

1 DISECCIÓN DE AORTA Y POLIQUISTOSIS RENAL

Ortiz De Zárate Pulido, Juan Francisco (1); Martínez Díaz, Javier; Fernández Suárez, Gemma (1); Flores Belinchón, Raquel(1); Salgado Barquinero, María(1); Helguera Amezua, Cristina(1); Fernández García, María(1); Calvo Blanco, Juan(1); Cigarrán Sesto, Helena(1); Martín Fernández, María(1)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

Resumen:

INTRODUCCIÓN

Varón de 78 años que presenta, como antecedentes relevantes, enfermedad renal crónica (grado G4A3) secundaria a poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD) con importante nefromegalia bilateral, así como afectación hepática conocida. Hipertenso (HTA) y dislipémico. Como antecedentes cardiológicos, destacan un ecocardiograma transtorácico (ETT) realizado meses atrás que mostraba una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) preservada, insuficiencia aórtica leve y dilatación de aorta ascendente de 42 mm.

ENFERMEDAD ACTUAL Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Acude al Servicio de urgencias por cuadro de cefalea y malestar general. Posteriormente desarrolla dolor centrotorácico irradiado a espalda y episodio de hipotensión franca que no remonta con fluidoterapia.

Se realiza angioTC de urgencia que muestra un hematoma intramural en la aorta que discurre desde el plano valvular, con disección de aorta ascendente autolimitada y hemopericardio.

EVOLUCIÓN

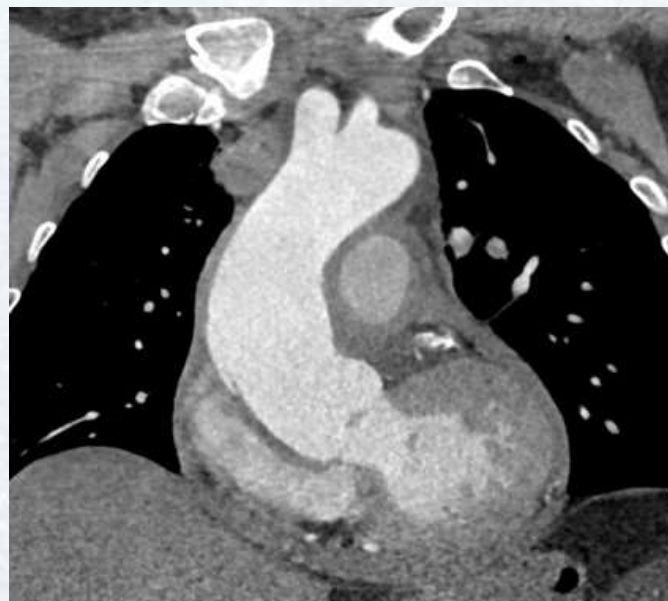
Dados los hallazgos, se decide cirugía emergente con circulación extracorpórea consistente en resección de la aorta afectada y sustitución por tubo valvular protésico. Posteriormente, es reintervenido en las primeras 24h por derrame pleural masivo derecho hemático. Evolución posterior relativamente aceptable en UCI.

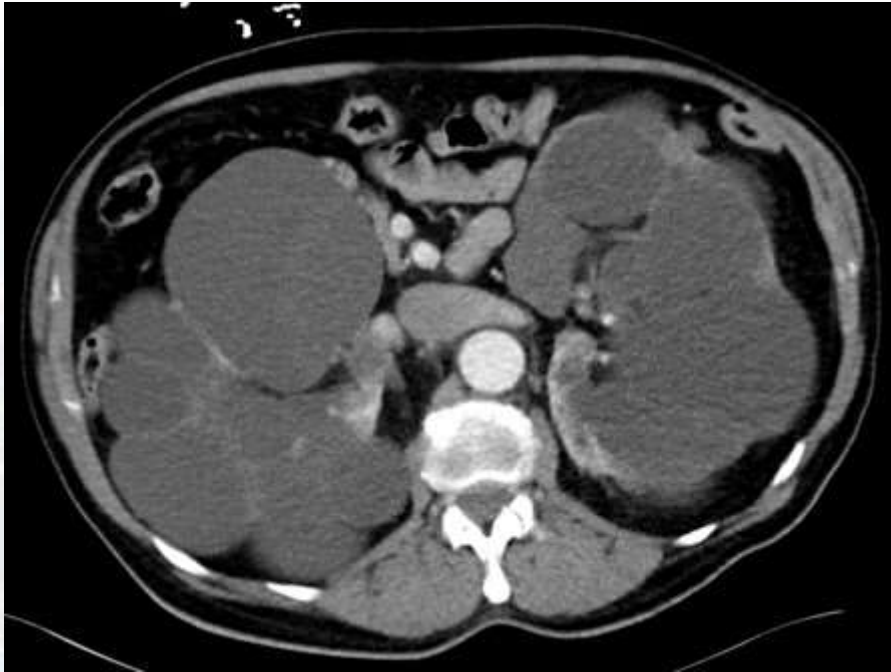
DISCUSIÓN

La PQRAD es una enfermedad sistémica resultante de la mutación en dos genes (PKD1, el más frecuente, y PKD2) con una prevalencia estimada de 1:1000, que se caracteriza por una degeneración quística a nivel renal asociado a múltiples quistes en otros órganos, como el hígado. Además, presenta manifestaciones a otros niveles, destacando aneurismas a nivel cerebral, coronarios o aórticos. La PQRAD provoca

anormalidades en la matriz de colágeno especialmente a nivel de la capa media de las arterias, lo que a su vez deriva en anormalidades en los vasos.

A pesar de que el screening de aneurismas cerebrales está relativamente aceptado, otra afección menos frecuente y menos conocida es, como en nuestro caso, la dilatación de raíz de aorta y aorta ascendente. Estudios recientes abogan por establecer como parte del seguimiento y al igual que con los aneurismas cerebrales, un screening ecocardiográfico rutinario en estos pacientes, junto con un obligado control estricto de cifras tensionales.





2 MIOCARDIOPATÍA DILATADA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO DE ALTO RIESGO ARRÍTMICO EN DEPORTISTA DE ALTA COMPETICIÓN: UNA ASOCIACIÓN PELIGROSA Y DE MANEJO COMPLEJO

Bouzón Iglesias, Paula (1); Gullón De La Roza, Alejandro (1); Fernández Suarez, Gemma (1); Ortiz De Zárate, Juan Francisco (1); Pérez Bacigalupe, Laura (1); González Mesa, Rosana (1); Lorca Gutiérrez, Rebeca (1); Rozado Castaño, Jose (1); Alén Andrés, Alberto (1); Nieves Ureña, Beatriz (1)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

Resumen:

INTRODUCCIÓN

Varón de 50 años deportista de alto rendimiento. Como antecedentes familiares madre y padre fallecidos de muerte súbita de etiología no aclarada.

ENFERMEDAD ACTUAL

Consulta por episodios de palpitaciones mientras realizaba carrera de 30 kilómetros, que cedieron a los pocos minutos del cese de la actividad deportiva. La monitorización mediante pulsómetro objetivaba frecuencia cardíaca entorno 230 latidos/minuto. A su llegada exploración, electrocardiograma, radiografía tórax y analítica sin hallazgos patológicos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realiza ecocardiograma que muestra ventrículo izquierdo (VI) severamente dilatado con espesores parietales dentro de la normalidad. Hipoquinesia global que condiciona una fracción de eyección (FEVI) severamente reducida, sin valvulopatías. TC coronario, sin alteraciones y resonancia magnética cardíaca que objetiva un VI severamente dilatado con disfunción severa, así como adelgazamiento y acinesia en varios segmentos. Además, muestra realce tardío subepicárdico parcheado. Ventrículo derecho sin alteraciones morfológicas y disfunción sistólica leve. Los hallazgos son compatibles con miocardiopatía dilatada del ventrículo izquierdo (MCDVI) de alto riesgo arrítmico. Estudio genético negativo.

Se decide implantación de desfibrilador automático implantable (DAI) en prevención primaria y restricción del ejercicio de intensidad moderada-alta.

EVOLUCIÓN

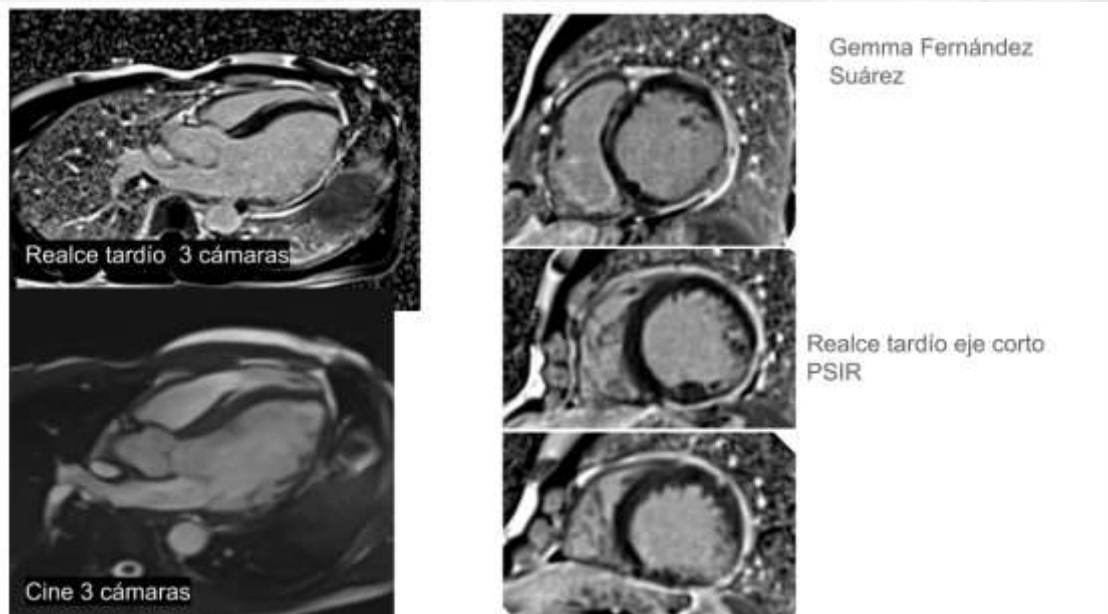
Un año después ingresa por descargas apropiadas de DAI en contexto de taquicardia

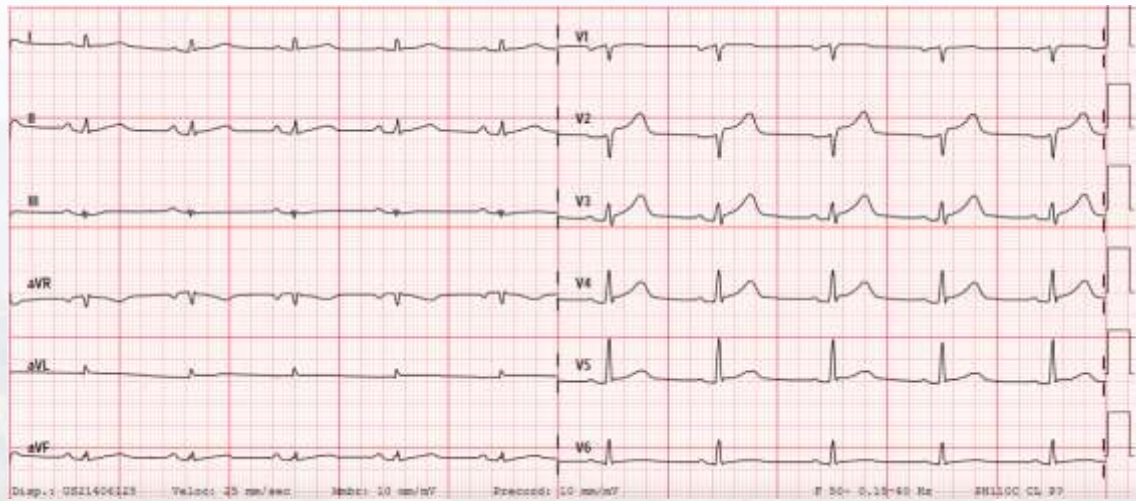
monomorfa sostenida. Como posible desencadenante la reintroducción de ejercicio físico de baja-moderada intensidad. Se decide ablación de sustrato arrítmico con éxito.

DISCUSIÓN

La clasificación de las miocardiopatías ha cambiado en los últimos tiempos, incorporándose el término MCDVI con alto riesgo arrítmico, a lo que antes se conocía como displasia arritmogénica de predominio izquierdo. La MCDVI es una entidad poco frecuente (prevalencia 0.036-0.4%) definida como la presencia de dilatación del VI y disfunción sistólica global/regional no explicada por anomalías de la carga. La indicación de implantación de DAI depende de múltiples factores, estando indicado si se presenta como parada cardíaca o arritmia ventricular con inestabilidad hemodinámica. Además, se debe considerar su implantación si la FEVI es <35%, en genética de alto riesgo o si presenta otros factores de riesgo como el síncope o realce tardío con gadolinio en la resonancia magnética.

Las recomendaciones sobre ejercicio físico son un tema controvertido, añadido al reto mental que supone para este perfil de pacientes la restricción deportiva. El ejercicio de alta intensidad en pacientes sintomáticos, con FEVI <40% o arritmias ventriculares está contraindicado. En los pacientes que no cumplan estas características, podría considerarse el ejercicio de baja-moderada intensidad, quedando el ejercicio de alta intensidad restringido a un grupo muy concreto de pacientes.





3 TAKO-TSUBO, UN SÍNDROME CAMALEÓNICO

Salgado Barquinero, María (1); Cachero Bermúdez, Alfonso (1); González Urbistondo, Francisco(1); Martínez Díaz, Javier(1); Nieves Ureña, Beatriz(1); Flores Belinchón, Raquel(1); Ortiz De Zárate Pulido, Juan Francisco(1); Helguera Amezúa, Cristina (1); Gemma, Fernández(1); María, Martín Fernández (1)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

Resumen:

Mujer de 72 años, con dislipemia e hipertensión arterial, y un ingreso hace 6 meses por dolor torácico de características no coronarias y mal control de la presión arterial, con función biventricular conservada y sin movilización de troponina. Además, epilepsia con crisis parciales complejas en tratamiento médico, cefaleas tensionales, mareos y trastorno ansioso-depresivo.

Actualmente, ingresada en nuestro centro por una crisis parcial posteriormente generalizada, objetivándose durante el transcurso de la misma una elevación del segmento ST anterolateral (Figura 1), junto con elevación de TnaT (880ng/ml) y NT pro BNP (4277 pg/ml). Ecocardiograma con alteraciones segmentarias de la contractilidad en territorio anterior y disfunción sistólica leve. Se realiza coronariografía emergente en la que se descartan lesiones coronarias. En la ventriculografía se confirman alteraciones segmentarias de la cara anterior con contractilidad apical preservada.

Ante un MINOCA, siguiendo las guías (1) es recomendación IB realizar una resonancia magnética cardíaca (RMC). En la resonancia de nuestra paciente (Figura 2) se apreciaba acinesia del segmento anterior medio con el resto de la contractilidad normal. En la secuencia STIR se apreciaba hiperintensidad compatible con edema en el segmento anterior medio, pero ausencia de captación patológica de contraste siendo estos hallazgos sugestivos de miocardiopatía de estrés con patrón focal. Además, la desproporción en el aumento de péptidos natriuréticos frente a troponina apoya también el diagnóstico de miocardiopatía de estrés según los criterios de la Asociación de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Europea de Cardiología (Figura 3).

El Síndrome de Tako-Tsubo es un cuadro agudo caracterizado por alteraciones segmentarias de la contractilidad con insuficiencia cardíaca aguda en ausencia de lesiones coronarias epicárdicas responsables. (3)



Su fisiopatología se desconoce todavía. La liberación excesiva de catecolaminas contribuye a la disfunción miocárdica aguda, pero también tienen su papel la disfunción microvascular, la inflamación y los trastornos electrofisiológicos. (3,4)

Se consideran factores de riesgo el sexo femenino, la post-menopausia, los trastornos psiquiátricos (ansiedad, depresión, esquizofrenia), el asma, la diabetes o el abuso de drogas (4). Existen casos descritos ante una crisis epiléptica similares al nuestro (2).

Este caso destaca tanto por su desencadenante, como por su patrón, dado que el patrón focal es el menos frecuente de presentación (<0.5%) generalmente con un curso benigno y más comúnmente asociado a dolor torácico. (4)

Por último, destacar la importancia de la RM en el diagnóstico diferencial del MINOCA gracias a los distintos patrones de distribución, presencia o ausencia de edema y/o realce.

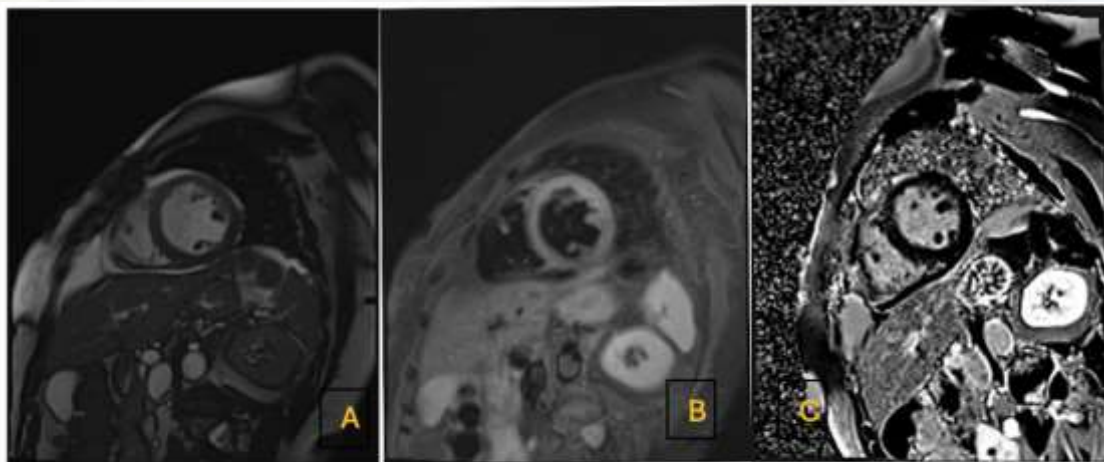


Figura 2. Cardio RM. A: secuencia cine con hipocontracción en segmento anterior medio. B: secuencia STIR con edema en segmento anterior medio y C: ausencia de realce tardío en dicho segmento. Hallazgos compatibles con miocardiopatía de estrés con patrón focal.

Heart Failure Association-European Society of Cardiology Criteria

1. Transient regional wall motion abnormalities of left ventricle or right ventricle myocardium, which are frequently, but not always, preceded by a stressful trigger (emotional or physical).
2. The regional wall motion abnormalities usually* extend beyond a single epicardial vascular distribution, and often result in circumferential dysfunction of the ventricular segments involved.
3. The absence of culprit atherosclerotic coronary artery disease, including acute plaque rupture, thrombus formation, and coronary dissection or other pathological conditions to explain the pattern of temporary LV dysfunction observed (e.g., hypertrophic cardiomyopathy, viral myocarditis).
4. New and reversible electrocardiography abnormalities (ST-segment elevation, ST-segment depression, LBBB,† T-wave inversion, and/or QTc prolongation) during the acute phase (3 months).
5. Significantly elevated serum natriuretic peptide (BNP or NT-proBNP) during the acute phase.
6. Positive but relatively small elevation in cardiac troponin measured with conventional assay (i.e., disparity between the troponin level and the amount of dysfunctional myocardium present).‡
7. Recovery of ventricular systolic function on cardiac imaging at follow-up (3 to 6 months).§

Figura 3. Criterios diagnósticos de la Asociación de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico de miocardiopatía de estrés.

4 ¿OTRO EDEMA AGUDO DE PULMÓN MÁS?

Cuesta Margolles, Laura (1); Adeba García, Antonio (1); Vega Hernández, Berta (1); Ríos Gómez, Enrique (1); Gómez Carrillo, Víctor (1); Rodríguez Ortuño, Julia (1); Morena Salas, Daniel (1); Tobarra Peña, Ariadna (1); Santamaría Del Tío, Javier (1); Martínez Laga, Álvaro (1)

(1) Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón

Resumen:

INTRODUCCIÓN

La ecografía está convirtiéndose en una herramienta cada vez más empleada en el paciente crítico. Su disponibilidad en situaciones urgentes permite optimizar el manejo.

La endocarditis infecciosa es una entidad potencialmente mortal con múltiples formas de presentación, lo que puede dificultar su diagnóstico temprano.

DESARROLLO DE CASO

Varón de 44 años, natural de Bulgaria.

Antecedentes personales: fumador de medio paquete al día desde hace 20 años. Bebedor habitual de cerveza. No otros antecedentes médicos ni historia cardiológica previa personal ni familiar.

Acude a Urgencias por disnea y ortopnea de comienzo súbito, en las horas previas. En el último mes, había consultado hasta en 4 ocasiones por dolor lumbar, escalofríos y molestias urinarias, siendo etiquetado como infección de tracto urinario y recibiendo tratamiento con cefuroxima.

El paciente ingresa en Unidad Coronaria en edema agudo de pulmón, con PA de 140/40 mmHg y soplo aórtico. Para su estabilización, precisa de ventilación mecánica no invasiva y diuréticos a dosis elevadas. Se realiza ecocardiograma transtorácico urgente, con una imagen muy sugestiva de endocarditis infecciosa con una vegetación de gran tamaño (imagen 1) que condiciona una insuficiencia aórtica libre, con inversión holodiastólica de flujo en doppler pulsado de aorta descendente (Imágenes 2 y 3). En el electrocardiograma, taquicardia sinusal con alteraciones difusas en la repolarización y sin hallazgos relevantes en la analítica, salvo una PCR de 47.

Se traslada de manera urgente al Hospital terciario de referencia para cirugía cardíaca. En el ecocardiograma transesofágico intraoperatorio se confirma la presencia de una vegetación de 3 cm sobre válvula aórtica bicúspide que condiciona la rotura del velo

coronario derecho, con insuficiencia aórtica libre. Finalmente se realiza una sustitución valvular aórtica por prótesis mecánica St Jude Nº 27. Durante su estancia en UVI persiste la dependencia de estimulación por los electrodos epicárdicos debido a un bloqueo auriculoventricular completo, que requiere la implantación de marcapasos definitivo DDD.

El origen infeccioso de la endocarditis no se pudo confirmar, ya que tanto el cultivo de la vegetación como los hemocultivos obtenidos al ingreso fueron negativos. En cualquier caso, se completó la pauta de antibiótico intravenoso y posteriormente oral, tras considerarse la posibilidad de endocarditis decapitada.

CONCLUSIONES

En pacientes inestables y sin un claro diagnóstico, disponer de un ecocardiograma transtorácico de manera urgente permite identificar patologías cuyo manejo precoz puede resultar vital. La endocarditis puede ser una entidad letal incluso en ausencia de actividad infecciosa al diagnóstico.

