



**Libro de Comunicaciones:
90^a REUNIÓN
DE LA
SOCIEDAD CASTELLANA
DE
CARDIOLOGÍA**

18 y 19 de Mayo de 2012

Cuenca
Museo de las Ciencias

Junta Directiva de la Sociedad Castellana de Cardiología

Presidenta: Dra. Araceli Boraíta Pérez

Vicepresidente: Dr. Juan Luis Bardají Mayor

Secretario: Dr. Leopoldo Pérez de Isla

Tesorera: Dra. Petra Sanz Mayordomo

Editora: Dra. Mª Nieves Tarín Vicente

Página Web: Dr. Ramón Bover Freire

Vocal de Acreditaciones: Dr. David Martí Sánchez

Comité Científico: Dr. Vivencio Barrios Alonso

Comité Científico: Dr. José Julio Jiménez Nácher

Vocal de Formación Continuada: Dr. Lorenzo López Bescós

Vocal de Residentes: Dr. Sergio García Ortego

Vocal de Madrid: Dr. Manuel Abeytua Jiménez

Vocal de Castilla-La Mancha: Dra. Ana Mª García de Castro

Vocal de La Rioja: Dr. Adrián Beloscar Llorca

Vocal de Cantabria: Dr. José Ramón de Berrazueta Fernández

ISBN: 978-84-695-6573-5

Nº REGISTRO: 2012108770

© Sociedad Castellana de Cardiología 2012
<http://www.castellanocardio.es/>

C/ Santa Isabel, 51. 28012 Madrid

Editora: Dra. Mª Nieves Tarín Vicente

PRESENTACIÓN

Es motivo de orgullo y satisfacción para ésta nuestra Sociedad, el que los Médicos Especialistas en Formación en Cardiología se animen a presentar sus trabajos en las reuniones de la Sociedad Castellana de Cardiología. En esta era de la información, donde el acceso a las fuentes del conocimiento se universaliza, la Sociedad Castellana de Cardiología se atreve y apuesta por las ideas de los más jóvenes.

Este libro de Comunicaciones presentadas en la 90^a reunión de la Sociedad celebrada en Cuenca, recoge más de 50 trabajos de notable interés, realizadas por profesionales de 12 hospitales diferentes. Diez de ellos, reconocidos como finalistas al premio a la mejor comunicación, siendo premiada la titulada: *“Realización de cateterismo cardiaco sin retirada de la anticoagulación oral: eficacia y seguridad”*.

Muchas gracias a todos por la dedicación y el esfuerzo. Porque nos importan las personas y los profesionales, queremos seguir contando contigo.

Dra. Araceli Boraíta Pérez

Presidenta de la Sociedad Castellana de Cardiología

INDICE DE COMUNICACIONES

1. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE BEHÇET.

Nieves Montoro, José Juan Gómez de Diego, Fernando de Torres, Ángel Manuel Iniesta, Susana del Prado, Sandra Ofelia Rosillo, Danielle Gemma, José Luis López-Sendón. Hospital Universitario La Paz, Madrid.....Pág. 13

2. MASA EN ARTERIA PULMONAR Y SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO: NO SIEMPRE TAN SENCILLO.

Ángel Manuel Iniesta, Nieves Montoro, Fernando De Torres, M^a Carmen Monedero, Teresa López, José Juan Gómez de Diego, Mar Moreno, José Luis López-Sendón. Hospital Universitario La Paz, Madrid.....Pág. 14

3. DOLOR TORÁCICO RECURRENTE EN PACIENTE CON REVASCULARIZACIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA RECENTE POR VASOESPASMO MULTIVASO.

Abraham López, Ana M^a Pello. Fundación Jiménez Díaz- Capio, Madrid.....Pág. 15

4. EL ECOCARDIOGRAMA NORMAL NO DESCARTA UN SUBSTRATO DE TAQUICARDIA VENTRICULAR SOSTENIDA POR MIOCARDITIS CRÓNICA.

Alejandro Villanueva, Alfonso Fraile, Rocío Hinojar, José Leguizamón, Agustín Pastor, Ambrosio Núñez, Francisco García-Cosío. Hospital Universitario de Getafe, Madrid.....Pág. 16

5. SÍNDROME CORONARIO AGUDO DURANTE SHOCK ANAFILÁCTICO. *Finalista.*

Hugo del Castillo, Daniel Antonio Rodríguez, Manuel Jiménez Mena, Javier de Juan Bagudá, Asunción Camino, Ximena Rodríguez, Luisa Salido, José Luis Zamorano. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.....Pág. 17

6. ISQUEMIA MIOCÁRDICA TRANSITORIA E INFARTO DE MIOCARDIO NO TRANSMURAL SECUNDARIOS A UN ORIGEN ANÓMALO DEL TRONCO CORONARIO IZQUIERDA.

Fernando De Torres, Esteban López de Sá, Elena Refoyo, Ángel Manuel Iniesta, Nieves Montoro, Mar Moreno, Losé Luís López-Sendón. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

.....Pág. 18

7. PLATAFORMA DE MONITORIZACIÓN CARDIACA DE NUEVA GENERACIÓN, REMOTA Y SIN CABLES: ESTUDIO DE VIABILIDAD.

Edurne López Soberón*, Nellys Carolina Campos**, Maribel Quezada**, Juan Guinea**, Joel Moreno**, Patricia Mahía**, Leopoldo Pérez de Isla**. *Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”, **Hospital Carlos III, Madrid.....*Pág. 19*

8. VALORACIÓN DEL VOLUMEN DE LA AURÍCULA DERECHA: VALORES INDEXADOS DE REFERENCIA POR ECOCARDIOGRAFÍA 2D Y 3D EN POBLACIÓN ADULTA SANA. *Finalista.*

Edurne López Soberón*, Joel Moreno**, Nellys Carolina Campos**, Maribel Quezada**, Juan Guinea**, Patricia Mahía**, Leopoldo Pérez de Isla**. *Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” y **Hospital Carlos III, Madrid.....*Pág. 21*

9. EVALUACIÓN DEL VOLUMEN DE LA AURÍCULA DERECHA: COMPARACIÓN ENTRE LA ECOCARDIOGRAFÍA 2D Y 3D.

Edurne López Soberón*, Joel Moreno**, Maribel Quezada**, Juan Guinea**, Nellys Carolina Campos**, Patricia Mahía**, Leopoldo Pérez de Isla**. *Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” y **Hospital Carlos III, Madrid.....*Pág. 22*

10. IMPACTO DE LA DISLIPEMIA EN UN PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA.

Esther Cambronero, Jesús María Jiménez Mazúecos, Isabel López Neyra, Javier Navarro, Daniel Prieto. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.....*Pág. 23*

11. ¿ES IMPORTANTE LA GLUCEMIA EN UN PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA?

Esther Cambronero, Jesús María Jiménez Mazúecos, Juan Gabriel Córdoba, Francisco Manuel Salmerón, Manuel José Fernández Anguita. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.....*Pág. 24*

12. INFLUENCIA DEL TIEMPO EN UN PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA.

Esther Cambronero, Jesús María Jiménez Mazúecos, Juan Gabriel Córdoba, Cristina Llanos, Manuel José Fernández Anguita. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.....*Pág. 25*

13. INFLUENCIA DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA RESIDUAL EN UN PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA.

Esther Cambronero, Jesús María Jiménez Mazúecos, Isabel López Neyra, Javier Navarro, Juan Gabriel Córdoba. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

.....Pág. 26

14. IMPLICACIONES PRONÓSTICAS DEL SEXO FEMENINO EN UN PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA. *Finalista.*

Esther Cambronero, Jesús María Jiménez Mazúecos, Juan Gabriel Córdoba, Cristina Llanos, Manuel José Fernández Anguita. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.....Pág. 27

15. DISECCIÓN AÓRTICA: LA IMPORTANCIA DEL RECONOCIMIENTO CLÍNICO PRECOZ.

María Thiscal López Lluva, María Carmen Espinosa, Natalia Pinilla, Nancy Giovanna Uribe, Manuel Marina Breysse, Andrea Moreno Arciniegas, Álvaro Moreno Reig, Miguel Ángel Rienda. Hospital General Universitario de Ciudad Real.....Pág. 27

16. ENDOCARDITIS INFECCIOSA: LA GRAN SIMULADORA.

María Thiscal López Lluva, Natalia Pinilla, Nancy Giovanna Uribe, María Carmen Espinosa, Manuel Marina Breysse, Andrea Moreno Arciniegas, MA Pérez Martínez, Miguel Ángel Rienda. Hospital General Universitario de Ciudad Real.....Pág. 28

17. INSUFICIENCIA CARDIACA CON UNA ETIOLOGÍA NO CARDIOGÉNICA.

Nancy Giovanna Uribe, Natalia Pinilla, María Thiscal López Lluva, Nuria Muñoz, Felipe Higuera, Manuel Marina Breisser, Jaime Benito Peirat, Germán Hernández Herrera. Hospital General Universitario de Ciudad Real.....Pág. 30

18. MEMORIA ELÉCTRICA CARDÍACA, GRAN SIMULADORA DE ISQUÉMIA MIOCÁRDICA.

Natalia Pinilla, María Thiscal López, Nancy Giovanna Uribe, Felipe Higuera, Nuria Muñoz, Manuel Marina Breysse, Andrea Moreno Arciniegas, Álvaro Moreno Reig. Hospital General Universitario de Ciudad Real.....Pág. 31

19. ESTUDIO SOBRE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL.

Libro de Comunicaciones: 90º REUNIÓN DE LA SOCIEDAD CASTELLANA DE CARDIOLOGÍA

Nancy Giovanna Uribe¹, Luis Guillermo Piccone¹, Natalia Pinilla¹, María Thiscal López Lluva¹, Nuria Muñoz¹, Andrea Moreno Arciniegas¹, Germán Hernández Herrera, Abdou Yasser Hessein². ¹ Hospital General Universitario de Ciudad Real. ² Hospital Alcázar de San Juan, Ciudad Real.....*Pág. 32*

20. DESCENSO DEL ST EN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST REPERFUNDIDO: ESTUDIO MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA.

Clara Bonanad, Guido Palomino, Juan Sanchís, Julio Núñez, José Vicente Monmeneu, María P. López-Lereu, Francisco J. Chorro, Vicente Bodí. Hospital Clínico Universitario de Valencia.....*Pág. 33*

21. VALOR PRONÓSTICO COMBINADO DEL SCORE GRACE Y LA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA EN PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST. *Finalista.*

Clara Bonanad, Andrea Eixerés, Juan Sanchís, Julio Núñez, José V. Monmeneu, Fabian Chaustre, Francisco J. Chorro, Vicente Bodí. Hospital Clínico Universitario de Valencia.....*Pág. 34*

22. TAQUIARRITMIA EN ESCLERODERMIA.

Diana Segovia, Justo Juliá, Finn Olof Akerstrom, Laia Carla Belarte, Ana Pérez Serradilla, María Lázaro, Belén Santos, Luis Rodríguez Padial. Hospital Virgen de la Salud, Complejo Hospitalario de Toledo.....*Pág. 35*

23. CARDIOPATÍA REUMÁTICA CRÓNICA CON AFECTACIÓN MULTIVALVULAR.

Cristina Fraile, Alejandra Carbonell, Hugo del Castillo, Alejandro del Río, José Luis Moya, Laura Morán, Carlos Moreno, José Luis Zamorano. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.....*Pág. 36*

24. UNA IMAGEN ATÍPICA EN LA VENTRICULOGRAFÍA.

Javier de Juan, Daniel Rodríguez, Sem Briongos, Antonia Delgado, Ana García, David Martí, Manuel Jiménez Mena, José Luis Zamorano. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.....*Pág. 37*

25. MUJER DE 75 AÑOS CON SÍNDROME DE PLATIPNEA ORTODEOXIA POR FORAMEN OVAL PERMEABLE Y ANEURISMA DEL SEPTUM INTERAURICULAR.

Finalista.

Elvis Amao Ruiz. Loubna Elmardi. Freud Michel. Carolina Quintero Lopez. José Nieto Rodríguez. Timoteo Cámara González y María de la Luz Cardo Maeso. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.....*Pág. 38*

26. AMILOIDOSIS CARDIACA EN PACIENTE CON MIELOMA MÚLTIPLE.

Alejandra Carbonell, Cristina Fraile, Laura Morán, Hugo del Castillo, Alicia Mejías, Ana Echániz, José Luis Moya, José Luis Zamorano. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.....*Pág. 39*

27. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ECOCARDIOGÁFICO DE MASA CARDÍACA EN PACIENTE CON GRANULOMATOSIS DE WEGENER.

Andrea Moreno, Giovanna Nancy Uribe, Natalia Pinilla, Maria Thiscal Lopez Lluva, Jaime Manuel Benítez, Francisco Rivera, Maria Dolores Sánchez de la Nieta, Alvaro Moreno. Hospital General Universitario de Ciudad Real.....*Pág. 41*

28. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO ANTERIOR SECUNDARIO A TROMBOSIS DE ANEURISMA CORONARIO POR PROBABLE ENFERMEDAD DE KAWASAKI.

Carolina Robles, Luis Fernando Pajín, Laia Carla Belarte, Finn Olof Akerström, Iciar García Ormazabal, Luis Rodríguez Padial. Hospital Virgen de la Salud, Complejo Hospitalario de Toledo.....*Pág. 42*

29. ¿UNA FORMA CONCRETA DE FIBRILACIÓN VENTRICULAR IDIOPÁTICA?

Finalista.

Julio Casares-Medrano, M.A. Arias-Palomares, Finn Olok Akerstrom, Alex Cortés-Beringola, Miguel Jerez-Valero, Blanca Rodríguez-Picón, F.A. López-Sánchez, Luis Rodríguez Padial. Complejo Hospitalario de Toledo.....*Pág. 43*

30. PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN MUJER JOVEN.

Teresa Segura, Hugo del Castillo, Alejandro del Río, Asunción Camino, Alicia Mejías, Antonio Hernández-Madrid, Manuel Jiménez Mena, José Luis Zamorano. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.....*Pág. 45*

31. UTILIDAD DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA EN PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO, ELEVACIÓN DE MARCADORES MIOCÁRDICOS Y ECG NO DIAGNÓSTICO.

Libro de Comunicaciones: 90º REUNIÓN DE LA SOCIEDAD CASTELLANA DE CARDIOLOGÍA

Elena González Higueras, María Luz Cardo Maeso, MA Godoy, JM Añón Elizalde, A Corrales Cruz, A Murillo Martín, MO Casto Gallego, OA Hernández. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.....*Pág. 46*

32. AFECTACIÓN MIOCÁRDICA EN PACIENTES CON MIOCARDITIS AGUDA. ESTUDIO POR RESONANCIA MAGNÉTICA.

Clara Bonanad, Sergio García-Blas, José Vicente Monmeneu, María P. López-Lereu. Hospital Clínico Universitario de Valencia.....*Pág. 47*

33.-CARDIOPATÍA CHAGÁSICA, UNA ENFERMEDAD CON RIESGO VITAL DE INCIDENCIA CRECIENTE EN ESPAÑA. *Finalista.*

Alex Cortés-Beringola, Julio Casares-Medrano, Blanca Rodríguez-Picón, A. Pérez-Serradilla, S. Giacoman-Hernández, Iciar García-Ormazabal, Belén Santos-González, Luis Rodríguez Padial. Complejo Hospitalario de Toledo.....*Pág. 48*

34. VASOESPASMO CORONARIO SECUNDARIO A ADRENALINA TÓPICA.

Nuria Muñoz, Nancy Giovanna Uribe, Felipe Higuera, Natalia Pinilla, Manuel Marina Breysse, María Thiscal López Lluva, Jaime Benítez, Andrea Moreno. Hospital General Universitario de Ciudad Real.....*Pág. 50*

35. FRACASO CONGESTIVO E HIPOTENSIÓN TRAS SCACEST. María del Carmen Espinosa, María Thiscal López Lluva, Francisco Ruíz Lorenzo, Mar Juan, Ainhoa Serrano, M.Carmen Corcorbado, Ramón Órtiz, Miguel Ángel Rienda. Hospital General Universitario de Ciudad Real.....*Pág. 51*

36. DERRAME PERICÁRDICO SEVERO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UN ADENOCARCINOMA DE ORIGEN DESCONOCIDO.

Laia Carla Belarte Tornero, A. Pérez Serradilla, Carolina Robles Gamboa, Justo Julia Calvo, Diana Segovia, Alex Cortés Beringola. B. Martínez Carrasco. Hospital Virgen de la Salud, Toledo.....*Pág. 52*

37. CUANTIFICACIÓN DE LA ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA CON RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA, CON CORRELACIÓN CON ECOCARDIOGRAFIA. *Finalista.*

Esther Cambronero, Begoña Igual, Miguel José Corbí, Antonia Tercero, Juan Gabriel Córdoba, Cristina Llanos, Manuel José Fernández Anguita, Isabel López Neyra. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.....*Pág. 53*

38. INFLUENCIA DE LA DIABETES CONOCIDA Y DESCONOCIDA EN UN PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA.

Esther Cambronero, Jesús María Jiménez Mazúecos, Isabel López Neyra, Javier Navarro Cuartero, Daniel Prieto, Cristina Llanos, Juan Gabriel Córdoba, Francisco Manuel Salmerón. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.....Pág. 54

39. EVOLUCIÓN DE LOS NEFRÓPATAS EN UN PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA.

Esther Cambronero, Jesús María Jiménez Mazúecos, Antonio Gutiérrez Díez, Alberto Gómez Pérez, Miguel José Corbí, Manuel José Fernández Anguita, Juan Gabriel Córdoba, Isabel López Neyra. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete....Pág. 55

40. DOLOR TORÁCICO CON CAMBIOS EN ECG, NO SIEMPRE ES LO QUE PARECE.

Blanca Rodríguez Picón, Julio Casares, Miguel Jerez, Cristina de la Rosa, Finn Olor Akerstrom, Alex Cortés, Belén Santos, María Lázaro. Hospital Virgen de la Salud, Toledo.....Pág. 56

41. DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR

Miguel Jerez, Julio Casares, Blanca Rodríguez Picón, Diana Segovia, Justo Juliá, Finn Olof Akerstrom, Laia Carla Belarte, Luis Rodríguez Padial. Hospital Virgen de la Salud, Toledo.....Pág. 58

42. DOLOR TORÁCICO EN VARÓN JOVEN.

Finn Olof Akerström, Alan Juárez, Belén Santos, Ana Alguacil, Justo Juliá, Diana Segovia, Carolina Robles, Laia Carla Belarte. Hospital Virgen de la Salud, Toledo.....Pág. 59

43. EFICACIA Y SEGURIDAD DE UN PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN PRECOZ EN ALÉRGICOS A ASPIRINA ATENDIDOS POR SCA EN UNA UNIDAD CORONARIA.

Juan G. Córdoba-Soriano, Víctor Hidalgo-Olivares, Francisco Salmerón-Martínez, Isabel López-Neyra, Alberto Gómez-Pérez, Carlos Lafuente-Gormaz, Antonio Gutiérrez-Díez, Jesús Jiménez-Mazuecos. Hospital General Universitario de Albacete.....Pág. 60

44. ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN PACIENTES ANCIANOS: ¿QUÉ FACTORES DETERMINAN EL PRONÓSTICO?

Víctor Hidalgo-Olivares, Juan G. Córdoba-Soriano, Esther Cambronero-Cortinas, Francisco Salmerón-Martínez, Ana Ruíz-Tornero, Daniel Prieto-Mateos, Antonio Gutiérrez-Díez, Jesús Jiménez-Mazuecos. Hospital General Universitario de Albacete.....Pág. 61

45. INCIDENCIA, PREDICTORES Y PRONÓSTICO DE LAS COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS TRAS INTERVENCIONISMO EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD CORONARIA.

Juan G. Córdoba-Soriano, Cristina Llanos-Guerrero, Esther Cambronero-Cortinas, Victor Hidalgo-Olivares, Javier Navarro-Cuartero, Antonio Gutiérrez-Díez, Dolores Rodríguez-Carcelén, Jesús Jiménez-Mazuecos. Hospital General Universitario de Albacete.....Pág. 62

46. DISMINUCIÓN EN EL TIEMPO HASTA LA REPERFUSIÓN TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE UN NUEVO PROTOCOLO REGIONAL DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA (CORECAM).

Juan G. Córdoba-Soriano, Isabel López-Neyra, Víctor Hidalgo-Olivares, Javier Navarro Cuartero, Antonio Gutiérrez-Díez; Arsenio Gallardo-López, Mª Teresa Iglesias-Mier, Jesús Jiménez-Mazuecos. Hospital General Universitario de Albacete.....Pág. 63

47. INFLUENCIA DEL ACCESO VASCULAR PARA LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA DEL IAMCEST EN EL TIEMPO HASTA LA REPERFUSIÓN.

Isabel López-Neyra, Juan G. Córdoba-Soriano, Víctor Hidalgo-Olivares, Ana Ruíz Tornero, Daniel Prieto-Mateos, Antonio Gutiérrez-Díez, Otilia Gonzalez-Martínez, Jesús Jiménez-Mazuecos. Hospital General Universitario de Albacete.....Pág. 64

48. REALIZACIÓN DE CATETERISMO CARDIACO SIN RETIRADA DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL: EFICACIA Y SEGURIDAD. *Premio Mejor Comunicación.*

Juan G. Córdoba-Soriano, Arsenio Gallardo-López, Ana Ruíz-Tornero, Victor Hidalgo-Olivares, Isabel López-Neyra, Antonio Gutiérrez-Díez, María Teresa Iglesias-Mier, Jesús Jiménez-Mazuecos. Hospital General Universitario de Albacete.....Pág. 65

49. ÍNDICE TOBILLO-BRAZO COMO PREDICTOR DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES DIABÉTICOS INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO DE ALTO RIESGO.

Miguel A. Simón-García, Juan G. Córdoba-Soriano, Cristina Llanos-Guerrero, Francisco Salmerón-Martínez, Víctor Hidalgo-Olivares, Antonio Gutiérrez-Díez, Dolores Rodríguez-Carcelén, Jesús Jiménez-Mazuecos. Hospital General Universitario de Albacete.....Pág. 66

50. REVASCULARIZACIÓN COMPLETA EN OCTOGENARIOS: ¿ES REALMENTE IMPORTANTE? *Finalista.*

Francisco Salmerón-Martínez, Juan G. Córdoba-Soriano, Isabel López Neyra, Víctor Hidalgo-Olivares, Manuel Fernández-Anguita, Cristina Llanos-Guerrero, Antonio Gutiérrez-Díez, Jesús Jiménez-Mazuecos. Hospital General Universitario de Albacete.....Pág. 67

51. MORTALIDAD REAL DEL INTERVENCIONISMO SOBRE TCI EN COMPARACIÓN CON LA PREDECIDA POR EUROSORE LOGÍSTICO.

Juan G. Córdoba-Soriano, Arsenio Gallardo-López, Víctor Hidalgo-Olivares, Francisco Salmerón-Martínez, Esther Cambronero-Cortinas, Antonio Gutiérrez-Díez, Driss Melehi, Jesús Jiménez-Mazuecos. Hospital General Universitario de Albacete.....Pág. 68

52. PERFIL CLÍNICO Y PRONÓSTICO DEL SHOCK CARDIOGÉNICO ISQUÉMICO POR FALLO DE VENTRÍCULO DERECHO.

Cristina Llanos-Guerrero, Juan G. Córdoba-Soriano; Manuel Fernández-Anguita, Esther Cambronero-Cortinas, Víctor Hidalgo-Olivares, Javier Navarro-Cuartero, Antonio Gutiérrez-Díez, Jesús Jiménez-Mazuecos. Hospital General Universitario de Albacete.....Pág. 69

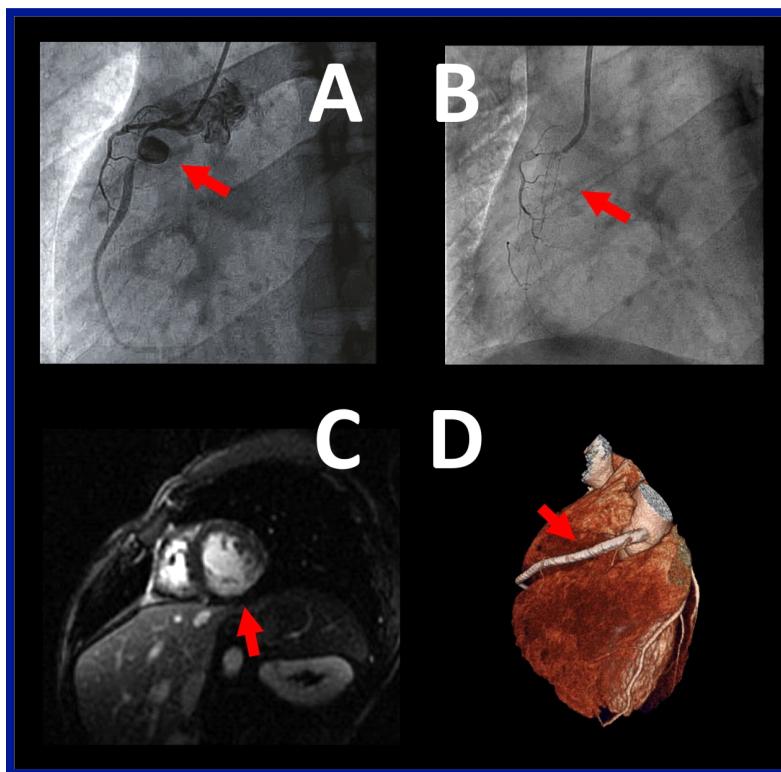
53. AFECTACIÓN VALVULAR CARDIACA POR CABERGOLINA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERPROLACTINEMIA.

Juan G. Córdoba-Soriano, Javier Navarro-Cuartero, Cristina Llanos-Guerrero, Esther Cambronero-Cortinas, Daniel Prieto-Mateos, Manuel Fernández-Anguita, Miguel Ángel Simón-García, Jesús Jiménez-Mazuecos. Hospital General Universitario de Albacete.....Pág. 70

1. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE BEHÇET.

Nieves Montoro, José Juan Gómez de Diego, Fernando de Torres, Ángel Manuel Iniesta, Susana del Prado, Sandra Ofelia Rosillo, Danielle Gemma, José Luis López-Sendón. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Varón de 33 años, fumador y consumidor ocasional de cannabis, que acudió por dolor torácico intermitente y fiebre, junto con odinofagia y úlceras bucales de una semana de evolución. Con el diagnóstico de presunción de miopericarditis aguda, se solicitó una resonancia magnética cardiaca que evidenció en las secuencias de realce tardío hallazgos compatibles con necrosis inferolateral. En el cateterismo, se demostró la oclusión crónica de la arteria coronaria derecha (ACD) y obtusa marginal. Un mes más tarde, el paciente reingresó por un cuadro similar. Los stents previamente implantados estaban trombosados y, además, se observó como la ACD se había recanalizado y presentaba en su porción proximal un gran aneurisma sacular no visualizado en el cateterismo previo. Se realizó angioplastia y se aisló el aneurisma con un stent graft. Dos meses más tarde, ingresó por un gran hematoma occipital derecho secundario a rotura de un aneurisma en la arteria parieto-occipital. Dos semanas después, tuvo que ser derivado a hemodinámica por angina prolongada, donde se objetivó nueva trombosis subaguda. Tras el alta hospitalaria, llamó la atención la persistencia de niveles altos de reactantes de fase aguda a pesar de la estabilidad clínica. Asimismo, la

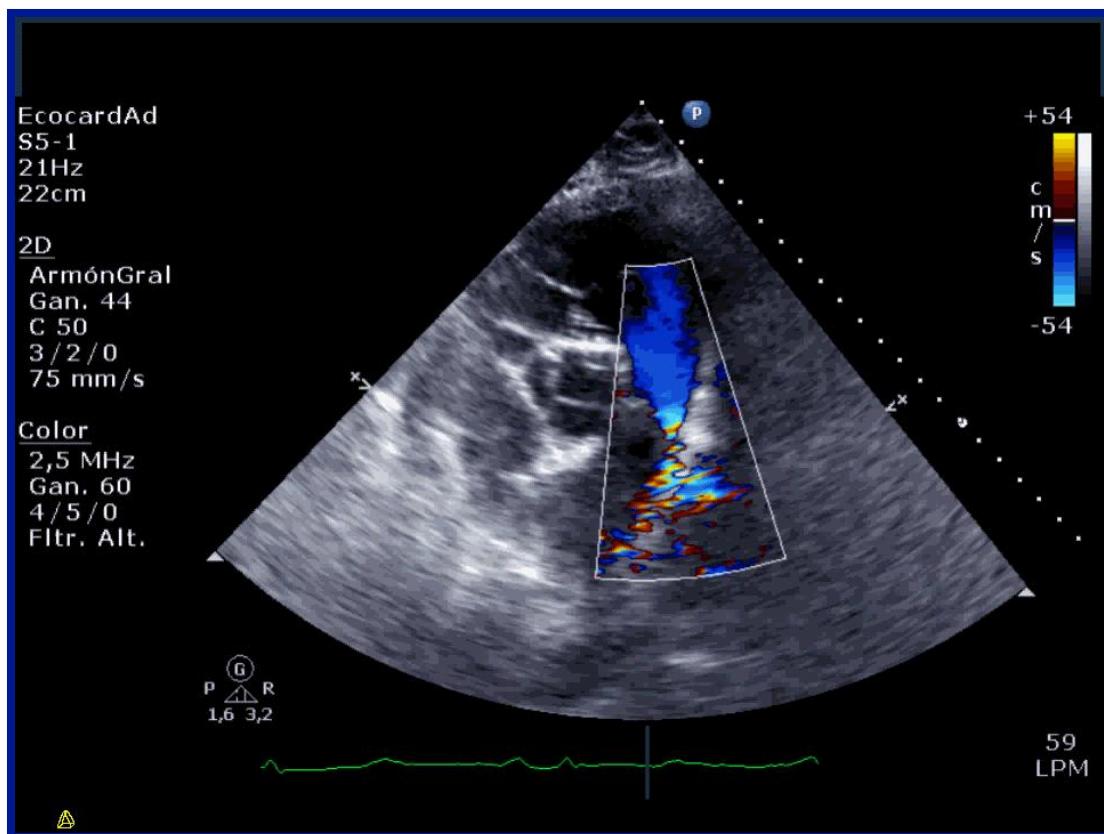


presencia de títulos altos de factor reumatoide reforzó nuestra sospecha clínica de que una vasculitis reumática pudiera ser la causante de los numerosos eventos cardiovasculares. Un mes más tarde, consultó nuevamente por fiebre y úlceras bucales. La coexistencia de aftas escrotales y pseudofoliculitis dorsal halladas en la exploración física fueron la clave para confirmar nuestra sospecha diagnóstica.

2. MASA EN ARTERIA PULMONAR Y SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO: NO SIEMPRE TAN SENCILLO.

Ángel Manuel Iniesta, Nieves Montoro, Fernando De Torres, Mª Carmen Monedero, Teresa López, José Juan Gómez de Diego, Mar Moreno, José Luis López-Sendón. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Varón de 75 años sin antecedentes de interés que acude al Servicio de Urgencias por disnea de esfuerzo progresiva de 2 meses de evolución y dolor pleurítico. Se encontraba hemodinámicamente estable y a la exploración física presentaba ingurgitación yugular y un soplo sistólico III/VI en borde paraesternal, más audible en foco pulmonar. Tenía un D-dímero elevado (1.501 ng/dL), siendo el electrocardiograma y la radiografía de tórax anodinos. Se completó el estudio con un ecocardiograma transtorácico que mostró una masa heterogénea en el interior de la arteria pulmonar, que ocupaba prácticamente toda la luz, con comportamiento obstructivo (gradiente de 65 mmHg). Con el diagnóstico de presunción de tromboembolismo pulmonar (TEP), pero sin poder descartarse el origen tumoral de la masa, se realizaron un angio-TC y una Cardio-RM. En el TC se observó una masa intravascular que no captaba contraste significativamente, con áreas en vidrio deslustrado en la periferia del pulmón derecho compatibles con defectos de perfusión. En la RM se demostró una lesión homogénea, hipointensa en las secuencias CINE y ligeramente hiperintensa en T1 y T2, e hiperintensa en la secuencia STIR, sin realce tras administración de gadolinio. Con el diagnóstico de TEP masivo subagudo se decidió anticoagulación con enoxaparina y tratamiento fibrinolítico. A pesar del tratamiento los estudios ecocardiográficos seriados demostraron la persistencia de la masa, por lo que se decidió realizar una trombendarterectomía pulmonar a los 15 días del ingreso. El estudio de la pieza quirúrgica demostró que correspondía anatopatológicamente con un sarcoma pleomórfico de la arteria pulmonar.

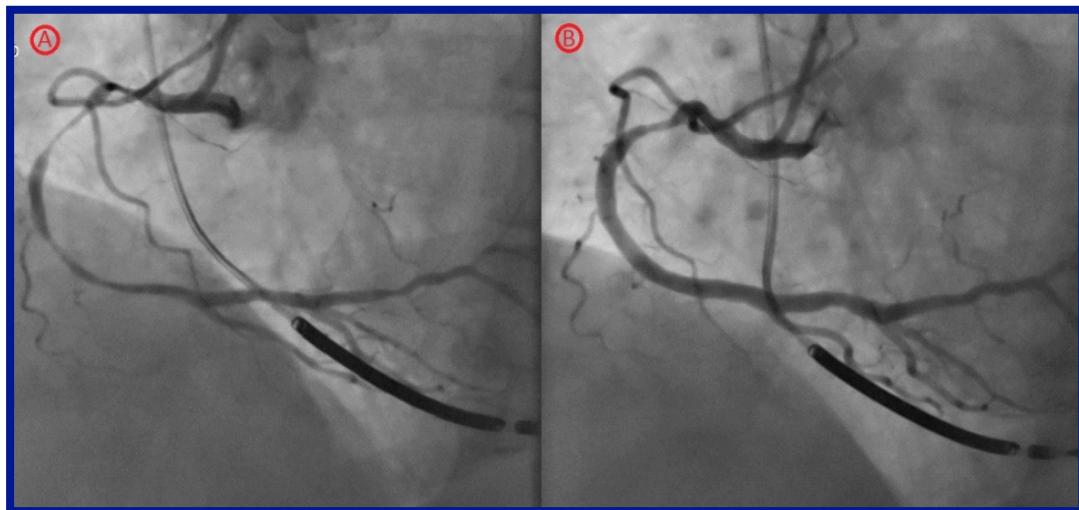


3. DOLOR TORÁCICO RECURRENTE EN PACIENTE CON REVASCULARIZACIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA RECIENTE POR VASOESPASMO MULTIVASO.

Abraham López, Ana M^a Pello. Fundación Jiménez Díaz- Capió, Madrid.

Aunque la localización más frecuente del espasmo coronario es sobre estenosis coronarias severa por placas ateroscleróticas (componente orgánico), puede suceder también en segmentos coronarios donde no se visualizan estenosis orgánicas angiográficas (componente funcional). En el momento actual existen dudas de cuál es el mejor tratamiento para los pacientes que tiene episodios de vasoespasmo sobre lesiones coronarias significativas. Se ha descrito que la angioplastia percutánea puede ser un tratamiento útil en pacientes con vasoespasmo sobre lesiones coronarias, pero que la recurrencia de la reestenosis en dichos pacientes es alta y que el espasmo puede tener un papel importante en la etiopatogenia de dichas reestenosis. Otros autores son más partidarios de intensificar el tratamiento médico por el riesgo descrito de mayor vasoespasmo en los segmentos proximal o distal al stent implantado. Este caso, se trata de un paciente de 52 años, hipertenso y fumador, que ingresa por Infarto agudo de miocardio de localización anterior, con elevación del ST, realizándose angioplastia primaria con stent convencional sobre la arteria descendente anterior (ADA). Presentó vasoespasmo durante la coronariografía en territorio de la ADA y de la arteria coronaria

derecha, evidente en el ECG por ascenso del ST con posterior episodio de fibrilación ventricular, se corrige el ascenso del ST con nitroglicerina intravenosa. Se diagnostica de vasoespasio coronario severo y multivaso tras angioplastia. Repite el episodio de dolor torácico con elevación del ST por lo que se suspenden los betabloqueantes y se inicia calcioantagonistas con una evolución satisfactoria y permanece asintomático.



Vasoespasio en arteria coronaria derecha en panel A, resuelto en panel B.

4. EL ECOCARDIOGRAMA NORMAL NO DESCARTA UN SUBSTRATO DE TAQUICARDIA VENTRICULAR SOSTENIDA POR MIOCARDITIS CRÓNICA.

Alejandro Villanueva, Alfonso Fraile, Rocío Hinojar, José Leguizamón, Agustín Pastor, Ambrosio Núñez, Francisco García-Cosío. Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

La taquicardia ventricular (TV) en ausencia de cardiopatía estructural tiene un buen pronóstico. La función sistólica (FS) de ventrículo izquierdo (VI) marcaría el pronóstico de la TV. Se presenta un caso de TV sostenida en un paciente con FSVI normal, en el que la resonancia magnética (RM) reveló cicatrices de miocarditis condicionando el pronóstico. Varón de 71 años, hipertenso, exfumador, con palpitaciones y malestar general de 4 horas de evolución. Llega consciente con hipoperfusión periférica y TA 70/42 mmHg. ECG documenta TV monomorfa a 200 lpm con morfología de bloqueo de rama izquierda y eje inferior. Pasa a ritmo sinusal con choque monofásico de 100 J sin signos de isquemia. Discreta elevación de creatín-kinasa y troponina T. Ecocardiograma normal con fracción de eyección de VI del 65%. Coronariografía sin lesiones. La RM identificó patrón de realce tardío mesocárdico en septo basal-medio y

cara lateral de VI, afectando el 25-50% del espesor miocárdico, sin signos de actividad inflamatoria, compatible con secuelas de miocarditis. No se realizó biopsia endomiocárdica por la baja sensibilidad de la misma. Bajo tratamiento con metoprolol el paciente tuvo episodios de TV monomorfa y sostenida de morfología y longitud de ciclo diferentes a la inicial, por lo que se implantó un desfibrilador (DAI) que a los 6 meses no había detectado arritmias ventriculares sostenidas.

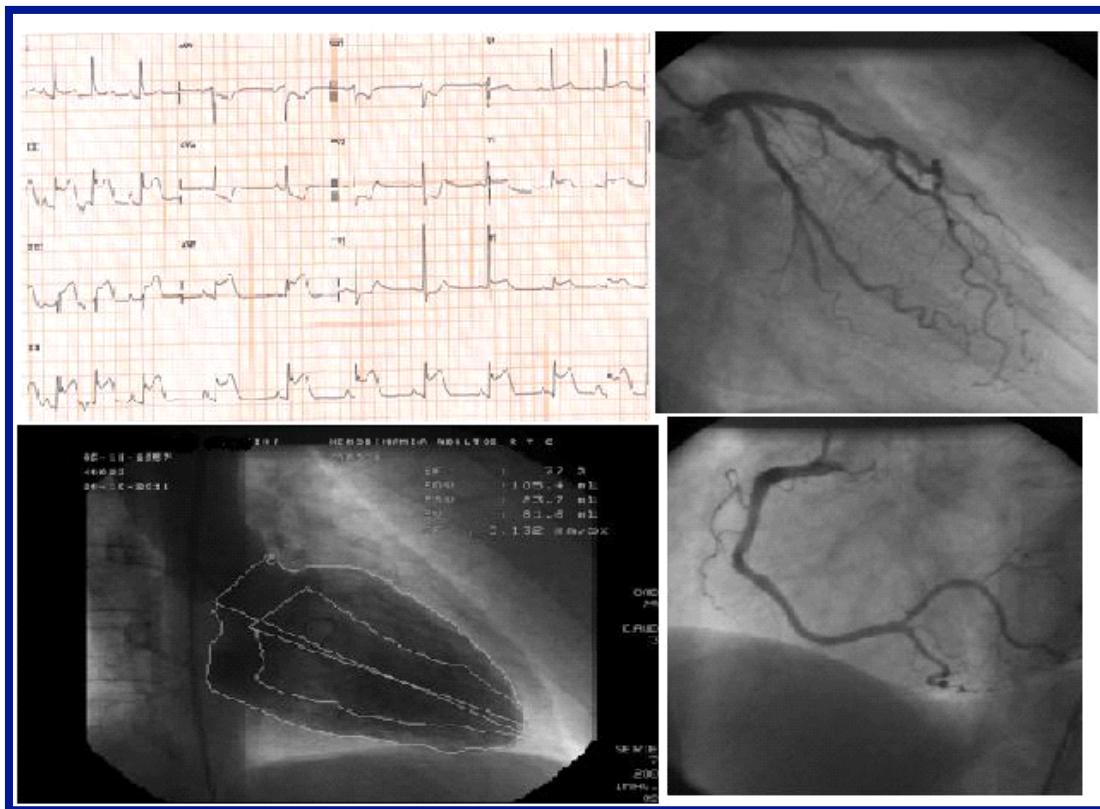
Discusión: La cardiopatía estructural no se puede descartar completamente por un ecocardiograma normal incluyendo una FS global y segmentaria normales. En pacientes con TV sostenida y ecocardiograma normal la RM permitiría para descartar patología miocárdica que pudiera condicionar un pronóstico adverso.

5. SÍNDROME CORONARIO AGUDO DURANTE SHOCK ANAFILÁCTICO. *Finalista.*

Hugo del Castillo, Daniel Antonio Rodríguez, Manuel Jiménez Mena, Javier de Juan Bagudá, Asunción Camino, Ximena Rodríguez, Luisa Salido, José Luis Zamorano. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Presentamos el caso de una mujer de 53 años, con antecedentes de hipertensión arterial, fumadora, hipotiroidismo y urticaria crónica. Acude a nuestro centro tras sufrir cuadro de disnea súbita, prurito, tumefacción facial, cefalea y habones generalizados que se continúa con opresión torácica de 15 minutos después de ingesta de amoxicilina-clavulánico. Durante el traslado el electrocardiograma muestra elevación de ST en cara inferior acompañado de descenso en precordiales derechas. Se administra doble antiagregación, esteroides y antihistamínicos. A la exploración presenta habones generalizados, TA: 90/50 mmHg, frecuencia cardiaca de 100 lpm y Saturación O₂ 87% basal. Resto normal. Analíticamente destacan marcadores de lesión miocárdica negativos con PCR y fibrinógeno elevados. La paciente llega a nuestro centro sin dolor, habiéndose corregido las alteraciones electrocardiográficas. Dados los hallazgos, se decide realizar cateterismo cardiaco urgente que muestra coronarias sin lesiones significativas y ventrículo izquierdo de tamaño y contractilidad normales. Tras su paso por hemodinámica la paciente ingresa en unidad coronaria donde presenta buena evolución. Tras varios días en planta, recibe el alta con los siguientes diagnósticos: Síndrome coronario agudo con elevación transitoria del segmento ST sugestivo de vasoespasio coronario, reacción anafiláctica a amoxicilina-clavulánico, **síndrome de Kounis**. Esta entidad consiste en un vasoespasio coronario debido a la activación de mastocitos durante reacción anafiláctica. Aparece durante la anestesia, vacunación,

farmacoterapia o implante de STENT. Se asocia a enfermedad de aloinjerto coronario y síndrome de Tako-Tsubo pudiendo confundirse con miocarditis por hipersensibilidad. Ruptura de placa, trombosis y muerte súbita forman también parte su espectro clínico.

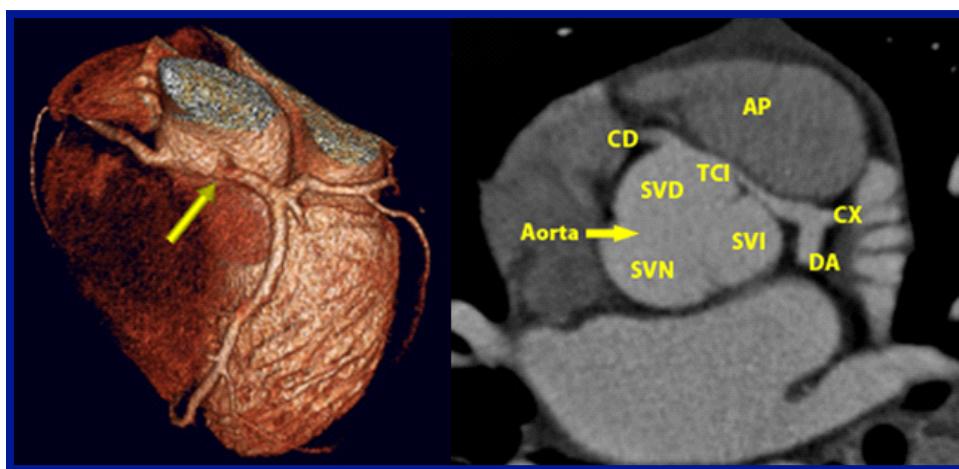


6. ISQUEMIA MIOCÁRDICA TRANSITORIA E INFARTO DE MIOCARDIO NO TRANSMURAL SECUNDARIOS A UN ORIGEN ANÓMALO DEL TRONCO CORONARIO IZQUIERDA.

Fernando De Torres, Esteban López de Sá, Elena Refoyo, Ángel Manuel Iniesta, Nieves Montoro, Mar Moreno, Losé Luís López-Sendón. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Varón de 16 años con antecedentes de dos sícopes de esfuerzo, por lo que se le realizó un estudio cardiológico que incluyó electrocardiograma (ECG), test de esfuerzo y ecocardiograma, que fueron normales. Presenta un nuevo síntope de esfuerzo. La exploración física es anodina, sin soplos a la auscultación. Un ECG a los pocos minutos del síntope muestra signos de isquemia aguda por obstrucción del tronco de la coronaria izquierda. Pocos minutos más tarde el ECG ya no mostraba alteraciones. En el ecocardiograma presentaba buena función biventricular sin alteraciones de la contractilidad segmentaria. Se realizó una angiografía por tomografía computarizada multidetector que mostró un origen anómalo del tronco de la coronaria izquierda del seno de Valsalva derecho, con un trayecto anómalo entre la raíz aórtica y la raíz de la arteria

pulmonar. Se realizó una cardiorresonancia magnética que mostró captación subendocárdica en el septo basal y medio en las secuencias de realce tardío con gadolinio, documentando la presencia de un infarto de miocardio subendocárdico en dicha localización. Se realizó un bypass aorto-coronario de arteria mamaria izquierda a descendente anterior sin complicaciones. Las anomalías congénitas en el origen o el trayecto de las arterias coronarias son la segunda causa de muerte súbita en deportistas, por detrás de la miocardiopatía hipertrófica. Dentro de las anomalías congénitas de las arterias coronarias, aquellas que presentan un segmento con un trayecto "interarterial" entre la raíz aórtica y la raíz de la arteria pulmonar, son las que tienen un mayor riesgo de producir muerte súbita.



7. PLATAFORMA DE MONITORIZACIÓN CARDIACA DE NUEVA GENERACIÓN, REMOTA Y SIN CABLES: ESTUDIO DE VIABILIDAD.

Edurne López Soberón*, Nellys Carolina Campos**, Maribel Quezada**, Juan Guinea**, Joel Moreno**, Patricia Mahía**, Leopoldo Pérez de Isla**. * Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla", ** Hospital Carlos III, Madrid.

Se ha creado una nueva generación de ECG dinámico, una plataforma de monitorización remota y sin cables, que consiste en un dispositivo no invasivo que registra un ECG de única derivación, que incorpora tecnología biomédica y textil.

Nuestro propósito fue valorar la viabilidad del uso de este nuevo sistema durante la ecocardiografía de esfuerzo, y comparar los resultados obtenidos con el nuevo sistema con los obtenidos con los medios convencionales de la cinta sin fin.

Métodos: Se sometió a 31 pacientes consecutivos a una ecocardiografía de esfuerzo. Fueron monitorizados con el sistema convencional de la cinta sin fin, y al mismo tiempo

con el nuevo sistema. Las variables electrocardiográficas y ecocardiográficas fueron registradas durante la prueba. La correlación entre métodos fue evaluada mediante el Coeficiente de Correlación Intraclass (CCI) y el Índice de Kappa. Las diferencias se consideraron estadísticamente significativas cuando el valor de la P fue <0,05.

Resultados: los resultados principales se exponen en las tablas siguientes. Estos resultados muestran la buena correlación entre las dos técnicas en cuanto a la evaluación de los parámetros electrocardiográficos más comúnmente evaluados en una prueba de esfuerzo. Es más, la nueva camiseta permite la adquisición de imágenes ecocardiográficas antes e inmediatamente después de la prueba.

Conclusiones: el nuevo ECG dinámico puede obtener resultados similares al sistema convencional de la cinta sin fin durante la prueba de esfuerzo, y permite obtener imágenes ecocardiográficas de una forma más fácil y cómoda.

Tabla 1: Correlación entre métodos. Variables cuantitativas.

	CCI	IC 95%	P
Frecuencia cardiaca basal	0.97	0.94 – 0.99	<0.001
Frecuencia cardiaca pico	0.36	-0.01 – 0.64	0.03
Tiempo para alcanzar el 85% de la FCMT	0.99	0.996 – 0.999	<0.001

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; FCMT: frecuencia cardiaca máxima teórica; CCI: Coeficiente de correlación intraclass.

Tabla 2: Correlación entre métodos. Variables cualitativas.

	Kappa Index	P
85% FCMT	1	<0.001
Infradesnivelación ST	0.84	<0.001
CAP	1	<0.001
CVP	0.83	<0.001
ECG basal adecuado	1	<0.001
ECG pico adecuado	0.24	0.16

CAP: complejos auriculares prematuros; FCMT: frecuencia cardiaca máxima teórica; CVP: contracción ventricular prematura.

8. VALORACIÓN DEL VOLUMEN DE LA AURÍCULA DERECHA: VALORES INDEXADOS DE REFERENCIA POR ECOCARDIOGRAFÍA 2D Y 3D EN POBLACIÓN ADULTA SANA. *Finalista*.

Edurne López Soberón*, Joel Moreno**, Nellys Carolina Campos**, Maribel Quezada**, Juan Guinea**, Patricia Mahía**, Leopoldo Pérez de Isla**. *Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” y **Hospital Carlos III, Madrid.

Hay pocos datos disponibles acerca de los valores de referencia del volumen de la aurícula derecha en la población sana. De hecho, las guías actuales no recomiendan evaluar de forma rutinaria el volumen de la aurícula derecha debido a la falta de datos estandarizados. Nuestro propósito fue establecer los valores ecocardiográficos 2D y 3D de referencia indexados para la aurícula derecha en la población adulta sana.

Métodos: Sesenta sujetos sanos (media de edad: 57 ± 12 año, 27 (45%) hombres) se sometieron prospectivamente a una ecocardiografía bidimensional rutinaria y a un estudio de la aurícula derecha por 3D-wall motion tracking (3D-WMT). Se obtuvieron las medidas de la aurícula derecha. El volumen bidimensional de la aurícula derecha se obtuvo mediante la fórmula de área-longitud a partir de los planos de dos cámaras y cuatro cámaras. Los volúmenes tridimensionales se midieron con la tecnología 3D-WMT. Todas las medidas fueron indexadas por el índice de masa corporal.

Resultados: La tabla muestra los valores específicos de la aurícula derecha. Los valores medios indexados de volumen por 2D fueron $16,76 \pm 8,15 \text{ cm}^2/\text{m}^2$. Los valores medios indexados de volumen por 3D-WMT fueron $19,05 \pm 6,87 \text{ cm}^3/\text{m}^2$.

Conclusiones: Este es el primer estudio que muestra los valores de referencia ecocardiográficos por 2D y 3D para la aurícula derecha en población adulta sana. Estos valores de referencia pueden ayudar al cardiólogo a evaluar cualquier enfermedad que comprometa el corazón derecho.

Tabla 1: Valores ecocardiográficos de la Aurícula Derecha.

	n	Media	DE
AD diámetro mayor (cm)	60	4,20	0,62
AD diámetro menor (cm)	60	3,02	0,64
AD diámetro mayor indexado (cm/m²)	60	2,39	0,35

AD diámetro menor indexado (cm/m2)	60	1,72	0,34
AD área (cm2)	60	11,43	2,84
AD área indexada (cm2/m2)	60	6,47	1,44
AD volumen indexado 2D (cm3/m2)	60	16,76	8,15
AD volumen 3D (cm3)	56	33,59	12,57
AD volumen indexado 3D (cm3/m2)	56	19,05	6,87
AD volumen mínimo 3D (cm3)	56	20,51	9,90
AD volumen mínimo 3D indexado (cm3/m2)	56	11,66	5,63
FEAD (%)	56	0,39	0,13

DE: desviación estándar; AD: Aurícula Derecha; FEAD: fracción de eyección de aurícula derecha.

9. EVALUACIÓN DEL VOLUMEN DE LA AURÍCULA DERECHA: COMPARACIÓN ENTRE LA ECOCARDIOGRAFÍA 2D Y 3D.

Edurne López Soberón*, Joel Moreno**, Maribel Quezada**, Juan Guinea**, Nellys Carolina Campos**, Patricia Mahía**, Leopoldo Pérez de Isla**. *Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” y **Hospital Carlos III, Madrid

Hay pocos datos disponibles acerca de los valores de referencia del volumen de la aurícula derecha en la población sana. De hecho, las guías actuales no recomiendan evaluar de forma rutinaria el volumen de la aurícula derecha debido a la falta de datos estandarizados. Nuestro propósito fue establecer la correlación entre métodos en la valoración del volumen de la aurícula derecha por ecocardiografía 2D y 3D-wall motion tracking (3D-WMT), además de la correlación intraobservador para estas medidas usando ambas técnicas.

Métodos: Sesenta sujetos sanos (media de edad: 57 ± 12 años, 27 (45%) hombres) se sometieron prospectivamente a una ecocardiografía bidimensional rutinaria y a un estudio de la aurícula derecha por 3D-WMT. El volumen bidimensional de la aurícula derecha se obtuvo mediante la fórmula de área-longitud a partir de los planos de dos

cámaras y cuatro cámaras. Los volúmenes tridimensionales se midieron con la tecnología 3D-WMT.

Resultados: Se muestran en las tablas. Los valores medios indexados de volumen por 2D fueron $16,76 \pm 8,15 \text{ cm}^2/\text{m}^2$. Los valores medios indexados de volumen por 3D-WMT fueron $19,05 \pm 6,87 \text{ cm}^3/\text{m}^2$. El análisis de la correlación intraobservador mostró mejores resultados para la valoración por 3D-WMT.

Conclusiones: La correlación entre ecocardiografía 2D y 3D para las medidas de la aurícula derecha es pobre. No obstante, el análisis de la correlación muestra que las medidas por 3D-WMT son más reproducibles que las medidas por ecocardiografía bidimensional. Por lo tanto, la medida del volumen por 3D-WMT es un parámetro más sólido para la evaluación del tamaño de la aurícula derecha.

Tabla 1: Volúmenes indexados de la Aurícula Derecha.

	n	Media	DE
Volumen indexado aurícula derecha 2D	56	16,77	8,32
Volumen indexado aurícula derecha 3D	56	19,05	6,87

2D: bidimensional; 3D: tridimensional; DE: desviación estándar.

Tabla 2: Análisis de la correlación entre métodos.

	CCI	95% IC	P
2D vs 3D	0.28	0.02 – 0.50	0.017

volumen de la aurícula derecha

CCI: Coeficiente de correlación intraclass; 95% IC: intervalo de confianza del 95%. 2D: bidimensional; 3D: tridimensional.

10. IMPACTO DE LA DISLIPEMIA EN UN PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA.

Esther Cambronero, Jesús María Jiménez Mazúecos, Isabel López Neyra, Javier Navarro, Daniel Prieto. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivos: Determinar el valor pronóstico de la dislipemia (DL) en los pacientes (Ptes) que han sufrido un SCACEST y determinar si éstos presentan mayor mortalidad, tanto durante la hospitalización, como en el seguimiento.

Métodos: Se analizan a 312 Ptes consecutivos a los que se les somete a angioplastia primaria o de rescate entre junio de 2007 y junio de 2010 en nuestro hospital. Se realiza

un estudio de cohortes prospectivo estableciendo dos grupos: uno formado por Ptes diagnosticados de DL previo al evento de estudio o durante el ingreso, comparándolos con Ptes sin alteraciones del metabolismo lipídico. Analizando la incidencia de exitus, en función del tratamiento realizado.

Resultados: El 40,4% de los Ptes tenían DL con edad media de $62,7 \pm 13,4$ años. El 82% eran varones, diabéticos el 21%, el 25% eran fumadores activos. Mediana de seguimiento de 530 días. Todas las características basales fueron similares, salvo la frecuencia de hipertrigliceridemia 15% vs 2,9%, $p=0,001$. No se encontraron diferencias significativas en el tipo de tratamiento revascularizador. Los Ptes con DL presentaron una mortalidad superior a la de los que no tenían DL (10,5% vs 3,4%, $p=0,005$), tanto en el ingreso (6,5% vs 1,2%, $p=0,038$), como en el seguimiento (4,3% vs 0%, $p=0,05$). Los Ptes que toman estatinas presentan una mortalidad inferior (4,4% vs 27,7%, $p=0,001$).

Conclusiones: Los Ptes dislipémicos presentan mayor mortalidad. Debiendo por ello, optimizar el tipo de tratamiento realizado a este colectivo especialmente vulnerable.

11. ¿ES IMPORTANTE LA GLUCEMIA EN UN PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA?

Esther Cambronero, Jesús María Jiménez Mazúecos, Juan Gabriel Córdoba, Francisco Manuel Salmerón, Manuel José Fernández Anguita. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivos: Analizar el valor pronóstico de la glucemia (glu) elevada al ingreso, la primera glu basal y la segunda glu basal en pacientes (Ptes) con un IAMEST, evaluando la supervivencia.

Métodos: Se analizan a 312 Ptes a los que se les somete a angioplastia primaria entre junio de 2007 y junio de 2010 en nuestro centro. Se determina la glu al ingreso recodificando en tres estratos (glu < 140, entre 140 y 199 y > 200 mg/dl) y las dos primeras glu basales (glu < 110, entre 110 y 125 y > 126 mg/dl). Analizando variables basales y complicaciones cardiovasculares definidas como mortalidad, isquemia recurrente o ictus.

Resultados: El 75% de los Ptes eran varones. La edad media fue de 62 años. 53% tenían HTA, 37% eran fumadores activos, el 21% tenían diabetes (DM) conocida. Se diagnosticaron de DM durante el ingreso, un 10% de Ptes. Los Ptes con DM presentaron una mortalidad cuatro veces superior a los que no tenían DM (12% vs 3%, $p=0,004$). Los

Ptes con glu al ingreso alterada por estratos de glu, presentaron una mortalidad superior (2,5%, 8,9% y 15,6%, p=0,005). Así como, las alteraciones en la primera glu basal por niveles de glu (2,4%, 1,4% y 11,4%, p=0,006). Los mejores predictores de eventos fueron: la glu al ingreso (long Rank: 9,2, p=0,01) y la primera glu basal (long Rank: 9,5, p=0,009).

Conclusiones: Los Ptes con DM conocidos o con diagnóstico de novo durante un IAMEST presentan una mayor mortalidad. Siendo buenos estimadores de este pronóstico desfavorable tanto la primera glu al ingreso, como la primera glu basal.

12. INFLUENCIA DEL TIEMPO EN UN PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA.

Esther Cambronero, Jesús María Jiménez Mazúecos, Juan Gabriel Córdoba, Cristina Llanos, Manuel José Fernández Anguita. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivos: Analizar el valor pronóstico del tiempo puerta-balón (TPUBA) en los pacientes que han sufrido un SCACEST y determinar si éstos presentan mayor mortalidad, tanto durante la hospitalización como en el seguimiento.

Métodos: Se analizaron a 312 pacientes (Ptes) a los que se les somete a angioplastia primaria o de rescate entre junio de 2007 y junio de 2010. Para ello, se realiza un estudio de cohortes prospectivo estableciendo dos grupos: uno formado por Ptes con TPUBA de menos de 64 minutos y de más de 64 minutos. Se analizan la tasa de mortalidad.

Resultados: Se presentan los Ptes con TPUBA superiores a 64 minutos. La edad media en los Ptes son mayores, $65,09 \pm 13,92$ años. El 79,2% eran varones, 25,6 % eran fumadores activos, 23,1% eran diabéticos, y el 40,1% DL. Todas las características basales fueron similares, excepto la presencia de insuficiencia renal (11,5 % vs 3,5 %, p=0,031). No se encontraron diferencias significativas en el tipo de tratamiento realizado, con una revascularización completa en el 57,1 % de los Ptes, similar uso de stent recubiertos y convencionales. Los Ptes con mayores tiempos presentaron una mortalidad total hasta cinco veces superior a estrategias más precoces (10,4% vs 2,4%, p=0,023), tanto durante el ingreso (5,7% vs 0,4%, p= 0,05), como en el seguimiento de (4,3 % vs 2%, p=0,05).

Conclusiones: Los pacientes con mayores tiempos puerta balón presentan mayor mortalidad comparado con estrategias más precoces. Por lo que hay que aunar esfuerzos en reducirlos, al ser el "tiempo miocardio".

13. INFLUENCIA DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA RESIDUAL EN UN PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA.

Esther Cambronero, Jesús María Jiménez Mazúecos, Isabel López Neyra, Javier Navarro, Juan Gabriel Córdoba. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivos: Determinar el valor pronóstico de los pacientes (Ptes) que han sufrido un IAMEST en función de si presentan disfunción ventricular izquierda (DSVI) severa o no.

Métodos: Se analizan a 312 Ptes consecutivos a los que se les somete a angioplastia primaria (AP) o de rescate entre junio de 2007 y junio de 2010 en el Hospital de Albacete. Se realiza un estudio de cohortes prospectivo estableciendo dos grupos: uno formado por Ptes con DSVI severa y otros sin disfunción severa, con valoración de la incidencia de complicaciones y la mortalidad durante el ingreso y el seguimiento, en función del tratamiento realizado.

Resultados: El 8,5% de los Ptes tenían DSVI severa. El 82,1% eran varones, 46,4% hipertensos, 35,7% diabéticos. Estos Ptes presentaron mayor número de complicaciones durante el ingreso (29,8% vs 14,8%, p=0,048), con mayor porcentaje de Ptes en estadio IV de Killip (39% vs 4%, p=0,001). Además, este colectivo de Ptes presentan una mortalidad total cinco veces superior (22% vs 4%, p=0,001). Tanto durante el ingreso (17% vs 10%, p= 0,002), como en el seguimiento (10% vs 1,2%, p=0,001). La mediana de seguimiento fue 556 días, presentando a los tres años los Ptes con DSVI severa una supervivencia del 40% vs al 92 % (long Rank: 5,9, p=0,015).

Conclusiones: Los Ptes con DSVI severa presentan un peor pronóstico, con mayor número de complicaciones y de mortalidad, independientemente del tipo de estrategia terapéutica que se elija.

14. IMPLICACIONES PRONÓSTICAS DEL SEXO FEMENINO EN UN PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA. *Finalista.*

Esther Cambronero, Jesús María Jiménez Mazúecos, Juan Gabriel Córdoba, Cristina Llanos, Manuel José Fernández Anguita. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivos: Determinar el valor pronóstico según el sexo de pacientes que han sufrido un IAMEST, estudiando si las mujeres presentan una mayor mortalidad y complicaciones, tanto durante la hospitalización, como en el seguimiento.

Métodos: Se analizan a 312 pacientes (Ptes) a los que se les somete a angioplastia primaria (AP) o de rescate entre junio de 2007 y junio de 2010 en el Hospital de Albacete. Se realiza un estudio de cohortes prospectivo estableciendo dos grupos: uno formado por varones y el otro formado por mujeres. Se evalúa la incidencia de complicaciones cardiovasculares definidas como mortalidad, isquemia recurrente e ictus, tanto durante el ingreso, como en el seguimiento.

Resultados: El 17% eran mujeres. La edad media de las mujeres fue de $70,2 \pm 12,2$ años. Las características basales fueron similares a las de los varones, salvo la frecuencia de HTA: 73,2% vs 53,6% ($p=0,007$), y mayor tendencia a padecer Diabetes Mellitus insulíndependiente: 30,4% vs 20,6% ($p=0,06$). No se encontraron diferencias significativas en los tiempos síntoma-puerta, puerta-balón, ni en el tipo de tratamiento realizado. A pesar de ello, presentan mayor número de complicaciones totales, tanto durante el ingreso y el seguimiento: 40% vs 23,8%, ($p=0,016$), siendo durante la hospitalización del 27,3% vs 16% ($p=0,048$), en el seguimiento realizado con una mediana de 529,50 días de 12,84% vs 4,75%, ($p=0,01$).

Conclusiones: Las mujeres presentan mayor número de complicaciones. Por lo que, requieren un seguimiento estrecho y una adecuada optimización del tratamiento que se realiza a este colectivo.

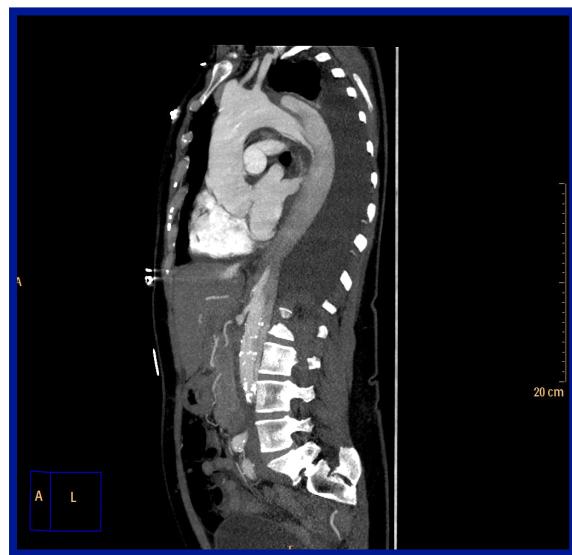
15. DISECCIÓN AÓRTICA: LA IMPORTANCIA DEL RECONOCIMIENTO CLÍNICO PRECOZ.

María Thiscal López Lluva, María Carmen Espinosa, Natalia Pinilla, Nancy Giovanna Uribe, Manuel Marina Breysse, Andrea Moreno Arciniegas, Álvaro Moreno Reig, Miguel Ángel Rienda. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

El *síndrome de Marfan* se caracteriza por la triada: extremidades largas y finas, disminución de la visión (luxación del cristalino) y aneurismas aórticos. La disección aórtica (DA) es su principal causa de morbi-mortalidad. El diagnóstico precoz de DA es fundamental para mejorar el pronóstico, de ahí la importancia de identificar los signos y síntomas de la enfermedad. Los antecedentes clínicos son también importantes, ya que el 75% son hipertensos y el 20% está previamente diagnosticado de enfermedad aórtica. Además, enfermedades genéticas como el síndrome de Marfan o Ehlers-Danlos, deben hacer sospechar el diagnóstico.

El caso clínico que presentamos es un ejemplo de la importancia del reconocimiento clínico precoz. Mujer de 42 años, hipertensa y dislipémica, intervenida de desprendimiento de retina, sin antecedentes familiares de interés, que consulta por dolor epigástrico intenso y brusco. En la exploración física destacaba mal estado general y diaforesis. No signos de focalidad neurológica. TA 163/70 mm Hg, FC 63 lpm. Tonos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen doloroso en epigastrio, sin irritación peritoneal. Pulsos carotídeos, pedios y radiales presentes. Llamativa aracnodactilia, delgadez y pectus excavatum.

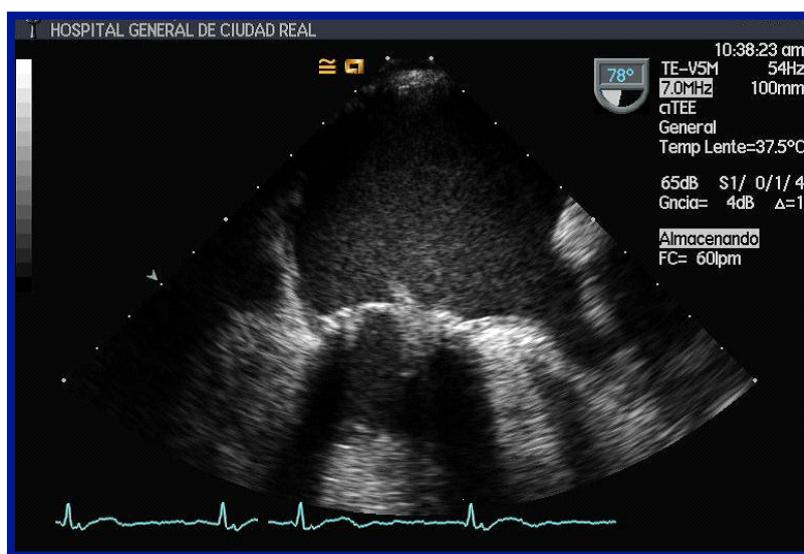
A pesar de la ausencia de más datos específicos, las características físicas de la paciente, compatibles con síndrome de Marfan, y la clínica de dolor lancingante, hicieron sospechar DA que se confirmó con una TC.



16. ENDOCARDITIS INFECCIOSA: LA GRAN SIMULADORA.María Thiscal López Lluva, Natalia Pinilla, Nancy Giovanna Uribe, María Carmen Espinosa, Manuel Marina Breysse, Andrea Moreno Arciniegas, MA Pérez Martínez, Miguel Ángel Rienda. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

La endocarditis infecciosa es una enfermedad infrecuente pero grave. Aunque algunas manifestaciones clínicas son muy típicas, muchos pacientes presentan manifestaciones aisladas que dificultan el diagnóstico. Presentamos el caso de un varón de 81 años, hipertenso sin tratamiento. En 2005 presenta angina inestable, por lo que se realizó coronariografía con enfermedad severa de 2 vasos, y revascularización parcial, Estenosis Mitral moderada e Insuficiencia Mitral moderada-severa. En diciembre del 2010 es intervenido de doble bypass aortocoronario y sustitución de válvula mitral por prótesis biológica. Refiere dolor de 2 meses de evolución de características mixtas y debilidad proximal de cintura escapular, y pélvica predominantemente, de inicio insidioso y progresivo, con incapacidad funcional. Asocia episodios de febrícula vespertina con sudoración profusa, y aumento de la frecuencia e intensidad de episodios de cefalea con disminución de la visión binocular y claudicación mandibular. Ingresado en Reumatología, se solicitan pruebas complementarias para descartar proceso tumoral, infeccioso, vasculitis o patología neuromuscular, y se inicia tratamiento corticoideo dada la sospecha clínica principal de arteritis de la temporal. Ante los hallazgos en TC: espondilodiscitis, adenopatías mediastínicas y derrame pleural

bilateral se completa estudio infeccioso con hemocultivos, mantoux y ecocardiograma transtorácico (ETT). En los hemocultivos crece Enterococcus faecalis y en ETT no se observan verrugas, pero dada la sospecha clínica de endocarditis se solicita estudio transesofágico,



que confirma una verruga adherida al velo septal de la prótesis biológica mitral.

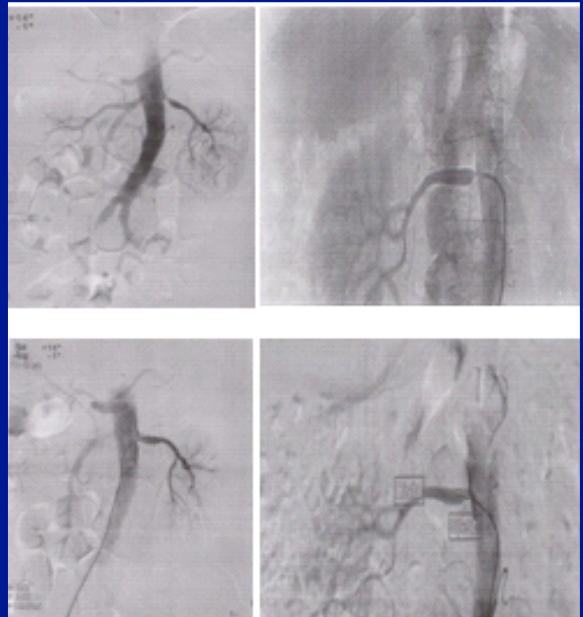
Un alto porcentaje de pacientes con endocarditis muestra manifestaciones osteoarticulares, más frecuentemente, hombres y ancianos. La patogenia de estas manifestaciones no está aclarada: ¿émbolos sépticos?, ¿inflamación?

17. INSUFICIENCIA CARDIACA CON UNA ETIOLOGÍA NO CARDIOGÉNICA.

Nancy Giovanna Uribe, Natalia Pinilla, María Thiscal López Lluva, Nuria Muñoz, Felipe Higuera, Manuel Marina Breisser, Jaime Benito Peirat, Germán Hernández Herrera. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Varón de 71 años con HTA y DM tipo 2 que tiene en varias ocasiones crisis hipertensivas tratadas con IECA y calcioantagonista, en su última visita presentaba disnea de reposo con saturación 82% con TA 220/115mmHg. En el examen físico crepitantes pulmonares y un 3º tono en la auscultación cardiaca. Radiografía Tórax: edema alveolo-intersticial bilateral. Hemograma-coagulación: normales, glucosa 217mg/dl, urea 43 mg/dl, creatinina 1.5mg/dl, HbA1c 8%. Gasometría arterial: Saturación de O₂ 85%, resto normal. Estudio Inmunológico y hormonal: negativo. ECG: Ritmo sinusal a 52 lpm, T negativas profundas y simétricas en V3-V5 y datos de hipertrofia ventricular izquierda. Aclaramiento de Creatinina: 51 ml/min. Microalbuminuria: negativo. Ecocardiograma: VI con hipertrofia concéntrica ligera, FEVI conservada, no defectos segmentarios, alteración de la relajación moderada. Ergo-SPECT: negativa. Ecografía Abdominal: normal. Eco-Doppler de arterias renales y AngioTAC: Velocidad pico elevada en ambas arterias renales, 572 cm/seg en la derecha y 443 cm/seg en la izquierda, sugiere estenosis

bilateral a nivel ostial. Arteriografía Renal: estenosis bilateral significativa de arterias renales, >75%, ostiotroncales.



Ante los diagnósticos de: insuficiencia cardiaca por disfunción diastólica, deterioro de la función renal, hipertensión arterial secundaria a estenosis bilateral de arteria renal principal.

Se decide angioplastia bilateral de arterias principales renales mediante implante de stents tipo Herculink. La insuficiencia cardiaca evoluciona favorablemente con

diuréticos; inicialmente la TA no se controla adecuadamente, mejorando tras revascularización de las arterias renales. Por el antecedente de DM se inició IECA. La función renal mejora significativamente, manteniendo una creatinina 0.9 mg/dl y las ondas T en el electrocardiograma se normalizan.

18. MEMORIA ELÉCTRICA CARDÍACA, GRAN SIMULADORA DE ISQUÉMIA MIOCÁRDICA.

Natalia Pinilla, María Thiscal López, Nancy Giovanna Uribe, Felipe Higuera, Nuria Muñoz, Manuel Marina Breysse, Andrea Moreno Arciniegas, Álvaro Moreno Reig. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Presentamos el caso de una mujer de 68 años sin antecedentes de factores de riesgo cardiovascular ni enfermedad cardíaca. Mientras deambula presenta cuadro de dolor epigástrico intenso asociado a náuseas, emesis y astenia sin otros síntomas. La UVI móvil es avisada encontrando en ECG inicial bloqueo completo de rama izquierda no conocido (Figura 1). Se administra aspirina, dosis de carga de clopidogrel, y heparina de bajo peso molecular y se deriva para valoración por unidad coronaria. A su llegada, asintomática y en ECG ritmo sinusal, sin bloqueo de rama y T negativas profundas de V1 a V3 (Figura 2). Durante la observación permanece asintomática con enzimas cardiacas seriadas normales y en la telemetría presenta bloqueo intermitente de rama izquierda del haz de Hiss; y en los períodos en ritmo sinusal, los trastornos de la repolarización descritos en precordiales derechas. Se ingresa en el servicio de cardiología para estudio de cardiopatía estructural y despistaje de isquemia. Ecocardiograma con ausencia de signos de cardiopatía estructural. Ergometría-SPECT: concluyente, con capacidad funcional normal y sin datos de isquemia.

El fenómeno de memoria eléctrica cardíaca consiste en cambios electrocardiográficos en la repolarización ventricular que se producen tras el cese de una activación ventricular anormal. Se puede presentar en bloqueos intermitentes de rama izquierda, después de estimulación ventricular por marcapasos, síndromes de preexcitación y tras el cese de arritmias ventriculares. Se manifiesta con ondas T negativas que se pueden interpretar como ondas sugerentes de isquemia miocárdica en múltiples escenarios clínicos.

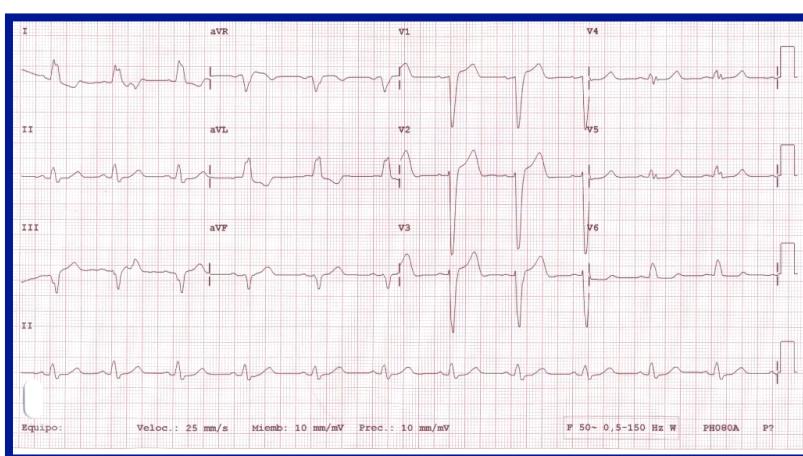
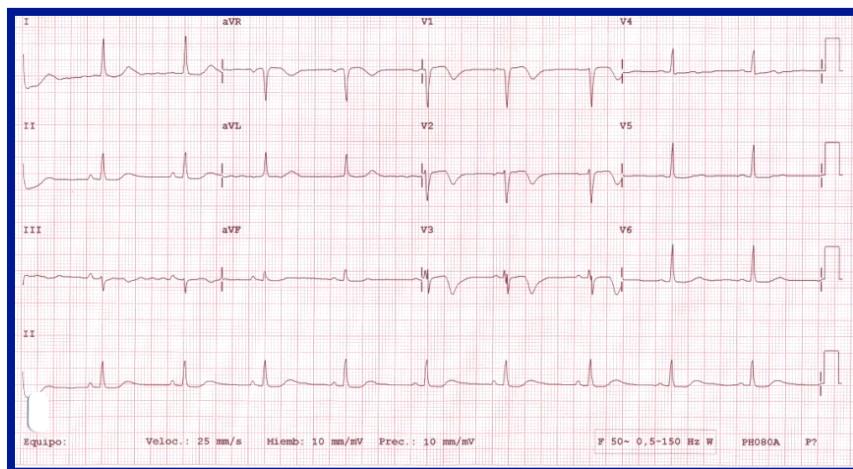


Figura 1. Bloqueo completo de rama izquierda.

Figura 2. Alteraciones de la repolarización compatibles con memoria eléctrica.



19. ESTUDIO SOBRE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL.

Nancy Giovanna Uribe¹, Luis Guillermo Piccone¹, Natalia Pinilla¹, María Thiscal López Lluva¹, Nuria Muñoz¹, Andrea Moreno Arciniegas¹, Germán Hernández Herrera, Abdou Yasser Hessein². ¹ Hospital General Universitario de Ciudad Real. ² Hospital Alcázar de San Juan, Ciudad Real.

Objetivo Principal: El objetivo del presente estudio es describir las características epidemiológicas y clínicas de la endocarditis infecciosa en una muestra poblacional.

Diseño: Es un estudio descriptivo, retrospectivo de todos los pacientes mayores de 18 años que cumplieron los Criterios Modificados de Duke para el diagnóstico de Endocarditis Infecciosa Definitiva y Posible entre los años 2006 - 2010 en el Hospital General de Ciudad Real. Incluyéndose un total de 27 casos.

Conclusiones:

- El haber tenido el antecedente de endocarditis infecciosa, la presencia de un evento embólico durante la evolución de la infección y el ser portador de una prótesis valvular metálica se relacionan con una mayor proporción de mortalidad.
- Existe una tendencia a ser más frecuente en pacientes mayores de 70 años, afectación valvular aórtica, el antecedente de cardiopatía reumática, la disfunción ventricular izquierda, cifras de troponina alta y la presencia de anemia entre los fallecidos, pero sin alcanzar la significación estadística.
- La tasa global de mortalidad fue de 14,8%.

- Entre los pacientes fallecidos los gérmenes coagulasa negativo fueron los más frecuentes (50% de los casos) y en los no fallecidos predominaron los gérmenes catalasa negativo (47,8%). Aunque esta diferencia no alcanzó la significación estadística.
- La tasa de mortalidad en los pacientes intervenidos quirúrgicamente fué del 13,3% y en los pacientes no intervenidos de 16,7%, esta diferencia no fue estadísticamente significativa.
- La ecocardiografía transesofágica detecta en mayor proporción lesiones típicas de endocarditis infecciosa en comparación con la ecocardiografía transtorácica.

20. DESCENSO DEL ST EN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST REPERFUNDIDO: ESTUDIO MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA.

Clara Bonanad, Guido Palomino, Juan Sanchís, Julio Núñez, José Vicente Monmeneu, María P. López-Lereu, Francisco J. Chorro, Vicente Bodí. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Objetivos: Evaluar la asociación del descenso del segmento ST (DST) en pacientes con IAMEST reperfundido, con la repercusión estructural mediante Resonancia Magnética Cardiaca (RMC), así como evaluar su valor pronóstico.

Métodos: 191 pacientes consecutivos ingresados por IAMEST reperfundido. ECG al ingreso, 90 minutos, 24 y 96 horas post-reperfusión. Se calculó la suma del DST (sumDST) en todas las derivaciones. Se realizó RMC a la semana, calculando fracción de eyección (FE), área en riesgo, masa infartada y obstrucción microvascular (OMV).

Resultados: Los pacientes con infarto anterior (n=85) presentaron menor sumDST al ingreso que aquellos con infarto no anterior (n=108): 4 ± 7 vs 7 ± 5 mm, $p=0,002$. Al comparar los pacientes con y sin sumDST >mediana al ingreso (>2 mm anteriores y >6 mm no anteriores), la presencia de sumDST al ingreso >mediana no se asoció con la FE, masa infartada, ni OMV ($p>0,2$). La presencia de sumDST al ingreso >mediana se asoció a una mayor área en riesgo tanto en infartos anteriores ($42 \pm 14\%$ frente a $35 \pm 15\%$, $p=0,05$) como no anteriores ($25 \pm 10\%$ frente a $17 \pm 12\%$, $p=0,003$). El sumDST al ingreso >mediana no se asoció con más eventos en infartos anteriores (23% frente a 23%, $p=0,6$) ni en no anteriores (15% frente a 10%, $p=0,3$).

Conclusiones: El DST es mayor en infartos no anteriores e independientemente de la localización del infarto, se asocia a una mayor área en riesgo pero no predice la magnitud de disfunción sistólica, del tamaño de la necrosis o del daño microvascular. El DST no es un buen predictor de eventos a medio plazo.

21. VALOR PRONÓSTICO COMBINADO DEL SCORE GRACE Y LA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA EN PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST. *Finalista.*

Clara Bonanad, Andrea Eixerés, Juan Sanchís, Julio Núñez, José V. Monmeneu, Fabian Chaustre, Francisco J. Chorro, Vicente Bodí. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Objetivos: El score Grace permite una estratificación precoz del riesgo de eventos en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMEST). La Resonancia Magnética Cardiaca (RMC) es de gran utilidad para la caracterización de la repercusión estructural del infarto. El valor pronóstico de un análisis combinado de ambos tras un IAMEST no ha sido analizado.

Métodos: 461 pacientes ingresados por IAMEST. Se calculó el score Grace al ingreso y se realizó RMC en la primera semana. Se registraron los eventos cardíacos durante el seguimiento.

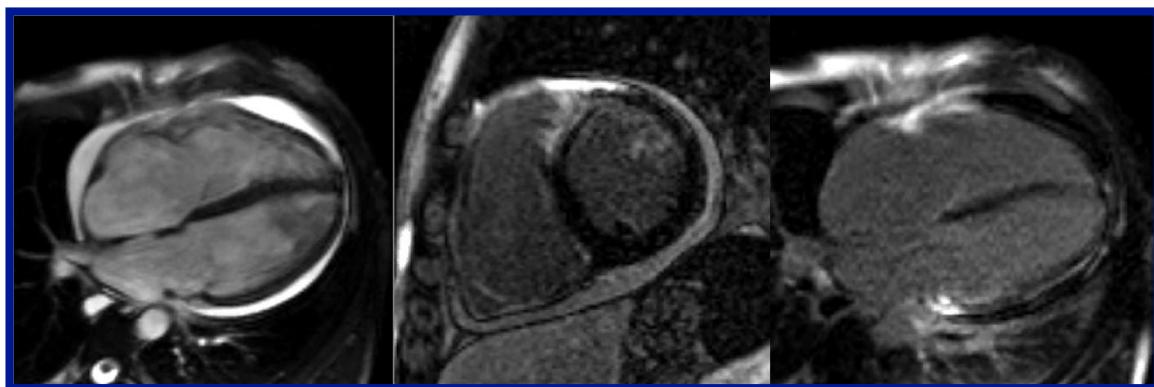
Resultados: Durante una mediana de 644 días se detectaron 17 muertes, 25 infartos y 26 reingresos por insuficiencia cardiaca. El porcentaje de eventos en los pacientes con score Grace de riesgo bajo (≤ 125), intermedio (126-154) y alto (≥ 155) fue 6/106 (6%), 20/156 (13%) y 26/126 (21%) respectivamente ($p <0,01$). En el análisis multivariado los predictores independientes de eventos fueron el score de riesgo alto (3,4 [1,4-8,3], $p=0,007$) y la extensión del infarto (1,3 [1,2-1,4], $p <0,001$). El riesgo de eventos fue mayor en los pacientes con >5 segmentos con infarto (23/296, 8% frente a 29/92, 31%, $p<0,001$). La extensión del infarto en 0-5 o >5 segmentos permitió discriminar el riesgo de eventos de pacientes con score de riesgo bajo (1% frente a 23%, $p=0,001$), intermedio (10% frente a 23%, $p=0,05$) y alto (11% frente a 46%, $p <0,001$).

Conclusiones: El score Grace permite una estratificación precoz del riesgo que puede ser optimizada mediante la determinación de la extensión del infarto con RMC.

22. TAQUIARRITMIA EN ESCLERODERMIAS.

Diana Segovia, Justo Juliá, Finn Olof Akerstrom, Laia Carla Belarte, Ana Pérez Serradilla, María Lázaro, Belén Santos, Luis Rodríguez Padial. Hospital Virgen de la Salud, Complejo Hospitalario de Toledo.

Varón de 36 años, esclerodermia severa con afectación cutánea (Raynaud severo con úlceras digitales) y visceral (dilatación esofágica, fibrosis pulmonar incipiente). Se realiza Ecocardiograma anual para screening de hipertensión pulmonar. Hace 1 año se objetivó dilatación de cavidades derechas y Presión Sistólica Pulmonar límite. Por cateterismo derecho se descartó hipertensión pulmonar. El VI normal. El Ecocardiograma de control de este año confirma dilatación de cavidades derechas y, además, derrame pericárdico moderado. Taquicardia durante el procedimiento. Ante la sospecha de derrame pericárdico en relación con esclerodermia (serositis) se decide ingreso para tratamiento con ciclofosfamida iv. El ECG muestra taquicardia auricular a 300 lpm con conducción ventricular variable 2:1, 3:1, FC 100-150 lpm. Dado que se desconoce el tiempo de evolución de la taquiarritmia se decide anticoagulación y control de FC. El ecocardiograma de control muestra derrame pericárdico ligero pero dilatación y disfunción biventricular severa (FEVI 10% y TAPSE 9). La RM cardiaca confirma dilatación y disfunción biventricular severa. Se observa fibrosis miocárdica extensa, sin datos de miocarditis. Además descarta trombos intracavitarios. Se programa EEF. La taquiarritmia auricular resulta ser Flutter auricular común antihorario, realizándose ablación exitosa de ICT. Tras la ablación el paciente mejora clínicamente y se mantiene en ritmo sinusal. Se ajusta tratamiento con IECA, betabloqueante y espironolactona por su disfunción ventricular izquierda. En monitorización ECG se objetivan 2 TVNS. Dado que es previsible que la función sistólica biventricular mejore tras ablación de flutter (taquimiocardiopatía además de la fibrosis miocárdica), no tiene indicación de DAI en estos momentos. Se procede al alta.

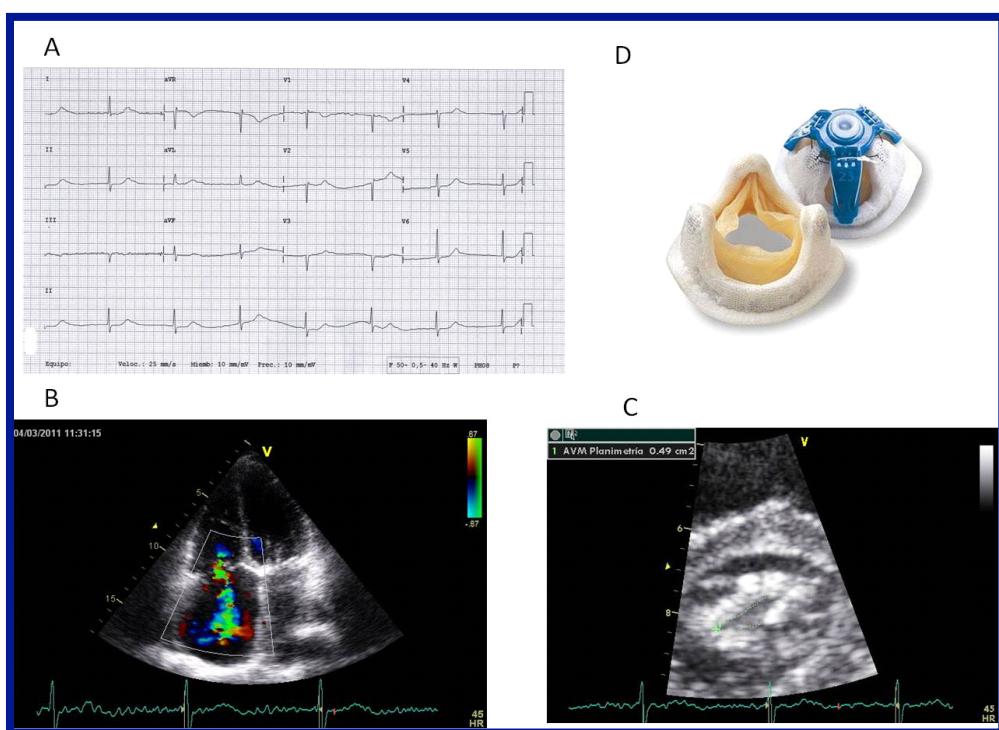


23. CARDIOPATÍA REUMÁTICA CRÓNICA CON AFECTACIÓN MULTIVALVULAR.

Cristina Fraile, Alejandra Carbonell, Hugo del Castillo, Alejandro del Río, José Luis Moya, Laura Morán, Carlos Moreno, José Luis Zamorano. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Mujer de 56 años diagnosticada de cardiopatía valvular reumática en la adolescencia. A los 18 años se realizó comisurotomía mitral y ligadura de la orejuela izquierda con posterior valvuloplastia mitral percutánea a los 40 años de edad. Fibrilación auricular crónica permanente anticoagulada.

Es derivada desde Consultas de Cardiología por cuadro de tres meses de evolución de disnea progresiva y ortopnea con clase funcional de la NYHA III-IV en el momento del ingreso, junto con el hallazgo en electrocardiograma de bloqueo aurículo-ventricular completo con respuesta ventricular lenta (A). Durante el ingreso se completa el estudio. En la ecocardiografía se objetiva Estenosis Mitral severa, doble lesión aórtica con Insuficiencia modera y Estenosis severa, doble lesión tricuspídea con Estenosis ligera e Insuficiencia severa y FE conservada (B,C).



Se procedió a la sustitución valvular aórtica con implante de prótesis ATS mecánica de tamaño 18, sustitución valvular mitral implantando prótesis ATS mecánica y

tamaño 25 y sustitución válvula tricuspídea por prótesis MOSAIC PORCINE de tipo biológico (D) así como a la implantación de marcapasos epicárdico. La EM es la valvulopatía más frecuentemente relacionada con la fiebre reumática. La afectación mixta de las válvulas mitral y aórtica no es infrecuente. Sin embargo, la enfermedad reumática de las tres válvulas es muy rara y puede obligar a un implante protésico múltiple, como en este caso.

24. UNA IMAGEN ATÍPICA EN LA VENTRICULOGRAFÍA.

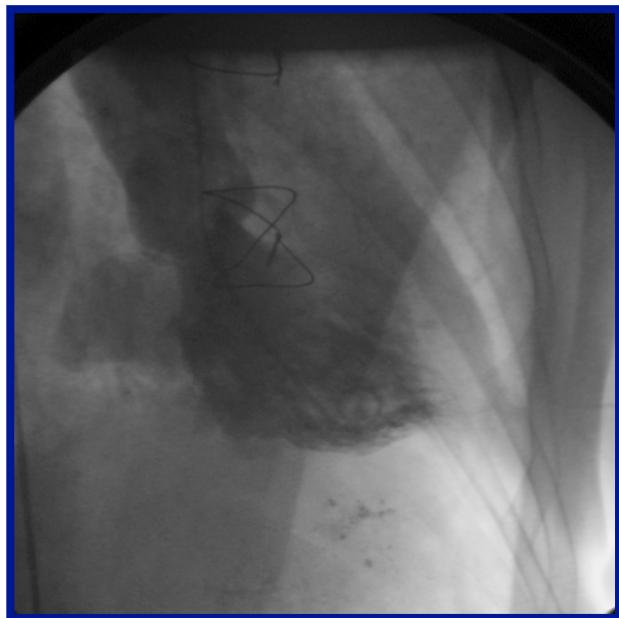
Javier de Juan, Daniel Rodríguez, Sem Briongos, Antonia Delgado, Ana García, David Martí, Manuel Jiménez Mena, José Luis Zamorano. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Varón de 73 años con antecedentes de enfermedad coronaria revascularizada quirúrgicamente que acude a urgencias por dolor torácico. El paciente es hipertenso, diabético, dislipémico, presenta insuficiencia renal crónica en hemodiálisis y enfermedad arterial periférica que precisó implante de stents en arteria ilíaca común y externa izquierda y by-pass femoro-poplíteo en miembro inferior derecho.

Previamente el paciente había sufrido dos IAM. Tras el primero se realizó un by-pass de arteria mamaria interna a arteria descendente anterior y de vena safena a obtusa marginal. En el segundo IAM se implanta un stent en el ostium de la arteria circunfleja.

En esta ocasión el paciente llega a nuestro centro con dolor precordial persistente, en situación de insuficiencia cardiaca franca y en el ECG realizado muestra una elevación del segmento ST en cara ínfero-posterior. Se realiza cateterismo urgente y se objetiva una oclusión subaguda del by-pass de safena a circunfleja, que se intenta revascularizar sin éxito. En la ventriculografía se observa la salida de contraste en sístole desde el VI hacia una cavidad en la zona posterobasal.

Poco tiempo después comienza a presentar episodios intermitentes de intensificación del dolor torácico y entra en shock cardiogénico. En el ecocardiograma trastorácico se observa disfunción sistólica moderada, acinesia ínfero-postero-lateral y una imagen compatible con pseudoaneurisma inferobasal. Se contacta con el Servicio de Cirugía Cardiaca que desestima la cirugía dado el alto riesgo estimado (EUROSCORE logístico del 77%) por lo que finalmente el paciente presenta un deterioro progresivo de su situación hemodinámica y fallece pocas horas después.



25. MUJER DE 75 AÑOS CON SÍNDROME DE PLATIPNEA ORTODEOXIA POR FORAMEN OVAL PERMEABLE Y ANEURISMA DEL SEPTUM INTERAURICULAR.
Finalista.

Elvis Amao Ruiz. Loubna Elmardi. Freud Michel. Carolina Quintero Lopez. José Nieto Rodríguez. Timoteo Cámara González y María de la Luz Cardo Maeso. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.

Objetivo: Comunicar un caso de Síndrome Platipnea Ortodeoxia por Foramen oval permeable y aneurisma del septum interauricular.

Caso clínico: Mujer de 74 años acude al servicio de urgencias por disnea de 1 mes de evolución que en los últimos 2 días se hace más intensa, llegando a ser de reposo. La paciente no refería otra sintomatología.

Tenía como antecedentes personales: HTA, obesidad, insuficiencia venosa crónica, neuralgia del trigémino, portadora de prótesis de rodilla derecha y operada de cataratas en ambos ojos. En la exploración clínica presentaba TA: 110/80, SatO₂ 94% con gafas nasales a 2 lpm, FC 70 lpm, FR 18 pm. Obesa, aparecía regular estado general. No otros hallazgos. La analítica en urgencias era normal. ECG: RS a 70 lpm y alteraciones inespecíficas de la repolarización. RX tórax: normal. Eco doppler de miembros inferiores: trombosis crónica parcial de vena solea derecha.

Durante ingreso presenta crisis de disnea intensa con cianosis periférica, FR 20 por minuto y Sat O₂ de 90% con FIO₂ 100% (reservorio) en sedestación. El resto de la exploración clínica era anodina y el ECG no mostraba cambios. En nueva analítica presentaba dímero D: 800, gasometría con O₂ ph: 7.4, pCO₂: 30, p O₂: 48 el resto de la analítica era normal. Ante la sospecha de TEP se inició tratamiento anticoagulante y se solicita angio TAC torácico que no evidencia TEP. Ecocardiograma transtorácico: función sistólica conservada, VI hipertrófico, dilatación difusa de raíz aortica y aorta ascendente. La paciente se estabiliza y se mantiene con Sat O₂ 96% con VM al 35 % en decúbito. Se solicitó una gammagrafía ventilación perfusión que resultó normal. En ecocardiograma transesofágico con suero salino agitado se evidencia Foramen Oval Permeable (paso de burbujas) y aneurisma del septum interauricular. Se realiza cateterismo derecho y coronariografía: Se evidencia dilatación y elongación de aorta ascendente con normalidad de presiones en cavidades derechas con PAP 30/18. Se logra cruzar a aurícula izquierda a través del foramen oval donde presenta normalidad de presiones y ausencia de gradiente transvalvular mitral, pulmonar y tricuspidio. La saturación en decúbito de vena pulmonar superior izquierda y de aurícula izquierda fue de 99% y de 97% respectivamente, a su vez la saturación en sedestación de la aurícula izquierda fue de 61%. Se observa septum auricular aneurismático con paso de medio de contraste a aurícula izquierda y se realiza cierre percutáneo del FOP con dispositivo Amplatzer.

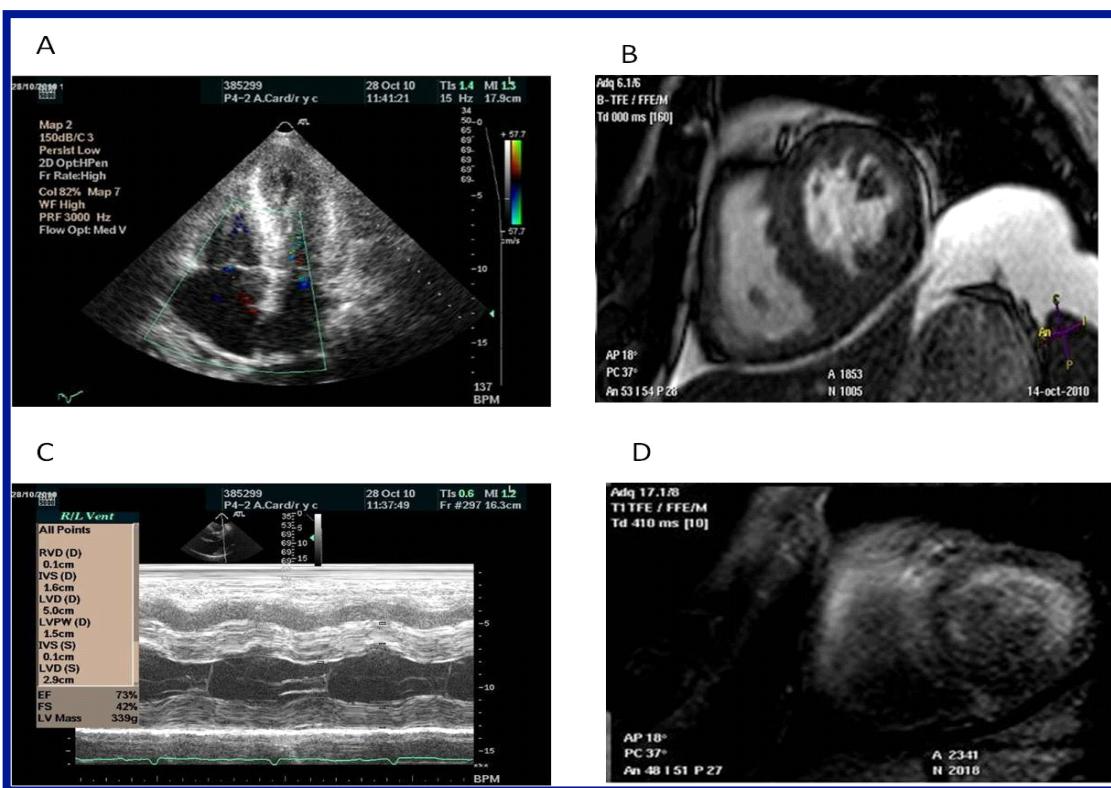
Conclusión: El síndrome platipnea ortodeoxia es una entidad infradiagnosticada que debe sospecharse en pacientes con hipoxemia refractaria que empeora con la sedestación o la bipedestación.

26. AMILOIDOSIS CARDIACA EN PACIENTE CON MIELOMA MÚLTIPLE.

Alejandra Carbonell, Cristina Fraile, Laura Morán, Hugo del Castillo, Alicia Mejías, Ana Echániz, José Luis Moya, José Luis Zamorano. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Varón de 61 años dislipémico, exfumador y bebedor derivado desde el ambulatorio por disnea de esfuerzo, ascitis, edemas en miembros inferiores,

hiporexia y pérdida de peso sin respuesta a diuréticos desde hace un mes. Destaca un soplo sistólico eyectivo mitral, hipoventilación en base derecha, ascitis, hepatomegalia y edemas con fóvea en extremidades inferiores. La radiografía revela cardiomegalia y derrame pleural. Electrocardiograma en ritmo sinusal, PR límite y HBAI. Ingresó para estudio de anasarca realizándose diversas pruebas: Marcadores tumorales, serologías, PCR tuberculosis, ANOEs negativos. Líquido ascítico y pleural sin hallazgos. Orina: proteinuria en rango nefrótico. Estudio Hematológico: hipoalbuminemia y pico monoclonal de IgG tipo λ. Médula ósea compatible con Mieloma sin datos de Amiloidosis. Biopsia gingival negativa. En la ecocardiografía (A,C) destaca una miocardiopatía hipertrofica motivando realizar RMN cardiaca (B,D) que confirmó HVI de predominio septal, FE conservada y captación compatible con



Amiloidosis. No se realizó biopsia cardiaca. Se añade tratamiento quimioterápico tras desestimarse para trasplante de médula ósea.

Evolución tórpida con deterioro hemodinámico refractario, insuficiencia respiratoria y fracaso renal en hemodiálisis, produciéndose el éxodo. En la Amiloidosis AL (primaria) se acumula la porción variable de las cadenas ligeras (λ o κ) formando la sustancia amilode. En el 50% existe afectación cardiaca en

forma de insuficiencia cardiaca o trastornos de la conducción AV, asociándose en la mayor parte a síndrome nefrótico o hipotensión ortostática. Se encuentra un componente M en inmunoelectroforesis en el 90%. El pronóstico se ensombrece cuando existe afectación cardiaca con supervivencia inferior a 6 meses.

27. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ECOCARDIOGÁFICO DE MASA CARDÍACA EN PACIENTE CON GRANULOMATOSIS DE WEGENER.

Andrea Moreno, Giovanna Nancy Uribe, Natalia Pinilla, Maria Thiscal Lopez Lluva, Jaime Manuel Benitez, Francisco Rivera, Maria Dolores Sánchez de la Nieta, Alvaro Moreno. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Las manifestaciones cardíacas en la granulomatosis de Wegener, son poco frecuentes, pero muy variadas y con importantes connotaciones pronósticas. Dichas manifestaciones incluyen pericarditis (50%), arteritis coronaria (50%), miocarditis focal (25%) así como valvulitis y endocarditis (21%). En cuanto a la carditis, puede afectar al ventrículo o a la aurícula y formar masas causantes de obstrucción y arritmias, como granulomas intracavitarios. El tratamiento médico de la granulomatosis puede inducir la regresión de la masa por lo que el diagnóstico diferencial es crucial. Nosotros presentamos el caso de una paciente con diagnóstico de enfermedad de Wegener en que se detecta una masa cardiaca. Paciente mujer de 54 años de edad con antecedente de Granulomatosis de Wégener con afectación renal y pulmonar, diagnosticada en el año 2000. En tratamiento crónico con esteroides. Consulta por malestar general, sensación distírmica, disnea y tos sin expectoración. En estudio ecocardiográfico transtorácico por fiebre de origen desconocido se encuentra una masa de gran tamaño en aurícula izquierda (AI). Se realiza Ecocardiograma Transesofágico: masa en la AI de aproximadamente 4x4.6 cms. Ecodensidad heterogénea y de bordes bien definidos, anclado al septo interauricular en su tercio medio cerca de la fosa oval por un fino pedículo. La masa prolapsa en el VI a través de la válvula mitral durante la diástole. No otros hallazgos reseñables. Se remite a Cirugía Cardiovascular obteniendo confirmación anatomo-patológica de mixoma.

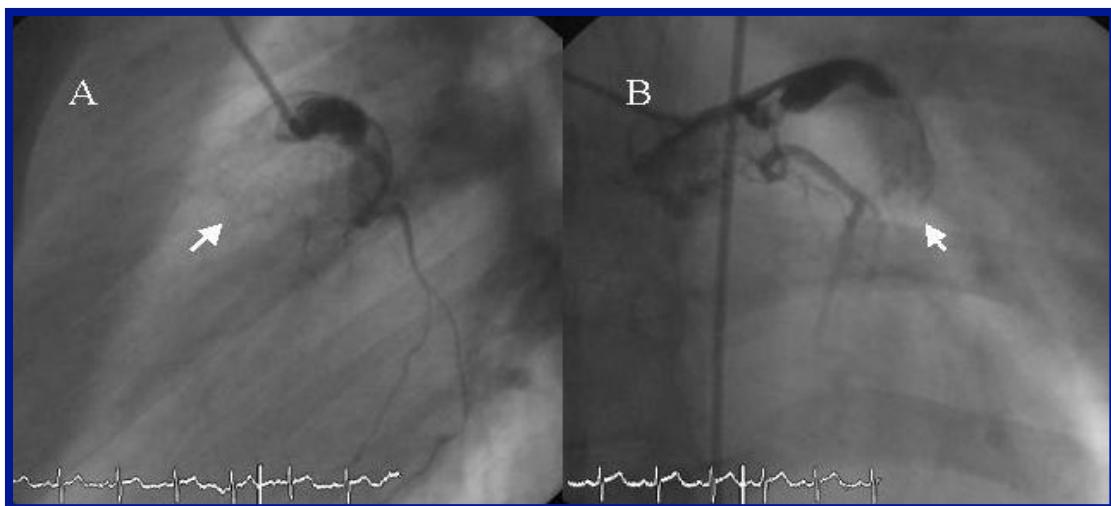
La correcta caracterización de la masa intracardíaca permitió, en nuestro caso, un diagnóstico prácticamente de certeza con la única ayuda de la ecografía.

28. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO ANTERIOR SECUNDARIO A TROMBOSIS DE ANEURISMA CORONARIO POR PROBABLE ENFERMEDAD DE KAWASAKI.

Carolina Robles, Luis Fernando Pajín, Laia Carla Belarte, Finn Olof Akerström, Iciar García Ormazabal, Luis Rodríguez Padial. Hospital Virgen de la Salud de Toledo.

Varón de 25 años, sin factores de riesgo cardiovascular conocidos, ni antecedentes patológicos de interés. Presenta, estando en reposo, episodio de dolor en región precordial izquierda de carácter opresivo, irradiado a extremidades superiores y acompañado de cortejo vegetativo. El dolor aumenta con la inspiración y se alivia parcialmente al incorporarse hacia delante. Unos días antes había presentado cuadro de infección respiratoria de vías altas. El paciente se encontraba clínica y hemodinámicamente estable, y a la exploración física no mostraba datos de interés. En el ECG se objetiva elevación cóncava del segmento ST de 2 mm en V1-V4 con onda T picuda. Analíticamente presenta leucocitosis y una troponina I de 103,17 ng/mL. Se le diagnosticó de miopericarditis aguda, e ingresó en la unidad coronaria para monitorización y estabilización clínica, mejorando parcialmente el dolor torácico con AINEs. A las 24 horas, se encontraba asintomático y estable. En el ECG presentaba un patrón de necrosis anteroseptal con elevación persistente del ST. Se realizó un ecocardiograma que mostraba FEVI severamente deprimida y aquinesia anterior y septo anterior de base a ápex. Esta evolución clínica reorientó el diagnóstico hacia cardiopatía isquémica. Se realizó cateterismo cardíaco donde se objetivó aneurisma sacular de gran tamaño en TCI, y oclusión completa de la DA desde su origen, probablemente en el contexto de Enfermedad de Kawasaki. En el estudio de viabilidad miocárdica se estimó que la probabilidad de miocardio viable era media por lo que se indicó revascularización coronaria mediante doble bypass con buena evolución posterior.

Angiografía coronaria. A: Proyección lateral que muestra aneurisma gigante del tronco de la coronaria izquierda y oclusión completa de Descendente Anterior. B. Proyección postero-anterior craneal en la que se observa el aneurisma y la lesión severa de la circunfleja ostial.



29. ¿UNA FORMA CONCRETA DE FIBRILACIÓN VENTRICULAR IDIOPÁTICA?

Finalista.

Julio Casares-Medrano, M.A. Arias-Palomares, Finn Olok Akerstrom, Alex Cortés-Beringola, Miguel Jerez-Valero, Blanca Rodríguez-Picón, F.A. López-Sánchez, Luis Rodríguez Padial. Complejo Hospitalario de Toledo.

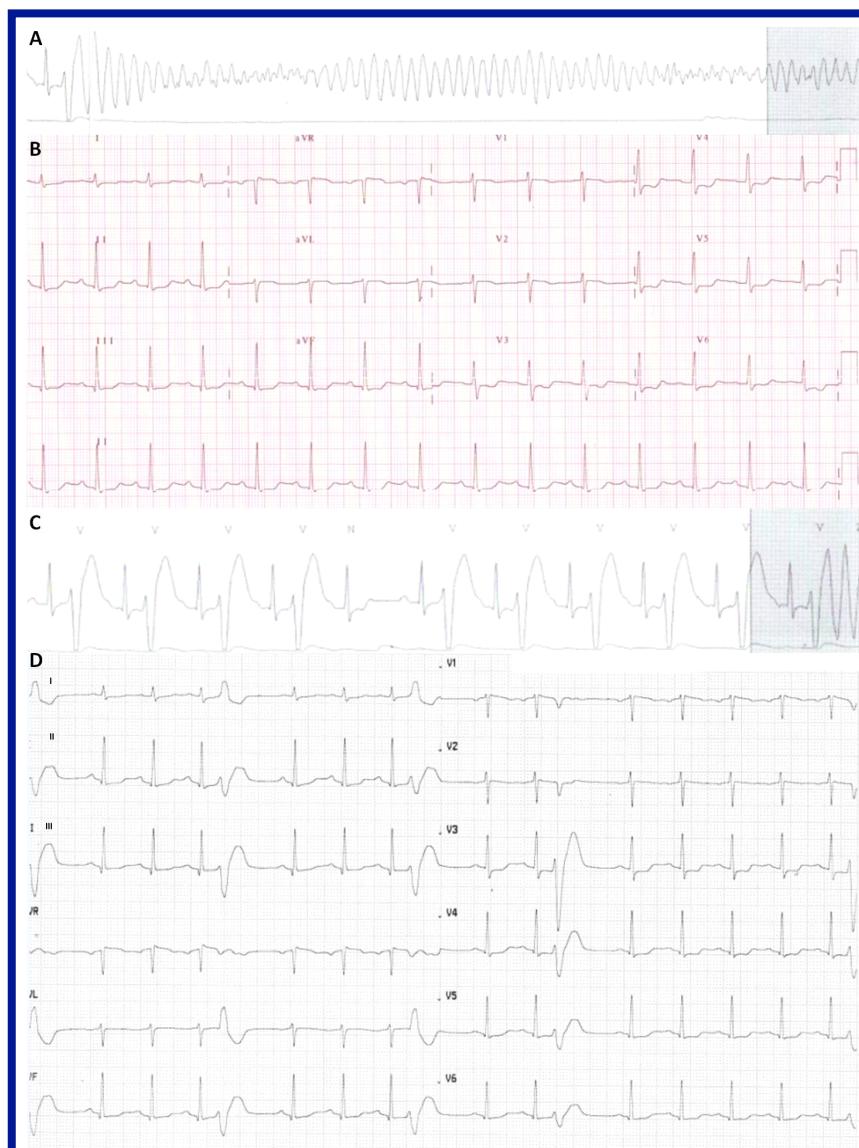
Presentamos el caso de una mujer de 51 años, sin antecedentes de interés. Consulta a su hospital por síncope, y se nos remite tras objetivar episodios repetitivos y refractarios de taquicardia ventricular polimorfa (TVP) que degenera en fibrilación ventricular (FV). (figura A).

El ECG basal (figura B) muestra ritmo sinusal, la analítica es normal, el Ecocardiograma no muestra indicios de cardiopatía (confirmado por cardioRM) y la coronariografía es normal. Continúa presentando TVP-FV, apreciando un origen común: extrasístoles ventriculares (EV) con periodo de acoplamiento corto sobre QRS previo (figura C, D). Se realiza estudio electrofisiológico, y ablación con catéter en áreas de la red de Purkinje derecha. Posteriormente disminuye densidad de los EV, y sólo presenta un episodio de TVP-FV. Se realiza Holter-ECG y presenta solamente 6 EV, todos ellos con mayor período

de acoplamiento. Se inició Verapamilo oral y se implantó un desfibrilador. Tres meses después continúa estable y sin eventos arrítmicos.

Inicialmente nos planteamos el caso como TVP-FV “idiopática”, del que se identifica el mecanismo. El cuadro es compatible con la entidad “Taquicardia Ventricular en Torsada de Puntas inducida por Extrasístoles Ventriculares con acoplamiento corto en presencia de QT normal”, del que hay descritos 14 casos, con respuesta parcial a Verapamilo en los mismos.

La FV “idiopática” es un término que puede incluir varias entidades que tienen en común su desenlace fatal, pero comienzan de formas diferentes. Una de estas sería esta entidad, en la que la identificación del origen de los EV puede permitir la ablación de sustrato.



30. PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN MUJER JOVEN.

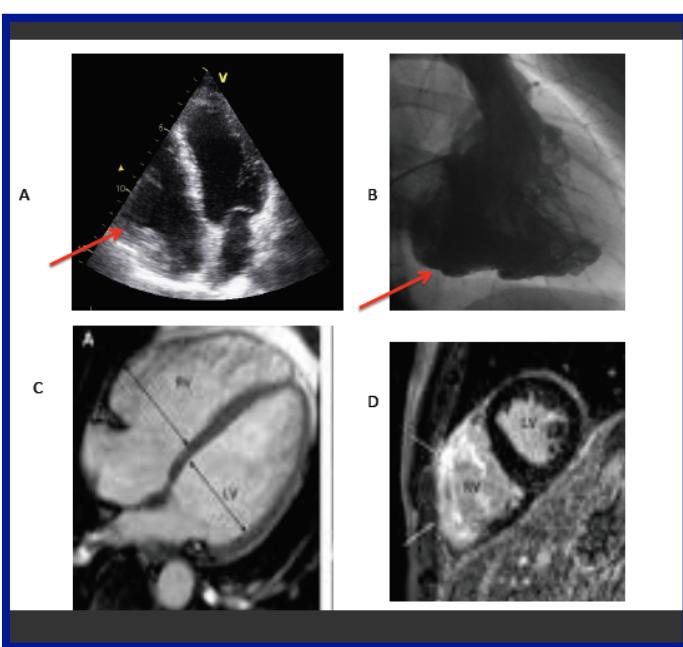
Teresa Segura, Hugo del Castillo, Alejandro del Río, Asunción Camino, Alicia Mejías, Antonio Hernández-Madrid, Manuel Jiménez Mena, José Luis Zamorano. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Mujer de 33 años que presenta PCR mientras se encuentra en ambulatorio. Se monitoriza con desfibrilador semiautomático que detecta FV, se aplica descarga y sale en RS. Es trasladada a nuestro centro e ingresa en la unidad coronaria en situación estable, sin alteraciones en la exploración clínica ni neurológica.

Se realizan las siguientes exploraciones complementarias: ECG: RS, PR normal, QT normal, ondas T negativas V1-V5; Ecocardiograma(a): VD dilatado con disfunción sistólica moderada y aneurisma con discinesia en ápex. VI de tamaño normal. FEVI 50%. Se procede a completar el estudio con: Cateterismo(b): VD dilatado, hipocinético y aneurismático. Ausencia de lesiones coronarias; Biopsia: Fibrosis intersticial e hipertrofia irregular de fibras; RM cardiaca(c,d): Hipocontractilidad global. Disfunción biventricular moderada. Discinesia basal en región inferior de VD que se corresponde con intensa captación de gadolinio.

Con el diagnóstico establecido de Displasia Arritmogénica de Ventrículo Derecho –DAVD- (dado que cumple criterios mayores y menores de imagen y

criterios electrocardiográficos), y un episodio de muerte súbita recuperada, se decide el implante de DAI desde la Unidad Coronaria.



Es dada de alta al día siguiente con estabilidad hemodinámica y buena tolerancia a tratamiento médico. En seguimiento a seis meses presenta adecuada reinserción laboral. La DAVD

es una entidad infradiagnosticada caracterizada por la presencia de alteraciones estructurales, arritmias ventriculares y anatomía patológica específica. Aunque

se han propuesto distintos tratamiento tanto médicos como quirúrgicos, el implante de DAI resulta la medida más efectiva para la prevención de muerte súbita en estos pacientes.

31. UTILIDAD DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA EN PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO, ELEVACIÓN DE MARCADORES MIOCÁRDICOS Y ECG NO DIAGNÓSTICO.

Elena González Higueras, María Luz Cardo Maeso, MA Godoy, JM Añón Elizalde, A Corrales Cruz, A Murillo Martín, MO Casto Gallego, OA Hernández. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.

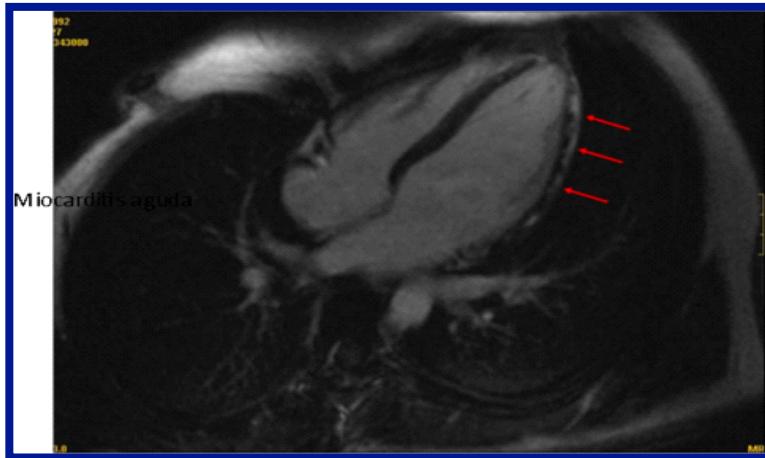
Introducción: La presencia de dolor torácico con elevación de marcadores miocárdicos y alteraciones electrocardiográficas hace pensar inicialmente en un Síndrome Coronario Agudo (SCA), pero existen otras entidades cuya presentación clínica es similar.

Objetivo: Establecer el papel de la Resonancia Magnética Cardiaca (RMC) en el diagnóstico de cuadros que se presentan como un SCA.

Material y Método: Se recogieron 6 enfermos con sospecha de SCA y electrocardiograma (ECG) no diagnóstico entre junio de 2010 y enero de 2011. Se realizó Resonancia Magnética Cardiaca (RMC) incluyendo secuencias potenciadas en T2 y secuencia I-R de realce tardío (RT).

Resultados: Edad: 39 ± 12 años. Hombres: 66% (n=4). Troponina T: 0,7 ng/dl (r: 0,2-3). CK: 743 ± 286 U/L. Alteraciones ECG: ondas T picudas 16% (n=1), segmento ST elevado 83% (n=5). Ecocardiograma: Fracción de eyeción (FE) normal 33% (n=2), disfunción moderada 66% (n=4). Normalización FE posterior: 100% (n=6). Alteración contractilidad: segmentaria 50% (n=3), global 33% (n=2), normal 16% (n=1). Diagnóstico por RMC: Miocarditis aguda cuatro casos (RT subepicardico e intramural de distribución parcheada y difusa), SCA un caso (RT trasmural basal y medio de la pared lateral) Síndrome de Tako-tsubo un caso (ausencia de RT con discinesia apical). Coronariografía: coronarias normales en tres enfermos, lesión severa en obtusa marginal un caso, en dos enfermos no se realizó coronariografía.

Conclusión: existen enfermedades cardiacas que a pesar de una presentación clínica similar al SCA muestran antecedentes epidemiológicos y factores de riesgo distintos: Miocarditis aguda, Síndrome de Tako-tsubo. El patrón de RT en la RMC puede ayudar al diagnóstico diferencial de estas entidades.



32. AFECTACIÓN MIOCÁRDICA EN PACIENTES CON MIOCARDITIS AGUDA. ESTUDIO POR RESONANCIA MAGNÉTICA.

Clara Bonanad, Sergio García-Blas, José Vicente Monmeneu, María P. López-Lereu. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Objetivos: Evaluar características clínicas y de resonancia magnética cardiaca (RMC) en pacientes con miocarditis aguda.

Métodos: Registro prospectivo de pacientes ingresados en un centro (mayo 2008-abril 2012), con diagnóstico de miocarditis (clínica, enzimas cardiacas y RMC). Se recogieron variables clínicas, ECG, analíticas y RMC.

Resultados: 28 pacientes (26 varones), edad media 35 años. 11 debutaron con dolor torácico típico; 16 presentaban fiebre al ingreso. La práctica totalidad presentaba alguna alteración ECG, lo más frecuente ascenso de ST generalizado (46%). Las alteraciones analíticas más frecuentes fueron la neutrofilia (43%) y la elevación de PCR (100 ± 125). En 16 pacientes se determinó TnI (media 24 ± 52) y en 12 TnT (ultrasensible) 1106 ± 871 . Se realizó RMC en los primeros 5 días. El volumen telediastólico de ventrículo izquierdo fue 71 ± 16 ml, telesistólico 26 ± 10 ml, solo un paciente presentó dilatación ventricular. La fracción de eyección media fue $60\% \pm 6$, solo $<50\%$ en 2 casos, y 9 (32%) presentaron alteraciones de

la contractilidad segmentaria. El hallazgo más frecuente fue la presencia de realce tardío de gadolinio (27 de 28 pacientes). La media de segmentos miocárdicos afectados fue 5.3 ± 3.2 , siendo el inferolateral (79%) el más frecuente. La distribución fue en 21 epicárdica, 15 intramural y 3 transmural. En 23 (82%) se observó edema (3.36 ± 3.11 segmentos). Las alteraciones de perfusión fueron excepcionales.

Conclusiones: La RMC es una técnica fundamental para diagnóstico y valoración de la afectación miocárdica en esta entidad. La alteración más frecuente es la presencia de realce tardío, seguida del edema.

33.-CARDIOPATÍA CHAGÁSICA, UNA ENFERMEDAD CON RIESGO VITAL DE INCIDENCIA CRECIENTE EN ESPAÑA. *Finalista.*

Alex Cortés-Beringola, Julio Casares-Medrano, Blanca Rodríguez-Picón, A. Pérez-Serradilla, S. Giacoman-Hernández, Iciar García-Ormazabal, Belén Santos-González, Luis Rodríguez Padial. Complejo Hospitalario de Toledo.

Presentamos el caso de una mujer boliviana de 32 años, sin antecedentes de interés y asintomática. Durante su embarazo se realizó screening de la enfermedad de Chagas, con resultado positivo. Después del parto es valorada por Medicina Interna. Tras los hallazgos en la radiografía de tórax (figura 1A) con cardiomegalia y en el ECG (figura 1B) que muestra bradicardia sinusal con pausas significativas, bloqueo de rama derecha y hemibloqueo anterior izquierdo, es remitida a Cardiología para estudio. En el ecocardiograma se objetiva ventrículo izquierdo ligeramente dilatado, con función sistólica conservada. La cardio-RM (figura 1C, 1D) confirma el diagnóstico de miocardiopatía dilatada biventricular, con función preservada y fibrosis parcheada mesocárdica y subepicárdica en cara lateral. Se realiza Holter-ECG que muestra pausas sinusales significativas (la mayor de 6.24 segundos).

Con todo lo expuesto se establece el diagnóstico de Enfermedad de Chagas en fase crónica con cardiopatía chagásica. Se decide implante de marcapasos DDDR (programación: frecuencia cardiaca 50-150 lpm).

La enfermedad de Chagas es endémica en América, y cada vez más frecuente en nuestro medio asociada a la inmigración. Frecuentemente la cardiopatía chagásica se presenta con disfunción sinusal y trastornos de la conducción intraventricular, normalmente asintomáticos. En fases avanzadas se produce fibrosis miocárdica que evoluciona a miocardiopatía dilatada con característicos aneurismas potencialmente trombogénicos y arritmias letales, siendo el principal marcador pronóstico la función ventricular izquierda. Al ser una entidad potencialmente letal, de incidencia creciente, es conveniente conocer que todo paciente con infección confirmada ha de ser sometido a screening y seguimiento cardiológico periódico.

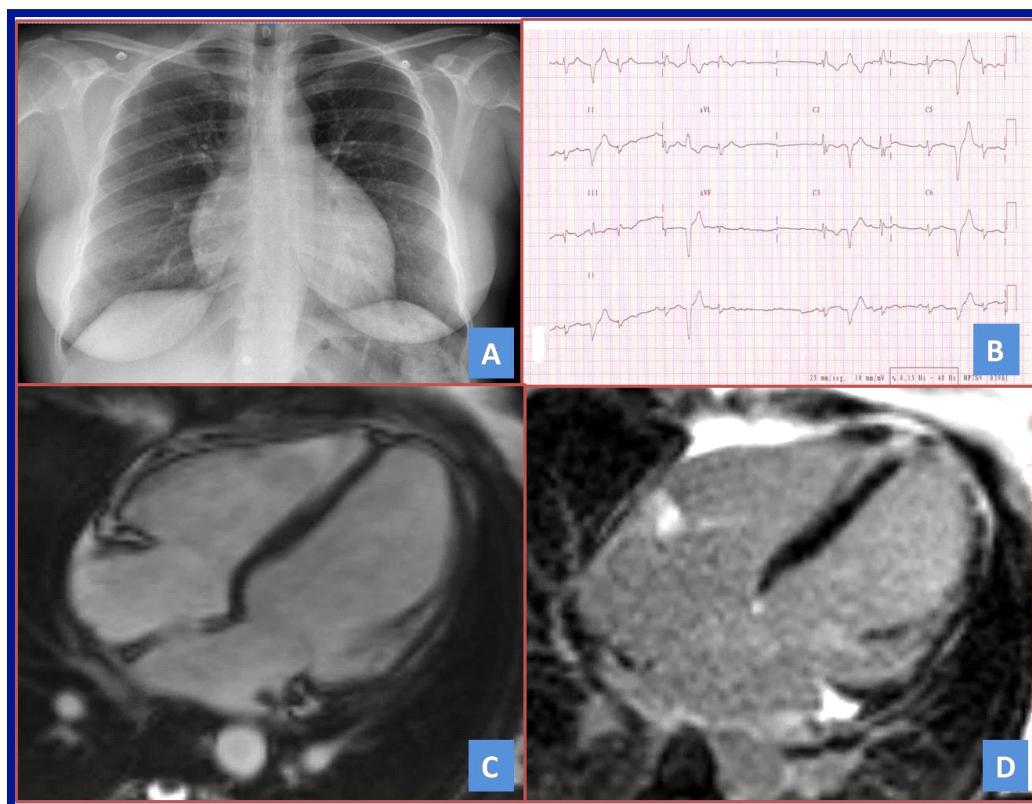


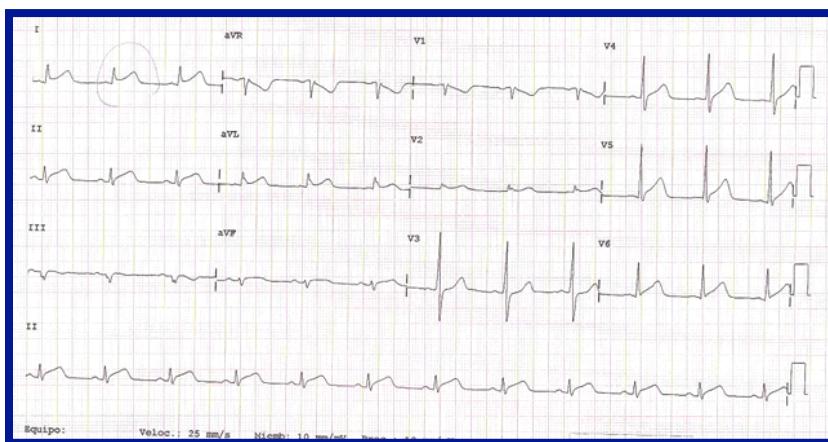
Figura 1: A) Radiografía de tórax que muestra cardiomegalia. B) ECG con bradicardia sinusal, bloqueo de rama derecha y hemibloqueo anterior izquierdo. C y D) Imagen de cardio-RM: (C) Secuencia SSFP con dilatación biventricular; (D) Imagen de realce tardío tras la administración de gadolinio que muestra la captación parcheada lateral.

34. VASOESPASMO CORONARIO SECUNDARIO A ADRENALINA TÓPICA.

Nuria Muñoz, Nancy Giovanna Uribe, Felipe Higuera, Natalia Pinilla, Manuel Marina Breysse, Maria Thiscal Lopez Lluva, Jaime Benítez, Andrea Moreno. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Hombre de 49 años, con antecedentes de hipercolesterolemia, obesidad y ex hábito tabaquico que ingresó para intervención programada de septoplastia nasal. Inmediatamente después de la administración de anestésico tópico (bupivacaína + adrenalina 1:1000) en región nasal, presentó episodio de dolor torácico de características anginosas acompañado de hipertensión arterial (TAS máxima 250 mm Hg) y cambios Electrocardiográficos consistentes en elevación del segmento ST de 2 mm en V2, V4-V6, I, aVL y II. Con persistencia las alteraciones electrocardiográficas descritas durante aproximadamente 30 minutos tras la administración de nitroglicerina intravenosa, cloruro mórfico y antiagregación plaquetaria. En ANALÍTICA hubo ligera elevación de marcadores de necrosis miocárdica (Troponina I 0.76 ng/ml, CPK y CPK-MB normales), colesterol-LDL 98 mg/dl, HDL 35 mg/dl, Triglicéridos 93 mg/dl). ECOCARDIOGRAMA sin hallazgos patológicos y CATETERISMO CORONARIO sin lesiones angiográficas coronarias. Se dió de alta con DIAGNÓSTICO de Vasoespasmo coronario inducido por la administración de adrenalina tópica en región nasal. En revisiones posteriores ambulatorias, el paciente ha permanecido asintomático siguiendo tratamiento con diltiazem 180 mg/24h, ramipril 2,5 mg/24h y AAS 100 mg.

Figura: ECG después de la administración de adrenalina tópica

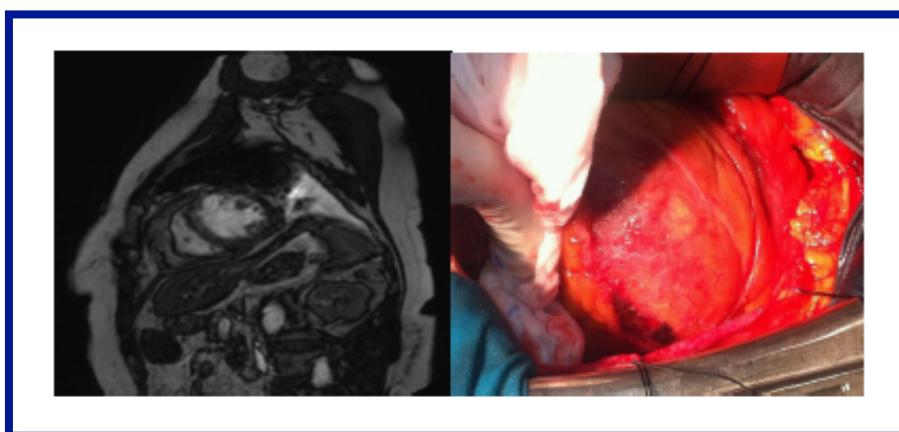


35. FRACASO CONGESTIVO E HIPOTENSIÓN TRAS SCACEST.

María del Carmen Espinosa, María Thiscal López Lluva, Francisco Ruiz Lorenzo, Mar Juan, Ainhoa Serrano, M.Carmen Corcorbado, Ramón Ortiz, Miguel Ángel Rienda. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Presentamos el caso de mujer de 75 años, sin antecedentes personales de interés, salvo Hipertensión Arterial. Debuta con dolor torácico típico. En electrocardiograma (ECG) al ingreso presenta ascenso del ST en cara anterolateral con descenso espejado en inferior. Se practica angioplastia primaria e implantación de stent farmacoactivo sobre Descendente Anterior a las 6 horas del inicio del dolor. Es dada de alta, asintomática, con diagnósticos SCACEST anterolateral. Killip II. Acinesia septoapical e hipocinesia lateral. FEVI 40%. Pico enzimático: CPK 2644, CKMB 350, Troponina 65.

A las 24 horas de estancia en planta, tras esfuerzo, presentó malestar generalizado, hipotensión de 85/50 mmHg, sudoración profusa y pérdida transitoria de conciencia. Se práctica ante sintomatología ECG: Aumento de voltaje de ondas Q y pseudonormalización de la onda T y en ecocardiograma transtorácico (ETT) urgente: FEVI 28%, derrame pericárdico severo circumferencial con signos de taponamiento. Dado el hallazgo, se práctica pericardiocentesis urgente que obtuvo 300cc de contenido hemático. Precisando soporte vasoactivo y volumen primeras horas recuperando posteriormente estabilidad hemodinámica. En controles ETT posteriores se observa imagen de adelgazamiento de miocardio extremo en ápex. Una ecocardiograma transesofágico corroboró lo anterior, adelgazamiento e hiperrefringencia en zona apical. Ante observación, se solicita Resonancia Magnética Cardiaca



confirmándose diagnóstico, rotura miocárdica contenida con necrosis transmural y hematoma. La paciente fue intervenida de urgencias confirmándose datos de estudios posteriores e implantándose parche en la zona afecta. Fue dada de alta 48 horas. La rotura cardiaca, es una complicación temida, salvable en ocasiones, siempre con rápido diagnóstico y tratamiento quirúrgico.

36. DERRAME PERICÁRDICO SEVERO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UN ADENOCARCINOMA DE ORIGEN DESCONOCIDO.

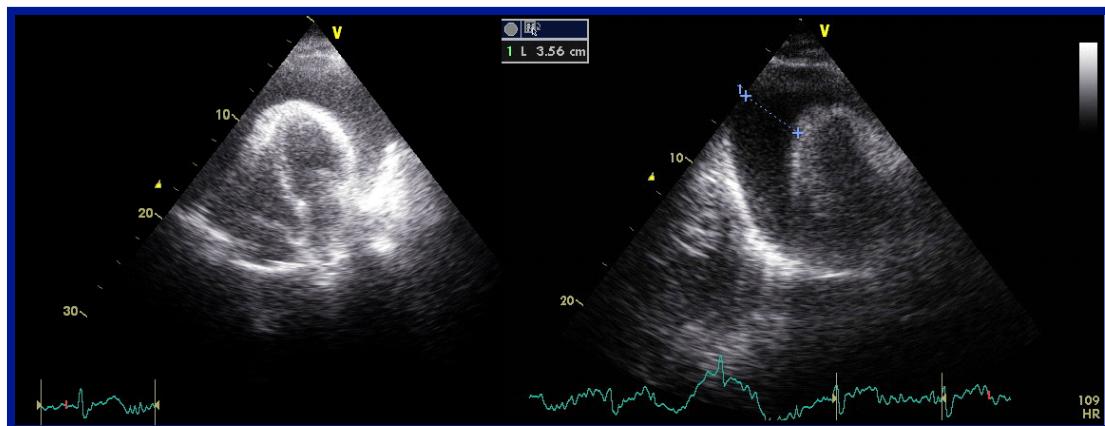
Laia Carla Belarte Tornero, A. Pérez Serradilla, Carolina Robles Gamboa, Justo Julia Calvo, Diana Segovia, Alex Cortés Beringola. B. Martínez Carrasco. Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Varón de 56 años que presenta disnea de esfuerzo de un mes y medio de evolución con empeoramiento progresivo de clase funcional, intolerancia al decúbito, ortopnea, disnea paroxística nocturna, nicturia, y edemas en miembros inferiores. Presenta antecedentes de hipertensión y dislipemia sin tratamiento, tabaquismo y hábito enólico.

En Urgencias se encuentra taquicárdico, taquipneico e hipotensio. Presenta ingurgitación yugular, tonos cardíacos apagados y edemas en miembros inferiores. Analíticamente destaca ligero deterioro en la función renal. En el electrocardiograma presenta taquicardia sinusal con voltajes disminuidos de forma difusa y en la radiografía de tórax observamos cardiomegalia y adenopatías mediastínicas paratraqueales derechas.

Se realiza un ecocardiograma donde vemos un derrame pericárdico global severo con datos de compromiso hemodinámico. Se decide realizar una pericardiocentesis evacuadora de líquido pericárdico serohemático, con colocación posterior de catéter de drenaje pericárdico. Se descartaron causas inmunológicas e infecciosas. Los marcadores tumorales CEA y CA 19.9 estaban elevados y la citología del líquido pericárdico fue positiva para células malignas compatibles con adenocarcinoma. Se realizó TAC toraco-abdomino-pélvico, fibrobroncoscopia, gastroscopia y PET donde no se apreciaron neoplasias.

Tras 9 días, es posible retirar el drenaje pericárdico por mejoría tanto clínica como ecocardiográfica. Pasa a cargo de Oncología, con el diagnóstico de taponamiento cardíaco secundario a adenocarcinoma de origen desconocido, para iniciar quimioterapia sistémica. La afectación metastásica del pericardio suele deberse a enfermedad neoplásica avanzada. Rara vez es el derrame pericárdico la primera y/o única expresión de una neoplasia primaria extracardíaca, y más cuando ésta se mantiene oculta.



37. CUANTIFICACIÓN DE LA ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA CON RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA, CON CORRELACIÓN CON ECOCARDIOGRAFIA.
Finalista.

Esther Cambronero, Begoña Igual, Miguel José Corbí, Antonia Tercero, Juan Gabriel Córdoba, Cristina Llanos, Manuel José Fernández Anguita, Isabel López Neyra. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción: La resonancia magnética cardíaca (RMC) es un método de diagnóstico útil para evaluar a los pacientes con estenosis aórtica, siendo una alternativa diagnóstica en los casos en que el ecocardiograma se vea limitado por mala ventana, necesidad de valorar adecuadamente otras estructuras como la aorta, etc.

Objetivos: Evaluar la utilidad RMC para la cuantificación de la severidad de la estenosis aórtica en pacientes adultos con estenosis aórtica (EAo) significativa.

Métodos: Se analizan 36 pacientes con EAo significativa con RMC y ecocardiograma transtorácico (ETT). Analizando secuencias anatómicas y de flujo

con RMN y los distintos planos de adquisición del ETT. Realizándose también análisis morfológico valvular, mediciones del área valvular aórtico (AVA), gradientes máximos y medios.

Resultados: El 70% de los pacientes son varones. En el 70% de los pacientes las válvulas son tricúspides, en el 27% bicúspides y en el 3% son prótesis. La etiología de la estenosis fue en el 69 % degenerativa y en el 30 % congénita. El área valvular por RMC fue de 0,83 cm² y por ETT de 0,83 cm² y los gradientes máximos obtenidos con RMC de 74 mmHg y de 73 mmHg con ETT. Área bajo la curva COR de 0,9.

Conclusión: La RMC es un buen método para detectar estenosis aórtica severa, por lo que surge como una alternativa al ETT en el caso en que éste se vea limitado.

38. INFLUENCIA DE LA DIABETES CONOCIDA Y DESCONOCIDA EN UN PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA.

Esther Cambronero, Jesús María Jiménez Mazúecos, Isabel López Neyra, Javier Navarro Cuartero, Daniel Prieto, Cristina Llanos, Juan Gabriel Córdoba, Francisco Manuel Salmerón. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

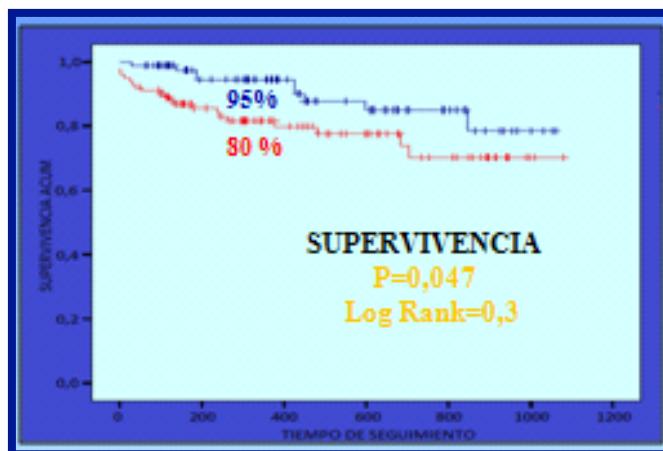
Objetivos: Analizar el valor pronóstico de la Diabetes Mellitus (DM) en los pacientes (P) que sufren un infarto con elevación del ST (IAMEST) y determinar si éstos presentan mayor mortalidad.

Métodos: Se analizan a 231 P consecutivos a los que se les somete a angioplastia primaria (AP) entre junio de 2007 a enero del 2010 en un Hospital Terciario con alerta 24 horas de Hemodinámica. Se realiza un estudio de cohortes prospectivo estableciendo dos grupos uno formado por DM o con dos glucemias basales >125 mg/dl o una glucemia basal >de 125 y >199 al ingreso y otro por P sin alteraciones del metabolismo HC.

Resultados: El 49,5% se diagnostican de DM, siendo no conocidos el 54,4%, con una edad media de 65,63±12 años. El 81% eran varones y DM conocidos el 22,5%. Todas las características basales fueron similares a las de los no DM

salvo el sexo femenino y la arteriopatía periférica, que fue mayor en los DM ($P=0,019$ y $0,011$). No hubo diferencias significativas en el tipo de tratamiento realizado. Presentan mayor porcentaje de disfunción ventricular (19%vs3%, $p:0.004$). Los diabéticos presentaron una mortalidad total tres veces superior a los no DM (10,5%vs3,4%, $p=0,016$), tanto durante el ingreso (6,5%vs1,2%, $p=0,038$), como en el seguimiento (4,3%vs0,2%, $p=0,05$).

Conclusiones: Los diabéticos tanto conocidos, como no conocidos que sufren un IAMEST, presentan mayor mortalidad. Todo ello, a pesar de presentar similares características en el tratamiento realizado. Por ello, hay que aunar esfuerzos en optimizar el tratamiento realizado a este colectivo vulnerable de pacientes.



39. EVOLUCIÓN DE LOS NEFRÓPATAS EN UN PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA.

Esther Cambronero, Jesús María Jiménez Mazúecos, Antonio Gutiérrez Díez, Alberto Gómez Pérez, Miguel José Corbí, Manuel José Fernández Anguita, Juan Gabriel Córdoba, Isabel López Neyra. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivos: Determinar el valor pronóstico de los pacientes nefrópatas (IRC) que han sufrido un SCACEST y determinar si éstos presentan mayor mortalidad.

Métodos: Se analizan a 231 pacientes (P) consecutivos a los que se les somete a angioplastia primaria (AP) entre junio de 2007 a enero del 2010 en un Hospital Terciario. Se realiza un estudio de cohortes prospectivo estableciendo dos subgrupos uno formado por P con IRC, comparándolos con P sin esta patología. Se analiza la incidencia de complicaciones durante el ingreso y en el

seguimiento definidos por mortalidad total o el acontecimiento de cualquier evento cardiovascular, como combinación de muerte, re-IAM, isquemia recurrente y necesidad de nueva intervención coronaria percutánea.

Resultados: El 8,7% eran IRC, con una edad media de 68 ± 15 años. El 73,7% eran mujeres. Todas las características basales fueron similares a las de los no nefrópatas excepto los antecedentes de arteriopatía periférica (26,3vs5,5%, $P=0,001$, OR:6,1 (1,8-20,1) y antecedentes familiares de cardiopatía isquémica (5,3vs25%, $p=0,048$) No se encontraron diferencias significativas en el tipo de tratamiento empleado, ni en la evolución hospitalaria a excepción de mayor necesidad de nueva ICP (5,3 % vs 0,5 %, $P=0,037$). Con una incidencia de complicaciones totales del 4,6 %, siendo estas significativamente más predominantes (55,6vs26,8%, $P=0,01$), así como la mortalidad (22,2%vs7,1%, $P=0,026$). Siendo predictor independiente de complicaciones (OR:3,1, $P=0,038$; IC:1,06-9,35).

Conclusiones: Se ha encontrado que la presencia de IRC, es un factor predictor de eventos cardiovasculares adversos. Por ello, se debe realizar una estrecha vigilancia y óptimo control terapéutico de este tipo de pacientes.

40. DOLOR TORÁCICO CON CAMBIOS EN ECG, NO SIEMPRE ES LO QUE PARECE.

Blanca Rodríguez Picón, Julio Casares, Miguel Jerez, Cristina de la Rosa, Finn Olor Akerstrom, Alex Cortés, Belén Santos, María Lázaro. Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

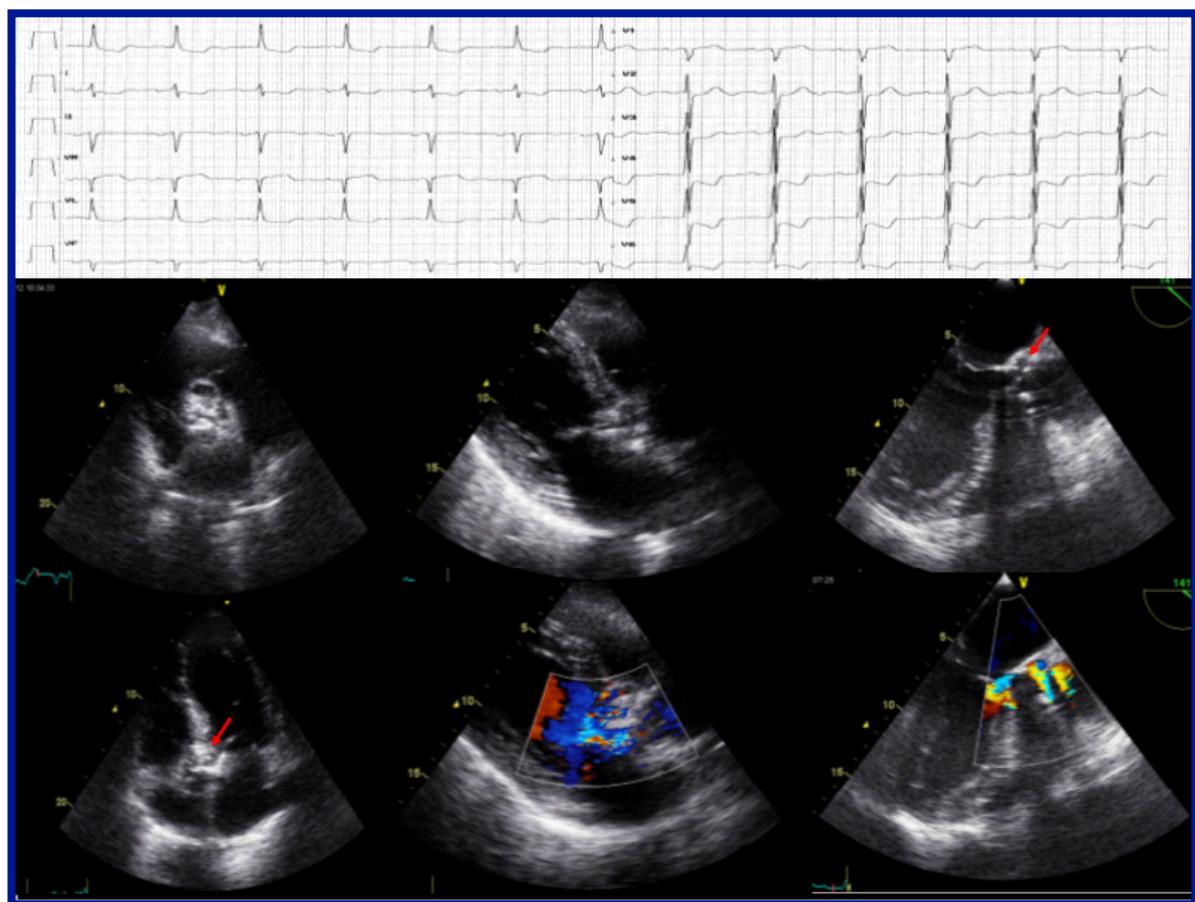
Varón de 74 años. HTA. Enfermedad renal crónica en hemodiálisis.

Ingresa en Nefrología por neumonía en lóbulo medio, aislándose en 2 hemocultivos *Staphilococcus Xylosus* sensible a daptomicina, por lo que es tratado con este antibiótico 2 semanas. Presenta hipotensión asintomática durante el ingreso, que se atribuye a intensificación de ultrafiltración. Dado de alta sin medicación hipotensora habitual.

Tres días después acude a hemodiálisis refiriendo que tras el alta presenta episodios de dolor centrotorácico en reposo prolongados. A la exploración se encuentra hipotensio, destaca un soplo sistólico 3/6 en foco aórtico, segundo tono

conservado y soplo diastólico 2/4 en BEI. Se realiza ECG que muestra lesión subendocárdica generalizada con elevación de ST en aVR. Se determinan marcadores de lesión miocárdica (Tp 3,1 CK normal) y sistemático de sangre con leucocitosis (14.000) con desviación a la izquierda (89% neutrófilos). Es derivado a nuestro centro con diagnóstico de SCASEST.

Ingresa en UCOR. El paciente se inestabiliza hemodinámica y respiratoriamente, presentando edema agudo de pulmón. Se inicia tratamiento médico con mala respuesta, por lo que se procede a IOT y conexión a VMI. Se realiza ETT que muestra VI no dilatado con FEVI conservada, válvula aórtica severamente desestructurada y calcificada, con estenosis moderada e imágenes móviles sugerentes de endocarditis que generan una insuficiencia aórtica aguda excéntrica. Se realiza ETE y se confirma la sospecha diagnóstica.



Se comenta el caso con Cirugía Cardiaca que decide intervención de urgencia.

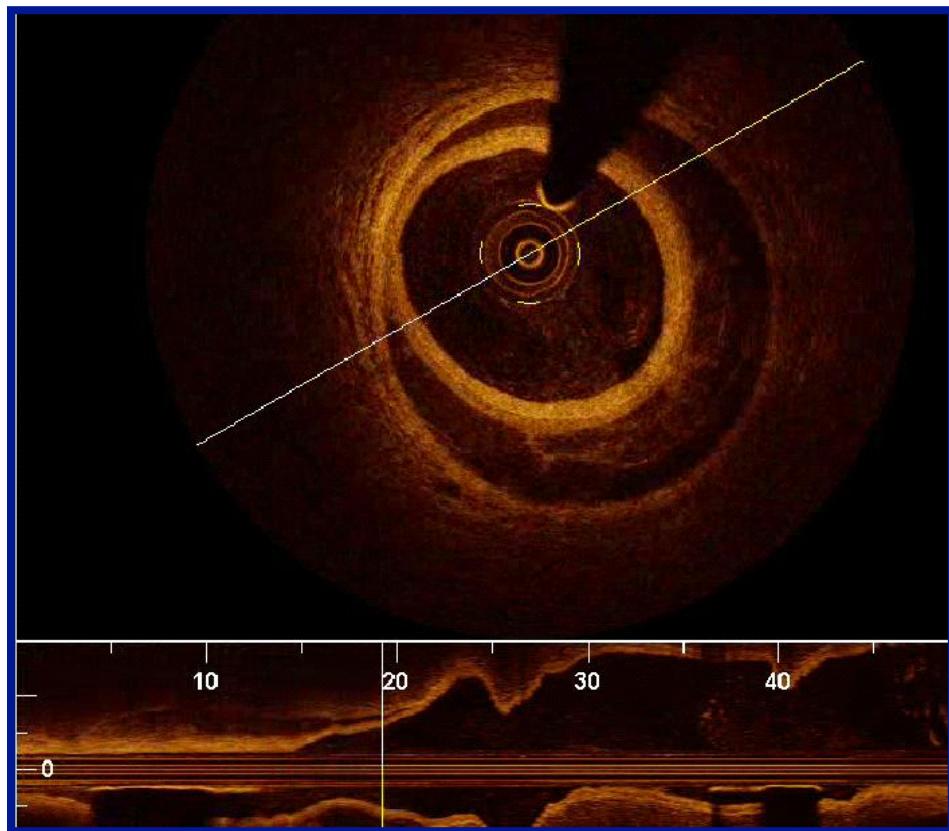
Previamente se realiza coronariografía urgente que descarta lesiones coronarias. Se procede a sustitución de válvula aórtica por prótesis biológica. Buena evolución posterior, dado de alta en buena situación clínica

41. DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR

Miguel Jerez, Julio Casares, Blanca Rodríguez Picón, Diana Segovia, Justo Juliá, Finn Olof Akerstrom, Laia Carla Belarte, Luis Rodríguez Padial. Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Se trata de una mujer de 42 años, sin factores de riesgo cardiovascular conocidos, que ingresa en nuestro centro con clínica típica para angor y alteraciones en el electrocardiograma (ECG) consistentes en elevación del segmento ST en V3 a V6 y II, III y aVF. Tras pautar medicación antiisquémica y antianginosa, la paciente queda asintomática, normalizando las alteraciones en el ECG. Se realiza ecocardiograma que muestra disfunción sistólica ligera de ventrículo izquierdo junto con aneurisma apical estrecho y aquinesia de pared anterior medioapical. Se solicita cateterismo que objetiva reducción de calibre en segmento medio de descendente anterior (DA) con oclusión completa (100%) a nivel medio-distal. Ante la sospecha de disección espontánea de DA, se evalúa la lesión mediante Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) que confirma el diagnóstico al demostrar una disección circunferencial con hematoma intramural, que alcanza el ápex. Dadas las características de la lesión, se considera no subsidiaria de revascularización. La paciente es dada de alta sin haber presentado nuevos episodios, con ECG normalizado y bajo tratamiento con Acenocumarol y nitratos.

Discusión: La disección de arterias coronarias es una causa rara de infarto agudo de miocardio, que afecta con más frecuencia a mujeres jóvenes que no presentan factores de riesgo cardiovascular. La presentación más común suele ser la muerte súbita cardíaca, siendo un diagnóstico post-morten en la mayoría de casos. Sin embargo, puede presentarse también como síndrome coronario agudo. La etiología es desconocida y el tratamiento no está bien establecido debido a la limitada experiencia existente.



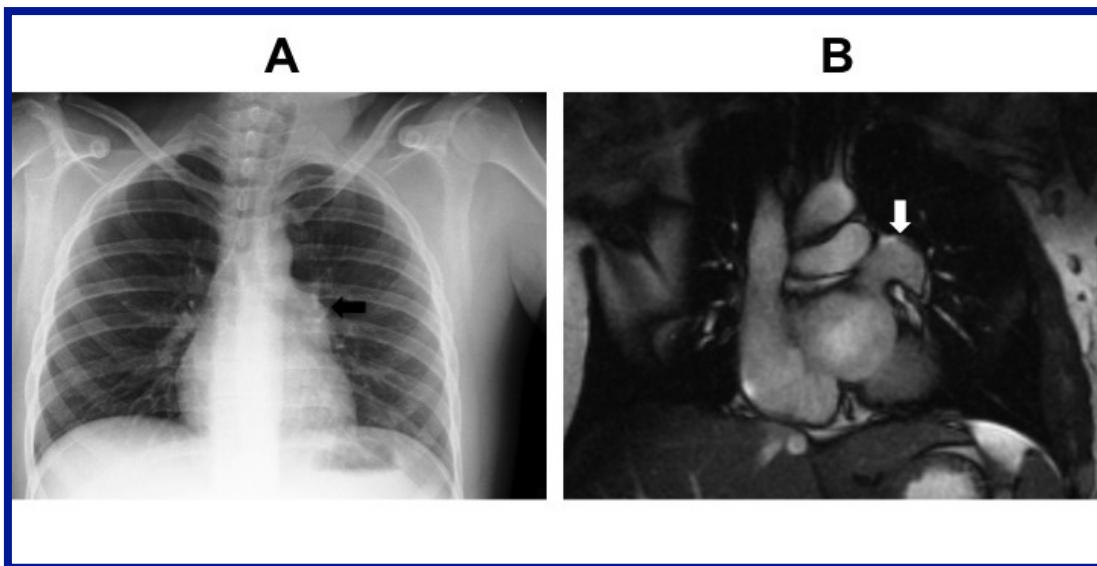
42. DOLOR TORÁCICO EN VARÓN JOVEN.

Finn Olof Akerström, Alan Juárez, Belén Santos, Ana Alguacil, Justo Juliá, Diana Segovia, Carolina Robles, Laia Carla Belarte. Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Un varón de 22 años, sin antecedentes de interés, acudió al servicio de urgencias por dolor centrotorácico, tipo pleurítico, de inicio súbito, asociado a disnea. La exploración física y la analítica sanguínea fueron normales. Se evidenció en la radiografía de tórax horizontalización del bronquio izquierdo y aumento de tamaño del hilio izquierdo (Figura 1A, flecha negra), por lo que fue ingresado en el servicio de medicina interna con la sospecha de adenopatías. Se administraron antiinflamatorios con lo que el paciente se quedó asintomático. A continuación se realizó una tomografía computada (TC) de tórax y después una resonancia magnética cardiaca (RMC), objetivándose un defecto de pericardio de 20 x 30 mm en cara lateral del pericardio con herniación de la orejuela de la aurícula izquierda (Figura 1B, flecha blanca). Se comentó el caso con el servicio de cirugía cardiaca quienes tras valoración decidieron actitud conservadora, siendo dado de alta con seguimiento ambulatorio. Hasta la fecha, cuatro años más tarde, el

paciente se encuentra sano sin haber vuelto a presentar más episodios de dolor torácico u otra sintomatología.

Los defectos del pericardio son anomalías congénitas muy raras y pueden ser desde defectos pequeños hasta la ausencia completa del pericardio. Suelen cursar asintomáticos pero los casos de defectos parciales pueden tener complicaciones fatales como la estrangulación de orejuelas auriculares y la compresión de arterias coronarias. El tratamiento de los defectos completos es conservador, pero en los defectos parciales actualmente no existe unanimidad sobre si mantener una actitud expectativa o intervenir quirúrgicamente.



43. EFICACIA Y SEGURIDAD DE UN PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN PRECOZ EN ALÉRGICOS A ASPIRINA ATENDIDOS POR SCA EN UNA UNIDAD CORONARIA.

Juan G. Córdoba-Soriano, Víctor Hidalgo-Olivares, Francisco Salmerón-Martínez, Isabel López-Neyra, Alberto Gómez-Pérez, Carlos Lafuente-Gormaz, Antonio Gutiérrez-Díez, Jesús Jiménez-Mazuecos. Hospital General Universitario de Albacete.

Introducción: La aspirina aumenta la supervivencia pacientes (P) afectos de cardiopatía isquémica. Muchos P con SCA manifiestan ser alérgicos al AAS no pudiendo recibir los beneficios de este tratamiento y presentando riesgo de trombosis del stent.

Métodos: Describimos una serie de pacientes con alergia conocida o manifestada a AAS atendidos por SCA de cualquier tipo desde Febrero 2011 en que realizamos un protocolo de desensibilización rápida consistente en 8 dosis crecientes de AAS tras premedicación con corticoides y antihistamínicos. El protocolo se aplica precozmente, previo a realización de cateterismo en SCASEST o tras este en angioplastia primaria.

Resultados: 11P (67±12 años, 54% varones) han sido sometidos a desensibilización en las primeras 72 horas. A 8 se les implantó al menos 1 stent. En 4 no se conocía el tipo de reacción mientras que de los 7 en que se conocía, la mayoría fueron respiratorias con antecedente de anafilaxia en 4. No se realizó prueba de provocación por estar contraindicada en contexto de SCA. El protocolo logró terminarse con éxito en todos, apareciendo complicaciones en uno (cutáneas) que no impidieron finalizarlo. Durante un seguimiento medio de 167 días (IC 95%, 76-257) sólo en 3 se ha retirado; una hemorragia digestiva alta, molestias gástricas y el 3º por razón desconocida. Sólo un paciente ha reingresado por motivo cardiológico sin necesidad de nueva revascularización.

Conclusiones: La aplicación precoz de un protocolo de desensibilización rápida al AAS es eficaz y segura en alérgicos a AAS que precisan doble antiagregación por un SCA.

44. ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN PACIENTES ANCIANOS: ¿QUÉ FACTORES DETERMINAN EL PRONÓSTICO?

Víctor Hidalgo-Olivares, Juan G. Córdoba-Soriano, Esther Cambronero-Cortinas, Francisco Salmerón-Martínez, Ana Ruiz-Tornero, Daniel Prieto-Mateos, Antonio Gutiérrez-Díez, Jesús Jiménez-Mazuecos. Hospital General Universitario de Albacete.

Introducción: La edad avanzada no es criterio de exclusión para la angioplastia primaria (ICPP) como tratamiento de elección del SCACEST, sin embargo se sabe que estos pacientes presentan mayor riesgo.

Objetivos: Evaluar qué factores condicionan mayor riesgo en octogenarios sometidos a ICPP.

Métodos: Seguimiento clínico durante 6 meses de 80 pacientes ≥80 años tras realización de ICPP. Se valora la influencia de aspectos clínicos y técnicos en la mortalidad a corto-medio plazo. Resultados: N=80 (65% Varones; 83.8 años (80-91.3)); IAM anterior 56.3%; HTA 73.8%; DM 23.8%; Cardiopatía Isquémica previa 22.5%. El 82.5% presentaba Katz A y el 21.5% Killip III-IV. En el 73.7% se intentó acceso radial (exitoso 86.4%). Mortalidad durante el ingreso y a los 6 meses: 13.8% y 22.4% respectivamente. Durante ingreso se encontraron diferencias para Katz>A (RR:3.1; p=0.04), Killip IV (RR:13.0; p<0.001) y acceso femoral (RR:4.9; p=0.002). En el análisis multivariante sólo se detectó como indicadora de peor pronóstico la clase Killip IV (OR:28.5; IdC:5.6-145.5). A los 6 meses estos resultados se mantenían: único factor de riesgo predictor de mortalidad, Killip IV (OR:13.2; IdC:2.4-71.1).

Conclusiones: En ancianos sometidos a ICPP la presentación clínica en Shock cardiogénico es el principal indicador de mal pronóstico por aumento de mortalidad a corto y medio plazo. Un índice de Katz >A y la vía de acceso femoral son también predictores de mal pronóstico a corto plazo.

45. INCIDENCIA, PREDICTORES Y PRONÓSTICO DE LAS COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS TRAS INTERVENCIONISMO EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD CORONARIA.

Juan G. Córdoba-Soriano, Cristina Llanos-Guerrero, Esther Cambronero-Cortinas, Victor Hidalgo-Olivares, Javier Navarro-Cuartero, Antonio Gutiérrez-Díez, Dolores Rodríguez-Carcelén, Jesús Jiménez-Mazuecos. Hospital General Universitario de Albacete.

Introducción: El avance en intervencionismo y uso de fármacos más potentes ha mejorado el pronóstico del SCA a costa de aumento del riesgo hemorrágico. Métodos: Estudio prospectivo de una cohorte de ingresados en la Unidad Coronaria tras intervencionismo. Estudiamos sus características clínicas, vía de acceso, tratamiento antiagregante-anticoagulante recibido y definimos las complicaciones hemorrágicas según los criterios del estudio ACUITY. Posteriormente analizamos la relación entre estas variables y los eventos cardiovasculares mayores (MACE).

Resultados: N=202 (65±12 años, 83% Varones) 31% DM, IAMCEST 58%, SCASEST 40%. Radial 85%/Femoral 15%. En el 89% se usó HNF durante el

procedimiento, 43% Abciximab y 17% Bivalirudina. Durante el ingreso (9±7 días) se produjeron 11 MACE (5,4%), 13% sangrados mayores durante el seguimiento hospitalario y 13% menores (2% hemorragias digestivas, 0.5% urológicas y 2% transfusiones). La principal complicación hemorrágica fueron hematomas en la zona de punción (10% > 5 cm, 12% 3-5 cm). No asociación significativa entre criterios mayor, menor o ambos en cuanto a MACE o días de ingreso. La edad >75 años, el abordaje femoral y el peso <65 kg fueron los únicos predictores de sangrado ACUITY mayor o menor.

Conclusiones: Una actitud farmacoinvasiva en pacientes con SCA de alto riesgo se asocia a buena evolución durante el ingreso, aunque con alta tasa de sangrados ACUITY. La edad, el bajo peso y el tipo de acceso vascular se asocian con mayor riesgo de sangrado. En esta población (con alto porcentaje de acceso radial) el sangrado no influye en el pronóstico hospitalario.

46. DISMINUCIÓN EN EL TIEMPO HASTA LA REPERFUSIÓN TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE UN NUEVO PROTOCOLO REGIONAL DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA (CORECAM).

Juan G. Córdoba-Soriano, Isabel López-Neyra, Víctor Hidalgo-Olivares, Javier Navarro Cuartero, Antonio Gutiérrez-Díez; Arsenio Gallardo-López, Mª Teresa Iglesias-Mier, Jesús Jiménez-Mazuecos. Hospital General Universitario de Albacete.

Introducción: La Angioplastia primaria (ICPP) es el tratamiento de elección para el SCACEST siempre que sea realizado por una equipo experimentado y con el menor retraso.

Objetivo: Evaluar la utilidad de un protocolo regional en la disminución del tiempo hasta la reperfusión (TR) en el SCACEST. **Métodos:** Estudio prospectivo de todos los pacientes (P) a los que se realizó ICPP en nuestro centro en los últimos 5 años en los que está funcionando un protocolo de ICPP. Se establecieron 3 grupos: A: 2006-2007, sin medidas para disminuir TR, (79 P). B: 2008-2010, medidas locales-hospitalarias para disminuir TR (198 P). C: 2011, existe un protocolo autonómico que coordina la atención entre el ámbito extrahospitalario

(112) y tres centros con capacidad de ICPP. Se comparó el tiempo puerta balón (TiPuBa) entre los tres.

Resultados: N= 410 (76% Varones, 64±13 años). 42,6% IAM Infero-posterior, 37% Anterior. Mortalidad hospitalaria 4% y al año 6%. El TiPuBa fue significativamente menor en el Grupo B que en el Grupo A (75 minutos; RIC 25-75: 52-105' VS 100 minutos; RIC 25-75: 75'-120') ($p<0.001$; IC 95%). El Grupo C también presentó un TiPuBa significativamente menor respecto a los dos anteriores (38 minutos; RIC 25-75: 26'- 71', $p<0.001$).

Conclusiones: La instauración de un Código Autonómico de Reperfusión Urgente en el SCACEST que coordine la atención extra e intrahospitalaria es sumamente efectiva para reducir los tiempos hasta la reperfusión y tratar de forma óptima a estos pacientes.

47. INFLUENCIA DEL ACCESO VASCULAR PARA LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA DEL IAMCEST EN EL TIEMPO HASTA LA REPERFUSIÓN.

Isabel López-Neyra, Juan G. Córdoba-Soriano, Víctor Hidalgo-Olivares, Ana Ruiz Tornero, Daniel Prieto-Mateos, Antonio Gutiérrez-Díez, Otilia Gonzalez-Martínez, Jesús Jiménez-Mazuecos. Hospital General Universitario de Albacete.

Introducción: El acceso radial (AR) en el contexto de la angioplastia primaria (AP) del IAMCEST disminuye el riesgo de complicaciones hemorrágicas, aunque se ha postulado que puede aumentar el tiempo hasta la reperfusión al ser técnicamente más demandante.

Métodos: Registro prospectivo de P consecutivos a los que se realizó una AP comparando el AR frente al acceso femoral (AF). Se analiza el tiempo puerta-balón (TiPuBa) y el tiempo desde que el P llegaba a sala hasta que se produce la apertura de la arteria coronaria (TSaBa). La elección de la técnica se realizó por preferencia del operador o por características del P. Los P se analizaron por intención de acceso independientemente de como se finalizó el procedimiento.

Resultados: N=329 P (80% AR y 20% AF), 25% >75 años, 76% varones, 27% DM. Un 3% se presentaron con inestabilidad hemodinámica o shock y 38% IAM anteriores. Hubo un 3% de crossover radial-femoral y 0.3% crossover femoral-

radial. La mediana global del TiPuBa fue de 80'. La media del TPuBa en el AR fue 9666' vs 10883' en AF (p: ns). La media del TSaBa en AR fue 2612' vs 3762' en AF (p:ns). El 64% de los P en los que se usó AR fue atendido en <90 minutos frente al 61% de AF (p: ns).

Conclusiones: La realización de la AP por AR no incrementa los tiempos hasta la reperfusión en centros con experiencia, por lo que debería constituirse como la vía preferencial de abordaje.

48. REALIZACIÓN DE CATETERISMO CARDIACO SIN RETIRADA DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL: EFICACIA Y SEGURIDAD. *Premio Mejor Comunicación.*

Juan G. Córdoba-Soriano, Arsenio Gallardo-López, Ana Ruíz-Tornero, Víctor Hidalgo-Olivares, Isabel López-Neyra, Antonio Gutiérrez-Díez, María Teresa Iglesias-Mier, Jesús Jiménez-Mazuecos. Hospital General Universitario de Albacete.

Introducción: El Cateterismo en pacientes (P) crónicamente anticoagulados se realiza tras suspensión de la anticoagulación oral (ACO) durante 48-72 horas y en casos seleccionados se sustituye por heparina. No está bien establecida la seguridad y eficacia del intervencionismo sin suspensión de la ACO.

Métodos: Estudio prospectivo de 199 P sometidos a cateterismo electivo transradial. Se compara una cohorte de 30 P en tratamiento con Acenocumarol a los que no se suspendió el fármaco (Grupo A) con el resto (Grupo B). El protocolo de vendaje y duración de compresión fue similar en ambos grupos. Se analizó la incidencia de complicaciones tras retirada del vendaje en nuestra unidad (re-sangrado, oclusión radial o hematoma) y a las 24 horas. La permeabilidad radial se analizó por pletismografía. Los hematomas se definieron como leves (5-10 cm) o severos (> 10 cm).

Resultados: Grupo A 72± 8 años vs 65±11 (B) (p: 0.01). Principal motivo de ACO: fibrilación auricular (60%). INR medio: 2,28 ± 0,4, (3.6% INR>3.5). 100% fueron trans-radiales. Retirada la compresión, 1.8% de re-sangrados en grupo A que requirieron nueva compresión vs ninguno en grupo B (p:NS). No hubo oclusiones radiales. 10% hematomas leves en grupo A vs 7.1% en grupo B (p:NS). 2.4% del grupo B desarrolló nuevo hematoma a las 24 horas por el que consultó vs

ninguno del grupo A (p:NS). Ninguno de los hematomas precoces o tardíos precisaron de actitud adicional ni tuvieron trascendencia clínica.

Conclusiones: Un protocolo de compresión radial rápida y sin retirada de la ACO es seguro en pacientes crónicamente anticoagulados con lo que pueden evitarse las potenciales desventajas que puede presentar la retirada temporal de ACO.

49. ÍNDICE TOBILLO-BRAZO COMO PREDICTOR DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES DIABÉTICOS INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO DE ALTO RIESGO.

Miguel A. Simón-García, Juan G. Córdoba-Soriano, Cristina Llanos-Guerrero, Francisco Salmerón-Martínez, Víctor Hidalgo-Olivares, Antonio Gutiérrez-Díez, Dolores Rodríguez-Carcelén, Jesús Jiménez-Mazuecos. Hospital General Universitario de Albacete.

Introducción: Algunos estudios muestran que el índice tobillo-brazo (ITB) es de utilidad en diagnóstico de aterosclerosis como posiblemente en pronóstico del Síndrome Coronario Agudo (SCA). Además entre diabéticos aquellos con ITB patológico (ITBpat) podrían mostrar peor pronóstico.

Objetivo: valorar relación entre ITBpat en diabéticos ingresados por SCA de alto riesgo y la aparición de eventos adversos durante el ingreso. Métodos: Se valora el ITB en 134 Diabéticos ingresados por SCA de alto riesgo. Se excluyeron aquellos con complicación mecánica grave o shock y se evaluó la relación de ITBpat (relación Tobillo-Brazo <0.9) o ITB normal (ITBnor = relación Tobillo-Brazo 0.9-1.3) con la aparición de eventos adversos durante el ingreso: combinado de muerte o reinfarto o angina refractaria o necesidad de revascularización urgente o accidente cerebrovascular o de shock cardiogénico.

Resultados: El 71.6% ingresó por SCASEST. ITBnor: 56.7% e ITBpat: 33.6%, el resto fue no analizable (ITB>1.3). No se hallaron diferencias significativas para edad, sexo, factores de riesgo, tratamiento recibido o motivo de ingreso. Entre los ITBpat el diagnóstico previo de arteriopatía periférica fue más frecuente (31.8% vs 13.2%; p=0.014) y tuvieron mayor número de eventos clínicos a expensas fundamentalmente de desarrollo de shock cardiogénico (17.8% vs 5.3%; p=0.026)

así como mayor incidencia de disfunción ventricular (FEVI< 0.35) (13.3% vs 1.4%; p=0.008).

Conclusiones: La existencia de ITBpat en diabéticos ingresados por SCA de alto riesgo predice mal pronóstico durante el ingreso por aparición más frecuente de eventos clínicos adversos, fundamentalmente shock cardiogénico probablemente debido a mayor incidencia de disfunción ventricular.

50. REVASCULARIZACIÓN COMPLETA EN OCTOGENARIOS: ¿ES REALMENTE IMPORTANTE? *Finalista.*

Francisco Salmerón-Martínez, Juan G. Córdoba-Soriano, Isabel López Neyra, Víctor Hidalgo-Olivares, Manuel Fernández-Anguita, Cristina Llanos-Guerrero, Antonio Gutiérrez-Díez, Jesús Jiménez-Mazuecos. Hospital General Universitario de Albacete.

Introducción: La revascularización completa (RC) en pacientes (P) isquémicos se asocia a mejor evolución a largo plazo; sin embargo ancianos que presentan menor expectativa de vida por otras patologías y en los que los procedimientos se asocian a mayor riesgo, la RC puede no ser el objetivo.

Objetivo: Evaluar la implicación pronóstica de la RC en un grupo de octogenarios sometidos a ICP. Métodos: Estudio retrospectivo de 98 P > 80 años sometidos a ICP. Analizamos la aparición de eventos adversos (muerte, re-IAM o isquemia recurrente) durante la hospitalización y seguimiento en función de revascularización completa (Grupo A, 43%) o Incompleta (B, 57%).

Resultados: 98 P (83±2 años, 65% varones). El 54% presentaba alguna comorbilidad clínica asociada. Durante el ingreso no hubo diferencia para eventos cardiovasculares entre grupos (Grupo A 33% vs Grupo B 20%, p: NS) aunque los P del grupo A presentaron más re-IAM con tendencia a significación (7% vs 0%, p: 0.07) y sin embargo hubo una pequeña tendencia a menor mortalidad hospitalaria (2% vs 12%, p: 0.11). Durante una mediana de seguimiento de 18.5 meses, las curvas de supervivencia fueron similares, con probabilidad de muerte en el grupo A 31% frente a 29% del grupo B. Tampoco hubo diferencias en eventos cardiovasculares durante seguimiento (51% vs 52%, p: NS).

Conclusiones: La revascularización completa en octogenarios no parece conferir mejor evolución a largo plazo. Probablemente en este subgrupo sea más adecuado guiarnos exclusivamente por síntomas que por un deseo de revascularización completa más adecuado en jóvenes.

51. MORTALIDAD REAL DEL INTERVENCIONISMO SOBRE TCI EN COMPARACIÓN CON LA PREDECIDA POR EUROSORE LOGÍSTICO.

Juan G. Córdoba-Soriano, Arsenio Gallardo-López, Victor Hidalgo-Olivares, Francisco Salmerón-Martínez, Esther Cambronero-Cortinas, Antonio Gutiérrez-Díez, Driss Melehi, Jesús Jiménez-Mazuecos. Hospital General Universitario de Albacete.

Introducción: La enfermedad del tronco común izquierdo (TCI) tiene características especiales, por lo que el valor predictivo de los Scores de riesgo en el tratamiento no es necesariamente tan bueno.

Objetivos: Evaluar mortalidad de pacientes con enfermedad de TCI no protegido considerados de alto riesgo quirúrgico según EUROSORE sometidos a ICP.

Métodos: Estudio prospectivo de 69 pacientes atendidos en un solo centro (2005-2011), con enfermedad severa de TCI no protegido y no candidatos a revascularización quirúrgica por alto riesgo, malos lechos o necesidad de revascularización urgente. Se establecieron dos niveles de riesgo quirúrgico según EUROSORE logístico (≥ 15 / < 15) y se estudiaron las características clínicas y angiográficas comparándose la mortalidad hospitalaria.

Resultados: 69 pacientes (72,5% varones, 72 ± 12 años), EUROSORE medio 14,40 (2-50), 39% diabéticos, FEVI media 48% y 69,6% TCI distal afectando a bifurcación. Se implantó DES en 66 (95,7%) y se utilizó balón de contrapulsación en 15 (21,7%). Fueron tratados de forma urgente-emergente 27 (39,1%). Éxito en 66 (95,7%). El grupo con EUROSORE ≥ 15 (Media 25,36 (IC 95%; 21,57-29,14)) era de 28 y el de EUROSORE < 15 , (Media 7,27 (IC 95%; 6,17-8,36) de 41(59,5%). Mortalidad global: 6 (8,7%). Según EUROSORE, el primer grupo tuvo 5 vs 1 (17,9% vs 2,4%; $p=0,037$). EUROSORE medio en los fallecidos $31,17 \pm 14,6$ vs $13,03 \pm 9,5$ en supervivientes ($p=0,028$).

Conclusiones: EUROSORE >15 predice alta mortalidad en nuestra serie. De cualquier modo, la mortalidad real del intervencionismo es inferior a la mortalidad quirúrgica estimada por EUROSORE en ambos grupos.

52. PERFIL CLÍNICO Y PRONÓSTICO DEL SHOCK CARDIOGÉNICO ISQUÉMICO POR FALLO DE VENTRÍCULO DERECHO.

Cristina Llanos-Guerrero, Juan G. Córdoba-Soriano; Manuel Fernández-Anguita, Esther Cambronero-Cortinas, Víctor Hidalgo-Olivares, Javier Navarro-Cuartero, Antonio Gutiérrez-Díez, Jesús Jiménez-Mazuecos. Hospital General Universitario de Albacete.

Introducción: El Shock Cardiogénico (SC) isquémico debido a fallo predominante de ventrículo derecho (VD) es una entidad menos habitual y estudiada que su presentación por fallo izquierdo (VI).

Objetivos: Evaluar el perfil clínico, pronóstico del SCVD y compararlo con SCVI.

Métodos: Revisión retrospectiva de la evolución en los 5 últimos años de los pacientes (Ptes) que llegaron vivos a sala de hemodinámica en SC. Se excluyeron Ptes con complicaciones mecánicas o arrítmicas. Evaluamos la mortalidad Precoz (Hospitalaria), Temprana (30 días) y Tardía (1 año), comparándola con el SCVI.

Resultados: n=72 SC, 24% (17 Ptes) predominantemente SCVD (72±12 años; 64% varones). Un 41% se presentaron como SC desde el primer contacto. 29% diabéticos, 70% HTA, 29% fumadores, 5% cardiopatía previa, 52% enfermedad multivaso. Se usó balón de contrapulsación en 23% (vs 52% SCVI, p: 0.12). La única diferencia significativa fue en la FEVI (45% SCVD vs 31% SCVI, p<0.01). La mortalidad hospitalaria, a los 30 días y al año fue del 41%, 41% y el 50% respectivamente vs 41%, 45% y 50% del SCVI sin diferencias significativas.

Conclusiones: En nuestra serie, el SCVD constituye cerca de un ¼ de los casos de SC isquémico. El perfil clínico es similar al SC por fallo VI con mayor FEVI en su presentación. En cuanto al pronóstico, a pesar de medidas agresivas es igual de sombrío que el de SCVI.

53. AFECTACIÓN VALVULAR CARDIACA POR CABERGOLINA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERPROLACTINEMIA.

Juan G. Córdoba-Soriano, Javier Navarro-Cuartero, Cristina Llanos-Guerrero, Esther Cambronero-Cortinas, Daniel Prieto-Mateos, Manuel Fernández-Anguita, Miguel Ángel Simón-García, Jesús Jiménez-Mazuecos. Hospital General Universitario de Albacete.

Introducción: Cabergolina es un agonista dopaminérgico asociado a desarrollo de fibrosis valvular a dosis utilizadas en Enfermedad de Parkinson, sin embargo con dosis usadas en Hiperprolactinemia esta afectación no queda clara.

Objetivo: Evaluar posible asociación entre desarrollo de valvulopatía y tratamiento con Cabergolina en hiperprolactinémicos.

Métodos: Estudio de casos y controles. Evaluamos la prevalencia de valvulopatías en un grupo de Hiperprolactinémicos que estaban o habían recibido tratamiento con Cabergolina durante al menos 6 meses y se compara con un grupo control de no hiperprolactinémicos sin antecedentes de tratamiento con agonistas dopaminérgicos.

Resultados: 32 pacientes en cada grupo. Predominio femenino en ambos y edad media ligeramente mayor en controles. Mediana de dosis acumulada de Cabergolina 158 mg (R.I. 69 – 363), mediana duración del tratamiento 46 meses. No se encontraron valvulopatías severas y todos se encontraban asintomáticos. Hubo diferencia estadísticamente significativa para Insuficiencias Mitrales (IM), mayor en el grupo control (22% vs 59%, p=0.044; IC 95%) a expensas de IM Trivial. Entre los tratados, 5 valvulopatías de grado \geq leve, sin diferencias con el resto de casos en cuanto a dosis acumulada, ni duración de tratamiento. Al comparar los 5 hiperprolactinémicos con los 11 controles que presentaban valvulopatías de grado \geq leve, no se encontraron diferencias en la prevalencia de valvulopatías de ningún tipo. Sólo se encontró un caso de valvulopatía de grado moderado entre los casos, una Insuficiencia Tricúspide sin repercusión clínica. Conclusiones: El tratamiento con Cabergolina a las dosis utilizadas en la hiperprolactinemia parece seguro y no se asocia a valvulopatías significativas.

