

**SAC**  
27 y 28  
mayo  
2022



 SOCIEDAD  
ASTURIANA DE  
CARDIOLOGÍA

Congreso de la  
**Sociedad Asturiana**  
de **Cardiología**  
Cangas de Narcea

## LOS PELIGROS DEL CONSUMO DE TÓXICOS

**González Urbistondo, Francisco (1); Adeba García, Antonio (1); Alonso Fernández, Vanesa (1); Flores Belinchón, Raquel (1); Ortiz de Zárate Pulido, Juan Francisco (1); Salgado Barquinero, María (1); Persia Paulino, Yvan Rafael (1); Rozado Castaño, José (1)**

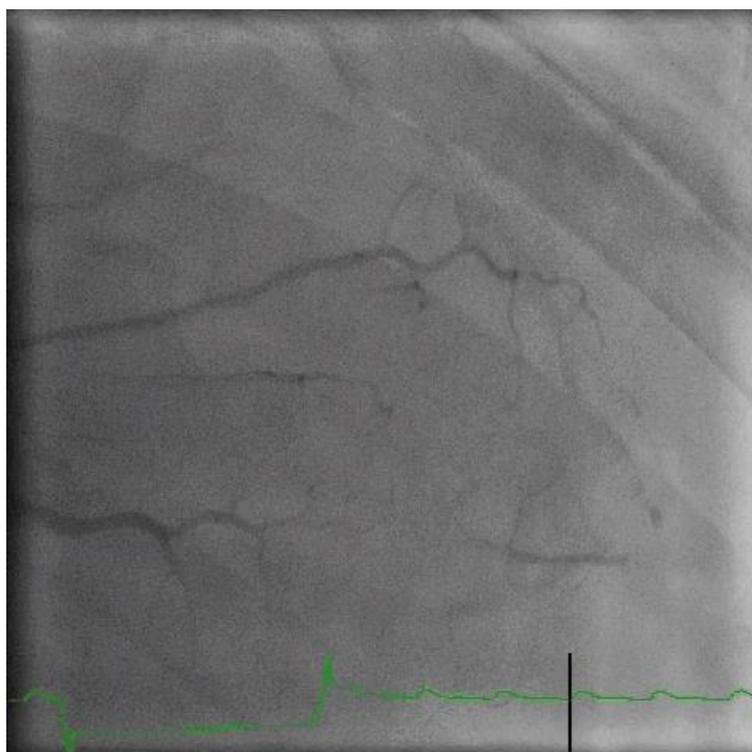
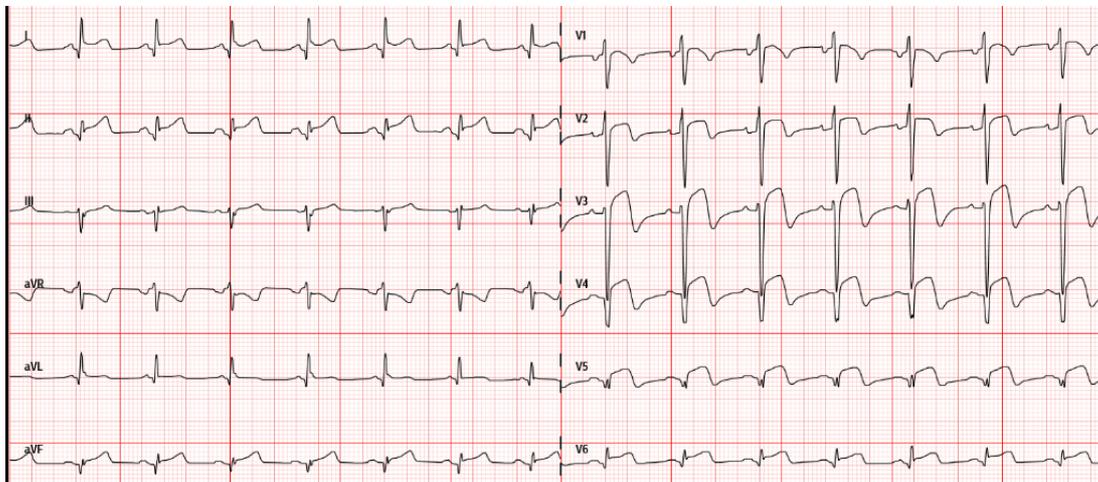
### (1) Hospital Universitario Central de Asturias

Paciente varón de 33 años que consulta en Urgencias por dolor torácico pleurítico de 3 días de evolución asociado a tos, sin otra sintomatología acompañante. Además, refiere episodio aislado de dolor anginoso tras esnifar cocaína unos días antes. En la ecocardiografía se evidencia FEVI conservada con hipocinesia del segmento medio del septo anterior y de los segmentos septal, anterior e inferior apical. Se establece el diagnóstico de IAM evolucionado y pericarditis epistenocárdica. Estando el paciente asintomático para angina >72 horas tras el IAM, se decide ingresar en Unidad Coronaria. Realiza unas horas después nuevo episodio de dolor, por tanto, se decide realizar coronariografía que objetiva trombosis en DA con embolización y oclusión en región distal sin lesiones arterioscleróticas. No se realizó RMN para valorar viabilidad en el territorio afecto por claustrofobia del paciente. Se decide realizar vigilancia activa en régimen de ingreso, mantener la doble antiagregación con anticoagulación y repetir coronariografía pasados 7 días tras tto antitrombótico para comprobar resolución del trombo en DA proximal. En el ecocardiograma, se evidencia FEVI conservada con acinesia apical (impresiona de no viable). La coronariografía de control post-tratamiento antitrombótico evidencia desaparición del trombo en DA proximal (sin placa aterosclerótica) con persistencia de oclusión a nivel muy distal y circulación colateral homocoronaria, por lo que se suspende anticoagulación manteniendo la doble terapia antiagregante. Los estudios de trombofilia son negativos. Finalmente, el paciente es alta con doble terapia antiagregante durante 1 año (ácido acetilsalicílico 100 mg 1 cp al desayuno, ticagrelor 90 mg 1 cp al desayuno y otro a la cena), atorvastatina 40 mg 1 cp a la cena, bisoprolol 2,5 mg 1 comprimido al desayuno y omeprazol 20 mg 1 comprimido al desayuno, ibuprofeno 600 mg cada 8 horas durante 3 semanas y colchicina 0,5 mg cada 12 horas durante 3 meses.

SAC  
27 y 28  
mayo  
2022



Congreso de la  
**Sociedad Asturiana**  
de **Cardiología**  
Cangas de Narcea



SAC  
27 y 28  
mayo  
2022



Congreso de la  
**Sociedad Asturiana**  
de **Cardiología**  
Cangas de Narcea



**SAC**  
27 y 28  
mayo  
2022



Congreso de la  
**Sociedad Asturiana**  
de **Cardiología**  
Cangas de Narcea

## INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA: CUMPLIENDO LAS GUÍAS

**González Urbistondo, Francisco (1); García Pérez, Laura (1); Alonso Pérez, David (1); Ptaszynski Lanza, Raúl (1); Ludeña Martín-Tesorero, Raúl (1); Martín Fernández, María (1)**

### (1) Hospital Universitario Central de Asturias

Varón de 63 años de edad. Vive en Oviedo, es independiente y no presenta deterioro cognitivo. Exfumador y no bebedor de alcohol. Sufre hipertensión arterial, diabetes, dislipemia y obesidad grado II. No presenta otros antecedentes de interés.

Ingresa en el servicio de Cardiología por insuficiencia cardíaca aguda en situación de edema agudo de pulmón hipertensivo. Además, presenta insuficiencia respiratoria hipoxémica e insuficiencia renal aguda de probable origen prerrenal.

Una vez estabilizado, se realiza coronariografía que muestra árbol coronario con estenosis moderada en DAM y en Cx. Se realiza ETT que muestra un VI muy dilatado, esferoidal, con hipocinesia global (FEVI 25%) sin valvulopatías significativas. Se realiza RMN cardíaca que muestra una miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica biventricular severa (FE 28%) con dilatación de ambas aurículas y realce tardío intramiocárdico en la unión de ambos ventrículos.

Durante su ingreso hospitalario, se consigue instaurar cuádruple terapia con bisoprolol 1,25 mg c/24h, sacubitrilo/valsartán 27/29 mg c/12h, espirolactona 25 mg c/24 horas y empaglifocina/metformina 5/1000 mg c/12 horas y furosemida como fármaco de rescate. Además, se instaura terapia con hierro carboximaltosa iv por ferropenia absoluta (ferritina 56 ng/ml). El paciente es dado de alta con el diagnóstico de miocardiopatía dilatada no isquémica con disfunción biventricular severa.

El paciente es visto en consultas, donde se puede subir la dosis de bisoprolol y sacubitril-valsartán. A los 4 meses, el paciente presenta una FEVI del 29% a pesar de TMO, por lo que se decide implante de DAI, que se realiza sin incidencias. No candidato a TRC por QRS estrecho. Se realiza test genético, que es negativo.

Durante su seguimiento en consultas, el paciente permanece presenta una FEVI del 30%, una clase funcional I, no reingresos en el último año y tolera la medicación por tensiones, frecuencias, función renal y niveles de potasio.

**SAC**  
27 y 28  
mayo  
2022



Congreso de la  
**Sociedad Asturiana**  
de **Cardiología**  
Cangas de Narcea

## **UNA BIOPSIA NO SIEMPRE ES NECESARIA**

**Rodríguez Arbolea, Sara (1); Mantinez Zapico, Aleida (1); Samaniego Lampon, Beatriz (1);  
Fonseca Aizpuru, Eva (1); Santos Hernández, Sergio(1)**

### **(1) Hospital Universitario de Cabueñes**

Varón, 83 años, exfumador e hipertenso. A seguimiento en Cardiología por fibrilación auricular y cardiopatía isquémica.

Es estudiado en Neumología por disnea mmRC 1-2. En el TAC torácico hay datos de insuficiencia cardiaca. Se deriva a Cardiología y se realiza ecocardiograma con ventrículo izquierdo engrosado (17mm a nivel septal), FEVI del 36% con Strain Longitudinal Global (SLG) reducido salvo en segmentos apicales. Se realiza Resonancia Magnética (RM) cardiaca con realce subendocárdico difuso y gammagrafía con Tc99m-DPD con depósito cardiaco grado III. Finalmente se realiza biopsia endomiocárdica compatible con Amiloidosis por Transtirretina (ATTR). Es remitido a Hospital de Puerta de Hierro y se incluye en estudio HELIOS. Actualmente está en clase funcional NYHA IV, con FEVI 47-50%.

La ATTR se produce por depósito de transtirretina, una proteína inestable. Existen dos formas: hereditaria (ATTRm) y natural (ATTRwt). La ATTRm afecta a jóvenes y cursa con clínica neurológica. La ATTRwt se inicia a los 70 años y cursa con afectación cardiaca.

La presentación más frecuente de la ATTRwt es la insuficiencia cardiaca. Existen manifestaciones extracardiacas, como síndrome de túnel del carpo, que han de considerarse Red Flags.

El diagnóstico se apoya en pruebas de imagen: ecocardiograma, RM (realce tardío subendocárdico, patognomónico) y la gammagrafía-TcDPD.

En la ecocardiografía, se observa hipertrofia septal del ventrículo izquierdo (12mm). La medición de la función sistólica con la FEVI infraestima por lo que se utiliza el SLG, disminuido en segmentos basales y medios y conservado en apicales.

La biopsia endomiocárdica o extracardiaca no es necesaria si tenemos pruebas complementarias compatibles y ausencia de gammapatía monoclonal.

El paciente presenta pruebas de imagen compatibles. Ante ausencia de pico monoclonal podría haberse diagnosticado sin necesidad de biopsia.

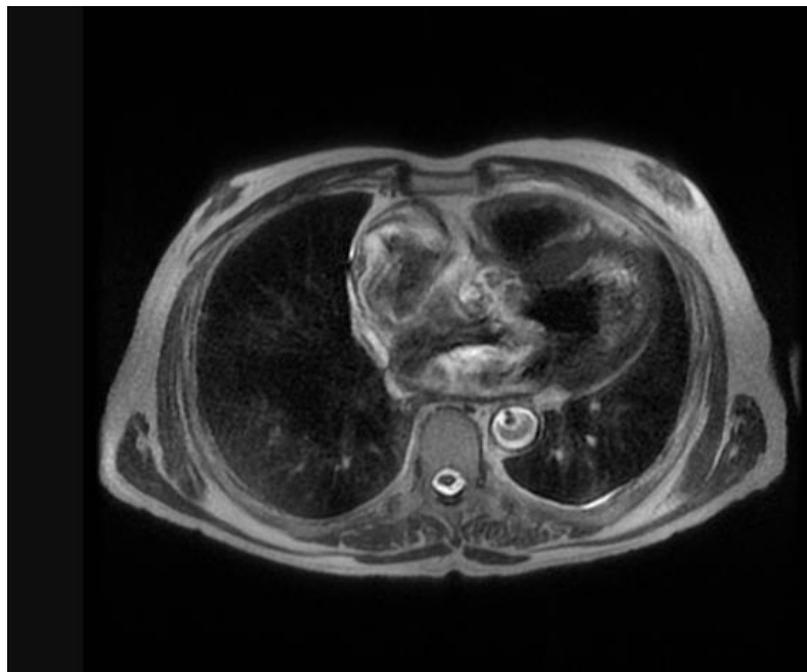
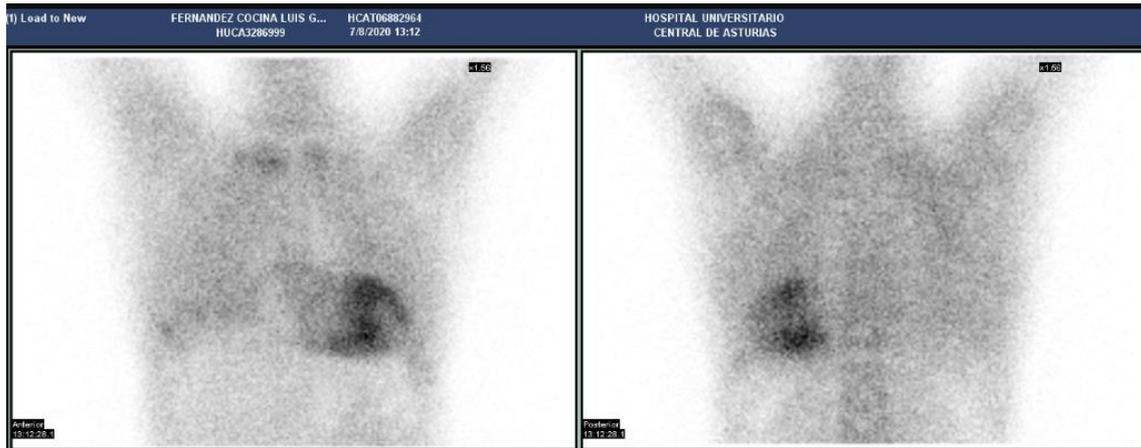
SAC  
27 y 28  
mayo  
2022



SOCIEDAD  
ASTURIANA DE  
CARDIOLOGÍA

Congreso de la  
**Sociedad Asturiana  
de Cardiología**  
Cangas de Narcea

El tratamiento se basa en el soporte médico y los fármacos específicos que están actualmente en las últimas fases de experimentación y pueden suponer un retraso en la progresión.



SAC  
27 y 28  
mayo  
2022



Congreso de la  
**Sociedad Asturiana**  
de **Cardiología**  
Cangas de Narcea

## ENDOCARDITIS COMPLICADA POR UN MICROORGANISMO EXCEPCIONAL

**Ptaszynski Lanza, Raúl (1); González Urbistondo, Francisco (1); Ludeña Martín-Tesorero, Raúl (1); Alonso Pérez, David (1); Soroa Ortuño, Miguel (1); De la Hera Galarza, Jesús María (1)**

### **(1) Hospital Universitario Central de Asturias**

**Antecedentes:** Presentamos el caso de un varón de 82 años que acude por disnea. Como antecedentes relevantes presenta una estenosis aórtica severa asintomática con función sistólica de VI conservada, tumor vesical que requirió resección transuretral y tumor prostático tratado con braquiterapia.

**Descripción:** A nuestra valoración el paciente se encuentra afebril, en situación de edema agudo de pulmón y con tensión diferencial marcada. A la exploración destaca la aparición de un nuevo soplo diastólico en borde esternal izquierdo, sumado al sistólico previa. Se decide realizar ecocardiograma transtorácico urgente y posteriormente ecocardiograma transesofágico que muestra: VAo trivalva, engrosada y desestructurada, con dos vegetaciones. Funcionalmente presenta una EAo moderada y una IAo severa. Con una complicación perianular que consiste en rotura del anillo a nivel de velos no coronario y derecho que desemboca en una neocavidad pulsátil (pseudoaneurisma 33x20 mm).VI con FE conservada, sin asinergias.

Se inicia tratamiento antibiótico y se decide cirugía urgente, teniendo en cuenta las complicaciones perianulares y el desarrollo de inestabilidad hemodinámica. Se realiza desbridamiento con reparación y colocación de parche sobre tejidos dañados, se implanta prótesis aórtica biológica Avalus nº 19 y marcapasos DDDR definitivo. Los hemocultivos no mostraron crecimiento de microorganismos, sin embargo, en PCR de material quirúrgico se aísla *Aerococcus urinae*. Posteriormente durante su estancia en UCI presenta una evolución tórpida, finalmente desfavorable, desarrollando fracaso multiorgánico y siendo exitus pasados 18 días de la intervención.

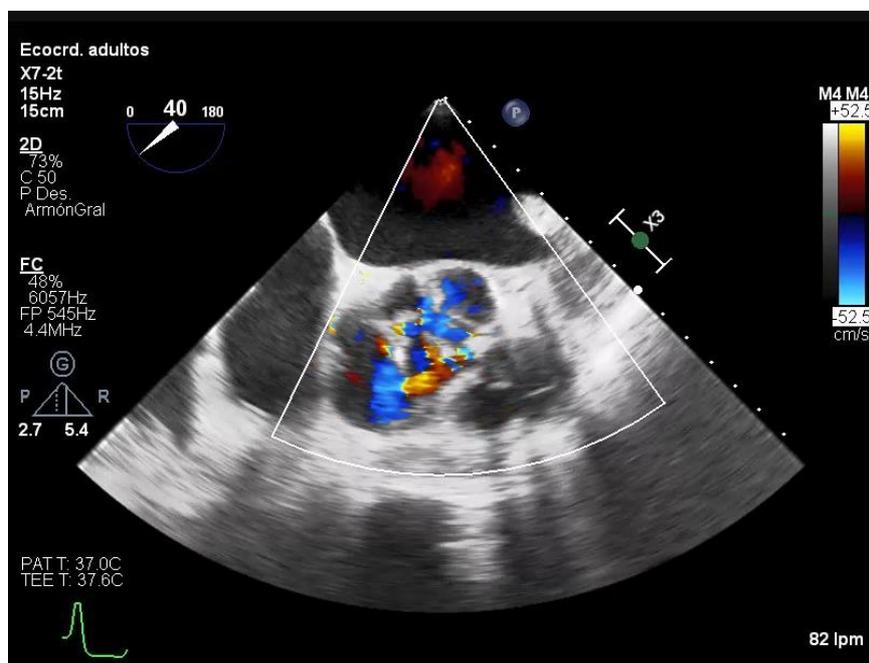
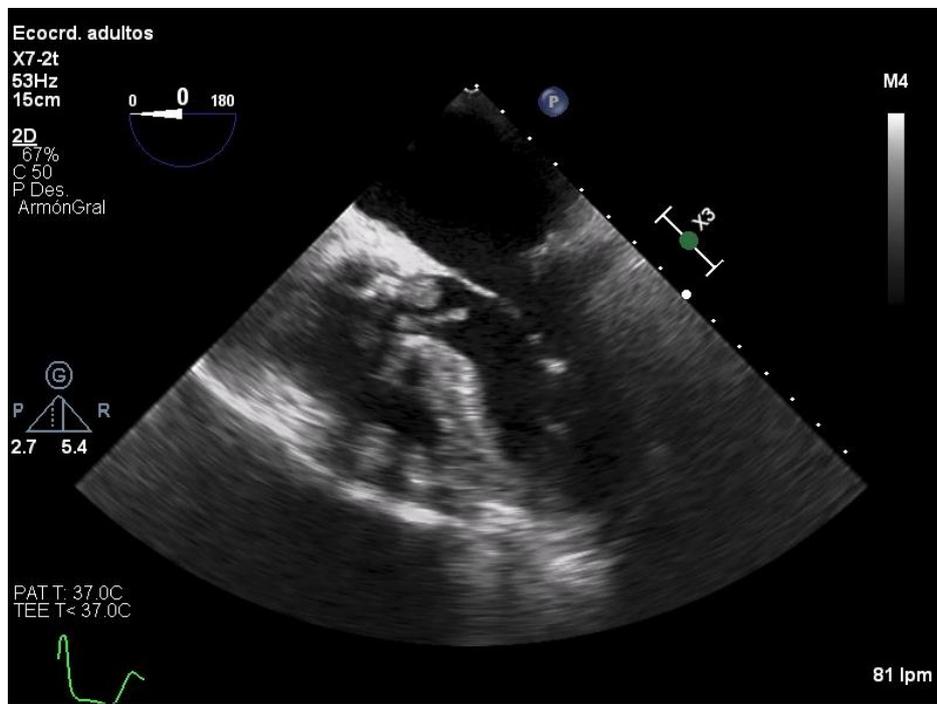
**Interés del caso:** A destacar de este caso clínico la presencia de endocarditis por *A. urinae*, un germen anaerobio facultativo que suele encontrarse en la flora normal del tracto urinario, produciendo infección del tracto urinario de manera poco frecuente, así como endocarditis de manera excepcional. Y también remarcar la importancia de la ETE en el estudio de este tipo de patología, sobre todo a la hora de detectar complicaciones perianulares.

SAC  
27 y 28  
mayo  
2022



SOCIEDAD  
ASTURIANA DE  
CARDIOLOGÍA

Congreso de la  
**Sociedad Asturiana  
de Cardiología**  
Cangas de Narcea



SAC  
27 y 28  
mayo  
2022



Congreso de la  
**Sociedad Asturiana**  
de **Cardiología**  
Cangas de Narcea

