

Cardiología

Cardiology

C-1

FALLA CARDIACA CON FRACCION DE EYECCION EN RANGO MEDIO: IMPLICACIONES EN LA PRACTICA CLINICA

ARCINIEGAS LUIS, CARREÑO MARISOL, PALOMINO GUSTAVO

Hospital Militar Central. Bogotá, D.C.

Introducción. Los pacientes con fracción de eyección entre 40-49% comenzaron a jugar un papel importante desde la guía europea de 2016. Aún no es completamente claro el perfil clínico de este grupo, sin embargo, parecen tener desenlaces de mortalidad y morbilidad diferenciales con respecto a los otros grupos.

Diseño y métodos. Cohorte histórica de pacientes de la clínica de falla cardiaca, de un hospital de veteranos en Colombia. Se incluyeron pacientes con fracción ligeramente deprimida, se evaluaron características clínicas, de laboratorio, desenlaces de mortalidad y hospitalización a 1 año, la información fue extraída de la historia clínica electrónica. Se realizó análisis descriptivo de las variables cuantitativas mediante medidas de resumen y dispersión, variables categóricas con frecuencias relativas y absolutas, se evaluó la supervivencia libre del desenlace compuesto mediante el método de Kaplan Meyer.

Resultados. 807 pacientes registrados en la clínica. 10,9% (88/807) en levevemente reducida. Mediana de edad 80 (RIC 68-86) años, hombres 61,4% (54/88), hipertensión arterial 77% (67/88), diabetes 35,6 (31/88) enfermedad renal crónica 22,7 (20/88), enfermedad pulmonar obstructiva 12,8% (11/88), fibrilación auricular 27,6% (24/88) fracción de eyección 45 (RIC 44-46). Mortalidad a 1 año 15,9% (14/88), hospitalización 45,4 (40/88).

Conclusiones. La proporción de este grupo es menor a la observada en otros estudios, los pacientes fueron hombres octogenarios, con múltiples comorbilidades, estos hallazgos difieren a los descritos en la literatura mundial y pueden ser explicados por ser un hospital de veteranos, la mortalidad observada es similar a lo publicado en otras series. Estos hallazgos sugieren que el seguimiento, el control de comorbilidades y las intervenciones farmacológicas deben ser individualizadas en este grupo de pacientes.



C-2

PERFIL CARDIOMETABOLICO DE PACIENTES CON FALLA CARDIACA, LA IMPORTANCIA DE LOS RIESGOS COMPETITIVOS

CARREÑO MARISOL, ARCINIEGAS LUIS, PALOMINO GUSTAVO

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. Los pacientes con falla cardiaca tienen morbimortalidad diferencial por su condición de base, sin embargo, estos pacientes presentan múltiples comorbilidades que generan riesgos competitivos aumentando su probabilidad de muerte, lo que implica un reto adicional para el control de estos riesgos debido a la polifarmacia y las medidas no farmacológicas restrictivas. El objetivo del este estudio fue describir los hallazgos del perfil cardio metabólico de los pacientes con falla cardiaca estratificada por fracción de eyección.

Diseño y métodos. Cohorte histórica de pacientes de la clínica de falla cardiaca, de un hospital de veteranos en Colombia entre 2018 y 2022. Se evaluaron características clínicas, de laboratorio, desenlaces de mortalidad y hospitalización a 1 año, información que fue extraída de la historia clínica electrónica. Se realizó un análisis descriptivo de las variables cuantitativas mediante medidas de resumen y dispersión, variables categóricas con frecuencias relativas y absolutas.

Resultados. 807 pacientes registrados en la clínica. 42,4% (342/807) preservada, 10,9% (88/807) en levemente reducida, 46,7% (377/807) reducida. Prediabetes 50,3%, LDL > 70, 65,4%, triglicéridos > 150, 39,6% perímetro abdominal alto riesgo 44,3%, obesidad 24,9%, presencia de 4 parámetros alterados 43%. Sin diferencias entre los grupos. Supervivencia global a 1 año en pacientes sin parámetros alterados 91%, en pacientes con 1 parámetro alterado 77% (p=0,04).

Conclusiones. La presencia de comorbilidades metabólicas en los pacientes de un hospital de veteranos con falla cardiaca superó el 50%, la prediabetes y la dislipidemia generan riesgos competitivos que deben ser controlados para reducir el impacto a nivel cardiovascular especialmente en la mortalidad, el seguimiento permitirá definir el impacto en el mundo real de las intervenciones en estos pacientes más enfermos.



C-3**DOLOR TORÁCICO CON INJURIA MIOCÁRDICA AGUDA EN AUSENCIA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

CARVAJAL-MEJÍA ANDREA XIMENA, MANZANO-DI ZEO FABIAN ALBERTO, MURCIA- CÁRDENAS LUIS FELIPE, PORRAS- BUENO, CRISTIAN ORLANDO

Clínica Foscal. Departamento Medicina Interna, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma Bucaramanga. Semillero de investigación Medicina interna Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga, Colombia.

Introducción. El consumo de bebidas energéticas se ha relacionado con efectos adversos, como taquicardia, insomnio, cefalea, alteraciones gastrointestinales, dolor torácico y convulsiones. Adicionalmente, se ha encontrado a la taquicardia, como agente causal de elevación de troponinas en ausencia de síndrome coronario agudo.

Diseño y métodos. Se presenta caso clínico de una paciente femenina de 28 años que acude a urgencias por cuadro clínico que inició seis horas previas al ingreso consistente en tres episodios de dolor intermitente tipo punzada en miembro superior derecho irradiado a hemitórax ipsilateral, duración máxima de 30 minutos asociado a síntomas disautonómicos y taquicardia. Síntomas que inician en relación esfuerzo físico y bebida energética. Al examen físico con taquicardia, sin otros hallazgos anormales cardiovasculares. Electrocardiograma con taquicardia sinusal sin signos de isquemia, lesión o necrosis. Estudios iniciales Troponina T cardiaca de alta sensibilidad en 0,022 ng/ml (inicial 00+00) y 0,008 ng/ml (control 03+10). Radiografía de tórax sin alteraciones. Ecocardiograma transtorácico sin hipocinesias ni alteraciones segmentarias y holter 24 horas dentro de límites normales. Se descarta Miocarditis/Pericarditis viral. La medición de troponinas cardíacas ha sido fundamental para la sospecha y manejo del síndrome coronario agudo (SCA). Su elevación permite enfocar dicho evento, sin embargo, existe un diferencial de causas que la elevan en ausencia de SCA, entre las cuales se encuentra la taquicardia, por lo que se consideró elevación de troponinas secundaria a taquicardia por consumo de bebidas energéticas y esfuerzo físico, resaltando la importancia de hacer un adecuado abordaje clínico y conocer los diagnósticos diferencias de una injuria miocárdica entorno a un contexto clínico particular.



C-4

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON DISMINUCIÓN DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRICULAR SECUNDARIO A CARCINOMA NEUROENDOCRINO EN MEDIASTINO MEDIO

GÓMEZ JAIME, GÓMEZ MARIA, HERRERA DIANA, MOLINA ANGIE, CORTES NÉSTOR

Fundación Clínica, FOSCAL Internacional Floridablanca, UNAB. Bucaramanga (Colombia).

Introducción. Las masas en mediastino medio pueden generar oclusión de las arterias coronarias y comprometer a largo plazo la precarga. Presentamos el caso de un paciente que debutó con síntomas clásicos de infarto agudo de miocardio secundario a masa mediastinal.

Diseño y método: Paciente de 78 años con exposición crónica a benceno, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica revascularizada en 2002. Consulta por cuadro clínico de 4 días de angina típica, disnea y tos seca, asociado a electrocardiograma con elevación del ST y troponina T elevada. Se diagnosticó infarto agudo de miocardio con elevación del ST, se realizó ecocardiograma transtorácico que reportó masa en mediastino medio que comprime aurícula izquierda y coronarias con FEVI del 48%, TAC toracoabdominal evidencia masa de densidad mixta predominantemente quística de 10x9x6 cm, dependiente del pericardio que compromete aurícula y ventrículo izquierdo.

Resultado. Se realizaron múltiples broncoscopias diagnósticas no concluyentes. La biopsia por toracotomía documentó carcinoma neuroendocrino pobremente diferenciado de células pequeñas con inmunohistoquímica positiva difusa de células tumorales CD56, positividad débil para sinaptofisina y positividad focal con patrón en gota paranuclear para citoqueratina cóctel, con una proliferación celular medido con KI67 del 40 - 50%. Por localización, no susceptible de intervencionismo.

Conclusiones: Las masas en mediastino medio disminuyen la precarga al comprimir la aurícula izquierda y generar colapso de las arterias coronarias, provocando una disminución en la irrigación del miocardio. Según la velocidad de crecimiento pueden atenuarse los síntomas clásicos de insuficiencia cardiaca y manifestarse en etapas tardías, como en el caso de nuestro paciente que debuto con síntomas clásicos de infarto.



C-5**ANEURISMA VENTRICULAR IZQUIERDO TRAS INFARTO TRANSMURAL SILENTE**

VELASCO CASTRO JULIO CÉSAR, DELGADO CARTAGENA JAIME JOSÉ, GARCÍA AGUDELO LORENA, VARGAS RODRÍGUEZ LEDMAR JOVANNY, NIÑO MORENO MÓNICA PAOLA

Hospital Regional de la Orinoquía. Yopal, Colombia.

Introducción. Los aneurismas ventriculares se definen como un segmento discinético o acinético de un área dilatada que ocasiona disminución de la función ventricular. Es comúnmente causado por el infarto de miocardio en presencia de las manifestaciones típicas de la enfermedad.

Presentación de caso. Se presenta un caso de paciente sin antecedentes de cardiopatía isquémica y aneurisma apical del ventrículo izquierdo por infarto agudo de miocardio silente, que desarrolló enfermedad oclusiva arterial de tipo embolia obstructiva de la arteria femoral en miembro inferior derecho, el paciente fue remitido a nivel de mayor complejidad, revascularizado invasivamente en dos tiempos quirúrgicos con arteriografía coronaria y angioplastia, implantes de endoprótesis tipo stent, 2 en arteria descendente anterior (tercio proximal y medio) y coronaria derecha (tercio medio), además se documentó mediante ventriculografía izquierda; trombo apical del Ventrículo Izquierdo sin indicación de tratamiento quirúrgico e iniciando anticoagulación con heparina de bajo peso molecular y tirofiban, escalonado a warfarina como manejo ambulatorio con evolución satisfactoria.

Discusión. Los aneurismas ventriculares son infrecuentes, pueden clasificarse como congénito o adquirido, el primero puede ocurrir a partir de la cuarta semana de gestación al existir una alteración en la formación del ventrículo embrionario, por otro lado, la principal causa del adquirido es el infarto agudo de miocardio, los aneurismas ventriculares izquierdos son más comunes al infarto de miocardio de cara anterior por oclusión total de la Arteria Descendente Anterior y la imposibilidad de lograr la permeabilidad arterial del sitio infartado.

Conclusiones. Resaltamos la importancia de considerar los diagnósticos diferenciales poco frecuentes en la práctica clínica y de curso asintomático, la asociación entre la localización del aneurisma ventricular izquierdo y el desarrollo de manifestaciones clínicas y complicaciones como el tromboembolismo en el aneurisma ventricular izquierdo asociado a Infarto Agudo de Miocardio transmural silente.



C-6

SÍNDROME DE KOUNIS Y METAMIZOL: REPORTE DE CASO

FONSECA RODRÍGUEZ MAGDA ALEXANDRA, NARANJO VILLATE GISELLE ANDREA, GARCÍA AGUDELO LORENA, VARGAS RODRÍGUEZ LEDMAR JOVANNY, PATARROYO NÚÑEZ MARÍA PAULA

Hospital Regional de la Orinoquía. Yopal, Colombia.

Introducción. En el caso de reacciones de hipersensibilidad o anafilácticas, pueden ocurrir eventos cardiovasculares secundarios a vasoespasmos coronarios, conocido como síndrome de Kounis.

Presentación del caso. se presenta el caso de un paciente de 79 años, que ingreso referido de la consulta de ortopedia por dehiscencia de herida quirúrgica de tibia y peroné distal derecho en postoperatorio de osteosíntesis en miembro inferior derecho secundario a accidente de tránsito, recibe analgesia con metamizol 1 gramo endovenoso, posteriormente presentado opresión y disconfort torácico asociado a prurito generalizado y paro cardiorrespiratorio, requiere reanimación en ritmo de taquicardia ventricular por seis (6) minutos, con retorno a la circulación; se documenta síndrome coronario hiperagudo con supradesnivel del ST de cara anterior y lateral extenso, manejo con terapia fibrinolítica, posteriormente sin criterios de reperfusión, y se remite a Unidad Coronaria, donde realizan cateterismo cardiaco con hallazgos de enfermedad del tronco distal 50%, enfermedad de tres vasos, hemodinamia considero dar manejo médico, por alto riesgo quirúrgico, con adecuada evolución hasta la actualidad.

Discusión. Se han documentado casos de Infarto Agudo Miocárdico por alergia, sin lesiones angiográficas coronarias, siendo el mecanismo patogénico más aceptado el vasoespasmos coronarios producido por los mediadores de la anafilaxia que son liberados masivamente, ya que la histamina y los leucotrienos pueden llegar a actuar como potentes vasoconstrictores coronarios. Pudiera no ser una afección poco común, sino poco sospechada o infradiagnosticada, no es habitual su diagnóstico, no entra aun en los posibles diagnósticos diferenciales de los médicos.

Conclusiones. El síndrome de Kounis es una entidad poco frecuente y no diagnosticada en la práctica clínica, se debe concebir en el diagnóstico diferencial ante pacientes que desarrollan un síndrome coronario agudo en el contexto de una reacción anafiláctica, optimizando así el tratamiento. Se necesitan guías de práctica clínica para su adecuado manejo y programas de actualización y capacitación del personal sanitario en los hospitales.



C-7**ARTERITIS DE TAKAYASU EN PACIENTE CON INFECCIÓN CONGÉNITA POR VIH: A PROPÓSITO DE UN CASO**

GIRALDO BALLESTEROS LE, MIRANDA ROSERO H, SILDARRIAGA RIVERA LM.

Clínica Los Rosales. Pereira, Colombia.

Introducción. La enfermedad arterial periférica (EAP) a menudo se refiere a la enfermedad arterial de los miembros inferiores. La prevalencia mundial oscila entre el 3-12%. Tiene múltiples etiologías siendo la aterosclerosis la más frecuente. Las vasculitis sistémicas son una causa menos común de EAP.

Reporte de caso. Paciente femenina de 22 años, con antecedente de infección por VIH (virus de inmunodeficiencia humana) por transmisión vertical (carga viral indetectable y linfocitos TCD4: 730 células/mm³) en tratamiento antiretroviral. Consulta por cuadro de 4 días de dolor en miembro inferior derecho que empeora al caminar y mejora con el reposo. Adiciona frialdad y cianosis en la planta. Niega fiebre y pérdida de peso. Hemograma, VSG, PCR y perfil lipídico sin alteraciones. Doppler arterial de miembro inferior derecho reporta engrosamiento endotelial y ondas doppler bifásicas anormales. La arteriografía de miembros inferiores demuestra disminución del diámetro desde las arterias femorales superficiales con obstrucción de los troncos infrapoplíteos, compatible con vasculitis. Se aplican los criterios de clasificación ACR siendo positivos para arteritis de Takayasu. Se inicia prednisolona, metotrexate, ácido fólico, calcio con vitamina D y profilaxis para *Pneumocystis jiroveci* con Trimetoprim sulfametoxazol.

Discusión. Los pacientes con infección por VIH tienen un mayor riesgo de enfermedades autoinmunes, hasta el 23% de ellos presenta autoanticuerpos. De las enfermedades reumatológicas las vasculitis sistémicas son las predominantes con prevalencia del 1%. Dentro del diagnóstico diferencial debe considerarse la aterosclerosis puesto que la inflamación crónica de los pacientes con infección por VIH promueve la disfunción vascular y aterosclerosis acelerada.

Conclusión. Las vasculitis sistémicas son un diagnóstico a considerar en pacientes con infección por VIH que se presenten con signos y síntomas compatibles con EAP.



C-8**INFARTO RENAL AGUDO COMO COMPLICACIÓN
CARDIOEMBÓLICA EN UN PACIENTE CON FIBRILACIÓN
AURICULAR VALVULAR. NO SIEMPRE ES STROKE**

VALSANGIACOMO AVENDAÑO STEFANO,
SANABRIA VILLAMIZAR TANNER

*Hospital Universitario de Santander-HUS. Universidad Industrial de Santander
UIS, Universidad de Santander UDES. Bucaramanga, Colombia.*

Introducción. El infarto renal agudo se produce por la interrupción abrupta del flujo sanguíneo de las arterias renales o sus ramas. Si bien es una causa infrecuente de insuficiencia renal aguda, usualmente es subdiagnosticada debido a la cantidad de diagnósticos diferenciales que puede generar una presentación clínica caracterizada por un dolor abdominal difuso o lumbar de difícil control, junto con síntomas inespecíficos que puede ser confundido con otras entidades como la urolitiasis, pielonefritis o alteraciones gastrointestinales. La etiología más frecuente es la causa cardioembólica, destacándose así que su principal exponente es la fibrilación auricular.

Objetivo. Enfatizar en la sospecha de infarto renal agudo ante un paciente con fibrilación auricular que acude por lumbalgia aguda.

Presentación del caso. Masculino de 57 años, portador de válvula mitral mecánica, con antecedente de fibrilación auricular anticoagulada con warfarina, quien acude por 3 horas de dolor de aparición súbita, en región lumbar derecha, tipo urente/punzante, irradiado a flanco derecho, acompañado de epigastralgia urente; realizan diagnóstico diferencial de pancreatitis, SCASEST y síndrome aórtico agudo; descartan las primeras dos mediante pruebas de laboratorio, y la última se descarta con angiotac de abdomen, que sin embargo reportó hallazgos de infarto segmentario en región interpolar de riñón derecho, no candidato a revascularización según concepto de nefrología, dado que se encontraba fuera de ventana. Se conceptuó infarto renal agudo en relación a cardioembolismo teniendo en cuenta su antecedente de fibrilación auricular, y INR de ingreso subterapéutico (< 2). Paciente con evolución estable, sin desarrollo de lesión renal aguda, es egresado sin complicaciones con niveles terapéuticos de INR.

Conclusiones: El infarto renal agudo es frecuentemente subdiagnosticado por su presentación clínica similar a otras entidades, lo que conlleva a demoras en el tratamiento, y aumento de la morbimortalidad.

Palabras claves. Cardioembolismo, infarto renal, fibrilación auricular, anticoagulación, válvula mitral mecánica.



C-9

FALLA CARDIACA AGUDA SECUNDARIA A DISECCION CORONARIA ESPONTANEA: ¿SENTENCIA DE MUERTE?

VALSANGIACOMO AVENDAÑO STEFANO, VALSANGIACOMO AVENDAÑO MARIANA GIULIANA, VALSANGIACOMO AVENDAÑO MARÍA LUISA, AGUDELO VALENCIA MARCO RODRIGO, ROPERO GUTIÉRREZ URIEL, JAIMES HERNÁNDEZ LAURA XIMENA, SALCEDO PEDRAZA JUAN SEBASTIÁN

Fundación Cardiovascular de Colombia FCV. Floridablanca, Colombia.

Introducción. La disección espontánea coronaria es una separación no traumática y no iatrogénica de la pared arterial coronaria y es causa infrecuente de infarto agudo de miocardio. Más común en pacientes jóvenes y mujeres embarazadas. El 20% de los casos son idiopáticos. Normalmente no tienen factores de riesgo para enfermedad coronaria. Si bien hay patologías asociadas a esta condición, existen factores estresantes precipitantes descritos que aumentan el estrés cardiocirculatorio que pueden provocar una disección y se han informado en más del 50% de los casos. Estos factores estresantes incluyen ejercicio intenso o estrés emocional, trabajo de parto, actividades intensas de tipo Valsalva y uso de drogas recreativas.

Objetivo. Exponer el caso de un paciente joven con falla cardiaca aguda secundaria a disección coronaria espontanea con evolución favorable.

Descripción del caso. Paciente masculino de 26 años, sin antecedentes médicos, quien consultó por dolor torácico típico de 1 día de evolución, que apareció mientras practicaba motociclismo, previa ingesta de Peak (bebida energizante) y asociado a supradesnivel en cara anterolateral en electrocardiograma; con crisis hipertensiva y radiografía de tórax con edema pulmonar; fue trombolizado con alteplase. Es llevado a arteriografía coronaria encontrando arteria descendente anterior con defecto de llenado en segmento proximal y medio sugestivo de disección; por lo que considerando disección espontanea, realizan angioplastia con 2 stents medicados, sin complicaciones. Llamativamente el ecocardiograma transtorácico reportó una FEVI del 30%, con ventrículo izquierdo de tamaño normal, pero hiperdinámico y con aquinesia medio apical, anterior, lateral, septum anterior y apical del septum inferior. Tuvo buena evolución y respuesta al manejo antiisquémico y antifalla cardiaca, por lo que fue finalmente egresado.

Conclusiones. La disección coronaria espontanea presenta una mortalidad hospitalaria hasta del 4,2%; asociada a una tasa de eventos adversos mayores hospitalarios hasta del 8,8% (infarto de miocardio recurrente, shock cardiogénico y revascularización no planificada).

Palabras clave. Disección coronaria, falla cardiaca, angioplastia, edema pulmonar, crisis hipertensiva.



C-10

ECTASIA CORONARIA COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA TROMBOSIS CORONARIA E INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO REPORTE DE CASO

VALSANGIACOMO AVENDAÑO STEFANO, VALSANGIACOMO AVENDAÑO MARIANA GIULIANA, VALSANGIACOMO AVENDAÑO MARÍA LUISA, AGUDELO VALENCIA MARCO RODRIGO, ROPERO GUTIÉRREZ URIEL, JAIMES HERNÁNDEZ LAURA XIMENA, SALCEDO PEDRAZA JUAN SEBASTIÁN

Fundación Cardiovascular de Colombia FCV. Floridablanca, Colombia.

Introducción. La ectasia coronaria se caracteriza por una dilatación vascular anormal, asociada con alteración del flujo coronario. La dilatación coronaria aumenta la viscosidad sanguínea, activa la coagulación y promueve la trombogenicidad, aumentando así el riesgo de eventos coronarios agudos.

Objetivo. Destacar el riesgo de infarto agudo de miocardio en la ectasia coronaria.

Descripción del caso. Masculino de 62 años; antecedente de ectasia coronaria con trombo subagudo residual de la coronaria derecha, quien presenta cuadro agudo de dolor torácico típico; ECG normal; troponina elevada. La arteriografía coronaria evidenció: descendente anterior con ectasia proximal, con flujo lento en toda su extensión; circunfleja con ectasia severa en la bifurcación con primera marginal, con flujo lento distal; coronaria derecha con ectasia en tercio proximal y medio, con una obstrucción aguda trombótica del 100% en el tercio medio que recanaliza de forma temprana, volviéndose a obstruir en la porción distal de la arteria antes de la cruz, sin evidenciar llenado anterógrado. Previa infusión con tirofiban, antiagregación y anticoagulación plenas, se realizó angioplastia con balón con resultado subóptimo. Evolución sin complicaciones, siendo finalmente egresado con warfarina.

Discusión. Se expone un paciente con antecedente de ectasia coronaria y trombosis subaguda residual asociada en coronaria derecha en monoterapia con aspirina; reincide con nuevo infarto agudo de miocardio, con progresión de la ectasia y de la trombosis en coronaria derecha, que fue refractaria a manejo antiagregante y anticoagulante pleno, con resultado subóptimo con angioplastia con balón; este caso sugiere relación entre la ectasia y trombosis coronarias, y por tanto riesgo de infarto agudo de miocardio, por lo que es importante considerar la anticoagulación en estos pacientes.

Conclusiones. Hay relación entre la ectasia y la trombogenicidad coronarias, lo que aumenta el riesgo de infarto agudo de miocardio y por tanto la necesidad de considerar la anticoagulación en estos pacientes.

Palabras clave. enfermedad de las arterias coronarias; ectasia coronaria; infarto agudo de miocardio; trombosis; anticoagulación



C-11

COARTACIÓN DE AORTA ASOCIADA A ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA. SÍNDROME DE SHONE INCOMPLETO E HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA

MENDOZA BELTRÁN FERNÁN, REYES RUEDA MELISSA, ROMERO ACOSTA JULIAN ESTEBAN, GUZMÁN ROA KARINA ANDREA, BELTRÁN ESPAÑA JESÚS ANDRÉS, TÉLLEZ BUITRAGO SANTIAGO

Fundación Clínica Shaio. Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. El síndrome o complejo de Shone se describió por primera vez en 1963, refiriéndose a la asociación de estenosis mitral supravalvular, válvula mitral en paracaídas, estenosis aórtica subvalvular y coartación de la aorta. Este se denomina completo cuando presenta las 4 lesiones e incompleto al presentar algunas obstrucciones del lado izquierdo. Se presenta el caso de una paciente hipertensa severa con coartación de aorta y estenosis valvular aórtica severa.

Diseño y metodología. Estudio observacional tipo reporte de caso

Caso clínico. Se trata de una mujer de 63 años quien consultó por deterioro de clase funcional hasta disnea de moderados esfuerzos NYHA (New York Heart Association) III, asociado a cifras elevadas de presión arterial de difícil control. Con diagnóstico de estenosis aórtica severa fue remitida para manejo quirúrgico. En el examen físico se documentó un soplo aórtico en diamante grado 4/6, cifras de presión arterial más elevadas en miembros superiores al compararse con miembros inferiores (miembro superior izquierdo: 151/ 70 mmHg, miembro inferior izquierdo: 136/68 mmHg) y soplo sistólico en región interescapular. El ecocardiograma institucional documentó una válvula aórtica bicúspide, estenosis aórtica severa y coartación de aorta; se realizó cateterismo con arterias coronarias sin lesiones y en el aortograma distal al origen de la subclavia izquierda, se evidenció coartación aórtica post ductal, hallazgos que se confirmaron con la angiotomografía de aorta. Se realizó junta del grupo de corazón y se decidió colocación de un stent recubierto a nivel de la coartación aórtica. Posteriormente fue llevada a cirugía realizándose cambio valvular aórtico por prótesis biológica sin complicaciones y adecuado control de la presión arterial.

Conclusiones: La coartación de aorta es una rara causa de hipertensión arterial secundaria en los adultos, pero que debemos tener en cuenta en presencia de válvula aórtica bicúspide y un examen físico con diferencia de pulsos y presión arterial entre miembros superiores e inferiores. A pesar de no encontrar compromiso de la válvula mitral pensamos que pudiera corresponder a un complejo de Shone incompleto.



C-12

AORTITIS Y PSEUDOANEURISMA ÁORTICO COMO CAUSA DE DOLOR TORÁCICO: REPORTE DE CASO

ESPINOSA-SERNA JUAN SEBASTIÁN, VELÁSQUEZ LOUIS,
HENNESSEY DIANA·JALLER ELVIRA

Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La aortitis es la inflamación de las paredes de la aorta, sus causas son de origen infeccioso, inflamatorio, preneoplásicas e idiopáticas. Dependiendo de la localización de la lesión su clínica es diversa, desde dorsalgia, dolor torácico, abdominal, respuesta inflamatoria a síndrome aórtico agudo. Se puede llegar al diagnóstico a través de imágenes como la angiotomografía de vasos o angioresonancia. El tratamiento va enfocado a la causa que la origina.

Presentación de caso. Paciente masculino de 64 años, con antecedente de adenocarcinoma de próstata, Hipertensión arterial, Diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia. Ingresa a urgencias por dorsalgia y dolor torácico, asociado a respuesta inflamatoria con leucocitosis, neutrofilia y PCR elevada. Se descartó síndrome coronario agudo, se realiza Angiotac descartando tromboembolismo pulmonar, pero se documentó alteración de la densidad de la grasa periaórtica diafragmática presencia de gas, secundario a proceso inflamatorio con hematoma periaórtico. Se inicio esquema antibiótico, los estudios infecciosos fueron negativos (VDRL, FTABS, ADA en líquido pleural, hemocultivos, cultivos para micobacterias), inflamatorios (ANAS, ANCAS, ENAS negativos) Ecocardiograma sin lesiones valvulares, requirió remisión para completar realizar intervención quirúrgica, con evolución en curso.

Discusión. La aortitis una entidad de baja prevalencia es un diagnóstico diferencial a considerar en el dolor torácico con respuesta inflamatoria, que no se identifica etiología hasta en 70% de los casos, en este caso su diagnóstico también estuvo asociado a un pseudoaneurisma aórtico abdominal haciéndolo más inusual su presentación requiriendo manejo infeccioso con antibioticoterapia y posterior manejo quirúrgico

Conclusión. La aortitis una urgencia médica y quirúrgica se debe tener presente como diferencial de dolor torácico con signos de respuesta inflamatoria sistémica, además de su clínica diversa. En nuestro caso consideramos el diferencial idiopático sin desestimar la causalidad infecciosa ante mejoría con antibioticoterapia y sin demeritar su antecedente oncológico, en relación a paraneoplásico.



C-13

TAPONAMIENTO CARDIACO SECUNDARIO A PERICARDITIS PIOGENA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD

**PÉREZ COVO DIEGO ARMANDO, PUENTES CASTRILLON MARÍA
ELCY, GIRALDO BAHAMON GERMAN, ÁLVAREZ PERDOMO LUIS
CARLOS, PUENTES CASTRILLÓN JOSÉ JOVANY**

*Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, Universidad
Surcolombiana. Neiva, Colombia.*

Introducción. La pericarditis piógena es una entidad rara pero potencialmente mortal. La infección de origen bacteriano corresponde típicamente al 2% de las causas de derrame pericárdico. Cuando la presentación clínica es pericarditis, en aproximadamente 80-90% no se determina la etiología y solo en el 1% se ha relacionado con infecciones bacterianas, la mayoría de las veces asociado a procesos infecciosos sincrónicos. La fiebre es el síntoma que se presenta con más frecuencia, seguido por el dolor torácico y anomalías electrocardiográficas.

Presentación del caso. Mujer de 64 años de edad consultó por 10 días de disnea asociado a edema de rodilla derecha, al examen físico se encontró taquipneica, taquicárdica, ruidos cardiacos disminuidos de intensidad. Electrocardiograma mostró una elevación del segmento ST difusa, la radiografía de tórax mostro la silueta cardiaca aumentada de tamaño y el ecocardiograma confirmó la presencia de líquido asociado a compromiso hemodinámico por colapso de la aurícula derecha. Se realizó pericardiocentesis subxifoidea con drenaje de 210 ml de líquido purulento con crecimiento de staphylococcus aureus meticilino resistente (MRSA) en el cultivo, consistente con el aislamiento microbiológico en hemocultivos. Adicionalmente, presentó compromiso infeccioso metastásico en humero izquierdo y fémur derecho, por lo que recibió vancomicina por 42 días posterior al último curetaje óseo.

Discusión. La pericarditis por staphylococcus aureus meticilino resistente adquirido en la comunidad es extremadamente rara y hasta la fecha se han reportado alrededor de 7 casos en la comunidad a nivel mundial, siendo este el primer caso reportado en Colombia. Clínicamente se caracteriza por la presencia de fiebre y dolor torácico de características pleuríticas, asociado a alteraciones en el electrocardiograma en la mitad de los casos reportados. El diagnóstico suele confirmarse por el cultivo del líquido pericárdico y las alternativas terapéuticas que se tienen hasta ahora incluyen vancomicina, daptomicina y ceftarolina.



C-14

EMBOLISMO PARADÓJICO, AL FILO DE LA SOSPECHA. REPORTE DE CASO

REDONDO GÉLVEZ ADRIANA MERCEDES, MARTÍNEZ RUIZ SERGIO FERNANDO, LÓPEZ ZUÑIGA JAIME ANDRÉS, REDONDO GÉLVEZ RAYZA LIZ

Hospital Universitario de Bucaramanga, Los Comuneros. Bucaramanga, Colombia.

Introducción. La enfermedad cerebrovascular fue la segunda causa de muerte en el mundo según la Organización Mundial de Salud en el periodo 2010 - 2019, Alrededor del 30% son de causa desconocida, en los cuales el foramen oval permeable (FOP) es un hallazgo común y se le ha atribuido un rol etiológico. Presentamos el caso de una paciente que presentó accidente cerebrovascular isquémico (ACV-I) por embolismo paradójico, secundario a una trombosis venosa profunda (TVP), complicado con embolia pulmonar (EP).

Descripción del caso. Mujer de 83 años, antecedente quirúrgico 8 días previos de reemplazo total de cadera derecha por fractura subcapital, ingresa por episodio sincopal asociado a desviación de la comisura labial, monoparesia de miembro superior izquierdo, a la valoración se evidencia edema en miembro inferior derecho grado II, requerimiento de oxigenoterapia por cánula nasal, se realiza Doppler de extremidad derecha reporta: trombosis venosa subaguda en vena gemelar y solea, Angio-tomografía de tórax: embolismo pulmonar agudo de vasos segmentarios y subsegmentarios del lóbulo medio y ambos lóbulos inferiores, resonancia cerebral: múltiples infartos de apariencia aguda e hiperaguda a nivel parietal bilateral y cerebeloso derecho, Holter electrocardiograma sin evidencia de arritmias, Ecocardiograma transtorácico sin documentar FOP, dado alta sospecha se indica Ecocardiograma Transesofágico documenta FOP de 1,3 mm de diámetro y septum auricular aneurismático, equipo interdisciplinar considera cierre del defecto interauricular vía percutánea y anticoagulación.

Conclusiones. El foramen oval permeable se presenta en un 25% de la población, se ha planteado que esta malformación pueda predisponer a embolismo paradójico dado que en series de estudios se ha documentado trombos en el septum auricular y alrededor del foramen oval en pacientes con ACV-I y TVP que pueden pasar a la circulación pulmonar o cerebral y ocasionar embolia paradójica; la asociación entre FOP y ACV-I es diferente según la edad de los pacientes.

FOP: Foramen oval permeable, ACV-I: Accidente cerebrovascular isquémico, TVP: Trombosis venosa profunda, EP: embolia pulmonar.



C-15

CARGA DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y DETERIORO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE ADULTOS MAYORES EN LA COMUNIDAD

MARTINEZ ARISTIZÁBAL JUAN DAVID, GÓMEZ MONTES FERNANDO, CURCIO BORRERO CARMEN LUCIA

Universidad de Caldas. Manizales, Colombia.

Introducción. La capacidad funcional es un parámetro influido y soportado por múltiples sistemas, donde confluyen variables biológicas, sociales y ambientales (2). Ha surgido un gran interés para determinar los factores que la pueden alterar. Se ha venido explorando el papel que cumple la carga de diferentes factores de riesgo cardiovascular, por medio de escalas como FRS (puntuación general de riesgo de enfermedad cardiovascular de Framingham).

Diseño y métodos. En el presente estudio se plantea como objetivo explorar el potencial efecto de la carga de riesgo cardiovascular evaluada por medio de la FRS en adultos mayores y el deterioro de la capacidad física cuantificado por medio del SPPB (Batería corta de rendimiento físico), así como los parámetros clínicos y de laboratorio que puedan explicar vías de asociación. Se realizó un análisis secundario de la base de datos de la cohorte del estudio IMIAS (Estudio de Movilidad Internacional en Envejecimiento), se hizo un análisis estadístico de carácter exploratorio tratando de relacionar el riesgo cardiovascular categorizado en 3 grupos: alto, intermedio y bajo y el puntaje total del SPPB, para lograr determinar la existencia de diferencias en la puntuación entre los grupos y la evolución en la capacidad física a lo largo del tiempo en cada grupo de riesgo.

Resultados. Se demostró una tendencia en la cual el desempeño físico era menor a mayor riesgo cardiovascular, con un deterioro de la capacidad funcional estadísticamente significativa en los grupos de riesgo intermedio y alto durante el seguimiento a 4 años que se hizo a la cohorte del estudio.

Conclusiones. la capacidad física de una persona disminuye a medida que aumenta el riesgo cardiovascular. Adicionalmente la menor carga de factores de riesgo cardiovascular atenúa la pérdida de la funcionalidad en el tiempo.

La edad no explica la diferencia en la capacidad funcional entre los grupos.



C-16

EPIDEMIOLOGIA DE LA FIBRILACION AURICULAR EN COLOMBIA

MIRANDA MACHADO PABLO ANDRÉS, GUZMÁN SÁENZ ROBERTO CARLOS, ZUÑIGA SIMANCAS EDWIN ENRIQUE

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia. Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia.

Introducción. La Fibrilación Auricular (FA) es un arritmia cardíaca frecuente y la prevalencia a nivel mundial se ha duplicado en la última década debido al aumento de la capacidad para el diagnóstico y manejo de las enfermedades cardíacas y no cardíacas crónicas. El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia, incidencia y demanda de atención por FA en Colombia durante el periodo de 2010 a 2015.

Diseño. Estudio de corte transversal.

Métodos. Se incluyeron el total de personas atendidas a nivel nacional que tenían registrado el diagnóstico de FA (CIE-10 I48X) en la Bodega de Datos del Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO) del periodo entre 2010 y 2015. Para los ajustes de la prevalencia e incidencia, se incluyeron las estimaciones de la población nacional del Departamento Nacional de Estadística (DANE).

Resultados. La prevalencia e incidencia de FA estimada en Colombia en 2015 fue de 51.7 y 8.0 por 100 mil habitantes, respectivamente. La demanda de atención por FA en 2015 fue de 0.10%. Se estimaron más de 2800 casos nuevos de FA cada año. La mayoría de los casos predominan en mayores de 60 años. Se evidenció una tendencia al incremento en la prevalencia e incidencia de FA durante el periodo de estudio.

Conclusiones. La FA es una arritmia cardíaca frecuente en Colombia, principalmente en mayores de 60 años.

