

P01 ¿POR DÓNDE DISCURRE ESTA CORONARIA? IMPORTANCIA DE LA TC EN EL ESTUDIO DIAGNÓSTICO DE LAS ANOMALÍAS CONGÉNITAS EN EL ORIGEN AÓRTICO DE LAS ARTERIAS CORONARIAS.

Flórez Llano, Pablo (1), Martín Fernández, María (1), Martín Cid María Dolores (2), Colunga Blanco Santiago (2), Cigarrán Sexto Helena (1), Calvo Blanco Juan (1), Díaz Méndez Rocío (1), Vigil-Escalera López Carlota (1), Rodríguez Esteban María Ángeles (1), Pérez-Lozano Carracedo Blanca

(1), Martínez León Amaia (1), Flores Fuertes Alejandro Yussel (1), Alperi García Alberto(1), Silva Conde Iria (1), Silva Guisasola Jacobo(1)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias, (2) Hospital San Agustín

Presentamos el caso de un varón de 35 años exfumador como único FRCV, sin historia cardiológica previa ni familiar ni personal, ni otros antecedentes de interés, que consulta por dolor torácico típico desencadenado únicamente por esfuerzos intensos durante la actividad deportiva, cediendo con el reposo.

Se realiza ergometría simple, resultando positiva clínica pero negativa eléctrica a alta carga (96% de la FCMT, 17 METS). Ante la presencia de dolor torácico típico con el esfuerzo, se decide realizar un AngioTC de arterias coronarias, que evidencia un origen de la coronaria derecha en el seno coronario izquierdo con un trayecto interarterial. El ostium de la coronaria derecha presenta signos de intramuralidad, con un ostium independiente y una angulación de la salida arterial menor a 45°, objetivándose estenosis proximal con respecto al calibre del resto del vaso y ausencia de grasa epicárdica adyacente.

Dados los hallazgos y la sintomatología del caso, se decide realizar cirugía electiva con circulación extracorpórea, para marsupialización (*unroofing*) del trayecto intramural de la coronaria derecha en su recorrido desde el seno coronario izquierdo hasta el seno no coronario, liberando el trayecto interarterial. La evolución postoperatoria del paciente es favorable, pudiendo ser alta de forma precoz, asintomático una vez recuperada la actividad deportiva.

DISCUSIÓN DEL CASO

Las anomalías congénitas en el origen aórtico de las arterias coronarias se presentan con una incidencia baja (0.67%), siendo aún más infrecuente el origen de la coronaria derecha en el seno coronario izquierdo (0.17%). En el estudio diagnóstico, tanto la Cardio-Resonancia Magnética como la Tomografía Computarizada se han demostrado útiles para el estudio anatómico del origen aórtico de las arterias coronarias, así como de las relaciones estructurales con los grandes vasos durante su trayecto. Se han determinado criterios que sugieren intramuralidad (estenosis proximal, ángulo agudo < 45°, ostium independiente, visualización directa del vaso dentro de la pared aórtica, y ausencia de grasa epicárdica adyacente). Aunque la presencia de muerte súbita es menos frecuente respecto al origen anómalo de la coronaria izquierda, se recomienda individualización del caso guiado por la sintomatología. El tratamiento de elección es el bypass

aortocoronario o la marsupialización (unroofing) del origen de la arteria, siendo esta última de elección si técnicamente resulta posible. En nuestro caso, se indicó el tratamiento intervencionista por la sintomatología para grandes esfuerzos del paciente, realizándose la marsupialización del origen de la arteria coronaria derecha y liberando el trayecto interarterial, con evolución favorable libre de síntomas hasta la fecha.

P02 ¿INFARTO TRAS REVASCULARIZACIÓN CORONARIA?

Lorca Rebeca, Pascual Isaac, Suarez-Cuervo Alfonso, Martín María, Calvo Juan, Corros Cecilia, Capin Esmeralda, Silva Iria, Alperi Alberto, Flórez Pablo, Diaz-Chiron Laura (1), Cigarrán Helena (1), Avanzas Pablo (1), Hernandez-Vaquero Daniel (1), Moris Cesar (1)
Hospital Universitario Central de Asturias

Antecedentes: El hematoma septal intramiocárdico es una complicación extremadamente rara en las intervenciones coronarias percutáneas (ICP) de oclusiones crónicas, pero con potenciales complicaciones graves.

Métodos: un paciente de 58 fue remitido para realizar una ICP en una oclusión crónica de la coronaria derecha. El procedimiento se realizó vía retrograda a través de la arteria septal colateral. Únicamente se visualizó una mínima mancha de contraste alrededor de dicha colateral.

Resultados: dos horas después del procedimiento, el paciente comenzó con dolor torácico. Se realizó un ECG en el que se observa una elevación del ST. El paciente, hipotenso y taquicárdico, es trasladado nuevamente a la sala de hemodinámica. En la coronariografía no se muestran oclusiones coronarias y se demuestra permeabilidad del nuevo stent. Sin embargo, la una mínima mancha de contraste alrededor de la colateral había progresado discretamente. En el ecocardiograma se objetiva un impresionante hematoma septal interventricular (5x3.9cm) que produce efecto de masa y cierta obstrucción al tracto de salida del ventrículo izquierdo. Este hematoma explicaría tanto los síntomas como el deterioro hemodinámico. Tras discusión sobre el mejor manejo del paciente (cirugía vs tratamiento médico) se decide realizar tratamiento conservador. Tras monitorización en la unidad coronaria y posteriormente en planta, el paciente evoluciona favorablemente, con mejoría de la clínica conforme el hematoma iba disminuyendo. Se realizó cardio-CRM de control previo al alta.

Conclusiones: Los hematomas intramiocárdicos severos son complicaciones de los procedimientos intervencionistas, aunque infrecuentes, muy graves. Su manejo es difícil y controvertido. Presentamos un caso severo, con evolución satisfactoria con tratamiento conservador.

P03 DETRÁS DE UNA MUERTE SÚBITA

Lorca Rebeca, Reguero Jose Julián, Pascual Isaac, Martín María, Silva Iria, Alperi Alberto, Capin Esmeralda, Rozado José, Florez Pablo, Diaz-Chiron Laura, Almendarez Marcel, Gutiérrez Luis, Alonso Sara, Moris Cesar
Hospital Universitario Central de Asturias

Antecedentes: la muerte súbita (MS) en los jóvenes tiene un enorme impacto en términos de salud pública. Identificar la causa es de suma importancia debido a su potencial heredabilidad, de ahí la importancia de realizar una autopsia clínica y molecular (estudio genético). En casos en los que no se realiza una autopsia, muchas veces se asume un origen cardiológico. Sin embargo, las series de autopsias de MS identifican una causa no cardiaca en aproximadamente 1/3 de ellas.

Métodos: Presentamos una familia que ilustra este escenario. Gracias a la identificación de la causa heredable se puede ayudar a manejar a los familiares en riesgo.

Resultados: Un paciente de 51 años, con hipertensión pulmonar secundaria a enfermedad tromboembólica es derivado a la consulta de cardiología. Había sufrido una flebitis en el brazo derecho a los 28 años y a los 31 una trombosis axilohumeral, con un tromboembolismo pulmonar (TEP) masivo que requirió endarterectomía. Presentaba antecedentes de muerte súbita en la familia (Figura 1): a los 38 años hermano había fallecido por un TEP, según la autopsia clínica. Además, su madre (I.2) sufrió varios episodios de flebitis y sus dos hermanas (II.1 y II.2) tuvieron episodios repetidos de flebitis y trombosis venosa profunda. Su otro hermano (II.4), gemelo dicigótico del difunto, estaba hasta ahora asintomático. En la tercera generación, aunque sus hijos (III.1, III.2) y una sobrina (III.3) estaban asintomáticos, otra sobrina (III.4) acababa de sufrir una embolia pulmonar a la edad de 20 años. Tras muchos estudios clínicos y de laboratorio, se llegó a un diagnóstico final gracias al estudio genético, que identificó una mutación en el gen que codifica la cadena A del fibrinógeno (FGA p.R573C): una disfibrinogenemia congénita. Esta mutación se identificó en tres parientes jóvenes, aún asintomáticos, que afortunadamente ahora pueden ser manejados clínicamente para prevenir nuevos eventos trombóticos, incluido el SD. En caso de haberse realizado una autopsia molecular en la MS, sospechando un trastorno de la coagulación heredable, el resto de familiares afectados podrían haber comenzado el tratamiento de inmediato.

Conclusiones: es necesario concienciar de la importancia de realizar una autopsia clínica en todos los casos de muerte súbita y considerar realizar una autopsia molecular si existe potencial heredabilidad de la causa de la muerte, sea cardiológica o no.

P04 ¿MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA O FENOCOPIA?

Lorca Rebeca, Reguero José Julián, Pascual Isaac, Silva Iria, Alperi Alberto, Martín María, León Victor, Capín Esmeralda, Rozado José, Flórez Pablo, Díaz-Chirón Laura, Almendarez Marcel, Gutiérrez Luis, Vigil-Escalera María, Moris Cesar
Hospital Universitario Central de Asturias

Antecedentes: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es la enfermedad cardiaca hereditaria más frecuente. Sin embargo, no todas las hipertrofias ventriculares son MCH y debemos estar alerta para identificar las fenocopias.

Métodos: Presentamos el caso de una mujer de 56 años, derivada a Cardiología por auscultación de un soplo. Simultáneamente es derivada a Medicina Interna para estudio de un cuadro de cefalea, nauseas, vómitos y pérdida de peso, coincidiendo con crisis de HTA.

Resultados: Presenta un ECG con HVI y alteración de la repolarización secundaria. En el ETT se objetiva una hipertrofia concéntrica de 16 mm con función conservada y gradiente máximo en TSVI de 43 mmHG. Con la sospecha inicial de MCH, se continúan los estudios. En la exploración física, además del soplo sistólico, destaca una hiperpigmentación y lesiones nodulares. En pruebas de imagen (TAC y RM abdominal) se objetiva una masa suprarrenal derecha compatible con un feocromocitoma, que se confirma analíticamente.

Tras exéresis de feocromocitoma, desaparece la HTA y se normalizan tanto el ECG como el ETT, con desaparición del gradiente en TSVI. Se sospecha un Neurofibromatosis tipo 1, y se inicia estudio familiar en hermano y padre que presentan manchas café con leche.

Conclusiones: presentamos un caso de hipertrofia ventricular con obstrucción al tracto de salida secundaria a Feocromocitoma y HTA, que normaliza tras su cirugía. Es importante investigar las posibles causas de hipertrofia ventricular izquierda que puedan producir fenocopias de MCH.

P05 ADECUACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA TRAS LA INSTAURACIÓN DE UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Alonso Fernández Vanesa, Vega Hernández Berta, García Rubio Julio César, Santos Hernández Sergio, Linares Hernández Rubén, Álvarez González Cristina, Sánchez Fernández Sofía, Villafañe González Asela, Soler Jambrina Belén, Gallego Acuña Tatiana, García Damorín María José, Samaniego Lampón Beatriz, González Sánchez María Teresa, Lozano Martínez-Luengas Íñigo, Segovia Martínez de Salinas Eduardo
Hospital Universitario de Cabueñes

Objetivo: Estimar la proporción de pacientes con insuficiencia cardiaca y fracción de eyección reducida atendidos en una Unidad de Insuficiencia cardiaca de reciente creación que reciben los tratamientos recomendados por la guía de la Sociedad Europea de Cardiología, así como las razones de que no los reciban, en su caso.

Métodos: Se incluyó a 73 pacientes ambulatorios consecutivos atendidos en la Unidad de Insuficiencia cardiaca del Hospital Universitario de Cabueñes. Se recogió información general, tratamiento neurohormonal indicado y dosis del mismo. De los pacientes que no reciben tratamiento médico óptimo, se indicaron las razones para ello, así como la proporción real de pacientes que sin justificación, no recibe el tratamiento recomendado.

Resultados: El 64 % de los pacientes recibieron inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA-II), el 26 % sacubitrilo-valsartan, el 94.5 % bloqueadores beta y el 90.4 % antagonistas del receptor mineralocorticoideo. Alcanzan dosis objetivo de IECA o ARA –II el 32% de los pacientes, el 31.6 % de sacubitrilo-Valsartan, el 47.8 % de bloqueadores beta y el 68.2 % de antagonistas del receptor mineralocorticoideo. Teniendo en cuenta las causas justificadas que limitan dosis objetivo, el tratamiento médico óptimo para IECA-ARA-II se logra en un 95.8 % de los pacientes, en un 97.2 % para bloqueadores beta, y en un 90.4 % para antagonistas del receptor mineralocorticoideo.

La causa más frecuente de no tolerar el tratamiento a las dosis óptimas que establece la guía de la Sociedad Europea de Cardiología es la hipotensión sintomática.

Conclusiones: Considerando razones justificadas para no administrar tratamiento neurohormonal a dosis más altas, en pacientes con insuficiencia cardiaca y fracción de eyección reducida, el cumplimiento de las guías es excelente, con mejoría respecto a otros registros españoles y europeos recientes. El seguimiento clínico estrecho, la monitorización de función renal y tensión arterial, la titulación lenta de fármacos con la colaboración de enfermería y el autocuidado del paciente son acciones que se realizan en las Unidades de Insuficiencia Cardiaca y que hacen posible lograr el tratamiento médico óptimo para cada paciente.

P06 INSUFICIENCIA MITRAL SEVERA FUNCIONAL NO ISQUÉMICA: DECISIONES DIFÍCILES

Silva Conde Iria, Alperi Garcia Alberto, Lorca Gutiérrez Rebeca, Diaz-Chiron Laura, Almendarez Lacayo Marcel, Martínez Leon Amaia, Velasco Alvarez Rut, Rozado Castaño José, Marín Fernández María, Corros Vicente Cecilia, Moris de la Tassa Cesar
Hospital Universitario Central de Asturias

Introducción:

Mujer de 58 años, fumadora de 1 paq/día. Antecedente de leucemia linfoblástica a los 22 años tratada con quimioterapia (antraciclinas). En junio del 2014 diagnóstico de carcinoma de mama ductal infiltrante tratado mediante mastectomía radical bilateral, quimioterapia (taxol, antraciclinas y ciclofosfamida) y radioterapia. Consta FEVI normal al inicio de la quimioterapia. En octubre del 2015 ingresa en Oncología por disnea progresiva con insuficiencia respiratoria, patrón intersticial y derrame pleural bilateral.

Desarrollo del caso:

Durante el ingreso se realiza ETT donde se objetiva una miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica severa de VI, insuficiencia mitral severa funcional, insuficiencia tricuspídea moderada e hipertensión pulmonar. Se inicia tratamiento para el edema agudo de pulmón y posteriormente con el diagnóstico de miocardiopatía dilatada por quimioterápicos es dada de alta con diuréticos, betabloqueantes y tratamiento broncodilatador (no IECAs por hipotensión). A los 3 meses es valorada en consultas de Cardiología, con persistencia de hábito tabáquico, mala clase funcional (NYHA III) y mala titulación de fármacos por tendencia a hipotensión. Se confirma ya en fase estable el diagnóstico previo de miocardiopatía post-quimioterapia con leve mejoría de la FEVI siendo ahora del 45% y el ETE objetiva una insuficiencia mitral severa mixta (engrosamiento leve de velos y tethering), con claro predominio del componente funcional. La coronariorografía muestra arterias coronarias sin lesiones y el cateterismo derecho una hipertensión pulmonar severa postcapilar con resistencias pulmonares elevadas pero reversibles. Se presenta el caso en Sesión Médico quirúrgica y se decide cirugía por IM severa funcional sintomática. Durante la valoración prequirúrgica la paciente es diagnosticada de EPOC severo. Reevaluada posteriormente refiere mejoría tras abandono de tabaco e inicio de tratamiento del EPOC, estando en clase funcional I-II. Se anula la cirugía y se decide seguimiento ambulatorio en consultas de Insuficiencia Cardíaca Avanzada.

Conclusiones: Presentamos el caso de una mujer joven, con elevada carga oncológica que desarrolla una miocardiopatía dilatada en relación a tratamiento quimioterápico, con valvulopatía mitral severa funcional e hipertensión pulmonar severa secundarias. Destacamos

la importancia de realizar seguimientos estrechos de la función cardiaca durante tratamientos quimioterápicos con potenciales complicaciones cardíacas y la necesidad de crear unidades que aborden de manera multidisciplinar este grupo de pacientes. Otro punto interesante es el manejo de la insuficiencia mitral funcional de origen no isquémico que sigue siendo una patología muy compleja, con implicaciones pronósticas pero para la cual no tenemos tratamientos específicos ni resultados de estudios a gran escala que puedan esclarecer su manejo.

P07 VALVULOPATÍA AÓRTICA SEVERA INDUCIDA POR RADIOTERAPIA MEDIASTINICA. EL PAPEL DE LA TAVI EN ESTOS CASOS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Alvarez velasco Rut, Adeba García Antonio, Vigil-Escalera Díaz María, León Argüero Víctor, Martínez León Amaia, Capín Sampedro Esmeralda, Gutiérrez de la Varga Luis, Alperi García Alberto, Almendarez Lacayo Marcel, Morís de la Tassa Cesar
Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivo:

El objetivo es presentar a través de un caso clínico la prevalencia de la enfermedad valvular secundaria a radioterapia y sus características fisiopatológicas. Revisar las opciones terapéuticas disponibles y el riesgo quirúrgico de estos pacientes, no representados en las escalas de riesgo habitual.

Material y métodos: Presentación del Caso:

Mujer de 58 años con antecedente de un Linfoma de Hodkign en el año 1991, por el que recibió tratamiento con quimioterapia y radioterapia mediastínica. Tras ello desarrollo neumonitis y celulitis rádica. Es diabética tipo 2 desde hace 7 años con buen control y presenta enfermedad renal crónica. Su Hª Cardiovascular comienza en año 2001 con angor inestable, por lo que se realiza angiografía coronaria en la que presenta enfermedad arterial coronariade un vaso, coronaria derecha, revascularizada de forma quirúrgica por revascularización percutánea fallida.

Actualmente ingresa por clínica de dolor torácico y empeoramiento de su clase funcional en los últimos 6meses (NYHA III/IV). Se realiza ecocardiografiatranstorácica en la que presenta válvula aórtica trivalva con doble lesión aórtica severa (insuficiencia aórtica severa y estenosis moderada). Dados sus antecedentes, la degeneración valvular tan precoz, lo más probable es que sea secundaria a la radioterapia. Teniendo en cuenta también sus comorbilidades, y el antecedente de radiación mediastínica, se decide implante de válvula aortica percutánea (TAVI).

Conclusiones:

La enfermedad cardiovascular secundaria a radioterapia se puede manifestar de múltiples formas. Después de la enfermedad arterial coronaria, la más frecuente es la enfermedad valvular. Se desarrolla de 15 a 30 años tras el tratamiento y es dosis

dependiente. Según varios estudios, entre el 2-37 % de los paciente tratados con radioterpiamediastinica por Linfoma de Hodking, presentaron enfermedad valvular.

La patología valvular afecta principalmente a la válvula aórtica y mitral. De inicio por restricción de los velos presentan insuficiencia aórtica. Posteriormente se produce fibrosis y engrosamiento tanto focal como difuso de las válvulas. El mecanismo fisiopatológico no es conocido por completo, en él participan la estimulación de factores como el TGF- β 1, proliferación de miofibroblastos y síntesis de colágeno.

Las escalas de riesgo habituales no muestran las complicaciones específicas secundarias al tratamiento radioterápico en estos pacientes, que presentan con más frecuencia tórax "hostil", fibrosis pulmonar y calcificaciónde aorta ascendente, por lo que la opción percutánea es una buena opción. Se estiman que aproximadamente un 10% de los implantes de TAVI se realizan en estos pacientes, con buenos resultados.

P08 DISNEA EN CONSULTAS EXTERNAS DE CARDIOLOGÍA: ¿DIAGNOSTICAMOS INSUFICIENCIA CARDÍACA?

Silva Conde Iria, Flórez Llano Pablo, Martín Fernández María, Vigil Escalera María, Alperi García Alberto, Gutiérrez de la Varga Luis, Rozado Castaño José, Capín Sampedro Esmeralda, Hevia Nava Sergio, Barriales Alvarez Vicente, Moris de la Tassa Cesar
Hospital Universitario Central de Asturias

Introducción (incluyendo objetivos): La disnea es un motivo de consulta frecuente en las consultas ambulatorias de Cardiología (CAC). Nuestro objetivo es describir cuántos se diagnostican de insuficiencia cardíaca (IC) y las herramientas diagnósticas utilizadas.

Material y métodos: Estudio prospectivo en fase de reclutamiento. Se seleccionaron los pacientes derivados por disnea a cinco CAC desde 1/10/2017 hasta 28/02/2018.

Resultados: Muestra 100 pacientes. Las características basales fueron: edad 72.2 ± 1.4 años, 77% mujeres, 62% hipertensos, 20% diabéticos, 45% dislipémicos, 29% tabaquismo. El 85% derivados desde Atención Primaria (AP). Solo el 14% tenían NTproBNP y el 14% radiografía. Se realizó ecocardiografía de alta resolución (ETTAr) al 33,3%; de estos el 63.6% fue normal. En todos los pacientes con NTproBNP negativo se descartó IC y más de la mitad con NTproBNP positivo se diagnosticaron de IC. De los pacientes con ETTAr: 65,3% se descartó IC, pendiente de pruebas el 6,3%. El grupo sin ETTAr: solo en el 28,8% se descartó IC. En resumen, de toda la muestra: en el 40,4% se descartó IC, 17,7% diagnóstico de IC y el 42,4% pendiente de pruebas. Hasta un 23% se realizó directamente un diagnóstico alternativo a IC. En aquellos pacientes con NTproBNP y /o ETTAr, estos porcentajes mejoran hasta 57,1% donde se descarta IC, 31% diagnóstico de IC y 11,9% pendiente de pruebas.

Conclusiones: El diagnóstico de IC en pacientes derivados por disnea es bajo 17,7% en la primera consulta. La valoración del paciente con NTproBNP y/o ETTAr aumenta la rentabilidad diagnóstica. Es esencial crear protocolos de integración entre AP y Cardiología para optimizar los recursos y mejorar la calidad asistencial.

P09 COXIELLA BURNETTI: ¿CAUSA POCO FRECUENTE DE MIOCARDITIS?

Adeba García Antonio, Rozado Castaño José, Álvarez Velasco Rut, Vigil-Escalera Díaz María, Gutiérrez de la Varga Luis, Silva Conde Iria, Flórez Llano Pablo, Martínez León Amaia, Díaz-Chirón Sánchez Laura, Moris de la Tassa César
Hospital Universitario Central de Asturias

Introducción y Objetivos:

La miocarditis es una patología inflamatoria del músculo cardiaco con múltiples etiologías: autoinmune, tóxico/metabólica, infecciosa... aunque en un gran porcentaje de los casos no se consigue llegar al diagnóstico etiológico etiquetándose de idiopática. Presentamos el caso de un varón de 29 años con una miopericarditis secundaria a una infección aguda por *Coxiella burnetti*.

Métodos:

Varón de 29 años que acude a nuestro centro por dolor torácico. Como antecedentes tabaquismo activo y consumo ocasional de hachís, sin otros factores de riesgo cardiovascular y sin otros antecedentes cardiológicos de interés. Trabaja como cocinero.

El paciente refiere haber comenzado el día previo a su consulta con un dolor centro torácico irradiado hacia el hombro izquierdo, que empeora con la inspiración profunda y mejora con la sedestación y la toma de AINEs. Además, presenta en las últimas 48 horas fiebre y odinofagia por la que su Médico de Atención Primaria inició tratamiento con azitromicina con mejoría parcial de su sintomatología. Niega palpitaciones o clínica de insuficiencia cardíaca. La exploración física es normal, sin roces ni extratonos.

Se realiza un ECG en el que presenta descenso del PR y elevación del ST en colgadura en derivaciones inferiores y anteriores, compatible con pericarditis. En la analítica realizada presenta datos inflamatorios (PCR 24,9 mg/dl) y una troponina T (TnT) de 700 ng/L. Con la sospecha de miopericarditis aguda ingresamos al paciente en la Unidad Coronaria (UCCA) para monitorización.

Resultados:

Se realiza una ecocardiografía (ETT) en la que se objetiva una hipoquinesia global con función ventricular (FEVI) levemente reducida. En la seriación enzimática se alcanza un pico de 1500 de TnT. Se realiza asimismo una RMN cardíaca que confirma el diagnóstico de miocarditis al presentar realce tardío subepicárdico en segmentos laterales basales, medios y apicales. Como

parte del estudio etiológico se solicitan serologías infecciosas, resultando positivas para *Coxiella burnetti* tanto la IgM como la IgG (título 1/128) con resultados negativos para infección crónica.

El paciente fue dado de alta con tratamiento antiinflamatorio en pauta descendente además de Beta bloqueantes (BB) e IECAs a dosis bajas y doxiciclina durante 10 días.

Conclusiones:

La infección por *Coxiella burnetti* (Fiebre Q) aguda es una causa poco frecuente, aunque potencialmente grave, de miocarditis. Un diagnóstico etiológico precoz es fundamental para iniciar tratamiento antibiótico específico. El paciente evolucionó de forma favorable con el tratamiento administrado, pudiendo suspenderse los BB e IECAs al normalizar la FEVI tras 6 meses de tratamiento.

P10 TEST DE DETECCIÓN DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA CON RESULTADO NEGATIVO. ¿POR QUÉ MOTIVO SOLICITAMOS UNA CORONARIOGRAFÍA POST-PRUEBA?

Flórez Llano Pablo, Alperi García Alberto, Silva Conde Iria, Martínez León Amaia, Lorca Gutiérrez Rebeca, Flores Fuertes Alejandro Yussel, De la Hera Galarza Jesús María, Barriales Álvarez Vicente, Hevia Nava José Sergio, Martín Fernández María, Adeba García Antonio, Vigil-Escalera Díaz María, Álvarez Velasco Rut, García Pérez María Laura, Morís de la Tassa César
Hospital Universitario Central de Asturias

INTRODUCCIÓN

La ecocardiografía de estrés (EE) y el test isotópico con tomografía computarizada de emisión monofotónica con Tecnecio 99 (SPECT), son los test de detección de isquemia miocárdica (TDI) más usados para el diagnóstico y la estratificación del riesgo coronario. El objetivo de este estudio es analizar aquellos casos con un resultado negativo en el TDI a los que, sin cambio clínico del paciente, se les solicitó una coronariografía post-prueba (CPP).

MÉTODOS

Estudio prospectivo, que incluyó 867 pacientes consecutivos (años 2014 a 2016) con TDI realizado en un centro de tercer nivel (EE o SPECT). Se seleccionaron los pacientes con resultado negativo en el test a los que se les pidió una CCP, y se analizaron sus características basales así como el resultado de la coronariografía.

RESULTADOS

En el grupo de EE, 457 test obtuvieron un resultado negativo, no solicitándose a ninguno de ellos una CCP. En el grupo de SPECT, 218 test obtuvieron un resultado negativo, con una edad media de 65 años (55% mujeres). En este subgrupo, el 64.2% de los pacientes eran hipertensos, el 17.9% diabéticos, el 47.7% dislipémicos, el 9.1% fumadores y el 26.1% exfumadores. El 6.9% de los pacientes tenían antecedente de un ACV isquémico, y el 8.7%, de arteriopatía periférica. Estaban diagnosticados de cardiopatía isquémica previamente el 17.4%. El motivo de petición del test más frecuente fue el dolor torácico atípico (48.1%), seguido del dolor torácico coronario (29.8%). De los 218 test con resultado negativo, a 11 (5.1%) se les solicitó una CPP. En esos pacientes, el motivo de realización de la CPP fue mayoritariamente el dolor torácico altamente sugestivo de coronario (72.7%), y el resultado positivo en la ergometría (72% de estos pacientes). En la coronariografía post-prueba, el 54.5% presentaron enfermedad coronaria, siendo más frecuente la afectación multivaso (territorio DA y CD) y la afectación aislada del territorio CD.

CONCLUSIONES

En la población analizada con un test de detección de isquemia con resultado negativo, solo se solicitó coronariografía post-prueba en el grupo del SPECT, y el motivo principal fue la alta sospecha clínica y un resultado positivo en la ergometría, pese a una imagen no patológica. Los resultados de la coronariografía sugieren que la mayoría de los casos con enfermedad coronaria presentaban afectación multivaso o del territorio aislado de coronaria derecha.

P11 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL INICIO DE UN PROGRAMA DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Alonso Fernández Vanesa, Vega Hernández Berta, García Rubio Julio César, Santos Hernández Sergio, Linares Hernández Rubén, Álvarez González Cristina, Sánchez Fernández Sofía, Villafañe González Asela, Soler Jambrina Belén, Gallego Acuña Tatiana, García Damorín María José, Bangueses Quintana Roi, González Sánchez María Teresa, Lozano Martínez-Luengas Íñigo, Segovia Martínez de Salinas Eduardo
Hospital Universitario de Cabueñes

Objetivo: Definir las características de los pacientes con insuficiencia cardiaca y fracción de eyección reducida, en clase funcional III-IV ambulatoria o con varios ingresos por insuficiencia cardiaca que se incluyen en un programa de insuficiencia cardiaca de reciente instauración.

Métodos: Análisis descriptivo de 73 pacientes incluidos de modo consecutivo en el Programa de Atención Ambulatoria de Insuficiencia Cardiaca del Hospital Universitario de Cabueñes.

Resultados: De los 73 pacientes que cumplían criterios de ingreso en el Programa de Insuficiencia Cardiaca, 53 eran varones (72.6%). La edad media era de 63 años (rango 34-85). 61 pacientes han finalizado la titulación de fármacos neurohormonales en una media de 2.75 visitas por paciente (rango 1-5) hasta lograr dosis máxima tolerada de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina-antagonistas del receptor de la angiotensina II-sacubitrilvalsartan, bloqueadores beta y antagonistas del receptor mineralocorticoideo en más del 90 % de los casos. Respecto a la etiología de la disfunción ventricular un 31.5 % es isquémica, un 10.9 % tóxica por alcohol, un 5.5 % tóxica por antraciclinas, un 5.5 % valvular, un 5.5 % taquimiocardiopatía, un 4.1 % corresponden a una miocardiopatía no compactada y otras causas menos frecuentes son amiloidosis (1.4 %) y miocardiopatía chagásica (1.4 %). Actualmente están en estudio etiológico 6 pacientes (8.2 %), y no se ha encontrado causa después de un estudio completo en 19 pacientes (26 % del total). Tras finalizar el tratamiento médico óptimo el 94.5 % de los pacientes mejoran su clase funcional. De ellos, alcanzan CF I de la NYHA en el 43.47 % de los casos y CF II en el 56.52 %.

Conclusiones: Los datos de nuestro grupo concuerdan con el resto de los registros mundiales en los que la etiología más frecuente de Insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida es la etiología isquémica.

El seguimiento en una unidad de insuficiencia cardiaca permite completar el estudio etiológico y alcanzar dosis de tratamiento médico óptimo para cada paciente en un periodo de tiempo corto, gracias al seguimiento estrecho y la educación en el autocuidado, logrando la mejoría clínica de los pacientes.

P12 NO TODO ES TV

Santos Hernández Sergio, García Rubio Julio César, Linares Hernández Rubén, Álvarez González Cristina, González Sánchez María Teresa, Alonso Fernández Vanesa, Vega Hernández Berta, Colunga Blanco Santiago, Lozano Martínez-Luengas Íñigo, Vigil-Escalera González Pedro Ramón
Hospital Universitario de Cabueñes

Se trata de un varón de 68 años, exfumador de 30 paquetes año e hipercolesterolémico a tratamiento con atorvastatina, con antecedente de hemorragia craneal de etiología traumática dos años atrás con buena evolución sin tratamiento.

El paciente se encuentra asintomático desde el punto de vista cardiovascular hasta dos meses antes del ingreso, que presenta disnea de esfuerzo. El día del ingreso sufre un aumento importante de la disnea, con sudoración y mareo acompañantes, por lo que acude a su Centro de Salud. A su llegada se encuentra estable hemodinámicamente con saturación arterial de oxígeno de 88%. En el ECG se objetiva taquicardia regular de QRS 120 ms de 240 ms de longitud de ciclo con morfología de BRD y HBAI. Se decide traslado a nuestro centro, donde se realiza cardioversión eléctrica, pasando a ritmo sinusal. El trazado muestra un PR normal y QRS ancho con imagen de BRD, HBAI y ondas T negativas en V4 a V6.

A la exploración física, se encuentra eupneico, bien perfundido, con soplo holosistólico III/IV en foco mitral y sin datos de insuficiencia cardíaca.

Se realiza ecocardiograma transtorácico que objetiva un VI levemente dilatado con función sistólica severamente afecta (FEVI 25%) por hipocinesia global severa, con acinesia de caras inferior e inferolateral; VD levemente dilatado con función sistólica levemente afecta; dilatación moderada de ambas aurículas. Válvula mitral con tethering de ambos velos con insuficiencia mitral moderada-severa.

En la coronariografía presenta arterias coronarias normales, por lo que se decide completar el estudio con RM cardíaca que confirma los datos ecocardiográficos y objetiva realce tardío subepicárdico en la unión inferior de ambos ventrículos a nivel de segmento medio.

Una vez descartada la etiología isquémica se realiza estudio electrofisiológico que desencadena flutter auricular horario con aberrancia de rama derecha, realizándose ablación del istmo cavotricuspídeo, que resulta eficaz.

Con estos datos se interpreta el cuadro como probable taquimiocardiopatía secundaria a flutter auricular horario con aberrancia de rama derecha y ante la buena evolución es dado de alta con edoxabán 60 mg, carvedilol 12.5 mg, ramipril 5 mg y furosemida 20 mg.

Tres meses después el paciente acude a consultas externas de Cardiología, encontrándose asintomático y en ritmo sinusal. Se repite estudio ecocardiográfico que muestra un VI de tamaño normal con función sistólica limítrofe (FE 50%) sin alteraciones valvulares significativas.

Se confirma por tanto el diagnóstico y el paciente queda pendiente de nueva consulta para valorar retirada de la anticoagulación.

P13 LA COMPLEJIDAD DE LA PATOLOGÍA AÓRTICA: FENOTIPO DE UN CASO CON VÁLVULA AÓRTICA BICÚSPIDE.

Flórez Llano Pablo, Martín Fernández María, Calvo Blanco Juan, Cigarrán Sexto Helena, Martínez León Amaia, Almendárez Lacayo Marcel, Gutiérrez de La Varga Luis, Flores Fuertes Alejandro Yussel, Díaz-Chirón Sánchez Laura, Alperi García Alberto, Silva Conde Iria, Corros Vicente Cecilia, Barriales Álvarez Vicente, Hevia Nava José Sergio, Morís de la Tassa César
Hospital Universitario Central de Asturias

Presentamos el caso de una mujer de 53 años dislipémica e hipotiroidea, con antecedente familiar de una muerte súbita no filiada en un hermano, y a seguimiento ambulatorio en la consulta de Cardiología por válvula aórtica bicúspide y coartación de aorta, tratada percutáneamente con endoprótesis. Durante el seguimiento, la paciente presenta empeoramiento del grado funcional con disnea de esfuerzo, y en la ecocardiografía transtorácica, se evidencia una válvula aórtica bicúspide con estenosis moderada y dilatación de aorta ascendente, sin datos de re-estenosis a nivel de la coartación. En la angioTC, se confirma la dilatación de la aorta ascendente (46x45 mm) con válvula aórtica bicúspide, en ausencia de re-estenosis a nivel del stent en el istmo y la aorta torácica descendente. Se propone seguimiento clínico estrecho con técnicas de imagen regladas anualmente, de cara a establecer el tiempo quirúrgico óptimo según las actuales recomendaciones (dilatación superior a 50 mm con coartación de aorta).

DISCUSIÓN DEL CASO

La válvula aórtica bicúspide es la malformación cardiaca congénita más frecuente, afectando al 1-2% de la población. Actualmente, se reconoce como un síndrome que incluye los trastornos de la válvula aórtica y las anomalías de la pared aórtica, incluyendo la dilatación, la disección y la ruptura aórtica. Las enfermedades congénitas o hereditarias como los defectos ventriculares septales, el ductus persistente, la coartación de aorta y el síndrome de Marfán, se asocian también con frecuencia a la válvula aórtica bicúspide. En estos pacientes, el cribaje inicial de patología aórtica así como el seguimiento de por vida, es fundamental tras el diagnóstico de valvulopatía aórtica bicúspide. En nuestro caso, la paciente ha presentado durante el seguimiento ambulatorio una dilatación de la aorta ascendente en el contexto de su valvulopatía aórtica, que obliga a una estrecha vigilancia de cara a detectar complicaciones agudas y planear el tratamiento en el momento adecuado según las actuales recomendaciones.

P14 MECANISMOS DE TRANSICIÓN ENTRE TAQUICARDIAS VENTRICULARES. UN MODELO BASADO EN EL DESPLAZAMIENTO DE FUENTES PERIÓDICAS DE ALTA FRECUENCIA

Calvo Cuervo David (1), Martínez Laura (2), García Iglesias Daniel (1), Pérez Díez Diego (1), Rubín López José Manuel (1), Saiz Javier (2), Jalife José (3), Gutiérrez de la Varga Luis (1), Flórez Llano Pablo (1), Silva Conde Iria (1), Díaz-Chirón Sánchez Laura (1), Alperi García Alberto (1), Morís de la Tassa César (1)

(1) Área del Corazón, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, (2) Centro de Investigación e Innovación en Bioingeniería, Ci2B, Universitat Politècnica de Valencia, (3) Center for Arrhythmia Research, University of Michigan, USA

Objetivos/Introducción: La transición entre taquicardias ventriculares rápidas (TVR) y polimórficas (TVP) no se ha explicado satisfactoriamente. Nuestro objetivo fue analizar mecanismos funcionales basados en fuentes periódicas de alta frecuencia.

Material y Métodos: Paciente con infarto anterior antiguo. Se indujo una TVR-1 que fue seguida de ATP. Tras una TVP el ritmo se organizó con un cambio de morfología (TVR-2; Fig. A). Se realizó un mapa del ventrículo izquierdo y de las precordiales (CARTO; Fig. B). Se calculó la propagación de fases (P-Fase; Transformación Hilbert) entre precordiales y la frecuencia instantánea de cada una (Fourier). Para validación se usó un modelo matemático realista de corazón y torso humano simulando TVR.

Resultados: La escara apical (<0,5 mV) ocupó una posición intermedia entre precordiales (plano coronal). Durante TVR-1 la frecuencia fue homogénea (4,9 Hz) y la P-Fase transcurría desde V1 hacia V6. La TVP mostró alternancia en la P-Fase, del tipo V1 hacia V6 vs. V6 hacia V1, acompañada de una alternancia de frecuencia. El cambio al patrón V6 hacia V1 se precedía de una frecuencia mayor en V6 (5,9 Hz) que en V1 (5,4 Hz) y lo contrario sucedía con el cambio a V1 hacia V6 (5,4 Hz vs 4,4 Hz respectivamente) (Fig. C). Finalmente, en TVR2 el patrón de P-Fase se estabilizó (V6 hacia V1) con una frecuencia homogénea de 4,9Hz. La simulación de TVR (4Hz) con origen septal y lateral confirmó patrones de P-Fase congruentes con los observados en el paciente y su relación con la direccionalidad de la propagación miocárdica.

Conclusiones: La desestabilización de una fuente periódica de alta frecuencia provoca su comportamiento migratorio dando lugar a la transición entre TVR y TVP. Esto explica los cambios en la propagación miocárdica y los fenómenos doppler que afectarían a la frecuencia de cada precordial. Su nueva estabilización daría lugar a la transición desde TVP a TVR.

P15 LA IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA CLÍNICA Y EL USO DE TÉCNICAS DE IMAGEN PARA DEFINIR LAS INFECCIONES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR.

Vigil-Escalera Díaz María, Álvarez Velasco Rut, Adeba García Antonio, Flórez Llano Pablo, Díaz-Chirón Sánchez Laura, Gutiérrez de la Varga Luis, Almendarez Lacayo Marcel, Rodríguez Suárez María Luisa, Morís de la Tassa Cesar, García Pérez María Laura
Hospital Universitario Central de Asturias

Introducción:

Se presenta el caso de una paciente que es trasladada a nuestro centro con sospecha de endocarditis infecciosa por hemocultivos positivos para S.aureus y dudosa imagen de alteraciones en el aparato subvalvular mitral. Para completar el estudio y resolver las dudas, se decidió solicitar un 18F-FDG PET/TC, cuyos resultado llevó a dar un pequeño giro en el diagnóstico definitivo.

Desarrollo:

Mujer de 86 años con aceptable estado biológico, hipertensa, dislipémica y con vasculopatía periférica, que presenta fiebre de tres semanas de evolución por lo que ingresa en un hospital comarcal donde se constata una bacteriemia por S. Aureus con probable foco en úlceras de miembros inferiores.

En ese hospital se realiza un ecocardiograma transtorácico (ETT) que se informa como normal, posteriormente se realizó un ecocardiograma transesofágico (ETE) donde se objetiva una insuficiencia mitral (IM) leve con dudosa imagen de rotura de cuerda tendinosa, motivo por el que se solicita su traslado.

La paciente no había presentado clínica de insuficiencia cardiaca en ningún momento y llegó a nuestro centro afebril y hemodinámicamente estable.

Se repite ETT y sólo se visualiza IM leve. Por persistir la posibilidad diagnóstica y por no tener una prueba de imagen claramente positiva, se decide solicitar un 18F-FDG PET/TC. En esta prueba resultado de hipermetabolismo mural y adyacente a la pared vascular del cayado de la aorta y salida del tronco braquiocefálico en relación con foco inflamatorio/infeccioso. Sin captación intracardiaca.

Ante el hallazgo endarteritis se decide solicitar un angio-TC para aclarar la anatomía aórtica. En éste se describe la presencia de un pseudoaneurisma dependiente de la pared anterior del tronco braquiocefálico derecho. Además hallazgo de variante anatómica bovina que consiste en la salida de la arteria carótida izquierda del tronco braquiocefálico derecho.

Ante estos hallazgos el caso se puso en conocimiento de Cirugía Vasculat, quienes planificaron la cirugía e intervinieron a los pocos días.

Conclusiones:

Los casos de endarteritis que habitualmente llegan a conocimiento del cardiólogo son secundarios a embolización séptica o bien bacteriemia desde una endocarditis. Puede ser que un aneurisma preexistente se infecte de forma secundaria o bien que una infección provoque una degeneración aneurismática de la pared arterial.

En este caso, aunque inicialmente existía una baja probabilidad de endocarditis, el diagnóstico final fue propulsado por una muy dudosa (y finalmente falsa) sospecha de rotura tendinosa. En este caso un falso positivo en ETE nos llevó a un diagnóstico no esperado de una patología muy grave pero cuyo diagnóstico suele ser casual.

P16 IAM SIN LESIONES CORONARIAS OBSTRUCTIVAS.

Vigil-Escalera Díaz María, Adeba García Antonio, Álvarez Velasco Rut, Martínez León Amaia, Flórez Llano Pablo, Flores Fuentes Alejandro Yussel, Capín Samp Pedro Esmeralda, Rozado Castaño José, Morís de la Tassa César, García Pérez Laura
Hospital Universitario Central de Asturias

INTRODUCCIÓN

Se presenta un caso que supuso un reto diagnóstico para su equipo asistencial y fue necesario recurrir al algoritmo diagnóstico del infarto de miocardio (IAM) sin lesiones coronarias obstructivas, conocido por sus siglas en inglés como MINOCA.

DESARROLLO DEL CASO

Se trata de un paciente de 63 años con factores de riesgo cardiovascular, conocido por Cardiología por angina microvascular de años de evolución y con antecedente de un episodio reciente de intento autolítico.

Consulta en Cardiología por nueva clínica de angina atípica y palpitaciones.

En las pruebas complementarias destacan cambios eléctricos sugestivos de necrosis anterolateral extensa pero con marcadores de daño miocárdico normales. Se realiza un ecocardiograma con evidencia de alteraciones segmentarias de la contractilidad en segmentos apicales y segmentos medios anterior y septal.

Se decide ingreso para estudio con el diagnóstico diferencial de takotsubo e IAM evolucionado y se solicita coronariografía.

En la coronariografía se ven irregularidades pero no lesiones obstructivas.

En este punto, consideramos como más probable el diagnóstico de takotsubo si bien este diagnóstico requiere evidencia de recuperación de la función ventricular. Además, los expertos recomiendan realizar una resonancia magnética (RM) para descartar isquemia o fibrosis.

Finalmente, la RM confirmó hallazgos compatibles con isquemia miocárdica. Esto cambia totalmente el pronóstico y el tratamiento.

CONCLUSIÓN

Del 1 al 13% de los infartos agudos de miocardio (IAM) ocurren en ausencia de lesiones

coronarias obstructivas. Esto nos lleva habitualmente a plantearnos cuál es el mecanismo del daño miocárdico en estos pacientes y si se benefician de los mismos tratamientos que aquellos con lesiones obstructivas.

En base a este caso se puede remarcar la importancia de considerar los distintos diagnósticos diferenciales en pacientes con signos de isquemia miocárdica pero con arterias coronarias sin lesiones obstructivas y esto está facilitado por el desarrollo del algoritmo diagnóstico de MINOCA.

Además, es reseñable la gran importancia en estos casos de la RM, pues los expertos coinciden en que muchos pacientes con aparente takotsubo realmente tienen daño de origen isquémico.

P17 CUANDO LAS SECUELAS PUEDEN SER FATALES.

Díaz-Chirón Sánchez Laura, Almendarez Lacayo Marcel, Gutiérrez De La Varga Luis, Adeba Antonio, Álvarez Ruth, Vigil-Escalera María, Alperi García Alberto, Silva Conde Iria, Lorca Rebeca, Flórez Llano Pablo, Martínez León Amaia, Flores Alejandro Yussel, Calvo Blanco Juan, Corros Vicente Cecilia, Moris De La Tassa Cesar
Hospital Universitario Central de Asturias

Varón de 14 años con antecedente de comunicación interauricular tipo ostium secundum cerrada percutáneamente hacía 10 años. Comienza con fiebre, mal estado general y odinofagia, motivo por el cual consulta en su Médico de atención primaria, que inicia tratamiento antibiótico por sospecha de amigdalitis estreptocócica. Tras 24h presenta exantema generalizado, fiebre, por lo que consulta en urgencias de nuestro hospital. En la exploración física destaca un paciente febril, taquicárdico, exantema generalizado, hiperemia conjuntival, enantema, y hepatoesplenomegalia. En la analítica: leucocitos con neutrofilia, proteína C reactiva y procalcitonina alta, alteración de pruebas de función hepática y tasa de coagulación ligeramente baja. Se decide ingreso, con la sospecha de cuadro infeccioso. Se realizan multitud de pruebas microbiológicas, siendo todas negativas. Se solicita un ecocardiograma transtorácico a los 4 días de ingreso, en el cual no se aprecia alteración en origen de las coronarias, que presentan a nivel proximal un diámetro para la coronaria derecha (CD) de 4mm y para el tronco común izquierdo (TCI) de 5mm, sin imágenes de aneurismas. Dispositivo Amplatzer sin paso de flujo a su través. Resto del estudio normal. Ante el cuadro clínico del paciente, y una vez descartado el cuadro infeccioso, se establece el diagnóstico de enfermedad de Kawasaki. Se inicia tratamiento con aspirina e inmunoglobulinas, con buena evolución siendo alta con control ecocardiográfico en 15 días. En ecocardiograma de control presenta arterias coronarias dilatadas, diámetro máximo de CD de 7 mm, sin imagen aneurismática y TCI con imagen de aneurisma en descendente anterior (DA) proximal. Se solicita tomografía computarizada (TC) que confirma arterias coronarias difusamente dilatadas con áreas aneurismáticas; siendo la mayor en TCI (figura 1) que alcanza 14x12mm; DA (figura 1) de calibre arrosariado, con varias áreas de dilatación y CD (figura 2), difusamente dilatada. Se administra nuevo ciclo de inmunoglobulinas y tratamiento anticoagulante. Actualmente está en seguimiento ambulatorio, si bien continua con las mismas lesiones.

La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis autolimitada, que afecta predominantemente a niños. Su diagnóstico se basa en un conjunto de criterios clínicos. Sus principales secuelas se relacionan con el sistema coronario, por tanto, la imagen cardiaca es una prueba muy importante, tanto durante la fase aguda, como en el seguimiento para descartar el desarrollo posterior de aneurismas coronarios. Así mismo, es fundamental un diagnóstico precoz, para iniciar el tratamiento (aspirina e inmunoglobulinas), e influir en el desarrollo de aneurismas coronarios, principalmente mediante el empleo precoz de inmunoglobulinas.

P18 INFARTO TRANSMURAL CON ARTERIAS CORONARIAS NORMALES. PAPEL DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN EL DIAGNÓSTICO

Gutiérrez de la Varga Luis, Almendárez Lacayo Marcel, Díaz-Chirón Sánchez Laura, Silva Conde Iria, Alperi García Alberto, Álvarez Velasco Rut, Adeba García Antonio, Vigil-Escalera Díaz María, Flórez Llano Pablo, Martínez León Amaia, Capín Sampedro Esmeralda, Rozado Castaño José, Rodríguez Suárez María Luisa, Avanzas Fernández Pablo, Morís de la Tassa César
Hospital Universitario Central de Asturias

Presentamos el caso de un paciente varón de 62 años, con los siguientes antecedentes:

FRCV: Hipertensión arterial. Ex-fumador desde hace más de 30 años.

No historia cardiológica conocida

Acude a Urgencias por cuadro de mareo mientras practicaba ciclismo, con posterior pérdida de conocimiento. Siguió realizando ejercicio físico comenzando acto seguido con dolor centrotorácico opresivo y cortejo vegetativo acompañante.

Se realiza ECG objetivando mínima elevación del ST en derivaciones anteriores, por lo que ante la persistencia de la clínica, se decide realización de coronariografía emergente objetivando arterias coronarias epicárdicas sin lesiones angiográficas significativas. En EcocardioTrastorácico realizado por guardia de Cardiología se objetiva función sistólica de VI conservada sin alteraciones de la contractilidad ni valvulopatías.

Ingresó en Cardiología donde evoluciona satisfactoriamente desde el punto de vista clínico con tratamiento médico. En analíticas seriadas se objetivó elevación de marcadores de daño miocárdico (TnT 1146 CPK 3100); por lo que ante la sospecha de infarto agudo de miocárdico con coronarias normales, se solicitó resonancia magnética cardíaca.

Se realizó posteriormente siendo informada como VI levemente dilatado y función sistólica conservada, pero con aquinesia de segmentos anteroseptales. Por otro lado, se apreciaba presencia de edema y realce tardío sugestivo de fibrosis en segmentos basales y medio de septo, sugestivos de isquemia.

Ante estos hallazgos en pruebas complementarias, se diagnosticó de SCACEST septal transmural con arterias coronarias normales; procediendo al alta domiciliaria con doble antiagregación y estatina a alta dosis.

En sucesivas revisiones en Cardiología el paciente se encuentra asintomático, con buena tolerancia al tratamiento y con la función de VI preservada en ETT de control.

En algunas series, se observan arterias coronarias normales hasta en el 25% de los pacientes con IAM; siendo una patología que puede alcanzar una mortalidad de hasta el 3-4% anual.

En función de la ventriculografía izquierda en el contexto clínico; se pueden atribuir varias causas tales como espasmo coronario, microembolismo, miocarditis, Takotsubo realizando varias pruebas diagnósticas: desde RMN hasta biopsia.

P19 CAMBIOS MORFOLÓGICOS Y FUNCIONALES A NIVEL VENTRICULAR IZQUIERDO TRAS LA REPARACIÓN MITRAL TRANSCATÉTER.

Alperi García Alberto, Pascual Calleja Isaac, León Argüero Víctor, Padrón Encalada Remigio, Silva Conde Iria, García Iglesias Daniel, Martínez Fernández Lidia, Junquera Vega Lucía, Díaz-Chirón Laura, Gutiérrez de la Varga Luis, Almendárez Lacayo Marcel, Díaz Méndez Rocío, De la Hera Galarza Jesús María, Avanzas Fernández Pablo, Morís de la Tassa César
Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivo: La reparación mitral transcatheter (RMT) utilizando el sistema Mitraclip® es una alternativa para pacientes con insuficiencia mitral (IM) severa y alto riesgo quirúrgico. Nuestro objetivo es describir el impacto de esta técnica sobre la morfología y función del ventrículo izquierdo (VI).

Métodos: Inclusión prospectiva de pacientes sometidos a RMT entre octubre-2015 y enero-2018. Se realizó ecocardiografía transtorácica (ETT) pre-procedimiento y a los 6 meses de seguimiento. Las dimensiones se muestran ajustadas por superficie corporal. La función de VI fue evaluada mediante Simpson biplano y strain sistólico pico longitudinal (SSPL) mediante speckle tracking. División en grupos con fracción de eyección de VI (FEVI) normal o levemente afecta (> 45%), moderadamente afecta (35%-45%) y severamente afecta (<35%). Prueba de Kolmogorov-Smirnov para análisis de la normalidad y t-student para datos apareados como comparación de medias.

Resultados: 28 pacientes incluidos. Edad media 74.8±7 años, 32.1% mujeres, 75% hipertensos, 28.6% con diabetes mellitus, 39.2% dislipémicos, 53.6% con cardiopatía isquémica, 61.2% con fibrilación auricular. La IM era de etiología funcional en el 78.6%. Clase NYHA III el 78.5% y NYHA IV el 21.5%. Presentaban FEVI normal-levemente afecta el 17.8%, moderadamente afecta el 39.3% y severamente afecta el 42.9% de los pacientes.

Se observó una reducción significativa en el diámetro telediastólico de VI (33.99 mm/m² vs 29.89 mm/m², p= 0.02) y en el volumen telediastólico (89.83 cc/m² vs 78.99 cc/m², p= 0.02) tras RMT. No se observó un cambio significativo en la FEVI (37.2% pre vs 37.6% post RMT, p=0.41), pero sí en el SSPL (-12.43 vs -14.01, p= 0.04).

Evaluado en subgrupos, los pacientes con FEVI normal o levemente afecta (-16.7 pre vs -21.2 post TMVR, p= 0.04) y aquellos con FEVI moderadamente afecta (-12.4 pre vs -15.5 post TMVR, p= 0.03) experimentaron mejoría en el SSPL, no así los pacientes con FEVI severamente afecta (-10.9 pre vs -10.7 post TMVR, p= 0.46).

En el seguimiento clínico a 6 meses, 7% en clase NYHA III y 93% en clase NYHA I-II.

Conclusiones: Se observa una disminución en las dimensiones del VI tras RMT. Se aprecia una mejoría en la función del VI en términos de SSPL, no así en FEVI evaluada por Simpson biplano. Los pacientes con FEVI severamente afecta pre-RMT no experimentaron dicha mejoría. Existe globalmente una mejoría clínica en el seguimiento tras RMT.

P20 ¿COMO DEBEMOS DE MEDIR EL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO IZQUIERDO? COMPARACION ENTRE METODOS DE MEDIDA BIDIMENSIONALES

Colunga Blanco Santiago (1), Silva Conde Iria (2), García Iglesias Daniel (2), Padrón Encalada Remigio (2), Rozado Castaño José (2), Junquera Vega Lucía (2), González Sánchez Teresa (1), Cigarrán Sexto Helena (2), Calvo Blanco Juan (2), De La Hera Galarza Jesús M. (2), Calvo Cuervo David (2)

(1) Hospital Universitario de Cabueñes, (2) Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivo: La medida del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) constituye la principal fuente de error en el cálculo del área valvular y la gradación de la severidad de la estenosis aórtica, especialmente cuando existen discrepancias entre los gradientes y el área valvular, con las implicaciones terapéuticas y pronósticas que esto conlleva para los pacientes. La ecocardiografía bidimensional (ETT2D) tiende a infraestimar el TSVI cuando se compara con los métodos de imagen tridimensional. Algunos estudios sugieren que cuando el TSVI se mide siguiendo las recomendaciones clásicas (5-10mm debajo del anillo aórtico, TSVI1) el grado de infraestimación podría ser más importante en comparación a cuando se realiza a nivel del anillo (TSVI2). El objetivo de nuestro estudio es comparar ambos métodos de medida entre si y respecto a la planimetría por TC.

Métodos: 51 pacientes con estenosis aórtica fueron analizados. Se realizó un AngioTC como parte del estudio en 41 de ellos. Se procedió a medir el TSVI por ETT2D de acuerdo a las guías y próximo al anillo y se estimó el área. Se calculó el TSVI teórico a la superficie corporal para todos los pacientes y el área por planimetría en el TC.

Resultados: El diámetro medio fue de 2cm para TSVI1(DE 0,18cm) y 2,15cm(DE 0,18cm) para TSVI2 con un área de 3,18cm²(DE 0,57cm²) y 3,67cm²(DE 0,62cm²) respectivamente. Se observaron diferencias estadísticamente significativas para diámetro(p=0,000) y área(p=0,000) entre ambos grupos. El TSVI teórico medio fue 2,22cm (DE 0,1). Se comparó la diferencia con respecto a ambas medidas con una diferencia media de 0,22cm para TSVI1 y 0,07cm para TSVI2 con diferencias estadísticamente significativas a favor de TSVI2(p=0,000). El área media del TSVI por planimetría fue de 4,56cm²(DE 0,97cm²) con diferencias estadísticamente significativas respecto a ambos métodos, pero con diferencias estadísticamente significativas menores (0,9 vs 1,4cm²) y una mejor correlación 0,817(IC 95% 0,691-0,913) vs 0,756(IC 95% 0,604-0,880) en comparación a TSVI2.

Conclusiones: A pesar de que la ecocardiografía bidimensional tiende a infraestimar el área del TSVI cuando se compara con otras técnicas de imagen multiplanar, la determinación del TSVI a nivel del anillo va a ofrecer medidas sistemáticamente mayores en comparación con las recomendaciones clásicas y una mejor correlación con el área obtenida por planimetría. Este método de medida podría contribuir a minimizar los errores diagnósticos y las discrepancias área-gradiente en el estudio de la estenosis aórtica y por tanto debería ser de elección en la práctica clínica habitual.

P21 INTERPRETACION DEL INTERVALO QT. COMPARACION ENTRE LAS DISTINTAS FORMULAS DE CORRECCION

Colunga Blanco Santiago (1), Calvo Cuervo David (2), García Iglesias Daniel (2), Rozado Castaño José (2), Junquera Vega Lucía (2), Padrón Encalada Remigio (2), López Iglesias Fernando (2), Avanzas Fernández Pablo (2), Pérez Diez Diego (2), Rubín López José Manuel (2), Morís De La Tassa Cesar (2)

(1) Hospital Universitario de Cabueñes, (2) Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivo: La evaluación del intervalo QT en el electrocardiograma va a presentar un valor crucial a la hora de identificar trastornos electrolíticos, toxicidad por fármacos, síndromes genéticos, etc. Numerosos estudios han demostrado que la duración de este intervalo guarda una estrecha relación con el riesgo de muerte súbita, sin embargo no existen unos valores fijos de normalidad ya que este intervalo va a ser dependiente de la frecuencia cardiaca y esta deberá ser tomada en cuenta en su evaluación. Múltiples ecuaciones han sido propuestas corrigiendo el intervalo QT (QTc) para una frecuencia teórica de 60lpm. El objetivo de nuestro estudio es comparar diferentes fórmulas de corrección entre si y ver cual se ajusta mejor a los valores de referencia.

Métodos: Se diseñó un modelo experimental en 28 pacientes que iban a ser sometidos a implante de válvula aórtica transcáteter. Se realizó un protocolo de estimulación en modo AAI entre 50 y 120lpm en intervalos de 10lpm. Se determinó el intervalo QT para cada frecuencia y se corrigió por las fórmulas de Bazzet, Frederichia, Framingham y Hodges. Se tomó como medida de referencia para la comparación el Intervalo QT obtenido a 60 lpm.

Resultados: El intervalo QT medio de referencia fue de 463mseg(DE 34,5mseg), el QTc fue de 500mseg(DE 44,7mseg) por Bazzet, 474mseg(DE 37,2mseg) por Frederichia, 466,2mseg(DE 34,15mseg) por Framingham y de 471,17mseg(DE 34,5mseg) por Hodges. Se observó una correlación moderada con respecto al QT basal para Bazzet (CCI 0,692;IC 95%:0,627-0,749) y alta para las restantes formulas: 0,837(IC 95%:0,800-0,871) para Frederichia, 0,838(IC 95%:0,798-0,874) para Framingham y 0,867(IC 95%:0,837-0,895) para la fórmula de Hodges.

Se analizó por frecuencias cardiacas. Se observó una mejor correlación para todas las formulas para <100lpm con una correlación alta para Bazzet y Frederichia(CCI 0,738(IC95%:0,671-0,974) y 0,888(IC95%:0,856-0,913) respectivamente) y muy alta para Framingham y Hodges (0,903 IC95%:0,874-0,927 y 0,922 IC95%:0,896-0,941 respectivamente). Cuando se analizó para FC³100 si bien la correlación es tan sólo moderada para todas las fórmulas, se observó que con respecto a la fórmula de Framingham no existen diferencias estadísticamente significativas cuando se comparaba con el QT medio ($p=0,087$)

Conclusiones: A pesar de que la fórmula de Bazzet es la más empleada en lo práctica clínica habitual está va a presentar una peor correlación en comparación a otras ecuaciones. Esta variabilidad es mayor para frecuencias más alta por lo que deberá tenerse en cuenta en estas circunstancias y plantear el uso de ecuaciones alternativas.

P22 CONDICIONA LA ESTRATEGIA INVASIVA EL PRONÓSTICO DE PACIENTES MUY ANCIANOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Santos Hernandez Sergio, Linares García Rubén, Alvarez Cristina, García Rubio Julio, Rondan Murillo Juan, Lozano Martínez-Luengas Iñigo, Samaniego Lampón Beatriz, Hernández Martín Ernesto, Vegas Valle Jose Miguel, Segovia Martínez-Salinas Eduardo
Hospital Universitario de Cabueñes

INTRODUCCIÓN

El progresivo envejecimiento de la población determina que los pacientes ingresados por síndrome coronario agudo (SCA) sean cada vez más ancianos. En esta población de riesgo se ha demostrado el beneficio de las terapias incluidas en las guías de práctica clínica. Sin embargo los ancianos están infrarrepresentados en los ensayos clínicos y en la práctica diaria una errónea percepción de su riesgo hace que no sean tratados con estas medidas, especialmente el empleo de la estrategia invasiva. El objetivo de nuestro trabajo es determinar si la realización de una coronariografía y posterior revascularización es segura e influye en el pronóstico de esta población.

MÉTODOS

En un estudio de cohortes se incluyeron 140 pacientes consecutivos mayores de 85 años ingresados por SCA en nuestro centro entre enero de 2012 y enero de 2013. Se analizaron factores de riesgo cardiovascular, variables clínicas, analíticas y angiográficas. Realizamos un análisis de supervivencia para la muerte de causa cardiovascular y un combinado de eventos que incluía ésta además del infarto no fatal y el ictus isquémico.

RESULTADOS

La edad media fue de 87,94 (SD 2,7) años, 45% mujeres. Mediana de seguimiento 26,4 (RI 36) meses con un tiempo máximo de 67 meses. No existen diferencias significativas en cuanto a factores de riesgo, sexo, edad, filtrado glomerular, elevación de marcadores de daño miocárdico o clase Killip entre el grupo de estrategia invasiva y el de manejo conservador. La revascularización previa fue superior aunque no de manera significativa en el grupo conservador (56,3% vs 43,8% p=0,079), que también presenta mayor porcentaje de pacientes con disfunción ventricular (38,2 vs 23,8%, p=0,05). La incidencia de sangrado y anemia fue similar en ambos grupos. En el análisis de supervivencia los pacientes manejados médicamente presenta una tasa de eventos cardiovasculares mayor (68.3% vs 47%, Log Rank Test 0.028). Imagen 1

CONCLUSIONES

La mortalidad cardiovascular de los pacientes muy ancianos con SCA es elevada. El empleo de una estrategia invasiva y revascularización posterior se asocia una menor mortalidad y a un menor número de eventos isquémicos.

P23 FACTORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES MUY ANCIANOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Santos Hernandez Sergio, García Rubio Julio, Linares García Ruben, Alvarez Cristina, Hernández Martín Ernesto, Samaniego Lampón Beatriz, Rondán Murillo Juan, Lozano Martínez-Luengas Iñigo, Vegas Valle José Miguel, Segovia Martínez-Salinas Eduardo
Hospital Universitario de Cabueñes

La edad media de los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) ha aumentado en los últimos años. Estos pacientes ancianos suelen excluirse en el cálculo de scores de riesgo. El objetivo de nuestro trabajo es determinar qué factores se asocian con un peor pronóstico en pacientes muy ancianos con SCA además de la edad.

MATERIAL Y METODOS

Estudiamos 140 pacientes con edad superior a 85 años ingresados de manera consecutiva por SCA en nuestro centro. Recogimos la muerte por causa cardiovascular y un combinado de eventos (muerte cardiovascular, infarto no fatal e ictus isquémico). Mediante regresión de Cox multivariante se obtuvieron los factores independientes relacionados con el pronóstico. Se incluyeron en el modelo todas las variables importantes desde el punto de vista teórico que en el análisis univariante tenían una significación $p < 0,2$.

RESULTADOS

La edad media fue de 87,9 (SD 1,77) años. Sexo femenino 45%, HTA 68%, diabetes mellitus 35%. Presentaban FA el 34%. El 11% de la muestra presentaba revascularización previa, enfermedad coronaria previa en 32% y ateromatosis a otros niveles en el 21%. Durante el seguimiento (mediana 26 meses) la mortalidad fue de 33% y hasta un 43% presentaron un evento (muerte, infarto no fatal o ictus). La tabla muestra los factores predictores asociados con el pronóstico CV y la figura la curva ROC de predicción del modelo a 1, 3 y 5 años.

CONCLUSIONES

Los pacientes muy ancianos con SCA presentan una tasa elevada de eventos cardiovasculares y una elevada mortalidad. La presencia de anemia severa ($Hb < 10$ gr/dL) al ingreso y la insuficiencia renal severa ($FG < 30$ mL/min/m²) son factores de riesgo independientes y la estrategia invasiva se ha demostrado como factor protector.

Variables	B	SE	Wald	Df	Sig.	Exp(B)	95% CI para Exp (B)	
							Inferior	Superior
Estrategia invasiva	-0.778	0.291	7.126	1	0.008	0.460	0.260	0.813
Insuficiencia renal severa (FG < 30 mL/min/m ²)	0.764	0.375	4.159	1	0.041	2.147	1.030	4.476
Anemia (Hb < 10 g/dL)	1.607	0.476	11.374	1	0.001	4.988	1.960	12.691

P24 PARADA CARDIACA POR INFARTO DE MIOCARDIO CON CORONARIOGRAFÍA NORMAL. PAPEL DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN LA TOMA DE DECISIONES.

López Iglesias Fernando (1), Martínez Fernández Lidia (1), Colunga Blanco Santiago (2), Corros Vicente Cecilia (3)

(1) Hospital San Agustín, (2) Hospital de Cabueñes, (3) Hospital Universitario Central de Asturias

Presentamos el caso de un varón de 50 años que recibimos en la unidad de hospitalización de cardiología tras un ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por una parada cardiorrespiratoria (PCR) extrahospitalaria.

En la atención de la PCR se constató un ritmo desfibrilable y se realizaron maniobras de reanimación durante 40 minutos que incluyeron 5 choques de desfibrilación.

Dentro de los estudios etiológicos iniciales, se realizó una coronariografía que mostró ausencia de estenosis o trombosis intracoronaria.

Presentó una buena evolución clínica y se trasladó a nuestra unidad para completar el estudio diagnóstico y decidir el tratamiento.

Pruebas complementarias:

- ECG: Sinusal con evolución hacia necrosis inferior: Onda Q en II, III y aVf con repolarización aplanada.
- Radiografía de tórax: normal.
- Marcadores cardiacos: TnI: 0.33 a 5.38 mcg/L
- Ecocardiograma transtorácico: Ventriculo izquierdo (VI) no dilatado ni hipertrófico. FEVI: 52% Acinesia de cara inferior y septo inferior basal. Patrón diastólico mala relajación. Ventriculo derecho (VD) con tamaño y función sistólica normal (TAPSE 20mm, onda S´12cm/s). Aurículas de tamaño normal. Sin alteraciones valvulares significativas ni derrame pericárdico.
- Resonancia Magnética (RM) cardiaca: VI levemente dilatado con función sistólica conservada. Adelgazamiento e hipocontractilidad en segmentos inferoseptal, inferior e inferolateral basal y medio con edema, hipoperfusión y realce tardío subendocárdico mayor de 50%. VD de tamaño y función normales.

Discusión y claves del caso:

Una vez superada la fase aguda de la PCR, la clave está en encontrar la causa de la misma. En este caso, la ausencia de lesiones coronarias puede hacer pensar inicialmente en la fibrilación ventricular (FV) primaria. Sin embargo las pruebas complementarias orientan a la posibilidad de un infarto agudo de miocardio (IAM). La observación de una zona acinética segmentaria en ecocardiograma prácticamente nos confirma el diagnóstico. Para decidir finalmente indicar o no un desfibrilador automático implantable (DAI), completamos el estudio con una RM que no sólo nos confirma el IAM sino que nos permite estimar un tiempo corto de evolución al objetivar la presencia de edema.

Concluimos por lo tanto que la PCR se produjo por una FV en el contexto de un IAM y por lo tanto no está indicada la implantación de DAI. El paciente es dado de alta en situación clínica estable y a tratamiento con doble antiagregación, betabloqueante y estatina.

En este contexto, la utilización de la RM fue clave en el diagnóstico de IAM y guió la estrategia terapéutica.

P25 MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA PERICARDITIS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Gil Sánchez Alicia, León Argüero Víctor, Alvarez Velasco Rut, Martínez León Amaia, Fidalgo Argüelles Ana, Corros Vicente Cecilia, Martínez González Javier, De la Hera Galarza Jesús María
Hospital Universitario Central de Asturias

La pericarditis aguda es la patología pericárdica más frecuente y representa el 5% de los dolores torácicos que acuden al Servicio de Urgencias.

Métodos:

Revisamos los pacientes dados de alta del Servicio de Urgencias (SU) o ingresados en Cardiología con el diagnóstico de pericarditis aguda entre el 1 de Julio de 2014 y el 31 de diciembre de 2017, con una media de seguimiento de $10.4 \pm 9,3$ meses.

Resultados:

Se diagnosticó de pericarditis aguda a 156 pacientes, en base a dolor torácico típico y cambios electrocardiográficos compatibles. 15 (10%) pacientes presentaban también frote pericárdico, 23 (14%) ingresaron en Cardiología.

Todos los pacientes fueron tratados con antiinflamatorios no esteroideos y 64 (41%) también con colchicina. 43 pacientes (27%) tuvieron síntomas recurrentes o persistentes pese al tratamiento. La colchicina se indicó con más frecuencia cuando el paciente fue valorado por un cardiólogo (63% vs 13%, $p < 0.01$). Las recurrencias fueron más frecuentes en pacientes que no recibieron colchicina (39% vs 15%, OR 4,00, $p < 0,02$). Sólo un paciente recibió corticoides. 8 pacientes (5%) presentaron derrame pericárdicos significativo, pero ninguno precisó pericardiocentesis. Ningún paciente falleció.

Conclusiones:

La pericarditis aguda es una entidad frecuente y benigna. El diagnóstico se basa en la clínica y los cambios electrocardiográficos. En nuestro centro el uso de colchicina se asocia a menores recurrencias, pero su uso es bajo pese a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica.

P26 ENDOCARDITIS INFECCIOSA Y ANEURISMA MICÓTICO. UN CASO DE DIFÍCIL MANEJO Y TRATAMIENTO.

Álvarez Velasco Rut, Vigil-Escalera Díaz María, Adeba Garcia Antonio, García Perez M^a Laura, Corros Vicente Cecilia, De la Hera Galarza Jesus María, Martínez León Amaia, Flórez Llano Pablo), Gutiérrez de la Varga Luis, Morís de la Tassa Cesar
Hospital Universitario Central de Asturias

Introducción:

Paciente con endocarditis infecciosa que durante el seguimiento desarrolla la presencia un aneurisma micótico. Se presenta el caso por lo difícil del manejo de ambas patologías, el tratamiento realizado sobre el aneurisma micótico y su repercusión sobre el manejo de la endocarditis infecciosa en este paciente.

Caso clínico.

Paciente de 34 años que presenta válvula aórtica bicúspide. Ingresa en Diciembre de 2017 por ACV isquémico, tras completar estudios es diagnosticado de ACV criptogénico. En Enero de 2018 ingresa por nuevo episodio de ACV isquémico, de perfil cardioembólico. Se repite estudio ecocardiográfico, donde se objetiva imágenes compatibles con endocarditis infecciosa sobre válvula nativa y hemocultivos positivos para *Streptococcus Gordonii*. Durante el seguimiento se realiza RM cerebral en la que se objetiva dilatación fusiforme de arteria cerebral media derecha, no presente previamente, compatible con aneurisma micótico. Se realiza angiografía cerebral que confirmar el diagnóstico de aneurisma.

En controles ecocardiográficos, el paciente presenta insuficiencia aórtica severa. Sin insuficiencia cardíaca, debido al alto riesgo quirúrgico por la presencia del aneurisma micótico, se decide no intervenir en este momento al paciente. Dado el riesgo de rotura del aneurismo micótico, se decide manejo activo y se realiza implante de stent sobre la arteria cerebral media. Tras colocar el stent se recomiendan tres meses de doble antiagregación. Dada la estabilidad clínica del paciente se decide alta y a los 3 meses se reevaluara el caso por para ver necesidad de recambio valvular aórtico

Conclusiones

Los aneurismas intracraneales infecciosos (AI) se presentan clínicamente en un 3-10% de las endocarditis. Representan de un 0.5-6.5% de los aneurismas intracraneales y el 65% se producen en pacientes con endocarditis infecciosa.

Se producen porque embolismos sépticos favorecen la infección de la pared arterial por los microorganismos. Favoreciendo la infiltración de la capa media y la adventicia por células polimorfonucleares, que degradan la pared y destruyen de la laminina. Se pierde la elasticidad

y las fuerzas pulsátiles hacen que se desarrollen aneurismas o pseudoaneurismas. La historia natural de los AII es impredecible, la mortalidad se estima 30-80%. La angiografía es el “gold standard”, aunque también se pueden observar mediante RM y TC.

El tratamiento es muy controvertido debido a la ausencia de ensayos randomizados. En aneurismas no rotos. El manejo conservador y vigilancia mediante repetición de estudios angiográficos cerebrales. Si el aneurisma aumenta habría que plantearse tratamiento invasivo, salvo pacientes de alto riesgo quirúrgico. El tratamiento puede ser cirugía abierta o tratamiento endovascular. En pacientes con endocarditis el riesgo de insuficiencia cardiaca perioperatoria u otras complicaciones, el tratamiento endovascular es una buena opción.

P27 COMUNICACIÓN INTERAURICULAR TIPO SENO VENOSO SUPERIOR CON DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO

Vigil-Escalera Carlota, Morales Carlota, Meana Blanca, Silva Jacobo
Hospital Universitario Central de Asturias

INTRODUCCIÓN

Las CIAs son responsables del 5-10% de todos los defectos cardíacos congénitos. En concreto la CIA tipo seno venoso tiene una baja incidencia, menor al 10% y es común que asocie otras malformaciones, la más común, el drenaje venoso pulmonar anómalo.

CASO CLÍNICO

Presentamos una mujer de 47 años con infecciones respiratorias de repetición y empeoramiento del grado funcional ante grandes esfuerzos, diagnosticada de CIA tipo seno venoso superior desde 1995.

El ecocardiograma transtorácico muestra una marcada dilatación de cavidades derechas con disfunción leve de ventrículo derecho e hipertensión pulmonar moderada. El TAC Cardíaco con sincronismo confirma la presencia de una CIASVS de 2,7 x 2,4 cm asociando drenaje venoso pulmonar anómalo parcial de vena pulmonar superior derecha a la vena cava superior y de la vena pulmonar media derecha a la zona de la CIA, con signos de sobrecarga de cavidades derechas que están severamente dilatadas e hipertensión pulmonar. La paciente se interviene de manera programada bajo circulación extracorpórea mediante la técnica de doble parche, corrigiéndose el defecto con parche de pericardio heterólogo y redirigiendo el drenaje venoso pulmonar anómalo a la aurícula izquierda. Y un segundo parche para ampliación de la desembocadura de la vena cava superior en la aurícula derecha.

RESULTADOS

El postoperatorio inmediato fue satisfactorio con mejoría inmediata de la sobrecarga de las cavidades derechas y sin complicaciones postquirúrgicas. Actualmente está asintomática, en grado funcional I/IV.

CONCLUSIÓN

El cierre temprano de la CIA con dilatación de cavidades derechas mejora el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes con esta entidad. El cortocircuito y el tamaño de la CIA serán determinantes para la clínica del paciente; en nuestro caso las infecciones respiratorias de repetición y la sobrecarga de cavidades derechas por el shunt izquierda-derecha.

P28 SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA LIMPIEZA QUIRÚRGICA EN PACIENTES CON INFECCIONES RELACIONADAS CON DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS CARDÍACOS IMPLANTABLES. EXPERIENCIA DE UN CENTRO.

García Iglesias Daniel, Pérez Díez Diego, Calvo Cuervo David, Gutiérrez de la Varga Luis, Flórez Llano Pablo, Silva Conde Iria, Díaz Chirón Laura, Alperi García Alberto, Morís de la Tassa César, Rubín López José Manuel

Unidad de Arritmias, Hospital Universitario Central de Asturias

Introducción: Las infecciones por Dispositivos Electrónicos Cardíacos Implantables (DECI) pueden aparecer en hasta 1.8 casos por 1000 implantes y año. Existen dudas sobre cuál es la mejor estrategia cuando existe una infección local del Bolsillo del Generador, sin signos de infección sistémica o endocarditis infecciosa (EI).

Objetivo: Revisar nuestra experiencia tratando de forma conservadora a estos pacientes, evaluando la seguridad y efectividad de la limpieza quirúrgica de la infección local del Bolsillo del Generador, sin la extracción completa del DECI.

Métodos: Se recogieron datos prospectivos de todos los pacientes sometidos a una limpieza quirúrgica por infección local del Bolsillo del Generador. En todos los pacientes se descartó infección sistémica o EI antes del procedimiento. Como eventos clínicos en el seguimiento se registró la incidencia de reintervenciones, necesidad de extracción del DECI y eventos clínicos adversos (mortalidad o desarrollo de EI).

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las características basales y un análisis de supervivencia para analizar la aparición de eventos clínicos.

Resultados: Los datos fueron recolectados en un total de 115 pacientes. La edad promedio fue de 69.84 (+/-4.95) años y el 77.39% eran hombres. El 77.1% de los casos sucedieron después de una primera implantación (el resto después de la sustitución del generador) y el 40% fueron Desfibriladores Automáticos Implantables.

Se realizó un seguimiento promedio de 41.19 meses. En 33 pacientes (39.28%) se requirió la extracción completa del dispositivo por fallo de la estrategia conservadora y en 15 pacientes (17.86%) se necesitó al menos una reintervención local. Ninguno caso presentó eventos clínicos adversos ni infección sistémica en el seguimiento.

Conclusiones: El manejo conservador de la infección local del Bolsillo del Generador mediante limpieza quirúrgica puede ser una estrategia segura a largo plazo. Esta estrategia permitió salvar más de la mitad de los dispositivos y evitar la extracción del DECI.

P29 IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE LA UNIDAD DE HEMODINAMICA Y DE LA UNIDAD CORONARIA EN EL TRATAMIENTO Y PRONOSTICO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST

Solís Marquínez Marta Nataya (1), Pérez Otero Marisa (2), Rondán Murillo Juan José (1), Vegas Valle Jose Miguel (1), Lozano Martínez-Luengas Íñigo (1), Samaniego lampón Beatriz (1), Alonso Fernández Vanesa (1), Segovia Martínez Eduardo (1)

(1) Hospital Cabueñes, (2) Hospital Universitario Central de Asturias

Introducción y Objetivo

La estrategia invasiva ha demostrado beneficio respecto al tratamiento conservador en el manejo del síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST). El objetivo del estudio es analizar las diferencias en el tratamiento y pronóstico a 5 años de los pacientes diagnosticados de SCASEST en el Hospital de Cabueñes, antes y después de la implantación de la Unidad Coronaria y de la Sala de Hemodinámica.

Métodos

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de SCASEST en el Hospital de Cabueñes entre marzo y diciembre del año 2009, 337 pacientes, y entre marzo y diciembre del año 2012, 289 pacientes. Se analizaron variables demográficas y de tratamiento, realizándose seguimiento a los 5 años.

Resultados

No hubo diferencias significativas entre ambos grupos, 2009 y 2012, en cuanto a las variables demográficas analizadas: Edad (70.8 ± 13.1 vs 68.9 ± 13.3), sexo (varones 66.8% vs 63%), hipertensión arterial (65.9% vs 70.6%), diabetes (30.3% vs 30.4%), dislipemia (44.8% vs 49.5%), tabaquismo (19.3% vs 21.1%), insuficiencia renal (8.9% vs 13.1%) ó infarto previo (26.4% vs 30.8%). Manejo terapéutico de los pacientes de 2009 frente a 2012: Tratamiento conservador 72.5% vs 51% ($p < 0.001$), estrategia invasiva percutánea 20.6% vs 43.1% ($p < 0.001$) y cirugía de revascularización 6.9% vs 5.9% ($p = ns$). Se realizó coronariografía a un 39.2% vs 65.7% de los pacientes ($p < 0.001$) y la espera hasta la realización del cateterismo pasó de una mediana de 36 días a sólo 3 días. La mortalidad intrahospitalaria fue similar en ambos grupos, 3.6% vs 3.9% ($p = ns$). En el seguimiento a 5 años no se objetivaron diferencias en mortalidad, 30.9% vs 27.3% ($p = ns$), pero sí que hubo una reducción en la tasa de reingresos, 39.9% vs 26.8% ($p = 0.001$), y en la necesidad de revascularización, 28.4% vs 10.8% ($p = 0.003$).

Conclusiones

La implantación de la Hemodinámica y la Unidad Coronaria en el Hospital de Cabueñes ha favorecido el aumento de la estrategia invasiva percutánea en el tratamiento del SCASEST. Se redujo la mediana de espera para realizar una coronariografía de 36 a 3 días. En el seguimiento a 5 años no hubo diferencias en mortalidad, con una reducción de reingresos del 32.8% y de la necesidad de revascularización del 62%.

P30 MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN EL AREA V DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (SESPA).

González Sánchez María Teresa, Samaniego Lampón Beatriz, Alonso Fernández Vanesa, García Rubio Julio César, Santos Hernández Sergio, Linares Hernández Rubén, Alvarez González Cristina, Rondán Murillo Juan, Segovia Martínez-Salinas Eduardo
Hospital Universitario de Cabueñes

Introducción La diabetes mellitus (DM) es un importante factor de riesgo cardiovascular (RCV) y los estados prediabéticos (preDM) aumentan el riesgo de DM y tienen también mayor RCV.

Objetivos: 1) Analizar la prevalencia DM y preDM al ingreso en los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) y el diagnóstico de nuevos casos en la hospitalización. 2) Registrar el tratamiento de los pacientes con DM y preDM y comprobar si se modifica al alta en función de los parámetros de control. 3) Valorar si hay diferencias entre DM y no DM, tanto en parámetros ecocardiográficos, angiográfico y de tratamiento, como en el pronóstico a corto y medio plazo.

Métodos Estudio observacional retrospectivo de 106 pacientes ingresados consecutivamente por SCA entre el 1 de abril de 2014 y el 31 de julio de 2014 en el servicio de cardiología. Se recogen: al ingreso antecedentes personales y tratamiento, durante el ingreso variables clínicas, analíticas, ecocardiográficas, angiográficas y tratamiento y en el seguimiento muerte, nuevo SCA o necesidad de nueva revascularización.

Análisis estadístico: IBM SPSS Statistics 20.0

Resultados. Alteraciones del metabolismo hidrorcarbonado: Al ingreso 38 pacientes DM tipo 2 (36%) y 7 preDM (6,6%). Durante el ingreso 4 diagnósticos de DM tipo 2 (3,8%) y 1 de preDM. Mal control de DM: HbA1c >7%, 20 pacientes (52,6%) y glucemia basal >130 mg/dl, 19 pacientes (50%). Al alta se modifica el tratamiento de 10 pacientes con DM (26,3%) y se pauta a los 4 nuevos diagnósticos.

Sin diferencias significativas entre DM y no DM en: puntuación GRACE, afectación coronaria multivaso (2 o más), utilización de stent farmacoactivo, parámetros de función sistólica, ni segundo antiagregante indicado al alta. Diferencias significativas en la disfunción diastólica (p=0,002).

Mortalidad intrahospitalaria 1% sin diferencias significativas entre DM y no DM.

Seguimiento medio 33 meses +/-8,5. Diferencias significativas entre DM y no DM en SCA (p=0,004) y suceso combinado (muerte o SCA) (p=0,001). De los pacientes DM con eventos en el seguimiento el 58,8% no tenían buen control metabólico.

Conclusiones: 1) Prevalencia de DM similar a la de otros registros hospitalarios de SCA. 2) 50% de los pacientes con DM del estudio tienen indicadores de mal control metabólico, pero solo en la mitad se modifica el tratamiento al alta. 4) Más eventos en el seguimiento en pacientes con DM, sobre todo en los de mal control metabólico. 5) Sería necesario mejorar el manejo de los pacientes diabéticos.

Limitaciones: Muestra de pequeño tamaño y seguimiento corto.

P31 RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL DE RUTINA EN EL ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO: ¿MERECE LA PENA O SOLO SON FOTOS BONITAS?

Samaniego Lampón Beatriz, González Sánchez M Teresa, Vega Hernández Berta, Alonso Fernández Vanesa, Rondán Murillo Juan José, Vegas Valle José Miguel, Lozano Martínez-Luengas Íñigo, García Rubio Julio César, Santos Hernández Sergio, Linares Hernández Rubén, Álvarez González Cristina, Rodríguez Redondo Luis B.
Hospital de Cabueñes

Objetivo: La reconstrucción 3-D del ecocardiograma transesofágico (ETE) obtiene imágenes atractivas, pero la inversión de tiempo es considerable. Analizamos en qué medida aporta información adicional de relevancia clínica en función del motivo del estudio, para facilitar la selección de casos en los que resulte rentable la adquisición multiplanar y el post-procesado.

Método: Estudio retrospectivo de los ETE realizados en nuestra Unidad de Imagen durante 1 año. Se recogieron los datos demográficos y el motivo de la petición. Dos ecocardiografistas entrenados revisaron las imágenes 2-D para establecer el diagnóstico y posteriormente las reconstrucciones 3-D para determinar si añaden información.

Resultados: Tras descartar 21 casos (16,4% de los ETE) sin reconstrucción 3-D, se analizaron 107 estudios. La edad media fue 64,3 años (SD=15,9), con un 63,6% de varones. Las imágenes 3-D aportaron información adicional en 57 pacientes (53,5%), en la tabla se desglosan en función del motivo del estudio. Comparamos los motivos del estudio en los que la imagen 3-D se mostró útil en más o menos del 50% de los casos, para realizar un test de Chi-cuadrado: la contribución de las imágenes 3-D mostró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$) entre los dos grupos.

Conclusiones: La reconstrucción 3-D en el ETE añade información relevante en más de la mitad de los casos, principalmente en los estudios por valvulopatía mitral y aórtica, prótesis valvular mitral, cardiopatías congénitas, masas cardíacas y medición de la aorta ascendente. En el resto de casos, no supone mejoras en el diagnóstico.

Motivo del estudio	Nº de casos (%)	Información adicional de la reconstrucción 3-D	
		NO	SÍ
Valvulopatía mitral	30 (28%)	7 (23%)	23 (77%)
Valvulopatía aórtica	9 (8.4%)	4 (44%)	5 (56%)
Prótesis valvular mitral	3 (2.8%)	1 (33%)	2 (67%)
Prótesis valvular aórtica	6 (5.6%)	4 (67%)	2 (33%)
Cardiopatías congénitas	16 (15 %)	5 (31%)	11 (69%)
Masas cardiacas	3 (2.8%)	0 (0%)	3 (100%)
Sospecha de endocarditis	25 (23.4%)	22 (88%)	3 (12%)
Pre-cardioversion/ablación	14 (13.1%)	14 (100%)	0 (0%)
Diámetros de aorta ascendente	1 (0.9%)	0 (0%)	1 (100%)

P32 UNA ENTIDAD POCO CONOCIDA: DISECCIÓN CIRCUNFERENCIAL

Díaz-Chirón Sánchez Laura, Gutiérrez De La Varga Luis, Almendarez Lacayo Marcel, Silva Conde Iria, Alperi García Alberto, Lorca Gutiérrez Rebeca, Flórez Llano Pablo, Flores Fuentes Alejandro Yussel, Martínez León Amaia, Adeba García Antonio, Alvarez Velasco Ruth, Vigil-Escalera Díaz María, Calvo Blanco Juan, Silva Jacobo, Moris De La Tassa Cesar
Hospital Universitario Central de Asturias

Varón de 45 años de edad, fumador y bebedor de forma habitual, sin historia cardiológica previa, que consulta en urgencias de un hospital terciario, por disnea de dos semanas de evolución, junto con ortopnea, disnea paroxística nocturna, edemas en miembros inferiores y aumento del perímetro abdominal. En la exploración física destaca un soplo sistólico con escape diastólico en foco aórtico, crepitantes bilaterales y edemas hasta raíz de muslos. En la analítica presenta un NTproBNP 7714. En la radiografía de tórax se observa cardiomegalia y redistribución vascular bilateral. Se realiza un ecocardiograma que muestra dilatación y disfunción severa biventricular, junto con una válvula aórtica bicúspide, con insuficiencia aórtica severa, dilatación de aorta ascendente de unos 6cm con pérdida de la unión sinotubular y una imagen móvil en su interior sugestiva de disección. Por dicho motivo se realiza una tomografía computerizada (TC) en el que describe imagen de flap intimal a nivel supracoronario compatible con rotura intimal limitada. Además, en la TC se observa tromboembolismo pulmonar subsegmentario en segmento lateral del lóbulo inferior derecho con infarto pulmonar. Ante estos hallazgos el paciente se traslada a nuestro centro, al disponer de cirugía cardíaca. Previa a la cirugía cardíaca se procede a implante de filtro de vena cava inferior. En la cirugía se observa disección localizada en la raíz aórtica con afectación de los ostium derecho e izquierdo sin progresión en aorta ascendente. Se realiza una sustitución valvular aórtica y aorta ascendente con tubo valvulado biológico con prótesis magna 25 y tubo recto 28 mm. con técnica de Bentall-bono. El paciente presenta un postoperatorio no complicado. Y en el ecocardiograma al alta muestra disfunción ventricular severa de ventrículo izquierdo, con disfunción moderada de ventrículo derecho y prótesis aórtica normofuncionante.

La disección circunferencial es un tipo raro de disección aórtica que se caracteriza por la ausencia de colgajo intimal; sino que lo que se produce es un desprendimiento circunferencial de la íntima, con una invaginación de la misma. Debido a la ausencia de colgado intimal es difícil de diagnosticar, sin el conocimiento de la entidad, por lo que es fundamental sospecharla. Los hallazgos de imagen básicos son una raíz aórtica dilatada, la presencia de un colgajo de la íntima en la raíz aórtica y el arco aórtico, la ausencia de un colgajo de la íntima en la aorta ascendente y la inversión del colgajo.

P33 USO DEL NTPROBNP EN LA EVALUACIÓN INICIAL DE LA DISNEA EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA.

Flórez Llano Pablo, Silva Conde Iria, Martínez León Amaia, Flores Fuertes Alejandro Yussel, Álvarez Velasco Rut, Vigil-Escalera Díaz María, Adeba García Antonio, Gutiérrez de la Varga Luis, Almendárez Lacayo Marcel, Díaz-Chirón Sánchez Laura, Barriales Álvarez Vicente, Corros Vicente Cecilia, Hevia Nava Jose Sergio, Martín Fernández María, Morías de la Tassa César
Hospital Universitario Central de Asturias

Introducción:

La disnea es uno de los motivos de consulta más frecuente en la consulta de Cardiología. El objetivo de este estudio pretende identificar el perfil de pacientes derivados por disnea, el lugar desde donde se remiten, y el tipo de pruebas realizadas previamente.

Material y métodos:

Estudio observacional prospectivo en fase de reclutamiento, incluyendo 100 pacientes consecutivos de cinco consultas de Cardiología desde el 01/10/2017 hasta el 28/02/2018.

Resultados:

La edad media fue de 73.3 ± 1.3 años, un 77% mujeres. Destaca una alta prevalencia de HTA (62%). El 20% eran diabéticos y el 45%, dislipémicos. El 29% tenían antecedente de tabaquismo. El 23% estaban diagnosticados de cardiopatía previamente (de ellos, el 31% con ETT previo y FEVI conservada en el 96.7%), presentando fibrilación auricular en el 13% de los casos, cardiopatía isquémica en el 34.7%, y cardiopatía hipertensiva en el 34.8%. El 17% estaban diagnosticados de neumopatía. El 51% estaban tratados previamente con IECAs, el 39% con diuréticos (en el contexto de HTA en el 90% de los casos), el 25% con betabloqueantes, y el 5% con broncodilatadores. Desde Atención Primaria (AP) fueron remitidos el 83.3% de los pacientes, y el 6.4%, desde Urgencias. El 47% de los pacientes presentaron un electrocardiograma basal patológico en la consulta de Cardiología. Del total de pacientes derivados a la consulta, el 47% presentaron un electrocardiograma basal patológico. Solo el 14% tenían un NTproBNP realizado previamente a la consulta en Cardiología (6.25% de los pacientes derivados desde AP y 44.4% de los derivados desde Urgencias), y solo el 13% una radiografía de tórax previa (6.25% de los pacientes derivados desde AP y 80% de los derivados desde Urgencias).

Conclusiones:

La mayoría de los pacientes derivados por disnea (especialmente desde AP) no tienen realizado un NTproBNP previamente a la consulta de Cardiología, siendo una de las recomendaciones actuales en la evaluación inicial de estos pacientes. Sería necesario investigar la utilidad de

protocolos conjuntos con AP y Urgencias, principales peticionarios de consultas ambulatorias a Cardiología, para incrementar el uso de NTproBNP en el despistaje inicial de la disnea, lo que podría orientar mejor la derivación a una consulta especializada.

P34 INTERCONSULTAS DE URGENCIAS A CARDIOLOGÍA: ¿CUÁNTAS SON Y POR QUÉ?

Gil Sánchez Alicia, León Argüero Víctor, Lorca Gutiérrez Rebeca, Martínez León Amaia, Fidalgo Argüelles Ana, Corros Vicente Cecilia, Martínez González Javier, De la Hera Galarza Jesús María, Morís de la Tassa César

Hospital Universitario Central de Asturias

Introducción: Las interconsultas solicitadas al Servicio de Cardiología desde el Servicio de Urgencias representan un volumen de trabajo muy importante, pocas veces cuantificado, y que soportan en su mayor parte los residentes de cardiología.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de las interconsultas solicitadas desde el 16 de Junio de 2014 al 28 de Febrero de 2018.

Resultados: Se solicitaron 8.371 interconsultas, lo que representa un 58% del total de consultas realizadas a cardiología desde todo el hospital. La tendencia es estable, con 2113 en 2015, 2368 (10% más) en 2016 y 2246 (5% menos) en 2017, pese al progresivo aumento de visitas al Servicio de Urgencias (96578 en 2014, 110266 en 2017, un 14% más).

Ingresaron el 65% de los pacientes que precisaron valoración cardiológica (83% en Cardiología, 1,5% en Medicina Intensiva y 15,5% en otros servicios del hospital). Los motivos de petición fueron angina/dolor torácico (39%), insuficiencia cardiaca (26%), síncope (7%), IAMCEST (6%) y bloqueos/bradiarritmias (6%). El resto se distribuía entre complicaciones de dispositivos, patología pericárdica y otras arritmias.

Conclusiones: Las interconsultas del Servicio de Urgencias suponen una importante carga de trabajo, siendo la insuficiencia cardiaca y la valoración del dolor torácico los principales motivos de consulta. La mejora en la formación y comunicación entre los dos servicios y la creación de protocolos conjuntos podría reducir este volumen de consultas. Cabe destacar que el aumento progresivo de la asistencia al Servicio de Urgencias no se ha trasladado al número de consultas solicitadas.

P35 UTILIDAD DEL PET-TAC EN EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN NUESTRO MEDIO.

Linares Hernández Rubén, Alonso Fernández Vanesa, García Rubio Julio, Santos Hernández Sergio, Álvarez González Cristina, Vega Hernández Berta, Samaniego Lampón Beatriz, Vigil-Escalera González Pedro, Colunga Blanco Santiago, González Sánchez María Teresa, Rodríguez Redondo Luis Bernardino, Segovia Martínez-Salinas Eduardo
Hospital Universitario de Cabueñes

Objetivo: Definir el papel del PET-TAC como técnica de imagen para diagnóstico definitivo de endocarditis en los casos en los que el estudio inicial con otras técnicas de imagen no resulta concluyente.

Métodos: Análisis retrospectivo de los casos con diagnóstico probable y definitivo de Endocarditis infecciosa según la guía de la Sociedad Europea de Cardiología, entre el 1/01/2017 y el 30/03/2018.

Resultados: Se identifican **30 casos** con diagnóstico probable de endocarditis infecciosa en dicho periodo de tiempo. El ecocardiograma transtorácico se realizó como primera técnica de imagen cardíaca ante diagnóstico de sospecha de Endocarditis por criterios clínicos y microbiológicos en todos los pacientes y fue seguido de Ecocardiograma transesofágico (ETE) cuando este no era concluyente o bien cuando resultaba positivo para confirmación del grado de disfunción valvular y estudio de posible complicación local.

Con dicha secuencia el diagnóstico definitivo de endocarditis se realizó en 13 casos (43% del total de los casos con diagnóstico probable). 6 de ellos sobre prótesis biológica aórtica, 2 sobre prótesis biológica mitral, 3 sobre válvula nativa aórtica, 3 sobre válvula nativa mitral y uno sobre Electrodo de Desfibrilador. En 9 casos (30% del total) no portadores de prótesis valvulares ni de dispositivos de estimulación, no se evidenció imagen compatible con criterio de endocarditis y no se realizaron más estudios. En este subgrupo el seguimiento clínico descartó definitivamente el diagnóstico de endocarditis

1 caso con estudios de imagen negativos precisó cirugía emergente por disfunción valvular aguda severa (3% del total de diagnóstico probable) y se confirmó el diagnóstico tras la intervención quirúrgica.

Los 7 casos restantes, eran pacientes portadores de prótesis valvulares o dispositivos de estimulación implantados hacía más de 3 meses y se optó por realizar estudio de imagen mediante PET-TAC antes de repetir el ETE. En todos se confirmó el diagnóstico de Endocarditis (23% del total de los probables) por captación patológica en el PET-TAC; 1 sobre prótesis biológica aórtica y marcapasos, 1 sobre válvula nativa mitral en portador de prótesis biológica aórtica, 2 sobre prótesis biológicas aórticas y 1 sobre electrodo de desfibrilador.

6 pacientes de los 21 casos con diagnóstico definitivo de endocarditis fueron éxitos. Todos ellos con diagnóstico definitivo por Ecocardiograma transtorácico o ETE como criterio de imagen.

Conclusiones: El ecocardiograma transesofágico (ETE) continúa siendo la técnica de imagen más rentable para realizar el diagnóstico definitivo de Endocarditis.

En los pacientes portadores de prótesis valvulares o dispositivos de estimulación con diagnóstico probable de endocarditis, el PET TAC permite realizar el diagnóstico definitivo de una forma precoz.

P36 ¿CUÁNTO NOS FALTA POR CONOCER SOBRE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA?

Adeba García Antonio, García Pérez María Laura, Silva Conde Iria, Álvarez Velasco Rut, Vigil-Escalera Díaz María, Martínez León Amaia, Soto Ruíz María Isabel, García Ruíz José Manuel, Calvo Blanco Juan, Moris de la Tassa César
Hospital Universitario Central de Asturias

Introducción y Objetivos:

La Miocardiopatía Hipertrófica (MCH) es una patología miocárdica que se relaciona con alteraciones genéticas conocidas hasta en un 40-70% de los casos. Presentamos el caso de un varón con estudios genéticos negativos que es diagnosticado de MCH.

Métodos:

Varón de 50 años que ingresa como código infarto agudo de miocardio (IAM). Como antecedentes exfumador desde hace 8 años, glucemia basal alterada en ayunas y dislipemia ambas a tratamiento higiénico dietético. Estudiado hasta 1999 por Cardiología a raíz de un soplo, habiendo sido dado de alta sin posterior reevaluación al no encontrar hallazgos significativos. Como antecedentes familiares su madre se encuentra a seguimiento en Cardiología por MCH con estudios genéticos negativos e insuficiencia mitral (IM) moderada severa.

El paciente refiere haber comenzado el día del ingreso con dolor torácico opresivo en hemitórax derecho, por el que consulta en su Centro de Salud donde realizan ECG en el que objetivan elevación del ST de V1 a V4 por lo que activan código corazón y remiten al centro de referencia. A la exploración llama la atención un soplo sistólico mitral de intensidad II/VI que no se modifica con las maniobras de Valsalva.

Se realiza Cateterismo emergente en el que no se objetivan lesiones angiográficamente significativas por lo que ingresa en la Unidad Coronaria (UCCA) para vigilancia.

Resultados:

Ante la ausencia de lesiones coronarias se realiza ecocardiografía (ETT) en la que se objetiva un ventrículo izquierdo (VI) con hipertrofia concéntrica severa de predominio basal y medio septal con función ventricular (FEVI) conservada. Asimismo, movimiento sistólico anterior (SAM) con aceleración de flujo a nivel del Tracto de Salida del VI (TSVI).

El paciente no presenta nuevos episodios durante su ingreso por lo que, ante los hallazgos exploratorios y ecocardiográficos, se decide realizar una resonancia magnética cardiaca (RMN) ambulatoria que confirma el diagnóstico de MCH asimétrica septal y se objetiva realce tardío intramiocárdico anteroseptal basal compatible con fibrosis.

Conclusiones:

La MCH es una patología de base fundamentalmente genética aunque se desconoce su etiología hasta en un 30 % de los casos. El uso de paneles genéticos actualizados y la búsqueda activa de nuevas alteraciones genéticas juega un papel básico en esta entidad. Con este caso queremos destacar la importancia tanto de la RMN cardiaca como la necesidad de reevaluar las alteraciones genéticas en los pacientes con datos ecocardiográficos compatibles con MCH.

P37 INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO NO ATEROSCLERÓTICO; NO SIEMPRE SON PLACAS ROTAS
Díaz-Chirón Sánchez Laura, Almendarez Lacayo Marcel, Gutiérrez De La Varga Luis, Adeba García Antonio, Alvarez Velasco Ruth, Vigil-Escalera Díaz María, Alperi García Alberto, Lorca Rebeca, Silva Conde Iria, Martínez León Amaia, Flórez Llano Pablo, Flores Fuentes Alejandro Yussel, Soto Ruiz María Isabel, Cubero Héctor, Moris De La Tassa Cesar
Hospital Universitario Central de Asturias

Mujer de 41 años, sin factores de riesgo cardiovascular, así como antecedentes de interés, salvo tratamiento con anticonceptivos orales, que consulta en su Centro de Salud por dolor torácico retroesternal, opresivo sin irradiación y con cortejo vegetativo asociado, que comenzó hacía 15 minutos, mientras realizaba ejercicio físico en el gimnasio. A su llegada se realiza electrocardiograma en el que se observa ritmo sinusal con lesión subepicárdica posteroinferior. Ante estos hallazgos se activa código corazón y se deriva para realización de coronariografía emergente. En la coronariografía se observan arterias coronarias permeables y sin lesiones significativas, así como disección espontánea de 2ª obtusa marginal. Ante los hallazgos y al estar la arteria permeable se decide tratamiento médico. La paciente pasa a la unidad coronaria donde se realiza ecocardiograma, que muestra función ventricular izquierda conservada con leve hipocinesia de los segmentos medios de pared posterior y lateral; cavidades derechas normales y sin valvulopatías significativas. En la analítica presenta elevación de marcadores de daño miocárdico hasta 1462 ng/l de troponina T y 727 U/L de creatin cinasa, sin otras alteraciones. La paciente evoluciona favorablemente siendo alta domiciliaria con revisión en consultas externas y pendiente de ecocardiografía de arterias renales.

La disección coronaria espontánea se distingue como una etiología del infarto de miocardio. Es causado por la falta del flujo sanguíneo del miocardio debido a la oclusión parcial o completa de la arteria coronaria a partir de una rotura y / o hematoma de la pared del vaso. Afecta sobre todo a mujeres jóvenes, siendo la etiología más frecuente asociada al embarazo. Se asocia a ejercicio físico intenso o estrés emocional y a arteriopatía vascular extracoronaria (dilatación, displasia fibromuscular, disección...). Se manifiesta con síntomas y signos de síndrome coronario agudo, estableciéndose el diagnóstico mediante coronariografía, aunque en ocasiones se puede precisar de técnicas de imagen intracoronaria. El tratamiento médico conservador es la terapia inicial, debido a la alta tasa de curación espontánea de las disecciones y los excelentes resultados clínicos a largo plazo, además de que la fragilidad de las paredes arteriales con arteriopatía subyacente hace que sean vulnerables a la disección iatrogénica durante el procedimiento de angioplastia. Así mismo se recomienda el tratamiento con antiagregación simple, reservándose las estatinas si existe enfermedad coronaria o dislipemia asociadas, y betabloqueantes e IECAs en caso de disfunción ventricular.

P38 ESTRATEGIA DE REVASCULARIZACIÓN DE TRONCO CORONARIO IZQUIERDO: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

Martínez León Amaia, García Iglesias Daniel, Adeba García Antonio, Vigil-Escalera López Carlota, Flórez LLano Pablo, Flores Fuentes Alejandro Yussel, Vigil-Escalera Díaz María, Álvarez Velasco Rut, Gutiérrez de la Varga Luis, Almendárez Lacayo Marcel Gabriel, Díaz-Chirón Sánchez Laura, Avanzas Fernández Pablo, Suárez Cuervo Alfonso, García Pérez Laura, Morís de la Tassa César Hospital Universitario Central de Asturias

La revascularización quirúrgica (CABG) se ha considerado durante años el tratamiento estándar para la enfermedad de tronco coronario izquierdo (TCI). La evidencia reciente indica que la revascularización percutánea (ACTP) podría proporcionar resultados equivalentes en pacientes con SYNTAX intermedio-bajo. Realizamos este estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico para analizar los factores que influyen en la elección de la estrategia de revascularización de TCI además del SYNTAX.

Se recogen los datos clínicos, demográficos y eventos durante el seguimiento de todos los pacientes sometidos a CABG o ACTP por enfermedad de TCI en nuestro centro entre Julio 2015 y Julio 2016. Se comparan ambas poblaciones usando el test de X^2 para variables categóricas, la prueba t para variables continuas y análisis de supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier.

En total se obtienen datos de 158 pacientes con una media de seguimiento de 15.98 meses (± 0.28) y una media de edad de 70.68 años (± 9.78) siendo el 79.5% varones. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la edad y el sexo, siendo la edad de los pacientes sometidos a ACTP ligeramente superior a los sometidos a CABG ($71,68 \pm 1,28$ frente a $69,82 \pm 0,93$ años, $p=0,236$). El 53.8% se revascularizó mediante CABG. El factor de riesgo cardiovascular (FRCV) más prevalente fue la hipertensión arterial (73.42% del total), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de FRCV entre ambas poblaciones. La estancia hospitalaria media fue mayor en el grupo CABG sin ser la diferencia estadísticamente significativa (10.05 vs 29.45 días, $p=0.185$). La revascularización emergente fue más frecuente en el grupo de tratamiento percutáneo de forma significativa (23.29% frente a 3.53%, $p=0.0001$). La revascularización tras síndrome coronario agudo de alto riesgo se realizó en el 65.75% del grupo ACTP y en el 28.24% del CABG siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p<0.001$). La frecuencia de insuficiencia mitral (IM) fue mayor en el grupo ACTP de forma significativa (27.40% vs 14.12%, $p=0.038$). La supervivencia media libre de eventos fue del 75.4% (IC95%: 63.5-89.6) en el grupo CABG y del 56.8% (IC95%: 45.2-71.2) en el grupo ACTP.

En nuestro centro, la revascularización percutánea se realizó sobre todo en pacientes en situación emergente, con mayor frecuencia de IM, traduciéndose en menor supervivencia libre de eventos. La edad de los pacientes sometidos a ACTP fue ligeramente superior sin suponer una diferencia estadísticamente significativa.

P39 COMPLICACIONES DE UN IAM EN PACIENTE JOVEN

Capín Sampedro Esmeralda, Suárez Cuervo Alfonso, Díaz Molina Beatriz, Lambert Rodríguez José Luis, Velasco Alonso Ruth, Adeba García Antonio, Vigil Escalera María, Iglesias Cubero Gustavo, Moris de La Tassa Cesar
Hospital Universitario Central de Asturias

INTRODUCCIÓN: Los factores determinantes del pronóstico a corto plazo del IAM son los relacionados con la aparición de shock cardiogénico y arritmias ventriculares, principalmente el tamaño del infarto y los asociados con una mayor incidencia de rotura cardiaca.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 46 años con varios FRCV: hipertenso, DL y fumador, obesidad central, acude por dolor torácico típico de 8 horas de evolución, en ECG se evidencia SCACEST anteroseptal extenso, por lo que se realiza coronariografía que muestra obstrucción del 100% DA ostial y CX media del 90%. ACTP en DA media, sin mejoría hemodinámica, precisa apoyo con BCPIAo y dosis altas de aminos. En ETT se aprecia disfunción severa de VI. Ante situación de shock cardiogénico, se coloca asistencia biventricular y traslado a UCI. El sexto día se incluye en lista de espera de trasplante cardiaco con alerta 0, debido a deterioro neurológico se realiza ECO doppler transcraneal sin datos de hipoperfusión cerebral, pero sin posibilidad de realizar TC craneal por lo que se ajusta dosis de ACO. Dos días más tarde fallece por fallo multiorgánico, solicitando necropsia.

RESULTADOS: Los hallazgos micro y macroscópicos en el estudio realizado ponen de manifiesto los siguientes diagnósticos: EAP con tromboembolismo de pequeño vaso, infarto renal bilateral, infarto esplénico, gastritis hemorrágica y presencia de trombos adheridos a nivel de aurícula derecha, penetrando uno de ellos en la cánula de la asistencia. Los hallazgos analíticos y la clínica eran compatibles con isquemia mesentérica, primera sospecha clínica que no se confirmó en la autopsia. Sin embargo: ¿fue correcto el ajuste de heparina realizado sin una evidencia establecida de sangrado craneal hemorrágico?

CONCLUSIÓN: Diversos estudios ponen de manifiesto que la tasa de complicaciones con dispositivos de asistencia ventricular es mayor que la esperada y se asocia con un aumento de morbilidad y mortalidad. La elevación de LDH puede hacer sospechar trombosis del dispositivo.

P40 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PCR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Capín Sampedro Esmeralda, García Pérez María Laura, Fernández García Laura, Alperi García Alberto, Silva Conde Iria, Martínez León Amaia, Rozado Castaño José, Martínez Fernández Lidia, Velasco Alonso Elena, Moris De La Tassa Moris
Hospital Universitario Central de Asturias

OBJETIVO

Conocer las características y evolución de los pacientes diagnosticados de parada cardio-respiratoria (PCR) en nuestro medio.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo, observacional y de un sólo centro que incluyó a todos los pacientes diagnosticados de PCR (al ingreso en el hospital y/o en las UCI) entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2016. Se analizaron los datos clínicos (edad y sexo, FRCV, cardiopatía previa), epidemiológicos (tipo de PCR, lugar, temporalidad, ritmo inicial, forma debút, etiología), la realización de coronariografía, las complicaciones durante el ingreso hospitalario, la mortalidad hospitalaria y a 5 años de seguimiento, la necesidad de DAI. Se excluyeron casos con PCR no real y pediátrica. Se realizó un análisis estadístico comparativo entre tiempo de parada y la evolución neurológica.

RESULTADOS

De un total de 712 casos, 598 (83,9%) corresponden a PCR real. En el 72,9 % de los casos la etiología fue cardiológica ($p < 0,012$), 81 % extrahospitalaria (domicilio y lugar público) y 19 % intrahospitalaria. Mayor predominio en varones 72,6 %. Edad entre 19 y 90 años, media de 61 años. Mujeres 7 años mayores que varones ($p < 0,057$). FRCV: tabaco 44%, alcohol 16%, 62% HTA, diabetes conocida 24% y dislipemia 31%. Se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo, varones más fumadores y bebedores, menos HTA. El 55,2 % antecedentes de cardiopatía previa (Coronarios 28,3%, valvular 12%, 6% miocardiopatía dilatada, 5% hipertrófica, congénitas 1,2%). Ritmo inicial fibrilación ventricular en 85,6 % de los casos, 20% asistolia. Cateterismo en el 91 % de los casos: 58% lesiones coronarias. El tiempo de parada y la atención corrió a cargo de personal entrenado en el 90 % de los casos, con tiempo mayor en PCR domiciliarias respecto a lugares públicos o intrahospitalarias, tiempo medio de reanimación 16,3 minutos. La supervivencia fue significativamente superior (63% vs 39% $p=0,048$) en pacientes con tiempo inicio de reanimación < 10 minutos. Pronóstico malo: supervivencia en el ingreso del 54 %, recuperación total 18%. En la evolución 32% vida independiente, grandes dependientes 58 % de los mismos. La estancia media en caso de éxito fue de 5 días, tasa de supervivencia < 48 horas en el 47%. 15% de los supervivientes se decidió implantación de DAI.

CONCLUSIONES

La PCR tiene mal pronóstico a corto y medio plazo. Ocurren fundamentalmente en pacientes con cardiopatía previa y nos indica que es necesario implementar la educación del público en general.

P41 RECIEN NACIDO A TÉRMINO CON CARDIOPATÍA COMPLEJA

Capín Sampedro Esmeralda, Martín Fernández María, Rodríguez Suárez María Luisa, Gutiérrez de La Varga Luis, Álvarez Velasco Ruth, Flórez Llano Pablo, Vigil Escalera María, Adeba García Antonio, De La Hera Galarza Jesús María, Moris De La Tassa Cesar
Hospital Universitario Central de Asturias

INTRODUCCIÓN: Las causas de la insuficiencia cardíaca en la edad pediátrica difieren sustancialmente de las encontradas en la población adulta. En los niños, la causa más frecuente es una cardiopatía congénita.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Lactante de 18 días de vida derivado desde otro centro con diagnóstico de cardiopatía compleja para valoración y posible tratamiento quirúrgico, con síntomas de insuficiencia cardíaca. Antecedentes personales: Recién nacido a término con estudio prenatal de cardiopatía compleja. Ingresa en Cuidados Intensivos precisando soporte inotrópico y respiratorio. Ecocardiograma transtorácico con diagnóstico de ventrículo derecho de doble salida, con vasos lado a lado. CIV por mala alineación del septo conal y CIA ostium secundum restrictiva. Yuxtaposición de orejuelas. Arco aórtico izquierdo con hipoplasia del arco transversal, con gradiente de 20 mmHg y leve prolongación diastólica. Se interviene de forma programada con realización de anastomosis aórtica termino-lateral entre aorta descendente y ascendente (Avance aórtico). Ligadura y sección del ligamento ductal. Banding de la arteria pulmonar. Postoperatorio sin incidencias mayores.

CONCLUSIONES: La primera manifestación de muchas cardiopatías complejas suele ser la aparición de síntomas de insuficiencia cardíaca, que en edad pediátrica suelen ser larvados y se superponen con los objetivados en otras patologías. El diagnóstico prenatal de cardiopatía congénita compleja obliga a derivar a los pacientes antes del nacimiento a un centro terciario, lo que ha demostrado aumentar la supervivencia en ciertos tipos de cardiopatía que requieren un tratamiento precoz y evita la instauración de un cuadro de insuficiencia cardíaca severa.