



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

29 y 30 de Mayo de 2015

Aula Magna - Facultad de Medicina de Albacete
(Universidad de Castilla La Mancha)

Albacete

<http://www.castellanocardio.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 Oribe

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. Diego Lorente Carreño

ISBN: 978-84-608-2259-2

Nº REGISTRO: 2015049859

© Sociedad Castellana de Cardiología 2015

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

C/Santa Isabel, 51. 28012 Madrid

Editora: Dra. M^a Nieves Tarín Vicente

PRESENTACIÓN

Después de muchos años, la Sociedad Castellana de Cardiología acude a Albacete con motivo de la celebración de su 96^a Reunión. Gracias a la implicación de los miembros del Servicio de Cardiología y de la Dirección del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, y al apoyo de la Facultad de Medicina, hemos podido desarrollar un debate científico actual y la presentación de comunicaciones a cargo de los médicos especialistas en formación, de modo excelente.

Todas las aportaciones han sido de alto nivel e interés. Ahora quedan recopiladas en este Libro de Comunicaciones que ponemos a vuestra disposición. Estamos convencidos de que nuestra Sociedad se fortalece con esta apuesta por la difusión del conocimiento médico. Se incluyen diferentes casos clínicos y trabajos de investigación, realizados por profesionales de diferentes hospitales. Entre los trabajos finalistas, han resultado premiados:

- el caso clínico titulado “TAQUICARDIA VENTRICULAR MONOMORFA SOSTENIDA DE ORIGEN INMUNOLÓGICO”, presentado por el Dr. Juan Górriz, del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Getafe. Madrid.
- Y el trabajo de investigación titulado “ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN PACIENTES CON ANTICOAGULACIÓN ORAL CRÓNICA: ¿MODIFICA LA ESTRATEGIA ANTITROMBÓTICA Y EL ABORDAJE VASCULAR HABITUAL PERIPROCEDIMIENTO? ¿CONDICIONA MAYOR RIESGO HEMORRÁGICO DURANTE EL INGRESO?”, presentado por el Dr. Daniel Prieto, del Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Gracias a todos.

Esperamos verte en la próxima reunión hospitalaria de nuestra Sociedad, que se dedicará a la diabetes de modo monográfico y se celebrará en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.

Dr. Manuel Abeytua Jiménez

Presidente de la Sociedad Castellana de Cardiología

ÍNDICE

COMUNICACIONES MINI-ORALES: Casos Clínicos.....Pág. 9

1.- LA CLAVE LA DIÓ EL ECOCARDIOGRAMA.

I. Narváez Mayorga, C. Martín Sierra, M. Flores Hernán, I. García Ormazábal, A. Cortés Beringola, E. García Camacho, F. Sabaté Pérez, L. Rodríguez Padial. Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

2.- TAQUICARDIA VENTRICULAR MONOMORFA SOSTENIDA DE ORIGEN INMUNOLÓGICO.

J. Górriz, J. López, CG. Martínez. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

PREMIO AL MEJOR CASO CLÍNICO

3.- SHOCK CARDIOGÉNICO POR SÍNDROME DE MARCAPASOS.

J. López Pais¹, R. Mata Caballero¹, J. Górriz Magaña¹, L. Molina Blazquez¹, P. Awamleh¹, CG. Martínez-Perego¹, LM. López Barreiro², J. Alonso Martín¹. Servicio de Cardiología. ¹Hospital Universitario de Getafe. Madrid. ²C.H.U. Santiago de Compostela. La Coruña.

4.- DESVIACIÓN DEL EJE ELÉCTRICO DURANTE UNA PRUEBA DE ESFUERZO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

V. Ruiz-Pizarro, J. Palacios-Rubio, C. Espejo, JC. Gómez-Polo, LE. Enríquez, A. Barroso, C. Sánchez-Enrique, MÁ. Cobos. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.

5.- PSEUDO-COR TRIATRIATUM SINISTRUM: A PROPÓSITO DE UN CASO.

L.E. Enríquez, C. Olmos, C. Espejo, C. Alcántar, V. Ruíz, C. Gómez, J. Higuera, R. Bover. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”.

6.- DEGENERACIÓN PRECOZ DE UNA PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA.

MJ. Morales, D. Martí, A. Rueda, C. Fernández, F. Goncalves, J. Pérez-Guzmán, P. Clares, M. Méndez. Servicio de Cardiología. Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”. Madrid.

7.- MIOCARDIOPATÍA DE ESTRÉS EN PACIENTE ONCOLÓGICO.

A. Rueda Liñares, MJ. Morales Gallardo, J. Pérez Guzmán, R. Gómez, D. Martí, J. Palazuelos, I. Rada, M. Méndez. Servicio de Cardiología. Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”. Madrid.

COMUNICACIONES MINI-ORALES: Trabajos de investigación.....Pág. 14

1.- ¿MODIFICA LA TROMBOASPIRACIÓN EN PACIENTES SELECCIONADOS SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA, LA EVOLUCIÓN Y EL PRONÓSTICO INTRAHOSPITALARIO?

Libro de Comunicaciones: 96ª REUNIÓN DE LA SOCIEDAD CASTELLANA DE CARDIOLOGÍA

D. Prieto Mateos, JG. Córdoba Soriano, A. Gutiérrez Díez, JM^a. Jiménez Mazuecos, G. Gallego Sánchez, MI. Barrionuevo Sánchez, C. Urraca Espejel, JJ. Portero Portaz. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

2.- ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN PACIENTES CON ANTICOAGULACIÓN ORAL CRÓNICA: ¿MODIFICA LA ESTRATEGIA ANTITROMBÓTICA Y EL ABORDAJE VASCULAR HABITUAL PERIPROCEDIMIENTO? ¿CONDICIONA MAYOR RIESGO HEMORRÁGICO DURANTE EL INGRESO?

D. Prieto Mateos, JG. Córdoba Soriano, A. Gutiérrez Díez, JM^a. Jiménez Mazuecos, G. Gallego Sánchez, MI. Barrionuevo Sánchez, C. Urraca Espejel, JJ. Portero Portaz. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. **PREMIO AL MEJOR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

3.- FACTORES CLÍNICOS Y ANATÓMICOS ASOCIADOS A COMPLICACIONES HEMODINÁMICAS DURANTE EL INTERVENCIONISMO DEL TRONCO COMÚN.

J. Pérez-Guzmán, D. Martí, Y. Vásquez, F. Gonçalves, E. López, J. Palazuelos, S. Álvarez, I. Rada. Unidad de Cardiología Intervencionista, Servicio de Cardiología. Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”. Madrid.

COMUNICACIONES POSTERS.....Pág. 16

1.- TAQUICARDIA DE QRS ANCHO EN URGENCIAS.

A. Murillo¹, E. González-Higueras¹, ML. Cardo², F. Solana¹, O. Hernández¹, R. Solano¹. ¹Servicio de Medicina Intensiva. ² Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

2.- PULSO PARADÓJICO Y SÍNDROME DE TAKO-TSUBO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

C. Llanos Guerrero, S. Calero Nuñez, C. Ramírez Guijarro, C. Urraca Espejel, JJ. Portero Portaz, M. Corbí Pascual, JC García López, J. Jiménez Mazuecos. Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Albacete.

3.- ¿ISQUEMIA ANTERIOR?

J. Buleje, ML. Cardo, S. Abán, F. Alonso, J. Viñas, S. Rodríguez, MA. Godoy. Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

4.- DEGENERACIÓN CASEIFORME SOBRE VÁLVULA MITRAL.

JJ. Portero, M. Barrionuevo, C. Ramírez, C. Urraca, S. Calero, G. Gallego, M. Corbí, JC. García. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

5.- MASA EN AURÍCULA DERECHA. HALLAZGO CASUAL EN UN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE HEPATOCARCINOMA.

Libro de Comunicaciones: 96ª REUNIÓN DE LA SOCIEDAD CASTELLANA DE CARDIOLOGÍA

S. Calero, J.C. Gallego-Page, J.C. García, M. Barambio, A. Tercero, G. Gallego, C. Urraca J. Salas. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

6.- ENDOCARDITIS SOBRE VÁLVULA AÓRTICA BICÚSPIDE.

S. Calero, J.C. García, J.C. Gallego-Page, A. Tercero Martínez, M. Barambio, C. Ramírez Guijarro, J.J. Portero, J. Salas. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

7.- DOLOR TORÁCICO EN PACIENTE JOVEN SIN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR. (8.1)

C. Urraca, S. Calero, C. Ramírez, R. Fuentes, M. Barrionuevo, J. Portero, M. Corbí, G. Gallego. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

8.- SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO Y MASA CARDIACA.

M. Barrionuevo, J.C. Gallego, M. Corbi, C. Urraca, S. Calero, J. Portero, C. Ramirez. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

9.- MUJER DE 78 AÑOS EN SHOCK CARDIOGÉNICO.

C. Ramírez, M.I. Barrionuevo, S. Calero, J.J. Portero, C. Urraca, M. Corbi, M. Barambio, D. Prieto. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

10.- ANEURISMA DEL TABIQUE INTERAURICULAR QUE SIMULA TROMBO EN AURÍCULA IZQUIERDA.

C. Ramírez, M.I. Barrionuevo, S. Calero, J.J. Portero, C. Urraca, M. Corbi, J.C. García, J. Navarro. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

11.- ENDOCARDITIS PROTÉSICA PRECOZ COMO CAUSA DE SHOCK CARDIOGÉNICO.

C. Ramírez, S. Calero, R. Fuentes, M.I. Barrionuevo, M. Corbi, J.C. García, A. Tercero, F.M. Salmeron. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

12.- CUANDO LAS OPCIONES TERAPÉUTICAS SE AGOTAN.

E. García-Camacho, F. Pajín, I. Narváez, A. Sánchez-Pérez, I. García-Ormazábal, C. Martín-Sierra; F. Sabaté, L. Rodríguez-Padial. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Toledo.

13.- ¿PUEDE UN DAI-TRC PRECIPITAR UN EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA?

C. Martín Sierra, I. Narváez Mayorga, I. García Ormazábal, M. Flores Hernán, F. Sabaté Pérez, L. Rodríguez Padial. Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

14.- ¿DEFINE EL TRATAMIENTO PREVIO CRÓNICO CON ASPIRINA A UN SUBGRUPO DE PACIENTES DE MÁS ALTO RIESGO EN EL CONTEXTO DEL IAMCEST SOMETIDO A ICPP?

Libro de Comunicaciones: 96ª REUNIÓN DE LA SOCIEDAD CASTELLANA DE CARDIOLOGÍA

D. Prieto Mateos, JG. Córdoba Soriano, A. Gutiérrez Díez, JM^a. Jiménez Mazuecos, G. Gallego Sánchez, MI. Barrionuevo Sánchez, C. Urraca Espejel, JJ. Portero Portaz. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

15.- PACIENTES JÓVENES SOMETIDOS A CORONARIOGRAFÍA URGENTE: FACTORES DE RIESGO, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

D. Prieto Mateos, JG. Córdoba Soriano, A. Gutiérrez Díez, JM^a. Jiménez Mazuecos, A. Gallardo López, D. Melehi El Assali, C. Urraca Espejel, JJ. Portero Portaz. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

16.- EDADES EXTREMAS EN CORONARIOGRAFÍA URGENTE ¿CÓMO SON TRATADOS DESDE UN PUNTO DE VISTA INTERVENCIONISTA Y MÉDICO?

D. Prieto Mateos, JG. Córdoba Soriano, A. Gutiérrez Díez, JM^a. Jiménez Mazuecos, A. Gallardo López, D. Melehi El Assali, C. Urraca Espejel, JJ. Portero Portaz. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

17.- BENEFICIO DEL ACCESO RADIAL FRENTE AL FEMORAL EN LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA: DATOS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL.

D. Prieto Mateos, JG. Córdoba Soriano, A. Gutiérrez Díez, JM^a Jiménez Mazuecos, G. Gallego Sánchez, MI. Barrionuevo Sánchez, C. Urraca Espejel, JJ. Portero Portaz. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

18.- REVASCULARIZACIÓN COMPLETA EN SEGUNDO TIEMPO O NO EN EL PACIENTE MULTIVASO SOMETIDO A ANGIOPLASTIA PRIMARIA.

D. Prieto Mateos, JG. Córdoba Soriano, A. Gutiérrez Díez, JM^a Jiménez Mazuecos, G. Gallego Sánchez, MI. Barrionuevo Sánchez, C. Urraca Espejel, JJ. Portero Portaz. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

19.- NONAGENARIOS SOMETIDOS A CORONARIOGRAFÍA URGENTE: FACTORES DE RIESGO, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

D. Prieto Mateos, JG. Córdoba Soriano, A. Gutiérrez Díez, JM^a. Jiménez Mazuecos, A. Gallardo López, D. Melehi El Assali, C. Urraca Espejel, JJ. Portero Portaz. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

20.- IAMCEST POR TROMBOSIS DE STENT PREVIO SOMETIDO A ICPP: ¿TIENE PEOR PRONÓSTICO INTRAHOSPITALARIO?

D. Prieto Mateos, JG. Córdoba Soriano, A. Gutiérrez Díez, JM^a Jiménez Mazuecos, G. Gallego Sánchez, MI. Barrionuevo Sánchez, C. Urraca Espejel, JJ. Portero Portaz. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

21.- PRONÓSTICO INTRA Y EXTRAHOSPITALARIO DE DOS GRUPOS DE PACIENTES DE EDADES EXTREMAS SOMETIDOS A CORONARIOGRAFÍA URGENTE.

Libro de Comunicaciones: 96ª REUNIÓN DE LA SOCIEDAD CASTELLANA DE CARDIOLOGÍA

D. Prieto Mateos, JG. Córdoba Soriano, A. Gutiérrez Díez, JM^a. Jiménez Mazuecos, A. Gallardo López, D. Melehi El Assali, C. Urraca Espejel, JJ. Portero Portaz. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

22.- IMPACTO PRONÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA RENAL EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA POR IAMCEST.

D. Prieto Mateos, JG. Córdoba Soriano, A. Gutiérrez Díez, JM^a Jiménez Mazuecos, G. Gallego Sánchez, MI. Barrionuevo Sánchez, C. Urraca Espejel, JJ. Portero Portaz. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

23.- FACTORES DEPENDIENTES DEL PACIENTE QUE CONDICIONAN MAYOR TIEMPO DE ISQUEMIA EN UN PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA.

D. Prieto Mateos, JG. Córdoba Soriano, A. Gutiérrez Díez, JM^a Jiménez Mazuecos, G. Gallego Sánchez, MI. Barrionuevo Sánchez, C. Urraca Espejel, JJ. Portero Portaz. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

24.- ¿UNA GASTROENTERITIS CON RIVAS? INFARTO ANTERIOR EXTENSO EN PACIENTE JOVEN CON PRESENTACIÓN ATÍPICA.

J. Palacios Rubio, V. Ruiz Pizarro, C. Sánchez Enrique, JP. Vilchez Tschischke, A. Cecconi, V. Cañadas Godoy. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.

25.- FLÚTER AURICULAR, SÍNDROME DE BRUGADA Y EMBARAZO DE ALTO RIESGO. UN COMBATE REÑIDO QUE SE DECIDE A LOS PUNTOS.

J.C. Gómez-Polo, P. Martínez-Losas, V. Ruiz-Pizarro, C. Espejo-Paeres, L.E. Enríquez, C. Olmos-Blanco, J. Higueras-Nafría, R. Bover-Freire. Servicio de Cardiología. Hospital U. Clínico San Carlos. Madrid.

26.- PERICARDITIS CONSTRICTIVA COMO MANIFESTACIÓN DE NEOPLASIA PULMONAR.

P. Martínez. J.C. Gómez, E. Enríquez, V. Ruiz, J. Palacios, M.T. Nogales, R. Bover, J.L. Rodrigo. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

27.- TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES-TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA: NUEVOS PAPELES EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA.

P. Martínez, J.C. Gómez, E. Enríquez, J. Palacios, C. Sánchez, M.T. Nogales, D. Vivas, I. Vilacosta. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

28.- PRUEBAS DE AGREGACIÓN PLAQUETARIA, ¿SIRVEN PARA ALGO CON LOS NUEVOS ANTIAGREGANTES?

J.P. Vilchez, J. Palacios, A. Cruz, D. García, C. Sánchez, A. Cecconi, D. Vivas, I. Vilacosta. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

29.- ELEVACIÓN DEL ST INDUCIDA POR 5-FU.

C. Espejo, E. Enríquez, C. Olmos, V. Ruiz, C. Gómez, C. Sánchez, R. Bover, M.A. Cobos. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.

30.- ¿DÓNDE ESTOY? ¿CUÁL ES MI TELÉFONO? ¿Y MI DIRECCIÓN? AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA, ¿UN CUADRO PURAMENTE NEUROLÓGICO?

J.C. Gómez-Polo, P. Martínez-Losas, C. Sánchez-Enrique, V. Ruiz-Pizarro, C. Espejo-Paeres, L.E. Enríquez, J. Higueras-Nafría, R. Bover-Freire. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.

COMUNICACIONES MINI-ORALES: Casos Clínicos

1.- LA CLAVE LA DIÓ EL ECOCARDIOGRAMA.

I. Narváez Mayorga, C. Martín Sierra, M. Flores Hernán, I. García Ormazábal, A. Cortés Beringola, E. García Camacho, F. Sabaté Pérez, L. Rodríguez Padial. Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Varón de 56 años con antecedentes de hipertensión arterial, fumador activo, exconsumidor de alcohol y cocaína y portador del virus de la hepatitis C. Destacan, entre sus antecedentes familiares, abuela y tío paterno con necesidad de implante de marcapasos en torno a los 50 años de edad.

En tratamiento con antihipertensivos. Acude al servicio de urgencias por clínica de astenia y disnea de grandes esfuerzos de unas semanas de evolución. Se realiza ECG, donde se objetiva bloqueo auriculoventricular completo con escape supraventricular a 45-50 lpm, por lo que se avisa a cardiología para valoración. No presentaba alteraciones iónicas ni en la función renal. A la exploración física destaca soplo aspirativo en borde esternal izquierdo. Dadas la edad y las características del paciente, se realiza ecocardiograma urgente

que evidencia L-transposición de grandes arterias, con dilatación y disfunción sistólica moderada del ventrículo anatómicamente derecho situado a la izquierda (sistémico), así como insuficiencia tricuspídea moderada (válvula tricúspide situada a la izquierda), de etiología funcional secundaria a dilatación del anillo.



El paciente ingresa en planta de cardiología para vigilancia con telemetría, asintomático y hemodinámicamente estable, manteniendo escape de QRS estrecho a 50-55 lpm en todo momento sin necesidad de medicación cronotropa positiva. En dicho ingreso se completa estudio con RM, que confirma el diagnóstico previamente comentado, y ergometría donde se observa insuficiencia cronotropa.

Se comenta el caso con la unidad de arritmias, decidiéndose implante de marcapasos con terapia de resincronización, que se realiza con éxito dos semanas después de forma ambulatoria. Tras descartar causas secundarias (infecciosa, enfermedades infiltrativas o reumatológicas, etc), dadas la edad del

paciente y el hallazgo de soplo no conocido, se realizó ecocardiograma con vistas a descartar cardiopatía estructural. La realización de dicha técnica de imagen que evidenció la presencia de una cardiopatía congénita con disfunción moderada del ventrículo sistémico, llevó a la implantación diferida de un marcapasos con terapia de resincronización, señalando la importancia de las pruebas de imagen en la selección del momento y el tipo de dispositivo a implantar en cada paciente.

2.- TAQUICARDIA VENTRICULAR MONOMORFA SOSTENIDA DE ORIGEN INMUNOLÓGICO.

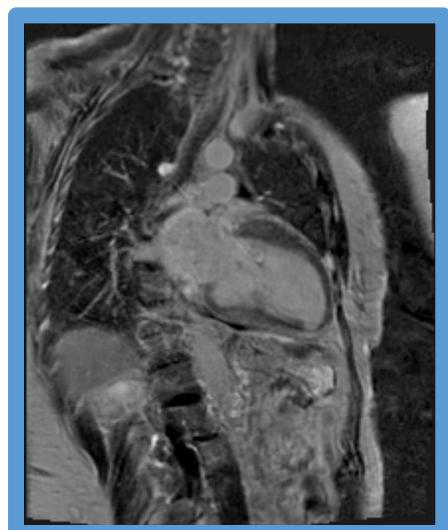
J. Górriz, J. López, CG. Martínez. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

PREMIO AL MEJOR CASO CLÍNICO

Mujer de 71 años. Hipertensa, VHB pasada, episodio de insuficiencia cardíaca no estudiado, síndrome de CREST.

Presenta un episodio sincopal en domicilio. ECG con taquicardia regular de QRS ancho monomórfica sostenida a 300 lpm que requirió cardioversión eléctrica. Asintomática, ingresa en Unidad Coronaria. Exploración física normal. ECG ritmo sinusal, QRS ancho con morfología de bloqueo de rama derecha y hemibloqueo-anterior. Radiografía de tórax sin insuficiencia cardíaca. Análisis dentro de la normalidad.

Destaca ventrículo izquierdo dilatado con función sistólica del 40%, aneurisma basal infero-postero-lateral y acinesia en porciones medias infero-postero-lateral. Se realiza coronariografía en busca de obstrucciones en territorio de coronaria derecha que no muestra. Descartada ateroesclerosis, se realiza resonancia que confirma dilatación y disfunción biventricular con áreas adelgazadas (segmentos basal y medio anterolateral y segmento basal inferior), y dilatación aneurismática focal en el segmento inferoapical.



Al presentar antecedente de CREST, se confirma la asociación de su patología subyacente con fibrosis miocárdica parcheada de etiología inmunológica y/o isquémica de pequeño vaso.

Con todo esto, se implanta dispositivo DAI bicameral, sin ablación previa por baja probabilidad de éxito.

El Síndrome de CREST (Esclerosis Sistémica Progresiva en su forma limitada) es una enfermedad inflamatoria inmunológica relacionada con los anticuerpos anti-centrómero. La afectación cardíaca es inferior al 1%, se presenta tardíamente y no tiene un tratamiento específico, sólo de soporte. El pronóstico global de la afectación limitada es mejor que en la forma difusa. Actualmente está asintomática con buena clase funcional.

3.- SHOCK CARDIOGÉNICO POR SÍNDROME DE MARCAPASOS.

J. López Pais¹, R. Mata Caballero¹, J. Górriz Magaña¹, L. Molina Blazquez¹, P. Awamleh¹, CG. Martínez-Pereiro¹, LM. López Barreiro², J. Alonso Martín¹. Servicio de Cardiología. ¹Hospital Universitario de Getafe. Madrid. ²C.H.U. Santiago de Compostela. La Coruña.

Varón de 76 años, diabético. Antecedentes de FA. Acude por disnea de esfuerzo de semanas de evolución. Objetivamos FA bloqueada con escape nodal a 40 lpm. Ecocardiograma con función ligeramente deprimida,

sin valvulopatías significativas. Bajo perfusión de isoproterenol frecuencias entorno a 55lpm. Ecocardiograma reglado presenta FEVI normal (bajo isoproterenol). Se implanta marcapasos VVI.

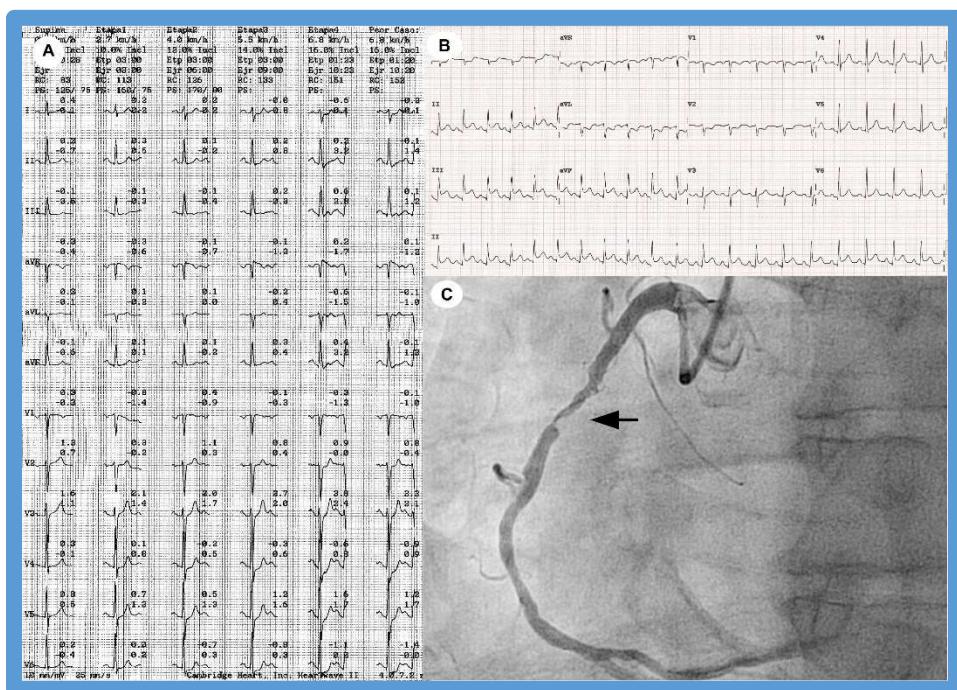
En las horas posteriores desarrolla ICA. Se aumenta la estimulación junto al tratamiento convencional, pero deriva a shock y EAP que precisa IOT. Objetivamos IM severa por amplio defecto de coaptación secundario a asincronía marcada con hipoquinesia anterolateral y FEVI moderadamente deprimida. Suspendida la estimulación y en ritmo de escape mejora la FEVI, la contractilidad segmentaria, desaparece la asincronía y disminuye la IM. Coronariografía mostró lesión de tronco. Se revascularizó con dos DES abocados a DA y Cx mediante técnica "culotte".

Pudo ser extubado y se implantó un resincronizador. Al alta disfunción sistólica ligera y la IM bajo estimulación biventricular pasó a ser ligera-moderada. Estable y asintomático desde entonces.

Es conocido el efecto deletéreo de la estimulación derecha, pero son infrecuentes los síndromes de marcapasos tan agresivos. La fijación activa produce menos asincronía. Debemos pensar en ello ante un deterioro hemodinámico tras implante de marcapasos que empeore al aumentar la frecuencia.

4.- DESVIACIÓN DEL EJE ELÉCTRICO DURANTE UNA PRUEBA DE ESFUERZO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

V. Ruiz-Pizarro, J. Palacios-Rubio, C. Espejo, JC. Gómez-Polo, LE. Enríquez, A. Barroso, C. Sánchez-Enrique, MÁ. Cobos. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.



criterios de buen pronóstico, presentando descenso del ST de hasta 1.5 mm, con pendiente ascendente y normalización rápida en el postesfuerzo. Además, destaca la aparición de hemibloqueo posterior izquierdo durante el esfuerzo, con negativización progresiva de I y aVL, así como desviación del eje eléctrico hacia la derecha (figura A). Con estos datos, se solicita ecocardiograma de estrés con dobutamina que resulta clínica, eléctrica y ecocardiográficamente positivo, con elevación del ST y acinesia en cara inferior (figura B). En la coronariografía, presenta lesión crítica de la coronaria derecha (figura C) que se trata mediante un stent farmacoactivo. El paciente evoluciona favorablemente y sin incidencias.

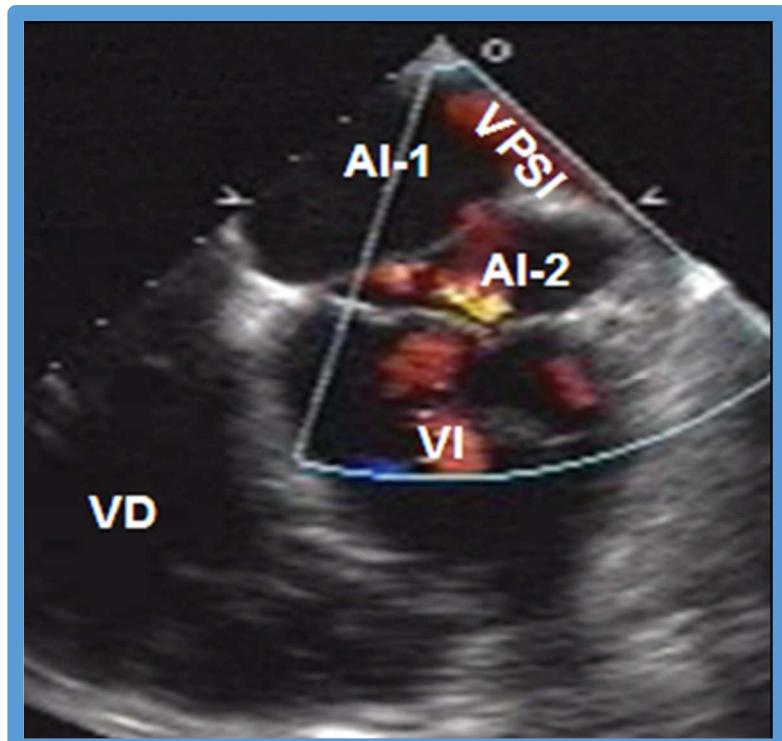
Varón de 55 años, hipertenso, dislipémico y exfumador, que acude a consulta por clínica de angina típica de moderados esfuerzos de un mes de evolución. La exploración física, el análisis y el ecocardiograma transtorácico fueron normales. Se realiza una prueba de esfuerzo con protocolo de Bruce que resulta concluyente y suficiente. Clínicamente, fue dudosamente positiva, con molestia precordial leve de segundos de duración en el máximo esfuerzo, que cedió rápidamente con el reposo. Eléctricamente, fue positiva con

Las alteraciones del eje cardiaco durante el esfuerzo son un marcador de isquemia poco descrito en la literatura, y que a menudo pasa desapercibido. Aunque es poco frecuente, en muchas ocasiones es indicativo de lesiones coronarias severas.

5.- PSEUDO-COR TRIATRIATUM SINISTRUM: A PROPÓSITO DE UN CASO.

L.E. Enríquez, C. Olmos, C. Espejo, C. Alcántar, V. Ruíz, C. Gómez, J. Higuera, R. Bover. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”.

El Cor Triatriatum Sinistrum (CTS) es un defecto congénito raro en el cual una membrana fibromuscular divide la aurícula izquierda (AI) en dos cámaras. Fue descrito inicialmente por Church en 1868 y posteriormente ha sido reportado no más de 700 veces. En algunos casos tras la corrección quirúrgica de cardiopatías congénitas pueden surgir ciertas estructuras que pueden simular la presencia de CTS.



se decidió continuar manejo médico.

Discusión: en el presente caso la imagen sugiere el diagnóstico de CTS. Sin embargo, conociendo el diagnóstico previo de DATVP corregido quirúrgicamente, suponemos que durante la evolución posquirúrgica la proliferación de tejido a nivel de la reconexión conformó la imagen que se observa en el estudio, de tal manera que la cámara AI-2 representa al atrio primitivo de donde surge la orejuela izquierda y la cámara AI-1 constituye el seno de las venas pulmonares (Figura 1).

Este caso es de interés, porque alerta al ecocardiografista para interpretar adecuadamente algunas imágenes sugerentes de una cardiopatía como es el caso de CTS.

6.- DEGENERACIÓN PRECOZ DE UNA PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA.

M.J. Morales, D. Martí, A. Rueda, C. Fernández, F. Goncalves, J. Pérez-Guzmán, P. Clares, M. Méndez. Servicio de Cardiología. Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”. Madrid.

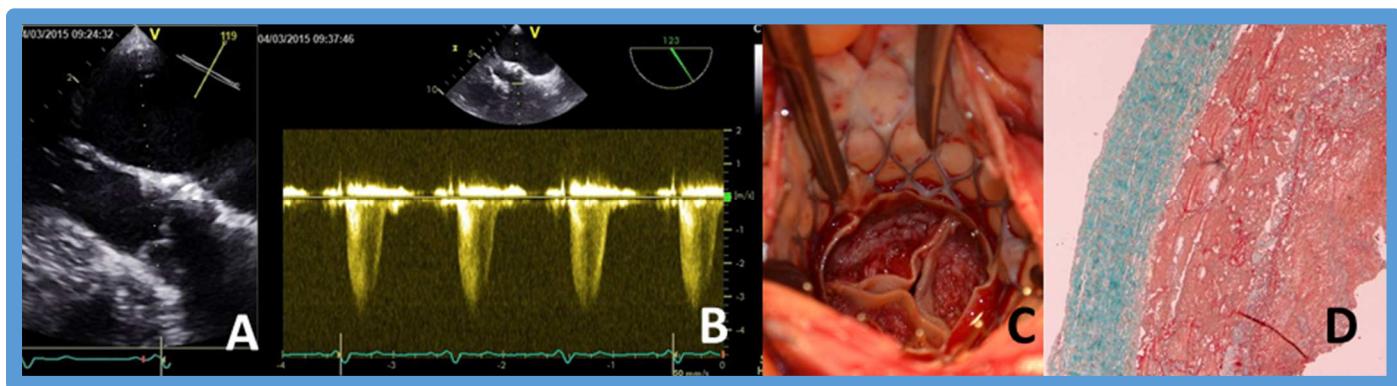
Varón de 85 años con antecedentes de EPOC moderado, AIT previo, cardiopatía isquémica crónica estable y portador de una prótesis aórtica percutánea (TAVI) Corevalve 26mm desde 2009 por estenosis aórtica

severa. Consultó en 2013 por disnea de reposo con signos de insuficiencia cardíaca grave. Se realizó angiografía objetivándose una insuficiencia aórtica severa debido a la implantación baja de la prótesis, por lo que se implantó una válvula SAPIEN XT 23mm intra-TAVI, resolviéndose así la insuficiencia valvular. La evolución posterior fue favorable, y el clopidogrel se interrumpió a los 17 meses, continuando con monoterapia posteriormente.

Dos meses después de la suspensión de clopidogrel el paciente consulta por cuadro de angina y disnea. La ecocardiografía mostró engrosamiento valvular con elevación de los gradientes transvalvulares (Figuras A y B).

El caso se presentó en el Heart –Team, donde se decidió la sustitución valvular aórtica quirúrgica. Los hallazgos operatorios revelaron un trombo fibrino-plaquetario adherido de forma difusa a la superficie aórtica de los tres velos de la prótesis SAPIEN (Figuras C y D). Se extrajeron ambas TAVI y se implantó una bioprótesis de 21 mm con éxito. Desafortunadamente el paciente falleció debido a una parada cardíaca en el período postoperatorio.

La trombosis valvular es una complicación de interés creciente de las válvulas transcatéter. Este es el primer episodio descrito de trombosis de TAVI intra-TAVI, y aporta información relevante. Primero el diagnóstico es difícil al no aparecer imágenes típicas de trombo en la ecocardiografía transesofágica. Y segundo, las terapias de valve-in-valve pueden asociar endotelización retrasada y requerir antiagregación más prolongada.



7.- MIOCARDIOPATÍA DE ESTRÉS EN PACIENTE ONCOLÓGICO.

A. Rueda Liñares, MJ. Morales Gallardo, J. Pérez Guzmán, R. Gómez, D. Martí, J. Palazuelos, I. Rada, M. Méndez. Servicio de Cardiología. Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”. Madrid.

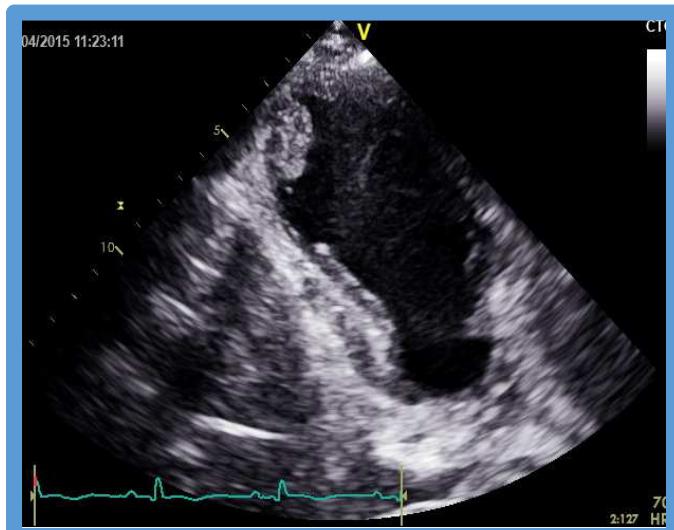
La incidencia de la miocardiopatía de estrés es cada día mayor. Se estima que representa un 2% de todos los síndromes coronarios agudos, siendo difícil diferenciarla. Consiste en disquinesia antero-apical transitoria, sin alteraciones significativas en arterias coronarias y con recuperación de las alteraciones segmentarias en la mayoría de los casos.

Caso clínico: se trata de un varón de 88 años, HTA, DM, DL, exfumador con cáncer epidermoide de pulmón estadio III-B. En tratamiento con enalapril, clopidogrel, simvastatina y antidiabéticos orales.

Acude a Urgencias por aumento de su disnea habitual, intensa astenia y edemas en miembros inferiores.

A la exploración física se comprueba estabilidad hemodinámica, normosaturado y apirético. Destaca hipoventilación pulmonar derecha y edemas en miembros inferiores.

En exploraciones complementarias se objetiva leucocitosis con neutrofilia y elevación de PCR; junto con un electrocardiograma en ritmo sinusal a 85 lpm sin alteraciones de la repolarización.



El paciente ingresa en Medicina Interna con diagnóstico de Infección respiratoria y descompensación de Insuficiencia cardiaca. Durante su estancia en planta presenta episodio de dolor torácico, con aumento de marcadores de lesión miocárdica y elevación del segmento ST en cara anterior. Se realiza angioplastia primaria que descarta lesiones significativas en arterias coronarias. El ecocardiograma informa de aquinesia apical y media de ventrículo izquierdo con función sistólica del 40%. Evolución inicial tórpida con hemodinámica subóptima por lo que se repite ecocardiograma que evidencia derrame pericárdico con signos de taponamiento; se resuelve con pericardiocentesis. En ecocardiograma

de control al alta se objetiva trombo apical en ventrículo izquierdo con presencia de humo, sin mejoría de la función sistólica ventricular.

Discusión: existen patologías asociadas a la miocardiopatía de estrés, entre ellas la enfermedad oncológica. El pronóstico generalmente es favorable. Sin embargo existe un menor porcentaje de casos que presentan complicaciones potencialmente graves, tales como aneurisma apical y trombo adherido.

COMUNICACIONES MINI-ORALES: Trabajos de investigación

1.- ¿MODIFICA LA TROMBOASPIRACIÓN EN PACIENTES SELECCIONADOS SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA, LA EVOLUCIÓN Y EL PRONÓSTICO INTRAHOSPITALARIO?

D. Prieto Mateos, JG. Córdoba Soriano, A. Gutiérrez Díez, JM^a. Jiménez Mazuecos, G. Gallego Sánchez, MI. Barrionuevo Sánchez, C. Urraca Espejel, JJ. Portero Portaz. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción: Nuestro objetivo es evaluar el impacto en la evolución y en el pronóstico intrahospitalario de la tromboaspiración (TA) en una cohorte de pacientes seleccionados consecutivos sometidos a angioplastia primaria (ICPP) por IAMCEST.

Métodos: Comparamos la aparición del objetivo combinado primario muerte, IAM o Ictus (MACE) así como de eventos adversos netos definidos como MACE + fenómeno de no reflow y MACE + IAM complicado (A: Killip III-IV y B: Necesidad de medidas de soporte intensivo) en dos grupos sometidos a ICPP en función de la realización o no de TA. Se evaluó además la utilidad de TA en función de la localización del IAM.

Resultados: De 918 pacientes sometidos a ICPP entre 2004-2012 se realizó TA en 50,4%. Ambos grupos con características similares. No hubo diferencias para el objetivo primario (5,8% TA vs 7% no TA, p=0.2) y tampoco cuando se analizó junto fenómeno no reflow (16,2% TA vs 13,8% no TA), IAM complicado A (13,7% TA vs 14,8% no TA, P=0.3) e IAM complicado B (8,2% TA vs 9% no TA). La tasa de Ictus fue de 1,1% TA vs 0,4% no TA, p=NS. Se realizó más TA en IAM anterior (46%) y se observó reducción significativa del objetivo primario cuando se practicaba en IAM inferior con ventrículo derecho disfuncionante (1,9% TA vs 12,5% no TA; p=0.04).

Conclusión: La realización de TA seleccionada en el contexto de ICPP no mejora el pronóstico de los pacientes con IAMCEST. Únicamente en IAM inferior complicado con disfunción ventricular derecha mejora el pronóstico.

2.- ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN PACIENTES CON ANTICOAGULACIÓN ORAL CRÓNICA: ¿MODIFICA LA ESTRATEGIA ANTITROMBÓTICA Y EL ABORDAJE VASCULAR HABITUAL PERIPROCEDIMIENTO? ¿CONDICIONA MAYOR RIESGO HEMORRÁGICO DURANTE EL INGRESO?

D. Prieto Mateos, JG. Córdoba Soriano, A. Gutiérrez Díez, JM^a. Jiménez Mazuecos, G. Gallego Sánchez, MI. Barrionuevo Sánchez, C. Urraca Espejel, JJ. Portero Portaz. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. **PREMIO AL MEJOR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Introducción: La información sobre estrategia antitrombótica, de acceso vascular y medidas habituales en ICPP del IAMCEST en pacientes con anticoagulación oral crónica por otros motivos (ACO) es escasa.

Métodos: Evaluamos manejo periprocedimiento y complicaciones hemorrágicas mayores intrahospitalarias en una cohorte de pacientes con ACO sometidos a ICPP vs resto de pacientes sometidos a ICPP durante 2005-2012 en nuestro centro. Las complicaciones hemorrágicas fueron clasificadas mediante 3 escalas: TIMI, ACUITY y BARC≥3.

Resultados: 918 pacientes sometidos a ICPP, 31 (3%) recibían ACO con Acenocumarol. Se antiagregó todos ellos con AAS y Clopidogrel, con carga de Clopidogrel de 600 mg en el 70% y 300 mg en el 30%. En el 92% de los casos se usaron 5000 U.I. de HNF y en ninguno Bivalirudina (4% en grupo de no ACO) y se utilizó Abciximab en 35,5% del grupo de no ACO vs 22,5% en el grupo de ACO (p=0.2). Respecto al acceso vascular tampoco hubo diferencias entre grupos (Acceso Radial 77% ACO vs 82,3% no ACO; p=0.4). La tasa de hemorragias TIMI (0% vs 1,4%, p=NS), ACUITY 12,9% vs 8,2%, p=NS) y BARC (9,7% VS 4,4%,p=NS) en el grupo de ACO no fueron más elevadas que en el grupo control.

Conclusión: Es poco frecuente que el paciente sometido a ICPP por IAMCEST reciba tratamiento crónico con ACO. En general el manejo de estos pacientes en cuanto a estrategia antitrombótica y de acceso vascular no difiere con respecto al resto y tampoco conlleva más complicaciones hemorrágicas en este subgrupo.

3.- FACTORES CLÍNICOS Y ANATÓMICOS ASOCIADOS A COMPLICACIONES HEMODINÁMICAS DURANTE EL INTERVENCIONISMO DEL TRONCO COMÚN.

J. Pérez-Guzmán, D. Martí, Y. Vásquez, F. Gonçalves, E. López, J. Palazuelos, S. Álvarez, I. Rada. Unidad de Cardiología Intervencionista, Servicio de Cardiología. Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”. Madrid.

Introducción: El intervencionismo del tronco común (TCI) se ha establecido como una alternativa razonable a la cirugía. Aunque se conocen bien las variables asociadas a eventos a largo plazo, existe menor información sobre aquellas asociadas a complicaciones agudas. El objetivo fue analizar los factores asociados a descompensación hemodinámica (DH) durante el intervencionismo de TCI.

Métodos: Estudio retrospectivo realizado en un centro terciario con cirugía cardiaca. Se analizaron todos los pacientes consecutivos con enfermedad significativa de TCI (estenosis de diámetro $\geq 50\%$) tratada mediante intervencionismo percutáneo. Las variables anatómicas se definieron de acuerdo a criterios Syntax. El parámetro de valoración fue la DH durante el procedimiento (parada cardíaca o hipotensión severa con requerimiento de soporte vasoactivo).

Resultados: Se incluyeron 65 pacientes (edad 78 ± 9 años, 46% troponina elevada). Seis (9.2%) de ellos sufrieron alguna DH, asociando mayor mortalidad a 30 días (83% vs. 10%, $p < 0.001$). Los pacientes con DH presentaron mayor frecuencia de mujeres (67% vs. 22%, $p = 0.036$) y de trombo angiográfico (50% vs. 13%, $p = 0.071$). No hubo diferencias en el Syntax score (40 vs. 33, $p = 0.242$), o en otras variables clínicas, anatómicas o técnicas. Sólo un paciente con circulación heterocoronaria sufrió una DH.

Conclusiones: El sexo femenino y la presencia de trombo pueden asociarse a complicaciones hemodinámicas durante el intervencionismo del TCI, y la circulación heterocolateral puede tener un efecto protector. La identificación de estas variables puede guiar en la estrategia terapeútica y en la indicación de terapias adyuvantes (inhibidores IIb/IIIa o balón de contrapulsación).

COMUNICACIONES POSTERS

1.- TAQUICARDIA DE QRS ANCHO EN URGENCIAS.

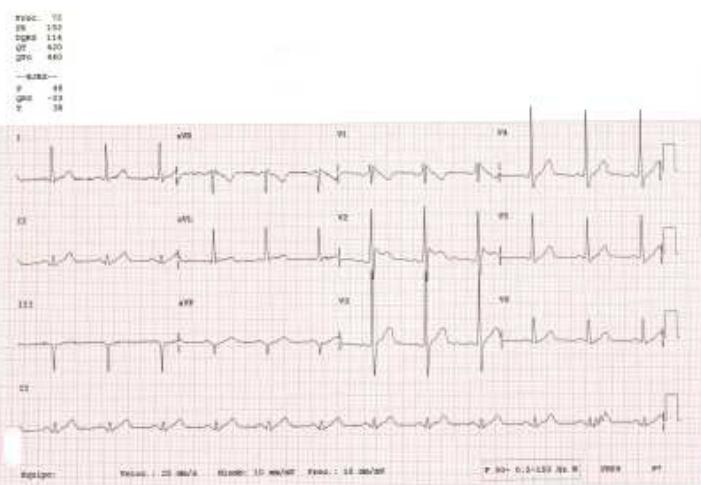
A. Murillo¹, E. González-Higueras¹, ML. Cardo², F. Solana¹, O. Hernández¹, R. Solano¹. ¹Servicio de Medicina Intensiva. ² Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

Se trata de un varón de 59 años de edad, alérgico a los contrastes yodados. Exfumador. Dislipemia y sin otros FRCV. Como antecedentes familiares refiere un abuelo fallecido por muerte súbita, sin patología conocida previa.

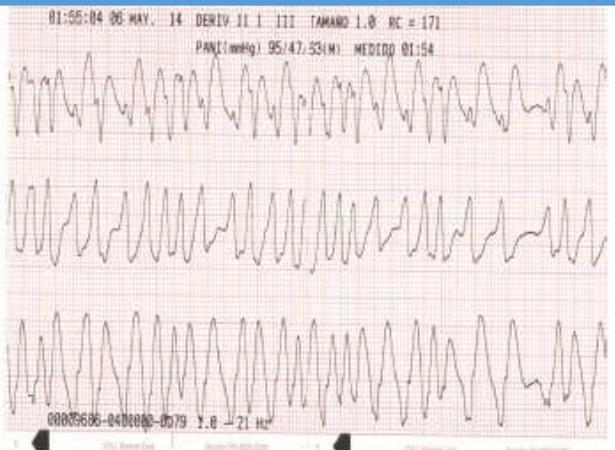
En mayo de 2014 ingresa en nuestro centro por presentar taquicardia irregular de QRS ancho con LC de 200 ms. Tras realizar cuatro cardioversiones eléctricas e iniciar perfusión de amiodarona iv se consigue estabilizar. En el ECG basal presenta patrón espontáneo de Síndrome de Brugada tipo I.

El enfermo fue trasladado al hospital de referencia para realizar estudio electrofisiológico que pone de manifiesto un WPW con vía accesoria lateral izquierda, sobre la que se realiza ablación con éxito. Ante la existencia del patrón del Síndrome de Brugada tipo I, tras eliminar la vía accesoria se realiza protocolo de estimulación ventricular sin inducir arritmias ventriculares sostenidas.

- ECG urgencias: Taquicardia de QRS ancho con RR variable (250-300) polimorfa, con ancho de QRS variable de 0,12 a 0,24 con mismo eje. Compatible con FA preexcitada.
- ECG basal 72 lpm. Eje horizontal. Patrón de Brugada tipo I: en V1 y V2 elevación del punto J mayor de 2 mm, ST descendente "en lomo de delfín".



ECG con patrón de S. de Brugada tipo I



ECG con FA pre-excitada por vía accesoria. WPW.

En la actualidad el paciente se encuentra asintomático sin presentar palpitaciones ni síncope. No presenta cardiopatía estructural por ecografía, y sigue controles habituales en consultas de cardiología.

Diagnóstico final: FA preexcitada. Síndrome WPW. Ablación exitosa con radiofrecuencia de vía accesoria lateral izquierda. Patrón ECG espontáneo de Brugada tipo I.

2.- PULSO PARADÓJICO Y SÍNDROME DE TAKO-TSUBO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

C. Llanos Guerrero, S. Calero Nuñez, C. Ramírez Guijarro, C. Urraca Espejel, JJ. Portero Portaz, M. Corbí Pascual, JC García López, J. Jiménez Mazuecos. Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Albacete.

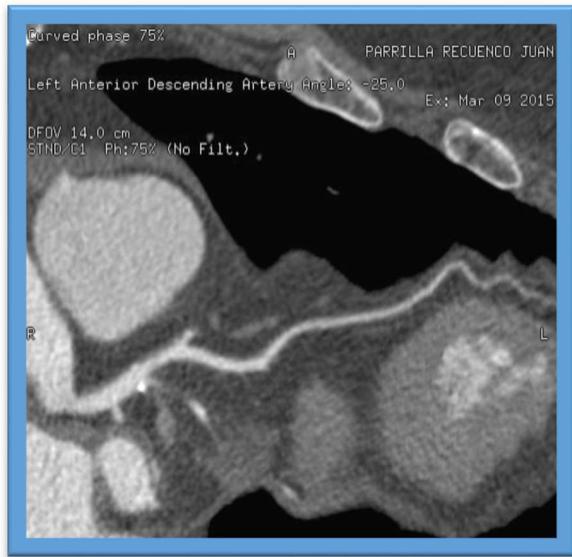
Se trata de dos mujeres de 70 y 73 años, con antecedente personal común de hiperreactividad bronquial, que ingresan en Cardiología con dolor torácico como síntoma guía y diagnóstico inicial de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) inferior y anterior respectivamente por lo que se solicita coronariografía urgente. Destaca pico enzimático de Troponina T ultrasensible de 600 pg/ml y CPK de 600 U/L. Se realiza ecocardiograma que muestra disfunción sistólica de ventrículo izquierdo (VI) con acinesia apical, discinesia medioventricular con hipercontractilidad de segmentos basales y variabilidad respiratoria llamativa de flujos valvulares en ausencia de derrame pericárdico. Durante la coronariografía que mostró ausencia de lesiones coronarias, destacaba la presencia de *pulso paradójico* con presión telediastólica de VI (PTDVI) elevada y con ventriculografía compatible con alteraciones contráctiles segmentarias previas. Por este hallazgo se realizó angioTC torácico que descartó tromboembolismo pulmonar (TEP). Para filiar el caso, se realizó resonancia magnética cardíaca con ausencia de realce tardío de gadolinio compatible con miocardiopatía de estrés o Síndrome de Tako-Tsubo. Con ello, destacamos la presencia de pulso paradójico como hallazgo casual en este síndrome habiendo descartado las causas más probables como son TEP, enfermedades respiratorias crónicas, miocardiopatías restrictivas... Pudiera ser debido a la obstrucción dinámica, aguda, severa y transitoria que se produce a nivel del tracto de salida de VI (TSVI) en pacientes predisponentes (septo sigmoide y TSVI estrecho, volúmenes ventriculares pequeños), ocasionando aumento de la PTDVI a medida que desciende la tensión arterial sistólica más lo fisiológicamente normal, llamado pulso paradójico.

3.- ¿ISQUEMIA ANTERIOR?

J. Buleje, ML. Cardo, S. Abán, F. Alonso, J. Viñas, S. Rodríguez, MA. Godoy. Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

Varón de 64 años de edad, con antecedentes de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus 2, obesidad grado II, fumador ocasional, como únicos factores de riesgo cardiovascular. Acudió a urgencias por cuadro de dolor

torácico de características anginosas de 3 semanas de evolución, asociado a disnea progresiva hasta hacerse de pequeños esfuerzos. Como hallazgo llamativo en la analítica unas HS-TNT 20ng/l, sin otras alteraciones; y en el ECG: RS a 74 lpm, escasa progresión de R en precordiales, T negativas simétricas de v1-v5, cambios no descritos previamente. Por lo que se sospechó isquemia subepicárdica anterior. Ante estabilidad hemodinámica y examen físico anodino se ingresa en planta de cardiología. Donde se realiza un ecocardiograma que mostraba signos de HTP severa (dilatación de cavidades derechas y gradiante va muy incrementado). Ante la duda diagnóstica de TEP versus isquemia anterior aguda, se realizó un TC de arterias coronarias que mostró TEP bilateral masivo con sobrecarga derecha y árbol coronario con lesiones no estenosantes. Ver imagen.



Ante estos hallazgos se realizó estudio completo de hemostasia, y se determinan marcadores tumorales no encontrándose hallazgos destacables. Este caso clínico pone de manifiesto, como la embolia pulmonar puede simular una isquemia miocárdica, deberíamos tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de los eventos coronarios agudos, en nuestro caso el ecocardiograma nos hizo sospecharlo y el TC de coronarias nos dio el diagnóstico definitivo.

4.- DEGENERACIÓN CASEIFORME SOBRE VÁLVULA MITRAL.

JJ. Portero, M. Barrionuevo, C. Ramírez, C. Urraca, S. Calero, G. Gallego, M. Corbí, JC. García. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Mujer de 79 años con antecedentes de HTA y DLP, adenocarcinoma de endometrio. BAV completo que precisó implante de marcapasos. En aquel ingreso se aprecia estenosis mitral severa con HTP moderada secundaria a valvulopatía mitral degenerativa con anillo mitral severamente calcificado que produce efecto masa sobre valva posterior mitral confirmado mediante RM.

Ingresa por ICC secundaria a FA de cronología incierta sin cambio automático en modo de estimulación del marcapasos con respuesta ventricular electroestimulada rápida. Se realiza ETT que muestra engrosamiento severo de anillo mitral posterior con borde periférico fibrocalcificado, más birrefringente y zona interior anecoica que se extiende por todo el anillo y protruye claramente sobre AI y a velos siendo compatible con degeneración caseiforme del anillo. En plano apical cuatro cámaras da imagen "en ocho" (20 mm), que reduce área efectiva mitral (gradiente medio 7 mmHg, área 1.2cm²) en rango de estenosis mitral moderada. AI dilatada (59mm). Valvas y aparato subvalvular engrosados con imagen sugestiva de cuerda rota. Jet de IMI excéntrica dirigida hacia septo interauricular en rango de moderada. HTP moderada (PSAP 52mmHg).



Estudio compatible con degeneración caseiforme severa de anillo mitral con probable estenosis supravalvular que asocia signos degenerativos.

La degeneración caseiforme, se presenta como una calcificación perianular «blanda» con aspecto de masa o semiluna y localizada en la porción posterior del anillo mitral, que muestra un contenido pastoso y está rodeada por una envoltura cálcica. Su prevalencia no se conoce. Los mecanismos implicados en el desarrollo no son bien conocidos siendo su manejo controvertido.

5.- MASA EN AURÍCULA DERECHA. HALLAZGO CASUAL EN UN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE HEPATOCARCINOMA.

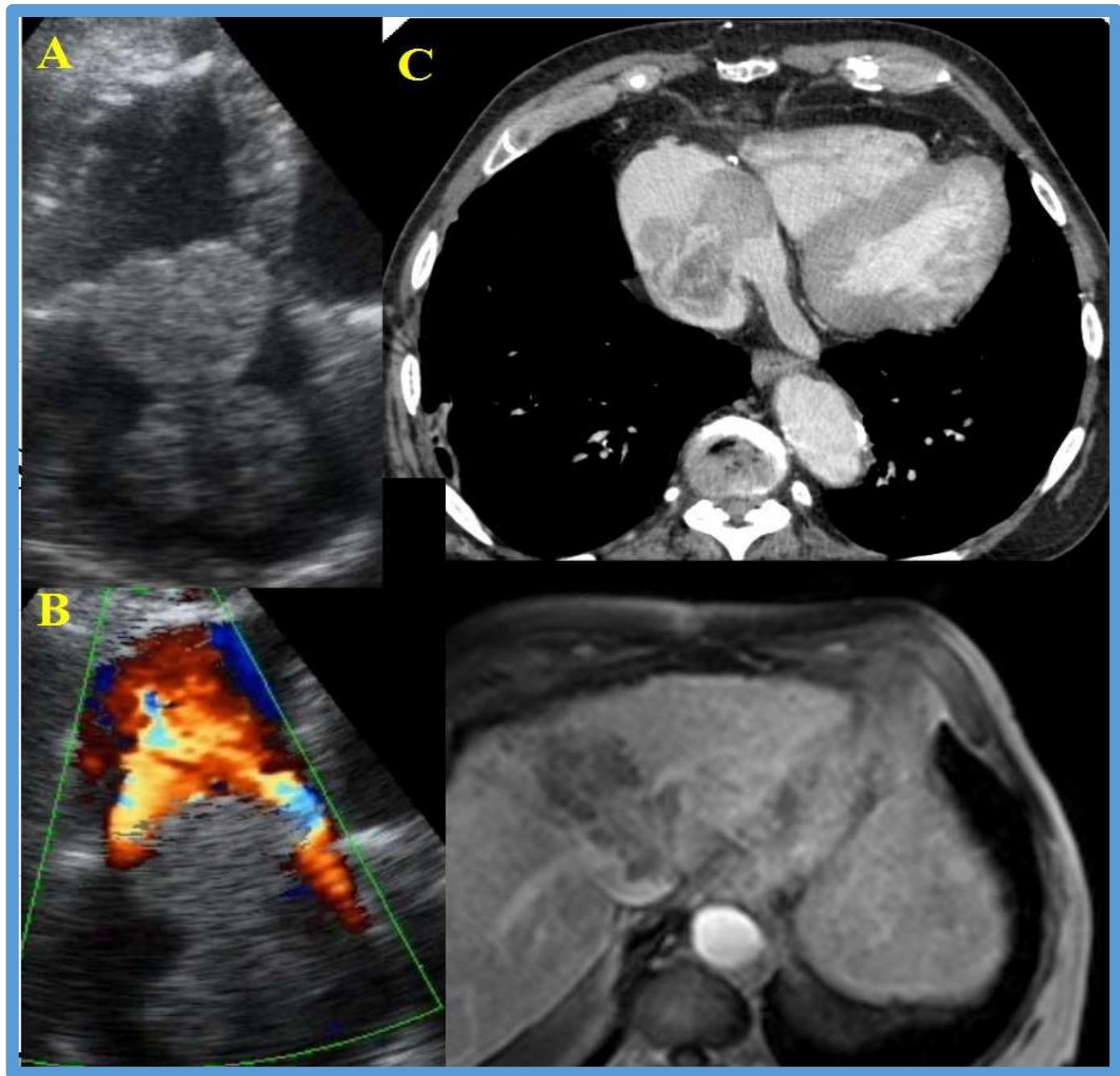
S. Calero, J.C. Gallego-Page, J.C. García, M. Barambio, A. Tercero, G. Gallego, C. Urraca J. Salas. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Varón de 80 años de edad, portador de prótesis mecánica mitral desde 1985, con fibrilación auricular permanente y anticoagulado con acenocumarol. Presentaba además antecedentes de cirrosis hepática por virus C y hepatocarcinoma diagnosticado en 2009, tratado con radiocirugía y quimioembolización con buena respuesta.

Acude de forma programada, para la realización de ecocardiograma de control, objetivándose una masa de gran tamaño en aurícula derecha (AD), lobulada, con forma de “8” de unos 7 x 4 cm (Figura, panel A), que provenía de vena cava inferior y suprahepáticas. La masa presentaba considerable movilidad, impactando sobre válvula tricúspide y produciendo obstrucción, con flujo turbulento de llenado tricuspídeo a nivel lateral y medial, rodeando la masa, con gradiente medio de 3-4 mm en ambos jet (Figura, panel B). Ante estos hallazgos se remitió para ingreso hospitalario. Reinterrogado, refería ligero empeoramiento clínico previo, con aumento de edemas, por lo que había consultado en otro hospital, intensificando el tratamiento con furosemida. Se contactó con el Servicio de Digestivo para estudio conjunto de masa cardiaca por sospecha de recidiva de hepatocarcinoma. Se realizó Angio-TC (Figura, panel C) y estudio dinámico de hígado con RM (Figura, panel D), hallando múltiples lesiones focales sugestivas de hepatocarcinoma multicéntrico y trombosis de venas suprahepáticas, con extensión a cava inferior y AD. La masa presentaba captación similar a las lesiones tumorales hepáticas por lo que era compatible con diseminación tumoral.

Se desestimó el caso para cirugía cardiaca ante el mal pronóstico a corto plazo, decidiéndose tratamiento quimioterápico paliativo con Sorafenib. Un mes después el paciente falleció en su domicilio.

El caso que nos ocupa, ilustra la importancia de técnicas de imagen complementarias (TC y RM) ante el hallazgo de masas intracardiacas en ecocardiografía, para establecer un diagnóstico etiológico concreto, sin olvidar el valor fundamental de la historia clínica.



6.- ENDOCARDITIS SOBRE VÁLVULA AÓRTICA BICÚSPIDE.

S. Calero, J.C. García, J.C. Gallego-Page, A. Tercero Martínez, M. Barambio, C. Ramírez Guijarro, J.J. Portero, J. Salas. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

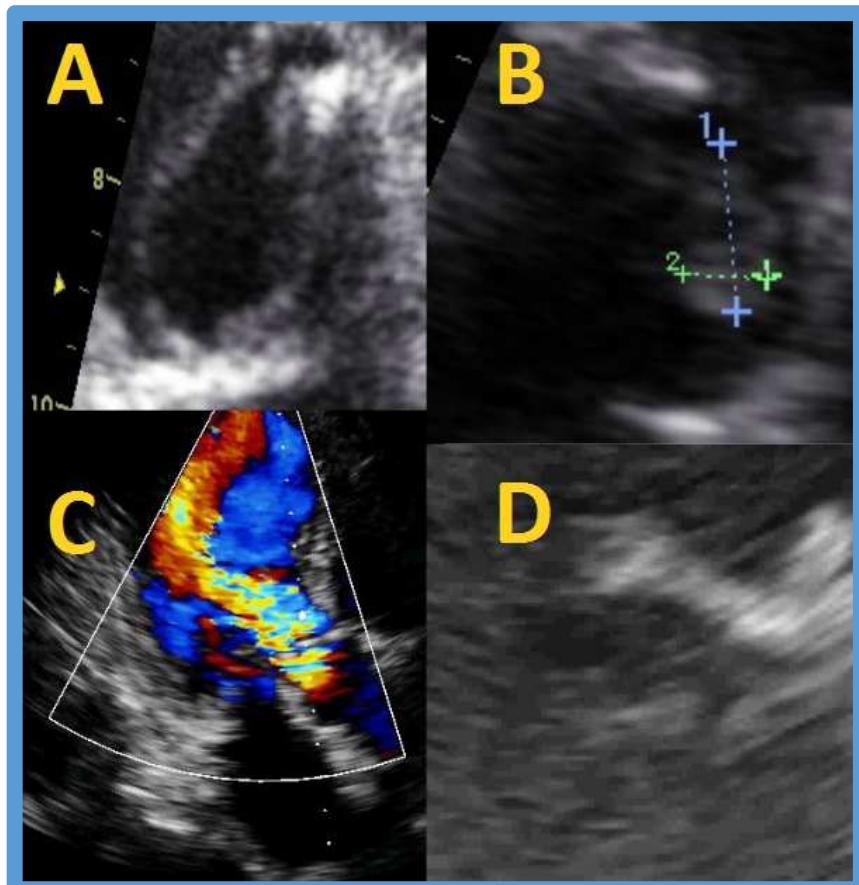
Varón de 59 años que ingresa en la unidad de enfermedades infecciosas (UEI) por cuadro febril, artromialgias, astenia y disnea de moderados esfuerzos. Llama la atención la presencia de soplo diástolico en BEI y hemorragias subungueales. Ante la sospecha de endocarditis se solicita ecocardiograma transtorácico (ETT) donde se visualiza válvula aórtica bicúspide con valvas engrosadas que prolapsan (Figura 1, panel A) condicionando una IAO moderada-severa e imagen sugestiva de vegetación de 5x6 mm (Figura 1, panel B). Se realizó ecocardiograma transesofágico (ETE), confirmando el hallazgo de IAO moderada-severa pero no el de endocarditis. Sin embargo, el paciente presentaba elevación de reactantes

de fase aguda, datos radiológicos sugestivos de embolismos esplénicos y hemocultivos positivos para *S.mitis oralis* vs. *pluranimalium* por lo que se trató con Penicilina G (luego modificada a Ceftriaxona) + Gentamicina durante 14 días con buena evolución, quedando el paciente asintomático, por lo que fue dado de alta, con hemocultivos negativos a los 10 días de inicio del tratamiento.

A los 20 días, el paciente acudió de nuevo a urgencias refiriendo astenia, disnea de mínimos esfuerzos y dolor torácico pleurítico. Había permanecido afebril, con reactantes de fase aguda en descenso pero radiológicamente presentaba empeoramiento franco con derrame pleural bilateral. Se realizó nuevo ETT que mostró hallazgos sobre la VAo similares al del ingreso previo, pero con IAO severa con jet muy ancho en el

origen que sobrepasaba incluso ápex (figura 1, panel C) e inversión de flujo holodiastólico en aorta descendente torácica y abdominal. Se completó el estudio con ETE que confirmó estos hallazgos, visualizándose dudosa imagen de vegetación sobre la continuidad mitraoártica (Figura 1, panel D), en la cara auricular, de 3-4mm de tamaño y con cierta movilidad. A pesar de estar afebril desde el ingreso previo, se extrajeron nuevos hemocultivos y de acuerdo con E. Infecciosas se inició tratamiento con ceftriaxona y gentamicina. Se presentó en sesión médica-quirúrgica y se decidió cirugía de recambio valvular aórtico con prótesis biológica. En la cirugía se halló una VAo bicúspide desestructurada con valvas engrosadas, una de ellas con gran perforación.

En la actualidad el paciente se encuentra asintomático.



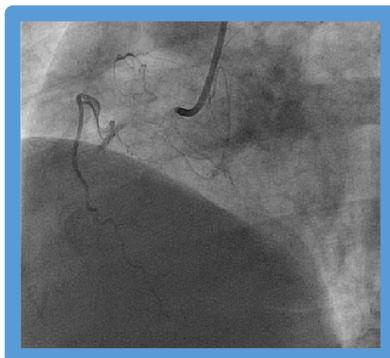
7.- DOLOR TORÁCICO EN PACIENTE JOVEN SIN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR. (8.1)

C. Urraca, S. Calero, C. Ramírez, R. Fuentes, M. Barrionuevo, J. Portero, M. Corbí, G. Gallego. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Mujer de treinta y siete años sin factores de riesgo cardiovascular que consulta por dolor epigástrico opresivo irradiado a brazos y mandíbula en reposo que cede espontáneamente tras treinta minutos.

No cortejo vegetativo ni disnea, refiere palpitaciones. En analítica de urgencias destaca la elevación de marcadores de daño miocárdico. En el electrocardiograma de urgencias se objetiva taquicardia sinusal con elevación cóncava de segmento ST inferior de un milímetro en cara inferolateral con posterior rectificación en electrocardiogramas sucesivos.

Al ingreso, se realiza TAC torácico para descartar tromboembolismo pulmonar, no objetivándose defectos de repleción en las arterias pulmonares. Analíticamente se objetiva elevación de las hormonas tiroideas y anticuerpos antireceptor de TSH positivos, se solicita ecografía y gammagrafía tiroideas con hallazgos compatibles con Enfermedad de Graves Basedow. En ecocardiograma se observa ligera hipoquinesia inferolateral con insuficiencia aórtica ligera.



Se consideró inicialmente como diagnóstico más probable miopericarditis por lo que se realiza una Resonancia Magnética que mostró una imagen de infarto lateral en el territorio de la arteria circunfleja. Se realiza coronariografía que confirma enfermedad coronaria severa de vaso secundario en OM2 con probable disección espontánea.

La disección coronaria espontánea es una entidad rara con fisiopatología desconocida que se ha relaciona con aterosclerosis, embarazo, puerperio, HTA, consumo de tóxicos, vasculitis,... En este caso se plantea la posibilidad de que el origen de la disección coronaria pueda ser por vasculitis autoinmune dados los antecedentes de la paciente.

8.- SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO Y MASA CARDIACA.

M. Barrionuevo, J.C. Gallego, M. Corbi, C. Urraca, S. Calero, J. Portero, C. Ramirez. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Mujer de 80 años hipertensa que presentó un episodio de tromboembolismo pulmonar por trombosis venosa profunda femoral derecha en Febrero 2013, en tratamiento con acenocumarol hasta el mes previo a la consulta.

Consulta por dolor torácico pleurítico y disnea que le recuerda a la clínica del episodio de TEP y se detecta fibrilación auricular no conocida. Se realiza angioTAC que evidencia defecto de repleción en arteria lobar inferior derecha y una tumoración de 52x25mm en aurícula izquierda. Se realiza estudio transtorácico que confirma imagen redondeada de 15mm, móvil, homogénea con cavidades ecolúcidas en su interior procede de orejuela izquierda con aurícula izquierda dilatada que podría corresponderse con trombo sin poder descartarse mixoma.



Se realiza estudio transesofágico posterior que confirma masa con base de implantación en pared medial de orejuela de 46x12mm, móvil que alcanza extremo distal del velo posterior mitral sin obstrucción de flujo destacando la presencia de autocontraste en aurícula izquierda. Septo interauricular íntegro sin shunt izquierda derecha mediante doppler color y mediante inyección de suero agitado.

Se realiza eco doppler de miembros inferiores que descarta nuevos episodios de TVP y, ante la ausencia de éstos y de shunt izquierda derecha que justificara etiológicamente el TEP se realiza estudio

de trombofilia con positividad para Anticuerpos anticardiolipina y anticoagulante lúpico que sugieren síndrome antifosfolípido. Tras tratamiento con enoxaparina y, posteriormente con acenocumarol se demuestra en estudio de control reducción de masa en AI. Evolución satisfactoria en el seguimiento repitiéndose los estudios de laboratorio que confirman el síndrome antifosfolípido.

9.- MUJER DE 78 AÑOS EN SHOCK CARDIOGÉNICO.

C. Ramírez, M.I. Barrionuevo, S. Calero, J.J. Portero, C. Urraca, M. Corbi, M. Barambio, D. Prieto. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Mujer de 78 años (diabética, hipertensa y dislipémica), que ingresa en shock cardiogénico. El ECG muestra elevación del segmento ST de 1mm en v1-v2 y mínimo descenso en resto de precordiales. En sala de hemodinámica la paciente se encuentra hipotensa, con trabajo respiratorio y mal perfundida por lo que se inicia tratamiento con aminas e IOT con conexión a ventilación mecánica. La ecocardiografía urgente muestra disfunción ventricular severa (FEVI 15-20%) con hipoquinesia severa de septo y aquiesia anterolateral extensa. Derrame pericárdico adyacente a ventrículo derecho con colapso parcial de cavidades derechas. El cateterismo mostró enfermedad crítica de DA próximo-medial que se trata con stent recubierto.



ecocardiográfico sonovue® que confirma la ausencia de shunt y resolución del derrame pericárdico.

El estudio ecocardiográfico es fundamental para establecer el diagnóstico de complicaciones de los síndromes coronarios agudos con y sin elevación del ST como evidencia este caso de comunicación interventricular postIAM.

10.- ANEURISMA DEL TABIQUE INTERAURICULAR QUE SIMULA TROMBO EN AURÍCULA IZQUIERDA.

C. Ramírez, M.I. Barrionuevo, S. Calero, J.J. Portero, C. Urraca, M. Corbi, J.C. García, J. Navarro. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Varón de 75 años con antecedentes de HTA, DLP e IAM anterior evolucionado en 2008 con implante de stent recubierto en DA media, FEVI 55% sin seguimiento posterior en consulta externa que es atendido por nuevo SCACEST anterior con realización de trombolisis eficaz con 60 minutos de retraso. Se realiza coronariografía a las 24 horas que muestra oclusión de DA distal intento de ICP sobre dicha lesión sin éxito y complicación con perforación de rama septal apreciándose contraste miocárdico.

La Ecocardiografía (postcoronariografía muestra una aurícula izquierda no dilatada con septo interauricular aneurismático y objetivándose una imagen heterogénea, filiforme (13x5mm) con base de implantación en tabique interauricular retroaórtico junto a anillo aórtico posterior muy móvil planteándose las siguientes opciones diagnósticas: como primera posibilidad un trombo, o formar parte del SIA aneurismático o incluso depender de la pared aórtica como una estructura derivada de una posible complicación de la coronariografía laboriosa.



Se realiza ecocardiografía transesofágica que descarta la presencia de trombo en aurícula izquierda y evidencia tabique interauricular muy redundante con movimiento aneurismático con extensión y abombamiento en aurícula izquierda a nivel retroaórtico con foramen oval permeable y shunt izquierda derecha.

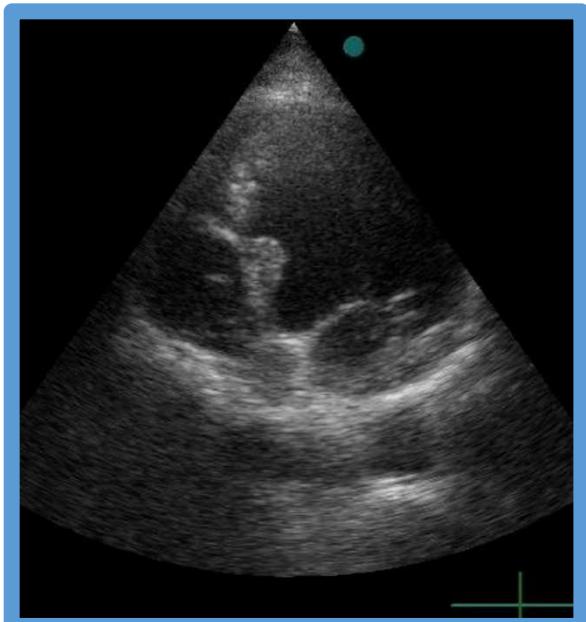
Este caso muestra la importancia de la ecocardiografía transesofágica para definir adecuadamente estructuras anatómicas intraauriculares que tienen diferentes implicaciones clínicas.

11.- ENDOCARDITIS PROTÉSICA PRECOZ COMO CAUSA DE SHOCK CARDIOGÉNICO.

C. Ramírez, S. Calero, R. Fuentes, M.I. Barrionuevo, M. Corbi, J.C. García, A. Tercero, F.M. Salmeron. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Varón de 78 años que ingresa por IC de novo. Como antecedentes HTA, obesidad, tabaquismo e IRC secundaria a nefropatía HTA en seguimiento por Nefrología. Seguimiento en Cardiología por IAo moderada con disfunción ventricular moderada y VI ligeramente dilatado (DTD 55-59mm), asintomático hasta entonces.

Durante el ingreso por IC se realiza ETT que muestra DTD 68mm, FEVI 30%, IAo moderada-severa, IMI leve e HTP moderada. Se realiza coronariografía: enfermedad coronaria severa de vaso secundario (OM1).



Se presenta en sesión médica-quirúrgica y se decide intervención quirúrgica. Se realiza recambio valvular aórtico por prótesis biológica. En el postoperatorio deterioro progresivo de función renal con balances positivos por lo que se inicia UF/HD. Durante su ingreso en UCIC buena evolución consiguiéndose balances negativos y mejoría respiratoria, estable hemodinámicamente con dosis bajas de aminas. Dado de alta a planta para proseguir movilización y tratamiento a la espera de canalización de catéter permanente para hemodiálisis.

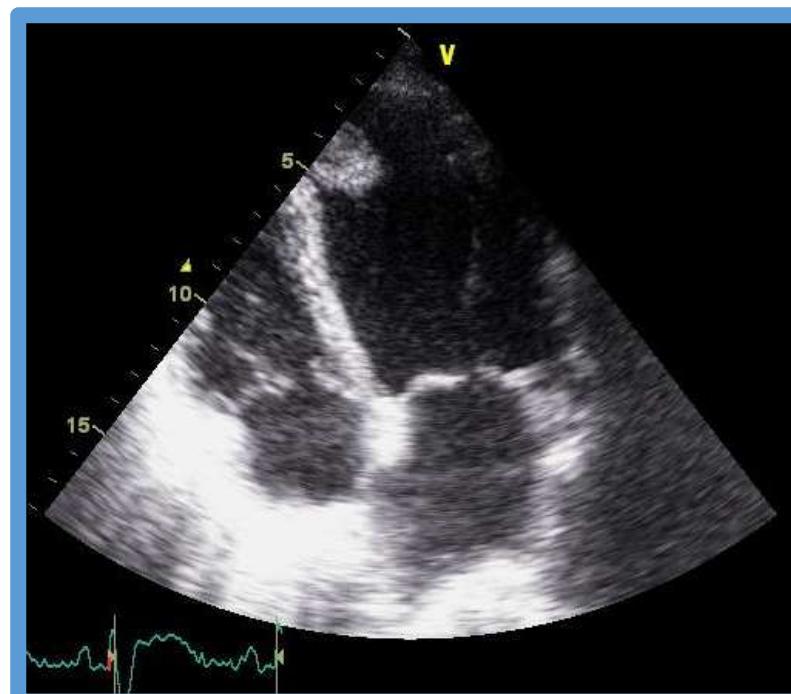
Buena evolución hasta que 12 días después comienza con fiebre, empeoramiento del estado general, aumento de trabajo respiratorio que precisa IOT, UF urgente y soporte con drogas vasoactivas. Se inicia antibioterapia empírica y se solicitan cultivos. Se repite ETT y ETE donde se visualiza

disfunción biventricular severa e imagen en protesis aórtica compatible con vegetación que condiciona estenosis moderada. Evolución tórpida con crecimiento en HC de SARM. Empeoramiento progresivo de situación hemodinámica con aumento de dosis de aminas y posteriormente intolerancia de HD por inestabilidad siendo finalmente éxitus.

12.- CUANDO LAS OPCIONES TERAPÉUTICAS SE AGOTAN.

E. García-Camacho, F. Pajín, I. Narváez, A. Sánchez-Pérez, I. García-Ormazábal, C. Martín-Sierra; F. Sabaté, L. Rodríguez-Padial. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Toledo.

Varón de 61 años, dislipémico y fumador con antecedente dos meses antes de infarto inferior Killip IV; se realizó angioplastia primaria sobre coronaria derecha media con éxito. Presentaba lesión severa (50%) de tronco distal, oclusión completa crónica de descendente anterior media con mal lecho distal y arteria circunfleja con enfermedad difusa; fracción de eyección (FE) de ventrículo izquierdo 20% con aneurisma anteroapical; estenosis aórtica moderada-severa.



Presentó trombopenia severa en relación con anticuerpos antiheparina (técnica de ELISA). Se desestimó tratamiento revascularizador del resto del árbol coronario.

Ingresa por edema agudo de pulmón y shock cardiogénico: precisa intubación orotraqueal, ventilación mecánica y drogas vasoactivas a dosis altas. Presenta fracaso renal agudo. El ecocardiograma objetiva FE de VI severamente deprimida (25%), presencia de trombo apical pediculado e hipermóvil de gran tamaño (23 x 23 mm) y estenosis aórtica severa de bajo flujo y bajo gradiente (área valvular: 0.9 cm²). Buena respuesta a tratamiento que permite la extubación en cuatro días; mejoría

progresiva de la función renal. Durante el ingreso permanece anticoagulado primero con bivalirudina y luego con fondaparinux; el tamaño del trombo no se reduce. Cirugía cardiaca desestima el recambio valvular quirúrgico por los anticuerpos antiheparina y la FE de VI. El abordaje transcatéter de la válvula aórtica presenta un elevadísimo riesgo embólico por la presencia del trombo intraventricular.

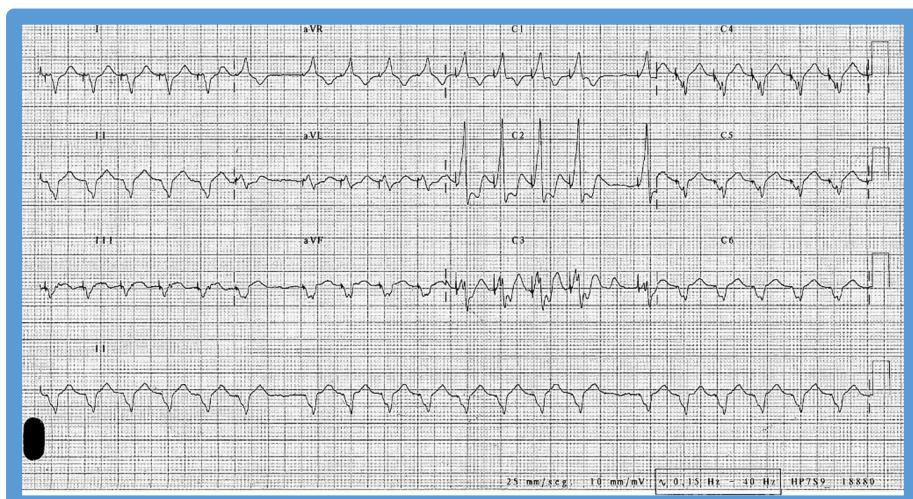
Dado de alta en buena situación clínica anticoagulado con acenocumarol. Revisado a los tres meses el tamaño del trombo ha disminuido claramente por lo que ha sido propuesto para implante de prótesis aórtica transcatéter.

13.- ¿PUEDE UN DAI-TRC PRECIPITAR UN EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA?

C. Martín Sierra, I. Narváez Mayorga, I. García Ormazábal, M. Flores Hernán, F. Sabaté Pérez, L. Rodríguez Padial. Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Se trata de un varón de 66 años, con múltiples factores de riesgo cardiovascular y amplia historia cardiológica. Presenta una miocardiopatía dilatada de origen isquémico, revascularizado quirúrgicamente en dos ocasiones, y portador de DAI monocameral con indicación MADIT II, que se actualiza posteriormente a DAI-TRC. Durante el seguimiento del DAI se detectan varios episodios de taquicardia supraventricular paroxística (uno de ellos recibió terapias del DAI) y un episodio de taquicardia ventricular sostenida tratado adecuadamente por el DAI. En el último ecocardiograma se objetivó un ventrículo izquierdo muy dilatado, con fracción de eyección de ventrículo izquierdo severamente deprimida, dilatación biauricular e insuficiencia mitral isquémica moderada-severa.

Acude nuevamente por un episodio de dolor epigástrico en reposo, con cortejo vegetativo asociado, que cede con nitroglicerina sublingual; así como empeoramiento de clase funcional y aumento generalizado de edemas, sin referir un precipitante claro. A la exploración física se encuentra hipotensión, taquicárdico, en situación de insuficiencia cardiaca congestiva.



Se realiza ECG objetivándose un ritmo estimulado biventricular a 130lpm. Se procede a interrogar el DAI, donde se detecta una taquicardia auricular a 130lpm con estimulación biventricular posterior.

Se intenta sobreestimular la taquicardia no siendo eficaz, por lo que se pauta perfusión de amiodarona, revirtiendo finalmente a ritmo sinusal.

En el caso de este paciente, parece que el DAI-TRC siguió el ritmo de la taquicardia auricular del paciente durante varios días, precipitando un nuevo episodio de insuficiencia cardiaca por frecuencia cardiaca elevada de forma prolongada.

14.- ¿DEFINE EL TRATAMIENTO PREVIO CRÓNICO CON ASPIRINA A UN SUBGRUPO DE PACIENTES DE MÁS ALTO RIESGO EN EL CONTEXTO DEL IAMCEST SOMETIDO A ICPP?

D. Prieto Mateos, JG. Córdoba Soriano, A. Gutiérrez Díez, JM^a. Jiménez Mazuecos, G. Gallego Sánchez, MI. Barriónuevo Sánchez, C. Urraca Espejel, JJ. Portero Portaz. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

El tratamiento previo con Aspirina se usa como marcador pronóstico en scores de riesgo de cardiopatía isquémica. Su utilidad como marcador pronóstico en pacientes sometidos a angioplastia primaria (ICPP) por IAMCEST no ha sido establecida.

Métodos: Estudio retrospectivo que evalúa el valor del tratamiento crónico con aspirina como marcador pronóstico intrahospitalario de una cohorte de pacientes sometidos a ICPP por IAMCEST. Se evaluó aparición de eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) en forma de objetivo combinado de Mortalidad, RelAM o Ictus y de eventos adversos netos (MACE + IAM complicado definido como Killip III-IV o necesidad de soporte intensivo) en función de estar en tratamiento crónico previo con AAS o no.

Resultados: Entre 2005-2012 se realizaron 918 ICPP, 124 (13.5%) eran pacientes que tomaban AAS previamente. La toma previa de AAS definió a un subgrupo de pacientes de mayor riesgo cardiovascular: DM (45.2% vs 10.2%); HTA (78.2% vs 56.8%); Dislipemia (54% vs 39.7%), IRC (33.3% vs 19.4% ($p<0.002$)), cardiopatía isquémica previa (51.6% vs 6.4%, $p <0.005$) y arteriopatía periférica (19.4% vs 6.4%, $p<0.005$). Los pacientes de este grupo presentaron peor pronóstico intrahospitalario, con mayor incidencia de MACE (12.9% vs 5.4%, $p<0.05$) y eventos adversos netos (27.2% vs 16.7%, $p=0.009$).

Conclusión: El tratamiento crónico previo con AAS define a un subgrupo de pacientes con IAMCEST sometidos a ICPP de mayor riesgo cardiovascular y con peor pronóstico intrahospitalario.

15.- PACIENTES JÓVENES SOMETIDOS A CORONARIOGRAFÍA URGENTE: FACTORES DE RIESGO, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

D. Prieto Mateos, JG. Córdoba Soriano, A. Gutiérrez Díez, JM^a. Jiménez Mazuecos, A. Gallardo López, D. Melehi El Assali, C. Urraca Espejel, JJ. Portero Portaz. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de pacientes <45 años sometidos a cateterismo urgente entre 2004-2014 en nuestro centro. Se describe perfil clínico, forma de presentación, abordaje y eventos adversos durante ingreso y seguimiento.

Resultados: 145 cateterismos urgentes. Estos pacientes presentan alta prevalencia de tabaquismo, consumo de drogas y alguna forma de hipercoagulabilidad. La mayoría de exploraciones se realizaron por SCACEST (83,9%), siendo la localización del IAM anterior en el 47,7% e Inferior en el mismo porcentaje, 13% diagnóstico final diferente al de SCA. La arteria más frecuentemente afectada fue la Descendente Anterior (50%). 18% sin lesión obstructiva. 85.2% de los casos se realizó por acceso radial, 22% recibió Prasugrel como segundo antiagregante y se utilizó abciximab en el 36%. Fueron tratados con stenting el 78,4%, con similar porcentaje de BMS y DES. 5% tratados scaffold bioabsorbible. Durante el ingreso, 5.4% presentó alguna complicación arrítmica (FA, TV, BAV o necesitó marcapasos provisional), el 20% precisó medidas de soporte intensivo y 5.4% presentó eventos adversos cardiovasculares mayores (muerte, SCA, trombosis del stent, Ictus o sangrado). En el seguimiento al año, el 30.6% precisó nueva atención cardiológica y un 6.9% presentó eventos adversos cardiovasculares mayores.

Conclusión: La necesidad de realización de un cateterismo urgente a menores de 45 años es infrecuente y el porcentaje de “falsas alertas” es mayor que en otros subgrupos. El perfil de riesgo difiere del habitual, fumadores, consumidor de drogas o alguna coagulopatía. Hasta un tercio de estos pacientes precisa nueva atención cardiológica no programada en el primer año.

16.- EDADES EXTREMAS EN CORONARIOGRAFÍA URGENTE ¿CÓMO SON TRATADOS DESDE UN PUNTO DE VISTA INTERVENCIONISTA Y MÉDICO?

D. Prieto Mateos, JG. Córdoba Soriano, A. Gutiérrez Díez, JM^a. Jiménez Mazuecos, A. Gallardo López, D. Melehi El Assali, C. Urraca Espejel, JJ. Portero Portaz. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a cateterismo urgente entre el 2005-2014 en nuestro centro. Analizamos tratamiento intervencionista y médico. Comparándose tratamiento médico óptimo al alta

(combinación de doble antiagregación, estatina, betabloqueante e IECA) en función de pertenecer al grupo de ≤45 años (A) o ≥ 85 años (B).

Resultados: 150 cateterismos en pacientes del grupo A y 109 el B. Sin diferencias en cuanto a AAS periprocedimiento, clopidogrel fue más usado en el grupo B (94.4% vs 72.5%, p<0.05) y prasugrel en el grupo A. El acceso arterial más usado fue el radial en el grupo A 85.2% vs 75.7% grupo B (p<0.05). Se usó BMS en un 78.9% en el grupo B vs 40.7% grupo A (p<0.05), los DES fueron más utilizados en el grupo A (32.7% vs 2.8%, p<0.05).

Hubo más tromboaspiraciones en el grupo A (49.2% vs 41.4%) y revascularizaciones completas (84% vs 46.9%, p<0.05). A alta casi todos recibieron AAS, seguido de clopidogrel en un 92.2% en grupo B vs 66.1% grupo A (p<0.05) y prasugrel supuso un 29.9% sólo en el A. Anticuagulantes fueron más usados en el grupo B (14.3% vs 3.9%, p=0.04). Hubo una tendencia menor de tratamiento óptimo en el grupo B vs A (61% vs 72.4%, p=0.12).

Conclusiones: en los pacientes más jóvenes se tienden a realizar revascularizaciones completas, más tromboaspiraciones, mayor uso de acceso radial y Stents farmacoactivos que los pacientes más ancianos. Precisan de menos días de ingreso y al alta con mayor frecuencia presentan un tratamiento médico óptimo.

17.- BENEFICIO DEL ACCESO RADIAL FRENTE AL FEMORAL EN LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA: DATOS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL.

D. Prieto Mateos, JG. Córdoba Soriano, A. Gutiérrez Díez, JMª Jiménez Mazuecos, G. Gallego Sánchez, MI. Barrionuevo Sánchez, C. Urraca Espejel, JJ. Portero Portaz. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Evaluamos el impacto pronóstico intrahospitalario del acceso radial en la angioplastia primaria (ICPP) frente al acceso femoral.

Métodos: Analizamos por intención de tratar la aparición de un objetivo combinado de eventos adversos mayores (Muerte, IAM o Ictus) y eventos clínicos adversos netos (MACE + Sangrado Mayor BARC ≥ 3) intrahospitalarios, en una cohorte de pacientes sometidos a ICPP por IAMCEST, en función de acceso radial (AR) o femoral (AF).

Resultados: 906 pacientes sometidos a ICPP en 2005-2012, 744 (82%) fueron a través de AR y 162 (18%) a través de AF. Hubo un 4.2% de crossover Radial–Femoral. Sin diferencias en el tiempo puerta-balón (114 (AF) vs 98 (AR) minutos; p: NS) y los pacientes con AF tuvieron una media de 2 días de estancia mayor en UCI y hospitalización (8,4 días AR vs 10,4 días AF, p<0.001). El objetivo primario ocurrió más frecuentemente en el grupo de AF (20,4% vs 3,4%; p<0.0001) debido a mayor tasa de mortalidad (17,9% vs 2,2%, p<0.0001) y de Ictus (2,5% vs 0,4%, p=0.02). El objetivo de eventos adversos netos fue también más frecuente en el grupo de AF (27,8% AF vs 5,4% AR; p<0.0001) con una tasa de sangrados BARC ≥ 3 también superior en AF (11% vs 2,7%, p<0.0001).

Conclusión: En ICPP el AR disminuye la aparición de eventos adversos cardiovasculares mayores y los eventos adversos netos por reducción de mortalidad y sangrado. Además el AR no retraza el tiempo hasta la reperfusión y disminuye la estancia media de estos pacientes.

18.- REVASCULARIZACIÓN COMPLETA EN SEGUNDO TIEMPO O NO EN EL PACIENTE MULTIVASO SOMETIDO A ANGIOPLASTIA PRIMARIA.

D. Prieto Mateos, JG. Córdoba Soriano, A. Gutiérrez Díez, JM^a Jiménez Mazuecos, G. Gallego Sánchez, MI. Barrionuevo Sánchez, C. Urraca Espejel, JJ. Portero Portaz. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Existe controversia en cuanto a criterios para revascularización de vasos no culpables en un segundo tiempo por la publicación de varios trabajos sobre el impacto de la revascularización múltiple o no en el pronóstico de pacientes atendidos por angioplastia primaria (ICPP). El objetivo es evaluar tal impacto pronóstico en nuestro centro.

Métodos: Evaluamos el pronóstico intrahospitalario de dos grupos de pacientes con ICPP y enfermedad multivaso (2 o más vasos enfermos) en función del tipo de revascularización (Completa (RC) o Incompleta (RI)). Se definió como RC aquella realizada en lesiones angiográficamente severas en vaso de ≥ 2 mm de calibre. La decisión sobre el tipo de revascularización fue a criterio del cardiólogo responsable de cada paciente. Se calculó un objetivo combinado de muerte, IAM o Ictus (MACE) y de eventos adversos netos (MACE + IAM complicado (Killip III-IV, Necesidad de medidas de soporte intensivo)) en cada grupo.

Resultados: Entre 983 pacientes sometidos a ICPP entre 2005-2012, 53% eran pacientes con enfermedad multivaso. 79% Varones con edad media 67 ± 12 años y (32%) diabéticos. El objetivo combinado de MACE durante el ingreso apareció en el 3,7% del grupo RC vs 6,9% RI ($p=0.08$) mientras que la tasa de eventos adversos netos fue del 14,8% en grupo RC vs 18,3% en grupo RI ($p=0.18$).

Conclusión: El porcentaje de pacientes con enfermedad multivaso sometidos a es alto. Existe una tendencia a mejor pronóstico intrahospitalario y menor incidencia de complicaciones del IAM en los pacientes sometidos a RC en segundo tiempo.

19.- NONAGENARIOS SOMETIDOS A CORONARIOGRAFÍA URGENTE: FACTORES DE RIESGO, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

D. Prieto Mateos, JG. Córdoba Soriano, A. Gutiérrez Díez, JM^a. Jiménez Mazuecos, A. Gallardo López, D. Melehi El Assali, C. Urraca Espejel, JJ. Portero Portaz. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de pacientes ≥ 90 años que fueron sometidos a cateterismo urgente en un periodo de 9 años en nuestro centro. Evaluamos perfil clínico, manejo y pronóstico intrahospitalario y a largo plazo. Se definen eventos cardiovasculares mayores adversos (MACE) como objetivo combinado de muerte, nuevo síndrome coronario agudo (SCA), trombosis de stent o Ictus.

Resultados: 22 cateterismos. Presentaron un porcentaje alto mujeres y con menor prevalencia de FRCV clásicos de lo habitual. Lugar de primera atención médica más frecuente fue 31.8% en un hospital comarcal (31.8%), 22.7% en domicilio. La forma de presentación fue en un 91% un IAMCEST (60% anterior, 40% inferior) resto SCASEST. Sin “falsas alarmas”. Arteria responsable más frecuente fue la Descendente anterior. 31.8% se presentó como Killip III/IV. En el 72,7% el acceso radial fue el utilizado, en el 95% se usó Clopidogrel como 2º antiagregante y hasta en un 45.5% se usó bivalirudina. En el 95,5% hubo stenting, (91% BMS). Durante el ingreso, un 4.5% presentó alguna complicación arrítmica (FA, TV, BAV o necesitó un marcapasos provisional), 50% necesitó medidas de soporte intensivo y hasta el 27,3% presentó MACE

siendo la mortalidad durante el ingreso fue de un 18.2%. En el seguimiento a un año, un 27.3% presentaron algún MACE y un 5.6% necesitó nueva intervención cardiológica.

Conclusión: Los pacientes nonagenarios difieren en FRCV clásicos. Es frecuente un uso de BMS. Un alto porcentaje tienen complicaciones durante el ingreso, con alta mortalidad y eventos cardiovasculares mayores adversos en el seguimiento.

20.- IAMCEST POR TROMBOSIS DE STENT PREVIO SOMETIDO A ICPP: ¿TIENE PEOR PRONÓSTICO INTRAHOSPITALARIO?

D. Prieto Mateos, JG. Córdoba Soriano, A. Gutiérrez Díez, JM^a Jiménez Mazuecos, G. Gallego Sánchez, MI. Barrionuevo Sánchez, C. Urraca Espejel, JJ. Portero Portaz. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

La trombosis de un stent (TS) previamente implantado es infrecuente. Se ha postulado un peor pronóstico tras angioplastia primaria (ICPP) de estos pacientes.

Métodos: Se analiza características basales y aparición de eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) definidos como objetivo combinado de muerte, re-IAM o ictus así como de eventos adversos globales (MACE + Embolización de trombo, fenómeno no reflow, Killip III-IV o necesidad de soporte intensivo) en una cohorte de pacientes sometidos a ICPP por TS vs resto de pacientes con IAMCEST sometidos a ICPP en nuestro centro entre 2005-2012.

Resultados: 918 pacientes sometidos a ICPP, 16 (1.74%) (65 años, 79.6% varones) presentaron un IAMCEST por TS previo. Sin diferencias en características basales respecto al grupo control. 37.5% fueron trombosis agudas y 56.25% tardías. Mayoría de stents trombosados fueron DES de paclitaxel o BMS. Se observó una asociación significativa entre TS e Insuficiencia renal crónica: 56.3% IRC y TS vs 20.7% IRC y no TS ($p = 0.02$). La aparición de algún MACE fue significativamente superior en el grupo de TS (17.6% vs 6.2%; $p=0.009$) al igual que los eventos adversos globales (26.2% vs 36.5%, $p=0.4$). La FEVI media al alta fue peor en el grupo de TS ($45.8\% \pm 12.5$ vs $50.46\% \pm 10.9$ ($P=0.46$)).

Conclusión: La presencia de IRC parece ser un factor de riesgo para trombosis de stent. Estos pacientes presentan peor pronóstico intrahospitalario que aquellos con IAMCEST sobre lesión de novo.

21.- PRONÓSTICO INTRA Y EXTRAHOSPITALARIO DE DOS GRUPOS DE PACIENTES DE EDADES EXTREMAS SOMETIDOS A CORONARIOGRAFÍA URGENTE.

D. Prieto Mateos, JG. Córdoba Soriano, A. Gutiérrez Díez, JM^a. Jiménez Mazuecos, A. Gallardo López, D. Melehi El Assali, C. Urraca Espejel, JJ. Portero Portaz. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a cateterismo urgente 2005-2014 en nuestro centro. Analizamos las características basales y evaluamos aparición de eventos cardiovasculares adversos mayores durante ingreso y seguimiento a un año (MACE) definidos como objetivo combinado de muerte, re-IAM, trombosis de stent o ictus, en función de pertenecer al grupo ≤ 45 años (A) o ≥ 85 años (B).

Resultados: 150 cateterismos fueron en pacientes del grupo A y 109 en grupo B. Se analizó la incidencia de complicaciones arrítmicas durante el ingreso (FA, TV, BAV o necesidad de marcapasos) siendo de un

11.1% en ancianos vs 5.4% en jóvenes ($p=0.138$). Un 47.4% en grupo B vs 20% A ($p<0.05$) precisó medidas de soporte intensivo o IAM complicado. Durante el ingreso, el objetivo combinado primario ocurrió en el 23.7% grupo B vs 3.9% grupo A ($p<0.05$) a expensas de mayor mortalidad 19.8% en grupo B vs 2% en grupo A ($p<0.05$). Durante el seguimiento a 1 año el objetivo combinado primario ocurrió en el 23.5% del grupo B vs 6.9% del grupo A ($p<0.05$). Además el 5.9% del grupo B vs 30.6% del A ($p<0.05$) necesitó de nueva atención cardiológica no programada.

Conclusión: El paciente anciano tiende a necesitar más días de ingreso y durante el ingreso es más frecuente que su curso se complique, presente un evento adverso mayor o muera. Lo mismo ocurre durante el seguimiento al año. Los pacientes jóvenes necesitan una nueva atención cardiológica con más frecuencia durante el seguimiento.

22.- IMPACTO PRONÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA RENAL EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA POR IAMCEST.

D. Prieto Mateos, JG. Córdoba Soriano, A. Gutiérrez Díez, JM^a Jiménez Mazuecos, G. Gallego Sánchez, MI. Barrionuevo Sánchez, C. Urraca Espejel, JJ. Portero Portaz. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Hay escasos datos respecto al valor pronóstico de la IR en los pacientes que son atendidos por IAMCEST y sometidos a angioplastia primaria (ICPP). Nuestro objetivo es evaluar el impacto de la IR en una cohorte de pacientes sometidos a ICPP en nuestro centro.

Métodos: Se definió IR como aclaramiento de creatinina ≤ 60 ml/min (Cockcroft-Gault). Comparamos incidencia de un objetivo primario combinado de eventos cardiovasculares mayores (Muerte, IAM, Ictus), y eventos adversos netos: MACE + sangrado mayor (criterios BARC) y MACE + IAM complicado (Killip III-IV o necesidad de medidas de soporte intensivo), en dos grupos en función de IR.

Resultados: Entre 775 pacientes sometidos a ICPP en 2005-2012, 21,4% presentaban IR. Este grupo de pacientes era de mayor edad (77 ± 11 años), más mujeres, hipertensos, con antecedente de arteriopatía periférica y revascularización coronaria previa. Estos pacientes tuvieron mayor estancia hospitalaria media. El objetivo primario de estudio fue significativamente más frecuente en pacientes con IR (13,9% vs 3,9%, $p<0.005$) a costa de mortalidad (10,2% vs 3%; $p<0.0001$), así como los objetivos secundarios de sangrado mayor BARC ≥ 3 (21,7% vs 5,6%, $p<0.001$) e IAM complicado (32,9% vs 13,3%, $p<0.001$). En el análisis multivariable, la IR fue un fuerte predictor independiente de eventos (OR, 5,9, IC 95%: 2,7-12,6).

Conclusión: La presencia de IR basal en pacientes que son sometidos a ICPP por IAMCEST es un fuerte predictor de eventos cardiacos adversos mayores, complicaciones hemorrágicas y predice necesidad de soporte intensivo del IAM y larga estancia hospitalaria.

23.- FACTORES DEPENDIENTES DEL PACIENTE QUE CONDICIONAN MAYOR TIEMPO DE ISQUEMIA EN UN PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA.

D. Prieto Mateos, JG. Córdoba Soriano, A. Gutiérrez Díez, JM^a Jiménez Mazuecos, G. Gallego Sánchez, MI. Barrionuevo Sánchez, C. Urraca Espejel, JJ. Portero Portaz. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

El tiempo hasta la reperfusión es el principal factor de los beneficios ofrecidos por la Angioplastia primaria (ICPP) en IAMCEST. Se han postulado factores dependientes del paciente, que condicionan un mayor retraso.

Métodos: Evaluamos el impacto de factores dependientes del paciente relacionados con el retraso hasta la reperfusión en una cohorte de pacientes sometidos a ICPP durante 2005-2012 (existiendo código regional). Definimos el tiempo total de isquemia (TTI) como intervalo inicio de los síntomas-apertura de arteria responsable del IAM (ARI) y tiempo puerta-balón (TPB) como intervalo llegada a hospital-apertura de ARI.

Resultados: 917 pacientes sometidos a ICPP (74% Varones, 65±13 años). El TTI del grupo global tuvo una mediana de 260 minutos (R.I. 25-75, 175-382 minutos) y el la mediana del TBP fue de 66 minutos (R.I. 25-75: 36-116 minutos). Los principales factores que conllevaron un retraso en el TTI fueron edad >80 años (275 minutos vs 244 minutos, p<0.05) y DM (291 min vs 245 min, p=). Otros factores como obesidad (IMC>30), sexo femenino o antecedente de cardiopatía isquémica previa no fueron determinantes de aumento en TTI. El TPB no fue diferente en función de los factores evaluados. Se observó que el retraso fundamental en el TTI de pacientes diabéticos ocurrió antes de la activación del código ICPP (150 vs 120, p<0.05).

Conclusión: El mayor retraso en la reperfusión de pacientes con IAMCEST se produce en el tiempo que tarda el paciente en solicitar atención médica. El paciente octogenario y diabético es el que más retraso tiene.

24.- ¿UNA GASTROENTERITIS CON RIVAS? INFARTO ANTERIOR EXTEÑO EN PACIENTE JOVEN CON PRESENTACIÓN ATÍPICA.

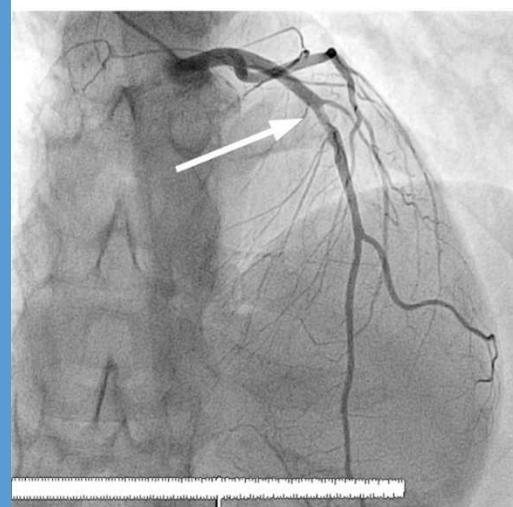
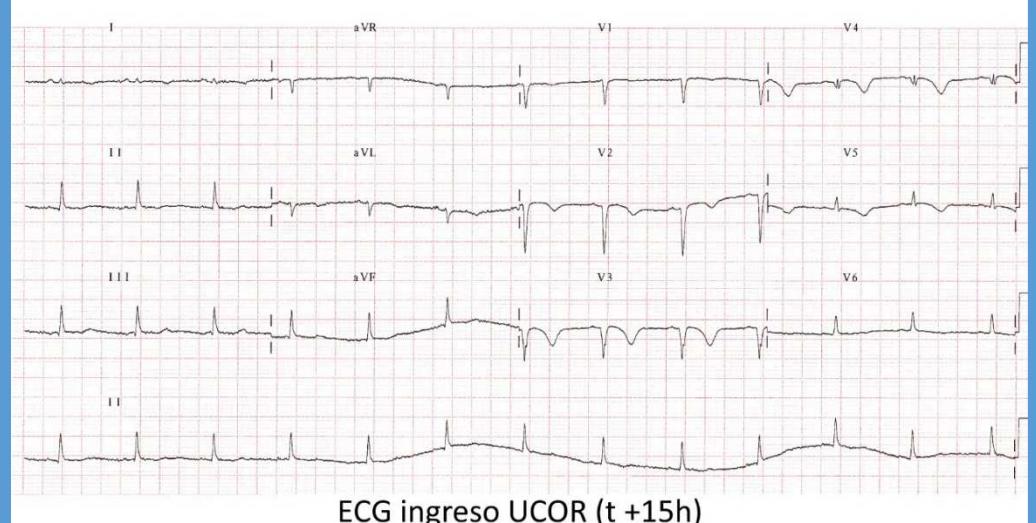
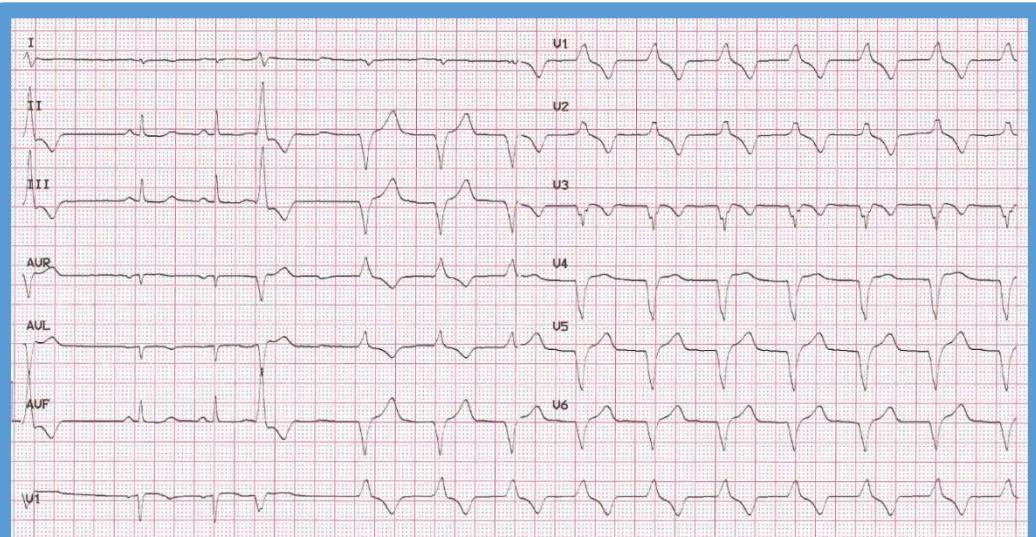
J. Palacios Rubio, V. Ruiz Pizarro, C. Sánchez Enrique, JP. Vilchez Tschischke, A. Cecconi, V. Cañadas Godoy. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.

Mujer de 33 años que acude por náuseas y vómitos. Fumadora importante (2 paquetes diarios) y tomadora de anticonceptivos orales.

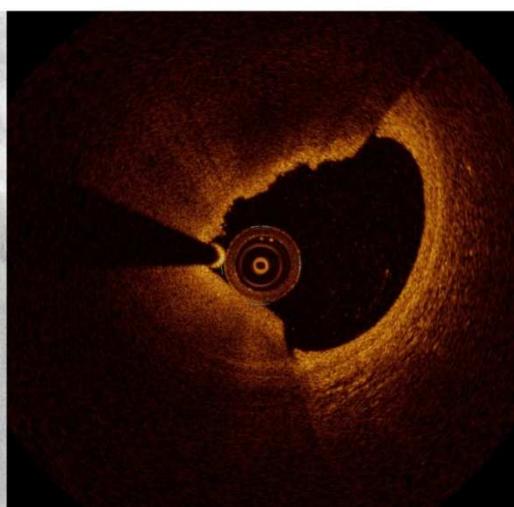
Narra un cuadro de tres días de náuseas y vómitos, seguidos de paroxismos de dolor torácico intenso irradiado al brazo derecho, y fiebre de 38,5°C. Es valorada en Urgencias y dada de alta. Al día siguiente regresa por persistencia de dolor abdominal difuso: se observa leucocitosis (14000 /microL), PCR elevada (31,5 mg/dL) y se solicita una ecografía abdominal, compatible con íleo paralítico. Es evaluada por Cirugía, descartada la indicación quirúrgica y dada de alta. Acude en una tercera ocasión en la que se le practica un ECG, que se informa como “extrasístoles ventriculares”, y una determinación de troponina I de 2,79 microg/L, por lo que se traslada como IAMEST.

El ECG de origen se observa un ritmo sinusal seguido de RIVA, mientras que en el ingreso presenta QS con T negativa en precordiales. Un ETT portátil evidencia disfunción sistólica severa del VI con acinesia anterolateral. Se realiza coronariografía emergente en la que se observa una única lesión en la descendente anterior, compatible con trombo o hematoma intramural, sin compromiso luminal ni del flujo. En un segundo tiempo se estudia con OCT, que muestra un trombo organizado sobre placa blanda con área mínima 4,29 mm². Evolucionó favorablemente, siendo dada de alta con Aspirina, clopidogrel, metoprolol, eplerenona y atorvastatina, pendiente de estudio de trombofilia por antecedentes familiares.

Este caso muestra la importancia de la realización y correcta interpretación del ECG en Urgencias



Coronariografía urgente
(la flecha señala la región estudiada con OCT)



Tomografía de coherencia óptica

25.- FLÚTER AURICULAR, SÍNDROME DE BRUGADA Y EMBARAZO DE ALTO RIESGO. UN COMBATE REÑIDO QUE SE DECIDE A LOS PUNTOS.

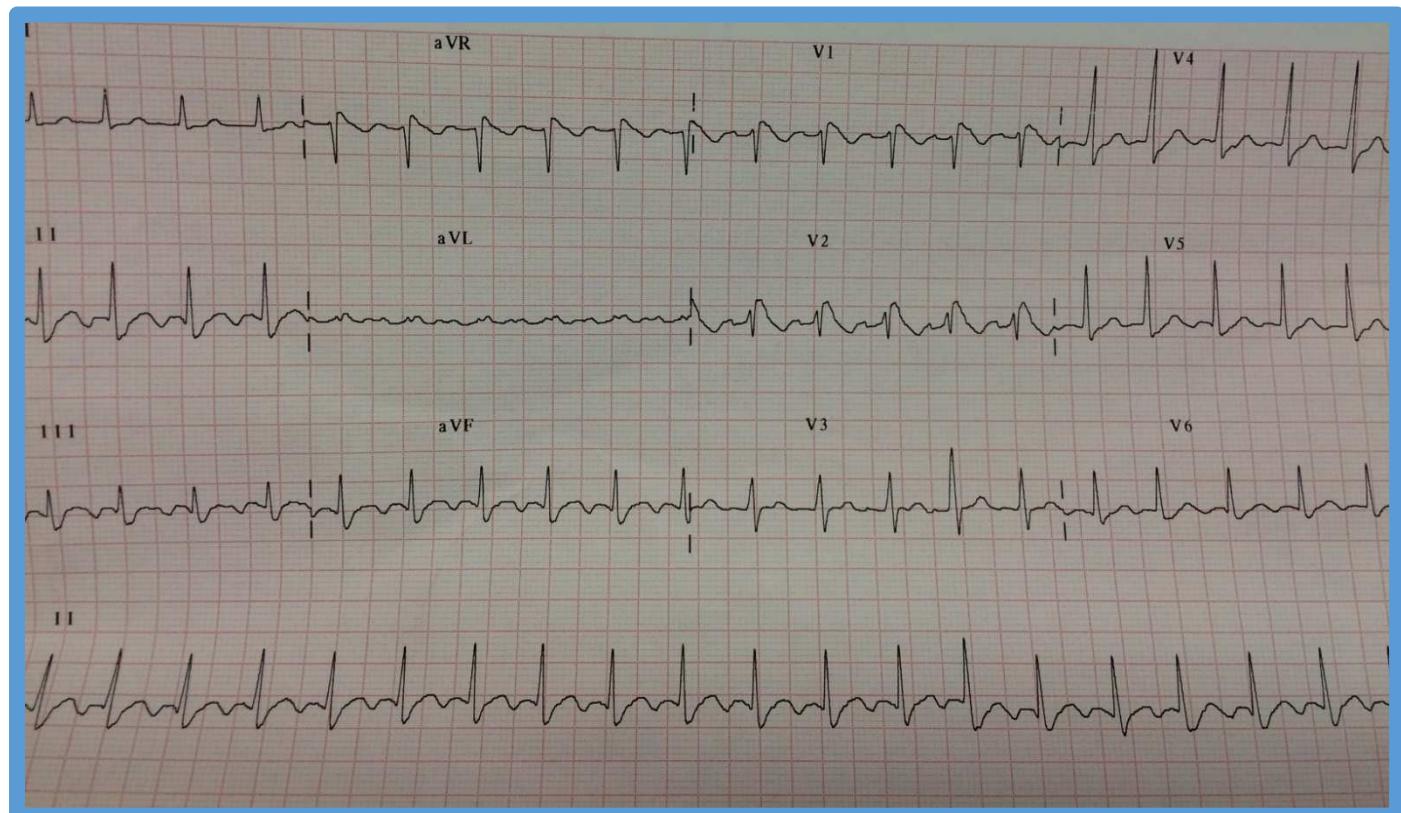
J.C. Gómez-Polo, P. Martínez-Losas, V. Ruiz-Pizarro, C. Espejo-Paeres, L.E. Enríquez, C. Olmos-Blanco, J. Higueras-Nafría, R. Bover-Freire. Servicio de Cardiología. Hospital U. Clínico San Carlos. Madrid.

Presentamos el caso de una mujer de 37 años, gestante de 8 semanas, sin antecedentes familiares ni personales de interés, salvo un aborto en el primer trimestre de la gestación hace 6 meses tras presentar clínica de palpitaciones, náuseas y vómitos.

Acude a urgencias por palpitaciones rápidas y náuseas de 48 horas de evolución, sin otra sintomatología y sin datos de insuficiencia cardíaca a la exploración física. Se realiza análisis de sangre, sin alteraciones, y electrocardiograma, que objetiva flúter auricular común a 140 lpm, con conducción aurículo-ventricular variable, así como imagen rsR' en V1-V2, compatible con patrón de Brugada tipo II (figura 1).

Se decide su ingreso a cargo de Cardiología, clínica y hemodinámicamente estable, iniciándose anticoagulación con enoxaparina al tratarse de una gestante con taquicardia supraventricular. Se comprueba el bienestar fetal, y se decide proceder a cardioversión eléctrica, tras descartar la presencia de trombos intracavitarios con ecocardiograma transesofágico, recobrando de forma exitosa el ritmo sinusal. Al tratarse de una gestante con patrón de Brugada tipo II, se decide en consenso con la Unidad de Arritmias su seguimiento ambulatorio, manteniendo anticoagulación con enoxaparina tras la cardioversión.

El caso que nos ocupa no ha presentado síncope, arritmias ventriculares ni se ha comprobado su inducibilidad en estudio electrofisiológico, tratándose de un patrón tipo II, por lo que no presenta marcadores de peor pronóstico; salvo la presencia de arritmias supraventriculares, que sí se ha asociado a mayor tasa de eventos, por todo ello, se decide su seguimiento estrecho, catalogándose como embarazo de alto riesgo.

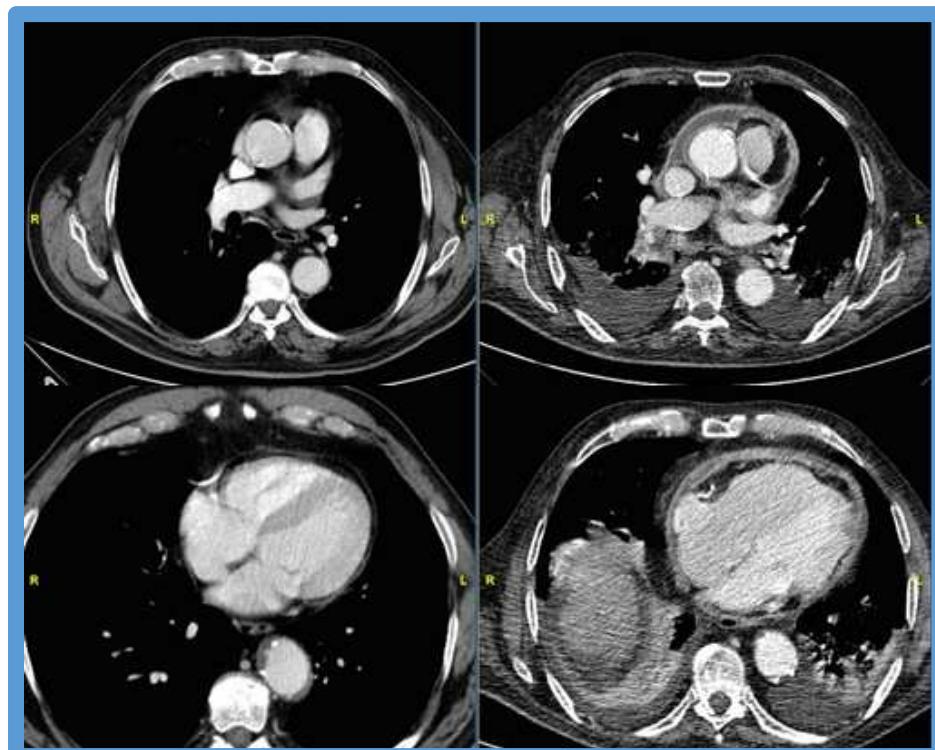


26.- PERICARDITIS CONSTRICTIVA COMO MANIFESTACIÓN DE NEOPLASIA PULMONAR.

P. Martínez, J.C. Gómez, E. Enríquez, V. Ruiz, J. Palacios, M.T. Nogales, R. Bover, J.L. Rodrigo. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

Varón de 75 años con antecedentes médicos relevantes de EPOC, fibrilación auricular paroxística, cáncer epidermoide de laringe intervenido hacía 10 años mediante laringuectomía y vaciamiento cervical con radioterapia posterior; y linfoma B difuso de células grandes con afectación gástrica que recibió tratamiento quimioterápico 7 años antes del episodio actual. El paciente había requerido de varios ingresos en los últimos meses a cargo del Servicio de Medicina Interna de nuestro centro por episodios de insuficiencia cardíaca complicados con infecciones respiratorias de evolución tórpida pese a optimización del tratamiento médico.

Durante uno de estos ingresos se solicitó valoración al Servicio de Cardiología tras objetivarse en ecocardiograma transtorácico signos de constrictión pericárdica. En la radiografía de tórax no se objetivaba la presencia de calcificación pericárdica siendo la exploración física predominante de fallo derecho.

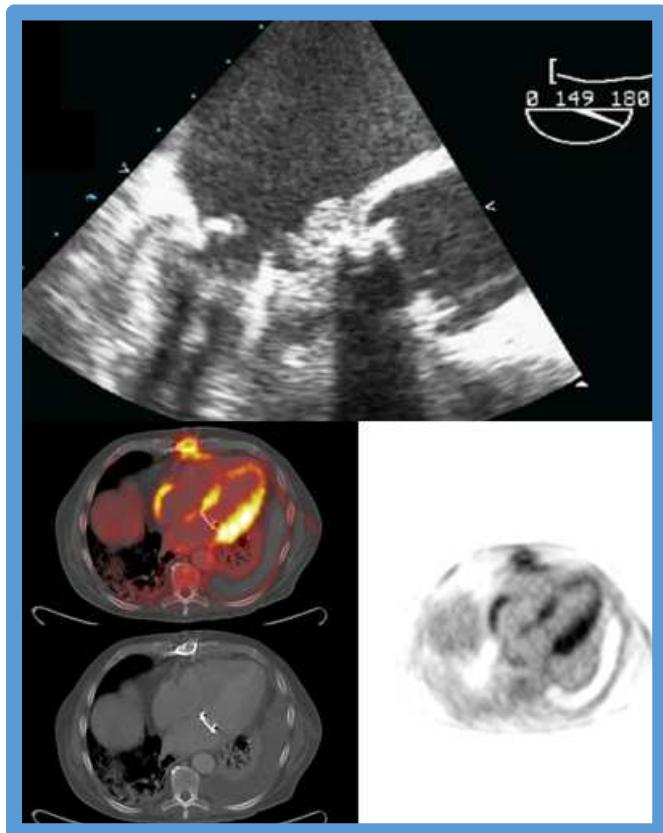


Tras repetir ecocardiograma y como parte del estudio, se solicitó TC torácico que resultó clave en el diagnóstico etiológico. En este se describía una masa hilar derecha de 3 cm con extensión endobronquial y que producía colapso del lóbulo inferior derecho. A nivel pericárdico, se objetivó un engrosamiento nodular con realce de contraste en ambas capas y una pequeña cantidad de líquido asociado, sugestivo de afectación metastásica, todo esto no presente en TC de control 2 años antes. Desgraciadamente el paciente falleció pocos días después tras hemoptisis masiva.

27.- TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES-TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA: NUEVOS PAPELES EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA.

P. Martínez, J.C. Gómez, E. Enríquez, J. Palacios, C. Sánchez, M.T. Nogales, D. Vivas, I. Vilacosta. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

Varón de 75 años con antecedentes de infarto inferior en 1985 que seguía controles periódicos en nuestro centro por insuficiencia aórtica degenerativa de grado moderado. El paciente fue ingresado en otro centro para estudio de cuadro constitucional y síndrome febril de 3 meses de evolución. Tras ETE fue diagnosticado de endocarditis infecciosa subaguda sobre válvula mitral y aórtica con hemocultivos positivos para *S. Vidianus*. En ecocardiograma de control se objetivó rotura de velo anterior mitral que condicionaba una insuficiencia mitral severa decidiéndose remitir a nuestro centro para cirugía.



En coronariografía se objetivó estenosis severa en descendente anterior y primera diagonal, sometiéndose a sustitución mitraoártica y puente de mamaria interna a descendente anterior. En el postoperatorio en UVI presentó varias complicaciones como diferentes grados de bloqueo AV que requirieron de implante de marcapasos y hemotórax secundario a implante de tubo de tórax. En ETE de control presentó una imagen móvil de 13x4 mm dependiente de válvula mitral. En ese momento el paciente permanecía afebril, sin datos analíticos de infección, habiendo completado tratamiento antibiótico y habiendo permanecido en rango adecuado de anticoagulación.

Con diagnóstico diferencial entre trombo vs vegetación, se solicitó PETTC que no mostró captación patológica, diciéndose repetir ETE en una semana sin reiniciar tratamiento antibiótico. En controles posteriores se evidenció descenso de la masa y el paciente fue finalmente dado de alta.

28.- PRUEBAS DE AGREGACIÓN PLAQUETARIA, ¿SIRVEN PARA ALGO CON LOS NUEVOS ANTIAGREGANTES?

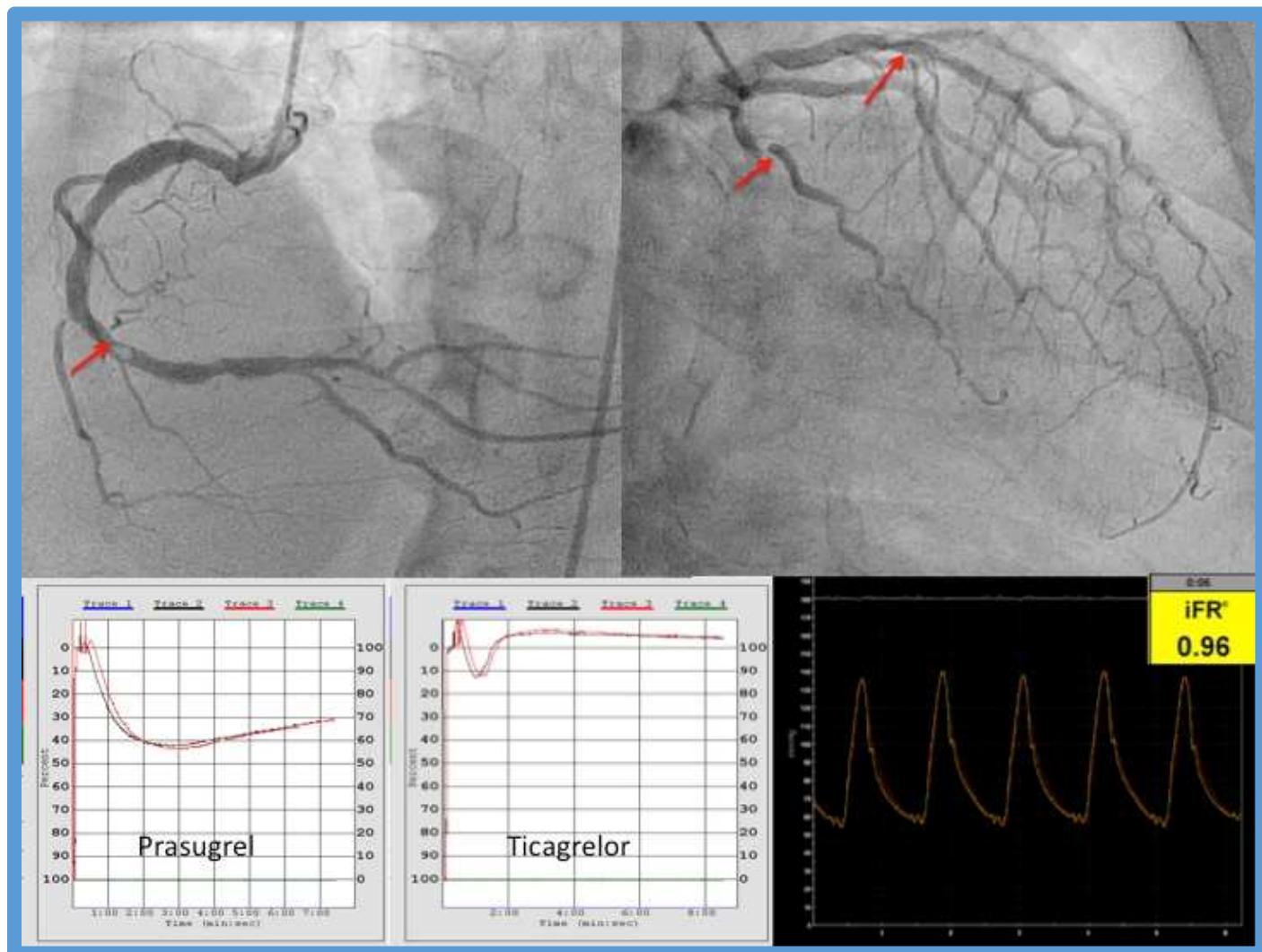
J.P. Vilchez, J. Palacios, A. Cruz, D. García, C. Sánchez, A. Cecconi, D. Vivas, I. Vilacosta. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

Varón de 63 años, hipertenso, diabético insulinodependiente, con vasculopatía periférica e insuficiencia renal, por nefropatía diabética, en diálisis peritoneal.

Ingrasa por presentar SCACEST inferior, Killip IV. Se realiza coronariografía que muestra estenosis del 60% en descendente anterior (DA) proximal, oclusión a nivel de la circunfleja (CX) media, estenosis severa en primera marginal ostial y oclusión a nivel de la coronaria derecha (CD) medio-distal con enfermedad severa ostial. Se realiza ACTP con 3 stents farmacoactivos liberadores de everolimus, a la CD con éxito. Se administra carga de ácido acetilsalicílico y prasugrel.

El paciente evoluciona favorablemente. Tres días después se realiza nueva coronariografía para valorar las lesiones observadas. Se mide el FFR tanto en la DA como en la OM, siendo lesiones funcionalmente no significativas (0,89 y 0,82 respectivamente). En la coronaria derecha se observa una trombosis no oclusiva del stent implantado, realizándose angioplastia simple con balón, con buen resultado. Se realiza iFR de la DP ostial siendo no significativa (0,96).

Se realizar test de agregación plaquetaria que muestra una actividad residual del 42-43%, por lo que se administra dosis de carga de ticagrelor y se repite el test al día siguiente, teniendo una actividad plaquetaria residual del 14%. Dos semanas después se repite nuevamente el test y la actividad residual es del 16-19%. Permaneciendo el paciente asintomático del punto de vista cardiovascular.



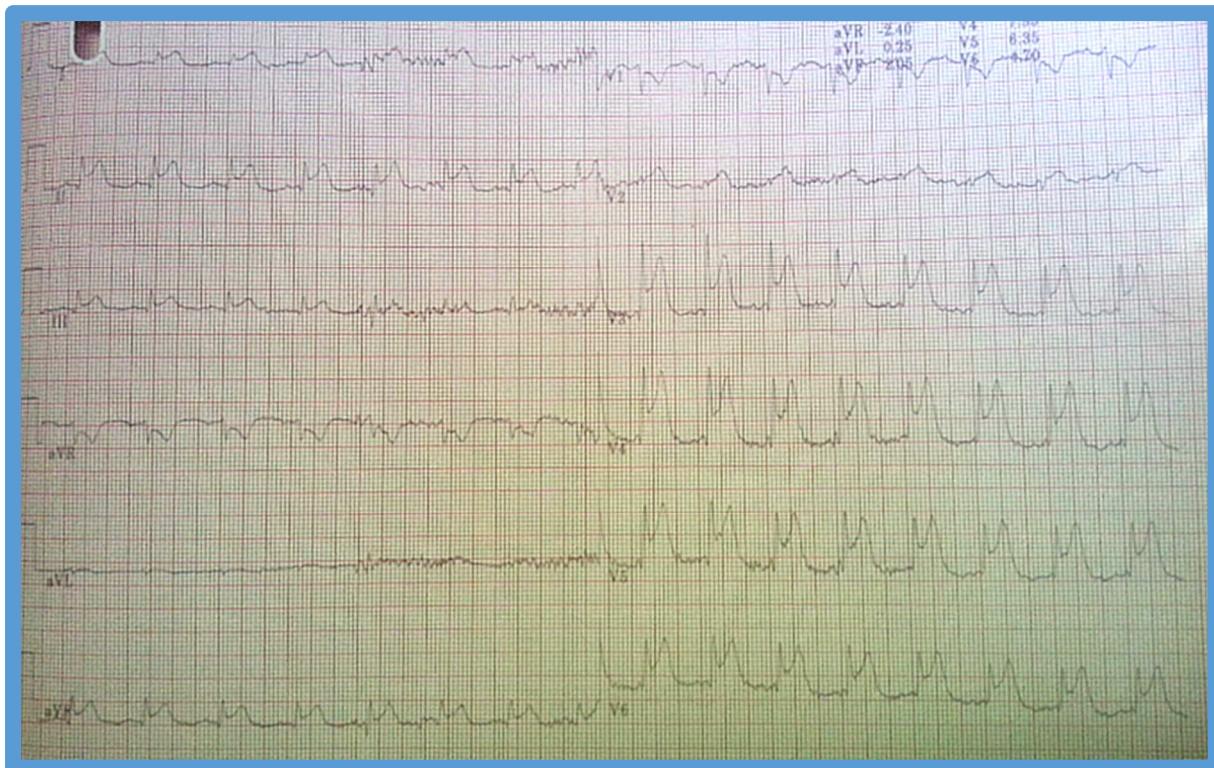
29.- ELEVACIÓN DEL ST INDUCIDA POR 5-FU.

C. Espejo, E. Enríquez, C. Olmos, V. Ruiz, C. Gómez, C. Sánchez, R. Bover, M.A. Cobos. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.

El 5-fluorouracilo es un quimioterápico empleado en tumores gastrointestinales. Presenta efectos cardiotóxicos: desde anomalías electrocardiográficas asintomáticas hasta infarto de miocardio. La clínica incluye dolor torácico y cambios electrocardiográficos: elevación difusa del ST/depresión, T picudas/negativas. El mecanismo subyacente es desconocido. Se ha postulado que la isquemia miocárdica es debida a vasoespasmo, aunque hallazgos recientes parecen ir en contra de esta teoría, abriendo la puerta a nuevas hipótesis: cardiotoxicidad directa o endarteritis.

Presentamos el caso de un varón de 51 años ex-fumador, en tratamiento con 5-fluorouracilo por adenocarcinoma de sigma. Comienza al tercer día del tratamiento con episodios autolimitados (15') de dolor torácico opresivo con ECG y enzimas normales. Se realiza test de esfuerzo eléctricamente positivo durante la recuperación: elevación del ST en V2-V6, cara inferior y descenso en aVR, corrigiendo con nitroglicerina. Asintomático. Presenta CNG sin lesiones y ecocardiograma con hipoquinesia global (FEVI 45%). Al alta se suprime el 5-FU sin eventos.

Discusión: Nuestro paciente presenta una elevación difusa del ST e hipoquinesia global con CNG normal, hallazgos que no apoyan el vasoespasmo como causa. Se trataría de una miopericarditis tóxica por un defecto en la síntesis de ATP al emplearse la molécula de 5FU para sintetizar ARN defectuoso bloqueando el ciclo de Krebs. La cardiotoxicidad no se previene con calcioantagonistas y los efectos son reversibles al suspender el fármaco.



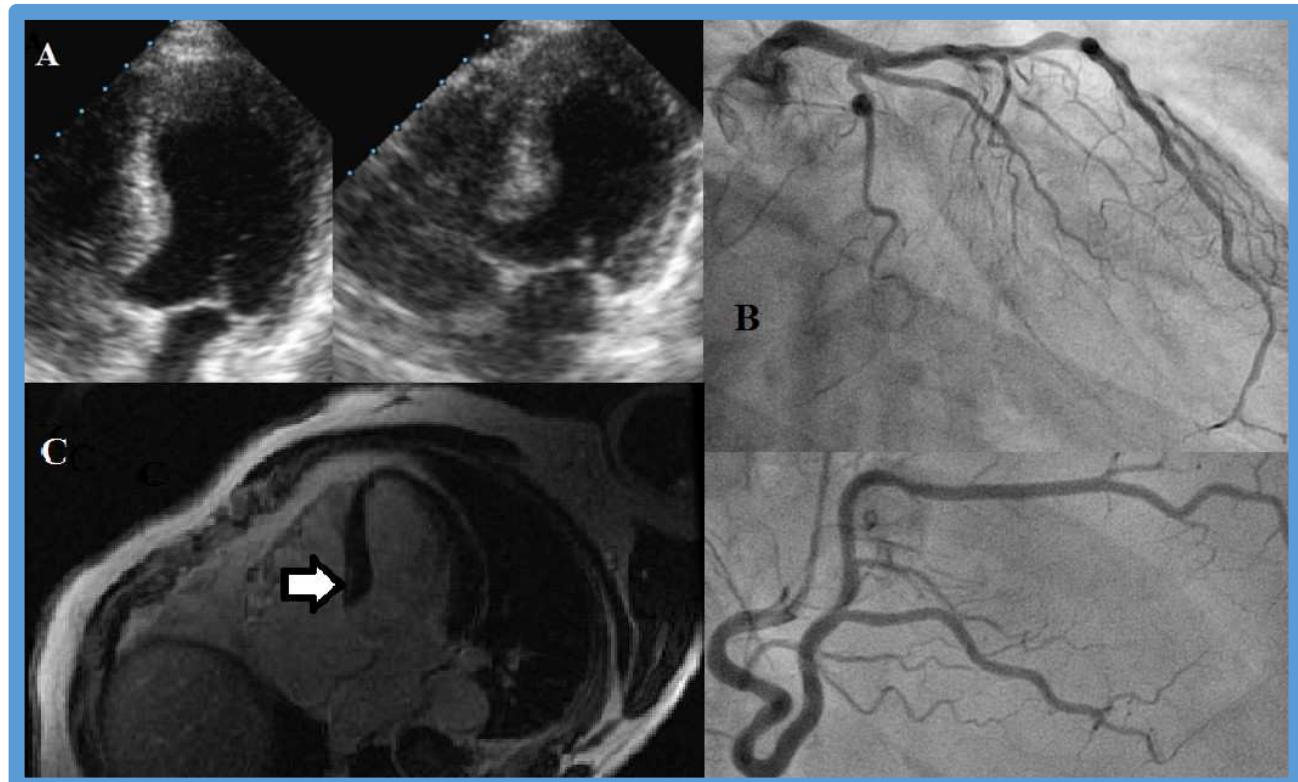
30.- ¿DÓNDE ESTOY? ¿CUÁL ES MI TELÉFONO? ¿Y MI DIRECCIÓN? AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA, ¿UN CUADRO PURAMENTE NEUROLÓGICO?

J.C. Gómez-Polo, P. Martínez-Losas, C. Sánchez-Enrique, V. Ruiz-Pizarro, C. Espejo-Paeres, L.E. Enríquez, J. Higueras-Nafría, R. Bover-Freire. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.

Presentamos el caso de un varón de 69 años, hipertenso, con un único antecedente de un episodio de taquicardia intranodal común, ablacionándose la vía lenta con éxito hace 9 años. Ingresa por un cuadro consistente en habla incoherente, repitiendo frases y preguntas, con pérdida de memoria de lo sucedido durante el tiempo que permanece la sintomatología, de 5 horas de duración, con mejoría paulatina hasta su resolución.

Es valorado por Neurología, catalogando el cuadro como amnesia global transitoria y descartándose una posible etiología vascular, con TC sin hallazgos. Destaca un análisis de sangre anodino salvo cifra pico de troponina I de 2,74, en ausencia de dolor torácico y con ECG normal, sin otra sintomatología, decidiéndose su ingreso en Cardiología.

Se solicita ecocardiograma transtorácico, objetivándose disfunción ventricular severa (FEVI 30%) y extensas alteraciones segmentarias de la contractilidad (figura 1, A), mostrando la telemetría varios episodios de taquicardia ventricular polimórfica no sostenida, de hasta 15 segundos de duración, decidiéndose realizar coronariografía (figura 1, B), sin lesiones. En este contexto, ante la coexistencia del episodio neurológico y deterioro de función ventricular, se practica resonancia magnética cardíaca, comprobándose la mejoría de la función ventricular (FEVI 55%) y un patrón de realce tardío con gadolinio compatible con miocarditis (figura 1, C), siendo dado de alta con tratamiento médico, asintomático.



De este modo, planteamos una posible asociación miocarditis-amnesia global transitoria, de manera que la miocarditis pudiera desencadenar el cuadro neurológico, actuando como factor precipitante, o bien por fenómenos como microembolias, hipótesis ya descrita en la literatura.