que reporta disfunción sistólica biventricular (FEVl= 25% y TAPSE= 15 mm) y reflujo mitral severo. Ante la presencia de cuadro congestivo, se inicia terapia depleitiva. Durante hospitalización, se realizó coronariografía que no reporta hallazgo patológico. Perfil hormonal masculino destaca niveles de testosterona >2100 ng/dl, por lo que se complementa estudio con ecografía testicular bilateral, sin alteraciones. Resonancia magnética de abdomen y pelvis reporta nódulo sólido adyacente al polo superior del riñón izquierdo. En cardiorresonancia se confirma MCD. Ante mejoría clínica y terapia medica optima, paciente egresa con diagnóstico de MCD, insuficiencia mitral severa e IC crónica.

Discusión: Se presentó caso de paciente con MCD asociada al uso de esteroides anabólicos. La secuencia temporal de los acontecimientos y la ausencia de etiologías alternativas permitieron respaldar su identificación (3). La MCD es una de las complicaciones cardíacas asociadas al abuso de esteroides anabólicos, aunque la hipertrofia ventricular izquierda es la anomalía más común en este contexto (4). El deterioro de la función sistólica del ventrículo izquierdo es otro hallazgo frecuente en usuarios actuales de esteroides (5), alteración presente en el paciente. La implementación de regulaciones estrictas y la concienciación pública pueden contribuir a prevenir el uso indebido de esteroides.

309

ISQUEMIA MIOCÁRDICA: UNA PRESENTACIÓN DE ANGEÍTIS ALÉRGICA GRANULOMATOSAYANNITTO CHIAVAZZA J¹, VALLE G¹, DE LA RUA R¹, DEL CASTILLO C¹, CLERICUS B¹¹HOSPITAL DIPRECA

Antecedentes: La angeítis alérgica granulomatosa (Churg-Strauss) es una enfermedad inflamatoria sistémica de etiología desconocida. Se caracteriza por eosinofilia y vasculitis necrosante sistémica de arterias de pequeño y mediano calibre en pacientes con rinitis alérgica o asma previas, se asocia con afectación cardíaca siendo ésta responsable de una alta morbimortalidad. Su identificación al igual que otras enfermedades de origen autoinmune es un desafío, requiriendo alta sospecha para su diagnóstico. **Descripción del caso:** Presentamos el caso de una mujer de 37 años. Su único antecedente de enfermedad: asma bronquial, de diagnóstico en la edad adulta y difícil manejo. Presenta cuadro clínico de 2 semanas de evolución de malestar general, tos seca, mialgias y dificultad respiratoria, se agrega dolor torácico intensidad 8/10, no irradiado y consulta en Servicio de Urgencias, se toman exámenes que destacan leucocitosis, eritrosedimentación elevada, troponina 462 ng/dl, ECG normal. Se traslada a unidad coronaria con sospecha de miocarditis. Examen físico normal. Ecocardiograma de ingreso a Unidad coronaria con derrame pericárdico laminar y refringencia del pericardio, fracción eyección 60 %. Evoluciona con dolor en aumento, troponina hasta 1553 ng/dl, ProBnp hasta 8170 pg/ml, hipereosinofilia en hemograma, perfil autoinmune con anticuerpos antinucleares 1/80. Coronariografía sin lesiones. En el seguimiento ecocardiográfico diario se objetiva caída de fracción de eyección a 20%. Se decide biopsia miocárdica e inicio de metilprednisolona 250 mg diarios por tres días. Luego de esta medida terapéutica cede dolor, se normalizan valores en sangre de enzimas cardíacas y eosinófilos. Se recibe informe de biopsia miocárdica: miocarditis con infiltrado polimorfonuclear neutrófilo, escasos eosinófilos. Se realiza resonancia magnética cardíaca que objetiva realce tardío con patrón isquémico, signos de obstrucción microvascular con hemorragia intramural. Se discute caso en reunión clínica: asma diagnosticada en edad adulta sin lograr control, dolor anginoso típico con elevación de troponinas y rápida caída de fracción de eyección, en contexto de hipereosinofilia, resonancia magnética cardíaca con evidencia de isquemia de afectación multivasa, coronariografía sin lesiones en arterias epicárdicas, y biopsia miocárdica con infiltrado polimorfonuclear neutrófilo; remisión completa de cuadro clínico con altas dosis de corticoides. Se concluye afectación cardíaca por angeítis alérgica granulomatosa. **Discusión:** La angeítis alérgica granulomatosa es una enfermedad sistémica que puede ser rápidamente progresiva. El diagnóstico de afección cardíaca se realiza con técnicas de imagen y biopsia miocárdica. El tratamiento mejora los síntomas y el pronóstico. La RM cardíaca ha sido un gran avance para realizar diagnóstico diferencial de distintos patrones y orientar al diagnóstico.

341

RELACIÓN ENTRE PARÁMETROS A PIE DE CAMAS CON PODER CARDÍACO EN PACIENTES CON SHOCK CARDIOGÉNICOYANNITTO CHIAVAZZA J^{1,2}, TAPIA A^{1,3}, VALLE G^{1,2}, DE LA RUA R^{1,2}, AVILA C⁴, TORRES-HERRERA C^{1,2}, MORA R³, DEL CASTILLO C^{1,2}¹CENTRO CARDIOVASCULAR. HOSPITAL DIPRECA, ²FACULTAD DE MEDICINA. ESCUELA DE POSTGRADO. UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES, ³CENTRO CARDIOVASCULAR. HOSPITAL SAN BORJA ARRIARAN, ⁴CENTRO CARDIOVASCULAR. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

Introducción: Múltiples parámetros del catéter de arteria pulmonar se han relacionado a mortalidad en shock cardiogénico, pero el que más a destacado entre ellos es el poder cardíaco. **Objetivos:** Evaluar si en pacientes en shock cardiogénico se puede estimar el poder cardíaco con parámetros clínicos habituales a pie de cama. **Materiales y métodos:** Estudio prospectivo entre los registros del catéter de arteria pulmonar en pacientes ingresados por shock cardiogénico en dos unidades de cuidados críticos cardiológicos. Las mediciones se realizaron por termodilución según protocolo especificado y se incorporan hasta 6 mediciones por cada paciente. Además, se obtienen por cálculo automático las variables poder cardíaco (CPO), presión de pulso (PP), presión proporcional de pulso (PPP) e índice de shock (IS). Los valores alterados fueron dicotomizados: CPO ≤ 0.6 , PP < 40 , PPP $< 25\%$, e IS ≥ 0.8 . Se calculan variables de pruebas diagnósticas para relacionar con CPO ≤ 0.6 : Sensibilidad (S), Especificidad (Es), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), índice de Pearson (r), y curva ROC con cálculo de área bajo la curva (AUC). **Resultados:** Se analizan 170 registros. Edad promedio de pacientes 65.5 \pm 8.5 años y predominio sexo masculino. Comorbilidades: HTA 56.7%, Diabetes 28.1%, dislipidemia 49.7% y tabaquismo 42.7%. Usuarios de beta-bloqueo crónico 25.7%. Las mediciones se realizaron bajo tratamiento con noradrenalina 77.2%, adrenalina 38.6%, milrinona 60.8%, dobutamina 11.1%, vasopresina 21.6%, dexmedetomidina 7% y amiodarona 15.2%. Los valores promedios de PP 57.67 \pm 21.4, PPP 52.3% \pm 17.3%, IS 0.81 \pm 0.2 y CPO 0.79 \pm 0.2. Análisis de pruebas diagnósticas para CPO ≤ 0.6 muestra: PP con S 79.5%, Es 25%, VPP 72.9%, VPN 32.4%, r 0.032 y AUC 0.598; PPP con S 99.2, Es 2.1%, VPP 72%, VPN 50%, r 0.016 y AUC 0.538; IS con S 45.9%, Es 62.5%, VPP 75.7%, VPN 31.3%, r 0.04 y AUC 0.437. **Conclusiones:** En una población de pacientes con shock cardiogénico, la estimación de CPO a través de parámetros a pie de cama es posible, pero con limitaciones. La PP y PPP muestran una buena sensibilidad, y el IS una buena especificidad. Sin embargo, la correlación es nula (r $<$ 0.1) y con capacidad discriminatoria limitada (AUC cercana a 0.5). Probablemente el uso de fármacos relacionados a shock afecten en los resultados y resaltan la necesidad de la monitorización avanzada en estos pacientes.

298

BIOCHEMICAL DIFFERENCES BASED ON SEX IN PATIENTS WITH COVID-19 DISEASE IN LATIN AMERICA AND THE CARIBBEANCAÑÓN ESTRADA F¹, GOMEZ MESA J^{1,2,3}, ESCALANTE FORERO M¹, RODAS Y³, PERNA E⁴, MENDOZA I⁵, WYSS F⁶, VALENCIA A³, ALARCO W⁷, BARBOSA M³¹UNIVERSIDAD ICESI, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, ²FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, ³FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, CENTRO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS, ⁴INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA J.F. CABRAL, ⁵UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, ⁶SERVICIOS Y TECNOLOGÍA CARDIOVASCULAR DE GUATEMALA S.A. – CARDIOSOLUTIONS, ⁷HOSPITAL CLÍNICA BÍBLICA

Background: It has been proposed that the degree of inflammatory response associated with COVID-19 varies according to sex and may impact disease outcomes. Men have a higher risk of disease-related complications compared to women. Therefore, it needs to be clarified if the severity of inflammatory responses differs between sexes in Latin America and the Caribbean (LA&C). **Objective:** Compare clinical data, biochemical biomarkers, and outcomes among hospitalized subjects with COVID-19 in LA&C based on sex, additionally, a cluster analysis of biomarker profiles was performed for both genders. **Materials and Methods:** This is a prospective and multicenter observational registry conducted by the Inter-American Council of Heart Failure and Pulmonary Hypertension (CIFACAH) of the Inter-American Society of Cardiology (SIAC), which included hospitalized patients with COVID-19 in 44 hospitals from 14 countries in LA&C between May 1, 2020, and June 30, 2021. The participating countries were Argentina, Brazil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú, Dominican Republic, and Venezuela. **Results:** A total of 3,260 patients with confirmed COVID-19 infection were included, 1,201 were women. Among evaluated inflammatory biomarkers, C-reactive protein and ferritin were higher in men, whereas Brain Natriuretic Peptide (BNP), N-terminal Pro-B-type BNP (NT-proBNP), and D-dimer were higher in women (Median 128 pg/ml vs 99 pg/ml, 426,5 pg/ml vs 310 pg/ml and 0.80 µg/ml vs 0.71 µg/ml respectively). Cardiovascular complications (Acute coronary syndrome 3.3% vs 2.2%, hearth failure 8.9% vs 7.8%, pulmonary embolism 4.4%vs 2.9%), intensive care unit admission (56.9% vs 47.7%), and overall mortality (27.5% vs 22.1%) were higher in men. Cluster analysis of biochemical markers resulted in three groups of interest. The first cluster involved patients with mostly normal-range biomarkers but elevated Ferritin. The second cluster displayed biomarkers indicating coagulation abnormalities, while the third cluster exhibited a more inflammatory profile associated with renal injury. Only the more inflammatory profile (Cluster 3) showed an increase in non-cardiovascular mortality. **Conclusions:** In LA&C population with COVID-19, women present with higher levels of cardiovascular biomarkers, while men have a higher concentration of inflammatory biomarkers and lymphopenia. These findings in men could be related to cardiovascular complications and mortality observed in this study. A cluster analysis without differentiating gender revealed higher non-cardiovascular mortality in the cluster with a more inflammatory profile and increased intensive care unit admissions in clusters with elevated Ferritin levels.

331

FACTORES RELACIONADOS A FIBRILACIÓN AURICULAR POSTOPERATORIA EN CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA: UNA EXPERIENCIA DE 15 AÑOSBONILLA D^{1,2}, OSORIO L^{1,2}, DAZA E¹, LOZADA RAMOS H¹¹UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI, ²CLINICA DE OCCIDENTE

Introducción: La cirugía de bypass coronario (CABG) es uno de los métodos de terapia de revascularización en la enfermedad arterial coronaria, procedimiento realizado para mejorar las condiciones de supervivencia. La edad avanzada acompañada de comorbilidades en pacientes candidatos contribuyen a las dificultades para prevenir complicaciones post operatorias, dentro de ellas la fibrilación auricular (FA), arritmia frecuente que se puede presentar en un 40% de los casos y se puede duplicar si en el procedimiento se combina con una cirugía valvular. Se ha logrado demostrar la influencia de la FA de nueva aparición después de la CABG con un aumento del riesgo de complicaciones hospitalarias, mortalidad a 30 días y menor supervivencia a 10 años. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo asociados a la aparición de fibrilación auricular postoperatoria en pacientes sometidos a CABG aislada. **Materiales y métodos:** Estudio epidemiológico, analítico retrospectivo tipo casos y controles. Se incluyeron sujetos con edad igual o superior a 18 años al momento de la cirugía de revascularización miocárdica aislada, en el periodo comprendido entre el 01 enero 2006 hasta el 31 de diciembre del 2020. Tamaño de muestra de 90 casos y 360 controles, seleccionados aleatoriamente. El caso se definió como el sujeto que presenta fibrilación auricular dentro de los primeros siete (7) días postoperatorios, documentada con electrocardiografía y lectura por parte del médico especialista. Se identificaron los factores de riesgo preoperatorios, intraoperatorios postoperatorios y complicaciones. **Resultados y Conclusiones:** La mortalidad de FA postoperatoria en la población a estudio fue del 15,5% en los casos y de 9,44%. La regresión logística mostró asociación de FA con las variables quirúrgicas de edad >60 años (OR 4.1 IC95%: 1.82 – 9.36, p=0.001), Tipo de cirugía urgente/emergente (OR 2.1 IC95%: 1.06 – 4.85, p=0.044), de las variables post quirúrgicas Shock cardiogénico (OR 2.5 IC95%: 1.28 – 4.77, p=0.007), Transfusión sanguínea (OR 1.6 IC95%: 1.26 – 2.78, p=0.030), edema pulmonar (OR 5.4 IC95%: 2.26 – 12.84, p=0.000), derrame pleural (OR 3.0 IC95%: 1.57 – 5.54, p=0.001), reintubación traqueal (OR 3.1 IC95%: 1.24 – 7.51, p=0.015), tiempo de ventilación mecánica (OR 1.2 IC95%: 1.07 – 2.31, p=0.025). La FA en POP de CABG es una complicación frecuente y con alta mortalidad. La edad avanzada, realizar una cirugía urgente/emergente, choque cardiogénico, transfusión sanguínea, edema pleural, derrame pleural, reintubación traqueal y mayor tiempo de ventilación mecánica se asociaron significativamente. Se deben plantear estrategias para actuar oportunamente evitando complicaciones.

303

"ESA NO ES LA FORMA DE MI CORAZÓN". ANEURISMA VENTRICULAR CON INMINENCIA DE RUPTURALARGO GIL J^{1,2}, GÁNDARA J^{1,2}, MUÑOZ E^{1,2}, SENIOR SÁNCHEZ J^{1,2}, GIRALDO SERNA^{1,2}, RENDON J¹UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, ²HOSPITAL SAN VICENTE FUNDACION

Antecedentes y Descripción del caso: Hombre de 65 años, con historia de hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia, cardiopatía isquémica con función sistólica moderadamente disminuida (FEVI 37%) portador de stent en coronaria derecha, fibrilación auricular. Quien consulta por dolor torácico de características cardíacas de 3 semanas de evolución. Al examen físico sin anomalías relevantes, electrocardiograma inicial con ritmo sinusal con inversión ondas T en pared inferior y V3-V6. Troponina no elevada. Se complementa estudios con ecocardiograma transtorácico evidenciando enfermedad segmentaria del ventrículo izquierdo con compromiso de la función sistólica bi ventricular, gran aneurisma de las paredes lateral e inferolateral del ventrículo izquierdo con solución de continuidad de aproximadamente 4,7 cm y profundidad de 4,4 cm, por lo que se consideró indicación de manejo quirúrgico por alto riesgo de ruptura. Se lleva a corrección de pseudoaneurisma ventricular izquierdo, con resección de pared falsa y cierre de defecto con parche de pericardio bovino. Paciente evoluciona satisfactoriamente y puede ser dado de alta de manera temprano. Durante controles médicos, meses posteriores sin novedades asociadas.

Discusión: Los pseudoaneurismas ventriculares son complicaciones usualmente asociadas a los escenarios de cardiopatía isquémica; sin embargo, llegan a ser de gran importancia principalmente por alto riesgo de ruptura y desenlace mortal. Estos pseudoaneurismas pueden desarrollarse como resultado de un infarto de miocardio extenso o una reperfusión tardía, donde el tejido cardíaco se debilita, termina generando esta alteración estructural. Es, por tanto, fundamental realizar siempre una adecuada vigilancia para la detección y la intervención temprana de esta complicación. La evaluación exhaustiva con técnicas de imagen, como ecocardiografía y resonancia magnética cardíaca, son cruciales para el diagnóstico preciso y la temprana gestión terapéutica. En este caso que presentamos recalamos los hallazgos imagenológicos presentados evidenciados en los estudios ecocardiográficos, además destacando la forma inusual de este aneurisma, similar a la silueta utilizada en escenarios no médicos para referirse al "Corazón". Y la cual llamativamente alerto al personal asistencial para llevar a un manejo definitivo temprano y mejorar evitar pronósticos desfavorables de este caso.

300

PRESCRIPCIÓN DE TERAPIA MÉDICA ÓPTIMA EN UNA UNIDAD DE FALLA CARDÍACA DE REFERENCIA NACIONALGARCÍA SANDOVAL M¹, CHUMBE J¹, OLIVER P¹, BRAVO C¹¹HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA

Introducción: El tratamiento de insuficiencia con fracción de eyección reducida (ICFEr) ha evolucionado rápidamente en los últimos 5 años, la Terapia médica óptima (TMO) incluye medicamentos modernos que tienen indicación IA en las guías de tratamiento actuales. Uno de los objetivos de las Unidades de Falla Cardíaca (UFC) es la adopción de TMO establecida en las guías de manejo, especialmente en pacientes con ICFEr. **Objetivo:** Describir las características clínicas de los pacientes que ingresan a la UFC de nuestra institución y evaluar la adopción de la terapia médica óptima especialmente en pacientes con ICFEr. **Materiales y métodos:** Se hizo un estudio observacional, prospectivo, descriptivo de los pacientes que ingresaron a la UFC desde el 2017 al 2022 y se evaluó el tratamiento farmacológico prescrito. Se revisaron todas las atenciones o consultas realizadas en el periodo mencionado, dividiendo el análisis por año y por trimestre. Se definió como TMO el uso concomitante de las 4 clases de drogas: IECA o ARA2 o ARNI, betabloqueadores, antagonistas de receptores de mineralocorticoides (ARM) e inhibidores del cotransportador sodio glucosa tipo 2 (iSGLT2). **Resultados:** Se analizaron 367 pacientes ingresados a la UFC. El 56% fueron varones, la edad promedio fue 66.3 ± 14.0 años. 63.2% presentaron FEVI reducida. La proporción de uso de TMO empezó a incrementar a partir del cuarto trimestre del 2019: 9.1%, en 2020 y 2021 esta prescripción cayó debido al menor número de atenciones durante la pandemia COVID-19. En el cuarto trimestre del 2022 se alcanzó la mayor proporción de TMO: 43%, esto coincide con la incorporación del ARNI al peticitorio de nuestra institución. La prescripción de IECA en pacientes con ICFEr fue 63.1%, ARA2 7.1%, ARNI 19.0%, BB 94.0%, ARM 61.9%, iSGLT2 67.9%, digoxina 23.8%, diuréticos 40.5%. El bloqueo del SRAA fue 89.3%. No hubo diferencias de prescripción según género. El bloqueo del SRAA fue mayor en pacientes con ICFEr y levemente reducida comparado con preICFEr preservada (p 0.01). La prescripción de ARNI fue mayor en pacientes menores de 65 años (p 0.04). La prescripción de ARM fue mayor en pacientes menores de 65 años (p 0.02). **Conclusiones:** La prescripción de Terapia Médica Óptima esta implementada en nuestra UFC en una proporción de 43%. En pacientes con ICFEr, la prescripción de los componentes de la terapia fundacional incluidas drogas modernas, es mayor al 61%. Si bien el bloqueo del SRAA es 89.3%, la prescripción de ARNI es 19%. La prescripción de iSGLT2 es 67.9%

310

REGISTRO DE FALLA CARDIACA AGUDA EN HOSPITAL DE REFERENCIA NACIONAL

OLIVER RENGIFO P¹, GARCÍA SANDOVAL M¹, CHUMBE MONTORO J¹, BRAVO ARTEAGA C¹¹HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA

Introducción: La insuficiencia cardiaca (IC) aguda es la principal causa de hospitalización en los adultos mayores de 65 años. A pesar de los avances realizados en el tratamiento, continúa teniendo tasas de morbilidad y mortalidad altas, constituyendo un importante problema de salud pública. **Objetivo:** Determinar las características clínicas, epidemiológicas y ecocardiográficas de los pacientes admitidos con el diagnóstico de IC Aguda, así como la tasa mortalidad intrahospitalaria, tasa de mortalidad y readmisión a 30 días. **Material y Método:** Se registraron los datos clínicos, epidemiológicos y ecocardiográficos de los pacientes admitidos con IC Aguda en el periodo de junio 2017 – diciembre 2019. Se realizó un seguimiento de los pacientes para determinar las tasas de mortalidad y readmisión a 30 días. **Resultados:** Se registraron 570 pacientes con una edad promedio: 67.3+15.7 años, el 48.6% fueron de sexo masculino y el 51.4% del sexo femenino. Las comorbilidades previas más frecuentes fueron: hipertensión arterial (58.1%), anemia (56%), IC crónica (55.4%), fibrilación auricular (29.1%), diabetes (26.1%), insuficiencia renal (16.3%) y enfermedad coronaria (12.1%). El 74% de los pacientes se presentaron como IC crónica descompensada y el 26% como IC de novo. La presentación más frecuente según la clasificación de Stevenson fue el tipo B en un 86.4%. Respecto a la fracción de eyección (FE): presentaron FE preservada el 55.5%, FE levemente reducida el 16.9% y FE reducida el 27.6% de los pacientes. La etiología más frecuente de IC fue la Hipertensión arterial (29.6%), la enfermedad coronaria (24.7%), las valvulopatías (24%) y la taquicardiomiopatía (8.9%). El promedio de estancia hospitalaria fue de 15+12.4 días y la mortalidad total intrahospitalaria fue de 16.5%, la mortalidad a 30 días fue de 20.9%. La tasa de readmisión a 30 días fue de 10.3%. El factor descompensante más frecuente fueron las infecciones (31.7%), las taquiarritmias (23.9%) el incumplimiento de medicamentos o trasgresiones dietéticas (17.8%), seguido por el síndrome coronario agudo (11.9%) y la falla renal aguda o crónica (9.5%). Respecto a la medicación al alta el 64% tuvieron indicación de IECA/ARA, el 44.4% de betabloqueadores, el 36.7% de espironolactona, el 69.5% de diurético de asa, el 12.9% de digitálicos y el 1.3% de ARNI. **Conclusiones:** En nuestro registro de IC aguda, la mayoría de pacientes tuvo FE preservada, la etiología más frecuente fue la hipertensiva y el factor descompensante más frecuente fueron las infecciones. La mortalidad intrahospitalaria fue 16.5% y la mortalidad a 30 días fue 20.9%.

345

INFILTRACIÓN CARDIACA POR MELANOMA METASTÁSICO

MARMOLEJO VALOIS L¹, LEIBE S¹, ALBORNOZ N¹, FORERO J¹, JAIMES C¹¹FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL LA CARDIO INSTITUTO DE CARDIOLOGIA, ²UNIVERSIDAD DEL BOSQUE, ³UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Antecedentes: Paciente de 73 años con antecedente de cardiopatía isquémica y melanoma acral invasivo en región maleolar del miembro inferior izquierdo, que requirió resección con márgenes negativos, vaciamiento ganglionar y adyuvancia con pembrolizumab. **Descripción del caso:** Ingresa por cuadro de una semana de disnea y dolor torácico leve de características pleuríticas. Examen físico con edema miembros inferiores, sin otras alteraciones. Cuenta con electrocardiograma sin isquemia o necrosis, troponina positiva con delta negativo y ecocardiograma con masa sugestiva de neoplasia en aurícula derecha con estenosis tricúspide asociada (gradiente medio 2,7 mmHg; velocidad pico de 1,1 m/seg). La resonancia cardiaca (RMC) muestra masa dependiente de la pared lateral de la aurícula derecha de 64 mm de diámetro, ocupando casi la totalidad de la cavidad, con compromiso en la desembocadura de la cava superior. Estudios de extensión con metástasis abdominal, torácica y cerebral. Se define no candidato a cirugía y se inicia manejo con Ipilimumab. **Discusión:** Las neoplasias malignas corresponden al 10% de los tumores cardíacos y se clasifican en primarias o secundarias (metastásicas). El melanoma es una neoplasia agresiva con potencial de metástasis a cualquier órgano y una especial afinidad por el corazón. Existen reportes de melanoma con compromiso cardíaco (MCC) en hasta el 64% de autopsias de pacientes con enfermedad diseminada. La metástasis cardíaca ocurre por vía hematógena y afecta más frecuentemente cavidades derechas, con predilección especial por la válvula tricúspide. El curso clínico es usualmente silente, con sintomatología inespecífica que está determinada principalmente por los efectos de masa sobre la superficie comprometida y las estructuras vecinas. La detección premortem del MCC se logra en menos del 2% de los casos y es frecuente que se presente como un hallazgo incidental. En el enfoque diagnóstico la multimodalidad de imagen es fundamental: el ecocardiograma se recomienda como estudio inicial, pues permite la identificación de lesiones intracavitarias o pericárdicas. No obstante, no permite evaluar la vascularidad de las lesiones y carece de buen rendimiento para diferenciar con exactitud entre tumores y trombos. La RMC es fundamental para confirmar el compromiso cardíaco, en la que el MCC comúnmente se presenta con hiperintensidad en T1 e hipointensidad en T2 por los efectos paramagnéticos de la melanina. Los avances en la inmunoterapia han permitido una mejoría sustancial en la supervivencia, sin embargo, cuando hay compromiso cardíaco el pronóstico es pobre, con una media de sobrevida desde el diagnóstico de 2 años. El tratamiento quirúrgico está prácticamente confinado a fines paliativos.

413

MARCADORES DE ESTEATOSIS HEPÁTICA ASOCIADA A DISFUNCIÓN METABÓLICA Y RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULARGARCIA GONZALEZ A¹, GARCIA DE RAMOS M², FERNANDEZ BERMUDEZ S³, LANTZ GARCÍA M⁴, MARIN E²

¹CATEDRA DE FSILOGIA , ESCUELA DE MEDICINA LUIS RAZETTI. FACULTAD DE MEDICINA,UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, ²LABORATORIO DE INMUNO HISTOQUIMICA Y ULTRAESTRUCTURA, INSTITUTO ANATOMICO JOSE IZQUIERDO, UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, ³CÁTEDRA DE CLÍNICA GASTROENTEROLÓGICA.ESCUELADE MEDICINALUISRAZETTI,HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA , ⁴POSTGRADO DE GASTROENTEROLOGIA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

Introducción: La esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica (EHADM, MASLD siglas en ingles), es actualmente la enfermedad hepática crónica más común a nivel mundial, con alta prevalencia y mortalidad, y estrechamente vinculada con otras enfermedades crónicas no transmisibles como el síndrome metabólico, la diabetes mellitus tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares. **Objetivo:** Determinar el valor de marcadores de EHADM asociados a Riesgo para enfermedad cardiovascular. **Materiales y Métodos:** Estudio epidemiológico de corte trasversal. se analizaron 741 sujetos de ambos sexos, Se registró la presencia de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, la concentración sérica de biomarcadores para para enfermedad metabólica y los índices de uso pronóstico para EHADM fueron calculados. La muestra fue clasificada según la presencia de Riesgo elevado para enfermedad cardiovascular calculado por la escala de riesgo de Framingham. El análisis de comparación entre medias entre medias fue realizado mediante prueba t Student, nivel de significancia alfa = 0,05. **Resultados y Conclusión:** La edad promedio de la muestra evaluada fue 44,94 ± 14,56 años (IC95% de 43,48 a 45, 99 años), EL 67% fueron de sexo femenino. La tabla 1 muestra el promedio de los parámetros indicadores de EHADM en la muestra evaluada clasificada según bajo y alto riesgo para enfermedad cardiovascular. La comparación de medias entre estos grupos mostró que el promedio de los índices marcadores de EHADM fueron significativamente mayor en el grupo de alto riesgo en relación con los de bajo riesgo para enfermedad cardiovascular: uricemia (p = 0,004, prueba t de Student, alfa 0,05), relación Ácido Úrico/Albumina (p =0,002, prueba t de Student, alfa 0,05), relación Ácido Úrico/HDLc (p <0,001, prueba t de Student, alfa 0,05); Fib 3 (p< 0.001, prueba t de Student, alfa 0,05); Fib 4 (p < 0.00001), Índice ZJUI (p = 0.024), Non Alcoholic Fatty Liver Fibrosis Score (NFS, p = p < 0.00001); Lipid Accumulation Product index (LAP, p < 0.00001) y Visceral Adiposity Index (VAI, p < 0.00001, prueba t de Student, alfa 0,05). **Conclusión:** La elevación de marcadores de esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica en sujetos con riesgo para enfermedad cardiovascular evaluado por escala de Framingham sugiere la necesidad de la caracterización hepatológica del paciente con enfermedad cardiovascular establecida.

Palabras clave: EHADM, MASLD, NAFLD, Riesgo cardiovascular, esteatosis hepática.

305

INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA PRIMARIA, CIRUGÍA CARDIACA Y DISPOSITIVO DE SOPORTE VENTRICULAR IVAC2L EN INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO , ENFERMEDAD MULTIVASO, DISFUNCIÓN VENTRICULAR SEVERA, RUPTURA VENTRICULAR, TAPONAMIENTO CARDIACO Y CHOQUE CARDIOGÉNICOROJAS CHÁVEZ M¹, ALVARADO MONTES DE OCA M¹, GÓMEZ GONZÁLEZ M¹, DÍAZ MÉNDEZ A¹, NÁJERA ALBARRÁN Á¹¹HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, ISSSTE

Antecedentes: Hombre de 59 años con DM tipo 2, HAS, fumador. **Descripción del caso:** Ingresó el 28 abril 2023 con IAM con elevación del ST inferolateral de 16 horas de evolución, angor persistente. Cateterismo mostró: enfermedad coronaria multivaso compleja con oclusión total aguda de la CD, lesiones en bifurcación en descendente anterior con 1° y 2° ramas diagonales, oclusión total crónica de la circunfleja (Syntax Score 37.5 puntos). Se realizó ICP con balón a CD (estrategia mecánica mínima invasiva). Ecocardiograma FEVI 20%. El 10 de mayo 23 presentó taponamiento cardiaco, llevado a cirugía urgente que mostró hemopericardio de 350 cc y perforación pared libre del ventrículo derecho que fue reparada. 19 mayo 2023: ICP a CD y Circunfleja con Stents farmacoactivos.

26 mayo 2023: ICP a lesión en bifurcación DA-2° diagonal con técnica de 2 stents DK Culotte apoyo mediante dispositivo iVAC-2L.

03 Junio 23: egresó a casa en clase funcional II NYHA. Seguimiento en clínica de insuficiencia cardiaca, rehabilitación cardiaca.

24 Julio 23: ECOTT FEVI 35%, disfunción sistólica del VD TAPSE 14 mm.

Discusión: El IAM con enfermedad multivaso se presenta en el 40 a 65% de los casos, asociado a mayor morbi-mortalidad y el 10 al 15% pueden tener una oclusión total crónica. Los estudios: PRAMI, CuLPRIT, DANAMI-3-PRIMULTI, COMPARE-ACUTE, COMPLETE y dos meta-análisis mostraron que la revascularización coronaria completa, es mejor con menos eventos cardiovasculares adversos; que solo revascularizar la arteria responsable. La ruptura de la pared libre ventricular en infarto agudo al miocardio se presenta entre el 2 al 4% y en un 30% de los pacientes con muerte súbita. Ocurre entre el 3° a 5° día postinfarto y hasta el 1° mes. Los factores de riesgo son: IAM con elevación del ST, género femenino, edad > 70 años, localización anterior, infarto transmural, primer evento y un Score Syntax y Syntax 2 elevado. Los sitios de frecuencia son: pared anterior (45%), pared posterior (38%), pared lateral (9%), ápex (6%) y muy raramente el VD (2%). El tratamiento de elección es quirúrgico y se debe realizar lo más pronto posible. Este caso complejo es un ejemplo de manejo multidisciplinario y colaborativo de cardiología intervencionista, Unidad de Cuidados Coronarios y Cirugía Cardiaca donde el juicio clínico permitió que un paciente muy complejo y riesgo elevado de muerte lograra sobrevivir y ahora se encuentre en un programa de rehabilitación cardiaca y manejo de insuficiencia cardiaca en clase funcional II.

306

DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA POR ARTERITIS ASOCIADO A ENFERMEDAD MIXTA DE TEJIDO CONECTIVO

MONTENEGRO PAACIOS J¹¹CLINICA DE OCCIDENTE, ²UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

Antecedentes: La disección coronaria espontánea, se diferencia de las obstrucciones coronarias tradicionales, como las causadas por la aterosclerosis, ya que en la SCAD no existe una acumulación de placas en la pared arterial. Por el contrario, se debe a un debilitamiento y desgarramiento espontáneo de las capas internas de la arteria, que puede provocar una obstrucción parcial o completa del flujo sanguíneo hacia el músculo. La enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) es una enfermedad autoinmune compleja, se debe sospechar en pacientes con anticuerpos dirigidos contra la pequeña partícula de ribonucleoproteína nuclear U1 (U1snRNP). La coexistencia de la SCAD y la EMTC en esta paciente representa un desafío diagnóstico y terapéutico. Este caso pretende concientizar a los profesionales de la salud acerca de la importancia de considerar diagnósticos diferenciales poco frecuentes en casos clínicos complejos. **Descripción del caso:** Se presenta en el servicio de urgencias, mujer de la quinta década de la vida remitida de otra institución, con antecedentes de hipertensión arterial y poliartralgias con patrón inflamatorio y mucocutáneo asociado a fenómeno de Raynaud desde el 2018. Con cuadro clínico caracterizado por dolor torácico, con aumento de isoenzimas cardíacas y ecocardiograma transtorácico que evidencia hipocinesia de segmentos apicales, considerando diagnóstico de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) evolucionando killip kimball. Paciente es valorada por cardiología intervencionista realizando cateterismo cardíaco con hallazgos en descendente anterior, de características tortuosas, sin lesiones significativas en sus tercios proximal y medio en su tercio distal y hasta su segmento más apical con evidencia disminución abrupta del diámetro luminal por presencia de disección espontánea del vaso, fue valorada por el servicio de reumatología con perfil autoinmune mostrado títulos de anticuerpos ANA 1: 640 patrón granular fino anti RNP > 200.00 con posterior confirmación de diagnóstico de enfermedad mixta del tejido conectivo dando manejo con azatioprina y prednisolona. **Discusión:** La disección coronaria espontánea es una entidad que se debe sospechar en pacientes que se haya documentaron la existencia de una enfermedad sistémica de base autoinmune, entre ellas la enfermedad mixta de tejido conectivo, una pieza fundamental es la existencia de síntomas de autoinmunidad, se debe tener en cuenta que el tratamiento fundamental es la terapia con glucocorticoides y agentes inmunosupresores para disminuir la morbimortalidad y brindar calidad de vida.

347

FACTORS ASSOCIATED WITH MORTALITY IN HYPERTENSIVE PATIENTS WITH MODERATE/SEVERE COVID-19

YARA J^{1,2}, CÓRDOBA MELO B¹, ORTEGA J³, SILVA P⁴, ORTÍZ J⁵, LANNA FIGUEIREDO E⁶, QUINTANA M⁷, CORONEL M⁸, RODAS-CORTES Y¹, GOMEZ-MESA J^{1,2}¹FUNDACIÓN VALLE DELLILI, ²UNIVERSIDAD ICESI, ³HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ, ⁴HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN FAVOROLO, ⁵HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ POPAYÁN, ⁶HOSPITAL VERACRUZSA, ⁷INSTITUTO CARDIOVASCULAR SANATORIO MIGONE, ⁸INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA JFCABRAL

Introduction: The COVID-19 pandemic significantly impacted Latin America (LA), concentrating about 27% of global deaths. The region faced challenges due to poverty, inequity, chronic diseases, alongside healthcare deficiencies. Hypertension emerged as a significant risk factor, prevalent in LA, with a clear association with COVID-19 severity and mortality. Additionally, hypertension, with comorbidities like diabetes and obesity, burdens healthcare systems economically. However, limited information exists on mortality and cardiovascular outcomes in hypertensive COVID-19 patients in LA. Aim: Describe hospitalized COVID-19 patient characteristics and factors associated with in-hospital mortality in hypertensive patients in the region. **Materials and Methods:** A retrospective analytical observational study utilized the LA multicenter registry "CARDIO COVID 19-20," spanning 44 hospitals across 14 Latin American countries, with data collected from May 2020 to June 2021. The registry focused on adult patients hospitalized with confirmed SARS-CoV-2 infection, excluding those with <24-hour hospitalizations or deaths within 24 hours of admission. Data collected via REDcap electronic database system comprised 277 variables including demographic details, comorbidities, treatments, clinical manifestations, and in-hospital outcomes. Non-probabilistic convenience sampling was employed, with descriptive analysis conducted, significance set at $p < 0.05$. Poisson regression models, incorporating various covariates, were utilized for adjusted rate ratios, with analyses conducted in R V.4.1.1 through RStudio V.1.4.1717. **Results:** The study included 3260 subjects, with 49% having hypertension, median age 61 years, notably higher in hypertensive group (67 years vs. 53 years, $p < 0.001$). Male predominance observed in both groups (60.1% vs. 66.1%, $p < 0.001$). Patients commonly presented with overweight/obesity (49.7%), diabetes (26.7%), dyslipidemia (13.6%), and chronic pulmonary disease (8.8%), more frequent in hypertensive group. Angiotensin II receptor blockers (ARBs) (24.7%) and beta-blockers (13.3%) most frequently used. Arrhythmias (9.1%), decompensated heart failure (8.5%), and acute coronary syndrome (2.1%) most prevalent cardiovascular complications. Multivariate analysis indicated age, cardiovascular complications including decompensated heart failure and cardiac arrhythmia, and intensive care unit (ICU) admission were factors associated with mortality in hypertensive patients. **Conclusion:** Hypertensive patients with moderate to severe Covid-19 (hospitalized) have higher prevalence of cardiac comorbidities, cardiovascular complications, and in-hospital mortality. Factors associated with this higher mortality include cardiac arrhythmias, decompensated heart failure, ICU admission, and older age.

322

RISK FACTORS ASSOCIATED WITH DRY MOUTH AND POST COVID-19 SYNDROME: EXPERIENCE IN LATIN AMERICA

ARTEAGA TOBAR A, ESCOBAR VILLEGAS P, CORDOBA MELO B, BARBOSA M, ARANGO IBAÑEZ J, CASANOVA ROJAS A, MINA SÁNCHEZ A, GÓMEZ MESA J

¹DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, FUNDACIÓN VALLE DE LILI, ²FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, UNIVERSIDAD ICESI, ³COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO, INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA-UNICOC., ⁴CONSEJO INTERAMERICANO DE FALLACARDÍACA E HIPERTENSIÓN PULMONAR (CIFACAH) DE LA SOCIEDAD INTERAMERICANA DE CARDIOLOGÍA (SIAC)

Introduction: While COVID-19 primarily affects the respiratory system, it may also affect the oral cavity, including salivary glands, suggesting potential persistent oral alterations in COVID-19 survivors who may present Long COVID-19 Syndrome (LC-19S). Dry mouth significantly impacts quality of life, with various conditions like Sjögren's syndrome, medications, and infections being common causes. **Objectives:** The study aims to identify risk factors associated with dry mouth in patients with prolonged manifestations of COVID-19 (LC-19S) within a Latin American cohort. **Methods:** The Latin American Registry of Cardiovascular Disease and COVID-19 (CARDIO COVID 19-20) included 3,260 individuals from 44 institutions and 14 countries. Inclusion criteria were patients older than 18 years with confirmed COVID-19 who required hospital management. After more than 2 years after discharge, all participant institutions were invited to complete a follow-up for those population. 7 institutions in 5 countries accepted to participate in this analysis. Data collection involved various variables including demographics, comorbidities and oral health signs/symptoms. Statistical analyses, including descriptive techniques, chi-square tests, logistic regression, among others, were performed using R statistical software. **Results:** A total of 272 patients were analyzed, with a median follow-up of 25 months after COVID-19 admission. Gender distribution showed a significant difference ($p=0.021$), with more females experiencing dry mouth (54%). Common comorbidities included overweight/obesity (57%), hypertension (56%), and dyslipidemia (32%), significantly higher in dry mouth group (48% vs. 28%; $p=0.006$). Patients with dry mouth had higher respiratory rates (28 BPM vs. 23 BPM, $p=0.003$). Dysphagia prevalence was notably higher in the dry mouth group (30.0% vs. 7.9%, $p<0.001$), as were other oral manifestations such as pain or swelling in the salivary glands (7.1% vs. 1.4%, $p=0.035$). Symptoms like fatigue (75%), myalgia/arthralgia (77.0%), and dyspnea (50.0%) were more prevalent in patients with dry mouth. Logistic regression revealed gender as a significant predictor, with men less likely to develop dry mouth (OR, 0.47; $p=0.021$). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) was associated with higher odds of dry mouth (OR, 5.14; $p=0.003$), while dyslipidemia showed a trend towards lower odds (OR, 0.26; $p=0.10$). **Conclusion:** Dry mouth as a manifestation of LC-19S is significantly associated with gender, COPD, palpitations, and chest pain, indicating a complex interaction between systemic conditions and LC-19S symptoms affecting oral health. The study underscores the importance of recognizing oral health issues in the management of the LC-19S and suggests further research to explore these associations.

373

IMPACTO DEL TRATAMIENTO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD PARA INSUFICIENCIA CARDIACA CON FEVI REDUCIDA, EN PACIENTE CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRABECULADA

CIGARROA LOPEZ J, ALVAREZ FERRALES O, BAREÑO GERARDO A, SALINAS MORENO E

¹INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL DE CARDIOLOGÍA CENTRO MEDICO SIGLO XXI

Antecedentes: La miocardiopatía hipertrabeculada es un fenotipo ventricular identificado por estudios de imagen como ecocardiografía y resonancia magnética cardíaca. Anteriormente denominada miocardiopatía no compacta. Si bien los tratamientos utilizados eran con la finalidad de evitar las principales causas de mortalidad, como arritmias ventriculares y eventos tromboembólicos, no se cuenta con mucha información al respecto para brindar un tratamiento adecuado para este tipo de pacientes que mejore su clase funcional y pronóstico. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 17 años de edad, sin antecedentes perinatales, heredo-familiares ni patológicos. En 2014 presentó síncope y bradicardia sinusal por lo que se le implantó un marcapasos unicameral ventricular. En enero de 2017 presentó edema de miembros pélvicos y cianosis periférica por lo que se evaluó y en ecocardiograma se documentó dilatación ventricular y FEVI de 24%, con miocardio hipertrabeculado biventricular por lo que se decide escalar a desfibrilador endocárdico (DAI) como prevención secundaria por el antecedente de síncope y miocardiopatía no compacta biventricular. Se inició tratamiento médico para insuficiencia cardíaca con Sacubitril Valsartan, Espironolactona y betabloqueador con adecuada tolerancia. Se consideró candidato a Trasplante Cardíaco, pero ante respuesta clínica, se diferió. En Septiembre de 2017 en clase funcional I, con evaluación ecocardiográfica se observa FEVI 52% y VI no compactado. En evaluación de dispositivo se registraron episodios de taquicardia ventricular (TV) que ceden a terapia de ráfaga. Se ajustó manejo antiarrítmico para control de taquiarritmia, presentando adecuada respuesta. Desde Septiembre de 2021, se agregó al tratamiento Dapagliflozina por insuficiencia cardíaca. Actualmente se encuentra el paciente con clase funcional I de la NYHA, con adecuada respuesta a tratamiento neurohumoral instaurado con desarrollo psicomotor adecuado para la edad. **Discusión:** La miocardiopatía hipertrabeculada, es descrita en guías internacionales de miocardiopatías como un fenotipo de la cual no se cuenta con tratamiento específico por lo que se recomienda su tratamiento de acuerdo al cuadro clínico y con lineamiento en tratamientos descritos para insuficiencia cardíaca, en cuanto al implante de dispositivos de alta energía, se recomienda en pacientes con síncope, arritmias ventriculares sintomáticas o disfunción ventricular severa para prevención de muerte súbita cardíaca. Se presenta caso clínico de paciente con respuesta favorable a tratamiento médico y prevención secundaria de muerte súbita, modificando la evolución natural de la enfermedad.

362

ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR SALMONELLA SOBRE VÁLVULA PROTÉSICA

QUISPE VILLCA Y¹, MENACHO DELGADILLO R¹, ROCA ALVAREZ M¹, LOSANTOS SAAVEDRA C¹¹HOSPITAL OBRERO NRO.1

Antecedentes: La manifestación clínica más característica de la infección por serotipos no tifoideos de Salmonella es la gastroenteritis aguda, habitualmente de curso benigno y autolimitado. Sin embargo, en algunas ocasiones pueden aparecer manifestaciones extraintestinales más graves como la endocarditis que es una manifestación rara de las infecciones por Salmonella y aparece fundamentalmente en pacientes con alteraciones anatómicas o prótesis valvulares, ancianos e inmunodeprimidos. Su curso clínico suele ser agresivo y la mortalidad elevada, por lo que la mayor parte de los autores recomiendan la combinación de tratamiento médico y quirúrgico como la pauta más adecuada. Presentamos un caso de endocarditis por Salmonella sobre válvula nativa en un paciente con prótesis mecánica de la válvula mitral, resuelta con tratamiento médico y quirúrgico.

Descripción del caso: Varón de 67 años con antecedente de ser portador de prótesis valvular mecánica mitral y biológica tricuspídea, ingresa por cuadro de astenia, adinamia y sensación de alzas térmicas de 2 semanas, posterior a cuadro de gastroenteritis aguda. En la exploración se observó temperatura de 38.1°C, auscultación cardíaca rítmica a 90 latidos/min, con clic sistólico, en estado de choque séptico. Entre las exploraciones complementarias destacaban 16.350 leucocitos/mm³ con 80% de polimorfonucleares, y VSG de 30mm en la 1er hora. En el hemocultivo se aisló Salmonella spp, sensible a carbapenémicos, gluco péptidos y quinolonas. En el ecocardiograma transesofágico se apreciaba una imagen de 22 x 7.9 mm de longitud y con un área 0.77mm², compatible con vegetación, prótesis valvular mecánica mitral normofuncionante, y disfunción de prótesis valvular biológica tricuspídea. Se inició tratamiento con vancomicina intravenosa prolongado asociado a ciprofloxacino intravenosa, y se realizó recambio valvular mitral y tricuspídea por la persistencia del cuadro séptico, posterior al mismo la evolución clínica fue satisfactoria. **Discusión:** La endocarditis por Salmonella no-typhi ocurre habitualmente de forma simultánea o después de una infección, generalmente una gastroenteritis; en nuestro paciente se aisló el microorganismo en el hemocultivo. El curso clínico de la endocarditis por Salmonella spp. suele ser agresivo y la mortalidad alta, aunque parece estar disminuyendo en los últimos años. La razón de esta mejoría en la supervivencia parece radicar en la utilización de tratamiento combinado, médico y quirúrgico con recambio valvular. El tratamiento antimicrobiano óptimo para las endocarditis por Salmonella spp. se desconoce; puede realizarse con fluoroquinolonas o cefalosporinas de tercera generación de forma prolongada, en el caso se utilizó quinolonas y gluco péptidos durante 6 semanas.

356

PREVALENCIA E IMPACTO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN MUJERES BOLIVIANAS

UREÑA CORDERO S¹, PAZ SOLDAN C², ANDRADE UZIEDA P³, DURAN SANDOVALA⁴, ARANDA FRANCO F⁵, MANCILLA OROS P⁶, FERNANDEZ DURAN D⁷, REYNOLDS FLORES M⁸, YAÑEZ GALLARDO M⁹¹CLÍNICA OLIVOS, ²HOSPITAL UNIVALLE NORTE, ³HOSPITAL UNIVALLE SUR, ⁴CAJAPETROLERA DE SALUD, ⁵INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX, ⁶HOSPITAL OBRERO NRO 4, ⁷HOSPITAL DE LA MUJER PERCY BOLAND, ⁸HOSPITAL DANIEL BRACAMONTE, ⁹HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Introducción: Factores de riesgo cardiovascular tradicionales como hipercolesterolemia, diabetes, hipertensión arterial, obesidad, tabaquismo son relevantes a ambos sexos. (1) Hay evidencia de la relación entre marcadores de riesgo ligados al sexo femenino como hipertensión en el embarazo, diabetes gestacional, parto prematuro, restricción del crecimiento fetal, desprendimiento de placenta, abortos espontáneos (2), menarca temprana, menopausia temprana y mayor riesgo cardiovascular. (3,4,5). Enfermedades autoinmunes, trastornos depresivos son más comunes en mujeres y condicionan mayor riesgo cardiovascular (6,7). La inexistencia de datos sobre la incidencia de estos factores de riesgo coadyuva a que persistan fallas en el reconocimiento y abordaje del riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica en la mujer boliviana (1). **Objetivo general:** Determinar la incidencia de factores de riesgo cardiovascular tradicionales y ligados al sexo en mujeres bolivianas. **Material y métodos:** Estudio observacional, analítico, prospectivo, transversal, se recolectó información mediante una encuesta Google Forms aplicada a mujeres ≥ 15 años. Para el análisis estadístico dependiendo de las variables, se utilizaron estimadores de tendencia central y dispersión, prueba de independencia, Wilcoxon (i. e. U de Mann-Whitney), pruebas de independencia de χ^2 o pruebas exactas de Fisher y se complementaron con V de Cramer. **Resultados y conclusiones:** Se incluyeron 1546 mujeres, la mediana global de edad fue 43 años. En cuanto a factores de riesgo inherentes al sexo, el más frecuente fue menopausia (37%) Trastorno depresivo (42%). Los Factores de riesgo no relacionados al sexo más frecuentes fueron sedentarismo (50%), sobrepeso, obesidad (56%), hipertensión (12%) e hipercolesterolemia (10%). Si se relacionan factores de riesgo, el grupo con cardiopatía isquémica presenta una edad superior a la del grupo sin cardiopatía isquémica (55 y 43 años respectivamente p<0.05). Cuadro 1. Dos terceras partes de las mujeres con cardiopatía isquémica presentaron menopausia (p<0.05). Los valores más elevados en cuanto a magnitud de relación (V-0,4) fueron: Menopausia - Diabetes mellitus (V=0.264, p< 0.01) Menopausia - hipertensión (V=0.31, p< 0.01) Menopausia - hipercolesterolemia (V=0.244, p< 0.01) Hay una relación significativa entre Obesidad y Cardiopatía isquémica (CI) (66% de los casos de CI) y peso normal * ausencia de cardiopatía (p<0.05). Figura 1. Los factores de riesgo tradicionales más frecuentes en la población estudiada fueron sobrepeso, sedentarismo, HAS, hipercolesterolemia. El factor ligado al sexo más prevalente fue la menopausia, se observó una relación significativa entre menopausia - hipertensión, menopausia - diabetes, menopausia - dislipidemia. Se recomienda estudios prospectivos mayores con el fin de medir la fuerza de asociación de los elementos encontrados.

405

INDICE TRIGLICERIDO/HDLC ASOCIADO A RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

RAMOS DE GARCIA M², GARCIA GONZALEZ A¹CATEDRA DE FISILOGIA, ESCUELA DE MEDICINA LUIS RAZETTI, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, ²INSTITUTO ANATOMICO JOSE IZQUIERDO, UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

Introducción: Diferentes estudios han reportado un punto de corte para, el índice TG/HDL que identifica a sujetos con riesgo de desarrollar el mismo síndrome metabólico y enfermedades relacionadas con este como diabetes, hígado graso, no alcohólico, hiperinsulinemia, resistencia a la insulina. **Objetivo:** El Objetivo del trabajo fue determinar el valor pronóstico del índice triglicérido-HDL (TG/HDL) para el riesgo de enfermedad cardiovascular evaluado por escala de Framingham. **Materiales y métodos:** Estudio de corte transversal, se analizaron 741 sujetos de ambos sexos. se registró la presencia de factores de riesgo cardiovascular y se determinó biomarcadores séricos de asociados a enfermedad cardiovascular. los índices diagnósticos se estimaron mediante análisis de curvas ROC. **Resultados y Conclusiones:** la presencia de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. fueron El 46,15% de la muestra refirió consumo de frutas o vegetales al menos una vez al día; el 20,92 % actividad física diaria de al menos 30 minutos/día y el 92,44 % antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular. El 36,17 % de la muestra presentó hipercolesterolemia total; el 42,24% hipertensión arterial; el 76,65 % obesidad abdominal, 33,60% obesidad por IMC . Los índices diagnósticos calculados a partir de una curva ROC con área bajo la curva de 0.7813 (IC95% 0.7477 a 0.8149, p < 0.001) fueron: valor límite calculado fue 3.205, sensibilidad 75 % (IC95 de 69.56 a 80.63 %), especificidad de 70.39 % (IC95% de 66.14 a 74.38%), Riesgo relativo de 2.675 (IC95% de 2.18 a 3.29), Odds Ratio de 4.93 (IC95% de 3.57 a 6.79). El Valor predictivo negativo fue de 78,55 % (IC95% 74,29 a 82,41) y el valor predictivo positivo fue de 58,36 (IC95% de 52.78 a 62.79). Estos hallazgos permiten sugerir el uso del índice triglicéridos/HDL colesterol como un parámetro marcador de riesgo elevado de enfermedad cardiovascular

342

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE MUJERES CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO DISMINUIDA Y EN CONTROL AMBULATORIO

ARAYA M¹, SANTIBÁÑEZ CATALÁN C², UGARTE VILLALOBOS K¹, SOTO PARADA P³, BUSTOS L⁴¹INSTITUTO CARDIOLÓGICO IQUIQUE, ²CENTRO CARDIOLÓGICO SS, ³UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, ⁴UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

Características y epidemiológicas de mujeres con fracción de eyección del ventrículo izquierdo disminuida y en control ambulatorio. Ma Virginia Araya A1, Claudio Santibáñez C2, Karen Ugarte V1, Paula Soto P2-3, Luis Bustos4. Instituto Cardiológico Iquique1, Centro Cardiológico SS, Puerto Montt2, Universidad Austral de Chile, Sede Puerto Montt3, Universidad de La Frontera-Dpto Salud Pública-CIGES-Temuco Chile4. **Introducción:** La insuficiencia cardíaca (IC) es una enfermedad de alta prevalencia; el 50% corresponde a mujeres en estudios intrahospitalario. Los datos no son aplicables a las pacientes (pctes) ambulatorias. **Objetivo:** Conocer las características epidemiológicas de mujeres con fracción de eyección (FEy) disminuida en dos centros cardiológicos ambulatorios privados de Chile. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, muestreo por conveniencia. 87 pctes mujeres entre enero 2017 a junio 2023, consultan ambulatoriamente en centros privados de Iquique (Iqq) y Puerto Montt (P. Montt), con FEy del ventrículo izquierdo disminuida. Con previo consentimiento, mayores de 18 años y parámetros metabólicos y antropométricos. Las variables: Edad, Previsión de salud, Educación, Ingreso económico, Ocupación, Evaluación Nutricional, Actividad física, Hipertensión arterial (HTA), Historia gineco-obstétrica, N° de descompensaciones anuales (N°desc), Tipo de IC (Miocardiopatía hipertrofica, dilatada, cardiotóxica, parasitaria, viral, por valvulopatía aórtica o mitral, isquémica, HTA, Arritmogénica, por deposito, congénita o distrofia muscular), FEy (≤40), Clase IC (I, II ó III), Diabetes Mellitus (DM2), Dislipidemia (DLP), Infarto al miocárdico (IAM), Ateromatosis (Ate), Accidente cerebrovascular (AVE), Tabaquismo (Tbq), Electrocardiograma, Radiografía de tórax, Exámenes de laboratorio (NT-ProBNP, Micro albuminuria aislada, Creatinina, RAC, Filtración glomerular, Clearance creatina, Hematocrito, Ferremia, Vitamina D y B12, Na, K, Mg, Pruebas tiroideas, Albumina, Insulina basal y HOMA), Factores psicosociales (PHQ2, PHQ9, SF12, Score de stress Hamilton, Fragilidad), Test de adherencia Morisky, N° de fármacos. **Resultados:** Edad promedio fue 74,78 años (DS ±14,30), IMC 29,62, FEy 37,56, Capacidad funcional2,55, Mets6,68, Ferremia85,12, Nt-ProBNP1516,29, N°farm6,84, N°desc1,02, PHQ9 8,95, SF12 26,78, Morisky1,40, Fragilidad3,86, Stress22,70.(Tabla 1). Variables dicotómicas: Ocupación activa14%, HTA80%, MCH12%, MCD18%, CVaortica4,5, CHTA32%, CVmitral9,1%, Clsquemica22,3%, miocardiopatía por deposito, parasitaria, distrofica, viral, arritmo, toxica17%, Tbq11,4%, DM34,4%, IAM17,2%, AVE6,8%, PACING6,8%, Ftrial21,2%, BCR126,4%, Ate70%, AAS51%, IECA o ARA268,9%, Antiarritmico27,6%, Diuréticos59,7%, B-Bloq66,7%, TACO29,8%, Glifozinas33,3%, Sacubutrilo12,64%, NOAC16,09%.(Tabla 2). **Conclusión:** El perfil de la mujer chilena con IC con FEy 37.56%, destacó CFII a III NYHA. Los FRVC: DM2, sobrepeso, HTA, ATE, FA, BCR1 y emergentes como estrés, alto índice de fragilidad y adherencia alta a fármacos indicados, principalmente iSGLT2 33,3%. Estos resultados justificarían una actitud activa en el sesgo de género, diagnóstico y tratamiento de las mujeres.

382

TERAPIA DE RESINCRONIZACION CARDÍACA EN UN PACIENTE CON TRANSPOSICIÓN CONGÉNITAMENTE CORREGIDA DE GRANDES ARTERIAS ASOCIADA A DISFUNCIÓN DEL VENTRÍCULO SISTÉMICOVILLA CALDERÓN C¹, SÁNCHEZ LÓPEZ S, COUTIÑO MORENO H, YÁÑEZ GUTIÉRREZ L¹INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

Antecedentes: La TGV-cc ocurre en <1% de todos los pacientes con cardiopatías congénitas, con una prevalencia aproximadamente de 0.03 por 1000 nacidos, pudiendo ser asintomáticos, sin embargo, puede presentar arritmias o insuficiencia cardíaca congestiva. **Descripción del caso:** Masculino de 53 años con antecedente de TGV-cc y dislipidemia de 10 años tratado con atorvastatina y benzaflibrato; en seguimiento por dolor precordial, astenia y adinamia de más de 1 mes, se realizó Holter con FC mínima de 37lpm asociado a BAV de segundo grado Mobitz II y BAV 2:1 asociado a síntomas, prueba de esfuerzo Naughton alcanzando 7.3METS clase funcional NYHA I, Ecocardiograma Ventriculo sistémico derecho con FE de 22%, gamagrama SPECT con Tetrofosmina reportó isquemia septal apical moderada, cateterismo sin lesiones significativas en arterias epicárdicas, flujo lento pancoronario, Resonancia magnética reportó TGV-cc ventrículo sistémico derecho con FE de 24%, se concluyendo implantar DAI- TRC, colocando electrodo en septum bajo del ventrículo izquierdo obteniendo Onda R de 11mV, impedancias 551 Ohmios, umbral 0.625V con 0.4ms, segundo electrodo en aurícula derecha obteniendo onda P de 2.62mV, impedancia de 437 Ohmios umbral 0.375V con 0.4 ms, se encuentra doble seno coronario canalizando el del ventrículo sistémico hacia posterolateral hasta la porción mesoapical colocando electrodo obteniendo onda R de 0.87 mV, impedancia de 684 Ohmios, umbral de 0.7V con 0.8ms, conectando a generador. Egresó a domicilio en manejo con sacubitril/valsartan, carvedilol Y esprionolactona. Al seguimiento a 3 meses del implante de DAI-TRC ecocardiograma reportó ventrículo sistémico morfológicamente derecho con FE de 37%. **Discusión:** Se describe el caso de la aplicación de DAI-TRC en un paciente con TGV-cc e insuficiencia del ventrículo sistémico. En estos pacientes el sistema de conducción anatómicamente es más propenso a presentar daño pudiendo progresar en 10-50% de los casos a BAV completo necesitando estimulación como en el paciente. Así mismo el consenso de la Sociedad de Electrofisiología Pediátrica y Congénita y la Sociedad del Ritmo Cardíaco recomiendan TRC en FE del ventrículo derecho sistémico debajo de 35% en clase funcional de la I a la IV de la NYHA. La sobrevida en TGV-cc es de aproximadamente 50% a los 60 años, secundario a muerte súbita o insuficiencia cardíaca congestiva. En este caso al seguimiento de 3 meses del implante de DAI-TRC se observó mejoría significativa en la función sistólica del ventrículo derecho sistémico, sin embargo, falta esclarecer el papel del DAI en la prevención primaria en este tipo de pacientes.

385

EXPERIENCIA INICIAL EN TRASPLANTE CARDÍACO COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA EN EL ADULTO CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVELMARTÍNEZCUEVAS D¹, SÁNCHEZ LÓPEZ S¹, YÁÑEZ GUTIÉRREZ L¹, MÁRQUEZ GONZÁLEZ H¹, RIERAKINKEL C¹, GARCÍA DAVALOS I¹, LÓPEZ GALLEGOS D¹, SALAZAR LIZARRAGA D¹, SANTIAGO HERNÁNDEZ J¹¹HOSPITAL DE CARDIOLOGÍA CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

Antecedentes: Aunque la población de pacientes con enfermedad cardíaca del adulto (ACHD) está aumentando rápidamente, el porcentaje sometido a trasplante de corazón no ha cambiado significativamente con el tiempo. **Descripción del caso:** Femenino de 40 años, con diagnóstico de Anomalia de Ebstein Carpentier C a los 24 años, atrialización del 65%, insuficiencia tricúspidea severa, fibrilación auricular persistente, en tratamiento médico. Se realiza protocolo, se decide a los 34 años implante valvular tricúspideo mecánico Saint Jude 33 mm, reducción de aurícula derecha con plicatura de porción atrializada de ventrículo derecho, y colocación de marcapasos. A los 39 años con deterioro de clase funcional por disnea NYHA III y edema de miembros pélvicos, ETT trombosis valvular (disco lateral fijo, vmáx 2.1ms, gradiente medio 12mmHg) y disfunción sistólica severa de ventrículo derecho (TAPSE 6, onda S 5MM, CAF14%), trombolizada con alteplasa, exitoso (gradiente medio 3, vmáx 1ms). Se dió tratamiento de falla cardíaca (ARNI, iSGLT2, ARM, BB), con mejoría parcial, sin embargo inicia nuevamente con disnea NYHA III con evidencia por ETT de disfunción protésica (pannus y trombo). Por riesgo quirúrgico (segunda cirugía y disfunción ventricular severa), se decidió iniciar protocolo de trasplante cardíaco. Realizando trasplante ortotópico bicaval, sin complicaciones, ETT TAPSE 15mm, Onda S 6mm, CAF 27%, con adecuada evolución. **Discusión:** La prevalencia de cardiopatía congénita en el adulto está aumentando lenta pero constantemente, actualmente se estima que el 85% de los niños con cardiopatía congénita sobreviven a la edad adulta, siendo la insuficiencia cardíaca su principal causa de muerte. Tan solo en Estados Unidos, se reporta una prevalencia de 3 por 1000 adultos, lo que corresponde a 775 000 adultos con cardiopatía congénita. Dicha problemática ha llevado a considerar el trasplante cardíaco ortotópico como opción terapéutica. Pese a los diferentes desafíos para lograr su éxito, la complejidad operativa del trasplante cardíaco en pacientes adultos con cardiopatía congénita se puede controlar y la mayoría de los receptores tienen resultados excelentes, de acuerdo a lo reportado en la literatura 59% de supervivencia a 10 años. Meshulami N, Shah P, Kaushik S, Murthy R. Cardiac transplantation in adult congenital heart disease: a narrative review. J Thorac Dis. 2023 Sep 28;15(9):5074-5087. Menachem JN, Golbus JR, Molina M, et al. Successful cardiac transplantation outcomes in patients with adult congenital heart disease Heart 2017;103:1449-1454.

389

UN WEANING PROLONGADO: REPORTE DE CASO DE UNA FISTULA ARTERIOVENOSA PULMONARBOBADILLA LÓPEZ E¹, DELGADO CHÁVEZ J, CERVANTES SALAZAR J, FRÍAS BARRAGÁN C, GOMEZ RODRIGUEZ A, VELOZ RANGEL J¹CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE, ²ANTIGUO HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA FRAY ANTONIO ALCALDE

Antecedentes: Las fistulas arteriovenosas pulmonares son malformaciones vasculares raras que conectan directamente la circulación pulmonar y sistémica. Tienen una prevalencia del 0,02% al 0,03% en la población general y tienen una tasa de mortalidad de hasta el 11%¹. Presentamos el caso de una mujer con dicha alteración, diagnosticada posterior a cirugía cardiaca. **Descripción del caso:** Mujer de 59 años con antecedente de hipertensión arterial, sin más antecedentes de importancia. Inició con deterioro de clase funcional por lo que acudió a valoración. A la exploración física con ingurgitación yugular grado I, precordio con soplo mesosistólico aórtico III/IV e irradiación a cuello, sin fenómeno de Gallavardin, soplo holosistólico mitral III/IV. El ecocardiograma reveló válvula mitral con área de 0.90cm² por ecuación de continuidad, velocidad máxima de 2.2m/s, gradiente máximo de 22mmHg, medio 11mmHg; válvula aórtica trivalva con área por ecuación de continuidad de 0.9cm², velocidad máxima de 3.5m/s, gradiente medio de 24mmHg. El cateterismo cardiaco mostró arterias coronarias sin lesiones, presión capilar pulmonar de 18mmHg, presión media de la arteria pulmonar de 25mmHg. Se realizó reemplazo valvular mitral mecánico 23mm y reemplazo valvular aórtico mecánico 18mm mediante cirugía cardiovascular. Durante su evolución posquirúrgica se mantuvo con ventilación mecánica invasiva (VMI) sin poder progresar por saturación de 60% por oximetría, que persistió por varios días. Se realizó ecocardiograma con solución salina agitada que mostró corto circuito de derecha-izquierda. Se efectuó angiografía cardiopulmonar que evidenció una fistula arteriovenosa entre la rama lobar inferior de la arteria pulmonar izquierda hacia la vena pulmonar inferior izquierda. Se programó intervención de lobectomía inferior izquierda. En los hallazgos quirúrgicos se reportó lóbulo inferior con fistula arteriovenosa pulmonar de 5x4cm. En el postquirúrgico la paciente presentó saturación de 97% con VMI, se realizó traqueostomía, rehabilitación física, y desvinculación de la VMI satisfactoriamente. Fue egresada 33 días después. El estudio histopatológico reportó malformación arteriovenosa pulmonar simple con la presencia de una única vena y arteria. **Discusión:** La fistula arteriovenosa pulmonar(PAVF) son vasos anormalmente dilatados que proporcionan una derivación de derecha a izquierda entre la arteria y la vena pulmonar². Tiene una alta tasa de mortalidad, lo que requiere su tratamiento en la mayoría de los pacientes. Los principales enfoques de tratamiento son la embolización intervencionista angiográfica y la resección quirúrgica. La resección quirúrgica es el tratamiento óptimo para los pacientes con FAVP grandes y centrales³. En este caso la fistula era grande, por lo que se realizó lobectomía.

379

RESULTADOS CLÍNICOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON SOBREPESO EN UN CENTRO CARDIOVASCULAR DE TERCER NIVEL EN MÉXICOCHUQUIURE-VALENZUELA E¹, HURTADO CORDOVA J¹, GONZÁLEZ-MAYOR¹, TEPICHÍN-RAMIREZ T¹, SERES-PÉREZ J¹, ARAGÓN-JIMÉNEZ D¹, CHUQUIURE-GIL M², ISLAS-CORTES D¹, RODRIGUEZ-CHAVEZ L¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA IGNACIO CHAVEZ, ²MEDICA SUR

Introducción: La obesidad y el sobrepeso son factores de riesgo principales para una amplia gama de enfermedades cardiovasculares, con una prevalencia del 38.3% y 36.9%, respectivamente, en adultos mexicanos. **Objetivo:** Evaluar los resultados clínicos en pacientes con alteraciones metabólicas en una cohorte de pacientes hospitalizados en un Centro Cardiovascular de Tercer Nivel en México. **Material y Método:** Conformamos una cohorte clínica de seguimiento de 1 año, incluimos consecutivamente a los pacientes hospitalizados con enfermedades cardiovasculares. Del 1 de julio de 2021 al 31 de agosto de 2022, conformamos 2 grupos con punto de corte el índice de masa corporal (IMC) de 25 kg/m², determinamos las características sociodemográficas, historial clínico, complicaciones hospitalarias. Determinamos la mortalidad y readmisiones por empeoramiento de la insuficiencia cardíaca al año. El protocolo fue aceptado por el Comité de Ética Institucional. Se utilizó un valor p de < 0.05. Utilizamos el paquete estadístico SPSS. **Resultados y Conclusiones:** Incluimos 936 pacientes con patologías cardiovasculares dentro de los cuales 161 (17.2%) pacientes presentaban alteraciones metabólicas. De los pacientes mayores de 65 años el 46% presentaban síndrome metabólico mientras que aquellos menores de 64 años representaron el 54% (p < 0.05). Los diagnósticos más prevalentes dentro del grupo de alteraciones metabólicas fueron los isquémicos en un 49.7%, seguido de los valvulares con un 17.4%. La supervivencia al año de los pacientes con un índice de masa corporal menor a 25 es mayor que aquellos con un IMC mayor a 25. Dentro del análisis que realizamos en la población con síndrome metabólico existe una significancia en la supervivencia a un año en pacientes con un IMC menor a 25 a comparación con los pacientes que presentaban uno mayor a 25. Nuestros datos concuerdan con la literatura internacional en cuanto a la alta prevalencia de cardiopatía isquémica en pacientes con sobrepeso y obesidad, así como la alta carga de enfermedad relacionada con otros factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión.

392

TROMBOS INTRACAVITARIOS EN DISFUNCIÓN BIVENTRICULAR GRAVE AGUDA EN UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDAHURTADO CORDOVA J¹, CHUQUIURE-VALENZUELA E¹, TEPICHÍN-RAMIREZ T¹, GONZALEZ-MAYO R¹, ARAGÓN-JIMÉNEZ D¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA IGNACIO CHAVEZ

Antecedentes: Presentamos el caso de un varón de 45 años con antecedentes médicos de enfermedad renal crónica estadio G3a, miocardiopatía dilatada idiopática e insuficiencia cardíaca con fracción reducida crónica descompensada. **Descripción del caso:** Cuatro días previos al ingreso, presentó edema bilateral y disnea de esfuerzo moderado, que evolucionó a mínimos, ortopnea, disnea paroxística nocturna y mareos con cambios posturales. Por deterioro clínico acudió al instituto por grave insuficiencia cardíaca aguda descompensada. En urgencias sufrió un episodio de síncope ortostático, con recuperación ad integrum, sin signos de arritmias. Al examen físico se evidenció uso de músculos accesorios respiratorios, estertores en ambas bases pulmonares, várices grado 3 en miembros inferiores bilaterales, edema grado 2 en miembro inferior izquierdo, edema grado 1 en miembro inferior derecho. El tratamiento de base al ingreso era sacubitrilo/valsartán, bisoprolol, dapagliflozina, antagonista de la vitamina K y bumetanida. El electrocardiograma al ingreso mostró hipertrofia ventricular izquierda y bloqueo de rama izquierda avanzado. En la radiografía de tórax observamos cardiomegalia grado III e hipertensión venocapilar. El ecocardiograma con las 4 cavidades dilatadas, fracción de eyección de ventrículo izquierdo <20%, desplazamiento sistólico del plano del anillo tricuspídeo 12, onda S 8.2, insuficiencia tricuspídea leve, disfunción diastólica grado III. Líneas B pulmonares, VEXUS 3, trombo apical e intracavitarios del ventrículo izquierdo. Pruebas de laboratorio: Hemoglobina 16,8 g/dL, Creatinina 3,72 μmol/L, NT Pro BNP 28,217 pg/ml, Dímero D 6,000, Troponina T de alta sensibilidad 57,7 ng/ml, Lactato 1,4 mmol/L. Debido a la estabilidad del paciente con buena respuesta al tratamiento con diurético, ingresó a hospitalización, donde inicialmente consideramos incluirlo en protocolo para trasplante cardíaco. Se implantó un desfibrilador cardioversor implantable (DAI) como prevención primaria de la muerte súbita cardíaca. Con la recuperación de la función renal y recuperación de la clase funcional, fue dado de alta del hospital con agente betabloqueante, iSGLT-2, anticoagulante oral directo y diurético. **Discusión:** Los trombos del ventrículo izquierdo son una complicación no tan frecuente en miocardiopatía dilatada. La estasis sanguínea, la contractilidad deficiente y el movimiento parietal anormal, conduce a un estado hipercoagulable con formación de trombos intracavitarios, así como complicaciones tromboembólicas. La regresión del trombo del ventrículo izquierdo con terapia anticoagulante no está definida, ya que no existen estudios comparativos en anticoagulantes directos o antagonistas de vitamina K.

390

CARDIOMIOPATÍA FAMILIAR: INSUFICIENCIA CARDIACA REDUCIDA IDIOPÁTICA ASOCIADA A MUERTE SÚBITATEPICHÍN RAMÍREZ T¹, CHUQUIURE-VALENZUELA E¹, HURTADO-CÓRDOVA J¹, GONZÁLEZ-MAYO R¹, ARAGÓN-JIMÉNEZ D¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA

Antecedentes: Hombre de 50 años con antecedentes médicos de hipertensión arterial, diabetes, obesidad, hipotiroidismo, hiperuricemia, dislipidemia. Historia familiar: madre y tres hermanos fallecidos por muerte súbita, tres hijos vivos con antecedentes de miocardiopatía septal asimétrica, dos de ellos portadores de desfibrilador automático implantable y otro hijo fallecido por muerte súbita a los 23 años. **Descripción del caso:** Ingresó con palpitaciones, angina y disnea a esfuerzos moderados. En la exploración física se detectaron ruidos cardíacos arrítmicos, no se pudieron evaluar S1 y S2, precordio hiperdinámico y ausencia de soplos. Debido a la presencia de fibrilación auricular, se inició anticoagulación terapéutica. El electrocardiograma mostró fibrilación auricular y bloqueo de rama derecha, NT proBNP de 1690 pg/ml y troponina I de alta sensibilidad de 140 pg/ml. El ecocardiograma con FEVI 37%, crecimiento biauricular y biventricular, hipertrofia septal basal de 26 mm y gradiente no obstructivo. Angiografía por tomografía computarizada y coronariografía: Sin alteraciones. La resonancia magnética cardíaca confirmó miocardiopatía hipertrófica con predominio septal en la fase diastólica, fibrosis difusa. Disfunción biventricular, FEVI 37%, FEVD 37,5% y dilatación en ambos ventrículos. La biopsia endomiocárdica reportó fibrosis cicatricial en parches. Iniciamos tratamiento para insuficiencia cardíaca. **Discusión:** La miocardiopatía hipertrófica (HCM) es una enfermedad compleja caracterizada por manifestaciones morfológicas, funcionales y clínicas. La HCM es una afección genética o adquirida caracterizada por el engrosamiento del músculo cardíaco, particularmente el septum (pared que separa los ventrículos). Presentamos un caso complejo de miocardiopatía hipertrófica, caracterizado por el alto riesgo familiar para muerte súbita. Las pruebas genéticas corroboran la base familiar de la enfermedad y guían al consejo genético de los otros miembros de la familia. Es importante destacar que en el manejo debemos iniciar fármacos que mejoren la sintomatología clínica, reducción de mortalidad y reingresos hospitalarios. A pesar de los desafíos, los avances en el diagnóstico, el tratamiento y la genética ofrecen esperanza para mejorar los resultados y la calidad de vida de los pacientes con HCM.

381

EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS ENFERMOS CARDIOVASCULARES MAYORES DE 65 AÑOS

CHUQUIURE VALENZUELA E¹, TEPICHÍN RAMÍREZ T¹, GONZALEZ-MAYO R¹, HURTADO-CORDOVA J¹, ARAGÓN-JIMÉNEZ D¹, SERES-PÉREZ J¹, CHUQUIURE-GIL M², RODRIGUEZ-CHAVEZ L¹, ISLAS-CORTES D¹

¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA IGNACIO CHAVEZ, ²MEDICA SUR

Introducción: El adulto mayor se define según la ONU como la persona con una edad de 65 años en países desarrollados. El aumento del envejecimiento poblacional está directamente relacionado con la prevalencia de patologías cardiovasculares, además de un incremento de las tasas de mortalidad y hospitalización a futuro. **Objetivo:** El propósito del estudio es describir las características clínicas de los enfermos cardiovasculares hospitalizados mayores de 65 años. **Material y Método:** De agosto del 2021 a julio del 2022, incluimos consecutivamente a los pacientes hospitalizados por cualquier causa cardiovascular (CV) mayores de 65 años. Estratificamos a la edad en dos diferentes grupos: Grupo A: mayores de 65 años y Grupo B: menores de 64 años. Se determinaron las características sociodemográficas, clínicas y patologías asociadas, mortalidad, reingreso hospitalario y complicaciones intrahospitalarias. Se declaró la significancia estadística $p < 0.005$. **Resultados y Conclusiones:** Se incluyeron 936 pacientes de los cuales 398 (42.5%) correspondían al sexo femenino mientras que el sexo predominante fue el masculino con 538 (57.5%) pacientes. En el grupo mayor de 65 años, el diagnóstico más prevalente fue los isquémicos, con 101 (10.8%) en comparación con 212 (22.6%) en el grupo <64 años, seguido de los valvulares con 88 pacientes (9.4%) y 138 (14.7%) respectivamente. Las comorbilidades con mayor frecuencia fue Hipertensión arterial sistémica presentándose en el grupo >65 años en 209 pacientes (22.3%) y en el grupo menor <64 años 246 (26.3%), seguida de Diabetes Mellitus 132 (14.1%) pacientes en el grupo >65 y 175 (18.7%) en el <64 años. Un total de 297 pacientes presentaron un reingreso al servicio de urgencias y muerte dentro del primer año, siendo 105 (11.2%) en el grupo de > 65 años y 192 (20.5%) pacientes en el grupo < 64 años. Las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan un problema de salud pública significativo, especialmente en hombres mayores de 65 años. Este grupo de población experimenta una mayor prevalencia de isquemia acompañado de patologías valvulares como los principales diagnósticos cardiovasculares. Como era de esperarse, la hipertensión y la diabetes mellitus fueron las comorbilidades más prevalentes en este grupo de estudio. Una tercera parte de los pacientes estudiados ingresaron a urgencias y/o presentaron muerte por cualquier causa a un año de seguimiento. Es fundamental aumentar la concientización sobre este problema, mejorar la detección y el tratamiento, y desarrollar estrategias de prevención más efectivas para mejorar la calidad de vida de este grupo de población.

368

COMPLICACIÓN MECÁNICA DE INFARTO DE MIOCARDIO ANTERIOR. COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR APICAL

ALVARADO MONTES DE OCA M¹, ROJAS CHÁVEZ M¹, DÍAZ MÉNDEZ A¹, OBISPO ABREGO E¹, MORALES VICTORINO N¹

¹HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, ISSSTE

Antecedentes: Se trata de paciente femenino de 47 años, que cuenta con los antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 con mal control, hipertensión arterial con mal control, así como dislipidemia con descontrol. Acude proveniente de otra unidad con cuadro de dolor epigástrico tratada como enfermedad ácido péptica, acudió en varias ocasiones a urgencias dando manejo con omeprazol. Padecimiento actual Acudió con disnea de pequeños esfuerzos después de 3 semanas. Se realizó ecocardiograma en el cual se visualiza comunicación interventricular postinfarto motivo de ingreso a nuestro hospital. **Descripción del caso:** Ingreso 03/02/24. Presión arterial de 100/70mmHg, frecuencia de 99lpm a la exploración con ruidos cardiacos rítmicos, no 3 ruido, no 4 ruido. Respiratorio con murmullo vesicular con hipoventilación bilateral basal. Abdomen blando depresible sin alteraciones. Extremidades sin edemas. Ecoscopia: derrame pleural bilateral, patrón B, FEVI 40%, Comunicación ventricular muscular apical, (6-8mm) Flujo de izquierda a derecha QP/QS de 2. Gradiente de 53mmHg, ITV 13, Insuficiencia mitral y tricúspidea ligera, tapse de 15, E/é 10, FEVI de 35%, Ventriculo derecho con disfunción ligera. Patrón B pulmonar con vena cava de 20mm sin colapso, derrame pleural bilateral de 500cc. Electrocardiograma: ritmo sinusal, con necrosis anterior. Laboratorios: Hb de 11, Hto de 34, leucos de 8110, plaquetas de 135,000, Glucosa de 94mg, creatinina de 0.50mg/dl, Na de 137mmol/l, K de 3.62mmol/L, Cl de 105mmol/l. Transaminasas dentro de parámetros normales, Bilirrubina directa de 0.40mg/dl, Bilirrubina indirecta 0.40. Gasometrías venosas centrales con saturación venosa de 60%, lactato de 1.3. Se decidió tratamiento con diurético de asa en infusión con adecuada respuesta. Se realizó Cateterismo cardiaco 06/02/24 con los siguientes hallazgos enfermedad coronaria significativa en la Descendente anterior (oclusión total) la circunfleja e intermedia en coronaria derecha. Resonancia Cardiaca 8 de febrero 2024: Infarto agudo transmural apical, aneurisma apical, comunicación interventricular fenestrada 12.5X15mm con cortocircuito de izquierda a derecha (Qp/QS1.7), dilatación de cavidades ventriculares FEVD 25% Insuficiencia mitral leve, Derrame pericárdico leve con separación de 10mm, derrame pleural bibasal en segmento declive con atelectasia pasiva. **Discusión:** La paciente no acepta tratamiento pidiendo egreso, se convence de cierre percutáneo. Comentario: es un caso interesante que se aunque la complicación se presenta entre el día 3 y 5, la paciente se presentó por falla cardiaca el día 21, dicha complicación tiene una complicación de mortalidad de hasta el 40%, la paciente por el momento solo aceptó tratamiento percutáneo.

407

LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL MEJORA LA EXACTITUD DEL ELECTROCARDIOGRAMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

VIANA ROJAS J¹, LÓPEZ LIZARRAGA M, MANZANAREZ BARRERA J, MUÑIZ ESCOBAR D, ACOSTA BUSTOS J, BAZBAZ MIZRAHI A, SÁNCHEZ CONTRERAS C, MÁRQUEZ MURILLO M, NAVA-TOWNSEND S

¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA IGNACIO CHÁVEZ

Introducción: La hipertrofia ventricular izquierda (HVI) es una complicación crónica de la hipertensión arterial sistémica y se asocia a desenlaces adversos. Recientemente, se ha utilizado la inteligencia artificial para mejorar el diagnóstico y tratamiento de algunas enfermedades. Sin embargo, se desconoce si la inteligencia artificial podría mejorar la exactitud del electrocardiograma para el diagnóstico de HVI. **Objetivo:** El propósito de este estudio fue comparar la exactitud diagnóstica de los criterios electrocardiográficos tradicionales con la exactitud de una aplicación de inteligencia artificial (PMcardio). **Materiales y métodos:** Se incluyeron un total de 98 pacientes con hipertensión arterial sistémica. Se realizó un electrocardiograma de 12 derivaciones en todos los pacientes y un cardiólogo certificado aplicó los criterios tradicionales de Sokolov, Cornell, R de aVL y Peguero-LoPresti para el diagnóstico de HVI. De forma cegada se analizaron los electrocardiogramas con la inteligencia artificial y se evaluaron para el diagnóstico de HVI. Como estándar de oro se evaluó la masa cardíaca de forma cegada mediante resonancia magnética en todos los pacientes. Todo el análisis estadístico se realizó con R 4.2.0 **Resultados:** Los pacientes tenían 61.8 ± 14.6 años, 65 (66.3%) eran hombres y 79 (80.6%) fueron diagnosticados con HVI mediante resonancia magnética. Entre los criterios evaluados, la inteligencia artificial tuvo la mejor exactitud para el diagnóstico de HVI (Tabla 1). La diferencia en la exactitud diagnóstica entre la inteligencia artificial y los criterios de Sokolov, Cornell y R de aVL fue estadísticamente significativa (Figura 1). **Conclusiones:** La inteligencia artificial tuvo la mejor exactitud para el diagnóstico de HVI en pacientes con hipertensión arterial sistémica.

399

MIXOMA DE ATRIO IZQUIERDO ASOCIACIÓN CON TUMOR MALIGNO DE NERVIIO PERIFÉRICO

ACEVEDO O¹, DIÑARTE PEREZ J², MEJIA HERNANDEZ N², CASTILLO OSEJO G²

¹CENTRO GUADALUPANO, ²HOSPITAL ALEMAN NICARAGÜENSE

El porcentaje de mixoma entre el 0.01 y el 0.03 %.

Descripción del caso:

Paciente de 26 años sin antecedentes personales patológicos, acude por historia de mal estado general, pérdida de peso, disnea a medianos esfuerzos e ictericia marcado, masa en brazo derecho. Al examen físico paciente presenta sobrepeso y a nivel cardiovascular primer ruido intenso resto sin alteraciones pulmonares. Paciente el cual se realiza electrocardiograma ritmo sinusal con eje a la izquierda, sin datos de isquemia, lesión ni necrosis, radiografía de tórax sin cardiomegalia. Exámenes de sangre bilirrubina total de 47mg/dl a expensas de directa, ligero aumento de transaminasas, serología de HIV y hepatitis negativos, CA 19 de 218 Ug/dl, antígeno carcinoembrionario 4.18 ng/ml con TSH, cortisol normal. Biopsia de tejidos blando en brazo se considera por histopatología un tumor de vana nervioso periférico maligno

Estudios de imagen tomográfico abdominal se describe masa pancreática, nódulos renales bilaterales y adenopatías mesentéricas.

nivel ecocardiográficos eje de cuatro cámaras.se observa masa fija de 3.5x2.5 m.con obstrucción del tracto de salida. Resonancia cardíaca igual.

Las neoplasias cardíacas se dividen en tumores primarios y secundarios. Un 75-80% de las neoplasias primarias son benignas, se destaca el mixoma subtipo más frecuente (50%). se aloja en la Atrio izquierdo

Su incidencia tiene un pico entre los 40 y 60 años, una relación entre mujeres y hombres 3:1

La presentación clínica del mixoma es variable en relación con ubicación, tamaño y movilidad.

El mixoma puede culminar en obstrucción atrio ventricular, embolias sistémicas; así como síncope, Insuficiencia cardíaca y muerte súbita.

De forma clásica, se describen síntomas sistémicos, como: fiebre, petequias, artralgias o letargia.

La exploración física soplo obstructivo mitral y raramente signo auscultatorio del tumor «plop de valvular mitral.

En raras ocasiones pueden asociarse a mixomas mamaros o cutáneos, neoplasias testiculares, hiperactividad ovárica, pigmentación o schwannomas, que forman el síndrome de Carney2,3.Su asociación con neoplasias primarias múltiples con frecuencia de presentación clínica es 1,5 a 5,4% de los cánceres y 5 a 11% en autopsias. El sistema genitourinario está frecuentemente implicado en estos casos.

El Tumor maligno de nervio periférico es infrecuente. edad promedio 28 y 36 año, variación con respecto al sexo,frecuente en las extremidades (50 % a 70 %).

La sintomatología inicial es un tumor de crecimiento lento , doloroso, diseminación por crecimiento nervios involucrados, vía hematogena a pulmón, hígado y hueso.

El tratamiento es la cirugía radical con radioterapia pre o posoperatoria.

391

HIPOTIROIDISMO COMO CAUSA SUBYACENTE DE TROMBOEMBOLIA PULMONAR ASOCIADA A INSUFICIENCIA CARDÍACA REDUCIDA GRAVEMENTE AGUDIZADAGONZÁLEZ MAYO R¹, CHUQUIURE VALENZUELA E¹, HURTADO CORDOVA J¹, TEPÍCHIN RAMÍREZ T¹, SERES PÉREZ J¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA "IGNACIO CHÁVEZ"

Antecedentes: Mujer de 38 años sin antecedentes cardiovasculares y con un índice de masa corporal de 49.55 kg/m². Inició dos meses antes con disnea de pequeños esfuerzos, ortopnea, tos productiva, edema de miembros inferiores, dolor subcostal agudo aparentemente no cardíaco. A su llegada a urgencias, presentó un episodio de dolor subcostal agudo 9/10 con duración de 10 minutos y se acompañó de disnea súbita. Recibimos a la paciente taquicárdica con edema de miembros pélvicos grado III. Al examen físico cardíaco presentó soplo tricúspideo regurgitante II/IV, el resto del examen físico fue normal. **Descripción del caso:** El electrocardiograma inicial reveló crecimiento biauricular y biventricular, taquicardia sinusal y sobrecarga sistólica del ventrículo izquierdo. El ecocardiograma se evidenciaron las 4 cavidades dilatadas, importante derrame pericárdico, insuficiencia mitral moderada, insuficiencia tricúspidea grave, fracción de eyección de ventrículo izquierdo 20%, onda s tricúspidea 8.6. Líneas B en los pulmones, vena cava inferior 2.4 cm sin colapso inspiratorio >50%. Angiografía pulmonar por tomografía con hallazgos sugestivos de tromboembolismo pulmonar crónico segmentario derecho. Laboratorio: nt-PROBNP 5666, INR 1.33, Tiempo de protrombina 12.2 segundos y Tiempo de trombolastina parcial 33.9 segundos, resto de los laboratorios en parámetros normales. La coronariografía sin evidencia de estenosis ni lesiones significativas. El nivel de hormona estimulante de tiroideas de 22.5mIU/L y se solicitó perfil inmunológico con resultados negativos. **Discusión:** Se inició tratamiento anticoagulante y diurético, mostrando mejoría significativa. En cuanto a la etiología trombótica, se sospechó que era secundaria a trombo intracavitario por dilatación y disfunción biventricular; sin embargo, no hubo hallazgo de trombo intracavitario en el ecocardiograma. Se inició levotiroxina para el hipotiroidismo. Se recomiendan diuréticos en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida con signos y/o sintomáticos de congestión para aliviar los síntomas de insuficiencia cardíaca. Iniciar inmediatamente anticoagulación en pacientes con probabilidad clínica alta o intermedia de tromboembolismo pulmonar, mientras se realizan pruebas diagnósticas. En el hipotiroidismo franco, la ausencia de hormonas tiroideas se manifiesta por una disminución de la contractilidad cardíaca y un aumento de la resistencia periférica. Los trastornos cardíacos causados por la deficiencia de la hormona tiroidea se pueden revertir con el uso de levotiroxina.

412

CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN POLY-VASCULAR VS ISOLATED LOWER EXTREMITY PERIPHERAL ARTERIAL DISEASE. ANALYSIS FROM THE SOLACI PERIPHERAL REGISTRYVIRGEN-CARRILLO L¹, DÍAZ-SANDOVAL L², ROSSIM³, PEDERNERAG⁴, DUARTE E⁵, IONESCU E⁶, PASCUA J⁷, FLEITAS G⁸, CAVALIERI MACHADO M⁹, FLORES FLORES J¹⁰, LLAMAS ESPERON G¹¹, DAMAS DE LOS SANTOS F¹², SÁNCHEZ RAMÍREZ M¹³, BIROLLO O¹⁴, GUZZANTI D¹⁵, LAMELAS P¹⁶, LUGO-GAVIDIA L¹⁷

¹VRI-HOSPITAL MÉXICO AMERICANO-UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUADALAJARA-UAG, ²ASCENSION BORGESS HOSPITAL, ³INSTITUTO CARDIOVASCULAR ROSARIO, ⁴ICBAINSTITUTO CARDIOVASCULAR BUENOS AIRES, ⁵HOSPITAL MADARIAGA, ⁶CLÍNICA CARDIOVASCULAR DEL CARIBE, ⁷HOSPITAL ITALIANO LAPLATA, ⁸HOSPITAL MACIEL, ⁹HOSPITAL LUXEMBURGO, ¹⁰CARDIOLOGÍA Y TERAPIA ENDOVASCULAR, ¹¹HOSPITAL CARDIOLOGICA, ¹²INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA DR. IGNACIO CHAVEZ INC, ¹³HOSPITAL GENERAL ISSSTE, ¹⁴HOSPITAL JMC ULLEN, ¹⁵HOSPITAL ESPAÑOL DE MENDOZA, ¹⁶HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN FAVALORO, ¹⁷MEXICAN ACADEMIC CONSORTIUM FOR CLINICAL DATA ACQUISITION SC

Introduction: Atherosclerotic disease in more than one vascular bed (Polyvascular disease), is a strong independent risk factor for ischemic events and has worse clinical outcomes than those with disease in a single territory. Aims: The objective of the present interim analysis is to describe the differences in cardiovascular risk factors and clinical presentation between patients with isolated infra-aortic peripheral artery disease (lower limb: "LL-PAD") and patients with Polyvascular Disease ("PD": simultaneous coexistence of LL-PAD and affection of at least one more vascular bed) from a cohort of patients undergoing lower limb endovascular procedures in Latin America. **Methods:** Our cohort included patients from The SOLACI Peripheral Registry (a prospective, multi-center, observational, and hospital-based registry of patients with LL-PAD, treated with endovascular interventions across 10 Latin American countries). Patients were considered to have PD if besides LL-PAD, they had a documented history of previous myocardial infarction (MI), coronary revascularization, cerebrovascular, aortic, and / or carotid artery disease. **Results and Conclusions:** A total of 997 patients were included in the analysis. PD was present in 372 patients (37.3%), of which 169 (45.4%) had previous MI; 215 (57.8%) previous coronary revascularization; 212 (57%) had aortic and / or carotid disease; and 84 (22.6%) had cerebrovascular disease. Patients with PD were older than those with LL-PAD (70.1±10.2 vs 68.2±10.6). PD was more prevalent in men (69.9% vs 62.8%), former smokers (50.3% vs 33.3%) and patients with dyslipidemia (73.7% vs 63.8%). The distribution of treated lesions in the PD group was: 14.8% ilio-femoral; 29.8% femoropopliteal; 24.7% infrapopliteal; and 29% had multiple peripheral territories affected and treated at the same time-point. In the LL-PAD group, the distribution of treated lesions was: 12.1% ilio-femoral; 26.9% femoropopliteal; 32.1% infrapopliteal; and 27.6% had multiple peripheral territories affected simultaneously and treated during the same procedure. In general, the lesions were shorter in the PD group: ilio-femoral (51.4±28.8 vs 64.2±51.1mm); femoropopliteal (120±77.9 vs 124±83mm); and infrapopliteal (132±84.4 vs 149±91.7mm). In the PD group, a higher percentage of patients were treated with statins and antithrombotic agents: statins (88.4% vs 71.5%), aspirin (91.1% vs 82.1%), clopidogrel (60.5% vs 40%), and oral anticoagulants (16.7% vs 8.8%). The use of rivaroxaban was similar in both groups (3.8% vs 3.9%). The PD group had higher intrahospital complication rates: intrahospital death (2.4% vs 0.7%), cardiovascular intrahospital death (1.3% vs 0.3%), MI (1.1% vs 0%), stroke (0.3% vs 0%) and bleeding (1.1% vs 0.7%). **Conclusions:** Patients with PD represent a very high-risk population. Systematic screening of multiple vascular beds in patients with LL-PAD may be warranted to prevent worse outcomes.

138

ADDITION OF CARDIOPULMONARY EXERCISE TEST VARIABLES TO CLASSIC RISK MODELS IN HEART FAILURE WITH REDUCED EJECTION FRACTION: A CONTEMPORARY MULTI-PARAMETRIC APPROACHBURGOS L¹, BARO VILA R¹, BALLARI F¹, SPACCAVENTO A¹, RICCIARDI B¹, YAPUR J¹, DE BORTOLI M¹, HERNANDEZ M¹, SOBRINO E¹, DIEZ M¹¹INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES

Introduction: Several prognostic risk scores have been developed for patients with heart failure and reduced ejection fraction (HFrEF), but their accuracy and use remain limited. The cardiopulmonary exercise test (CPET) has demonstrated prognostic value and aids in the selection of candidates for heart transplant (HT), and recent studies suggested that the ventilation-carbon dioxide (VE/VCO₂) relationship slope is superior to VO₂. However, the combination between these CPET parameters and risk scores has not been previously explored. **Objective:** To assess the additional prognostic value of CPET parameters in combination with classical clinical risk scores in patients with HFrEF in predicting a combined endpoint of HF hospitalization, non-elective HT, and all-cause mortality at 2 years. **Methods:** A single-center cohort study was conducted, with a retrospective analysis of data collected prospectively. Patients <70 years old with LVEF ≤40% followed in our HF unit who underwent CPET between March 2020-March 2023 were consecutively included. The primary outcome was a combined endpoint of HF hospitalization, non-elective HT, and all-cause mortality at 2 years. pVO₂ <12 ml/kg/min (if treated with beta-blockers) or <14 ml/kg/min (no beta-blocker), VE/VCO₂>36, and the presence of exercise oscillatory ventilation (EOV) were assessed. Heart Failure Survival Score (HFSS), Seattle Heart Failure Model (SHFM) and Meta-analysis Global Group in Chronic Heart Failure (MAGGIC) were calculated for each patient. The value of adding CPET parameters to the scores was assessed with area under the ROC curve and net reclassification improvement (NRI). **Results:** 146 patients were included, with a mean age of 57 years (SD 10), mean LVEF was 29%. The primary outcome event occurred in 38 patients (26%). At 2-year follow-up, the prognostic accuracy for the primary event of MAGGIC score was AUC 0.72 (95%CI 0.64-0.81), SHFM AUC 0.77 (95%CI 0.69-0.86) and HFSS AUC 0.61 (95%CI 0.51-0.72). AUCs for the models including the CPET variables: MAGGIC-CPET 0.78 (95%CI 0.69-0.86), HFSS-CPET 0.73 (95%CI 0.64-0.82) and SHFM-CPET 0.81 (95%CI 0.73-0.89). The global NRI was 9%, 11% and 8% for HFSS, MAGIC and SHFM respectively (Table 1). Kaplan-Meier curves stratified by the median CPET+scores are shown in Fig 1. Combined primary endpoint occurred more frequently in patients with high risk scores (log-rank test < 0.001). **Conclusions:** A multiparametric approach integrating CPET parameters with risk models using clinical, laboratory and echocardiographic variables improves the prediction of the combined endpoint in patients with HFrEF. The classical scores in HFrEF could be improved by incorporating new CPET parameters.

139

EMERGENCY HEART TRANSPLANTATION IN A PATIENT WITH ADVANCED HEART FAILURE SECONDARY TO ENDOMYOCARDIAL FIBROSIS: A CASE OF IGG4-RELATED DISEASEBURGOS L¹, BARO VILA R¹, BALLARI F¹, DE BORTOLI M¹, SAN MARTINO J, DIEZ M¹¹INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES

Introduction: Immunoglobulin G4-related disease (IgG4-RD) is a systemic fibroinflammatory disorder rich in IgG4-positive plasma cells, and storiform fibrosis in affected organs. While IgG4-RD commonly involves the pancreas, salivary glands, and retroperitoneum, heart involvement is rare. Endomyocardial fibrosis (EMF), a specific subtype of cardiac involvement, is exceedingly rare, with only a few cases reported. **Case presentation:** Patient, 66 years old, with a history of hypertension, dyslipidemia. He was first diagnosed with restrictive cardiomyopathy, initially interpreted as EMF with hypereosinophilia associated to endemic parasitic disease leading to multiple recurrent hospitalizations due to heart failure. Currently presenting with advanced heart failure, requiring pre-transplant evaluation and subsequent admission to our center due to acute heart failure, progressing to refractory cardiogenic shock requiring inotropes and intra-aortic balloon pump support. Laboratory investigations were notable for elevated natriuretic peptide levels and hypereosinophilia. Transthoracic echocardiography showed restrictive cardiomyopathy with severe bi-atrial dilation and marked thickening of the endocardium in the apex extending to the mid-portion of the left ventricle involving the mobility of the posterior valve leaflet, resulting in severe mitral regurgitation. Cardiac magnetic resonance imaging confirmed extensive fibrosis within the subendocardium, consistent with EMF without signs of active myocarditis (fig 1). Due to refractory symptoms and progressive disease, the patient was listed for heart transplant (HT). During the pre-HT evaluation, serological testing for IgG antibodies against *Trichinella spiralis* was positive. The patient underwent HT. Intraoperative findings revealed extensive fibrosis involving the endocardium of both ventricles. Histopathological examination of the explanted heart confirmed the diagnosis of IgG4-related EMF, with marked infiltrate with IgG4-positive cells (fig 2). The patient was discharged on an immunosuppressive regimen and remains under regular follow-up. Up to date serial echocardiograms show normal graft function and endomyocardial biopsies performed as per post transplant protocol, do not show evidence of recurrent IgG4-RD. **Discussion:** We present a unique case of IgG4-related EMF resulting in refractory cardiogenic shock requiring HT. Patient's residence in an endemic area and the initial diagnosis of hypereosinophilia associated with parasitosis led to the initial diagnosis of EMF. Diagnosis of IgG4-related EMF requires a high index of suspicion, as clinical and imaging findings can mimic other forms of restrictive cardiomyopathy. While early stages of IgG4-RD myocarditis might respond to steroid therapy, in this instance, significant fibrosis had already occurred, necessitating mechanical support as a bridge to HT. HT could be a feasible option for end-stage IgG4-RD cardiomyopathy without substantial extracardiac involvement.

421

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA INTERNADOS EN EL SERVICIO DE CLÍNICA MEDICA

HANSEN LORENZ T¹, JAIME GIMÉNEZ J¹, AYALA SOSA P¹, GONZALEZ URBIETA R¹, ORTIGOZA AQUINO E¹¹

Introducción: La endocarditis infecciosa actualmente posee un perfil clínico muy variado pese a los adelantos tecnológicos. **Objetivo:** Describir el perfil clínico- epidemiológico de pacientes con Endocarditis Infecciosa internados en el Paraguay durante el periodo 2020-2023. **Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal con componente analítico. Fueron incluidos pacientes con diagnóstico de endocarditis infecciosa desde 2020 hasta 2023. Para el análisis de los datos se utilizó Epi Info 7.2. Para la comparación de las variables se utilizó el chi cuadrado, considerándose $p < 0,05$ como significativa. **Resultados:** Fueron incluidos 54 pacientes, la edad media fue de $63,5 \pm 12,8$ años, 58,8% fueron varones. Un 83% presentó fiebre. En 83,4% fue sobre válvula nativa, siendo la más frecuente la válvula aortica en un 77%. Un 22,2 % correspondía a pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. En un 33,3 % se aisló gérmenes en los hemocultivos, Streptococo viridans 30,8%, S. aureus 18,6%. El promedio de días de internación fue 23 ± 12 . Un 27% requirieron internación en unidad de cuidados intensivos y un 33% cirugía de recambio valvular. El porcentaje de mortalidad fue de 27,7 % principalmente en paciente con complicaciones como abscesos o ruptura valvular ($p=0,0001$). **Conclusión:** La mortalidad por Endocarditis infecciosa fue alta durante el periodo de estudio, encontrándose una asociación significativa relacionada a abscesos y/o rotura valvular. **Palabras clave:** Endocarditis infecciosa. Mortalidad. Válvula aortica

420

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, IMAGENOLÓGICA Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ISQUEMIA ARTERIAL CRÓNICA EN PACIENTES INTERNADOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA DEL PARAGUAY

HANSEN LORENZ T¹, JAIME GIMÉNEZ J¹, AYALA SOSA P¹, GONZALEZ URBIETA R¹, ORTIGOZA AQUINO E¹¹

Introducción: La enfermedad arterial periférica es un padecimiento con mayor prevalencia en los adultos mayores, no obstante, dentro del Paraguay se acrecienta aún más por la existencia de comorbilidades asociadas. **Objetivo:** Describir las características clínicas, imagenológicas y tratamiento de pacientes con Insuficiencia Venosa Crónica internados en el Servicio de Clínica Médica del Paraguay, periodo 2019 a 2022. **Metodología:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de corte transversal, de los pacientes con insuficiencia arterial crónica de miembros inferiores tratados en un centro de referencia del Paraguay. **Resultados:** La edad promedio de los pacientes fue de 73 años, con una prevalencia del 66% en el sexo masculino y un 34% del sexo femenino, se realizó angioplastia en el 44% de los pacientes y bypass en el 56%. Se dio un 27% de procedimientos exitosos sin complicación ninguna. **Conclusión:** La insuficiencia arterial crónica se observó con mayor frecuencia en mayores de 55 años, varones, donde el tratamiento utilizado con mayor frecuencia correspondió al bypass. La principal complicación correspondió a amputaciones menores. **Palabras clave:** revascularización, isquemia crítica, miembro Inferior.

418

COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA ANTICOAGULACIÓN ORAL EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR INTERNADOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA NACIONALHANSEN LORENZ T¹, JAIME GIMÉNEZ J¹, AYALA SOSA P¹, GONZALEZ URBIETA R¹, ORTIGOZA AQUINO E¹¹

Introducción: Dentro de los pilares del tratamiento de la fibrilación auricular se encuentra la prevención de eventos cardioembólicos, para lo cual se utilizan frecuentemente los anticoagulantes. **Objetivo:** Describir las complicaciones asociadas a la anticoagulación oral en pacientes con fibrilación auricular internados en el Servicio de Clínica Médica **Metodología:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de corte transversal en el cual fueron evaluadas las fichas electrónicas de todos los pacientes internados observándose las características demográficas, los motivos de consulta, alteraciones laboratoriales, complicaciones y manejo más frecuente. **Resultados:** Fueron incluidos 296 pacientes con fibrilación auricular, 80% presentó fibrilación auricular no valvular, edad media de 68±7,6 años, y el 57% fueron hombres. Recibieron anticoagulación oral 79% de los pacientes, de los cuales el 80% recibió anticoagulante anti vitamina K. El promedio de puntos en la escala de CHA2DS2-VASc fue de 3 puntos y en la escala de HAS-BLED el promedio de puntos obtenidos fue de 2 y los factores de riesgo más comunes de sangrado fueron la HTA y edad mayor a 65 años. **Conclusión:** La mayoría de los pacientes con FANV fueron anticoagulados, tenían alta adherencia al tratamiento y buen control de la anticoagulación. El anticoagulante oral más utilizado fue el anti vitamina K, hubo riesgo intermedio para el sangrado y los factores de riesgo de sangrado más comunes fueron la hipertensión arterial y la edad >65 años. **Palabras clave:** anticoagulación, ACOD, AVK, sangrados

422

FRECUENCIA DE CARDIOTOXICIDAD POS QUIMIO EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA NACIONAL DEL PARAGUAYHANSEN LORENZ T¹, BENÍTEZ D¹, BONILLA MARICHAL A¹, CUETO GONZÁLEZ C, GILL MORLIS ALBORNO D¹

Introducción: El linfoma primario de mediastino es un linfoma difuso de células grandes de tipo B que se presenta con mayor frecuencia entre la tercera y cuarta décadas de la vida, con predominio en mujeres. Estos linfomas corresponden al 2.4% de todos los linfomas en población adulta. La presentación clínica del linfoma mediastinal con frecuencia es una emergencia por el crecimiento rápido y el riesgo de presentar síndrome de vena cava. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo de corte transversal en el cual se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico reciente de linfoma primario de Mediastino no portadores de otra patología de base, que no habían recibido tratamiento de quimioterapia con antraciclínicos, detallándose características como edad, sexo, tipo de linfoma, ecocardiografía prequimioterapia normal, realizándose ecocardiografía posterior a la quimioterapia. Además, se observaron datos clínicos, y ecocardiográficos para hablar de cardiotoxicidad por quimioterapia. **Resultados:** Fueron incluidos 132 pacientes, el 75% correspondió al sexo masculino, con una media de edad de 32 años. El principal síntoma clínico correspondió a la dificultad respiratoria y al edema en esclavina observado en el 85% de los pacientes. Un 45% de los pacientes presentaron ecocardiografía normal. Un 11% de los pacientes presentó cardiotoxicidad aguda manifestada por insuficiencia cardíaca clase funcional IV/IV, 5% de los pacientes presentaron taquicardia ventricular sostenida que requirió cardioversión eléctrica. La mortalidad en el estudio fue del 3%. **Conclusiones:** La frecuencia de cardiotoxicidad encontrada en el estudio fue elevada, comparada con la literatura disponible hasta la fecha. **Palabras clave:** ecocardiografía, derrame pleural, derrame pericárdico.

417

HALLAZGOS ECOCARDIOGRÁFICOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE LINFOMA PRIMARIO DE MEDIASTINO : ESTUDIO PROSPECTIVOHANSEN LORENZ T¹, JAIME GIMÉNEZ J¹, AYALA SOSA P¹, GONZALEZ URBIETA R¹, ORTIGOZA AQUINO E¹¹HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

Introducción: El linfoma primario de mediastino es un linfoma difuso de células grandes de tipo B que se presenta con mayor frecuencia entre la tercera y cuarta décadas de la vida, con predominio en mujeres. Estos linfomas corresponden al 2.4% de todos los linfomas en población adulta. La presentación clínica del linfoma mediastinal con frecuencia es una emergencia por el crecimiento rápido y el riesgo de presentar síndrome de vena cava. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo de corte transversal en el cual se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico reciente de linfoma primario de Mediastino, que no habían recibido tratamiento de quimioterapia, detallándose características como edad, sexo, tipo de linfoma, y los hallazgos más frecuentes en la ecocardiografía transtorácica. **Resultados:** Fueron incluidos 32 pacientes, el 75% correspondió al sexo masculino, con una media de edad de 32 años. El principal síntoma clínico correspondió a la dificultad respiratoria y al edema en esclavina observado en el 85% de los pacientes. Un 45% de los pacientes presentaron ecocardiografía normal. Dentro de las alteraciones ecocardiográficas se observó derrame pericárdico leve a moderado, taponamiento cardiaco, cardiopatía dilatada. **Conclusiones:** Dentro de los hallazgos ecocardiográficos se destacó la presencia del derrame pericárdico leve a moderado en un tercio de los pacientes, por lo cual resulta trascendental la realización de una ecocardiografía a todos los pacientes previo inicio de la quimioterapia. **Palabras clave:** ecocardiografía, derrame pleural, derrame pericárdico.

419

VALORACIÓN NUTRICIONAL COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA NACIONALHANSEN LORENZ T¹, JAIME GIMÉNEZ J¹, AYALA SOSA P¹, GONZALEZ URBIETA R¹, ORTIGOZA AQUINO E¹¹

Introducción: La insuficiencia cardiaca es una causa frecuente de mortalidad en el mundo, en la cual la malnutrición produce un desbalance entre el aporte y los requerimientos de energía y nutrientes con múltiples complicaciones en la evolución de la enfermedad. **Objetivo:** Describir los resultados de la valoración nutricional como predictor de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con insuficiencia cardiaca de un Hospital de Referencia del Paraguay durante el periodo 2022 a 2023. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal en el cual fueron evaluadas las fichas electrónicas de todos los pacientes internados por insuficiencia cardiaca, detallándose edad, sexo, índice de masa corporal, circunferencia abdominal, comorbilidades, morbimortalidad. **Resultados:** El 55% de los casos de infecciones de insuficiencia cardiaca en internados fueron en varones con un promedio de edad de 67 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2. Los pacientes incluidos tuvieron una mortalidad del 5%. La mortalidad en el grupo sin riesgo/riesgo leve fue del 1,96% en comparación al grupo riesgo moderado/grave del 11,43% (p 0,085). **Conclusión:** El riesgo de malnutrición valorado a través de la CONUT como moderado a grave presentó mayor perfil de riesgo, mayores días de hospitalización y mayor mortalidad hospitalaria. **Palabras clave:** ecocardiografía, insuficiencia cardiaca, malnutrición, mortalidad hospitalaria.

308

RED LATINOAMERICANA DE DIAGNÓSTICO DE AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRETINA

CARVAJAL JUÁREZ I^{1,2}, ALEXANDERSON ROSAS E¹, GROSSMAN G³, ERRIEST J⁴, CAMILLETI J⁴, MUT F⁵, GONZÁLEZ FERIA L¹, CABALLERO HORTIALES J¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA IGNACIO CHAVEZ, ²UMAE, HOSPITAL DE CARDIOLOGÍA, CMN SXXI, IMSS, ³MOINHOS DE VENTO HOSPITAL,, ⁴HOSPITAL ITALIANO, ⁵HOSPITAL ITALIANO

Introducción: La Red Latinoamericana de Diagnóstico de Amiloidosis Cardiaca por Transtiretina ATTR-CM (Red AMILO-LATAM) fue creada por el Grupo AMILO-LATAM en 2021, como resultado de una encuesta realizada entre los departamentos de medicina nuclear de Latinoamérica para conocer la disponibilidad y utilización de estudios de imagen para el diagnóstico no invasivo de ATTR-CM. Encontramos que se realizaban pocos estudios (un estudio por mes o menos en el último año) y existía poco conocimiento de las guías de adquisición y uso apropiado. **Objetivo:** Mostrar los avances en Latinoamérica en el diagnóstico por imagen de ATTR-CM con el establecimiento y consolidación de la Red AMILO-LATAM. **Material y métodos:** En 2021 creamos una red que incluía a 82 centros de medicina nuclear en 14 países de Latinoamérica. Mediante programas educacionales, webinars y participación en congresos, durante 2 años buscamos impactar en disminuir la brecha de conocimiento y mejorar el uso de imagen diagnóstica en ATTR-CM. Se realiza un análisis descriptivo. **Resultados:** Actualmente la Red incluye a 113 centros de 18 países de Latinoamérica. Expusimos en 40 conferencias internacionales, presentamos 5 posters, y publicamos 4 artículos, en colaboración con la American Society of Nuclear Cardiology realizamos dos webinars gratuitos (con un público de 606 participantes de más de 35 países). Creamos una página de internet y un correo electrónico donde los miembros de la red nos pueden contactar las 24 horas, para asesorías. También existe un drive donde nos pueden compartir DICOMS anonimizados para segundas valoraciones. Así mismo estamos creando un Registro diagnóstico de Amiloidosis donde se conjunta la experiencia de más de 100 pacientes de LATAM. Todo esto ha resultado en que actualmente el 85% de los miembros de la red realiza gammagrafías para búsqueda de ATTR-CM (vs 35% en 2021), lo que representa un aumento del 143% en 2 años. **Conclusión:** Observamos un aumento significativo en el conocimiento de ATTR-CM, además de un mejor uso de los diferentes métodos de imagen no invasivos para el diagnóstico, principalmente de medicina nuclear. El trabajo desarrollado por el grupo AMILO-LATAM, ha tenido un impacto en la comunidad médica latinoamericana, que se traduce en el aumento y difusión de información de ATTR-CM en nuestra región, una mayor implementación de estudios con Pirofosfatos y un diagnóstico oportuno de la enfermedad

51

DIAGNÓSTICO, SEGUIMIENTO Y RESULTADOS PERINATALES EN UNA GESTANTE CON CANAL AURÍCULO-VENTRICULAR COMPLETO NO REPARADO

PEÑA GOMEZ M¹, VASALLO PERAZA R², VÁZQUEZ HERNÁNDEZ G², ROMÁN RUBIO P², PÉREZ ARIAS J³¹HOSPITAL SAN GERARDO, ²HOSPITAL MATERNO-INFANTIL RAMÓN GONZÁLEZ CORO, ³CLÍNICA INDISA

Antecedentes: El 85% de los pacientes con una cardiopatía congénita (CC) sobreviven la edad de 18 años y muchos dependiendo del tipo específico de afectación y grado de corrección, pueden tener una expectativa de vida similar a la población general. Muchos países han creado grupos que se dedican al seguimiento de los mismos por sobrepasar la edad pediátrica. Un ejemplo de ello son las pacientes con Canal Aurículo-Ventricular (AV), una CC por lo general acianótica con flujo pulmonar aumentado, caracterizada por dos anomalías principales, comunicación interventricular (CIV) de entrada y una comunicación interauricular (CIA) tipo ostium primum, pudiéndose acompañar de hendiduras e insuficiencias valvulares. **Descripción del caso:** Gestante de 28 semanas, 21 años de edad, que durante el embarazo le auscultan un soplo, por lo que es remitida para evaluación por Cardiología. Al examen físico cardiovascular discreta ingurgitación yugular, latido de la punta desplazado hacia lateral, se escucha un primer tono de poca intensidad que antecede a un soplo proto-mesostólico apical, de intensidad III/VI, con irradiación a todo el precordio, segundo tono acentuado; tercer tono funcional en ápex. Patrón de bloqueo completo de la rama derecha del haz de His en el electrocardiograma, con signos de hipertrofia del ventrículo derecho (VD). Ecocardiograma: En vista apical de cuatro cámaras se observan dos soluciones de continuidad, una a nivel del tabique interventricular en su porción de entrada y la otra en el tabique interauricular en relación al ostium primum, con shunt bidireccional, evidenciándose durante la apertura de las valvas aurículoventriculares la ausencia de la cruz del corazón (Figura 1). Inserción de las cuerdas tendinosas del puente valvar anterior en la cresta del tabique interventricular Tipo A de Rastelli (Figura 2). La SpO2 era del 94%. Se realiza el diagnóstico de Canal AV completo a la cual se le dio seguimiento, se interrumpe a las 39,5 semanas por cesárea. Se obtuvo un recién nacido de 2560 g con apgar 9/9. **Discusión:** El seguimiento y tratamiento de la enfermedad cardiovascular durante es un reto para cualquier institución médica, por lo cual se debe realizar en conjunto con varias especialidades en forma de equipo y con personal de experiencia con el fin de obtener un mejor resultado y disminuir los riesgos tanto maternos como fetales. El empleo de la Ecocardiografía como método diagnóstico y pronóstico es de gran utilidad por su menor costo y fácil empleo, principalmente cuando se realiza por personal experto.

150

SELECCIÓN DE LA VÍA DEL PARTO EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍAS, UN RETO PARA LA CARDIO-OBSTETRICIAFONSECA MARRERO C¹, VASALLO PERAZA R², VÁZQUEZ HERNÁNDEZ G², ROMÁN RUBIO P², RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ V³¹INSTITUTODECARDIOLOGÍAYCIRUGÍACARDIOVASCULAR, ²HOSPITALMATERNO-INFANTILRAMÓN GONZÁLEZ CORO, ³HOSPITALCLÍNICO-QUIRÚRGICODR. LUIS DÍAZ SOTO

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte materna. Las miocardiopatías tienen un riesgo elevado de complicaciones durante la gestación. Seleccionar la vía del parto óptima es compleja, la evidencia científica es limitada y las recomendaciones actuales recaen en la opinión de expertos y pequeños estudios observacionales. **Objetivo:** Identificar la asociación entre la vía del parto y las complicaciones maternas durante el parto. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, en el período de tiempo comprendido entre el 1ro de enero de 2018 y el 31 de enero de 2024, con todas las gestantes ingresadas con el diagnóstico de cualquier miocardiopatía. La población estuvo constituida por 102 embarazadas, no se seleccionó muestra. Los datos necesarios para la realización del estudio fueron extraídos de una base de datos disponible en el servicio de cardio-obstetricia, elaborada a partir de las historias clínicas de las pacientes ingresadas. **Resultados:** Fueron incluidas 102 pacientes, de las cuales 43 (42.1 %) tuvieron parto vaginal, a las 59 (57.9 %) restantes se les realizó cesárea. La mediana de edad de la población fue de 27 (22-32), la raza negra fue la más prevalente con 50 (49%). La miocardiopatía dilatada se presentó en 52 (51 %) de las pacientes, siendo la entidad más frecuente dentro de la población. Se observó que la mediana de fracción de eyección del ventrículo izquierdo fue mayor en las pacientes que tuvieron una terminación del embarazo por parto vaginal (61 % vs 52 %). De las pacientes que fueron a parto vaginal, el 88 % tuvieron una clasificación de riesgo de la OMS II-III, mientras que en aquellas a las que se les realizó cesárea, las clasificaciones III y IV fueron más frecuentes, con un 37 % y 5.1 % respectivamente. La indicación de la cesárea fue cardiovascular en 40 (67.8 %) y obstétrica en 19 (32.2 %) de los casos. Solamente se registraron 3 (2.94 %) complicaciones durante el momento del parto, de estas 1/47 (2.1 %) por parto vaginal y 2/50 (4 %) en pacientes con cesárea programada, todas en pacientes con clasificación II-III de la OMS. Las pacientes con miocardiopatía periparto registraron una mayor proporción de complicaciones. El 66.7 % de las embarazadas con este diagnóstico presentaron algún evento adverso durante la gestación. **Conclusiones:** Las complicaciones durante el momento del parto fueron poco frecuentes independientemente de la vía del parto seleccionada.

134

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES ADMITIDOS POR FALLA CARDÍACA AGUDA EN UN SERVICIO DE CARDIOLOGÍA EN AMÉRICA CENTRALMORALES VILLARREAL J¹, VALLÉE J¹, GONZÁLEZ J², HINESTROZA A³, FRAGO G¹¹HOSPITAL SANTO TOMÁS, ²UNIVERSIDAD DE PANAMÁ, ³CAJA DEL SEGURO SOCIAL

Introducción: datos recientes muestran heterogeneidad entre las características clínicas de los pacientes con falla cardíaca aguda en diferentes regiones del mundo. Estas diferencias geográficas podrían impactar en los resultados clínicos. **Objetivos:** describir las características clínicas de los pacientes con falla cardíaca aguda y establecer su relación con la mortalidad intrahospitalaria por todas las causas. **Material y métodos:** se realizó un estudio retrospectivo en pacientes admitidos con falla cardíaca aguda a un servicio de cardiología en Ciudad de Panamá, en el período comprendido del 01 de enero del 2022 al 01 de enero del 2023. Se realizó análisis bivariado con prueba estadística para determinar posibles predictores de mortalidad intrahospitalaria. **Resultados y Conclusiones:** 132 pacientes fueron admitidos por falla cardíaca aguda. La mediana de edad fue 61 años (rango intercuartil Q_1 - Q_3 , 49-71.5) y 28.8% eran mujeres. El diagnóstico de novo de falla cardíaca se realizó en 41.7% de los pacientes. 48.5% de los casos tenían antecedente de hospitalizaciones por falla cardíaca aguda. Al momento de la admisión, recibían tratamiento con diurético de asa 49.2% de los pacientes. Los antecedentes de comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (59.1%), diabetes mellitus (28.8%) y enfermedad arterial coronaria (9.8%). Los perfiles clínicos encontrados fueron: falla cardíaca crónica descompensada (57.6%), falla cardíaca hipertensiva (19.7%), falla cardíaca en síndrome coronario agudo (10.6%), edema agudo del pulmón (8.3%), y shock cardiogénico (3.8%). Los síntomas más frecuentes en la presentación fueron: disnea de esfuerzos (86.4%), ortopnea (60.6%), disnea en reposo (35.6%). Al examen físico predominaron los siguientes hallazgos: estertores crepitantes (76.5%), edema en miembros inferiores (65.9%) e ingurgitación yugular (55.3%). La mediana de estancia en el hospital fue 8 días (IQR, 5-14). La mortalidad intrahospitalaria por todas las causas fue 15.2%. Los predictores de mortalidad intrahospitalaria fueron: edad >65 años (P=0.012), shock cardiogénico (P=0.024), disnea en reposo (P=0.021) y estertores crepitantes (P=0.003). La mitad de los pacientes admitidos por falla cardíaca aguda tenían hospitalizaciones previas por este diagnóstico y recibían diuréticos. Los perfiles clínicos de nuestros pacientes difieren con otras regiones del mundo. Los hallazgos sugieren que la edad mayor de 65 años, el shock cardiogénico y las manifestaciones de congestión pulmonar podrían ser predictores de mortalidad intrahospitalaria. Se requieren estudios prospectivos, multicéntricos en nuestra región para corroborar estos resultados.

363

MANEJO HÍBRIDO DE LA TAQUICARDIA VENTRICULAR RECURRENTE EN ENFERMEDAD DE CHAGAS

OCHOA DIAZ A¹, RODRIGUEZ C¹, MEZA Y¹, JIMENEZ A¹, OBANDO C¹¹FUNDACION CARDIOINFANTIL - LACARDIO

Antecedentes: Mujer de 70 años de origen Colombiana, con antecedente de cardiomiopatía chagásica con fracción de eyección reducida (34%), y episodios de taquicardia ventricular recurrente en los años 2003, 2005 y 2011, por lo cual requirió implante de cardiodesfibrilador implantable desde el año 2005, y ablación del sustrato arritmico en 2003 y 2011. **Descripción del caso:** Ingresa por cuadro de un día de palpitaciones súbitas asociado a dolor torácico, con documentación de dos episodios de taquicardia ventricular monomórfica sostenida por telemetría del dispositivo. Al examen físico de ingreso con signos vitales normales, con evidencia de soplo sistólico III/VI en foco mitral con desplazamiento del punto de máximo impulso, sin otras alteraciones significativas. Ecocardiograma transtorácico de ingreso con ventrículo izquierdo severamente dilatado, hipoquinesia generalizada con mayor compromiso pared inferior, presencia de aneurisma en segmento basal de la pared inferolateral, insuficiencia mitral funcional moderada a severa (EROA: 0,3 cm² y volumen regurgitante de 56 mL) y función sistólica moderadamente comprometida (FE 30-35%) (Imagen 1). Se realizó coronariografía sin documentarse lesiones coronarias obstructivas, además de tomografía de tórax contrastada con confirmación de aneurisma ventricular izquierdo en región inferolateral basal, evidencia electrodos de marcapaso en cavidades derechas sobrepasando el contorno de la pared ventricular, y uno de estos adyacente a la arteria descendente anterior y otro a una de las arterias diagonales (Imagen 2). Dada la recurrencia de arritmia ventricular se decidió por grupo de Heart Team realizar una nueva modulación del sustrato arritmico endocárdica con ablación exitosa de potenciales tardíos del cuello del aneurisma (Imagen 3), y de forma simultánea la resección quirúrgica del aneurisma ventricular más remodelación ventricular tipo Dor modificada más cambio valvular mitral con prótesis biológica St Jude 27 mm más valvuloplastia tricúspidea (anuloplastia Physio 26 mm) más cierre de auricuililla por cirugía cardiovascular. La paciente cursó con una evolución posoperatoria adecuada sin complicaciones, siendo egresada con anticoagulación plena con Warfarina y terapia fundacional. Se realizo seguimiento a los 3 meses con telemetría del dispositivo sin documentarse recurrencia de arritmia ventriculares, con clase funcional NYHA I y sin nuevas hospitalizaciones en dicho lapso. **Discusión:** La cardiomiopatía chagásica es una entidad cuyo espectro de presentación oscila desde las arritmias ventriculares hasta la insuficiencia cardíaca. De igual forma se describe la formación de aneurismas ventriculares como una complicación típica de esta patología, vista hasta entre un 30-92% de los casos, con un gran potencial de generación de arritmias en estos pacientes. En la paciente descrita se realizó un manejo híbrido de sus arritmias ventriculares con cirugía y ablación endocárdica por catéter, técnica descrita de manera escasa en la literatura y cuya evidencia está en crecimiento. Se describe el caso de una paciente manejada con resultados satisfactorios a corto plazo.

276

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, PERFIL HEMODINÁMICO Y DESENLACES CARDIOVASCULARES EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR DISCRIMINADO POR GÉNERO EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD

ELFMAN M¹, PÉREZ BEC M, PEREA J, SOSA LIPRANDI Á, SOSA LIPRANDI M¹SANATORIO GUEMES

Introducción: La Hipertensión Pulmonar (HP), es un problema de salud pública mundial. Afecta a todos los grupos de edad. Las estimaciones sugieren que la prevalencia de HP es alrededor del 1% en la población general. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas, el perfil hemodinámico y evaluar la tasa de eventos en el seguimiento. **Material y métodos:** Estudio de cohorte prospectivo a partir de una base de datos de un registro continuo de pacientes con HP en un centro de tercer nivel. Se analizaron las características clínicas, el perfil hemodinámico y los eventos en el seguimiento discriminado por género. Se incluyeron sujetos mayores de 18 años con diagnóstico de HP del grupo 1,3 y 4. Se utilizó la estadística descriptiva habitual. Se realizaron curvas de Kaplan-Meier para evaluar la sobrevida libre de eventos en el seguimiento. Se utilizó el programa RStudio (versión 1.4.1106) y se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. **Resultados:** Desde febrero 2017 a enero 2024 fueron evaluados 53 pacientes con HP. El 68% eran de sexo femenino, la mediana de edad fue de 59 años (43-72). El 75.5% corresponden al grupo 1, 9.4% al grupo 3 y 15.1% al grupo 4. Las características basales de la población estratificadas por género se describen en la tabla 1. El género femenino presenta más frecuentemente etiologías correspondientes al grupo 1 y 3. Los hombres predominaban en el grupo 4. Observamos que los hombres presentan con más frecuencia disfunción renal como antecedente previo y esto correlaciona con valores de creatinina sérica más elevados en relación a las mujeres (1.11 [1.00, 1.38] vs 0.86 [0.70, 0.98], $p < 0,004$). En relación a las mediciones ecocardiográficas y al perfil hemodinámico, no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos géneros. Los hombres reciben con más frecuencia esquemas de doble y triple terapia farmacológica siendo la monoterapia más frecuente en las mujeres. La probabilidad de sobrevida libre de eventos en relación al evento combinado y muerte por todas las causas se observan en la figura 1 y 2. La mediana de seguimiento fue de 40.00 meses [19.75, 72.00]. Los hombres presentan peor sobrevida asociada al evento combinado y muerte por todas las causas, 36% vs 40% ($p = 0,028$) y 41% vs 55% ($p = 0,0004$), respectivamente. **Conclusiones:** Encontramos mayor prevalencia de HP en el género femenino. Como hallazgo significativo, los hombres tienen peor pronóstico en el seguimiento a largo plazo.

104

MODIFICACIÓN DE HABILIDADES COGNITIVAS Y NEUROPLASTICIDAD CEREBRAL EN PACIENTES CON INCREMENTO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR: RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE PROTECCIÓN Y ENTRENAMIENTO CEREBRAL

KOTLIAR C, JAUREGUI R, DELÍA T, KORETZKY M, LEIGUARDA R

¹ESPACIO SANTA MARÍA, ²BIOMED, CONICET, UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA, ³CENTRO DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA, SMG

Introducción: Existen evidencias acerca de la asociación directa entre el riesgo cardiovascular (RCV) y el deterioro cognitivo. Basados en los nuevos conocimientos acerca de la neuroplasticidad cerebral, diseñamos el programa Mental Training Tech 245 en busca de estimular reorganizar patrones de conectividad y funcionalidad neuronal, retardando las manifestaciones clínicas de deterioro cognitivo. **Objetivos:** a) Evaluar efectos del MTT245 en capacidades cognitivas de atención, memoria, fluencia verbal, lenguaje y habilidades visoespaciales. b) Evaluar efectos del MTT245 en neuroplasticidad cerebral. **Material y métodos:** estudio prospectivo, de intervención clínica, caso-control; con grupo control. Fueron invitados a participar 80 sujetos de la población general, estratificándose su RCV. Se realizaron valoraciones basales y finales de Reserva Cognitiva, Habilidades Cognitivas (Test Addenbroock R), Volúmenes y Activación de áreas cerebrales (RMN funcional cerebral con Philips Ingenia 3T) obteniéndose mapa t en el espacio MNI, superponiéndolo con un atlas taxonómico cerebral. El MTT245 se ejecutó en 10-14 sesiones de 1:30 horas en intervalos semanales, siguiendo protocolo de enseñanza de 35 datos nuevos para el participante y su práctica-asimilación a través de 100 TECHS programadas como por ej. lectoescritura braille, habilidades no dominantes, acciones simultáneas pentamodales, **Resultados:** la población final fue 75 p, (58.2 años; 37% mujeres; 12% DBT; 34% HTA; 7% dislipemia). El score cognitivo basal 91.5 (DS:6.4) vs final 95.6 (DS:4.08) (p 0.00001). Por cada unidad de test basal, se observa incremento de 1.19 puntos final (regresión lineal). La respuesta significativa se mantuvo en toda la población basal vs final; vs controles. Se detectó fenotipos de mayor respuesta a menor RCV, uso de AAS, estatinas, mayor reserva cognitiva, menor edad, menor prevalencia de familiares con demencia, menor antigüedad de DBT. Según el grado de respuesta cognitiva se identificó modificaciones de activación cerebral (de mayor a menor): en área de cíngula anterior y media, putamen y rolándica; y en menor grado (0.02) aumento de volúmenes cerebrales (rango 1 a 30%). En 22 participantes se presentaron sensaciones inespecíficas como percepción de mayor atención, leve inestabilidad o mareo. **Conclusiones:** el programa de entrenamiento cognitivo estructurado aplicado en la población incluída con incremento de RCV demostró ser bien tolerado y se asoció con incremento de habilidades cognitivas, y cambios de la neuroplasticidad cerebral. Estudios de seguimiento permitirán determinar la duración, protección y traslación cotidiana de estos resultados a largo plazo. Más allá de la actividad física, es necesario considerar además la relevancia de proporcionar programas de entrenamiento cerebral en toda la trayectoria de la vida de nuestros pacientes.

31

HIPERBILIRRUBINEMIA COMO FACTOR PRONÓSTICO DE MORBIMORTALIDAD EN COMPARACIÓN CON NT-PROBNP EN PACIENTES CON FALLA CARDIACANÚÑEZ J¹, ENCARNACIÓN C¹, FERMIN C¹, SANTIAGO F, BRITO H, ANDUJAR O, REYES N, MOTA G, QUEZADA R, GÓMEZ K¹¹HOSPITAL PRESIDENTE ESTRELLA UREÑA

Introducción: La insuficiencia cardíaca con frecuencia se acompaña de un incremento del nivel de bilirrubina sérica, pero el rol de un indicador de bilirrubina para conocer el pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardíaca aún no está dilucidado. En un estudio con una población de 1,153 pacientes con seguimiento de 14 meses e Insuficiencia cardíaca en clase funcional III y IV y una FEVI deprimida analizaron la asociación de la bilirrubina con el modo de muerte mostrando que hay mayor riesgo de muerte cuando aumentan los niveles de bilirrubina hasta 47% aproximadamente siendo este de menor costo y mayor accesibilidad en comparación con otros biomarcadores como es el NT-ProBNP. **Objetivos:** Contrastar la elevación de las bilirrubinas con el NT-ProBNP como determinante de empeoramiento de la clase funcional, hospitalización y muerte. **Material y métodos:** se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal retrospectivo de los pacientes que acudieron a consulta de cardiología o fueron ingresados con el diagnóstico de Insuficiencia cardíaca del Hospital Presidente Estrella Ureña en el periodo de julio 2022 a junio 2023. Se analizaron 186 expedientes de los cuales solo 55 cumplieron los criterios de inclusión, utilizando un cuestionario con preguntas derivadas de los objetivos y las variables del estudio. Estos datos fueron tabulados en excel y procesados en Statistical Package for Social Science realizando cruce de variables como son relación entre los valores de bilirrubinas y descompensación de la insuficiencia cardíaca, se determinó cómo influye la elevación de bilirrubinas y el NT-proBNP en el empeoramiento de la clase funcional, hospitalización y muerte además se relacionaron los valores de bilirrubinas y el NT-proBNP con factores sociodemográficos y clínicos. Resultado y **Conclusión:** se pudo observar que aquellos pacientes que se encontraron en peor clase funcional III-IV n=22 (50%) y n=1 (12.5%) respectivamente presentaron elevación significativa de los niveles de bilirrubinas, explicando directamente que a peor clase funcional mayor elevación de las bilirrubinas dando como resultado significancia estadística con un valor de P= 0.001 por lo que concluimos que las bilirrubinas con relación al pronóstico de morbimortalidad en comparación al NT-ProBNP, tienen una similitud al momento de identificar los pacientes con peor clase funcional, que a largo plazo significa mayor congestión, más hospitalización y por consiguiente mayor mortalidad, pero el NT-ProBNP sigue siendo de mayor utilidad en todos los demás parámetros, como lo corroboran los datos internacionales.

30

ALGO MÁS QUE UNA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD SÍNDROME CORONARIO AGUDO ENMASCARADO: A PROPÓSITO DE UN CASONÚÑEZ J¹, ENCARNACIÓN C¹, GOMEZ K¹, FRIA J¹, SANTIAGO F¹HOSPITAL PRESIDENTE ESTRELLA UREÑA

Antecedentes: Los síndromes coronarios agudos abarcan afecciones que incluyen pacientes con cambios recientes en los signos y síntomas, con o sin cambios en el electrocardiograma y con o sin elevaciones de troponina. Estudios publicados en pacientes hospitalizados por neumonía que han presentado SCA se han detectado a tiempo ofertando así tratamiento médico e intervención coronaria oportuno, en casos de no detectarse a tiempo la morbimortalidad aumenta de forma significativa en estos pacientes.

Descripción del caso: Masculino de 74 años, sin antecedentes, asintomático hasta hace 3 días cuando acude a urgencia por dolor abdominal difuso predominio en hipocondrio izquierdo, irradiado hemitorax izquierdo y fiebres altas, se le realiza hemograma con leucocitosis y neutrofilia, procalcitonina 1.40, electrocardiograma con bloqueo incompleto de rama derecha, radiografía de tórax: aumento de trama parahiliar, radiopacidad en lóbulo inferior pulmonar izquierdo probable empiema, TAC de tórax contrastada: aumento de la atenuación en vidrio deslustrado desde los vértices a la base pulmonar bilateral, consolidación en pulmón izquierdo en lóbulo inferior con broncograma aéreo a descarta el empiema y sonografía abdominal con litiasis renal izquierda, se admite para manejo clínico-quirúrgico, con diagnóstico de dolor abdominal en estudio, NAC y probable empiema. Se interconsulta con el departamento de cirugía general para abordaje quirúrgico quien considera la colocación de drenaje torácico, durante el periodo prequirúrgico presenta dolor torácico opresivo de moderada intensidad, irradiado a hombro izquierdo, se interconsulta a cardiología quien realiza electrocardiograma sin cambios, ecocardiograma: remodelado concéntrico del ventrículo izquierdo, hipocinesia inferolateral, anterior y basal, esclerosis valvular aórtica, FEVI 65%, Troponina I: 25,000 ng/ml, se inicia antiagregación plaquetaria con ácido acetil salicílico 325mg y ticagrelor 180 mg se envía a sala de hemodinamia donde se evidencia enfermedad arterial coronaria obstructiva en arteria posterolateral con estenosis de 80% se coloca stent eucalimus 2.50mmx28mm y se traslada a la unidad coronaria, se continua con manejo médico clínico mejorando satisfactoriamente.

Discusión: de caso: Los estudios observacionales han demostrado que paciente con cuadro infeccioso a nivel pulmonar y clínica típica de cardiopatía isquémica se debe realizar una exhaustiva historia clínica con examen físico y paraclínicos si estos son concluyentes se siguen los lineamientos de la guía de SCA. Se le administran dosis de carga de antiagregantes se envía a sala de hemodinamia, siendo este efectivo y se continua con antibioterapia de amplio espectro para mejorar cuadro infeccioso sin la necesidad de realizar procedimientos invasivos con evolución satisfactoria evitando las complicaciones hemorrágicas subyacentes.

78

FIBROELASTOMA PAPILAR CARDÍACO COMO CAUSA DE CHOQUE CARDIOGÉNICO EN PACIENTE CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA: UN RETO DIAGNÓSTICOAGUILAR LÓPEZ R¹, COELLO NIEMBRO N, SALAZAR-DELGADO O¹, JIMÉNEZ-BECERRA S¹, ROJAS-VELASCO G¹¹TERAPIA INTENSIVA CARDIOVASCULAR, INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

Antecedentes: La miocardiopatía hipertrofica (MHC) es la miocardiopatía hereditaria más común. Se trata del engrosamiento de la pared ventricular en ausencia de otras causas identificables. El fibroelastoma papilar (FEP) representa el tercer tumor benigno cardíaco más frecuente, tiene morfología pediculada y composición de colágeno. Reportes indican que los pacientes con MHC son susceptibles a desarrollar FEP, aunque la relación no es clara, se han descrito mecanismos que justifican su coexistencia. **Descripción del caso:** Femenino de 30 años con antecedente de MHC acudió a urgencias tras deterioro súbito de clase funcional. Se encontró hemodinámicamente inestable con hipotensión, taquicardia, pulsos arrítmicos, soplo mitral e ingurgitación yugular. Laboratorios con acidosis metabólica e hiperlactatemia (12 mmol/L). Ecocardiograma con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) en 60%, hipertrofia asimétrica difusa y masa de 19x22 mm obstruyendo el tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) (Fig. 1 A-C). Tras resección urgente de la masa, la determinación patológica fue un FEP (Fig. 1 D-F). A pesar del doble apoyo vasopresor e inotrópico persistió con choque cardiogénico. Ecocardiograma con FEVI 20% y obstrucción del TSVI por movimiento sistólico de la valva anterior mitral (SAM) grave (Fig. 2). Posteriormente la paciente cayó en paro cardiorrespiratorio y falleció tras maniobras de reanimación avanzada. **Discusión:** La sospecha etiológica de masas cardíacas se basa en clínica, localización y características por imagen. En nuestra paciente el diagnóstico de FEP representó un reto por el grado de deterioro con el que se presentó. Distintos diagnósticos fueron considerados previo a la sospecha de un FEP. Por ejemplo, las vegetaciones de la endocarditis suelen localizarse a nivel valvular, siendo el principal diferencial pese a una clínica no clásica. Otras consideraciones fueron un trombo o mixoma. Reportes indican que pacientes con MCH son más susceptibles a presentar FEP (0.28%) que la población general (0.02%) por cambios histológicos propios de la MCH, y por el estrés endocárdico y trauma hemodinámico ocasionados por flujo turbulento en el TSVI. Asimismo, un estudio (n=141) que evaluó las características de los FEP, reportó coexistencia en el 21% de sus pacientes, y otro estudio sobre el tratamiento de los FEP (n=88) reportó asociación en 19%. Para optimizar un manejo adecuado y evitar desenlaces desfavorables, es importante reconocer al FEP como diagnóstico diferencial de masas cardíacas en pacientes con MCH, pues pese a su naturaleza benigna, su coexistencia se asoció al rápido deterioro de nuestra paciente, llevando a una resección urgente y fallecimiento.

79

MEMBRANA DE CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA EN PACIENTE CON CHOQUE CARDIOGÉNICO SECUNDARIO A MIOCARDIOPATÍA DE TAKOTSUBO: REPORTE DE CASOJIMÉNEZ FERNÁNDEZ M¹, COELLO-NIEMBRO N¹, AGUILAR LÓPEZ R¹, IBARRA-SANTOYO ¹, ROJAS-VELASCO G¹¹TERAPIA INTENSIVA CARDIOVASCULAR, INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

Antecedentes: La miocardiopatía de Takotsubo (MTT) se define como la aparición súbita de disfunción sistólica, temporal y reversible en respuesta a estrés físico o emocional. La Clínica Mayo estableció criterios para su diagnóstico que incluyen alteraciones de la movilidad ventricular izquierda, ausencia de enfermedad coronaria, cambios electrocardiográficos o elevación de troponinas y ausencia de otra etiología. **Descripción del caso:** Femenino de 47 años acudió a urgencias por disnea, vómito, lipotimia y dolor retroesternal de inicio posterior a una discusión. Ingresó con taquicardia, taquipnea, saturación de oxígeno 50%, estertores y crepitantes, extremidades frías y llenado capilar retardado. Electrocardiograma con taquicardia sinusal. Ecocardiograma con hipocinesia generalizada, fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) 17% y patrón B pulmonar. Gasometría arterial con acidosis metabólica e hiperlactatemia (4 mmol/L) y biomarcadores cardíacos elevados (NT-ProBNP 527 pg/mL, TnT 248 pg/mL). Se inició triple terapia vasopresora e inotrópica, y precisó manejo avanzado de la vía aérea. Se integró diagnóstico de choque cardiogénico SCAI-D que requirió balón de contrapulsación intraaórtico (BIAC). Pese al manejo establecido, los parámetros gasométricos y ecocardiográficos (FEVI 10%) empeoraron. Se inició asistencia circulatoria con membrana extracorpórea (ECMO) veno-veno-arterial (VVA) a 5 L/min, tras 72 horas posteriores a la canulación, se retiró por una notable mejoría hemodinámica y gasométrica. Ante sospecha de MTT por InterTAK Score 61, se realizó angiografía coronaria que no reportó lesiones significativas. Se realizó resonancia magnética que mostró reforzamiento tardío no isquémico de predominio septal, confirmando la MTT. Veinticinco días posteriores a la decanulación, fue dada de alta por normalización de la función ventricular. **Discusión:** Aunque su fisiopatología no es clara, se cree que la etiología de la MTT es consecuencia de niveles elevados de catecolaminas endógenas. La MTT se asocia a deficiencia de estrógenos, estrés físico o emocional y genética; es considerada una enfermedad reversible ya que la función ventricular suele recuperarse en las semanas subsecuentes al evento agudo. Sin embargo, del 6-20% de los pacientes presentan choque cardiogénico, y por su naturaleza fisiopatológica, se ha descrito que el uso de catecolaminas e inotrópicos puede ser contraproducente. Por esta razón, el uso de asistencia mecánica con ECMO, es una opción razonable. Una revisión sistemática y meta análisis, reportó una supervivencia global del 94.6% en pacientes con MTT asistidos mecánicamente. Además, otro estudio que incluyó 178 pacientes con MTT, reportó que los pacientes manejados con asistencia mecánica temprana, requirieron menor soporte vasopresor y presentaron rápida mejoría.

82

FORMA FRUSTRADA DE LA VALVULOPATÍA MITRAL. UN RETO DIAGNÓSTICO.SILVESTRE FLORES I¹, ROMERO ZERTUCHE D¹, ZAMORANO VELÁZQUEZ N¹, GARCÍA COSÍO J¹¹UMAE HOSPITAL DE CARDIOLOGÍA C.M.N. SIGLO XXI

Antecedentes: Hombre de 70 años de edad con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica y con arritmia cardíaca no especificada en tratamiento con betabloqueador. **Descripción del caso:** Inició un mes previo de su ingreso con deterioro de su clase funcional por disnea, NYHA III-IV, tos no productiva, astenia y adinamia. Fue ingresado a Hospital Regional donde encontraron soplo holosistólico en foco mitral, y ecocardiograma transtorácico con masa sugestiva de vegetación en válvula mitral. Es referido a nuestra unidad con diagnóstico de Endocarditis Infecciosa. A su ingreso se encontró paciente con ruidos cardíacos arrítmicos, soplo holosistólico en foco mitral de tono agudo con irradiación a axila de intensidad IV/VI. En el ecocardiograma transtorácico se observó aurícula izquierda severamente dilatada válvula mitral con flail y prolapsos de la valva posterior desde donde se origina jet de insuficiencia excéntrica, espectro doppler holosistólico, flujo reverso sistólico en venas pulmonares. En el ecocardiograma tranesofágico se evidenció insuficiencia mitral severa, por flail del segmento P2, llama la atención que el resto de los segmentos están engrosados. Vena contracta 3D de 0.9cm². Se decide cambio valvular mitral. El reporte histopatológico de la válvula nativa refiere zonas aisladas de infiltrado mixoide. **Discusión:** En un paciente de la séptima década de la vida encontrar insuficiencia mitral secundario a flail del segmento P2 es característico de enfermedad fibroelástica, sin embargo en este paciente las características anatómicas que se vislumbraron con claridad en las reconstrucciones tridimensionales y no cumplen todos los criterios para enfermedad de Barlow, nos hacen pensar en una forma frustrada de la misma, el estudio histopatológico apoyó este diagnóstico.

64

LA PUNTA DEL ICEBERG: ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL LADO DERECHO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE MIELOMA MÚLTIPLECAMILO FIGUEROA J¹, MENDEZ MONTÁS L¹, TEJADA TORRES C¹, LUNA ESTRELLA C¹, COLON E¹¹CLINICA UNIVERSITARIA CLINICA UNIÓN MEDICA DEL NORTE

Antecedentes: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad multisistémica y mortal. La presencia de EI en válvulas nativas derechas es infrecuente y generalmente se asocian el uso de fármacos intravenosos, dispositivos cardíacos y cardiopatía estructural. Las EI del lado derecho en las patologías hematooncológicas son muy raras y tienen una incidencia del 0,4%. **Descripción del caso:** Masculino de 54 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Paciente acude a nuestro centro de salud por presentar pérdida de peso involuntaria y fiebres intermitentes. Al examen físico se escucha un soplo tricúspideo y lesiones en el primer y segundo ortojo del pie derecho secundario a pie diabético. En las pruebas de sangre se evidencia neutrofilia, anemia moderada, IgA elevada, proteínas de Bence Jones positivas y aislamiento de Staphylococcus Aureus en 4 hemocultivos seriados. El ecocardiograma transesofágico mostró una válvula tricúspide (VT) mixomatosa con diversas vegetaciones de 13x16 mm diámetro, perforación de ambas valvas e insuficiencia tricúspide severa (A). La biopsia de médula ósea confirmó mieloma múltiple con 40% de infiltración y CD 138 positivo. Se plantea cambio valvular quirúrgico y se realiza angiografía coronaria, reportando enfermedad aterosclerótica significativa de la arteria descendente anterior. En vista de enfermedad coronaria se lleva a cabo cirugía cardiovascular mixta con cambio valvular tricúspide con prótesis biológica y colocación de puente arterial aortocoronario hacia la arteria descendente anterior. En su segundo día postquirúrgico paciente presenta bloqueo atrioventricular de tercer grado suprahiciano, que requirió la colocación de un marcapasos epicárdico. El estudio histopatológico de la VT fue compatible con endocarditis bacteriana (B). **Discusión:** La afectación de la VT por EI es extremadamente rara en pacientes que no usan medicamentos intravenosos, ni poseen cardiopatía estructural, ni dispositivos intracardíacos y más aún en pacientes con enfermedad hematológica. Sus síntomas son inespecíficos y varían respecto a la endocarditis izquierda, por lo que pueden llevar a un diagnóstico tardío con graves consecuencias, considerando que los criterios de Duke pierden sensibilidad por la falta de presentación clínica habitual de la endocarditis derecha. El diagnóstico temprano y oportuno es esencial para un tratamiento óptimo y de esta manera evitar complicaciones graves o la muerte.

28

TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR FETAL INCESANTE ¿QUÉ OTRA ALTERNATIVA?: A PROPÓSITO DE UN CASONÚÑEZ J¹, ENCARNACIÓN C¹, FERMIN C¹, MOTA G¹, REYES N, SANTIAGO AQUINO F¹HOSPITAL PRESIDENTE ESTRELLA UREÑA

Antecedentes: La taquicardia supraventricular fetal es una de las taquiarritmias fetales más común, es poco frecuente pero representa una causa importante de morbimortalidad, que si no se trata o no responde al tratamiento puede producir complicaciones potencialmente mortales, que van desde una presentación de hydrops fetal hasta desencadenar la muerte fetal intrauterina. **Descripción del caso:** Femenina 22 años, gesta 2, partos 1, sin antecedentes, cursando la semana 33.4 de gestación. Quien acude a su consulta prenatal, durante evaluación se auscultan latidos cardíacos fetales anormales y rápidos, realizan perfil biofísico donde evidencian datos de taquicardia supraventricular fetal entre 175-200 L/min y se descarta hydrops fetal. Es admitida por el servicio de materno fetal para monitoreo continuo y se interconsulta con el departamento de cardiología. Se realiza ECG materno en ritmo sinusal y latidos ectópicos ventriculares, ecocardiograma transtorácico con dilatación leve del Ventrículo Izquierdo, insuficiencia pulmonar leve, Insuficiencia Aortica Mínima, Función sistólica del VI 73%. Se inicia manejo a base de digoxina vía materna, sin mostrar mejoría ni resolución de la TSV fetal por lo que se solicita sotalol o flecainida no disponible en nuestro medio, se continua manejo con digoxina y se procede a iniciar maduración pulmonar fetal, pero ante persistencia de TSV fetal incesante, se agrega al manejo amiodarona 600 mg cada 8 y se recomienda el desembrarazo para evitar complicaciones tiroideas fetales, donde una vez realizado resolvió TSV. **Discusión:** de caso: Las arritmias fetales ocurren entre 1-3% de todos los embarazos, dentro de estas solo el 0.5-1% tienen riesgo de presentar una taquicardia supraventricular la cual se define como frecuencia cardíaca fetal mayor a 160 Lpm, las más comunes son la TSV 70% y el flutter 30% cuando llega a ser incesante se asocia con muerte fetal por hydrop. La terapia médica de primera línea se basa principalmente en el uso de digoxina, flecainida y sotalol y si el resultado es ineficaz, amiodarona y desembrarazo. Se debe realizar evaluación cardiológica, con historial médico exhaustivo sobre arritmias, muerte súbita, antecedentes familiares, en vista de las arritmias e intoxicación potencial que puede presentar la madre. Afortunadamente para el feto, no presento alteración electrofisiológica posterior al desembrarazo, por lo que el adecuado abordaje, la resolución de TSV fetal así como el acceso a la terapia médica necesaria representa un mayor desafío a la hora del manejo en estos pacientes.

325

IMPACT OF MYOCARDIAL INJURY ON CARDIOVASCULAR COMPLICATIONS, MORTALITY, AND HOSPITAL STAY IN HOSPITALIZED PATIENTS WITH COVID-19

ARTEAGATOBARA¹, CÁRDENAS MARÍN P, CÓRDOBA MELO B, CARRILLO GÓMEZ D, LEÓN GIRALDO H, VALENCIA A, MENDOZA I, LARREA GÓMEZ R, GÓMEZ MESA J¹FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, ²DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, ³CONSEJO INTERAMERICANO DE FALLA CARDIACA E HIPERTENSIÓN PULMONAR (CIFACAH) DE LA SOCIEDAD INTERAMERICANA DE CARDIOLOGÍA (SIAC), ⁴DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, CLÍNICA DÁVILA

Introduction: COVID-19 is a pandemic affecting more than 600 million people worldwide. It has been found that 15-20% of hospitalized patients may present myocardial injury, strongly associated with disease severity and mortality. **Objective:** To assess the impact of myocardial injury on cardiovascular complications, mortality, and hospital stay in hospitalized patients with COVID-19 included in the CARDIO COVID 19-20 registry, which comprised 3260 patients from 44 institutions across 14 Latin-American countries between May 1, 2020, and June 30, 2021. This registry was supervised and coordinated by the Heart Failure and Pulmonary Hypertension Council (CIFACAH) of the Interamerican Society of Cardiology (SIAC). **Methodology:** An analytical cross-sectional and retrospective study was conducted, including patients with troponin values recorded during hospitalization. Descriptive analysis of sociodemographic and clinical characteristics was performed. A bivariate analysis was conducted to estimate the association between complications according to the presence or absence of myocardial injury. Mortality analysis was performed using Kaplan-Meier curves, and curves were compared according to the presence or absence of myocardial injury. A multivariate Poisson regression model was conducted to determine factors associated with mortality. Statistical analyses were performed using RStudio package V.1.4.1717. **Results:** A total of 2,134 patients were included, of whom 911 presented myocardial injury (MI). 64.2% were male. The median age was 61 years, higher in patients with MI (66 vs. 56 years). The main comorbidities were overweight/obesity (52.4%), hypertension (49%), and type 2 diabetes mellitus (27.8%). A significant difference in mortality was observed between groups according to MI. Patients with MI had a 1.95 times higher risk of in-hospital mortality. Age, male sex (aRR, 1.23; 95% CI, 1.07–1.4), chronic kidney disease (aRR, 1.31; 95% CI, 1.10–1.56), arrhythmias (aRR, 1.21; 95% CI, 1.05–1.40), decompensated heart failure (aRR, 1.23; 95% CI, 1.06–1.43); and other factors such as the requirement for inotropic support, vasopressors, and invasive mechanical ventilation were related to a higher risk of mortality. **Conclusion:** Patients with COVID-19 and MI exhibit a wide spectrum of cardiac abnormalities. MI is associated with an increased risk of complications such as ICU stay, use of inotropic and vasopressor support, and higher in-hospital mortality.

366

IMPACTO DEL NIVEL DE POTASIO EN LA SOBREVIVENCIA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA Y CRÓNICA

GUTIÉRREZ-POSSO J¹, LÓPEZ LÓPEZ J⁴, COOPER L⁵, LEMAL⁶, HENRIQUEZ BONILLA J⁷, AZAÑEDO VELÁSQUEZ M⁸, ORTEGAMIRÉZ G⁹, MARVAL SAUD J¹⁰, LUGO-PEÑA J¹¹, GÓMEZ-MESA J^{1,2,3}¹CENTRO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS, FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, ²DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, ³UNIVERSIDAD ICESI, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, ⁴DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, UNIVERSIDAD DEL BOSQUE, ⁵CARDIOLOGY DEPARTMENT, NORTH SHORE UNIVERSITY HOSPITAL, ZUCKER SCHOOL OF MEDICINE AT HOFSTRA/NORTHWELL, ⁶DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, INSTITUTO MODELO DE CARDIOLOGÍA PRIVADOS SRL, ⁷DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, CLÍNICA DEL CORAZÓN SINUSAL, ⁸DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, INSTITUTO CARDIOVASCULAR CLÍNICO NORTE, ⁹DEPARTAMENTO DE FALLA CARDIACA, CLÍNICA GENERAL DEL NORTE, ¹⁰DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, ATIMED C.A., ¹¹DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) afecta aproximadamente a 37.7 millones de personas globalmente. La hiperkalemia (HK) en estos pacientes alcanza el 30% de prevalencia, asociándose con mayor mortalidad y complicaciones cardíacas. El temor a su desarrollo limita el uso de medicamentos modificadores de la enfermedad. Lo anterior ha despertado interés en comprender prevalencia, tratamiento y prevención de la HK. En Latinoamérica hay poca información de esta condición en pacientes con IC. **Objetivos:** Describir la prevalencia de HK en la población con IC en América, detallando las comorbilidades, tratamientos farmacológicos, factores de riesgo, mortalidad e impacto pronóstico en pacientes con IC aguda y crónica. **Materiales y métodos:** Se analizaron 5000 pacientes adultos con IC, de 115 instituciones en 21 países americanos, divididos en hospitalizados (IC aguda) y ambulatorios (IC crónica), pertenecientes a AMERICCAASS, un registro coordinado y supervisado por el Consejo Interamericano de Falla Cardíaca e Hipertensión Pulmonar (CIFACAH) de la Sociedad Interamericana de Cardiología (SIAC). Se seleccionaron 3730 pacientes con datos de potasio a través de REDCap. Se estratificaron según potasemia: <3.5 meq/L (hipokalemia), 3.5-4.9 meq/L (normokalemia), 5.0-5.4 meq/L (HK leve) y ≥5.5 meq/L (HK moderada a severa). Se presentaron datos categóricos y continuos, comparados mediante pruebas chi-cuadrado o Kruskal-Wallis, corregidos por Bonferroni. El análisis de regresión de Cox identificó variables predictoras de mortalidad. **Resultados:** El estudio incluyó pacientes con IC aguda (36.5%) y crónica (63.5%). La mayoría eran hombres en ambos grupos (60.9% y 58.4%, respectivamente). La fibrilación auricular y el accidente cerebrovascular fueron más frecuentes en quienes tenían hipokalemia. La normokalemia se asoció con hipertensión e IC isquémica, mientras que niveles de potasio ≥5.5 meq/L se asociaron más con enfermedad renal crónica y diabetes mellitus. Los análisis de supervivencia tanto en hospitalizados como ambulatorios revelaron una relación clara entre el nivel sérico de potasio y la probabilidad de supervivencia a corto y mediano plazo. En los pacientes hospitalizados con IC aguda se observó que a medida que aumentaban los niveles de potasio, aumentaba el riesgo de muerte. Los hipokalémicos tenían un Hazard Ratio (HR) de 2.2 (1.10-4.41, p=0.026), aquellos con HK leve contaban con un HR de 3.20 (1.51-6.81, p=0.003) y aquellos con HK moderada/severa tenían un HR de 4.85 (2.16-10.9, p<0.001). **Conclusiones:** Una estrategia terapéutica que involucre monitorización regular de potasio, la selección cuidadosa de medicamentos y ajustes de dosis personalizados, es esencial para optimizar los resultados clínicos y mitigar las complicaciones cardiovasculares en pacientes con IC en América.

27

EMBOLISMO PARADÓJICO MÚLTIPLE ASOCIADO A FORAMEN OVAL PERMEABLE: A PROPÓSITO DE UN CASONÚÑEZ J¹, ANDÚJAR BRITO O, ENCARNACIÓN C¹, BRITO H¹, REYES N¹HOSPITAL PRESIDENTE ESTRELLA UREÑA

Antecedentes: el embolismo paradójico es el traspase a la circulación arterial de un trombo venoso periférico o de cavidades cardíacas derechas a través de un defecto cardíaco, habitualmente del septo interauricular. El defecto intracardiaco más frecuente es el foramen oval permeable, presente hasta en un 35% de la población. La detección de un FOP en pacientes con embolismo pulmonar es un factor de mal pronóstico que se asocia con un incremento del riesgo de complicaciones cardiovasculares y de la mortalidad del TEP.

Descripción del caso: femenina de 59 años, con antecedentes de hipertensión arterial. Hace 24hrs presenta disartria y hemiparesia derecha, acude a un centro de salud donde tras realización de tomografía de cráneo sin hallazgos patológicos y reversión de clínica neurológica, observándose durante 4hrs y se decide su egreso. Luego de 22hrs asintomática presenta disnea súbita por lo que acude a urgencias de nuestro centro. A la evaluación, disnea, taquicárdica, normotensa. Se realiza radiografía de tórax no patológica. Se calcula escala de riesgo para TEP y se realiza dímero D en (10,000ng/ml), se inicia manejo con anticoagulación y se realiza angio-tomografía pulmonar con trombosis de las arterias pulmonares principales, segmentarias y subsegmentarias bilateral; paraclínicos para identificar causa secundaria: doppler arterial y venosos de miembros inferiores no patológico, ecocardiograma transtorácico con Hipertrofia concéntrica del VI, aneurisma del septum interatrial tipo 4LR, contraste positivo para FOP pequeño, ecocardiograma transesofágico: FOP pequeño, aneurisma del septum interatrial tipo 4LR, insuficiencia mitral y aortica grado I y tomografía de cráneo con evento vascular en región temporo-fronto basal derecha. Se interconsulta al departamento de hematología y neurología para determinación de otras causas embolígenas, sin evidenciar ningún hallazgo y para manejo multidisciplinar.

Discusión: del caso: al identificar el FOP como causa de los fenómenos embólicos el objetivo es disminuir el número de recidivas de eventos. La valoración del riesgo debe ser individualizada, basándose en las características anatómicas del foramen oval permeable y en la clínica del paciente. Se presenta un caso de embolismo paradójico asociado a foramen oval permeable, siendo la localización más frecuente a nivel cerebral y aumentado la mortalidad cuando se asocia con tromboembolismo a nivel pulmonar. La paciente presenta adecuada respuesta al manejo farmacológico, tanto agudo como crónico. Se realiza angio-tomografía pulmonar control sin evidencia de obstrucción previa; por lo que se continua con anticoagulación crónica a dosis reducida y se inicia proceso para el cierre percutáneo o quirúrgico del foramen oval permeable.

343

BLOQUEO AURÍCULO VENTRICULAR COMPLETO IDIOPÁTICO Y VÁLVULA AÓRTICA BICÚSPIDE EN PACIENTE JOVEN: UNA RARA ASOCIACIÓNAGUIRRE ESPINOZA M¹¹RENE VICUÑA M. HOSPITAL METROPOLITANO

Antecedentes: Las bradiarritmias se definen con frecuencia cardíaca menor de 60x' y de acuerdo al sitio de lesión del sistema de conducción pueden clasificarse por disfunción del nodo sinusal (DNS) o trastorno o bloqueo de la conducción auriculo-ventricular (BAV) cuyas causas son extrínsecas: fármacos (betabloqueantes, glucósidos, calcioantagonistas, antiaritmicos clase I y III, fenitoina), hipotiroidismo, apnea del sueño, hipoxia, hipotermia, vómito, tos, defecación o micción; intrínsecas: fibrosis degenerativa idiopática, isquemia o infarto de miocardio principalmente de cara diafragmática, enfermedad de Chagas, endocarditis, miocarditis, trastornos infiltrativos, enfermedades del colágeno, cirugía cardíaca, sustitución valvular o cardiopatía congénita. La DNS y los BAV generalmente son trastornos crónicos y afectan preferentemente a ancianos. El BAV de 3er grado o completo es la ausencia de la transmisión de los impulsos auriculares a los ventrículos debido a que la vía de conducción AV no esta en un periodo refractario fisiológico. Históricamente y en la actualidad el BAV completo es la primera indicación para el implante de marcapaso (MCP). La asociación del BAV completo y la válvula aórtica bicúspide (VAB) no está descrita o es extremadamente rara y más en pacientes jóvenes. La VAB es la cardiopatía congénita más frecuente con una prevalencia del 1 a 2% en la población general, relación hombre mujer 3:1. Se asocia principalmente con complicaciones como: aortopatía (dilatación de aorta ascendente), riesgo de disección, coartación de aorta, disfunción valvular (estenosis y/o insuficiencia) y endocarditis infecciosa.

Descripción del caso: Masculino de 42 años, antecedentes de hipertensión arterial. Acudió por disnea progresiva, angina y debilidad generalizada de tres meses de evolución. Tensión arterial: 160/95 mmHg, frecuencia cardíaca 60x' ruidos cardíacos rítmicos, 1er. ruido de intensidad variable. Glasgow: 15. Electrocardiograma: BAV completo, escape Hisiano, cadencia ventricular 60x'. Ecocardiograma: VAB tipo 1, área valvular 4 cm² por ecuación de continuidad, insuficiencia aórtica leve, aorta ascendente dilatada 41 mm (índice 21 mm/m²). Ventrículo izquierdo: Fracción de expulsión: 60% por tridimensional. Strain longitudinal global: -16%. Resonancia magnética cardíaca (RMC): hipertrofia excéntrica del ventrículo izquierdo, no fibrosis. Mínima fibrosis auricular izquierda (1%). Test de atropina: incompetencia cronotrópica, persistencia BAV. Se realizó implante de marcapaso bicameral con estimulación de rama izquierda no selectiva. No complicaciones. Evolución clínica satisfactoria, NYHA I.

Discusión: El BAV completo puede asociarse con cardiopatías congénitas, sin embargo no esta descrita su relación con VAB en paciente joven sin evidencia de lesión miocárdica por RMC, lo cual nos hace sospechar que el mecanismo fisiopatológico es fibrosis degenerativa idiopática del sistema de conducción

288

¿ES CONVENIENTE BUSCAR INTENCIONALMENTE UN FORAMEN OVAL PERMEABLE DURANTE LA COLOCACIÓN DE UN MARCAPASOS PARA EVITAR EVENTOS CEREBROVASCULARES CRIPTOGÉNICOS?AYALA LEON M¹, CONDE GARCIA C², ONTIVEROS HERNÁNDEZ A³, ROMERO CRUZ R³, FABELA HARDY C⁴¹HOSPITAL BENEFICENCIA ESPAÑOLA, ²UNIVERSIDAD ANAHUAC PUEBLA, ³BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA, ⁴UNIVERSIDAD LA SALLE

Antecedentes: El foramen oval permeable (FOP) es un defecto embriológico, que está presente en el 25 a 30% de la población general, con un amplio espectro de manifestaciones clínicas desde un cuadro asintomático hasta accidente cerebrovascular criptogénico. Se ha evidenciado una mayor prevalencia del foramen oval permeable en pacientes con evento vascular cerebral (EVC), especialmente en pacientes menores de 55 años. Los marcapasos implantables aumentan la presión de la arteria pulmonar y de forma secundaria incrementan la presión de la aurícula derecha, creando un gradiente de presiones de derecha a izquierda, haciendo patente el foramen oval y el paso de un embolo hacia la circulación sistémica y cerebral, resultando en un EVC criptogénico. **Descripción del caso:** Paciente femenino de 45 años de edad sin antecedentes heredo familiares, personales no patológicos y ginecoobstétricos relevantes. Antecedentes personales patológicos con colocación de marcapasos bicameral posterior a ablación de taquicardia por reentrada intranodal hace 10 años. Inicia su padecimiento actual semanas después, con EVC con datos clínicos abarcando la arteria cerebral media izquierda, sin origen aparente. Durante el abordaje diagnóstico del EVC se solicita ecocardiograma transtorácico (ETT) donde se evidencia prueba de burbujas positiva, compatible con FOP. Posteriormente se realiza ecocardiograma transesofágico (ETE) y se documentan criterios ecocardiográficos de malignidad de FOP, por ello, se decide cierre de FOP con oclusión GORE, y el EVC se clasificó por todo lo mencionado como criptogénico. **Discusión:** Según Stewart, MHI y Gilliland, Y. hay una ligera subestimación del FOP mediante ETE, con una prevalencia del 3.2-18% en la población general, menor a la encontrada en estudios de biopsia. Posterior a la colocación marcapasos se subestiman los cambios hemodinámicos intracavitarios que pudieran producir estos, como el incremento de presiones de la aurícula derecha, predisponiendo a que los forámenes ovales sean patentes y subsecuentemente haya riesgo de EVC, por ello el propósito del presente trabajo es evaluar de forma invasiva durante la colocación de marcapasos si existe permeabilidad del foramen, no existen recomendaciones para su cierre. Se ha reconocido el riesgo de embolismo paradójico y con ello el de EVC criptogénicos ante la presencia de FOP y un marcapasos implantado en la aurícula derecha de forma concomitantes. Proponemos la detección oportuna e intencionada de FOP previo a la colocación de un marcapasos, así se evitaría el espectro de embolismos sistémicos.

410

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y COMPORTAMIENTO ETIOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON MIOCARDITIS AGUDA EN UN PERIODO DE 11 AÑOSREYES TOLEDO R¹, ORTEGA GOMEZ D¹, ORTEGA GOMEZ D¹, CAMACHO RAMOS C¹, CARREÑO JAIMES M¹, USCATEGUI RUIZA¹¹HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Introducción: La miocarditis es una enfermedad inflamatoria del músculo cardíaco. Su etiología y prevalencia no se conocen con exactitud. Se estima que tiene una incidencia de 4.4 a 6.1 por cada 100.000 para mujeres y hombres respectivamente. Dentro de las causas más comunes se encuentran las infecciones, predominantemente virales. También se describe en diferentes enfermedades sistémicas así como secundario al uso de medicamentos. El espectro clínico es amplio y va desde pacientes asintomáticos hasta aquellos con choque cardiogénico y muerte súbita. **Objetivos:** Describir las características clínicas y desenlaces de los pacientes con diagnóstico de miocarditis aguda en un hospital de cuarto nivel de Bogotá, Colombia en el periodo comprendido entre enero 2010 a diciembre 2021. **Materiales y métodos:** Presentamos un estudio observacional descriptivo de corte transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que cumplieran los criterios diagnósticos de miocarditis clínicamente sospechada en base a los criterios establecidos en el consenso de expertos de la sociedad europea de cardiología (ESC) en 2013. **Resultados y conclusiones:** La muestra total fue de 89 pacientes; las principales características clínicas se presentan en la tabla 1. La edad media fue de 37 años, con predominio de hombres (82%). Entre los antecedentes más comunes se encontraron hipertensión arterial y tabaquismo en el 20% de los pacientes. El síntoma más frecuente fue el dolor torácico (87.6%). La troponina T tuvo un promedio de 873 ng/ml, la fracción de eyección ventricular izquierda por ecocardiografía fue de 60%, y por resonancia cardíaca fue de 54%. El 40% de los pacientes se sometió a arteriografía coronaria, sin encontrar lesiones significativas. La estadía hospitalaria media fue de 7 días, y el 48.3% requirió ingreso a la UCI. Las complicaciones más registradas fueron dolor torácico persistente (83%) y falla cardíaca aguda (20.2%). Las arritmias amenazantes para la vida y la miocarditis fulminante se observaron en menos del 5% de los casos, y la mortalidad intrahospitalaria fue del 4.5%. En nuestra población de estudio, la miocarditis aguda fue más frecuente en hombres jóvenes, la mayoría sin comorbilidades. El dolor torácico fue el síntoma predominante. Los hallazgos paraclínicos más comunes incluyeron elevación de biomarcadores como troponina y PCR, así como disfunción ventricular izquierda en el ecocardiograma. La falla cardíaca fue la complicación más frecuente, y en la mayoría de los casos no se pudo establecer la etiología.

314

ENDOCARDITIS BACTERIANA DE CURSO CLÍNICO OMINOSO

ARTEAGA ARELLANO A¹, MIRANDA BRAZALES D¹, BAYAS PADILLA D³, BAYAS PAREDES M², ARREGUI COSTALES R⁴¹UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR, ²AXXIS HOSPITAL, ³UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO, ⁴HOSPITAL VOZANDES QUITO, AXXIS HOSPITAL

Antecedentes: La endocarditis infecciosa es una patología de alta mortalidad (22%), con incidencia de 3-10 personas por cada 100,000 habitantes, con factores de riesgo como antecedentes cardiológicos, uso de drogas intravenosas, inmunosupresión y procedimientos dentales. Predominan la fiebre, síntomas constitucionales y soplos cardíacos; sin embargo, puede debutar con complicaciones cardíacas, neurológicas, autoinmunidad, embolización séptica o infecciones metastásicas. Por ende, la endocarditis supone un reto diagnóstico, con necesidad resolutive urgente. **Descripción del caso:** Hombre de 50 años, piloto comercial, antecedentes de trastorno de ansiedad, cardiomegalia no especificada y consumo regular de alcohol, presenta súbitamente dolor lumbar intenso. Valorado por facultativo en el exterior, donde prescriben corticoides y analgesia. Por persistencia del dolor retorna al país y acude a emergencias. Al examen físico soplo diastólico grado III en segundo espacio intercostal derecho. Se interroga acerca de antecedente cardiológico e indica que hace 32 años le refirieron la presencia de cardiomegalia, valvulopatía y soplo cardíaco, sin mayores detalles. Paraclínicos: leucocitosis, neutrofilia, anemia e hiperazoemia; resonancia magnética de columna lumbar: abombamiento multidireccional del anillo fibroso discal de L2 a L5 y hernia L4-L5. Se prescribe analgesia y medidas generales. Ecocardiograma denota válvula aórtica bicúspide, con insuficiencia severa, ventrículo izquierdo dilatado, hipertrofia excéntrica y buena contractilidad. Traumatología indica fisioterapia, y el paciente es dado de alta. Una semana después el paciente acude a emergencias por reagudización de dolor. Se evidencia leucocitosis, neutrofilia, anemia, hiperazoemia, hiperkalemia y velocidad de eritrosedimentación elevada. Se realiza tomografía de columna, con tumefacción de partes blandas. Frente a la sospecha de proceso infeccioso subyacente se solicita ecocardiograma transesofágico: ventrículo izquierdo gravemente dilatado con hipertrofia excéntrica y endocarditis de válvula aórtica complicada con perforación de valva coronaria izquierda y absceso perivalvular aórtico. Hemocultivo: Staphylococcus epidermidis. Es derivado a otro centro hospitalario para resolución quirúrgica, donde posterior a intervención presenta paro cardiorrespiratorio y fallece. **Discusión:** La endocarditis infecciosa posee diversas formas de presentación clínica, desde enfermedad aguda a un curso más subagudo/crónico con manifestaciones inespecíficas. Presentamos el caso de un paciente con debut de endocarditis por osteomielitis vertebral secundaria a embolia séptica, que ocurre en un 6% de los pacientes, en el contexto de un curso larvado y con escasa sintomatología. El desenlace del presente caso manifiesta la necesidad de mantener un alto índice de sospecha, ya que la demora en el diagnóstico puede conllevar mayor mortalidad.

299

EFICACIA DEL DAI CON ABORDAJE SUBCUTÁNEO EN PACIENTES JÓVENES DIAGNOSTICADOS CON MIOCARDIOPATÍA ARRITMOGÉNICA

AYALA LEON M¹, CONDE GARCIA C², VIDAL ESCOBAR C³, PEREIRA FORCADO J¹, ROMERO CRUZ R⁴¹HOSPITALBENEFICENCIAESPAÑOLADEPUEBLA, ²UNIVERSIDADANAHUACPUEBLA, ³UNIVERSIDADPOPULARAUTONOMADEL ESTADODEPUEBLA, ⁴BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE PUEBLA

Antecedentes: La miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARCV) se caracteriza estructuralmente por atrofia miocárdica progresiva con reemplazo fibroso del miocardio del ventrículo derecho (VD), aunque también puede afectar al ventrículo izquierdo (VI). Afecta principalmente a hombres entre la segunda y la cuarta década de la vida. El cuadro clínico incluye palpitaciones, síncope, arritmias ventriculares letales que pueden causar muerte súbita cardíaca (MSC). El diagnóstico se realiza con ECG, monitorización con Holter e Imagen por Resonancia Magnética (RM). El tratamiento preventivo no curativo requiere procedimientos antiarrítmicos invasivos o implantación de un desfibrilador automático implantable (DAI), generalmente se recomienda su uso mediante abordaje endocárdico y/o epicárdico pero se ha demostrado una alta tasa de recurrencia. **Descripción del caso:** Paciente femenino de 39 años de edad con antecedentes familiares de miocardiopatía. Hace 4 años durante su embarazo, su ginecólogo detectó arritmias, es referida a Cardiología e inician tratamiento con propafenona, sin buena respuesta al tratamiento. Posteriormente, busca una segunda opinión, se encuentra taquicardia ventricular no sostenida, extrasístoles ventriculares frecuentes, cefaleas y antecedente de síncope sin causa aparente. En el ecocardiograma se encontró: bigeminismo durante todo el estudio, función ventricular limitrofe del 54%, con gasto cardíaco normal. Se realiza RM cardíaca donde se cumplen criterios para ARCV (Discinesia en la pared lateral del VD, fracción de eyección del 38%). Se decide la colocación de DAI subcutáneo con resultados favorables. **Discusión:** De acuerdo con algunos autores, el DAI subcutáneo, también conocido como S-ICD (Subcutaneous Implantable Cardioverter Defibrillator), es una opción prometedora en el manejo de ARVC. Por ello, ofrece más ventajas a comparación con los sistemas tradicionales transvenosos; por mencionar, no requerir electrodos intracavitarios, disminución del riesgo de infecciones relacionadas con el catéter o TVP. Según Migliori et al., el DAI subcutáneo demuestra buena eficacia para detener la fibrilación ventricular inducida así como los episodios de TV/FV que durante un seguimiento de 1 año se detectaron adecuadamente y se trataron con éxito. Se evidencia que el S-ICD es una alternativa eficiente a largo plazo para este grupo de individuos con alto riesgo de arritmias. **Conclusión:** El DAI subcutáneo ha surgido como una alternativa a los sistemas tradicionales transvenosos, ofreciendo ventajas significativas en ciertos pacientes, además de proporcionar una terapia segura y eficaz para la erradicar taquiarritmias ventriculares malignas tanto inducidas como espontáneas con descargas de alta energía en pacientes con ARVC.

268

FALLA CARDIACA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CIRUGÍA DE FONTAN. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVELJIMÉNEZ BULNES J¹, YAÑEZ GUTIERREZ L¹, SANCHEZ LÓPEZ S¹, LÓPEZ GALLEGOS D¹, GARCÍA DAVALOS I¹, MARQUEZ GONZALEZ H¹, CRUZ VARELA M¹¹SERVICIO DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS. HOSPITAL DE CARDIOLOGÍA, CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI, CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO.

Introducción: La falla cardiaca en edad pediátrica tiene baja incidencia, incrementando a 5-20% en cardiopatía congénita y hasta un 50% en pacientes postquirúrgicos de Fontan. Requiere de diagnóstico temprano y tratamiento agresivo debido a su mortalidad elevada a diferencia de la falla cardiaca en la edad adulta. **Objetivo:** Describir la evolución natural de un paciente con fisiología univentricular postquirúrgico de Fontan. **Material y métodos:** Masculino, sin antecedentes heredofamiliares de importancia, al nacimiento con cianosis, se realizó diagnóstico de atresia tricúspidea clásica IB, al año de vida se realizó cirugía de Glenn bidireccional, se inició tratamiento con digoxina, sin complicaciones en el seguimiento. A los 5 años de edad se realizó cateterismo cardiaco con Glenn funcional, ventrículo derecho hipoplásico, tronco y ramas pulmonares permeables, vena ácigos dilatadas por lo que se ocluyó la misma. A los 6 años se realizó cirugía de Fontan con tubo de Goretex de 11 mm, se mantuvo en tratamiento con Warfarina, digoxina, espirolactona y furosemide. Posterior a 5 años de tratamiento presentó ginecomastia por lo que se suspende espirolactona y se inició enalapril. A los 11 años presentó deterioro de la clase funcional, cianosis, saturación de oxígeno de 77%, se realizó angiogramografía con colaterales arteriovenosas, trombo en aurícula izquierda. Se realizó cateterismo demostrando estenosis de Fontan por mismatch y colaterales, se realizó ampliación de tubo a 14*15 mm, así como cierre de colaterales. Se mantiene en clase funcional II. A los 16 años se realizó resonancia magnética cardiaca reportando Fontan permeable, FEVI 42%, se inició tratamiento para falla cardiaca con sacubitril/valsartan 100 mg, rivaroxabán 20 mg, carvedilol 6.25 mg, furosemide 40 mg y espirolactona 25 mg. A los 17 años nuevamente con deterioro de la clase funcional, con saturación al 70%, nueva angiogramografía reportando obstrucción de Fontan, cateterismo cardiaco con obstrucción de Fontan y fistulas venovenosas. USG de hígado y vías biliares con hamartomatosis biliar múltiple, exámenes de laboratorio con falla hepática. Se propuso paciente para trasplante cardiaco. **Resultados y conclusiones:** El abordaje de falla cardiaca en edad pediátrica depende de su etiología. El manejo y terapia actual se extrapola de los enfoques de tratamiento en adultos. El manejo médico tiene algunas limitaciones en pacientes pediátricos con cardiopatía congénita, porque en la mayoría tienen corrección quirúrgica como tratamiento. La mortalidad de la IC en cardiopatías congénitas es de 80% incrementando en cirugía de Fontan, siendo uno de los principales motivos de trasplante cardiaco en pediatría.

369

CAUSA INUSUAL DE DILATACIÓN DE VENTRÍCULO DERECHO. DOBLE DEFECTO SEPTAL ATRIAL EN ADULTOCEDILLO URBINA M¹, BALBUENA MADERA M¹, CALDERÓN ÁVILA A¹, MORALES PORTANO J¹, ARGUETA MACHADO E¹, CASTILLO NAVA J², AGUIRRE VILLEGAS D²¹CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE, ²UNIVERSIDAD ANÁHUAC MÉXICO

Antecedentes: La comunicación interauricular es una de las cardiopatías congénitas más frecuentes en el adulto. El tipo más frecuente es el ostium secundum, seguido del ostium primum y seno venoso. Previo al tratamiento se requiere abordaje integral con estudios de imagen mediante ecocardiograma y resonancia magnética para un adecuado tratamiento resolutivo. **Descripción del caso:** Hombre de 54 años que inicia historia cardiovascular con detección de soplo sistólico pulmonar y cardiomegalia en radiografía de tórax durante valoración médica rutinaria, clínicamente en clase funcional NYHA 1. Exploración física con soplo mesosistólico pulmonar, electrocardiograma con crecimiento biauricular, bloqueo incompleto de rama derecha completo. Se realiza ecocardiograma transtorácico observando septum interatrial con comunicación interatrial de tipo ostium secundum con shunt izquierda derecha, atrio y ventrículo derecho severamente dilatado y probabilidad baja de HP, la ecocardiografía transesofágica demostró cardiopatía congénita de flujo pulmonar aumentado de tipo ostium secundum con dos cribaciones hacia posterior e inferior, atrioventricular mínimas, borde inferior poco visible y superior laxo. De forma complementaria se realizan imágenes de cine y mapeo de flujo por resonancia magnética donde se observan dos defectos septales auriculares: CIA tipo seno venoso inferior fenestrada de 43x30 mm, con dos defectos reales, uno posterior de 24x19 mm y otro anterior de 28x20 mm, separados por 4 mm y CIA tipo ostium secundum de 10 x 9 mm, con cortocircuito de izquierda a derecha, con un Qp/Qs 3.5:1. Fue sometido a cateterismo derecho documentando PAM 32 mmHg. Fue presentado en sesión médica quirúrgica siendo aceptado para cirugía. **Discusión:** La comunicación interauricular tiene una prevalencia de 0.88 por cada 1000 adultos. El defecto tipo ostium secundum se presenta en 75% de los casos y el seno venoso entre el 5 al 10% de los casos, mientras que no hay evidencia suficiente en la literatura sobre los defectos concomitantes, siendo esto no estudiado. El tabique interauricular se divide anatómicamente en 5 zonas septales, una comunicación interauricular mixta afecta a 2 o más de las 5 zonas septales. En pacientes con ventrículo derecho gravemente dilatado y alta relación Qp/Qs, incompatible con el tamaño del defecto, se debe considerar la presencia de defecto septales adicionales.

401

PRESENTACIÓN INUSUAL DE DISFUNCIÓN BIVENTRICULAR EN ADULTO CON COARTACIÓN AÓRTICA POSTDUCTAL Y MIOCARDIOPATÍA RESTRICTIVACEDILLO URBINA M¹, LÓPEZ TREJO F¹, VELASQUEZ OROZCO G¹, MORALES PORTANO J, AGUIRRE VILLEGAS D², CALDERÓN ÁVILA A¹¹CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE, ²UNIVERSIDAD ANÁHUAC MÉXICO

Antecedentes: La coartación aórtica es una cardiopatía congénita secundaria al estrechamiento del diámetro de la aorta. Su asociación con otras anomalías como son la aorta bicúspide, estenosis aórtica o complejo de Shone es conocido; sin embargo su asociación con miocardiopatía restrictiva y disfunción biventricular en la edad adulta no está descrito en la literatura. **Descripción del caso:** Paciente de 47 años de edad con antecedente de hipertensión arterial sistémica de 6 años de evolución. Inicia con deterioro de clase funcional NYHA II por disnea y fatiga al caminar 2 cuadras con progresión a clase funcional NYHA IV con ortopnea, disnea paroxística nocturna, edema de miembros pélvicos, por lo que acude a urgencias. En valoración médica se ausculta soplo expulsivo en región dorsal y pulsos en extremidades inferiores disminuidos con gradiente por manometría significativo. Se realiza ecocardiograma transtorácico con reporte de ventrículo izquierdo dilatado, hipocinesia generalizada, disfunción sistólica severa FEVI biplano de 20%, disfunción diastólica grado III, ventrículo derecho dilatado con disfunción sistólica, insuficiencia tricuspídea severa y alta probabilidad alta de hipertensión pulmonar. Se realizó angiografía diagnóstica cardiopatía congénita tipo coartación aórtica post ductal. Se presenta en sesión médico quirúrgica siendo aceptado para injerto de subclavia izquierda a la aorta ascendente. **Discusión:** Los pacientes con coartación aórtica usualmente presentan síntomas a edades tempranas, las manifestaciones clínicas en edad adulta son principalmente relacionadas con complicaciones aórticas e hipertensión arterial con disfunción ventricular izquierda. El ecocardiograma es de utilidad para obtener información de las características de la coartación, hipertrofia ventricular izquierda, función ventricular izquierda y anomalías asociadas. Ante la presentación clínica de insuficiencia cardíaca descompensada de este paciente se detectó fisiología restrictiva con disfunción biventricular e insuficiencia tricuspídea severa, lo cual no se relaciona con la historia natural de la enfermedad; por lo que es importante abordaje multimodal en esta patología para tratamiento óptimo.

359

PROLAPSO VALVULAR TRICUSPÍDEO EN PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL: PRESENTACIÓN DE UNA ETIOLOGÍA DE INSUFICIENCIA PRIMARIA VALVULAR INFRECUENTECEDILLO URBINA M¹, GARRO ALMENDARO A¹, FAUSTINO MARAVILLA G¹, LÓPEZ TREJO F¹, AGUIRRE VILLEGAS D², MORALES PORTANO J¹CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE, ²UNIVERSIDAD ANÁHUAC MÉXICO

Antecedentes: El prolapso tricuspídeo lleva a la excursión de las valvas durante la sístole a través del plano anular, su hallazgo ecocardiográfico es inusual con aproximadamente 50 casos reportados en la literatura. La prevalencia y el significado clínico son desconocidos, el diagnóstico no ha sido unificado en la literatura, siendo realizado generalmente por inspección visual. **Descripción del caso:** Paciente de 38 años de edad, antecedente de enfermedad renal crónica terminal secundaria a hipoplasia renal en hemodiálisis con adecuado apego. Es enviada a cardiología para valoración preoperatoria por trasplante renal. A la valoración en clase funcional NYHA I sin fatiga o disnea, exploración física con soplo holosistólico grado II/VI en borde paraesternal izquierdo de predominio en foco tricuspídeo que incrementa con inspiración profunda. Se realiza ecocardiograma transesofágico observándose insuficiencia tricuspídea severa primaria con jet excéntrico denso, holosistólico, vena contracta 11.5, área de Jet 8.41 cm², secundario a prolapso valvular septal y posterior. Se presentó paciente en sesión médico-quirúrgica decidiendo continuar con vigilancia y seguimiento optimizando el tratamiento médico óptimo. **Discusión:** El prolapso de la válvula tricúspide, una etiología de insuficiencia primaria, es infrecuente con una incidencia de 0.3%. Su diagnóstico no ha sido estandarizado en las guías internacionales; sin embargo, un desplazamiento >2 mm atrial de las valvas tricuspídeas en vista de eje corto paraesternal por ecocardiograma transesofágico ha sido empleado. El análisis del estudio de imagen como fue en esta paciente es vital para determinar el mecanismo de la valvulopatía. El conocimiento y la divulgación de esta entidad es importante para unificar criterios e incrementar su diagnóstico.

252

EVALUACIÓN DE ALTERACIONES DE LA HEMOGLOBINA GLICOSILADA Y EL PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES ADMITIDOS POR FALLA CARDÍACA AGUDAMORALES VILLARREAL J¹, VALLÉE J¹, GONZÁLEZ J², HINESTROZA A³, FRAGO G¹, ROMERO A, AMORES J¹HOSPITAL SANTO TOMÁS, ²UNIVERSIDAD DE PANAMÁ, ³CAJA DEL SEGURO SOCIAL

Introducción: las hospitalizaciones por falla cardíaca aguda repercuten en el pronóstico de la enfermedad. Un pilar en la prevención de la descompensación, es controlar factores de riesgo. Además de los valores absolutos en lípidos se ha propuesto evaluar el balance entre las lipoproteínas. **Objetivos:** describir las alteraciones de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) y lípidos en pacientes admitidos por falla cardíaca aguda. Además, evaluar el balance entre lipoproteínas por medio del cociente entre el colesterol asociados a lipoproteínas de alta densidad (HDL-c) y el colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad (LDL-c). **Material y métodos:** se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en pacientes admitidos con falla cardíaca aguda a un Servicio de Cardiología en Ciudad de Panamá, en el período comprendido del 01 de enero del 2022 al 01 de enero del 2023. Se incluyeron pacientes a los cuales se realizó evaluación de la HbA1c y el perfil lipídico en su hospitalización. **Resultados y Conclusiones:** 132 pacientes fueron admitidos por falla cardíaca aguda. Se incluyeron 100 pacientes que tenían las evaluaciones metabólicas de interés, la mediana de edad fue 61 años (rango intercuartil \square IQR \square 50-71.5) y 29 % eran mujeres. Las principales antecedentes de comorbilidades fueron: hipertensión arterial (59%), diabetes mellitus (28%) y enfermedad arterial coronaria (8%). El tratamiento previo con estatinas fue reportado en 16% de los casos. Utilizando el criterio de HbA1c, 52% de los pacientes se encontraban en el rango 5.7%-6.4% y 34% con valores \geq 6.5%. Por medio de esta evaluación se realizó el diagnóstico de diabetes de novo a 13 pacientes (13%). El perfil lipídico mostró que 16% de los pacientes presentaban LDL-c $>$ 130 mg/dL, 76% con HDL-c $<$ 40 mg/dL y 7% con triglicéridos \geq 200 mg/dL. Los resultados del cociente HDL-c/LDL-c fueron distribuidos en tres grupos: 72% de los pacientes con valor $<$ 0.4, 16% en el rango 0.4-0.6 y 12% con valor $>$ 0.6. La evaluación sistemática de valores de hemoglobina glicosilada en pacientes con falla cardíaca aguda es una estrategia útil para detectar pacientes con diabetes de novo. La mayor parte de los pacientes presentaban valores bajos de HDL-c. El cociente HDL-c/LDL-c mostró desproporción importante entre ambas lipoproteínas, con la balanza inclinada hacia el LDL-c. Se debe investigar la relación entre el cociente HDL-c/LDL-c y los resultados clínicos en pacientes con enfermedad cardiovascular.

154

SÍNDROME DE TAKOTSUBO POSTERIOR A CRIOABLACIÓN DE VENAS PULMONARES ASOCIADO A FISTULA DE TRONCO CORONARIO IZQUIERDO Y ARTERIA CORONARIA DERECHA AL TRONCO DE ARTERIA PULMONARVELUETA SOBERANES K¹, BAREÑO GERARDO A¹, GARCÍA HERNANDEZ N¹, HECHER PORTILLA M²¹UMAE HOSPITAL DE CARDIOLOGIA, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI, ²UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

Antecedentes: El síndrome de Takotsubo representa una cardiomiopatía transitoria con elevación de biomarcadores cardiacos aunado a cambios electrocardiográficos similares a síndrome coronario agudo, con ausencia de lesiones arteriales coronarias angiográficamente significativas aunado a alteraciones de la movilidad que producen típicamente un aspecto de balonización apical, desde sus primeras descripciones en 1983 se ha mostrado relación con diferentes desencadenantes principalmente asociados a situaciones que aumentan el tono simpático con abundante liberación de catecolaminas, principalmente situaciones de estrés físico y emocional. No obstante se han presentado casos posterior a procedimientos de intervención cardiovasculares, y aun menos frecuente asociado a fistulas coronarias, situaciones que pudieran considerarse factores de riesgo para su presentación. **Descripción del caso:** Femenina de 69 años de edad con antecedente de hipertensión arterial sistémica y fibrilación auricular paroxística de 1 año de evolución, fue valorada por la clínica de electrofisiología decidiendo ser candidata a crioablación de venas pulmonares, por lo que realiza angiogramografía observando probable fistula de anillo de Vieussens (Figura 1), se programó para su procedimiento, sin embargo durante el mismo se apreció desnivel positivo del segmento ST en DI, aVL, V5 y V6 de 0.1 MV, asociado a hipotensión requiriendo infusión de vasopresor, por la alta sospecha de síndrome coronario agudo tipo infarto del miocardio se realizó angiografía coronaria donde se observa arterias epicárdicas sin lesiones significativas, con hiperkinesia basal y acinesia apical (Figura 2, imagen A), además de fistula de tronco coronario izquierdo y arteria coronaria derecha drenando a tronco arterial pulmonar. Se ingresó a unidad de cuidados intensivos con mejoría clínica en días posteriores. Se realizó nuevo cateterismo cardiaco como parte de su protocolo de estudio presentando reversibilidad de las alteraciones de la movilidad previa (Figura 2, imagen B). **Discusión:** El síndrome de Takotsubo se conoce clásicamente por presentar anomalías regionales del movimiento miocárdico siendo lo mas común una hiperkinesia basal con acinesia apical llegando a cuadros de falla cardíaca aguda. Se desconoce su fisiopatología exacta, siendo hasta el momento la teoría mas aceptable una hiperestimulación catecolaminérgica. Existen reportes de casos en los que se ha presentado posterior a crioablación de venas pulmonares, así como asociadas a fistulas coronarias, siendo factores previamente no asociados a su presentación, por lo que con el aumento de reportes de casos puede establecerse como factores de riesgo para su aparición, siendo importante su reconocimiento previo a procedimientos cardiovasculares, lo que podría favorecer en una disminución en su morbimortalidad.

352

UNA CAUSA INFRECUENTE DE SINDROME CORONARIO AGUDO: TAKO-TSUBO MEDIO VENTRICULAR

CUTZ IJCHAJCHAL M¹, PENAGOS CORDON J¹GRUPO HOSPITALARIO LA PAZ

Antecedentes: El síndrome de Tako-tsubo es una causa infrecuente de síndrome coronario agudo (SCA). Esta caracterizado por la reversibilidad de la afectación del miocardio, se encuentra relacionado frecuentemente a situaciones de estrés y su fisiopatología no es clara. La variante típica es la acinesia apical en el 80% de los casos sin embargo, se han descrito variantes atípicas con acinesia medioventricular (14%), basal (2%) y focal (1.5%). **Descripción del caso:** Paciente femenina de 64 años de edad, consulta a urgencias por angina típica de 45 minutos de evolución, la angina inicio 15 minutos después de un discurso emotivo en un funeral. En el servicio de urgencias se tomó electrocardiograma de 12 derivaciones el cual mostro discreta elevación del punto J menor de 1 mm en DII DIII Y AVF. Por lo cual se tomó enzimas cardíacas las cuales mostraron troponina I 0.5 ng/ml CK mb 1.5 ng/ml y mioglobina 300 ng/ml, electrocardiograma no vario en controles. Se diagnóstico un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, por lo que fue llevada a angiografía coronaria de urgencia donde no se evidenció lesiones coronarias o disección coronaria. Se realizó ventriculografía donde se hizo evidente acinesia de segmentos medio inferior y anterior con hiperkinesia de segmentos basales y apicales. Se diagnóstico síndrome de tako-tsubo medio ventricular. La paciente evoluciono satisfactoriamente con resolución de angina con analgésicos, troponina máxima de 10 ng/ml, persistiendo con cambios electrocardiográficos, el ecocardiograma transtoracico corroboró acinesia de segmentos medios inferior y anterior con hiperkinesia de segmentos basales y apicales, la FEVI se encontro conservada, no se documentó gradiente de presión en el tracto de salida del ventrículo izquierdo o movimiento sistólico anterior de válvula mitral, la paciente fue egresada 3 días después. A los 3 meses se realizo ecocardiograma transtoracico control en donde se evidenció reversión completa de alteraciones de la movilidad del ventrículo izquierdo, la paciente continuó asintomática y fue referida a consejería psicológica.

Discusión: El síndrome de Tako-tsubo es una causa infrecuente de SCA, si bien la disfunción ventricular izquierda es transitoria el espectro de consecuencias es grande pudiendo inclusive causar choque cardiogenico. Reconocer las variantes atípicas como la medioventricular, basal y focal es importante para reducir la cantidad de estudios paraclínicos y proveer adecuada vigilancia clínica hospitalaria.

118

VALOR PRONÓSTICO DE LA EVALUACIÓN MULTI-IMAGEN EN PACIENTES CON SOSPECHAS DE MIOCARDIOPATÍAS.

SECCIÓN DE ECOCARDIOGRAFÍA INSTITUTO CARDIOVASCULAR Y TORÁCICO DE PANAMÁ

VEGA CUELLAR C¹, O'NEILL G, AVILES E, AGUIRRE J, GONZALEZ CORELLA J, CEDEÑO J, HURTADO J¹CARDIOVASCULAR INSTITUTE OF PANAMA

Introducción: Las miocardiopatías son definidas como una alteración funcional y estructural del cardiomiocito. Hallazgos ecocardiográficos como hipertrofia de músculos papilares, la presencia de gradiente intraventricular y anomalías de la válvula mitral sugieren el diagnóstico de miocardiopatía. **Objetivo:** Describir los hallazgos imagenológicos de pacientes con sospecha de miocardiopatía con fenotipo hipertróficos y restrictivos. **Material y métodos:** Se estudio un grupo de pacientes con criterios ecocardiográficos de fenotipo hipertrófico: grosor máximo de la pared ventricular mayor de 15 mm en ausencia de cardiopatía hereditaria, grosor máximo mayor de 13 mm y cardiopatía familiar o un grosor máximo del VI mayor de 12 mm en sospecha de miocardiopatía infiltrativa. Se realizó medición de la fracción de eyección y deformación miocárdica (SGL) del ventrículo izquierdo. La presencia de gradiente intraventricular o en TSVI, así como el diámetro máximo de la aurícula izquierda fueron valorados. La cardiopatía coronaria fue descartada mediante angiografía o angiografía coronaria. Aquellos pacientes con alta sospecha se les realizó resonancia magnética cardíaca (RMNC). Además, se realizó secuenciación genómica para miocardiopatías hereditarias. **Resultados:** Un total de 40 pacientes fueron estudiados con una prevalencia del 57% en el sexo masculino. La principal comorbilidad fue la hipertensión arterial y se reportó antecedente de muerte súbita familiar en un 30%. La Muerte súbita ocurrió en un 10% de los pacientes estudiados. El 65% de los pacientes presentaron FEVI preservada, sin embargo, el SGL fue reducido en el 80% de los pacientes igual que la dilatación auricular. El fenotipo hipertrófico fue el principal (82%) siendo la forma asimétrica la de mayor prevalencia (42%) seguido por el fenotipo apical (22%). La presencia de Gradiente intraventricular o del TSVI fue del 20% de los pacientes con miocardiopatía hipertrófica, siendo el movimiento sistólico anterior de la válvula mitral (SAM) el mecanismo principal. La amiloidosis cardíaca fue la principal etiología en el fenotipo restrictivo con igual proporción entre amiloidosis por cadena ligera y Transtirretina. El derrame pericárdico y el patrón de strain "bandera de Japón" fueron los principales hallazgos. El principal hallazgo en la RMNC fue una distribución en Parche en la secuencia de realce tardío presente hasta en un 77% de los pacientes con un genotipo positivo. Un 33% de la población estudiada evidenció un genotipo positivo, siendo las mutaciones de proteínas sarcómeras las principales en un 43% seguidas por mutación de proteínas estructurales (23%). **Conclusión:** la sospecha de miocardiopatía por imágenes se correlaciona con un genotipo positivo.

304

ANÁLISIS DE SOBREVIDA EN PACIENTES ADULTOS CON TRASPLANTE CARDÍACO ATENDIDOS EN UNA CLÍNICA DE ALTA COMPLEJIDAD DE CALI, COLOMBIA 1996 – 2023ARTEAGA TOBAR A¹, LÓPEZ PONCE DE LEÓN J, PEDROZA A, MUÑOZ ORDOÑEZ J, LEÓN GIRALDO H, ESCALANTE M, CARRILLO D, FLÓREZ N, OLAYA P, GÓMEZ MESA J¹DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, FUNDACIÓN VALLE DE LILI, ²FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, UNIVERSIDAD ICESI, ³CENTRO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS, FUNDACIÓN VALLE DE LILI, ⁴CONSEJO INTERAMERICANO DE FALLA CARDIACA E HIPERTENSIÓN PULMONAR (CIFACAH) DE LA SOCIEDAD INTERAMERICANA DE CARDIOLOGÍA (SIAC).

Introducción: El trasplante cardiaco (TC) es una opción terapéutica en pacientes con falla cardiaca avanzada refractaria al manejo médico. Mediante el avance de los cuidados postoperatorios y terapia inmunosupresora, la supervivencia de los receptores ha aumentado, incluso en quienes presentaban una alta carga de comorbilidades. No obstante, persisten condiciones recurrentes como falla hiperaguda del injerto, rechazo celular / humoral, infecciones oportunistas, vasculopatía y neoplasias que pueden afectar dichas cifras. Por consiguiente, es crucial comprender los factores determinantes de la supervivencia a corto, mediano y largo plazo, un análisis que este estudio pretende abordar. **Objetivo:** Analizar y comparar la supervivencia de pacientes con TC según sus características clínicas en un hospital de alta complejidad de Cali, Colombia entre 1996-2023. **Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional analítico de cohorte retrospectivo de pacientes mayores de 18 años, con TC realizado en una institución en Cali, Colombia y que hacen parte del Registro de Trasplante Cardiaco (RETRAC). Se realizaron análisis de supervivencia mediante curvas de Kaplan Meier tanto general como por subgrupos, se compararon por medio de la prueba Log-rank. **Resultados:** De 269 pacientes trasplantados, la mediana de la edad fue 63 y 78,4% eran de sexo masculino. La principal etiología fue cardiopatía dilatada idiopática (41,2%). Entre las comorbilidades se encontraban diabetes (18.7%), hipertensión arterial (46.8%) y enfermedad renal crónica (13,3%). La mediana de tiempo de isquemia fue 191 minutos y el 50% tuvieron un tiempo de isquemia entre 147.5 y 291.5 min. La supervivencia general correspondió a una mediana de 7.7 años, en el primer año de seguimiento la supervivencia aumentó a 10 años y a los 5 años aumentó a 14 años. Por grupos de edad, se encontró que la supervivencia de los pacientes entre 40-49 años y los mayores de 60 años, disminuyó de forma más rápida que los demás grupos. Pacientes mayores de 60 años tuvieron menor supervivencia general (4,1 años) por el contrario, el grupo de los menores de 40 presentaron una supervivencia general de 10 años. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las curvas de supervivencia por grupos de edad (p=0.007). **Conclusiones:** En pacientes trasplantados cardiacos seguidos en una institución del suroccidente colombiano, se encontró una mediana de supervivencia comparable a estudios previos. Además, se identificaron disparidades en la supervivencia según grupos de edad, destacando una menor supervivencia en pacientes de 40-49 años y mayores de 60 años en comparación con otros grupos.

200

EXPLORANDO LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE PACIENTES CON INFARTO CARDÍACO INDUCIDO POR TOXICOMANÍAS: UN ESTUDIO DESCRIPTIVODE LEON GUTIERREZ H¹, QUEVEDO SALAZAR R¹, CASTILLO PEREZ M¹, CASTILLO CARRANZA O¹, GUTIÉRREZ GALLEGOS P¹, DE ANDA CHOUSAL L²¹TECNOLÓGICO DE MONTERREY, TECSALUD, ²ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD, TECSALUD

Introducción: El uso de cocaína se ha vinculado con síndromes isquémicos, particularmente con angina de pecho, infarto agudo de miocardio (IAM), arritmias cardíacas y muerte. Sin embargo, la evidencia a nivel nacional sobre las características demográficas de los pacientes que han presentado un IAM tras el consumo de la misma es limitada. **Material y métodos:** Cohorte retrospectiva de pacientes jóvenes que sufrieron un IAM secundario al consumo de cocaína en ausencia de factores de riesgo cardiovascular convencionales, entre enero de 2023 y enero de 2024 en un Hospital de segundo nivel de atención en el norte de México. El objetivo de este estudio fue analizar tanto las características sociodemográficas como las particularidades relacionadas con los infartos en la población seleccionada. **Resultados:** 17 (11.4%) de 149 pacientes con diagnóstico de IAM fueron a consecuencia del uso de cocaína. El promedio de edad fue de 41 años de edad, siendo el 76.4% de sexo masculino. El 100% de los pacientes presentó elevación de enzimas cardíacas, siendo el promedio 2562 de los niveles de troponinas. En el 75% de los casos se activó código infarto y fueron referidos a un centro de cateterismo cardíaco. **Conclusión:** El consumo de cocaína ha experimentado un notable aumento en la población general en los últimos años, observándose un inicio de consumo a edades cada vez más tempranas. Este estudio demuestra que su uso constituye un factor de riesgo modificable para el IAM, particularmente en pacientes significativamente más jóvenes y del sexo masculino. Se observa una clara asociación con el daño directo al miocardio y una mayor propensión a intervenciones de urgencia.

39

ANÁLISIS DEL PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA: ESTUDIO EN UN CENTRO ASISTENCIAL DE TERCER NIVEL DE GUATEMALAPARADA CABRERA F¹, DE LEON GARCÍA J¹, MALDONADO CHANG J¹, XILOJ LOPEZ S, GUTIERREZ BARTLETT R¹, GUZMAN I¹, SOTOMORA G¹¹HOSPITAL ROOSEVELT, ²UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Breve Introducción: La cardiopatía isquémica constituye una de las principales causas de mortalidad en Guatemala. Las patologías de base pueden modificar el riesgo cardiovascular, alterando el perfil metabólico y predisponiendo al paciente a eventos cardiovasculares. **Objetivos:** Caracterización del perfil lipídico de los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica en su manifestación como síndrome coronario agudo y síndrome coronario crónico en nuestro centro; evaluar si existe diferencias significativas de acuerdo con el antecedente de diabetes mellitus. **Material y métodos:** Realizamos un estudio observacional, retrospectivo y analítico mediante muestreo no probabilístico. La muestra incluyó pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo o crónico entre 2018 y 2022, excluyendo aquellos atendidos previamente en otros centros de urgencia o con tratamiento previo con estatinas. Se analizaron variables numéricas y ordinales mediante U de Mann-Whitney, y variables categóricas mediante χ^2 de Pearson. **Resultados:** Se evaluaron 229 casos, dividiendo el análisis según antecedentes de diabetes mellitus. Se observó una edad media de 49 años, con una desviación estándar (DE) de 11 años, y un predominio del 77% de pacientes de sexo masculino. Al evaluar los antecedentes, se documentó que el 50% presentaba hipertensión arterial (HTA), el 46% dislipidemia, y el 10% tabaquismo. El 80% de los pacientes ingresaron por síndrome coronario agudo, siendo el 82% de estos casos por infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. En relación con el perfil lipídico, se registraron valores promedio de colesterol total de 186 mg/dl (DE 56 mg/dl), colesterol LDL de 107 mg/dl (DE 61), colesterol HDL de 40 mg/dl (DE 20), y triglicéridos de 248 mg/dl (191 mg/dl). Entre los pacientes diabéticos, se observó que la hemoglobina glicosilada promedio fue del 8,91% (DE 2,61%), y el índice neutrófilos/linfocitos tuvo un valor medio de 5,01 (DE 4,43). En cuanto a la asociación entre hipertensión arterial y diabetes mellitus, se identificó una diferencia estadísticamente significativa ($p= .001$). **Conclusiones:** El análisis de los perfiles lipídicos de los pacientes estudiados, se evidenció que la hipertrigliceridemia fue la característica más frecuente. A pesar de esto, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas en los perfiles lipídicos entre los pacientes diabéticos y no diabéticos, se observó una mayor prevalencia de hipertensión arterial en pacientes con diabetes mellitus. Entre los pacientes con diabetes mellitus, se observó que la mayoría presentaban niveles de hemoglobina glicosilada fuera del rango meta. Este dato sugiere la necesidad de un manejo más efectivo y personalizado de la diabetes mellitus.

207

ENDOCARDITIS MARÁNTICA, UNA PRESENTACIÓN ATÍPICATORIBIO POLANCO F¹, TAVERAS RODRIGUEZ P², ABREU J¹, ALMONTE J¹, SÁNCHEZ J¹, ROSADO F²¹HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSÉ MARÍA CABRAL Y BÁEZ, ²SAINT BARNABAS HOSPITAL

Introducción: La presencia de vegetaciones estériles en las válvulas cardíacas es una característica de la endocarditis tromboótica no bacteriana (marántica), que está relacionada con afecciones de hipercoagulabilidad (VIH, cáncer y trastornos autoinmunes). Entre sus efectos secundarios más comunes se encuentran el accidente cerebrovascular, la embolia pulmonar, la isquemia intestinal aguda y los infartos esplénicos, renales y hepáticos¹. Presentamos el caso de un paciente de 45 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial de 5 años de evolución tratado con lisinopril de 10mg y amlodipina de 5mg, además de ser fumador activo (20 cigarrillos/día) y uso de cocaína. Acude a emergencia por historia de 1 mes de fiebre, sin predominio de horario, paracetamol 750 mg, con posterior mejoría y luego reaparecían con similares características, ingresan paciente, realizan ecocardiograma y evidencian hallazgos a favor de endocarditis infecciosa en válvula mitral, inician antibióticos a base de Vancomicina 1 gr c/12 horas, ceftriaxona 2 gr c/ 12 horas y Gentamicina 160 mg c/8 horas. Después de egreso y seguimiento externo, el paciente se presenta 3 semanas luego por presentar estado neurológico alterado. **Objetivo:** Endocarditis tromboótica no bacteriana (ETNB) es una rara condición comúnmente asociada estados de hipercoagulabilidad y cáncer avanzados. **Materiales y métodos:** se realizó tomografía computarizada compatible con isquemia cerebral. El ecocardiograma transesofágico mostró dos vegetaciones en válvula mitral. Los hemocultivos fueron negativos, de igual forma la serie viral para HIV, VHB, VHC, citomegalovirus y Epstein Barr. Destacamos la importancia de sospechar endocarditis tromboótica no bacteriana en pacientes con cáncer y embolia sistémica. **Conclusiones:** Paciente presenta endocarditis tromboótica no bacteriana asociada a Linfoma de Hodgkin Clásico. Las principales manifestaciones clínicas de ETNB resultan de embolias sistémicas más que de disfunción valvular. Las embolias sistémicas ocurren en casi 50% de los pacientes con ETNB y por lo general resultan en el síntoma de presentación. La presentación clínica más común y ciertamente la más devastadora de NBTE es un déficit neurológico repentino (ya sea localizado o difuso)

250

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDÍACA EVALUADOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA COLOMBIANO ENTRE 2018 A 2022: UNA SERIE DE CASOSGRANADOSÁLVAREZS¹, ARANGOIBAÑEZJ², MONTEROECHEVERRIJ², FACIOLINCEA¹, RODASCORTESY², ARTEAGATOBARA², GÓMEZ-MESAJ^{1,2,3}, LÓPEZ-PONCE DE LEÓN J^{1,2,3}¹FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, UNIVERSIDAD ICESI, ²CENTRO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS, FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, ³DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, FUNDACIÓN VALLE DEL LILI

Introducción: Las formas de amiloidosis cardíaca más frecuentes incluyen la amiloidosis por transtiretina de tipo silvestre (wtATTR), la amiloidosis por cadenas ligeras de inmunoglobulina (AL) y la amiloidosis por transtiretina por variante genética (vATTR). Las características clínicas, paraclínicas, imagenológicas, y genéticas de estos pacientes ha sido poco explorado en Colombia. **Objetivos:** El propósito de este estudio es caracterizar los pacientes con amiloidosis cardíaca atendidos entre 2018 y 2022 en un hospital universitario de referencia. **Material y métodos:** Se presenta una serie de casos de pacientes con diagnóstico de amiloidosis cardíaca. Se analizaron variables demográficas, comorbilidades, laboratorios, hallazgos imagenológicos y genéticos. En los casos que no se contaba con información suficiente para el diagnóstico, se contactó a los pacientes para completar pruebas radiológicas y/o genéticas. **Resultados:** 24 pacientes fueron detectados con sospecha o diagnóstico de amiloidosis cardíaca; 9 fueron excluidos: 2 con variante TTR p.Val142Ile sin fenotipo cardíaco y 7 por información insuficiente. 15 pacientes fueron incluidos. El promedio de edad y edad al diagnóstico fueron de 70.1 (DE 11.3) y 66.8 (DE 12.1) años respectivamente. El 73.3% (n=11) eran hombres. La amiloidosis AL y vATTR presentaron la misma frecuencia (n=7, 46.6%), seguido de la amiloidosis wtATTR (n=1, 6.6%). En todos los pacientes con amiloidosis vATTR se detectó la mutación p.Val142Ile. La mayoría presentaron una escala NYHA I-II (n=11, 73.3%). Los hallazgos electrocardiográficos más comunes fueron el bajo voltaje, la fibrilación auricular y el bloqueo AV de primer grado (n=4, 30.8% cada uno). El 33.3% (n=5) de los pacientes presentaron una fracción de eyección menor al 40%, todos con amiloidosis ATTR. En el ecocardiograma la mediana de grosor del septo en amiloidosis ATTR y AL fue de 14 y 13 mm respectivamente. Se detectó hipertrofia ventricular y disfunción diastólica en el 92.3% de los pacientes y un strain longitudinal reducido en el 91.7%. La resonancia magnética cardíaca mostró un realce positivo en el 93.9% de los pacientes, un volumen extracelular mayor al 25% en un 100% y un mapeo de T1 elevado en un 90.9% de los pacientes. **Conclusiones:** Los hallazgos encontrados permiten una mejor caracterización de la amiloidosis cardíaca para los pacientes de la región. La amiloidosis vATTR y la AL fueron las más comunes, seguido de la wtATTR, un hallazgo consistente con literatura previa. La mutación p.Val142Ile TTR es potencialmente la más común de nuestra región, posiblemente relacionada con una ascendencia africana significativa.

236

INSUFICIENCIA CARDÍACA SECUNDARIA A FIBROELASTOMA EN TRACTO DE SALIDA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO: CÓMO UNA CONDICIÓN BENIGNA DESENCADENA UN DESENLAZADO FATALAGUILERA COVARRUBIAS A¹, LOPEZ HERRERA N¹, CONTRERAS CASTILLO P¹, MARQUEZ MURILLO M¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA IGNACIO CHAVEZ, DEPARTAMENTO DE ELECTROFISIOLOGIA

Antecedentes: El Fibroelastoma Papilar (FP), es el segundo tumor cardíaco más común (prevalencia 1-7.9%), es benigno y puede ser sintomático o asintomático, dependiendo de su localización. El diagnóstico por ecocardiografía permite identificarlo tempranamente, facilitando un tratamiento quirúrgico oportuno. **Descripción del caso:** Mujer que inició a los 27 años con palpitaciones y disnea. En su exploración física se documenta levantamiento paraesternal izquierdo bajo, choque del ápex palpable en 5° espacio intercostal y línea media clavicolar, a la auscultación con un soplo holosistólico. Un ecocardiograma transtorácico mostró una obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI), insuficiencia mitral moderada y dilatación de aurícula izquierda. Un ecocardiograma transesofágico (ETE) confirma una masa de 13x11 mm, de ecogenicidad heterogénea, con base de implantación amplia en TSVI, y confirma la insuficiencia mitral grave. Se consideró candidata a resección de tumoración pero la paciente no aceptó y perdió el seguimiento durante 12 años. Reingresa a los 39 años de edad con cuadro de insuficiencia cardíaca y un flutter auricular en el Electrocardiograma (Fig. 1). En el ecocardiograma de ingreso se encuentra derrame pericárdico moderado y la masa ovoide pediculada en TSVI que por ETE mide 19x22mm (Fig. 2) y además, con una segunda masa de 21x25mm en la porción apical del ventrículo derecho. Se realiza cirugía de urgencia y se resecta un tumor subaórtico de 30x30mm, adherido a septum interventricular. A las 24 horas requirió reintervención por tamponade, desarrolló falla orgánica múltiple y falleció a las 6 horas de la cirugía. **Discusión:** El presente caso resalta la importancia del tratamiento temprano del FP, que, aunque benigno por naturaleza, puede causar complicaciones graves debido a su ubicación, como la obstrucción del TSVI. La falta de tratamiento quirúrgico condujo a una insuficiencia cardíaca fatal, exacerbada por el mal pronóstico asociado a la cirugía cardíaca en esta condición. Este caso destaca la urgencia de intervenir oportunamente en estos tumores para prevenir el deterioro progresivo de la condición clínica del paciente, como lamentablemente ocurrió en este caso.

275

ASYMPTOMATIC CHRONIC ATRIAL PERFORATION SECONDARY TO PACEMAKER PLACEMENT: A CASE REPORT OF AN UNUSUAL PRESENTATION

YÁÑEZ MARQUEZ M¹, CASILLAS MUÑOZ J¹, SÁNCHEZ CONTRERAS C¹, AGUILERA COVARRUBIAS A¹, NAVA TOWNSEND S¹¹INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA, DEPARTAMENTO DE ELECTROFISIOLOGÍA

Background: Cardiac Implanted Electronic Device (CIED) complication rate is around 8.2%. The main complications include arteriovenous fistula, bleeding, pseudoaneurysm, hematoma, pocket infections, lead dislodgement, pneumothorax, and cardiac perforation. Early indication signs of cardiac perforation may include disturbances in electrical parameters. Clinical presentation varies widely, from asymptomatic patients to chest pain, dyspnea, cardiac arrest, syncope, and hemodynamic instability due to tamponade. **Case summary:** A 76-year-old male with a past medical history of dyslipidemia and hypertension. At the age of 64 years was referred to our center because during a routine follow-up by his primary physician was diagnosed with atrioventricular block that alternated between Mobitz II grade 2 and complete AV Block, an endocardial dual-chamber pacemaker was implanted without apparent acute complications. Nine years after pacemaker placement, the device battery ran out, and the patient underwent a generator upgrade without eventualities during and after the procedure. On routine follow-up, the patient reported fall and blunt trauma on the left shoulder; however, no other symptoms were reported. During device interrogation increased atrial lead impedance was noticed. Chest X-ray revealed left clavicle fracture and perforation of the right atrial appendage by the atrial lead (Figure 1A). Chest computed tomography (CT) revealed lead migration to the pulmonary parenchyma, projecting 2.5 cm outside the heart, without evidence of lung parenchymal damage or pericardial effusion (Figure 1C-E). An epicardial dual-chamber pacemaker implantation was performed, with successful surgical atrial lead extraction, the ventricular lead was abandoned due to failed attempts to remove it (Figure 1B). **Discussion:** Most cardiac perforations are found acutely and almost never chronically. The right atrial appendage (RAA) is the preferred placement site. Despite placing the lead in the safest area (RAA), perforation may occur, which highlights the importance of frequent and thorough follow-up in patients with CIED to identify complications and atypical presentations, as seen in this case. Diagnosis typically relies on a combination of chest radiography, transthoracic echocardiography, and CT.

291

OCCLUSIONES CORONARIAS CRÓNICAS, EL DESAFÍO DE LOS INTERVENCIONISTAS

GAIBOR BARBA J¹, FIERRO RENOY C¹, LEÓN MOLINA G¹¹HOSPITAL METROPOLITANO

Antecedentes: Las oclusiones totales crónicas (OTC) se definen como una estenosis arterial coronaria del 100% con un flujo distal TIMI 0 con un tiempo mayor de 3 meses. La revascularización de estos vasos, ya sea de forma percutánea (ICP) o quirúrgica (CRM), en base a los últimos estudios publicados, continúa siendo controversial. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 45 años, con factor de riesgo cardiovascular: padre fallece con infarto agudo de miocardio (STEMI) a edad temprana. Debuta con STEMI inferior, se realiza angioplastia coronaria primaria de arteria derecha, se observa lesión severa en bifurcación de circunfleja y CTO de arteria descendente anterior JCTO I, se calcula un Syntax score I: 23 y II: con resultados equiparables entre CRM e ICP. Por lo que en decisión de Heart Team conjunta con el paciente, se resuelve completar revascularización de forma percutánea, para ello se inicia intentando recanalizar la CTO por medio de técnica anterograda, se pasa a vía retrógrada, se avanza a sistema de reentrada, siendo todos estos abordajes frustrados, por lo que se pasa a una técnica nueva denominada INVESMENT PROCEDURE, en la que se realiza una disección coronaria controlada, se reestablece flujo TIMI III, y se reprograma restudiar al paciente en 6 semanas. En segundo tiempo, se verifica patencia de arteria descendente anterior vía recanalización por plano de disección, de forma relativamente fácil se logra avanzar una guía coronaria por luz verdadera y se realiza implante de stent guiado por IVUS. Se completa revascularización a arteria circunfleja, se logra la revascularización completa. El paciente se mantiene asintomático cardiovascular. **Discusión:** La complejidad de una CTO se puede predecir con scores como el JCTO, sin embargo no siempre estos scores son precisos y un score bajo se traduce en éxito, es por ello que se debe tener en el arsenal terapéutico varias estrategias y si estas fallan, se tiene evidencia que restablecer el flujo vía una disección coronaria controlada utilizando esta técnica denominada, INVESMENT PROCEDURE permite elevar la tasa de éxito del 70% al 90%. Los avances en la tecnología han permitido que en centros de excelencia, los éxitos de recanalización de oclusiones totales crónicas sea cada vez más alto, siendo una estrategia menos invasiva que la CRM. Se espera en un futuro tener estudios randomizados que aumenten la evidencia de mejoría en puntos finales duros, lo que incrementaría las indicaciones de este tipo de procedimientos.

209

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ATENDIDOS EN LA UNIDAD CORONARIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN ECUADOR DESDE ENERO DEL 2015 HASTA DICIEMBRE DEL 2022SALAZAR J¹, RENGIFO D, CHAVEZ D, BARBERIS G, CÁRDENAS L, PAREDES HEREDIA I¹HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, ²UNIVERSIDAD DE LAS AMERICAS

Introducción: La cardiopatía isquémica, continúa siendo la principal causa de muerte en el Ecuador igual que en el resto del mundo, dentro de los principales factores de riesgo identificados destacan el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, el colesterol alto, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la obesidad y los antecedentes familiares de enfermedad coronaria. **Objetivo:** El presente artículo busca describir las características clínico epidemiológicas de los pacientes con cardiopatía isquémica en el Ecuador, con el fin de identificar los principales factores de riesgo, diagnósticos, tratamientos y complicaciones de los pacientes con enfermedad coronaria. **Material y métodos:** Se ejecutó un estudio observacional retrospectivo entre los años 2015 a 2022 de 618 historias clínicas, se describió 51 variables, las categóricas fueron resumidas en frecuencias y porcentajes y las cuantitativas en promedio, desviación estándar, mediana, valores mínimos y máximos. Se realizó la comparación entre la edad, los hábitos tóxicos, antecedentes patológicos, resultado de egreso, perfil lipídico y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) al alta médica. **Resultados:** De los pacientes admitidos en la unidad coronaria el 79.3% fueron hombres y el 20.7% mujeres, el promedio de edad se encontraba en los 60.8 años con un mínimo de 25 años y un máximo de 96 años. El principal hábito tóxico fue el tabaquismo con el 46.8% y el principal antecedente patológico fue la hipertensión arterial con el 49.8%. El infarto agudo de miocardio con elevación del ST es el diagnóstico principal de ingreso contemplando el 57.8 % de casos, seguido por el infarto sin elevación del segmento ST 17.8% y la angina inestable 16.3%. La estrategia de revascularización más utilizada fue la intervención coronaria percutánea tardía 40.1% y la arteria coronaria mayormente afectada fue la coronaria derecha, el 21.2% de los casos por lesiones ateromatosas mayores del 70% y el 16.7% por lesiones oclusivas totales. El promedio de FEVI al alta es del 50.5% con un mínimo de 10% y un máximo de 80%. Dentro del perfil lipídico el promedio de LDL fue de 103mg/dl, el promedio de HDL fue de 37mg/dl y el promedio de triglicéridos fue de 171mg/dl. Conclusiones. Los resultados obtenidos nos permiten conocer el perfil clínico epidemiológico de la población ecuatoriana, puesto que la unidad de salud de donde se recolectaron los datos es uno de los hospitales de referencia a nivel nacional para el manejo y tratamiento de la cardiopatía isquémica.

166

VEGETACIÓN FÚNGICA EN VENA CAVA SUPERIORROBLES SIERRA M¹, VALLE RAMOS M, DUQUE GARCÍA V, GUMZÁN I, GUTIÉRREZ BARTLETT R¹HOSPITAL ROOSEVELT

Antecedentes: La endocarditis infecciosa es una complicación frecuente en pacientes hospitalizados en terapia intensiva con múltiples accesos vasculares. Cuando su origen es fúngico a menudo cursa con complicaciones como septicemia refractaria, insuficiencia valvular, e insuficiencia cardíaca por lo que suele requerir una resolución quirúrgica. **Descripción del caso:** Femenina de 15 años acudió a urgencias con fiebre de dos semanas de evolución. Al ingreso, presentaba diaforesis, taquicardia, temperatura axilar de 38°C y un soplo diastólico paraesternal izquierdo en el 3º espacio intercostal (III/VI). Como antecedente importante, dos meses previo a consultar, fue sometida a una laparotomía exploradora debido a un cuadro agudo de obstrucción intestinal. Se diagnosticó Síndrome de Arteria Mesentérica Superior realizando un decruzamiento duodenal con anastomosis duodenoyunal laterolateral. Requirió alimentación parenteral total (APT) por cuatro semanas antes de ser dada de alta tras evolución favorable. Manejo: Infectología considera probable endocarditis, inicia tratamiento con vancomicina y se tomaron muestras de hemocultivos. Se realiza ecocardiograma transtorácico en el que se observa una imagen hiperecogénica con bordes irregulares y forma redondeada de aproximadamente 6.1 cm de longitud que en aurícula derecha que protruye con movimiento bamboleante entre la aurícula y ventrículo derecho a través de la válvula tricúspideas causando insuficiencia valvular severa con PSAP 50 mmHg. El ecocardiograma transesofágico mostró el origen de dicha imagen en la vena cava superior. Se aisló *Cándida albicans* en hemocultivos fúngicos por lo que se cambió la cobertura a Anidulafungina con lo que cede la fiebre y escalofríos. Se presentó en sesión médico-quirúrgica, se decidió realizar una resección de la vegetación debido a la insuficiencia tricúspidea severa. Se extrae vegetación pediculada de 4x7 cm. El procedimiento concluyó sin complicaciones, la paciente recibió cuatro semanas de tratamiento antifúngico intrahospitalario y fue dada de alta. **Discusión:** La endocarditis por hongos, aunque no es frecuente puede desarrollarse en pacientes con estancias hospitalarias prolongadas, con múltiples dispositivos invasivos, especialmente en aquellos con catéteres de alimentación parenteral asociados a fungemias. El manejo debe ser multidisciplinario y considerar tratamiento quirúrgico en pacientes con vegetaciones grandes que causen insuficiencia valvular severa, así como en caso se aislen gérmenes de difícil abordaje antimicrobiano. Es fundamental evaluar tras inicio de terapia empírica la evolución del paciente y valorar ampliar el espectro antimicrobiano de persistir los síntomas y los cultivos positivos; particularmente en pacientes con factores de riesgo para gérmenes específicos como es el caso del antecedente de procedimiento quirúrgico previo y APT.

