



**Libro de Comunicaciones:**  
**95ª REUNIÓN**  
**DE LA**  
**SOCIEDAD CASTELLANA**  
**DE**  
**CARDIOLOGÍA**

**13 y 14 de Junio de 2014**

***Hospital Virgen de la Salud***

***Toledo***

**<http://www.castellanacardio.es/>**

## **Junta Directiva de la Sociedad Castellana de Cardiología**

**Presidente:** Dr. Manuel Abeytua Jiménez

**Vicepresidente:** Dr. Sergio García Ortego

**Secretario:** Dr. David Martí Sánchez

**Tesorera:** Dra. Petra Sanz Mayordomo

**Presidenta Electa - Editora:** Dra. Nieves Tarín Vicente

**Página Web:** Dr. Ramón Bover Freire

**Vocal de Acreditaciones:** Dr. Miguel Castillo Orive

**Vocal de Formación y Comité Científico:** Dr. Lorenzo Silva Melchor

**Vocal de Relación con Soc. Científicas:** Dr. Carlos Escobar Cervantes

**Vocal de Relación con Universidades:** Dr. Lorenzo López Bescós

**Vocal de Castilla-La Mancha - Vicepresidente Electo:** Dr. Juan Carlos Gallego Page

**Vocal de La Rioja:** Dr. Adrián Beloscar Llorca †

**ISBN:** 978-84-697-1218-4

**Nº REGISTRO:** 201465459

**© Sociedad Castellana de Cardiología 2013**

**<http://www.castellanacardio.es/>**

**C/Santa Isabel, 51. 28012 Madrid**

**Editora: Dra. Mª Nieves Tarín Vicente**

## **PRESENTACIÓN**

Una vez más, con este Libro de Comunicaciones, nuestra Sociedad manifiesta su apuesta por la difusión del conocimiento médico en Cardiología y apoya decididamente a los Médicos Especialistas en Formación.

El Hospital Virgen de la Salud de Toledo y el Servicio de Cardiología de este centro, nos han acogido, y facilitado la presentación de estas cuarenta Comunicaciones en la 95ª reunión de la Sociedad Castellana de Cardiología (SCC). Se incluyen diferentes casos clínicos y trabajos de investigación, realizados por profesionales de 7 hospitales diferentes. Se han distinguido 10 trabajos como finalistas, resultando premiados:

- el trabajo de investigación titulado “Estudio de la deformación miocárdica en el Síndrome de Apneas-Hipopneas del Sueño”.
- el caso clínico titulado “Tres en raya (ACV, infarto, policitemia vera)”.

Muchas gracias a todos por la implicación y el esfuerzo. Desde la SCC contamos contigo para seguir adelante y esperamos verte en la próxima reunión de nuestra Sociedad.

***Dr. Manuel Abeytua Jiménez***

*Presidente de la Sociedad Castellana de Cardiología*

## ÍNDICE

### **COMUNICACIONES MINI-ORALES: Estudios de investigación.....Pág. 9**

#### **1.-Síndrome de Tako-Tsubo lo que nos interesa saber: perfil clínico, manejo y pronóstico.**

D. Prieto, MJ. Corbí, JG. Córdoba, J. Mazuecos, C. Llanos, J. Navarro, G. Gallego, M. Barrionuevo. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

#### **2.-Cierre percutáneo de la orejuela izquierda con dispositivo Watchman. Seguridad y eficacia en la prevención de fenómenos embólicos a un año, en pacientes con fibrilación auricular no valvular y contraindicación para terapia anticoagulante oral.**

E. López, Y. Vázquez, F. Gonçalves, D. Martí, J. Palazuelos, S. Álvarez, I. Rada, M. Méndez. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.

#### **3.-Angioplastia ambulatoria con alta precoz. Análisis de seguridad y eficacia de un programa de reciente instauración.**

F. Salmerón, JG. Córdoba, D. Prieto, MT. Iglesias, A. Gutiérrez, D. Melehi, A. Gallardo, J. Jiménez. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

#### **4.-Estudio de la deformación miocárdica en el Síndrome de Apneas-Hipopneas del Sueño.**

#### ***PREMIO AL MEJOR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN***

CM. Robles<sup>1</sup>, FJ. Pagán<sup>2</sup>, JE. Alcalá<sup>1</sup>, M.Á. Arias<sup>1</sup>, R. Hidalgo<sup>2</sup>, JI. García del Palacio<sup>2</sup>, L. Rodríguez-Padial<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Cardiología; <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

#### **5.-Reingresar por dolor torácico después de una intervención coronaria percutánea es frecuente pero no se asocia con peor pronóstico.**

A. Freitas, P. Salinas, E. Cánovas, A. de la Rosa, J. Alonso, R. del Castillo, L. Hernando, J. Botas. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

#### **6.-Falsas alarmas de intervencionismo urgente en un programa de angioplastia primaria. ¿Existen factores que puedan ayudarnos a identificarlas?**

F. Salmerón, JG. Córdoba, MI. Barrionuevo, G. Gallego, A. Gutiérrez, D. Melehi, A. Gallardo, J. Jiménez. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

#### **7.-Ictus, una tarea pendiente.**

L. Morán-Fernández, S. Fernández-Santos, LM. Rincón-Díaz, M. Castillo-Orive, GL. Alonso-Salinas, H. Del Castillo-Carnevali, A. García-Martín, JL. Zamorano-Gómez. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

### **COMUNICACIONES MINI-ORALES: Casos clínicos.....Pág. 13**

#### **8.-Tres en raya (ACV, infarto, policitemia vera). *PREMIO AL MEJOR CASO CLÍNICO***

J. Pérez, D. Martí, F. Gonçalves, Y. Vázquez, E. López, M. Santos, D. Sancho, M. Méndez. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.

**9.-Paciente con taquicardia de QRS ancho y síncope. TV or not TV?**

D. Jiménez-Sánchez, M. Jiménez-Blanco, M. Sánchez-García, J. Vázquez López-Ibor, A. Durante-López. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

**10.-Evolución de una masa intracardiaca: una manifestación rara de la Granulomatosis de Wegener.**

G. Gallego-Sánchez, MJ. Corbí-Pascual, A. Tercero-Martínez, JC. Gallego-Page, M. Barambio-Ruiz, MI. Barrionuevo-Sánchez, J. Navarro-Cuartero, R. Fuentes-Manso. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

**11.-Tratamiento quirúrgico de una anomalía coronaria potencialmente mortal.**

A. Cortés-Beringola, LC. Belarte-Tornero, I. García-Ormazabal, C. Robles-Gamboa, S. Giacomán-Hernández, A. Sánchez-Pérez, P. Lima-Cañadas, LF. López-Almodovar. Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

**COMUNICACIONES POSTERS.....Pág. 17**

**12.-Un SCAEST que finalmente no lo es y termina con prótesis mitral.**

D. Prieto, E. Cambronero, R. Fuentes, G. Gallego, MJ. Corbí, JC. García, A. Tercero, J. Navarro. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

**13.-Linfoma de alto grado varios meses tras miocarditis aguda, no bajen la guardia.**

E. López, D. Martí, J. Pérez, P. Beltrán, Y. Vázquez, F. Gonçalves, J. Gómez, M. Méndez. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.

**14.-Incidencia y características diferenciales de las complicaciones mecánicas en un hospital con programa de angioplastia primaria.**

F. Salmerón, JG. Córdoba, D. Prieto, MI. Barrionuevo, G. Gallego, A. Gutiérrez, D. Melehi, J. Jiménez. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

**15.-Impacto de los sangrados mayores en el pronóstico del paciente sometido a ICP primaria. Factores asociados.**

F. Salmerón, JG. Córdoba, G. Gallego, MI. Barrionuevo, J. Navarro, A. Gutiérrez, D. Melehi, J. Jiménez. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

**16.-Aparición de eventos clínicos mayores durante el ingreso hospitalario en pacientes sometidos a angioplastia primaria según la vía de acceso vascular.**

F. Salmerón, JG. Córdoba, D. Prieto, MI. Barrionuevo, G. Gallego, A. Gutiérrez, D. Melehi, J. Jiménez. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

**17.-Revascularización de tronco coronario izquierdo no protegido. Resultados a corto y largo plazo según técnica de un stent versus doble stent.**

F. Salmerón, JG. Córdoba, MI. Barrionuevo, G. Gallego, A. Gutiérrez, D. Melehi, A. Gallardo, J. Jiménez. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

**18.-Causa inusual de hipertensión pulmonar e insuficiencia cardiaca de predominio derecho.**

C. Robles<sup>1</sup>, F.J. Pagán<sup>2</sup>, P. Hernández-Simón<sup>1</sup>, LF. López-Almodóvar<sup>3</sup>, I. García<sup>1</sup>, A. Cortés<sup>1</sup>, L. Rodríguez-Padial<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología; <sup>2</sup>Servicio de Neumología; <sup>3</sup>Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

**19.-El incremento de potencia de estatinas es insuficiente para alcanzar objetivos de control lipémico tras un intervencionismo coronario.**

A. Freitas, E. Cánovas, A. de la Rosa, J. Alonso, P. Salinas, L. Hernando, R. del Castillo, J. Botas. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

**20.-Un Helicobacter pylori peculiar.**

L. Morán-Fernández, GL. Alonso Salinas, E. González-Ferrer, M. Castillo-Orive, D. del Val-Martin, P. Pastor- Pueyo, JJ. Jiménez Nácher, JL. Zamorano-Gómez. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

**21.-Toxicidad cardíaca asociada a tratamiento con Trastuzumab en la práctica clínica habitual.**

G. Gallego-Sánchez<sup>1</sup>, JC. Gallego-Page<sup>1</sup>, A. Gómez-Pérez<sup>1</sup>, JC. García-López<sup>1</sup>, M. Barambio-Ruiz<sup>1</sup>, L. Aliaga-Villaverde<sup>2</sup>, E. Adrover-Cebrían<sup>2</sup>, J. Salas-Nieto<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Cardiología; <sup>2</sup>Servicio de Oncología Clínica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

**22.-Taquicardia ventricular en paciente latinoamericana.**

G. Gallego-Sánchez, MJ. Corbí-Pascual, JC García-López, D. Prieto-Mateos, I. López-Neyra, J. Navarro-Cuartero, S. Calero-Núñez, A. Gómez-Pérez. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

**23.-Endocarditis por fiebre Q en paciente joven.**

G. Gallego-Sánchez, MJ. Corbí-Pascual, MI. Barrionuevo-Sánchez, D. Prieto-Mateos, R. Fuentes-Manso, M. Barambio-Ruiz, C. Ramírez-Guijarro, C. Lafuente-Gormaz. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

**24.-Utilidad de la escala HASBLED en con triple terapia tras una intervención coronaria percutánea.**

A. de la Rosa-Riestra, R. del Castillo-Medina, E. Cánovas-Rodríguez, A. Freitas-Esteves, J. Alonso-Belló, P. Salinas-Sanguino, L. Hernando-Marrupe, J. Botas-Rodríguez. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

**25.-Un raro caso de recoartación aórtica.**

A. Carbonell, G. de Luna, H. del Castillo, P. Guisado, P. Pastor, M. Valverde, D. del Val, JL. Zamorano. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

**26.-Síndrome coronario agudo en contexto de shock anafiláctico.**

A. Rueda-Liñares, J. Palazuelos-Molinero, J. Morales-Gallardo, D. Martí-Sánchez, F. Gonçalves, M. Méndez-Fernández. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.

**27.-Afectación cardíaca en 8 meses de evolución en paciente con síndrome carcinoide estadio IV y foramen oval permeable.**

C. Fernández-Pascual<sup>1</sup>, L. Fernández<sup>1</sup>, I. García<sup>1</sup>, D. Dau Villareal<sup>1</sup>, R. Soto<sup>1</sup>, JJ. Martínez<sup>1</sup>, D. Martí<sup>2</sup>, M. Méndez<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario Santa Lucía, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.

**28.-Insuficiencia mitral aguda por rotura de músculo papilar en infarto inferior de más de 48 horas de evolución.**

C. Martín, I. García, I. Narváez, D. Segovia, A. Cortés, E. García, L. Rodríguez-Padial. Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

**29.-Evaluación de la reducción de angina en pacientes con angina estable tratados con ranolazina. ¿Podemos usar nuevos métodos?**

E. López, D. Martí, Y. Vázquez, J. Pérez, D. Sancho, S. Álvarez, I. Rada, M. Méndez. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.

**30.- Coronaria supernumeraria de la concordia.**

F. Gonçalves, J. Palazuelos, D. Martí, J. Pérez, E. López, Y. Vázquez, MJ. Morales, M. Méndez. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.

**31.-Primer episodio de insuficiencia cardiaca en varón de 64 años.**

I. Narváez, I. García, C. Martín, A. Cortés, M. Lázaro, L. Rodríguez-Padial. Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

**32.-Bajo gasto cardiaco como forma de presentación de infarto inferior evolucionado con función de ventrículo derecho conservada.**

I. García, D. Segovia, I. Narváez, C. Martín, C. Robles, S. Giacomani, A. Cortés, L. Rodríguez-Padial. Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

**33.-Pronóstico a largo plazo del reingreso en los primeros 30 días tras ICP.**

J. Alonso, P. Salinas, E. Cánovas, A. Freitas, A. de la Rosa, R. del Castillo, L. Hernando, J. Botas. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

**34.-Hallazgo poco frecuente tras derrame pericárdico recidivante.**

MJ. Morales, J. Palazuelos, P. Clares, D. Martí, LY. Vázquez, F. Gonçalves, E. López, M. Méndez. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.

**35.-Disección coronaria espontánea. Una causa posiblemente infradiagnosticada de SCA.**

M. Jiménez-Blanco, D. Jiménez-Sánchez, E. Rodríguez-González, J. Solano-López, E. García-Izquierdo. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

**36.-Dermatosis y osteomielitis tras reparación vascular aórtica.**

P. Clares, LV. Sáenz, A. Carretero, E. Rodríguez, JD. García, P. Sánchez, F. Maimir. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.

**37.-Angor hemodinámico secundario a taquicardia intranodal atípica.**

P. Clares, D. Martí, MJ. Morales, J. Pérez-Guzmán, LY. Vázquez, JC. López, J. Palazuelos, M. Méndez. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.

**38.-Aterectomía Rotacional en el tratamiento de lesiones coronarias en bifurcación.**

P. Clares, J. Palazuelos, D. Martí, MJ. Morales, JC. López, L. Sáenz, M. Méndez. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.

**39.-Rotablación en población octogenaria.**

P. Clares, J. Palazuelos, D. Martí, MJ. Morales, L. Sáenz, M. Méndez. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.

**40.-Desafortunadas consecuencias tras cardioversión eléctrica.**

P. Clares, L. Sáenz, A. Carretero, JD. García, P. Sánchez, F. Maimir. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.

**41.-Desarrollo de un programa de hipotermia terapéutica tras parada cardiaca. Implicaciones pronósticas y factores asociados. Un estudio en nuestro medio.**

F. Salmerón, C. Llanos, JG. Córdoba, G. Gallego, A. Gutiérrez, C. Ramírez, M. Corbí, J. Jiménez. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

**42.-Influencia de las distintas estrategias de anticoagulación en función del acceso vascular utilizado en la angioplastia primaria. Un estudio en nuestro medio.**

F. Salmerón, C. Llanos, JG. Córdoba, C. Ramírez, S. Calero, J. Navarro, MI. Barrionuevo, J. Jiménez. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.



## **COMUNICACIONES MINI-ORALES: Estudios de investigación**

### **1.-Síndrome de Tako-Tsubo lo que nos interesa saber: perfil clínico, manejo y pronóstico.**

D. Prieto, MJ. Corbí, JG. Córdoba, J. Mazuecos, C. Llanos, J. Navarro, G. Gallego, M. Barrionuevo. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivo: Analizar una serie de 34 pacientes recogidos en un periodo de 5 años con síndrome de Tako-Tsubo (STK) para conocer el perfil clínico, manejo, pronóstico y analizar qué porcentaje final tenía dicho diagnóstico.

Resultados: El 56% tenía como diagnóstico principal STK y el 44% restante se catalogaron como infarto/dolor torácico con coronarias normales y el STK fue un diagnóstico secundario. La edad media fue de 67,68 años (41-85), 94% mujeres y en el 62% presento una clara causa estresante. Entre los FRCV: 80% HTA, 30% DM, 38% dislipemia, 3% antecedentes de cardiopatía isquémica. Un 15% se presentaron como Killip III o IV. Al 27% se realizó una coronariografía urgente (sospecha de SCACEST). Los valores medios de biomarcadores fueron: CK máxima 234, TnTus 325, TnT 0,86. Al alta, más del 80% de los pacientes se trataron con beta bloqueantes, IECAs/ARAI, estatinas y AAS. Electrocardiográficamente destaca que el 90% presentaron evolutivamente ondas T negativas en precordiales. El 88% presentaron disquinesia apical, el 12% restante medioventricular y el 85% tenían coronarias normales, el restante presentó lesiones no significativas. En el seguimiento se confirmó el diagnóstico de STK en 94% de los casos. Hubo un único eventos cardiovascular (SCA) en un seguimiento medio de 3,8 años.

Conclusiones: Más de un 90% de los pacientes dados de alta con sospecha firme de STK se confirma en el seguimiento. Destaca la elevada prevalencia de FRCV en dicha población y un buen pronóstico a largo plazo. La RNM sigue siendo una herramienta fundamental en el diagnóstico diferencial.

### **2.-Cierre percutáneo de la orejuela izquierda con dispositivo Watchman. Seguridad y eficacia en la prevención de fenómenos embólicos a un año, en pacientes con fibrilación auricular no valvular y contraindicación para terapia anticoagulante oral.**

E. López, Y. Vázquez, F. Gonçalves, D. Martí, J. Palazuelos, S. Álvarez, I. Rada, M. Méndez. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.

Introducción: El cierre percutáneo de la orejuela izquierda se ha postulado como alternativa al uso de anticoagulantes orales (ACO) para la prevención de fenómenos embólicos en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV).

Objetivo: valorar la seguridad del cierre percutáneo de la orejuela izquierda con el dispositivo Watchman y la eficacia en la prevención de fenómenos embólicos al año del implante.

**Material y Método:** Estudio prospectivo de pacientes consecutivos con FANV y contraindicación para el uso de ACO en los que se indicó el cierre de la orejuela izquierda con dispositivo Watchman. El protocolo del estudio incluyó el implante percutáneo del dispositivo y seguimiento de los pacientes durante un año registrando los ingresos hospitalarios o en urgencias por accidente cerebrovascular (ACVA) o accidente isquémico transitorio (AIT).

**Resultados:** Se incluyeron 17 pacientes (rango de edad: 65-92 años; 53% varones), con puntuación media en la escala CHADs2vasc de 5,4 y de 3.5 en la escala de HASBLED. El 65% habían sufrido una hemorragia mayor cerebral o digestiva y dos de los pacientes era intolerantes a ACO. Se logró el implante del dispositivo en 15 pacientes (88%). En dos pacientes no se pudo implantar el dispositivo por presentar taponamiento cardíaco secundario a perforación durante el procedimiento. Por el momento se ha realizado seguimiento al año en 8 de los 15 pacientes en los que el implante fue exitoso, no siendo documentados episodios embólicos (ICTUS o ACVA) en 7 de ellos. El paciente restante falleció por causa no relacionada con el procedimiento ni con fenómenos embólicos.

**Conclusiones:** El cierre percutáneo de orejuela izquierda con dispositivo Watchman es una técnica segura y representa una alternativa eficaz para aquellos pacientes con FANV y alto riesgo trombótico, que por diversos motivos no pueden recibir ACO.

### **3.-Angioplastia ambulatoria con alta precoz. Análisis de seguridad y eficacia de un programa de reciente instauración.**

F. Salmerón, JG. Córdoba, D. Prieto, MT. Iglesias, A. Gutiérrez, D. Melehi, A. Gallardo, J. Jiménez. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

**Introducción:** La angioplastia en pacientes ambulatorios con alta precoz sin necesidad de ingreso se realiza en otros países con seguridad demostrada. En nuestro medio no existen estudios referentes a este procedimiento.

**Métodos:** estudio prospectivo de 116 pacientes sometidos a angioplastia de forma ambulatoria en el último año. En pacientes con anatomía favorable, buen apoyo familiar y sin comorbilidad se realizó alta precoz tras vigilancia en la unidad durante 4-6 horas. Se recogen las características de los pacientes, las lesiones a tratar, procedimiento, necesidad de ingreso, complicaciones clínicas y del punto de acceso al alta, a 24 horas y al mes.

**Resultados:** 89 pacientes seleccionados (76.7%). 74% hombres, edad media de 67.8 años, 79% hipertensos, 43% diabéticos, 84% dislipémicos, 9% fumadores, 72% cardiopatía isquémica previa. 66% acceso arteria radial derecha, 32% radial izquierda y 2% por cubital. 93% de casos con introductores de 6 French (7 French el resto). 1 paciente presentó oclusión de arteria radial mantenida al mes. El 12% precisó ingreso, 3 por resultado angiográfico subóptimo y 8 por criterios clínicos (ingresos fueron menores de 48 horas, sin

complicaciones relevantes). En el análisis multivariante sólo se identificó la duración del procedimiento como predictor de necesidad de ingreso (OR 1.07; IdC 1.02-1.13). 2 pacientes ingresaron durante el primer mes, ninguno por causa cardiológica relevante.

Conclusiones: La angioplastia coronaria ambulatoria con alta precoz es un procedimiento seguro que no presenta más complicaciones que los realizados con ingreso del paciente. Este procedimiento optimiza recursos y disminuye el gasto sanitario de estos tratamientos.

#### **4.-Estudio de la deformación miocárdica en el Síndrome de Apneas-Hipopneas del Sueño.**

##### ***PREMIO AL MEJOR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN***

CM. Robles<sup>1</sup>, FJ. Pagán<sup>2</sup>, JE. Alcalá<sup>1</sup>, MÁ. Arias<sup>1</sup>, R. Hidalgo<sup>2</sup>, JI. García del Palacio<sup>2</sup>, L. Rodríguez-Padial<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología; <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción: El Síndrome de Apneas-Hipopneas del Sueño (SAHS) es una enfermedad con importante repercusión cardiovascular. El objetivo de este estudio es valorar la función ventricular mediante el estudio de la deformación miocárdica del ventrículo izquierdo (VI) y ventrículo derecho (VD) a partir del speckle tracking.

Método: Incluimos 28 pacientes diagnosticados de SAHS con un Índice de Apnea-Hipopnea (IAH) medio de 43,44±11,41. La media de edad es de 51,4 ± 4,23 y un 67,86% son hombres. Realizamos un ecocardiograma transtorácico y hemos medido la deformación miocárdica calculando el strain longitudinal del VI y del VD.

Resultados: En el conjunto de pacientes, el strain longitudinal del VI es de -14,68±1,17% y el strain longitudinal de VD es de -19,86 ± 2,54%. Un 53,57% de los pacientes son hipertensos. En función de la presencia de hipertensión arterial, observamos que el strain longitudinal del VI es mayor en hipertenso que en no hipertensos (-14,23% vs -15,07%, p = 0,24), al igual que el strain longitudinal del VD que es mayor en hipertensos que en no hipertensos con una correlación estadísticamente significativa (-18,23% vs -21,27%, p = 0,05).

Conclusiones: El estudio de la deformación miocárdica en pacientes con SAHS mediante el strain demuestra que estos pacientes tienen unos valores reducidos. Además, si se suma la presencia de hipertensión arterial, la deformación miocárdica fundamentalmente del VD se encuentra disminuida. Esto puede ser reflejo de la presencia de disfunción miocárdica silente y presentarse como un marcador precoz de disfunción ventricular.

#### **5.-Reingresar por dolor torácico después de una intervención coronaria percutánea es frecuente pero no se asocia con peor pronóstico.**

A. Freites, P. Salinas, E. Cánovas, A. de la Rosa, J. Alonso, R. del Castillo, L. Hernando, J. Botas. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

**Introducción:** Tras un intervencionismo coronario percutáneo (ICP), el reingreso por dolor torácico (RDT) tiene un pronóstico poco conocido. El objetivo de este estudio es determinar el pronóstico de los pacientes dados de alta tras la ICP y que reingresan por dolor torácico.

**Métodos:** Se estudiaron 746 pacientes dados de alta tras una ICP entre el 2007 el 2011, durante un seguimiento medio de  $27 \pm 0,5$  meses. Se analizó la incidencia y la causa del reingreso, y la mortalidad por cualquier causa. La supervivencia se evaluó mediante curvas de Kaplan-Meier y test log-rank; el análisis multivariable mediante un modelo de Cox.

**Resultados:** De 746 pacientes, 389 reingresaron por cualquier causa y 181 por dolor torácico. El tiempo medio al RDT fue de  $12,8 \pm 0,6$  meses. Reingresar por cualquier causa se asoció con peor pronóstico (supervivencia media de 50,7 vs 53,2 meses;  $p < 0,001$ ). El pronóstico de los pacientes con RDT fue mejor que el pronóstico por otras causas de reingreso (supervivencia media 52,2 meses frente a 47,9 meses respectivamente;  $p < 0,001$ ). Los pacientes con RDT eran más jóvenes, tenían mejor FEVI, y menor prevalencia de diabetes e IRC. El RDT se asoció a una menor mortalidad en comparación con el reingreso por otras causas en el modelo multivariable (HR 0,328; IC95% 0,15-0,72).

**Conclusiones:** Reingresar por cualquier causa a largo plazo tras una ICP se asocia con peor pronóstico. El reingreso por dolor torácico es frecuente, pero tiene un mejor pronóstico que el reingreso por otras causas.

## **6.-Falsas alarmas de intervencionismo urgente en un programa de angioplastia primaria. ¿Existen factores que puedan ayudarnos a identificarlas?**

F. Salmerón, C. Ramírez, JG. Córdoba, G. Gallego, A. Gutiérrez, D. Melehi, A. Gallardo, J. Jiménez. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

**Introducción y objetivos:** Alrededor del 5-15% de las angioplastias primarias que se realizan resultan en coronarias angiográficamente normales. Nuestro objetivo es analizar las diferentes características de estas falsas indicaciones.

**Material y Métodos:** registro observacional de pacientes consecutivos sometidos a intervencionismo urgente en un programa de angioplastia primaria en los últimos 5 años, clasificando según presencia de lesión coronaria significativa causante de SCACEST o no.

**Resultados:** 629 pacientes. 80.4% hombres, 42.5% diabéticos, 58.8 hipertensos, 41.5 % dislipémicos, 50.4% fumadores, 47% IAM anterior, 14.3% cardiopatía isquémica previa, 81.7% acceso intención de radial. Media de edad 64.7 años. Se encontraron 31 falsas alarmas (4.9% del total de pacientes): 29% síndrome de tako-tsubo, 19.4% espasmo coronario, 16.1% pericarditis, 3.2% miocarditis, 3.2% síndrome aórtico. En el 29.1% restante se clasificaron como errores diagnósticos sin verdadero ascenso del ST y trastornos de la repolarización en otras patologías (shock séptico, miocardiopatía dilatada con BCRI,...). En el grupo de falsas

alarmas no se encontraron diferencias con el resto de pacientes excepto en el sexo, siendo más frecuente en mujeres (9% de mujeres Vs 4% de hombres) con  $p=0.024$ .

Conclusiones: Las falsas alarmas constituyen un porcentaje importante de pacientes dentro de un programa de angioplastia primaria y encontramos como predictor de falso positivo el sexo femenino. Se debe realizar un esfuerzo en clasificar correctamente a estos pacientes para no ser sometidos a riesgos innecesarios.

### **7.-Ictus, una tarea pendiente.**

L. Morán-Fernández, S. Fernández-Santos, LM. Rincón-Díaz, M. Castillo-Orive, GL. Alonso-Salinas, H. Del Castillo-Carnevali, A. García-Martín, JL. Zamorano-Gómez. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivo: Valorar si el volumen auricular izquierdo (VAL) en pacientes con diagnóstico reciente de ictus podría orientarnos sobre prevención en futuros ictus.

Material y métodos: Seleccionamos 95 pacientes derivados a ecocardiografía. VAL en 2 y 4 cámaras por IMC (dilatación si  $> 29 \text{ ml/m}^2$ ). Características: 49,5 % mujeres, con  $62,9 \pm 14$ , 3 años, IMC de  $28,13 \pm 6,15$ , 60% hipertensos, 15,8% diabéticos, 37,9% dislipémicos, 8,4% con IAM y el 12,6% con vasculopatía periférica, con una FEVI normal ( $67,49 \pm 11,15$ ) y un VAL elevado ( $38,62 \pm 2,90 \text{ ml/m}^2$ ).

Resultados: Sólo encontramos significación estadística entre la fibrilación auricular (FA) ya conocida y una mayor dilatación de AI ( $p=0,001$ ). Pese a que el 13,7% de los pacientes ya tenían el diagnóstico de FA, sólo el 7,4% cumplía los criterios de CHADSVASC  $\geq 1$  y estaban anticoagulados previamente al evento. El ictus fue la forma de debut de FA en 18 pacientes (18,9%).

Conclusiones: 1) En nuestra serie no conseguimos establecer una relación entre el VAL y la presencia de ictus. 2) El alto porcentaje de paciente con debut de ictus cardioembólico por FA silente. 3) Es necesario la búsqueda de otros marcadores de riesgo para prevención de ictus cardioembólico en población joven con FA que no cumple criterios de anticoagulación por CHADsVAsC.

### **COMUNICACIONES MINI-ORALES: Casos clínicos**

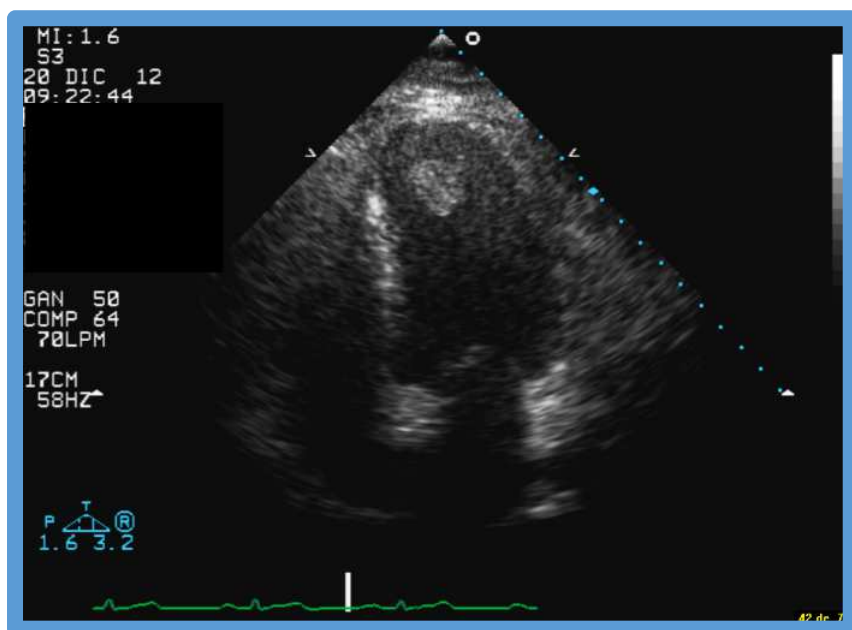
#### **8.-Tres en raya (ACV, infarto, policitemia vera). PREMIO AL MEJOR CASO CLÍNICO**

J. Pérez, D. Martí, F. Gonçalves, Y. Vázquez, E. López, M. Santos, D. Sancho, M. Méndez. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.

Varón de 47 años de edad, con antecedentes de exfumador e hiperuricemia asintomática que acude a consulta de cardiología por cuadro clínico de mareo, describiendo, 10 días previos a su visita, episodio

transitorio de afasia motora y hemiparesia de miembro superior derecho. Se realizan ECG y ecocardiograma transtorácico describiendo onda Q anterior, con T isodifásica en V3-4-5 y acinesia antero apical con presencia de trombo móvil y pediculado (ver figura), por lo que se remite a su hospital de referencia, realizándose a su llegada TC craneal observando la presencia de infarto lacunar de capsula interna. Como hallazgo llamativo en hemograma destacamos: Hb: 17,8gr/dl, Htc: 48%, Plaquetas: 510,000mm<sup>3</sup>.

Ante estabilidad hemodinámica y examen físico sin hallazgos patológicos se ingresa en planta de cardiología con posterior realización de coronariografía objetivándose trombosis residual a nivel de la arteria descendente anterior en relación a infarto reciente sin presencia de estenosis significativa.



Se inicia tratamiento combinado de anticoagulación y antiagregación con acenocumarol y aspirina, y ante la alta sospecha de trastorno de hipercoagulabilidad, se remite el paciente a consulta de hematología para estudio, confirmándose durante seguimiento la presencia de síndrome mieloproliferativo (smp), de tipo policitemia vera con mutación a nivel del gen jak-2 v617 y déficit de proteína S.

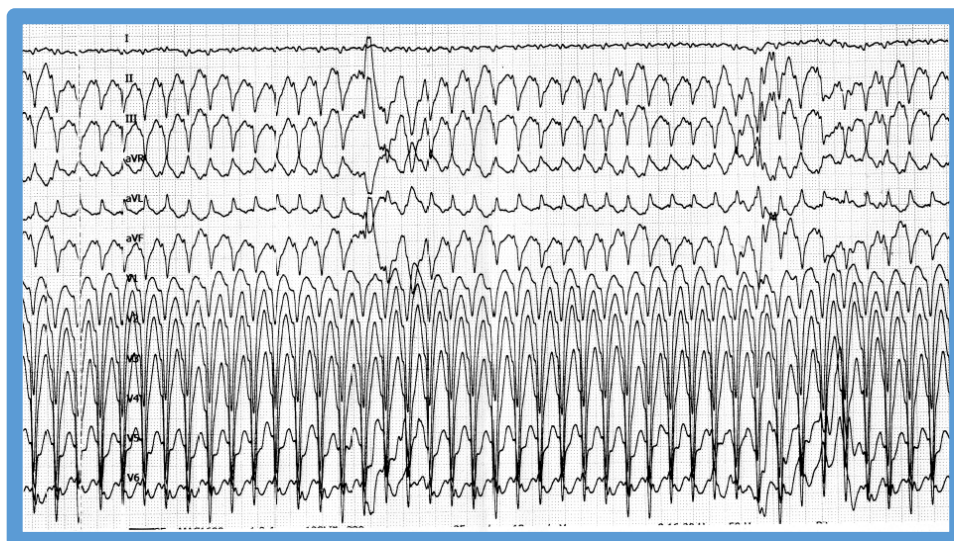
#### 9.-Paciente con taquicardia de QRS ancho y síncope. TV or not TV?

D. Jiménez-Sánchez, M. Jiménez-Blanco, M. Sánchez-García, J. Vázquez López-Ibor, A. Durante-López. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

Presentamos caso de mujer de 61 años, exfumadora, estudiada previamente por síncope con ergometría y ecocardiograma normales, y Holter con EV de moderada intensidad. Acude por síncope sin pródromos ni palpitaciones previas. A su llegada, asintomática, ECG en RS sin alteraciones. Durante su estancia en Urgencias presenta episodio de mareo que coincide con taquicardia de QRS ancho a 220 lpm, con eje superior y morfología de BRIHH (ver figura), que cede con maniobras vagales. Ingresa en Unidad coronaria con sospecha de taquicardia ventricular, aunque con dudas ante que pudiera corresponder a TSV conducida con aberrancia. El ecocardiograma, RM cardiaca, y coronariografía fueron normales. Se realiza estudio electrofisiológico en el que se objetiva taquicardia ortodrómica por vía accesoria oculta, así como taquicardia intranodal que se ablacionan ambas con éxito y sin complicaciones. No se inducen arritmias ventriculares durante el procedimiento.



El diagnóstico diferencial de las taquicardias de QRS ancho se plantea como un posible reto para el Cardiólogo. En la actualidad, existen numerosos criterios electrocardiográficos diagnósticos que nos pueden orientar en estos casos, como los criterios de Brugada o de Varkai. En nuestro caso, el paciente no llegaba a cumplir dichos criterios, si bien ante un paciente con una taquicardia de QRS ancho que se presenta con síncope, la sospecha diagnóstica inicial fue de taquicardia ventricular. El EEF permitió el diagnóstico de TSV.



#### **10.-Evolución de una masa intracardiaca: una manifestación rara de la Granulomatosis de Wegener.**

G. Gallego-Sánchez, MJ. Corbí-Pascual, A. Tercero-Martínez, JC. Gallego-Page, M. Barambio-Ruiz, MI. Barrionuevo-Sánchez, J. Navarro-Cuartero, R. Fuentes-Manso. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Mujer de 60 años diagnosticada de fibrilación auricular persistente anticoagulada con acenocumarol como único antecedente de interés, que ingresa en nuestro centro por taquicardia ventricular monomorfa sostenida. Al realizar ecocardiografía transtorácica (ETT) se objetiva masa que engloba el velo posterior mitral de 21x21 mm, no móvil, de ecodensidad similar a miocardio, asociada a varios jets de insuficiencia mitral moderada que se confirma en ecocardiografía transesofágica. Se inicia, por lo tanto, estudio de masa ventricular: coronariografía sin lesiones, estudio electrofisiológico negativo, marcadores tumorales negativos y RM-cardiaca sin aportar datos concluyentes sobre la etiología de la masa, decidiéndose proseguir estudio de forma ambulatoria.

En los ETT ambulatorios en los siguientes 3 meses, el tamaño de la masa permanece estable pero se documenta una significativa severidad de la insuficiencia mitral. Se detecta positividad del marcador autoinmune ANCA y elevación de marcadores inflamatorios, decidiéndose estudio por Servicio de Medicina Interna y tratamiento con corticoides e inmunosupresores ante sospecha de vasculitis sistémica. Se repite

RM-cardiaca apreciándose una captación de contraste de gadolinio tanto precoz como tardío que indicaba la existencia de tejido de granulación con áreas de fibrosis sobre la masa cardiaca.

En ETT de control tras tratamiento se aprecia una espectacular respuesta destacando desaparición de la masa, gran severidad de la insuficiencia mitral y la aparición de un defecto de continuidad en dedo de guante. Se decide sustitución de válvula mitral por prótesis biológica y toma de biopsias sin poder confirmar etiología pero con alta sospecha de vasculitis mediada por ANCA tipo granulomatosis de Wegener.



#### 11.-Tratamiento quirúrgico de una anomalía coronaria potencialmente mortal.

A. Cortés-Beringola, LC. Belarte-Tornero, I. García-Ormazabal, C. Robles-Gamboa, S. Giacomani-Hernández, A. Sánchez-Pérez, P. Lima-Cañadas, LF. López-Almodovar. Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

A un varón de 48 años, dislipémico, exfumador, con vasculopatía periférica se le realizó un angio-TC torácico que mostró como hallazgo el nacimiento del tronco coronario izquierdo (TCI) en el seno de Valsalva derecho, con una porción intramural posterior a la válvula aórtica a nivel de la comisura izquierda-derecha.

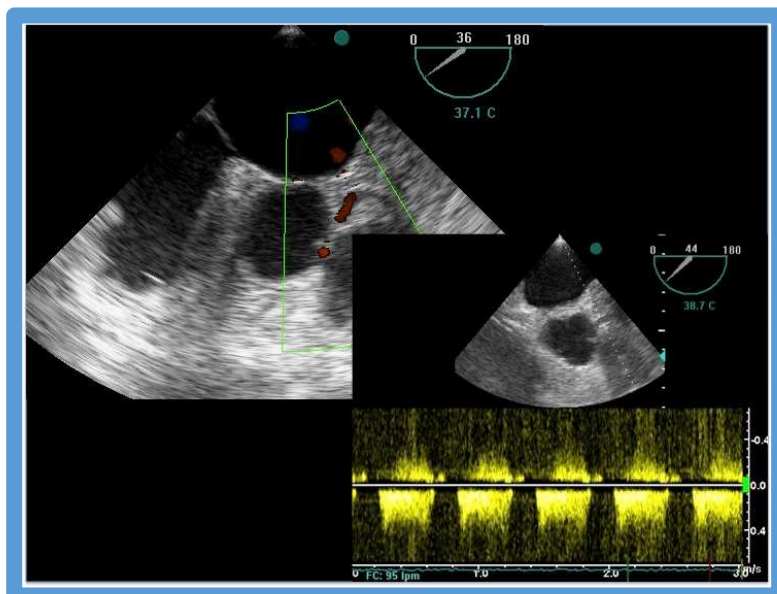
La coronariografía demostró que no existían lesiones significativas, derivándose para valoración quirúrgica. Los hallazgos intraoperatorios mostraron el origen del TCI en la región yuxtacomisural del seno de Valsalva derecho, con un trayecto hipoplásico intramural de 1,5 cm. Bajo circulación extracorpórea (CEC), se realizó una corrección anatómica mediante técnica de *unroofing* modificado, añadiendo una angioplastia del TCI con parche autólogo de safena, según técnica de Dion, dado que la porción inicial del tronco en su trayecto habitual a nivel del seno izquierdo era igualmente hipoplásico. El ecocardiograma transesofágico intraoperatorio mostró permeabilidad del neo-ostium del TCI. Al salir de CEC, se produjo hipotensión refractaria e hipoquinesia anterolateral. Ante la sospecha de hipoperfusión del TCI secundario a vasoespasmo se realizó un injerto de mamaria a descendente anterior, abandonando la CEC sin incidencias.



Evolucionó satisfactoriamente. El TC coronario de control mostró permeables el neo-ostium del TCI y el injerto arterial.

La salida anómala del TCI del seno de Valsalva derecho es una anomalía congénita poco frecuente, pero potencialmente mortal. Se ha asociado a muerte súbita, sobre todo en jóvenes durante el ejercicio. Se recomienda la corrección quirúrgica del defecto en todos los pacientes.

La técnica quirúrgica de elección es el unroofing en sus distintas variantes.



## **COMUNICACIONES POSTERS**

### **12.-Un SCAEST que finalmente no lo es y termina con prótesis mitral.**

D. Prieto, E. Cambroner, R. Fuentes, G. Gallego, MJ. Corbí, JC. García, A. Tercero, J. Navarro. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Varón de 80 años, exfumador, HTA y DL.

Con un cuadro de dolor torácico y disnea, se le realiza un ECG que muestra BCRI, ante el diagnóstico inicial de SCAEST se activa protocolo autonómico de ACTP primaria. Se realiza coronariografía urgente que muestra coronarias normales. En la ventriculografía, FEVI conservada e insuficiencia mitral significativa. En

la Rx de tórax presenta ICC. En el ETT hallazgos superponibles al anterior estudio y masa cardíaca a nivel de anillo mitral posterior. Se realiza ETE (ver imagen) en las que la masa tiene unas dimensiones máximas de 21x13 mm y paredes lisas bien definidas, con contenido hipocogénico en su interior. Se extiende hacia los segmentos P1-P2, con mejor visualización con ecocardiografía tridimensional, pudiendo verse mejor como la masa hace que el segmento P2 protuya en la aurícula izquierda, lo que



condiciona IM severa por tres jet, presentando el mayor de ellos una vena contracta de 8 mm y ORE de 0,45, con velos mitrales morfológicamente normales. Se estima hipertensión pulmonar severa. Se realiza RMC que muestra a nivel de anillo mitral masa hipointensa en secuencias T1, T2 y eco de gradiente, con mínimo realce tardío en las secuencias de viabilidad en la periferia de la masa. Ante IM severa se decide cirugía con incisión y extracción del contenido, que es remitido a anatomía patológica, clasificándose como caseoso. Se implanta una prótesis mitral.

### **13.-Linfoma de alto grado varios meses tras miocarditis aguda, no bajen la guardia.**

E. López, D. Martí, J. Pérez, P. Beltrán, Y. Vázquez, F. Gonçalves, J. Gómez, M. Méndez. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.

Presentamos el caso de una mujer ecuatoriana de 33 años, que llegó a urgencias de nuestro hospital en PCR secundaria TVMS. Tras cardioversión, el electrocardiograma mostró RS con inversión de la onda T en D1 y aVL. Posteriormente la paciente refirió dolor torácico y síntomas gripales en las semanas previas.

Antecedentes: era hipotiroidea, con dos abortos espontáneos y un parto sin complicaciones hacía 3 meses.

Tras comprobar elevación de marcadores de lesión miocárdica e hipoquinesia de la pared anterolateral de VI con FEVI ligeramente deprimida en el ecocardiograma, se realizó coronariografía urgente que mostró arterias coronarias sin lesiones. Durante el ingreso se realizó RM cardíaca, poniéndose de manifiesto FEVI del 44% e hipoquinesia severa de los segmentos basales de las paredes anterior y lateral con patrón de realce tardío subepicárdico parcheado en dichos segmentos. Se dio de alta con diagnóstico de miocarditis y su evolución posterior fue favorable.

Evolución: Diez meses después, volvió a ingresar por fiebre (38°C), anemia severa, trombocitopenia y esplenomegalia. El TC mostró nódulos subcutáneos torácicos que fueron biopsiados y analizados, poniendo de manifiesto un linfoma no-Hodgkin (LNH) B difuso de células grandes. Se realizaron análisis serológicos, detectándose inmunidad frente a parvovirus B19 (PB19).

Sospechamos que el PB19 pudo haber sido el responsable de la miocarditis aguda, basándonos en algunos estudios que han demostrado su alta incidencia y su especial predilección por afectar la pared lateral del VI.

Por otra parte, la infección por PB19 puede haber llevado a la proliferación linfoblástica y posterior desarrollo de un linfoma de alto grado varios meses después. De hecho, algunos estudios han evidenciado infección por PB19 en el suero de pacientes con linfoma de Hodgkin y LNH mediante ELISA Y PCR.

En este caso se pone de manifiesto, no solo el diagnóstico diferencial de las arritmias ventriculares y las miocardiopatías del postparto, sino también la importancia del seguimiento en pacientes con antecedentes de miocarditis, que pueden desarrollar complicaciones tanto cardíacas como sistémicas.

#### **14.-Incidencia y características diferenciales de las complicaciones mecánicas en un hospital con programa de angioplastia primaria.**

F. Salmerón, JG. Córdoba, D. Prieto, MI. Barrionuevo, G. Gallego, A. Gutiérrez, D. Melehi, J. Jiménez. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción y objetivos: Las complicaciones mecánicas (CM) en el IAMEST ocurrían en un 10% de pacientes, con 50% de mortalidad hospitalaria. Nuestro objetivo es analizar la incidencia y características de las CM en pacientes sometidos a angioplastia primaria.

Material y métodos: Registro retrospectivo de pacientes consecutivos con SCACEST sometidos a ICP primaria los últimos 5 años. Divididos en: grupo A (pacientes con CM) y grupo B (no CM), clasificando las CM en rotura de pared libre, comunicación interventricular y rotura de músculo papilar.

Resultados: 588 pacientes. 2.7% CM con 5 éxitos (0.85% del total de pacientes, 31.25% de CM). Media de edad en CM: 77.3 años. 62.5 % varones, 25% diabéticos, 50% dislipémicos y 50% fumadores. 6.3% presentaba cardiopatía isquémica previa, 62.5% IAM anterior. 68.8% intención de radial. 2 crossover. Tiempo síntomas-balón 216 minutos. Estancia hospitalaria media 6.3 días. El 50% requirió cirugía cardíaca. CM en las primeras 24 horas 37.5%; 25% entre 2º y 5º día, el resto entre 6º al 14º día. 80% exitus fueron infartos anteriores, y el 80% rotura de pared. El análisis univariante mostró más CM en fumadores ( $p=0.037$ ), menor IMC ( $p=0.001$ ) y mayor edad ( $p<0,001$ ). En el análisis multivariante hubo diferencias significativas con un mayor IMC con OR 0,81 (IC 0,67-0,98) y la clase Killip con OR 0,022 (IC 0,004-0,111).

Conclusiones: Las complicaciones mecánicas y su mortalidad en el SCACEST han disminuido con la angioplastia primaria. Su aparición sigue suponiendo una elevada mortalidad. El IMC y la clase Killip se asociaron a complicaciones mecánicas.

#### **15.-Impacto de los sangrados mayores en el pronóstico del paciente sometido a ICP primaria. Factores asociados.**

F. Salmerón, JG. Córdoba, G. Gallego, MI. Barrionuevo, J. Navarro, A. Gutiérrez, D. Melehi, J. Jiménez. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción y objetivo: La aparición de sangrados mayores (SM) en el contexto de la angioplastia se estima en un 4-9% de pacientes, y presentan tradicionalmente más eventos clínicos adversos mayores (ECAM). Evaluamos los factores relacionados con su aparición y su impacto en la morbimortalidad, en nuestro medio.

Material y métodos: Estudio prospectivo de una cohorte de 715 pacientes sometidos a angioplastia primaria en los últimos 5 años. Las complicaciones hemorrágicas fueron definidas en base a criterios ACUITY. Se registran sus características basales y la aparición de ECAM: muerte, reIAM, ACV.

Resultados: 715 pacientes. 81.5% hombres, 26.6 % diabéticos, 58.3% hipertensos, 40.8% dislipémicos, 41.8% fumadores, 47% IAM anterior, 13.8% cardiopatía isquémica previa, 77.9% acceso arterial radial, 4.8% crossover radifemoral. Se registraron 5.9 % éxitus y 7,6% ECAM al ingreso. Se administró heparina en 56.5% de los casos, bivalirudina 2.2%, heparina y abciximab 40.8%, bivalirudina y abciximab 0.4%. Presentaron sangrado ACUITY mayor 34 pacientes (4.8%). La aparición de SM se asoció a mayor mortalidad total ( $p=0.002$ ) y ECAM ( $p<0.001$ ) al ingreso. En el análisis univariante encontramos más SM en sexo femenino ( $p=0.001$ ), hipertensos ( $p=0.046$ ) y acceso arterial femoral ( $p<0.001$ ). En el análisis multivariante se relacionan los SM con acceso arterial (menor en radial. OR 2,71; IdC 1,25-5,86), IMC (mayor con bajo peso. OR 0,89; IdC 0.79-1) y edad (OR 1,05, IdC 1,02-1,09).

Conclusiones: Los sangrados mayores (ACUITY) se relacionan con mayor mortalidad y eventos adversos. El acceso arterial femoral, menor IMC y edad avanzada se asocian a la aparición de sangrados mayores.

#### **16.-Aparición de eventos clínicos mayores durante el ingreso hospitalario en pacientes sometidos a angioplastia primaria según la vía de acceso vascular.**

F. Salmerón, JG. Córdoba, D. Prieto, MI. Barrionuevo, G. Gallego, A. Gutiérrez, D. Melehi, J. Jiménez. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción y Objetivos: el acceso radial es de elección en la angioplastia primaria por disminuir las complicaciones. Nuestro objetivo es valorar la aparición de Eventos Adversos Mayores (EAM) en relación con el acceso vascular.

Material y Métodos: Registro retrospectivo de pacientes consecutivos sometidos a angioplastia primaria en los últimos 5 años. Analizamos los factores relacionados con la aparición de EAM (muerte, reinfarto, ACV, sangrado Acuyti mayor), según intención de acceso radial versus femoral.

Resultados: 588 pacientes. 93,3% por intención de radial. Un 5.1% precisó crossover radi-femoral. 81.4% varones, 43.9% diabéticos, 58.8% hipertensos y 14.1% presentaba cardiopatía isquémica previa. El 85.8% fue clase Killip I-II. Encontramos 5.6% de éxitus y 9,9% de EAM durante el ingreso. El tiempo puerta-balón y el tiempo de ingreso hospitalario fue similar en ambos grupos. El acceso radial presentó 6,7% de eventos y 24,8% el femoral con RR de 3,7 ( $p<0.001$  e IC 2,28-5,93) para femoral. En el análisis univariante se encontraron diferencias significativas según sexo (mujeres  $p<0,01$ ), HTA ( $p< 0,009$ ), tabaquismo (no fumadores  $p<0,011$ ), crossover ( $p<0,021$ ), clase Killip al ingreso ( $p< 0,001$ ) y edad ( $p<0,001$ ). En el análisis multivariante se encontraron diferencias significativas a favor del acceso vascular por intención de radial (OR 0,42; IdC 0,186-0,982), clase Killip 1-2 (OR 0,098; IdC 0,044-0,218) y en contra de mayor edad (OR 1,08; IdC 1,042-1,124).

Conclusiones: El acceso radial en la angioplastia primaria es factor predictor independiente de la aparición de eventos clínicos adversos graves. Recomendamos fomentar más el uso de este acceso vascular.

### **17.-Revascularización de tronco coronario izquierdo no protegido. Resultados a corto y largo plazo según técnica de un stent versus doble stent.**

F. Salmerón, JG. Córdoba, MI. Barrionuevo, G. Gallego, A. Gutiérrez, D. Melehi, A. Gallardo, J. Jiménez. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción y objetivos: Las lesiones coronarias en bifurcaciones de TCI constituyen un reto, siendo la técnica percutánea más utilizada el doble stent con stent a rama lateral. Nuestro objetivo es comparar la evolución clínica de pacientes revascularizados según técnica de un stent versus doble stent adicional a la rama lateral.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de pacientes consecutivos con enfermedad de TCI no protegido sometidos a ICP los últimos 5 años. Intención inicial de tratamiento con stent provisional a la rama lateral. Se analizaron las características y la morbimortalidad al mes, año y tres años.

Resultados: 73 pacientes. 85% tratados con un stent y 15% con técnica de doble stent. Media de edad: 71,7±10 años. 40% diabéticos, 7% insuficiencia renal avanzada y 13,7% FEVI<35%. EUROSCORE logístico medio: 14,6±10. Presentación como SCACEST o SCASEST en 93,2%, un 15% shock cardiogénico, 19% tras complicación de otro cateterismo y 39,7% procedimiento urgente. El 93% se trató con stents farmacoactivos. 49,3% vía de acceso radial y 50,7% femoral. Se utilizó IVUS en el 35% y Abciximab en 23,3%. No existieron diferencias significativas en el análisis univariante y multivariante, en la mortalidad total ni en la variable combinada de muerte, IAM no mortal, cirugía de revascularización coronaria y hospitalización, a 30 días, al año y a 3 años.

Conclusión: los pacientes con lesiones en bifurcación de TCI tratados con técnica de un stent no presentaron más eventos que los tratados con doble stent. Probablemente esta técnica pueda ser utilizada en mayor número de pacientes.

### **18.-Causa inusual de hipertensión pulmonar e insuficiencia cardiaca de predominio derecho.**

C. Robles<sup>1</sup>, FJ. Pagán<sup>2</sup>, P. Hernández-Simón<sup>1</sup>, LF. López-Almodóvar<sup>3</sup>, I. García<sup>1</sup>, A. Cortés<sup>1</sup>, L. Rodríguez-Padial<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Cardiología; <sup>2</sup>Servicio de Neumología; <sup>3</sup>Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Varón de 70 años con hipertensión arterial. Presenta edemas en miembros inferiores, aumento del perímetro abdominal y dolor abdominal de aproximadamente un año de evolución, en progresivo aumento, acompañado en el último mes de disnea de esfuerzo. Se inicia tratamiento con diuréticos y se solicita ecocardiograma, analítica y electrocardiograma.

El ecocardiograma transtorácico muestra válvula tricúspide con dilatación anular, velos anterior y septal engrosados y redundantes de aspecto mixoide, con prolapso de ambos velos; insuficiencia tricúspide severa con dos jets de regurgitación dirigidos hacia el septo interauricular. Dilatación de ventrículo derecho (54 mm)



con función sistólica ligeramente deprimida (TAPSE 13 mm) y aurícula derecha severamente dilatada. Signos indirectos de hipertensión pulmonar severa (HTP); vena cava inferior muy dilatada.

Realizamos cardio-resonancia que confirma ventrículo derecho muy dilatado con función sistólica ligeramente deprimida (FE 46%); ventrículo izquierdo con función sistólica en el límite inferior; insuficiencia tricuspídea severa por prolapso fundamentalmente del velo septal de la válvula tricúspide.

El paciente ingresa en Cardiología por insuficiencia cardíaca de predominio derecho refractaria a tratamiento domiciliario con diuréticos. Dado el mal control con tratamiento, la presencia de HTP severa con fracaso de la función biventricular, se decide intervención quirúrgica realizándose reparación valvular tricúspide.

El prolapso aislado de la válvula tricúspide es poco frecuente, habitualmente aparece acompañando a patología de válvula mitral. Compromete sobre todo, a las valvas anterior y septal, y se debe a degeneración mixomatosa. Puede producir insuficiencia tricuspídea, arritmias cardíacas y mayor riesgo de endocarditis bacteriana. Sólo precisa cirugía cuando existe fracaso ventricular o HTP significativa.

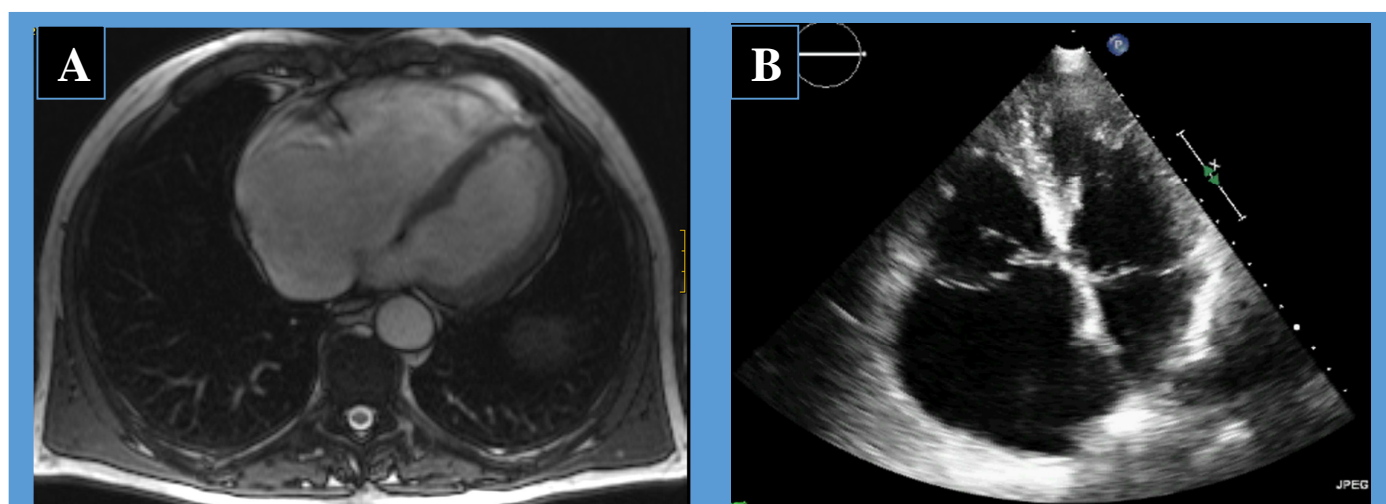


Imagen A. Cardio-resonancia: se puede apreciar la enorme dilatación del ventrículo derecho y la aurícula derecha. Imagen B. Ecocardiograma transtorácico, plano apical 4 cámaras: se objetiva válvula tricúspide con prolapso de los velos anterior y septal; dilatación severa de cavidades derechas.

## 19.-El incremento de potencia de estatinas es insuficiente para alcanzar objetivos de control lipémico tras un intervencionismo coronario.

A. Freites, E. Cánovas, A. de la Rosa, J. Alonso, P. Salinas, L. Hernando, R. del Castillo, J. Botas. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Introducción: Las estatinas son el fármaco de elección para el tratamiento de la dislipemia. El objetivo de este estudio fue describir la dosificación de estatinas tras una ICP y valorar su impacto en los objetivos de control lipémico.

**Métodos:** De 746 pacientes a los que se realizó una ICP entre 2007 y 2011, un 97,2% fueron dados de alta bajo estatinas. De estos, 374 recibían una estatina antes de la ICP. Sobre esta población se seleccionaron 225 pacientes con al menos una determinación lipídica en el seguimiento. Se categorizó el tratamiento según su potencia de reducción de LDL, creando una variable llamada dosis equivalente de estatina (DEE), con valores desde 1 a 8 según su potencia.

**Resultados:** Comparando la DEE al alta y la basal, un 42,1% recibió una estatina más potente o un aumento de dosis, incrementando su DEE (grupo 1), mientras que el resto (grupo 2) se mantuvo (54,2%). Los niveles medios basales de LDL eran  $92,2 \pm 31$  mg/dl y HDL  $37,7 \pm 11$  mg/dl. Los pacientes del grupo 1 redujeron más las cifras de LDL ( $-13,23$  mg/dl vs  $-1,08$  mg/dl en grupo 2;  $p = 0,008$ ). No hubo diferencias significativas en las cifras de HDL. Esta reducción de LDL no fue suficiente para aumentar significativamente el porcentaje de pacientes dentro de objetivos de control lipémico.

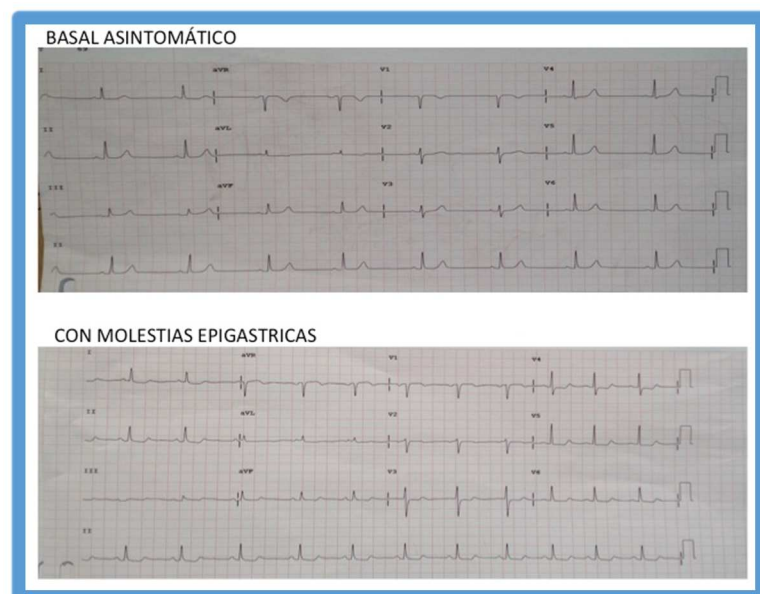
**Conclusiones:** El incremento de DEE tras una ICP consiguió reducir los niveles de colesterol LDL, pero fue insuficiente para incrementar el porcentaje de pacientes dentro de los objetivos de control lipémico.

## 20.-Un Helicobacter pylori peculiar.

L. Morán-Fernández, GL. Alonso Salinas, E. González-Ferrer, M. Castillo-Orive, D. del Val-Martin, P. Pastor-Pueyo, JJ. Jiménez Nácher, JL. Zamorano-Gómez. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Mujer de 79 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor en epigastrio.

Como antecedentes personales fue diagnosticada y tratada de infección por Helicobacter Pylori hace 6 meses refiriendo la misma clínica de dolor epigástrico asociado a náuseas, de minutos de duración, sin relacionarlo con el esfuerzo. Se adjunta ECG basal y ECG con ligera molestia epigástrica (ver imagen).



Troponina ultrasensible seriada negativa. Se decide ingreso en planta de Cardiología para completar estudio. Se realiza ecocardiografía de estrés con dobutamina concluyente que presenta en el periodo de recuperación una hipocinesia anterior y apical asociada a molestias epigástricas. Se realiza cateterismo cardiaco objetivándose lesión severa en descendente anterior proximal con implante de stent con éxito. La paciente no volvió a presentar dichas molestias y fue dada de alta por buena evolución clínica.

Conclusión: La cardiopatía isquémica puede estar enmascarada por otros síntomas similares como una molestia epigástrica. En pacientes con enfermedades gastrointestinales debemos prestar especial atención a la hora de realizar un diagnóstico diferencial. Una prueba tan accesible como un electrocardiograma realizado en el momento de la clínica permitió la sospecha clínica y el diagnóstico. Por suerte para la paciente, se erradicó el *Helicobacter pylori* y se evitó un futuro infarto.

## **21.-Toxicidad cardiaca asociada a tratamiento con Trastuzumab en la práctica clínica habitual.**

G. Gallego-Sánchez<sup>1</sup>, J.C. Gallego-Page<sup>1</sup>, A. Gómez-Pérez<sup>1</sup>, J.C. García-López<sup>1</sup>, M. Barambio-Ruiz<sup>1</sup>, L. Aliaga-Villaverde<sup>2</sup>, E. Adrover-Cebrián<sup>2</sup>, J. Salas-Nieto<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Cardiología; <sup>2</sup>Servicio de Oncología Clínica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción y objetivos: Trastuzumab (TZ) es un anticuerpo monoclonal que ha demostrado importante beneficio en el tratamiento coadyuvante del cáncer de mama (BC), siendo su uso muy extendido en la actualidad. Sin embargo, la toxicidad cardiaca (HT) es una potencial complicación de dicho tratamiento. Nuestro objetivo es analizar la prevalencia, características y gravedad de la HT asociada a TZ, mediante seguimiento ecocardiográfico en la práctica clínica habitual.

Material y métodos: 21 mujeres con BC sometidas a tratamiento coadyuvante con TZ. Edad  $51 \pm 9$  años (rango 38-80). Factores de riesgo cardiovascular: tabaquismo 23.8%, hipertensión arterial 23.8%, dislipemia 14.3%. Las pacientes habían recibido quimioterapia previa con diversos regímenes, que incluyeron antraciclinas en 18 casos. Se realizó ecocardiograma periódico cada 3 meses o antes en caso de aparición de HT ( $3,5 \pm 1,3$  ecocardiogramas/paciente). Seguimiento medio  $11 \pm 4$  meses. Se definió HT como descenso de la fracción de eyección de ventrículo izquierdo (LVEF)  $< 50\%$  o descenso  $> 15\%$  sobre LVEF basal.

Resultados: Se apreció HT en 7 pacientes (33,3%), de las cuales 4 presentaron disfunción sistólica ligera (LVEF 40-50%) y 3 disfunción moderada (LVEF 35-40%); en ningún caso hubo disfunción severa (LVEF  $< 35\%$ ). HT apareció en los 6 primeros meses de tratamiento. En 6 pacientes con HT, se apreció hipoquinesia generalizada. En 3 pacientes (14,28%) se observó derrame pericárdico ligero y en un caso se apreció insuficiencia mitral significativa transitoria asociada. Se observó tendencia estadística no significativa consistente en aumento inicial de diámetros, volumen y masa miocárdica coincidiendo con la aparición de HT, así como un descenso simultáneo no significativo en volumen latido y gasto cardiaco. La aparición de HT motivó retraso en las dosis siguientes de TZ (hasta mejoría de la LVEF) y en un caso precisó la suspensión definitiva del tratamiento por persistencia de la disfunción sistólica y aparición de datos de insuficiencia cardiaca (HF); en el resto de casos no hubo signos ni síntomas de HF. Ningún caso de muerte cardiovascular.

Conclusiones: La aparición de HT asociada a TZ es frecuente en la práctica clínica y aparece al inicio del tratamiento. Con las medidas habituales de modificación en la pauta terapéutica, la disfunción sistólica asociada es de grado leve-moderado y generalmente asintomático.



## 22.-Taquicardia ventricular en paciente latinoamericana.

G. Gallego-Sánchez, MJ. Corbí-Pascual, JC García-López, D. Prieto-Mateos, I. López-Neyra, J. Navarro-Cuartero, S. Calero-Núñez, A. Gómez-Pérez. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Mujer de 45 años, natural de Brasil y fumadora como único antecedente personal de interés, ingresa en nuestro servicio para estudio de taquicardia ventricular monoforma sostenida mal tolerada que precisó cardioversión eléctrica. Se realiza estudio electrofisiológico donde se induce taquicardia de origen ventricular basal y superior de ventrículo izquierdo. En la resonancia magnética cardiaca se descarta signos de displasia arritmogénica de ventrículo derecho y se observa realce tardío subendocárdico en segmento basal de cara lateral compatible con lesión isquémica segmentaria en territorio de la circunfleja. Por lo tanto, se solicita cateterismo cardiaco objetivándose coronarias sin lesiones y hallazgo de aneurisma posterobasal de ventrículo izquierdo y función ventricular conservada en la ventriculografía que se confirma en ecocardiografía transtorácica. Ante los hallazgos encontrados en las pruebas, el antecedente epidemiológico y familiares de la paciente (familiares de 2º grado con enfermedad de Chagas), se sospecha miocardiopatía chagásica, por lo que se solicita serología para *Trypanosoma cruzi* que resulta ser positivo confirmando nuestras sospechas. Se contacta con Unidad de Enfermedades Infecciosas que inician tratamiento y, ante las taquicardias ventriculares, se decide implantación de desfibrilador automático implantable como prevención secundaria.

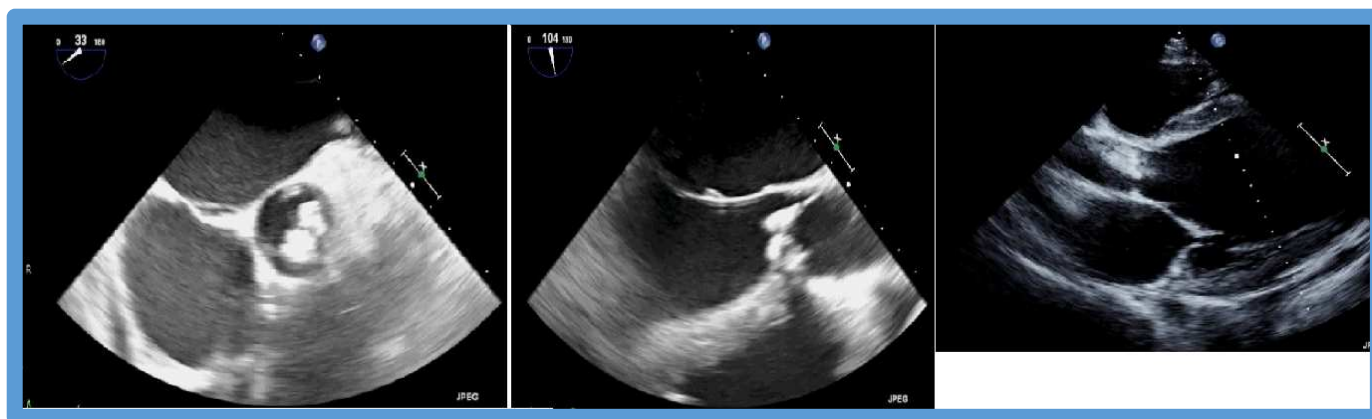


## 23.-Endocarditis por fiebre Q en paciente joven.

G. Gallego-Sánchez, MJ. Corbí-Pascual, MI. Barrionuevo-Sánchez, D. Prieto-Mateos, R. Fuentes-Manso, M. Barambio-Ruiz, C. Ramírez-Guijarro, C. Lafuente-Gormaz. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Varón de 21 años, agricultor y fumador ocasional como únicos antecedentes de interés que ingresa en nuestro servicio por edema agudo de pulmón secundario a miopericarditis aguda. Se realiza ecocardiograma

transtorácico (ETT) donde se visualiza ventrículo izquierdo severamente dilatado con función sistólica moderadamente deprimida con derrame pericárdico ligero, además y de forma casual, se documentó una válvula aórtica desestructurada bicúspide con calcificación severa en todo su borde libre sin objetivarse imágenes sugerentes de vegetación activa y prolapso severo que condicionaba una insuficiencia aórtica severa. Ante estos hallazgos, se completó el estudio con un ecocardiograma transesofágico (ETE) que confirmaba los hallazgos previamente comentados, una analítica que mostraba aumento de marcadores inflamatorios, una autoinmunidad negativa y una serología positiva para infección crónica por *Coxiella burnetii*. De modo que nos encontramos con un paciente joven con una endocarditis infecciosa crónica por fiebre Q sobre válvula aórtica bicúspide que se descompensa tras una miopericarditis aguda. Así, se decide, tras estabilización del paciente, cirugía de recambio valvular aórtico con prótesis biológica y se comenta con Unidad de Enfermedades Infecciosas que inician tratamiento con doxiciclina e hidroxicloroquina. Actualmente, el paciente se encuentra asintomático.



#### 24.-Utilidad de la escala HASBLED en con triple terapia tras una intervención coronaria percutánea.

A. de la Rosa-Riestra, R. del Castillo-Medina, E. Cánovas-Rodríguez, A. Freitas-Esteves, J. Alonso-Belló, P. Salinas-Sanguino, L. Hernando-Marrupe, J. Botas-Rodríguez. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Método: Estudio observacional, prospectivo de 102 pacientes consecutivos (seguimiento 100% con una media  $25.8 \pm 10$  meses tras ICP y con TT al alta). Se obtuvieron dos grupos según la escala HASBLED  $<3$  (riesgo bajo –intermedio 55p,) o  $\geq 3$  (riesgo alto 47p). La supervivencia se evaluó con las curvas de Kaplan-Meier y test Log-rank; el análisis multivariable mediante un modelo de riesgos proporcionales de Cox para los objetivos sangrado y MACE.

Resultados: El grupo HASBLED  $\geq 3$  presentó diferencias significativas con mayor edad, score CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC ( $4.2 \pm 1.3$  vs  $3.1 \pm 1.6$ ) y un menor nivel basal de Hb ( $12.4 \pm 1.7$  vs  $13.2 \pm 1.5$ ) respecto al grupo HASBLED  $<3$ . La tasa de sangrado global y la necesidad de transfusión fue similar. La incidencia de MACE fue desfavorable para el grupo HASBLED  $\geq 3$  (34,5% vs 14,9%  $p = 0.02$ ) por la tasa de ictus y muerte cardíaca.

La mortalidad global fue significativamente mayor en el grupo HASBLED  $\geq 3$  (21,8% vs 6,4%,  $p < 0,05$ ). El tiempo medio para el sangrado fue similar). Sufrir insuficiencia renal aumentó el riesgo de sangrado, HR= 6,8 IC95%(0,9-50,0),  $p = 0,05$ . El tiempo medio para MACE fue menor para  $p$  con HASBLED  $\geq 3$  ( $41,3 \pm 2,3$  IC95% (36,8-45,9) vs  $46,2 \pm 0,8$  IC95% (44,6-47,8) meses, log-rank test  $p < 0,05$ ). Tener un score CHA2DS2-VASC se asoció a mayor riesgo de eventos cardiovasculares mayores con un HR=4 IC95%(1,2-80,6),  $p = 0,03$ ).

## **25.-Un raro caso de recoartación aórtica.**

A. Carbonell, G. de Luna, H. del Castillo, P. Guisado, P. Pastor, M. Valverde, D. del Val, J.L. Zamorano. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Mujer de 72 años, con antecedentes de dextrocardia con situs solitus, obesidad, HTA, cifosis y coartación aórtica distal a arteria subclavia izquierda intervenida hace 40 años. Refiere cuadro de 3 meses de disnea progresiva y ortopnea, precisando oxígeno domiciliario. Un estudio preliminar demostró hipertensión pulmonar severa.

Acudió al servicio de urgencias por empeoramiento clínico coincidiendo con crisis HTA. A la exploración destacaba un soplo sistólico interescapular con crepitantes bilaterales, y derrame pleural bilateral en la radiografía de tórax. El nivel de BNP de 600 pg/ml era compatible con insuficiencia cardiaca aguda. En el angioTAC torácico se objetivó una estenosis crítica de la aorta descendente de 3,9 mm, con marcada circulación colateral confirmando el diagnóstico de recoartación de aorta. Se realizó angioplastia con balón y posterior implante de stent con buen resultado. Tres semanas después la paciente presentaba tolerancia al decúbito, pérdida de 15kg, sin precisar oxigenoterapia.

La malposición cardiaca situs solitus con dextrocardia es una condición extraña, más aún su asociación a coartación. La posición anatómica atípica cardiaca de nuestra paciente condicionaba una elongación y tortuosidad significativas del arco aórtico, permaneciendo un trombo intramural 40 años tras la cirugía. La presencia de situs solitus con dextrocardiaca podría ser incluida entre las anomalías asociadas a la coartación, como entidad particular en la que se desarrolla recoartación tras la reparación.

## **26.-Síndrome coronario agudo en contexto de shock anafiláctico.**

A. Rueda-Liñares, J. Palazuelos-Molinero, J. Morales-Gallardo, D. Martí-Sánchez, F. Gonçalves, M. Méndez-Fernández. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.

El síndrome coronario agudo alérgico, conocido como Síndrome de Kounis es una entidad infradiagnosticada en la actualidad. Se describe como un síndrome que recoge los síntomas correspondientes a una reacción alérgica y aquellos correspondientes a un evento coronario agudo. Se han descrito tres tipos: angina alérgica

vasoespástica (tipo I), infarto de miocardio alérgico (tipo II) y trombosis intrastent con trombo oclusivo infiltrado por eosinófilos y mastocitos.

Se presenta el caso de un varón con factores de riesgo cardiovascular pero sin lesiones coronarias conocidas que presenta un episodio de síndrome coronario agudo en el contexto de un shock anafiláctico. Se discute su etiología.

Motivo de consulta: Disnea, malestar general, dolor torácico y eritema.

Antecedentes: Alergia a Penicilinas. Sensibilización a anestésico doble y mezcla de caínas. Dudosa sensibilización a Estreptomicina. FRCV: HTA, DMII, DL. Fumador. EPOC con obstrucción severa (VEMS 46%), sin OCD. Bronquiectasias y fibrosis. Calcificaciones de TBC residual en TAC. SAHS. Insuficiencia Renal leve-moderada. Arteriopatía periférica con claudicación en 300 m. HBP. Glaucoma neovascular OI. Cataratas. Hipoacusia importante. Apendicectomía, timpanoplastia, RTU pólipo vesical.

Paciente varón de 82 años con los antecedentes descritos que acude a Urgencias por presentar un cuadro de disnea, erupción generalizada y vómitos; junto con un dolor torácico no bien caracterizado y autolimitado. Este cuadro aparece tras la toma de un comprimido de 500 mg de Levofloxacino en tratamiento para un cuadro catarral. Se diagnostica de: -Infección Respiratoria con exacerbación de EPOC- Shock anafiláctico en relación con la toma de Levofloxacino - Insuficiencia Respiratoria severa- Síndrome Coronario agudo sin elevación de ST con enfermedad severa de 3 vasos- Insuficiencia Cardíaca Congestiva secundaria a lo anterior

En el caso presentado no queda claramente establecida la etiología del Síndrome coronario agudo, pudiendo ser consecuencia de la administración de Adrenalina y su efecto sobre las arterias coronarias y el miocardio; o, por otro lado, encontrarse englobado dentro de los mecanismos descritos del Síndrome de Kounis.

## **27.-Afectación cardíaca en 8 meses de evolución en paciente con síndrome carcinoide estadio IV y foramen oval permeable.**

C. Fernández-Pascual<sup>1</sup>, L. Fernández<sup>1</sup>, I. García<sup>1</sup>, D. Dau Villareal<sup>1</sup>, R. Soto<sup>1</sup>, JJ. Martínez<sup>1</sup>, D. Martí<sup>2</sup>, M. Méndez<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Hospital Universitario Santa Lucía, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.

Mujer de 58 años. Entre sus antecedentes personales destaca la hipertensión arterial en tratamiento farmacológico, no Diabetes Mellitus ni Dislipemia. Carcinoma neuroendocrino en estadio IV diagnosticado en 2007, con enfermedad hepática, supraclavicular y retroperitoneal. Otros antecedentes de interés son la rinitis en relación con factores ambientales y episodio de tiroiditis en 2008 resuelta y en seguimiento por endocrino. En tratamiento crónico con Atenolol 50gr al día, Valsartán 160mgr cada 12 horas, Furosemida 40mgr al día y Hierro oral. Como tratamiento quimioterápico recibe Octreotida.

En Abril del 2014 acude a Servicio de Urgencias por disnea, edemas en miembros inferiores y ortopnea. Se decide tratamiento empírico con diuréticos así como ingreso hospitalario en planta de oncología y se solicita



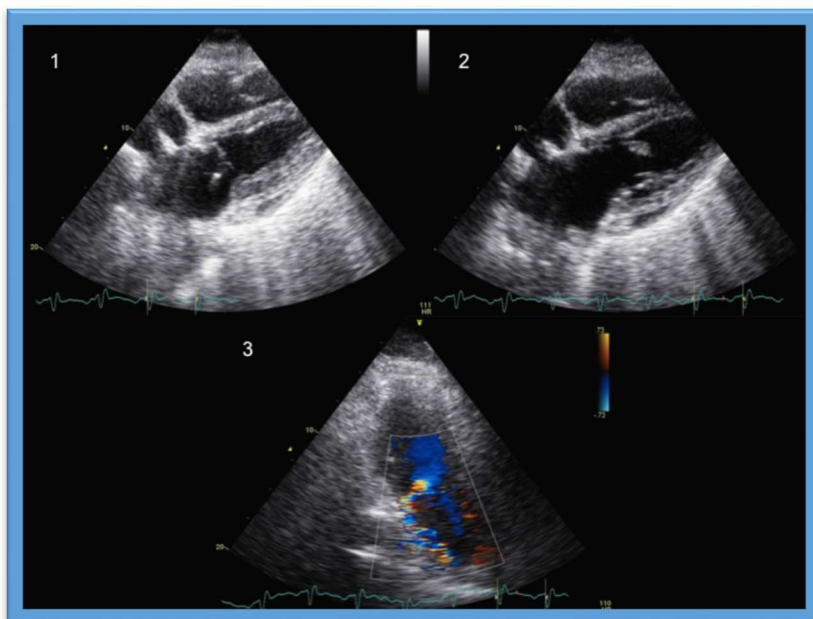
ecocardiograma donde se aprecia dilatación de cavidades derechas con disfunción biventricular moderada (FEVI Simpson 35%, TAPSE 18mm). Insuficiencia mitral moderada (previamente descrita como ligera), Insuficiencia tricuspídea libre, Insuficiencia Pulmonar ligera. Insuficiencia aórtica moderada (ya descrita en ecocardiograma 2013). Foramen oval permeable. Vena cava inferior dilatada con nulo colapso inspiratorio.

Se inicia optimiza tratamiento médico con diuréticos, betabloqueantes, IECAS con mejoría clínica.

## 28.-Insuficiencia mitral aguda por rotura de músculo papilar en infarto inferior de más de 48 horas de evolución.

C. Martín, I. García, I. Narváez, D. Segovia, A. Cortés, E. García, L. Rodríguez-Padial. Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Varón de 81 años que acude por cuadro de dificultad respiratoria progresiva de 48 horas de evolución, con clínica de bajo gasto cardíaco. Los familiares refieren antecedente inicial de dolor opresivo centrotorácico que cedió tras varias horas. A su llegada a urgencias presenta taquipnea con saturación de oxígeno del 88%, con disminución generalizada del murmullo vesicular a la auscultación pulmonar. En ECG presenta elevación de ST de 4-5mm en cara inferior, con presencia ya de onda Q de necrosis, así como descenso especular de ST en precordiales, compatible con IAM inferior





ya establecido. Analíticamente se evidencia elevación de marcadores de lesión miocárdica (troponina I de 45.2 ng/ml), así como datos de insuficiencia renal aguda (creatinina 3.72mg/dl).

Se realiza ecocardiograma en el que se observa aquinesia inferoposterior, con insuficiencia mitral severa por rotura de aparato subvalvular mitral y FEVI conservada.

En la imagen se visualiza:

Imagen 1, 2: Plano subcostal que muestra rotura de aparato subvalvular, que se introduce en aurícula izquierda, produciendo insuficiencia mitral. Imagen 3: Plano apical de dos cámaras, con el doppler color se aprecia la IM.

Se comenta el caso con Cirugía Cardíaca, pero dada la mala situación basal del paciente y las comorbilidades asociadas (EPOC muy severo) se desestima la realización de cirugía urgente. El paciente evoluciona de forma desfavorable con aumento del trabajo respiratorio, por lo que se inicia BiPAP con mala tolerancia e ineficacia. Posteriormente comienza con hipotensión con datos de shock cardiogénico produciéndose éxitus varias horas después.

## **29.-Evaluación de la reducción de angina en pacientes con angina estable tratados con ranolazina. ¿Podemos usar nuevos métodos?**

E. López, D. Martí, Y. Vázquez, J. Pérez, D. Sancho, S. Álvarez, I. Rada, M. Méndez. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.

**Introducción:** La ranolazina (RAN) es un antianginoso eficaz de mecanismo de acción novedoso. El objetivo de este estudio fue analizar la eficacia de RAN en pacientes con angina estable, evaluando la reducción de angina mediante el test de 6 minutos (T6M) y el cuestionario de angina de Seattle(CAS).

**Métodos:** Subestudio del estudio CARAN, estudio prospectivo diseñado para evaluar los efectos de RAN sobre la función cardíaca de pacientes con angina estable sin posibilidad de revascularización. Se evaluó la tolerancia al ejercicio y la percepción de la angina mediante el T6M y el CAS, en visitas programadas basal y a los 2 meses.

**Resultados:** Se incluyeron 21 pacientes consecutivos (rango edad: 52-87 años, 18 varones) a los que se añadió ranolazina 500 mg/12h al tratamiento habitual. El 76% se encontraban en clase II ó III de angina de la Canadian Cardiovascular Society (CCS), y todos en NYHA I ó II y con FEVI>45%. El 76% presentaba enfermedad coronaria obstructiva, y todos excepto uno estaba en tratamiento con otros antianginosos (12 con  $\geq 2$  fármacos adicionales). Se realizó T6M en todos los pacientes sin registrarse complicaciones y se pasó el CAS. La mediana recorrida fueron 463 metros (rango 260-639 metros), sin diferencias entre ambas visitas. Tras 2 meses de tratamiento se observó una tendencia a menor aparición de angina (15% frente a 40%,  $p=0.077$ ) y a mayor distancia recorrida libre de angina (430 frente a 400 metros,  $p=0.079$ , imagen). No hubo una asociación entre la manifestación de angina  $CCS \geq II$  en la anamnesis y en el T6M ( $p=0.170$ ),

	Basal	Seguimiento	P
CCS≥II, n (%)	15 (75)	3 (16)	<0.001
Angina en T6M, n (%)	8 (40)	3 (15)	0.077
Distancia sin angina, metros	400	430	0.079
CAS promedio	75	89	<0.001

sugiriendo un valor complementario de ambas herramientas. Se observó una disminución significativa en la percepción de la angina (aumento de la puntuación del CAS basal y a los 2 meses ( $p<0.001$ )).

Conclusiones: RAN es un fármaco útil en pacientes con angina no controlada con antianginosos

clásicos y sin opciones de revascularización. Además, el T6M y el CAS son herramientas seguras, disponibles y económicas para el seguimiento clínico de la angina en estos pacientes. En esta serie el T6M aportó información complementaria a la historia clínica en más de un tercio de los casos.

### 30.- Coronaria supernumeraria de la concordia.

F. Gonçalves, J. Palazuelos, D. Martí, J. Pérez, E. López, Y. Vázquez, MJ. Morales, M. Méndez. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.

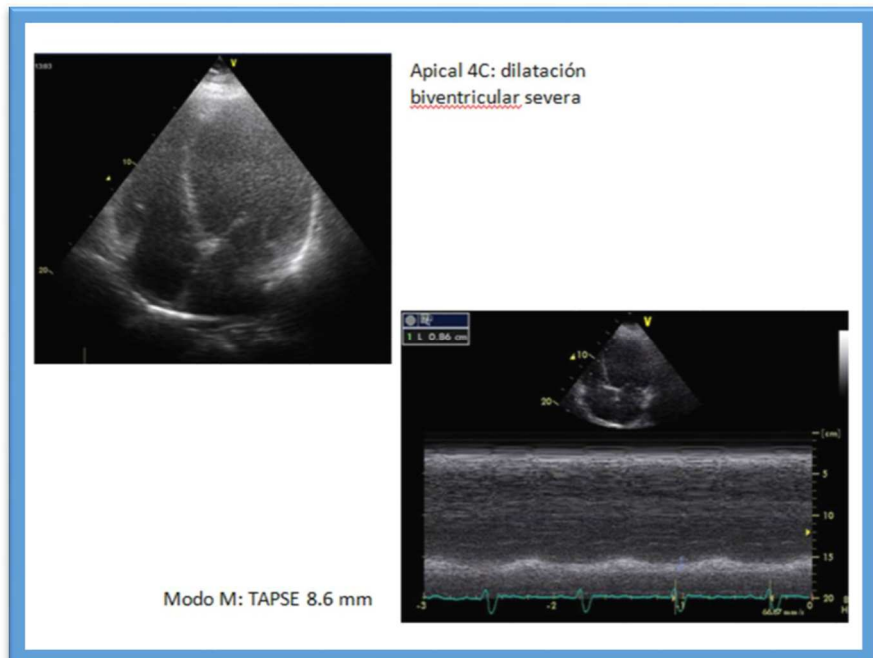
Varón de 44 años con antecedentes personales de hipertensión arterial que acude al Servicio de Urgencias por dolor torácico opresivo de 24 horas de evolución y que aumenta de intensidad con la inspiración sin empeoramiento con el decúbito supino. A su llegada al Hospital se constata en ECG elevación del ST en I y aVL con elevación de Troponina T ultrasensible (de 20 a 184) por lo que se decide realizar intervencionismo coronario percutáneo primario en el que se objetiva una arteria supernumeraria muy tortuosa, con origen en seno coronario derecho que comunica la coronaria derecha con la primera diagonal y, a su vez, presenta dos fístulas coronaria-VI sin lesiones angiográficas significativas. Resto del árbol coronario sin lesiones significativas.

### 31.-Primer episodio de insuficiencia cardiaca en varón de 64 años.

I. Narváez, I. García, C. Martín, A. Cortés, M. Lázaro, L. Rodríguez-Padial. Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Varón de 64 años, hipertenso, diabético tipo 2, sin antecedentes familiares de cardiopatía y con hábito etílico moderado, consulta por clínica progresiva de disnea de un mes de evolución. A su llegada al servicio de urgencias se encuentra taquicárdico y taquipneico, con hipofonesis bilateral y crepitantes dispersos. Presenta dos episodios de pérdida de conciencia transitoria que se acompañan de diaforesis profusa e hipotensión. No se objetivan alteraciones eléctricas sugestivas de isquemia, ni elevación de marcadores de daño miocárdico. La Rx tórax muestra patrón alveolointersticial de predominio perihiliar sugerente de

insuficiencia cardiaca izquierda. La analítica muestra insuficiencia renal aguda y alteración del perfil hepático. Dadas la clínica anteriormente descrita y las alteraciones de la función renal y hepática, se sospecha síndrome de bajo gasto cardiaco, por lo que se realiza ecocardiograma urgente que revela miocardiopatía dilatada con disfunción biventricular severa (FEVI 10%, TAPSE 8 mm).



Ingresa en unidad coronaria, precisando soporte hemodinámico con drogas vasoactivas (dobutamina 7 mc/Kg/min y dopamina a dosis dopaminérgica) y tratamiento diurético intensivo. Se instaura ciclo de levosimendán iv para conseguir destete de la dobutamina, con lo que se resuelven el cuadro de bajo gasto y las alteraciones del perfil hepático y renal secundarias. Tras estabilización clínica y hemodinámica, se realiza cateterismo, que no muestra lesiones coronarias angiográficamente

significativas. Se encuentra pendiente de realizar ecocardiograma de control para evaluar la posible recuperación de la función ventricular tras cese del hábito enólico y, completar, si precisara, estudio etiológico de miocardiopatía dilatada, asumiendo por el momento como causa más factible la miocardiopatía dilatada enólica.

### **32.-Bajo gasto cardiaco como forma de presentación de infarto inferior evolucionado con función de ventrículo derecho conservada.**

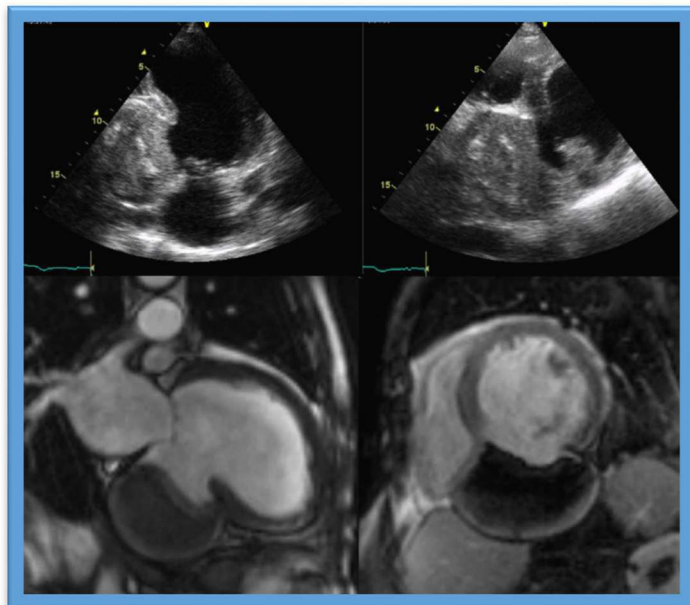
I. García, D. Segovia, I. Narváez, C. Martín, C. Robles, S. Giacomani, A. Cortés, L. Rodríguez-Padial. Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Varón de 76 años que acude por cuadro compatible con bajo gasto de 15 días de evolución. En urgencias sufre parada cardiorrespiratoria, requiriendo intubación orotraqueal. A la exploración física, tras estabilización hemodinámica, destaca latido carotídeo izquierdo prominente y derecho no audible, soplo pansistólico II/VI plante en ápex y latido desplazado hacia la izquierda. En ECG se objetiva necrosis inferior con elevación de 2 mm de ST, sin cambios evolutivos. Mínima elevación de marcadores de daño miocárdico sin clara curva, concluyéndose diagnóstico de infarto inferior evolucionado.

En radiografía de tórax, cardiomegalia marcada. En ecocardiograma, VI severamente dilatado con función sistólica severamente deprimida de forma global, insuficiencia mitral ligera, en segmento inferobasal solución



de continuidad de gran tamaño (6,5 mm) en comunicación con una cavidad de grandes dimensiones (90 x 65 mm) que presenta contenido trombótico con calcificaciones en su interior. VD normal. Se realiza RMN

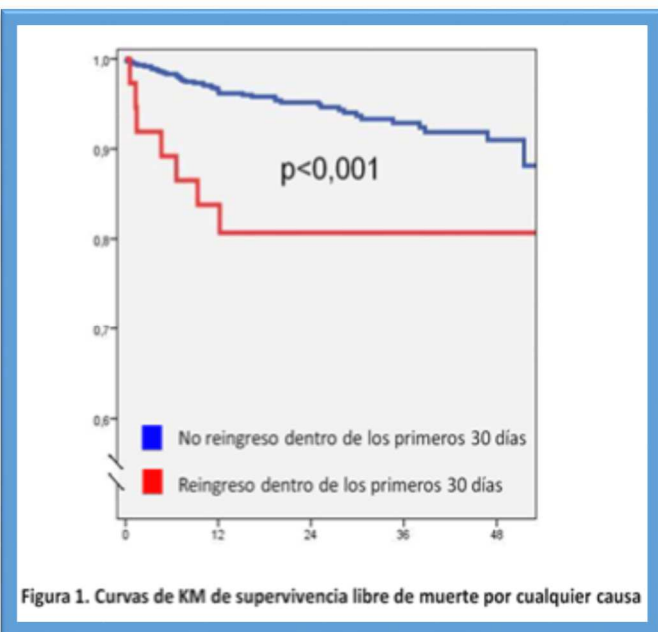


que confirma el diagnóstico de pseudoaneurisma ventricular en pared inferobasal de VI, con pared parcialmente calcificada y trombosado y un diámetro máximo en plano axial de 96 x 76 mm. Además se objetiva oclusión completa de carótida derecha. Extubación a las 96 horas. Episodio de AIT durante el ingreso. Desestimada cirugía, se mantuvo con tratamiento médico. Evolución lenta pero favorable con alta a domicilio. Revisado en consultas externas continúa estable clínicamente, sin cambios significativos en ecocardiogramas de control, año y medio tras el alta.

### 33.-Pronóstico a largo plazo del reingreso en los primeros 30 días tras ICP.

J. Alonso, P. Salinas, E. Cánovas, A. Freites, A. de la Rosa, R. del Castillo, L. Hernando, J. Botas. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

El reingreso en los primeros 30 días tras ingreso hospitalario se usa como indicador de calidad en gestión sanitaria. El objetivo de nuestro estudio es describir la tasa de reingreso a 30 días tras un ICP y analizar el pronóstico a largo plazo.



Se estudiaron 746 pacientes sometidos a ICP por cualquier causa entre 2007 y 2011. Se realiza seguimiento mínimo durante 12 meses (media  $27,2 \pm 0,5$ , máximo 56). 37 (5%) reingresaron dentro de los 30 primeros días. Se analizaron la causa de reingreso, la mortalidad y eventos MACCE.

Las causas fueron 51,4% por causas cardiacas y 48,6% por causas no cardiacas. La media de supervivencia libre de muerte por cualquier causa era  $44,6 \pm 3,4$  meses en reingreso  $<30$  respecto a  $53,1 \pm 0,5$  meses ( $p < 0,001$ ) en reingreso  $>30$  (Figura 1). La media de supervivencia libre de evento MACCE fue  $28,3 \pm 3,6$  meses respecto a  $45,6 \pm 0,8$  meses en el grupo de

referencia ( $p < 0,001$ ). En el análisis univariable, reingreso en  $<30$  días se asocia a mayor mortalidad en el

seguimiento con HR de 3,29 (IC 95% 1,8-8,4), y a mayor tasa de eventos MACE con HR de 3,8 (IC 95% 2,3-6,2). Reingresar dentro de los 30 primeros días tras ICP en nuestra población se asoció con mayor mortalidad y con más eventos MACCE en el seguimiento.

#### **34.-Hallazgo poco frecuente tras derrame pericárdico recidivante.**

MJ. Morales, J. Palazuelos, P. Clares, D. Martí, LY. Vázquez, F. Gonçalves, E. López, M. Méndez. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.

Mujer 59 años, hipertensa y dislipémica que acude a urgencias por malestar general, disnea de mínimos esfuerzos, vómitos y diarrea de dos semanas de evolución. No fiebre. En exploración física destaca ingurgitación yugular y roce pericárdico. En radiografía de tórax cardiomegalia III/IV y en electrocardiograma ritmo sinusal a 79 lpm, bajo voltaje y repolarización anormal. En ecocardiograma urgente se visualiza derrame pericárdico severo global con colapso parcial de cavidades derechas y AI. Se realiza pericardiocentesis diagnóstica-evacuadora: líquido serohemático (500cc). Citología, bioquímica negativas. Anatomía patológica negativa para malignidad. Tras mejoría clínica y estudio negativo se decide alta con AINES.

Dos meses después en ecocardiograma de control se objetiva recidiva de derrame pericárdico moderado sin datos de compromiso hemodinámico. Clínicamente asintomática. Se realiza nueva pericardiocentesis evacuadora. Tras ETT acude de nuevo a urgencias por aumento de disnea habitual y palpitaciones. Se encuentra taquicárdica y con tendencia a la hipertensión. Se repite ecocardiograma: derrame pericárdico severo. Ingresa para realización de ventana pericárdica en la que se extraen 1300 cc de líquido seroso. Tras observar en radiografía de control postdrenaje ensanchamiento mediastínico y neumopericardio se solicita TC tórax que visualiza gran masa sólida en mediastino anterosuperior (8\*5\*6 cm) con microcalcificaciones.

Tras hallazgo se programa mediastinostomía para obtención de biopsia. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica concluye timoma maligno. Citología de líquido pericárdico negativa para malignidad.

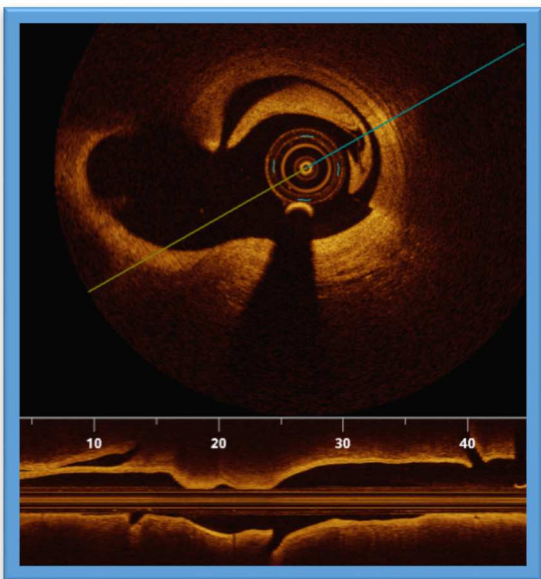
La paciente inicia tratamiento quimioterápico con cisplatino-etopósido con respuesta favorable y asintomática desde el punto de vista cardiovascular en la actualidad.

#### **35.-Disección coronaria espontánea. Una causa posiblemente infradiagnosticada de SCA.**

M. Jiménez-Blanco, D. Jiménez-Sánchez, E. Rodríguez-González, J. Solano-López, E. García-Izquierdo. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Presentamos el caso de mujer de 42 años, natural de Rumanía, fumadora sin otros FRCV, que acude a Urgencias por dolor torácico opresivo, irradiado a MSI de quince minutos de duración. Refiere episodios similares desde hace una semana, que aparecen tanto con esfuerzo como en reposo.

A su llegada, ECG en RS con T negativa en precordiales. Estando en Urgencias presenta nuevo episodio de dolor torácico con cortejo vegetativo, que cede tras cefinitrina; el ECG con dolor presenta elevación de ST anterior con isquemia subendocárdica en precordiales y descenso del ST inferolateral. Ingresa en Unidad



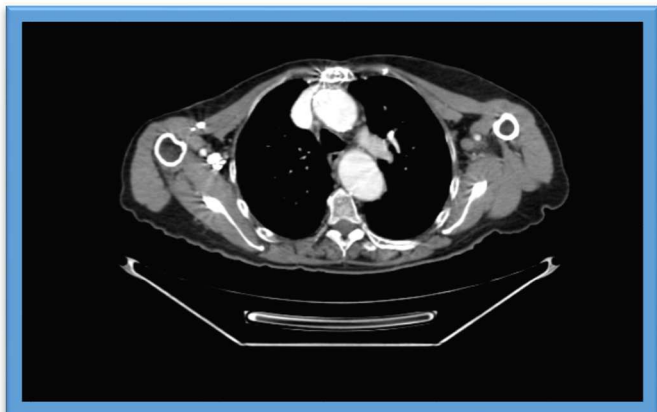
Coronaria para cateterismo preferente por SCASEST con elevación transitoria de ST con mínima elevación enzimática (Tnl: 0.72 µg/L). Se realiza coronariografía, que demuestra placa aterosclerótica que no compromete el flujo en DA proximal, así como estenosis del 50% en DA y Cx medias. Se valoran las lesiones con OCT, evidenciándose imagen compatible con disección de DA ostial no oclusiva (ver figura). Se decide manejo conservador con doble antiagregación y anticoagulación, que se suspende al alta. Se realiza ecocardiograma transtorácico, que muestra una FEVI normal.

La disección coronaria es una entidad poco frecuente (0.07-1.1% de los cateterismos realizados). Predomina en mujeres de edad media, sin FRCV. La etiología permanece incierta, destacando asociación con aterosclerosis, puerperio y conectivopatías. El tratamiento es controvertido. El tratamiento médico conservador (similar al del SCA) se suele reservar para pacientes con infarto establecido y sin isquemia residual, dejando el intervencionismo para casos con isquemia residual o limitaciones significativas de flujo en vasos principales.

### 36.-Dermatosis y osteomielitis tras reparación vascular aórtica.

P. Clares, LV. Sáenz, A. Carretero, E. Rodriguez, JD. García, P. Sánchez, F. Maimir. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.

Mujer 70 años, exfumadora, dislipémica intervenida por dilatación aneurismática de aorta ascendente con implante de prótesis valvular supracoronaria hace 4 años. Presenta fiebre en picos, cefalea, dolor orbitario, diarrea, artromialgias con leve impotencia funcional en hombro derecho y marcado quebrantamiento



generalizado. Destaca erupción maculopapulosa en tronco y cara anterior de muslos, que aparece 5 días después, que se biopsia objetivando dermatosis pustular neutrofílica sin datos de especificidad. Ingresa para estudio. Cultivo de pústulas: *Enterococo faecalis*. Urocultivo: *Klebsiella*. Serologías *Salmonella*, *Brucella*, VHB, VHC, *Mycoplasma* y *Coxiella Burnetti* negativos. Hemocultivos repetidamente negativos.

En TAC torácico (ver imagen), muestra imagen de aortitis con formación de pseudoaneurismas o úlceras penetrantes en aorta torácica, por encima del tubo protésico y engrosamiento periaórtico inflamatorio. Asimismo artritis articulación acromioclavicular derecha secundaria a proceso embólico séptico desde prótesis aórtica. Se inicia antibioterapia de amplio espectro.

El estudio se completa realizando PET-TAC que confirma proceso inflamatorio-infeccioso agudo en aorta ascendente desde raíz hasta nacimiento tronco braquiocefálico derecho y osteomielitis acromioclavicular derecha.

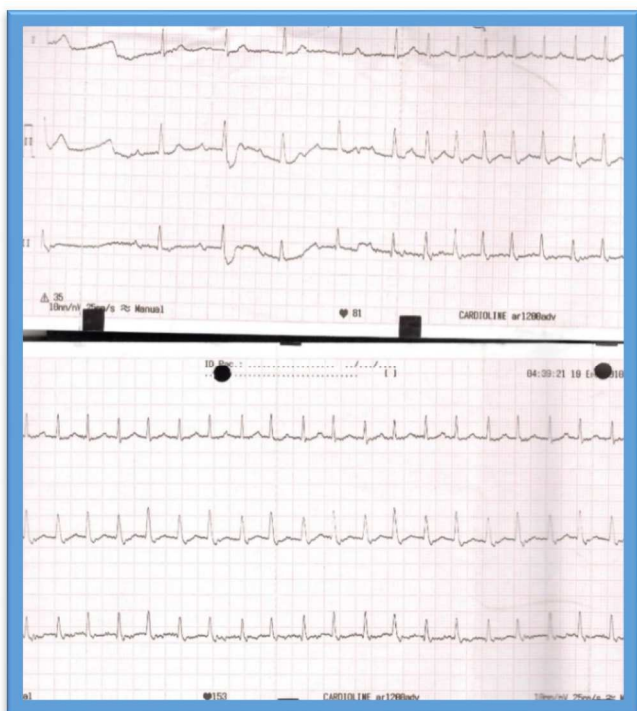
Se decide tratamiento quirúrgico con reparación de aortitis infecciosa, sustitución de prótesis vascular e implante de nueva prótesis supracoronaria. Trascurre período postoperatorio sin incidencias. Los cultivos remitidos a microbiología desde quirófano, tanto de material protésico como tejido periaórtico, resultan negativos.

Diagnóstico: aortitis aguda sobre prótesis vascular supracoronaria con formación de aneurismas micóticos. Dermatitis pustulosa embolígena. Osteomielitis acromioclavicular embolígena.

Evolución: Tras intensa rehabilitación motora y debido a evolución clínica satisfactoria se decide alta tras 28 días de ingreso. Ecocardiograma al alta confirma tubo protésico de aspecto normal. FEVI normal. No derrame pericárdico.

### 37.-Angor hemodinámico secundario a taquicardia intranodal atípica.

P. Clares, D. Martí, MJ. Morales, J. Pérez-Guzmán, LY. Vázquez, JC. López, J. Palazuelos, M. Méndez. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.



Varón de 73 años, obeso mórbido, fumador, hipertenso, diabético y dislipémico que acude a urgencias por episodios repetidos de dolor epigástrico opresivo autolimitados que aparecen tanto en reposo como con el esfuerzo (CCS 3), acompañados de palpitaciones y sensación de inestabilidad. Destaca ingreso, dos meses antes, en servicio de Cardiología en el que fue diagnosticado de "FA paroxística" que se trató con calcioantagonistas. En el primer electrocardiograma en urgencias (ver imagen): taquicardia intranodal (TIN) atípica "lenta-lenta" con conducción anterógrada variable y retrógrada enlentecida. Y en el electrocardiograma basal (ver imagen): ritmo sinusal con BAV de primer grado marcado (PR 300 msg) y ESV frecuentes. Ingresó

para estudio de dolor torácico y control de las taquicardias. Durante su ingreso presenta varios episodios de opresión torácica compatibles con angor hemodinámico secundarios a TIN que se logran controlar con amiodarona intravenosa y posteriormente oral.

Se realiza coronariografía: árbol coronario sin lesiones angiográficas significativas. Ecocardiograma TT: Dilatación ligera biauricular. Hipertrofia septal ligera de VI con FEVI conservada.

Ante la presencia de PR muy alargado se decide postponer la ablación de la TIN y seguir manejo farmacológico (amiodarona) y control ambulatorio.

En posterior revisión, se encuentra asintomático, observándose en Holter varios ecos de doble vía nodal que no desencadenan taquicardia. Wenckebach nocturno. ESV de baja densidad.

La TIN presenta una incidencia bimodal, con un segundo pico de aparición en edad avanzada, asociado a la degeneración del sistema de conducción que favorece el circuito de reentrada. En estos casos la TIN puede manifestarse con conducción retrógrada lenta, debiéndose contemplar su diagnóstico diferencial con taquiarritmias auriculares.

### **38.-Aterectomía Rotacional en el tratamiento de lesiones coronarias en bifurcación.**

P. Clares, J. Palazuelos, D. Martí, MJ. Morales, JC. López, L. Sáenz, M. Méndez. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.

Antecedentes: uno de los principales retos del intervencionismo coronario percutáneo (ICP) es el tratamiento de lesiones en bifurcaciones (Bf). Son numerosas las técnicas descritas para su tratamiento en un intento de preservar todos los vasos, ninguna completamente eficaz y segura. La aterectomía rotacional (AR) se emplea hasta en el 26% de ellos. Analizamos el resultado del ICP de Bf con AR como técnica coadyuvante.

Métodos: análisis prospectivo, observacional de 61 pacientes consecutivos sometidos a revascularización coronaria para tratamiento de lesiones en Bf mediante AR.

Resultados: la edad media de los pacientes es 78 años. 82% son HTA, 33% DM y 93% dislipémicos. El 83% presentaba enfermedad multivaso. La estratificación de riesgo se cuantificó mediante Syntax score y L-Euroscore con una mediana de 31 y 16,2 respectivamente. Se trataron 73 lesiones, principalmente en DA proximal y media afectando a 1ª diagonal (46%) y TCI-DAP (19%). El MACE global fue del 16,3% (mediana de 325 días (rango 0- 1148)). La mortalidad cardiovascular fue del 8% (5 pacientes): 2 en el procedimiento (una secundaria a no-flow tras AR en SCACEST y la 2ª en intento de acceder a lesión culpable indilatable en SCACEST Killip IV). Hubo una (1,3%) disección coronaria. En 2 pacientes (3,2%) no se logró implantar stent tras AR. Se produjeron en el seguimiento dos ictus isquémicos (3,2%).

Conclusiones: La AR es segura y eficaz para tratar lesiones en Bf incluso en pacientes de alto RCV. La AR puede considerarse como opción terapéutica para tratamiento de lesiones en Bf.



### **39.-Rotablación en población octogenaria.**

P. Clares, J. Palazuelos, D. Martí, MJ. Morales, L. Sáenz, M. Méndez. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.

Antecedentes: El intervencionismo coronario percutáneo (ICP) puede complicarse por la edad avanzada. Ésta suele asociar mayor prevalencia de enfermedad multivaso y comorbilidades que disminuyen las probabilidades de éxito. Asimismo, muchos pacientes ancianos son rechazados para revascularización quirúrgica por su elevado riesgo. Por ello hemos analizado los resultados del empleo de aterectomía rotacional (AR) como técnica coadyuvante en ICP en población octogenaria.

Métodos: análisis prospectivo, observacional de 72 pacientes mayores de 80 años, con alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), sometidos a ICP y rotablación coronaria.

Resultados: Destaca el 96 % de enfermedad multivaso. El 67% presentaba enfermedad significativa de las tres arterias principales. Las medianas de riesgo mediante las escalas Syntax score y L-Euroscore correspondieron a 33,58 y 21,02 respectivamente. El motivo de realización del ICP fue SCASEST en el 64%. El éxito angiográfico fue del 97%. En 23 pacientes se trató más de una arteria en el mismo procedimiento. Durante una mediana de seguimiento de 371 días la mortalidad global fue del 16,7% (n=12). De éstas, sólo 5 fueron de causa cardíaca; ninguna secundaria a AR. Sólo un paciente precisó nueva revascularización de vaso culpable 13 meses después de AR. Se objetivaron 3 ACVA isquémicos y 1 HRG moderada según criterios GUSTO.

Conclusiones: en pacientes octogenarios con SCASEST y aquellos en los que la cirugía se desestime, la AR es una técnica segura y eficaz para el tratamiento de lesiones complejas. Es posible realizar rotablación sobre más de una arteria en el mismo procedimiento con óptimo resultado.

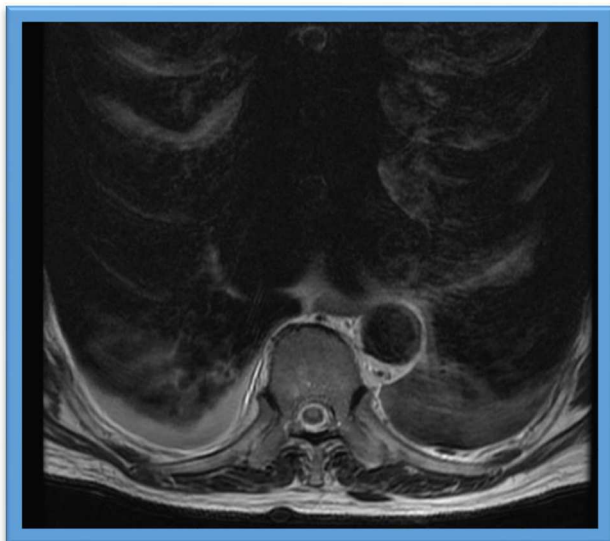
### **40.-Desafortunadas consecuencias tras cardioversión eléctrica.**

P. Clares, L. Sáenz, A. Carretero, JD. García, P. Sánchez, F. Maimir. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.

Varón 82 años, HTA, diabético insulín dependiente, con insuficiencia renal grave y cardiopatía isquémica revascularizada quirúrgicamente hace 10 años. Ingresa por infección urinaria que es tratada con antibioterapia. El tercer día de ingreso refiere cuadro de dolor abdominal difuso junto con intenso malestar general.

El electrocardiograma muestra flutter auricular típico 2:1 a 150 lpm, no descrito previamente. Se realiza ecocardiograma transtorácico que muestra FEVI 40% sin presencia de trombos intracavitarios, ni valvulopatías significativas. Se administra heparina y amiodarona que resultó ineficaz. Ante deterioro hemodinámico se realiza cardioversión eléctrica logrando ritmo sinusal a 70 lpm mejorando situación clínica.

Cinco horas después de la cardioversión el paciente refiere impotencia funcional de ambas extremidades inferiores y a la exploración presenta paraplejía a nivel de T8. La resonancia magnética pone de manifiesto infarto medular anterior de probable origen embólico (ver imagen).



Se añadió tratamiento antiagregante, vitamina B y se permitieron cifras tensionales elevadas para facilitar perfusión medular. A pesar de ello y desafortunadamente el paciente quedó parapléjico. Ante el antecedente de cardioversión eléctrica se consideró ésta como causa del infarto medular, que aunque poco frecuente, es una complicación esperable. La ecocardiografía transtorácica presenta menor sensibilidad que la realizada por vía transesofágica, por lo que es probable que existieran trombos que no fueron detectados en la prueba de imagen. Aún así, no debemos olvidar que la

cardioversión se realizó por inestabilidad hemodinámica del paciente.

#### **41.-Desarrollo de un programa de hipotermia terapéutica tras parada cardíaca. Implicaciones pronósticas y factores asociados. Un estudio en nuestro medio.**

F. Salmerón, C. Llanos, JG. Córdoba, G. Gallego, A. Gutiérrez, C. Ramírez, M. Corbí, J. Jiménez. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

**Introducción y objetivos:** En España ocurren 25000-50000 paradas cardíacas (PCR) anuales. La mayoría secundarias a muertes súbitas cardíacas. Aunque un gran porcentaje no ingresa (éxito extrahospitalario), el impacto asistencial es muy importante. La adecuada atención temprana y los cuidados post-reanimación con hipotermia terapéutica en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), mejoran el pronóstico. Describimos las características y evolución de estos pacientes.

**Método:** Estudio prospectivo observacional de pacientes consecutivos ingresados en UCI por PCR en nuestro centro, sometidos a hipotermia terapéutica (32-34°C), desde el 2009 al 2013. Registramos las variables demográficas, el manejo realizado y evaluamos la mortalidad y pronóstico a corto plazo.

**Resultados:** 68 pacientes (70% PCR extrahospitalaria). Edad media 60 años. 62% varones, 62% HTA, 30% diabéticos, 31% dislipémicos, 35% fumadores. 14.7% presentaba cardiopatía isquémica crónica (10% revascularizados previamente), el 10.4 % miocardiopatías (3% dilatada, 3% hipertrófica, 4.4% hipertensiva), 1.5% antecedentes familiares de muerte súbita cardíaca. La causa de la PCR fue cardiológica en el 67.6% (50% SCACEST) y un 32.4% no cardiológica (tromboembolismo pulmonar, tóxicos, hipoxia, alteraciones electrolíticas, electrocución, cetoacidosis diabética, sepsis e hipovolemia por sangrados). La estancia media en UCI fue 10 días y hospitalaria 16.72 días, con un 45.6% mortalidad intrahospitalaria. Evaluamos el estado

nerológico al alta según la escala de Glasgow-Pittsburgh: 50% de pacientes sin secuelas, 3% discapacidad grave y 1.5% totalmente dependientes.

Conclusiones: Los programas de hipotermia terapéutica han mejorado el pronóstico vital y funcional de los pacientes. Todavía presentan elevada mortalidad a corto plazo, pero los supervivientes presentan un buen pronóstico neurológico.

#### **42.-Influencia de las distintas estrategias de anticoagulación en función del acceso vascular utilizado en la angioplastia primaria. Un estudio en nuestro medio.**

F. Salmerón, C. Llanos, JG. Córdoba, C. Ramírez, S. Calero, J. Navarro, MI. Barrionuevo, J. Jiménez. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción y objetivos: El abordaje vascular radial y el uso de bivalirudina en la angioplastia primaria se asocian independientemente a menos eventos adversos mayores (EAM), al disminuir el número de sangrados mayores (SM). Analizamos la combinación de ambas estrategias.

Material y método: estudio observacional prospectivo de pacientes consecutivos sometidos a angioplastia primaria en los últimos 3 años, comparando vía de acceso radial (grupo A) versus femoral (grupo B) y el uso de anticoagulación (bivalirudina versus heparina no fraccionada). Definimos EAM al combinado de muerte, IAM, ACV y sangrado mayor (criterios Acuity).

Resultados: 353 pacientes, 84.9% acceso radial y 15.1% femoral. Edad media 66.1  $\pm$ 12.5 años, 82% hombres. No hubo diferencias en las características basales y factores de riesgo cardiovascular. Administramos Bivariludina a 81 pacientes y Heparina a 217 (grupo A), mientras que a 22 y 33 respectivamente (grupo B). Aparecieron un 24.6% de EAM (23% en el grupo A y 36.7% en el B;  $p=0.02$ ).

Según estrategia de anticoagulación aparecieron 19.8% EAM con bivalirudina y 23.4% con heparina en el grupo A, con 27.3% EAM con bivalirudina y 42.4% con heparina en el B. Hubo diferencias significativas en el grupo B tratados con heparina ( $p<0.05$ ) con mayor número de eventos.

Conclusión: En pacientes sometidos a angioplastia primaria, el acceso radial presenta menos eventos adversos independientemente del régimen de anticoagulación empleado. El uso de bivalirudina sólo disminuye la aparición de eventos cuando se emplea el abordaje femoral; y junto su mayor coste económico, debe recomendarse su uso en pacientes seleccionados.