

P11. COMPARACIÓN DE MODELOS DE RIESGO PARA EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES NO CONOCIDA EN PACIENTES CORONARIOS. UTILIDAD DE UN ALGORITMO DIAGNÓSTICO

J.M. Vegas Valle¹, E. Delgado Álvarez², E. Martín Hernández¹, J.M. García Ruiz¹, J. Rondán Murillo¹, Í. Lozano Martínez-Luengas¹ y J.M. de la Hera Galarza²

¹Hospital Universitario de Cabueñes. ²Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: La diabetes en una patología cada vez más frecuente. En pacientes con enfermedad cardiovascular se asocia a un peor pronóstico y a una mayor comorbilidad. Su diagnóstico precoz posibilita el inicio de medidas de prevención secundaria que han demostrado reducir el riesgo de eventos isquémicos. Aunque es conocido que la sobrecarga oral de glucosa (SOG) es el mejor método de screening, ésta no es muy usada en la práctica clínica. Nuestro objetivo es establecer un score de riesgo y un algoritmo que permitan optimizar el uso de esta SOG para el diagnóstico de diabetes no conocida en pacientes con enfermedad coronaria.

Métodos: Realizamos SOG a todos los pacientes no diabéticos sometidos a intervencionismo coronario durante el periodo de reclutamiento. Mediante estadística clásica y técnicas de inteligencia artificial establecimos modelos/scores de riesgo para la prevalencia de DM. Comprobamos su precisión diagnóstica y su calibración.

Resultados: La prevalencia de DM no conocida fue de 22,7% (IC95% 18,63-27,54). En los modelos predictores de riesgo las variables relacionadas con el metabolismo glucídico como la hemoglobina glicosilada o la glucemia basal (OR 4,743 (IC95% 2,376-9,47) $p > 0,001$ fueron las de mayor peso estadístico. En la tabla se evidencian las variables predictoras según los modelos. El score de prevalencia por regresión logística presenta un área bajo la curva (AUC) de 0,801 (IC95% 0,738-0,864), $p < 0,001$ frente a AUC 0,840 (IC95% 0,789-0,91), $p < 0,001$ conseguido con Random Forest. Ambos modelos presentan una sensibilidad superior al 85% y un valor predictivo negativo del 95%. La calibración fue excelente sin encontrar diferencias entre la prevalencia de DM predicha y la real observada [diferencia de

probabilidades 0,043 (DE 2,33), t-Student 0,252 $p < 0,802$]. Utilizando los modelos más precisos podemos establecer un algoritmo diagnóstico (fig.) con una elevada capacidad de discriminación [sensibilidad 91%, especificidad 58%, VPN 96% y VPP 39%. AUC = 0,854 (IC95% 0,804-0,904), $p < 0,001$].

| Selección de predictores por regresión logística | Variables importantes según inteligencia artificial |
|--|---|
| Edad > 65 años | Edad (años) |
| Glucemia basal ≥ 100 mg/dL | Glucemia basal (mg/dL) |
| Enfermedad vascular | Enfermedad vascular |
| HbA1c > 5,5 | HbA1c (%) |
| Disfunción ventricular | Filtrado glomerular (mL/min/ |
| | LDL colesterol (mg/dL) |

Factores predictores en los modelos de regresión logística y machine learning para la prevalencia de DM oculta.

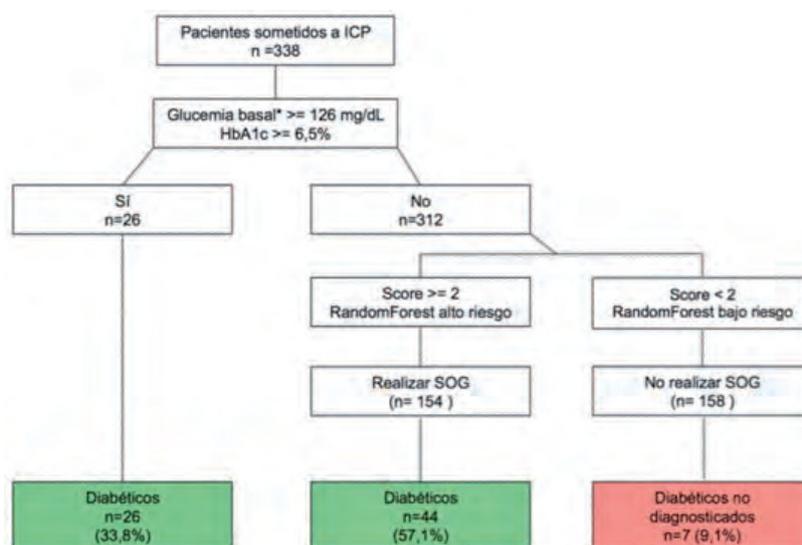
Conclusiones: La prevalencia de DM no conocida es elevada en pacientes sometidos a intervencionismo coronario. Aunque la realización universal de la SOG permite diagnosticar a todos los diabéticos no conocidos. Nuestro algoritmo permite optimizar y realizar un menor número de pruebas de SOG con una elevada capacidad diagnóstica. El modelo establecido por machine learning (Random Forest) es más preciso que el desarrollado por regresión logística binaria.

P12. A PROPÓSITO DE UN CASO. ANOMALÍA DE EBSTEIN

A. Junco Vicente, M. Martín Fernández, V. Barriales Álvarez, M. Soroa Ortuño, N. Barja González, A. Adeba García, R. Álvarez Velasco, M. Vigil-Escalera Díaz y C. Morís de la Tassa

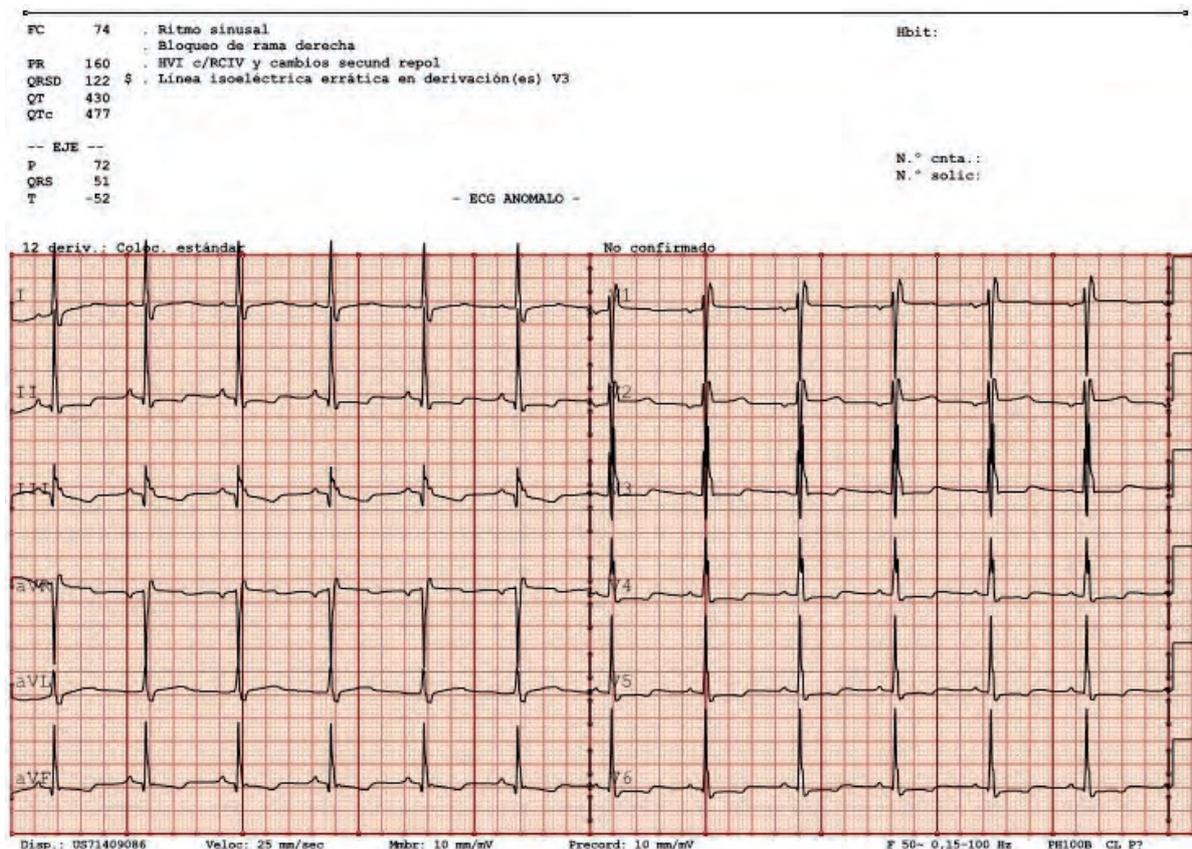
Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: La anomalía de Ebstein es infrecuente (< 1% de todas las cardiopatías congénitas), y puede estar asociada a otros muy diversos defectos cardiacos. Alre-



* En pacientes con SCA la glucemia basal no debe realizarse en el momento agudo. Se recomienda hacer la SOG a las 2-3 semanas del alta.

Póster P11 Figura. Algoritmo diagnóstico de DM en pacientes con enfermedad coronaria basado en nuestros modelos de riesgo.



Póster P12 Figura 1

dedor de la mitad de los pacientes con síndrome de Down padece algún tipo de cardiopatía, pero su asociación con el Ebstein es rara. El objetivo es la descripción de esta asociación mediante un caso clínico de la consulta de Cardiología. Presentamos un caso clínico, diagnosticado en el adulto como hallazgo casual, dado el interés docente por la baja prevalencia de esta anomalía congénita.

Métodos: Paciente de 47 años con síndrome de Down a seguimiento en Neurología por crisis epilépticas que derivan a la consulta de Cardiología por disnea de esfuerzo. Datos analíticos sin hallazgos relevantes y ECG en ritmo sinusal con bloqueo de rama derecha del haz de Hiss (fig. 1). En la consulta se

realiza ecocardiograma transtorácico que muestra un ventrículo izquierdo de dimensión y función normales, probable CIV perimembranosa con mecanismo de cierre. Válvulas mitral y aórtica normales. Aurícula derecha muy dilatada. Ventrículo derecho dilatado con función conservada por parámetros indirectos (TAPSE y DTI). Insuficiencia tricuspídea muy grave con desplazamiento apical del plano de inserción de ambos velos (velo septal con desplazamiento mayor de 8 mm/m² respecto al anillo auriculoventricular), compatible con anomalía de Ebstein tipo Carpentier A (figs. 2 y 3). Debido a la situación basal de la paciente no se amplían estudios al respecto, ajustando tratamiento médico.

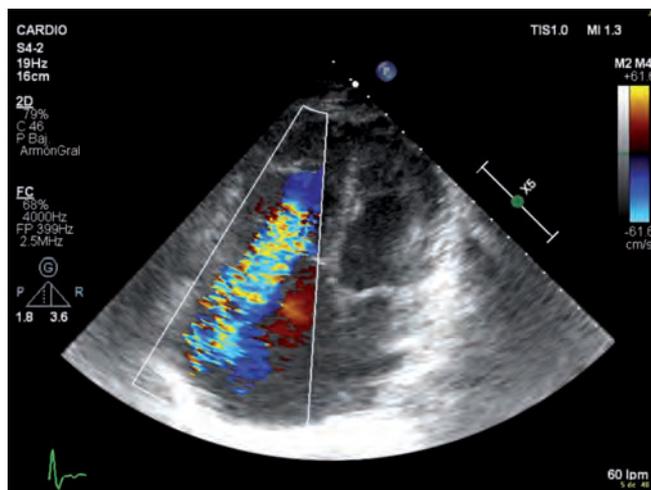


Figura 2

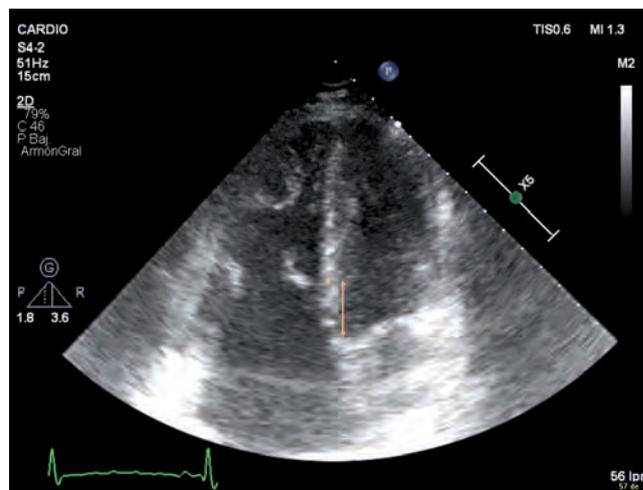


Figura 3

Conclusiones: La anomalía de Ebstein consiste en el desplazamiento de las valvas septal y postero-inferior de la válvula tricúspide hacia el ápex de ventrículo derecho, con la consiguiente "atrialización" de este ventrículo. Su presentación clínica es heterogénea, pudiendo encontrarse casos leves, que permanecen asintomáticos hasta la edad adulta con aceptable pronóstico a largo plazo. El diagnóstico se basa en la ecocardiografía. Otras técnicas de imagen como la resonancia cardiaca, describen mejor la malformación de cara a un posible tratamiento corrector quirúrgico. Pacientes asintomáticos pueden tratarse de forma conservadora y mantenerse bajo seguimiento estricto, mientras que la cirugía está indicada cuando hay dilatación de cavidades o deterioro progresivo de la función sistólica ventricular.

P13. BALANCE ISQUÉMICO-HEMORRÁGICO DE ACUERDO CON HISTORIA DE SANGRADO PREVIO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN TRATAMIENTO CON DOBLE ANTIAGREGACIÓN PLAQUETARIA

P. Domínguez Erquicia¹, S. Raposeiras Roubín¹, E. Abu-Assi¹, F. D'Ascenzo², S. Manzano Fernández³, J. Saucedo⁴, J.P. Simao Henriques⁵, A. Ariza Solé⁶, M. Cespón Fernández¹, I. Muñoz Pousa¹, B. Caneiro Queija¹, R.J. Cobas Paz¹, L.M. Domínguez Rodríguez¹ y A. Íñiguez Romo¹

¹Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro. ²Universidad de Turín. ³Hospital Clínico Virgen de la Arrixaca. ⁴University of Chicago Medicine. ⁵Academic Medical Center of Amsterdam. ⁶Hospital Universitario de Bellvitge.

Introducción y objetivos: Las guías de la ESC recomiendan la pauta corta de DAPT en pacientes con alto riesgo de sangrado. Pacientes con ingreso previo por sangrado son considerados de alto riesgo de hemorrágico. Con nuestro estudio, nos propusimos mostrar el perfil isquémico-hemorrágico de los pacientes con sangrado previo en comparación con los que no tuvieron sangrados durante la DAPT.

Métodos. Los datos analizados fueron obtenidos de la fusión de 3 registros clínicos de pacientes con SCA: BleeMACS (2004-2013), CardioCHUVI/ARRIXACA (2010-2016) y RENAMI (2013-2016). Los 3 registros incluyen pacientes consecutivos dados de alta después de un SCA con DAPT y sometidos a ICP. El conjunto de datos fusionados contiene 26076 pacientes. Se realizó un análisis propensity-matched para igualar las características basales de los pacientes con y sin ingreso previo

por sangrado. El impacto por sangrado previo en el riesgo isquémico-hemorrágico fue evaluado mediante un análisis de riesgo competitivo, usando un modelo de regresión de Fine y Gray, siendo el desenlace muerte el evento competitivo. Para el riesgo isquémico hemos considerado un nuevo episodio de IAM, mientras que para el riesgo hemorrágico hemos considerado sangrado mayor definido como aquel sangrado que requiere ingreso hospitalario. El tiempo de seguimiento fue censurado por la suspensión/retiro de DAPT.

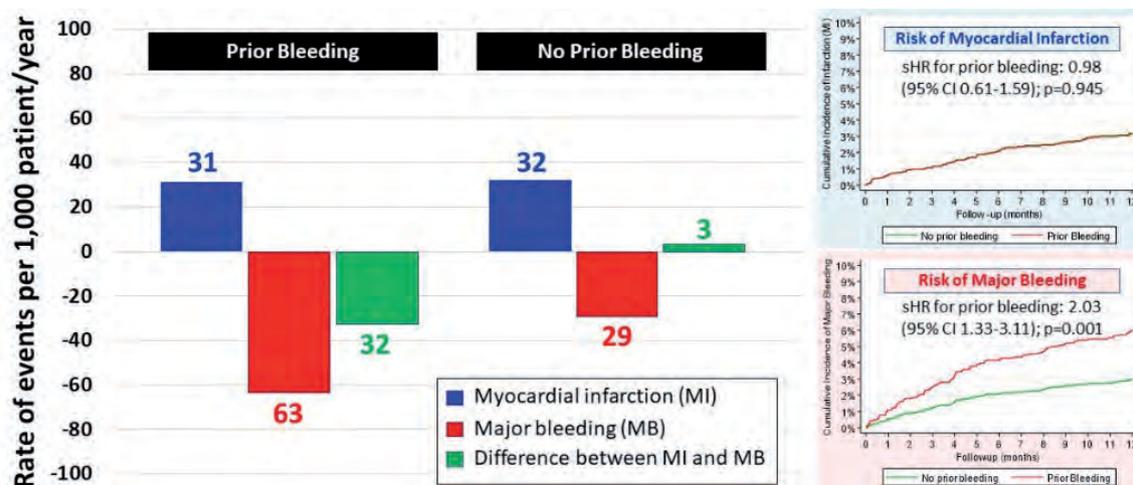
Resultados: De los 26.076 pacientes con SCA, 1105 tenían enfermedad arterial periférica (EAP) (4,2%). Durante un seguimiento medio de 12,2 ± 4,8 meses, 964 pacientes fallecieron (3,7%), 640 sufrieron un IAM (2,5%) y 685 tuvieron un sangrado mayor (2,6%). Después del propensity-score matching, dos grupos emparejados de 1,101 pacientes. En comparación con pacientes sin sangrado previo, los que tenían historia sangrado previo tuvieron mayor riesgo de sangrado mayor (sHR 2,03, IC95% 1,33-3,11, p = 0,001) con riesgo similar de IAM (sHR 0,98, IC95% 0,61-1,59, p = 0,945), comparativamente con los que no tenían EAP. La incidencia acumulada de IAM fue de 31 y 32 por 1.000 pacientes/año en pacientes con y sin hemorragia previa, respectivamente. La incidencia acumulada de hemorragia mayor fue de 63 y 29 por 1.000 pacientes/año en pacientes con y sin hemorragia previa, respectivamente. La diferencia entre tasa de IAM y tasa de sangrado mayor fue de -32 y +3 por 1.000 pacientes-año en pacientes con y sin hemorragia previa (fig).

Conclusiones: Los pacientes con SCA y antecedentes de sangrado tienen un incremento significativo del riesgo de sangrado durante el tratamiento con DAPT. En estos pacientes, se recomienda la DAPT de corta duración (6 meses).

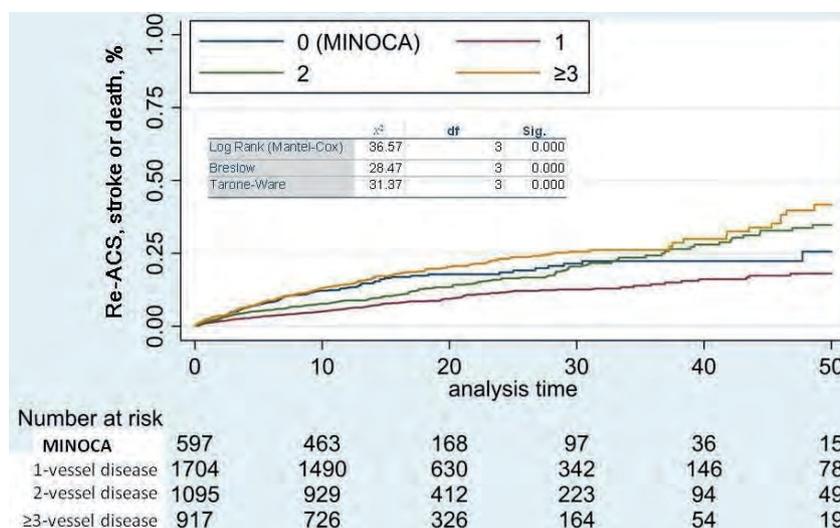
P14. COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS BASALES Y EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE MINOCA FRENTE A AQUELLOS CON LESIONES CORONARIAS OBSTRUCTIVAS

R.J. Cobas Paz, E. Abu-Assi, S. Raposeiras Roubín, B. Caneiro Queija, M. Cespón Fernández, I. Muñoz Pousa, P. Domínguez Erquicia, L.M. Domínguez Rodríguez, M. Castiñeira Busto, S. Fernández Barbeira y A. Íñiguez Romo
Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro.

Introducción y objetivos: El término MINOCA ha sido redefinido en las últimas guías de la ESC. El objetivo de nuestro estu-



Póster P13 Figura



Póster P14 Figura

dio fue analizar las características clínicas y el pronóstico a largo plazo de estos pacientes.

Métodos: Entre enero/2010 y diciembre/2016 se incluyeron retrospectivamente todos los pacientes que ingresaron de forma consecutiva en nuestro centro con el diagnóstico definitivo de IAM. En función del número de lesiones significativas objetivadas mediante angiografía coronaria, los pacientes se estratificaron en: 0 (MINOCA), 1, 2 y = 3 vasos. La definición de MINOCA se estableció de acuerdo con en el documento de consenso del Grupo de trabajo de la ESC 2016. Se recogieron las características clínicas previas y durante el ingreso, así como datos analíticos y el tratamiento en el momento del alta hospitalaria. Se comparó el pronóstico de los pacientes con diagnóstico de MINOCA frente a MIOCA (EAC obstructiva) mediante la tasa de eventos combinada (reSCA, ictus y muerte) durante el seguimiento, realizando un análisis de supervivencia (Kaplan-Meier) y multivariado (regresión de Cox).

Resultados: Un 13,8% (n = 597) de los pacientes fueron clasificados como MINOCA. En comparación con el grupo MIOCA, estos eran mayores y predominantemente mujeres. El grupo MINOCA también tuvo un peor perfil de riesgo cardiovascular y presentó con más frecuencia FA durante el ingreso. El pico de troponina Ic fue menor en el MINOCA. Los pacientes con MINOCA tuvieron con más frecuencia historia previa de depresión y malignidad. Durante un seguimiento medio de 15 meses, 613 pacientes presentaron un nuevo SCA, ACV/AIT o muerte. La incidencia del endpoint combinado fue del 4,2% en MINOCA, 4,1% en EAC 1 vaso, 6,3% en EAC 2 vasos y 9,5% en EAC = 3 (p < 0,01) (fig.). Después de hacer un ajuste por edad, tipo de SCA, sexo, clase de Killip, HTA, DM, ACV/AIT, arteriopatía periférica, hemoglobina basal y tratamiento al alta la HR para el endpoint combinado fue de 1,02 (0,60-1,78; p = 0,93) en EAC de 1 vaso, 1,3 (0,7-2,2; p = 0,41) para EAC de 2 vasos y 1,6 (0,93-2,8; p = 0,08) en EAC = 3 vasos.

Conclusiones: En la presente cohorte, se clasificó como MINOCA a aproximadamente 1 de cada 14 pacientes ingresados con el diagnóstico de IAM. Estos pacientes tenían peor perfil de riesgo CV e historia previa de depresión. En comparación con el grupo de pacientes con lesiones obstructivas, tienen un impacto pronóstico en lo que respecta a rehospitalizaciones por SCA, ictus y muerte.

P15. CLASIFICACIÓN CAD-RADS EN EL ESTUDIO DEL DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS: UN MÉTODO SENCILLO Y SEGURO DE ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO

A.F. Borges de Jesús, F. Soto Loureiro, C. Delgado Sánchez-Gracián, M.C. Vázquez Caamaño, C. Trinidad López, M.C. Basalo Carbajales, A. Escudero González, M. Gutiérrez Feijoo, R. Guerola Segura, M. Vilar Freire, R. Fernández Álvarez, A. Silveira Correa, F.J. Tardáguila Montero y J.C. Arias Castaño

Hospital POVISA.

Introducción y objetivos: El dolor torácico sigue siendo el motivo más frecuente de atención en urgencias, por síntomas relacionado con patología cardiovascular; el TAC coronario, es un método fiable y rápido para detectar enfermedad coronaria significativa con baja radiación del paciente. El CAD-RADS una clasificación radiológica puede ayudar a una estratificación rápida de riesgo.

Métodos: De los pacientes que en el último año han solicitado consulta en nuestro centro hospitalario; hemos seleccionado 42 pacientes con el diagnóstico de dolor precordial a los que se ha realizado un TAC coronario. En nuestra serie predominan el sexo masculino y el tabaquismo como principal factor de riesgo, con una media de edad relativamente baja, el dolor precordial definido como atípico es el principal determinante de una categoría baja en la clasificación CAD-RADS. En los pacientes en lo que se dispone de un seguimiento (seis meses). Un CAD-RADS: 0-1 o 2 se relacionaron con un excelente pronóstico en el seguimiento, ausencia de eventos mayores cardiovasculares en el seguimiento (definido como muerte, muerte cardiovascular o SCA) y escasa frecuentación en urgencias. La dosis de radiación media empleada ha sido de 4,23 (\pm 5,25) cGy. Respecto a la selección de los pacientes, se han seleccionado pacientes que acuden por dolor precordial, sin elevación de marcadores de daño miocárdico (TnI media < 0,5 ng/ml) y sin cambios dinámicos del segmento ST.

Conclusiones: La categorización de los pacientes que acuden a un servicio de Urgencias; con el diagnóstico de dolor torácico con un riesgo bajo-intermedio, en base a la clasificación CAD-RADS, permite detectar de forma fiable y segura a los pacientes con enfermedad coronaria no significativa y con bajo riesgo de eventos graves en el seguimiento.

P16. VARIACIÓN DE LA FÓRMULA HUGÉ (EVALUACIÓN DEL RIESGO DE INSUFICIENCIA RENAL) EN PACIENTES ANCIANOS QUE PRESENTAN HIPOTENSIÓN TRANSITORIA DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO EN LA PLANTA DE CARDIOLOGÍA

F. Soto Loureiro, M. Gutiérrez Feijoo, R. Guerola Segura, M.C. Basalo Carbajales, A. Escudero González, M.C. Vázquez Caamaño, M. Vilar Freire, R. Fernández Álvarez, A. Silveira Correa y J.C. Arias Castaño

Hospital POVISA.

Introducción y objetivos: La fórmula HUGÉ es una alternativa; para el estudio de la función renal en pacientes ancianos; no es dependiente del filtrado glomerular; basándose en los siguientes parámetros; teniendo en cuenta la urea, el valor hematocrito y el género. Es frecuente que pacientes ingresados, especialmente aquellos sometidos a tratamiento diurético intensivo o bien en los que no se modifican las pautas terapéuticas domiciliarias.

Métodos: Hemos revisado los datos de 35 pacientes ingresados con una superior a los 75 años desde febrero de 2018 hasta enero de 2019 y que presentaron hipotensión transitoria durante su ingreso en planta de cardiología de un hospital secundario; con predominio del diagnóstico al ingreso de insuficiencia cardíaca y siendo la HTA el factor de riesgo más frecuente en estos pacientes. Así mismo todos los pacientes estaban polimedcados; apreciando una tendencia no significativa a presentar crisis de hipotensión precoz (en las primeras 48 horas) aquellos que recibían una combinación fija de vasodilatadores a altas dosis de forma crónica. Aplicando la ecuación HUGÉ; debemos destacar que los pacientes presentaron una variación del dicha ecuación (valores superiores a la unidad se consideran relevante), que resultó significativa en estos pacientes que presentaron crisis de hipotensión. Debido al reducido número de pacientes, no hemos encontrado diferencias significativas en el riesgo de desarrollar eventos que hemos definido como mayores (muerte, muerte por causa cardiovascular o reingreso en urgencias por insuficiencia cardíaca).

Conclusiones: Los pacientes ancianos que durante su ingreso desarrollan hipotensión transitoria presentan una variación significativa de la ecuación HUGÉ, que resulta marcador de riesgo de desarrollar insuficiencia renal. Dicha variación se asoció de forma significativa con el empleo de combinaciones fijas de vasodilatadores previas al ingreso y dosis altas de diuréticos endovenosos.

P17. FÍSTULA CORONARIO-BRONQUIAL: UN INFRECUENTE HALLAZGO EN EL LABORATORIO DE HEMODINÁMICA

P. Flórez Llano¹, A. Suárez Cuervo¹, E. Velasco Alonso², A. Alperi García¹, R.R. Padrón Escalada¹, A. Martínez León¹, A. Junco Vicente¹, N. Barja González¹, M. Soroa Ortuño¹, J. Calvo Blanco¹, H. Cigarrán Sexto¹ y C. Morís de la Tassa¹

¹Hospital Universitario Central de Asturias. ²Hospital Valle del Nalón.

Introducción y objetivos: La fístula arterial coronario-bronquial es una comunicación anormal entre las arterias coronarias y las arterias bronquiales, solo presente en el 0,5% de los pacientes sometidos a coronariografía. Presentamos un caso clínico de esta entidad infrecuente.

Métodos: Mujer de 74 años dislipémica, con el antecedente de bronquiectasias cilíndricas en llingula y lóbulo inferior izquierdo, que es estudiada en consulta de Cardiología por dolor torácico y disnea de esfuerzo. En la ecocardiografía no se

objetivan alteraciones, con un ventrículo izquierdo de tamaño y función normales. Sin embargo, la ergometría simple resulta positiva clínica y eléctrica por aparición de dolor torácico en el primer estadio de Bruce con depresión del segmento ST de 2 mm en la cara inferior, motivo por el que se remite a la paciente para coronariografía. En la coronariografía, no se objetivan lesiones obstructivas significativas, destacando el hallazgo de una fístula dependiente de la arteria circunfleja (fig. 1). Para una mejor caracterización de la fístula, se realiza sondaje selectivo de la arteria circunfleja mediante el catéter Amicath para inyección de contraste intracoronario, observando un trayecto fistuloso largo y tortuoso que termina en el lecho pulmonar (fig. 2). Se decide completar el estudio mediante una angiografía computarizada de arterias coronarias, que confirman el hallazgo definiendo una fístula de arteria coronaria circunfleja a arterias bronquiales de lóbulo inferior izquierdo (figs. 3 y 4). En la ergometría con isótopos, no se evidencia defectos de perfusión miocárdica, por lo que se mantiene a la paciente bajo tratamiento médico y seguimiento clínico.

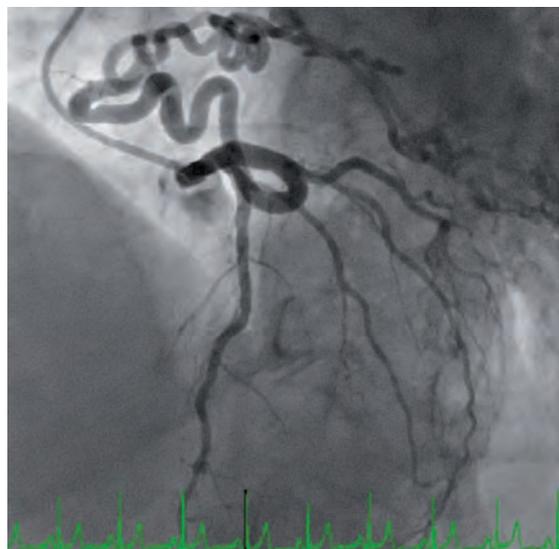


Figura 1. Coronariografía en proyección AP neutra. Se observa trayecto fistuloso desde circunfleja a lecho pulmonar.



Figura 2. Coronariografía en proyección AP neutra. Sondaje selectivo con Amicath de arteria circunfleja.



Figura 3. TC de tórax con reconstrucción 3D en visión lateral. La flecha roja señala el trayecto fistuloso desde coronaria circunfleja hacia arteria bronquial.

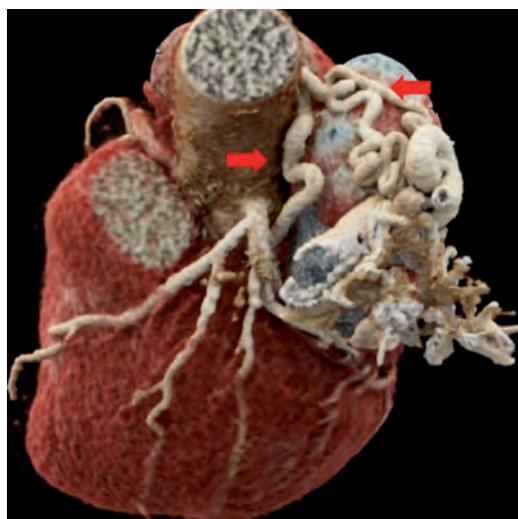


Figura 4. TC de tórax con reconstrucción 3D en visión posterior. La flecha roja señala el inicio de la fistula en arteria coronaria circunfleja.

P18. FLUTTER ATÍPICO TRAS TRASPLANTE CARDIACO ORTOTÓPICO: RETOS DEL ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO

A. Martínez León, D. Pérez Díez, P. Flórez Llano, A.Y. Flores Fuentes, L. Gutiérrez de la Varga, M.G. Almendárez Lacayo, L. Díaz-Chirón Sánchez, A. Adeba García, M. Vigil-Escalera Díaz, R. Álvarez Velasco, M. Soroa Ortuño, N. Barja González, D. Calvo Cuervo, J.M. Rubín López y C. Morís de la Tassa

Hospital Universitario Central de Asturias.

Métodos: Se presenta el caso de un paciente varón de 51 años sin antecedentes personales ni familiares de interés hasta hace 7 años que requirió trasplante cardiaco ortotópico (mediante técnica de anastomosis biauricular) de forma urgente (Urgencia 0) tras ingreso por miocardiopatía dilatada idiopática con disfunción severa de VI en shock cardiogénico que precisó apoyo con dispositivo de asistencia ventricular hasta la intervención. Presentó rechazo agudo 1R en biopsia endomiocárdica (BEM), requiriendo tratamiento esteroideo. Seguimiento en Unidad de Insuficiencia Cardíaca Avanzada de nuestro

centro con BEM mensuales hasta el año del trasplante donde no presentaba evidencia de rechazo. Cuatro años después, debuta con palpitaciones paroxísticas por las que consulta en varias ocasiones, diagnosticándose finalmente un flutter atípico (fig. 1). Ecocardiograma transtorácico con función sistólica de ventrículo izquierdo (VI) conservada y levemente afecta la de ventrículo derecho (VD). La BEM descarta rechazo agudo y coronariografía sin evidencia de enfermedad vascular del injerto significativa. Es remitido a consulta específica de arritmias realizándose un estudio electrofisiológico. El mapeo intracavitario demostró una taquicardia macro-reentrante con relación aurícula receptora (AuR) - aurícula donante (AuD) variable, existiendo un gradiente de frecuencia establecido desde la AuR (longitud de ciclo más corta y regular) a la AuD (longitud de ciclo más larga, con periodicidad tipo Wenckebach) (fig. 2.A). Guiado por cartografía, se delimitan las dos aurículas derechas y se realiza un mapa de activación de la AuD para localizar punto de entrada, que se localiza a nivel anterolateral (fig. 2.B). Se realizan aplicaciones de radiofrecuencia obteniéndose disociación eléctrica AuR-AuD, permaneciendo la receptora en flutter mientras que la donante muestra ritmo sinusal. El procedimiento tiene lugar sin complicaciones y el paciente permanece asintomático al respecto y en ritmo sinusal hasta la fecha.

Conclusiones: En el trasplante cardiaco, la anastomosis biauricular es una técnica ampliamente utilizada. Ocasiona distorsión en la geometría y hemodinámica de la aurícula derecha conllevando una mayor incidencia de flutter auricular. Las formas más frecuentes son las dependientes del istmo cavo-tricuspidé. Sin embargo, cuando existe conducción eléctrica entre la AuR y la AuD a través de la anastomosis auricular, la AuR podría contribuir al desarrollo de arritmias en el corazón donante como en el caso que nos ocupa. Dado que el diagnóstico electrocardiográfico a menudo resulta complicado y puede requerirse la realización de un estudio electrofisiológico, se debería estudiar la conducción eléctrica entre la AuR y la AuD como parte de un estudio sistematizado en este tipo de pacientes.

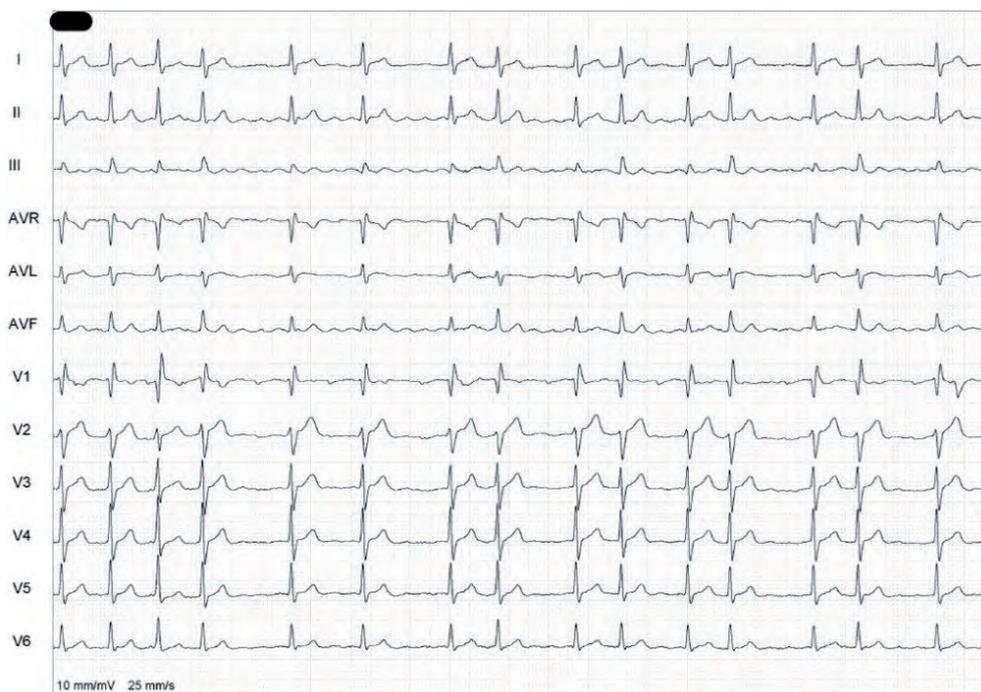
P19. REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA DE TRONCO CORONARIO E IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA TRANSCATÉTER: COMPLEJIDADES DE UN CASO

P. Flórez Llano, A. Suárez Cuervo, C. Corros Vicente, A. Junco Vicente, A. Martínez León, A. Alperi García, R.R. Padrón Escalada, R. Álvarez Velasco, A. Adeba García, M. Vigil-Escalera Díaz, P. Avanzas Fernández, R. Valle Fernández y C. Morís de la Tassa

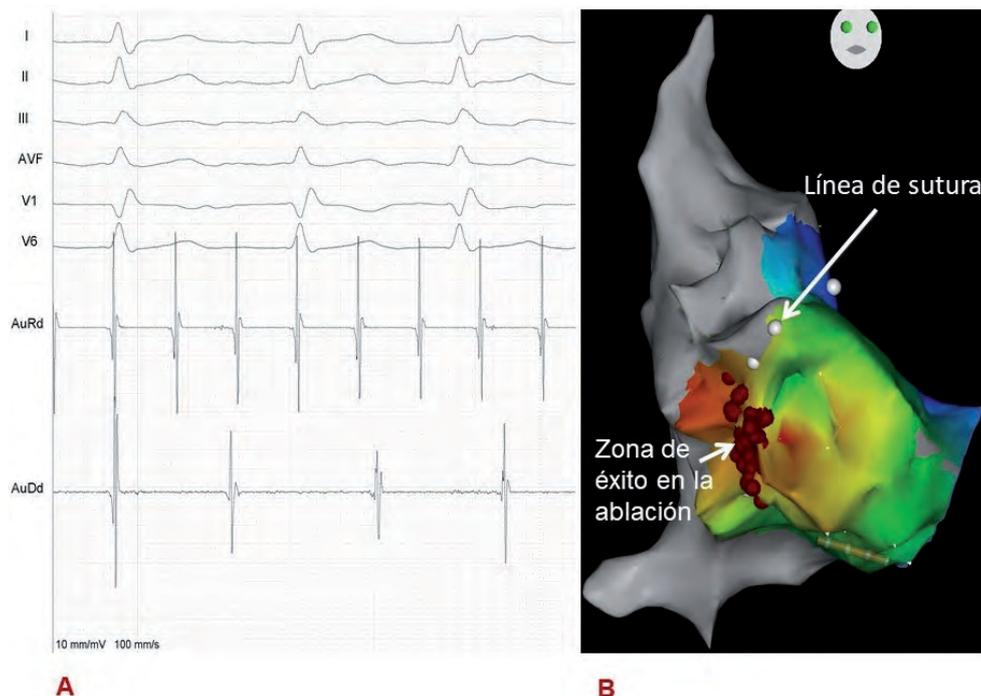
Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: La radioterapia a nivel torácica se ha mostrado como un factor de riesgo tanto para la aparición de enfermedad coronaria como para el desarrollo de cardiopatía valvular degenerativa precoz, considerándose además un factor pronóstico deletéreo para la cirugía cardíaca. En este escenario, crece la necesidad de expandir los procedimientos percutáneos de revascularización coronaria e implante de prótesis valvulares, como se muestra en el caso que presentamos a continuación.

Métodos: Mujer de 74 años exfumadora, hipertensa y dislipémica a tratamiento farmacológico, con el antecedente de carcinoma de mama izquierda sometido a radioterapia y posterior cirugía, que ingresa en Cardiología por disnea de mínimos esfuerzos asociada a dolor torácico. Tras los estudios iniciales, se realiza el diagnóstico de estenosis aórtica severa con FEVI 42% y enfermedad coronaria de tronco y tres vasos con severa calcificación (imagen 1). Presentado el caso



Póster P18 Figura 1



Póster P18 Figura 2

en sesión médico-quirúrgica, es rechaza para cirugía por alto riesgo (aorta en porcelana -imagen 2), decidiéndose revascularización coronaria percutánea y posterior implante de prótesis aórtica transcáteter. En un primer tiempo, se realiza por vía radial derecha angioplastia de tronco coronario a descendente anterior con apoyo de catéter Sheatless para avance de guía a arteria descendente anterior distal, no consiguiendo paso de guía a través de la lesión proximal de la arteria circunfleja, implantando a continuación un stent fármacoactivo liberador de Biolimus ajustado a tronco coronario ostial hacia

arteria descendente anterior, con buen resultado angiográfico y flujo TIMI 3 final (fig. 3). En un segundo tiempo, por vía femoral izquierda mediante introductor eSheath de 14 F, se realiza implante percutáneo de prótesis aórtica Centera 26 mm con ausencia de gradiente transvalvular final y sin regurgitación residual (fig. 4), finalizando el procedimiento mediante cierre femoral con Proglide. La evolución clínica tras ambos procedimientos resultó favorable sin complicaciones, por lo que la paciente pudo ser alta, con un adecuado seguimiento ambulatorio hasta la fecha.



Figura 1. Coronariografía en proyección oblicua izquierda craneal colimada. Se observa estenosis grave de TC.



Figura 4. Aortografía tras implante de Centera 26 mm. Se observa ausencia de insuficiencia aórtica.

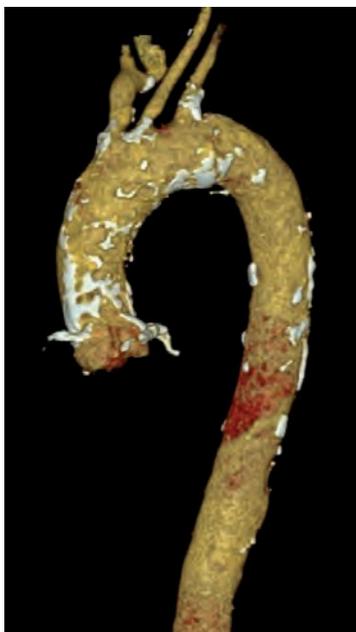


Figura 2. TC de tórax en reconstrucción 3D. Se observa aorta en porcelana.

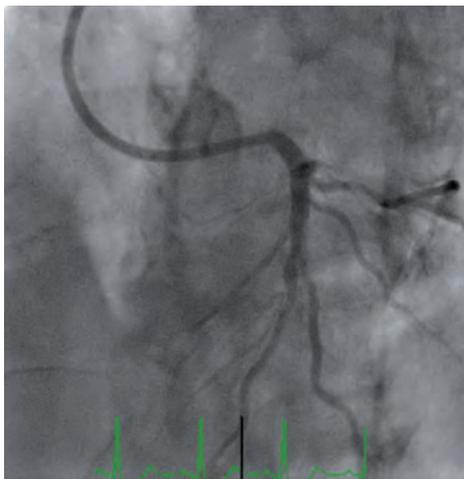


Figura 3. Coronariografía en proyección craneal neutra. Resultado final de TCI tras implante de stent.



Figura 1. Ecocardiografía transtorácica en proyección 4 cámaras. Dilatación de cavidades derechas.

P20. SÍNDROME DE LA CIMITARRA: IMPORTANCIA DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA EN EL DIAGNÓSTICO

P. Flórez Llano, M. Martín Fernández, J. Calvo Blanco, H. Cigarrán Sexto, A. Martínez León, L. Gutiérrez de la Varga, M. Almendárez Lacayo, L. Díaz-Chirón Sánchez, S. Hevia Nava, V. Barriales Álvarez y C. Morís de la Tassa

Hospital Universitario Central de Asturias.

Métodos: Se presenta un caso de una mujer de 77 años sin factores de riesgo cardiovascular y con el diagnóstico previo de una cardiopatía estructural no filiada, portadora de marcapasos bicameral por enfermedad del nodo sinusal y anticoagulada por fibrilación auricular paroxística, asintomática y con buen grado funcional, que presenta en el estudio ecocardiográfico transtorácico inicial una dilatación de cavidades derechas con hipertensión pulmonar moderada (fig. 1). La radiografía de tórax muestra signos sugestivos de hipertensión pulmonar, además del conocido como signo de la cimitarra (fig. 2). Ante la sospecha de un drenaje pulmonar venoso anómalo, se decide realizar un angioTC torácico, confirmandose la sospecha previa, y objetivándose dilatación de las cavidades derechas y de la arteria pulmonar, con un drenaje venoso anómalo de las venas pulmonares derechas a la vena cava inferior (figs. 3 y 4).