

Cardiología

Cardiology

C-1

ORIGEN ANÓMALO DE LA ARTERIA CORONARIA DERECHA. REPORTE DE UN CASO

REY SANTAMARÍA DAIRO, RAMIREZ-BARRANCO R, ESTUPIÑÁN-LÓPEZ MC.

Fundación Cardioinfantil, Instituto de Cardiología, Bogotá, Colombia.

Introducción. La arteria coronaria anómala es una enfermedad congénita infrecuente, tiene una prevalencia del 0.1% al 1% en la población adulta; puede ser asintomática o manifestarse como una enfermedad isquémica con presentación de angina, infarto del miocardio, arritmias y muerte súbita. Siendo la arteria coronaria derecha originada del seno de Valsalva opuesto con curso interarterial, una condición rara, con una prevalencia del 0.03% comparado con la coronaria izquierda anómala.

Caso clínico. Se presenta un caso de un hombre de 41 años con antecedente de síncope desde la infancia que consultó por cuadro subagudo de dolor torácico con el esfuerzo, se le realizó una prueba de esfuerzo positiva para insuficiencia coronaria; llevado a estratificación invasiva con hallazgo de origen anómalo de la coronaria derecha en el seno de Valsalva opuesto con trayecto interarterial de la aorta y pulmonar generando compresión extrínseca causal de la manifestación de angina. Corrección quirúrgica con destechamiento de recorrido intramural de la arteria coronaria derecha exitosa.

Conclusión. La anomalía de la arteria coronaria es una entidad poco frecuente y causa de muerte cardíaca súbita; en la edad adulta generalmente se identifica en pacientes que son estudiados por isquemia miocárdica; cómo se presentó en este caso. La angiografía coronaria por Tomografía o Resonancia nos ayudan en la confirmación diagnóstica. El reparo quirúrgico en un gran porcentaje es exitoso.

C-2

AMILOIDOSIS CARDIACA

OÑATE ROSADO HERMES, DE BARROS-CORREIA E, MAGALHÃES JUNIOR A, DE MORAES MF, ABREU-RESENDE A, ALMEIDA-CAÇADOR T, CUNHA W D.

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, Brasil.

Introducción. La Amiloidosis es una enfermedad rara, caracterizada por el depósito de fibras de amiloide en el tejido extracelular de diversos órganos. La amiloidosis cardiaca es una miocardiopatía restrictiva de pronóstico reservado que causa rigidez y reducción de la relajación ventricular y puede afectar el sistema de conducción, válvulas, pericardio, arterias coronarias y vasos pulmonares. La Amiloidosis primaria (AL) afecta todos los órganos excepto el SNC y el corazón es comprometido en el 50% de los casos.

Relato de caso. Masculino de 56 años, natural de São Paulo, sin antecedentes de importancia, inició cuadro clínico en 2014 con dolor torácico tipo opresivo, intensidad moderada, no irradiado, 30 minutos de duración, empeora con el esfuerzo y mejora con el reposo asociado a disnea de medianos esfuerzos, solicitado test ergométrico con resultado inconclusivo y ante la persistencia de los síntomas indicado cateterismo cardiaco sin evidencia de lesiones coronarias obstructivas. Actualmente con signos y síntomas de insuficiencia cardiaca derecha. EKG ritmo sinusal, bajo voltaje, Ecocardiograma Transtorácico con septo 14 mm, Pared posterior 14 mm, FE 60%, aumento del espesor de las paredes ventriculares, disfunción diastólica con patrón restrictivo. Colesterol Total 450 mg/dl, LDL 354 mg/dl, Triglicéridos 320 mg/dl, Creatinina 1.67 mg/dl, proteinuria. Solicitado RMN cardiaca con hallazgos compatibles con amiloidosis posteriormente confirmada por histopatología.

Conclusión. Relatamos un caso raro de Amiloidosis Cardíaca en un paciente con mieloma múltiple que presentó angina típica como manifestación inicial. Debemos de sospechar en amiloidosis cardiaca en todo paciente con miocardiopatía restrictiva y con una relación inversa entre el EKG (Bajo voltaje) y la masa del ventrículo izquierdo en el ecocardiograma (Hipertrofia).

C-3**UN PATÓGENO SUBESTIMADO EN ENDOCARDITIS VALVULAR PROTÉSICA: *PROPIONIBACTERIUM ACNES*****BEJARANO JANETH, CASTAÑEDA X.**

*Programa Medicina Interna, Universidad del Rosario, Fundación Cardioinfantil –IC,
Departamento de Infectología, Fundación Cardioinfantil –IC, Bogotá, Colombia.*

Introducción. La endocarditis infecciosa (EI) por *Propionibacterium acnes* (*Pa*) es una patología infrecuente. El diagnóstico generalmente es tardío por la presentación oligosintomática que repercute en la destrucción perivalvular o formación de abscesos. Los datos sobre el tratamiento son escasos y se basan en reportes de caso.

Reporte del caso. Mujer de 44 años quien consulta por disnea y fiebre de una semana de evolución, portadora de válvula mitral biológica. En la evaluación inicial con soplo pansistólico, enfermedad periodontal y elevación de reactantes de fase aguda. Ecocardiograma TE con múltiples vegetaciones, destrucción del tejido valvular e insuficiencia mitral protésica masiva. Requirió manejo médico y quirúrgico. Al séptimo día de incubación hay crecimiento de *Propionibacterium acnes* en los hemocultivos con lo que se reajusta la antibioticoterapia con duración de 6 semanas más terapia inmunosupresora posterior.

Discusión. *Pa* es un bacilo gram positivo anaerobio de crecimiento lento, comensal de la piel, cavidad oral y gastrointestinal. La EI por *Pa* es infrecuente, menos de 100 casos descritos. La válvula aortica es la más frecuentemente afectada. Con elevada mortalidad (15-27%) por la destrucción valvular y retraso del diagnóstico.

No hay consenso general sobre cuál es el mejor tratamiento, sin embargo, es claro que la remoción quirúrgica del implante infectado es imprescindible y el tratamiento antibiótico debe ser prolongado para eliminar el biofilm.

Conclusiones. La EI por *Pa* en válvula protésica a menudo tiene un curso insidioso con alto riesgo de complicaciones como la destrucción valvular y formación de abscesos. Los cultivos anaerobios requieren un tiempo de incubación prolongado. Remover el material infectado y un tratamiento antibiótico prolongado controla el biofilm, por lo que la terapia supresora indefinida se recomienda.

C-4

INJURIA MIOCÁRDICA DESPUÉS DE CIRUGÍA NO CARDIACA (MINS). IMPLEMENTACION DE LA PRIMERA GUÍA DE PRACTICA CLINICA EN EL PAIS

NOVOA DANNY, GARAVITO C , CAMARGO C , MONTES F, VILLAR J.

Fundación Cardioinfantil, Instituto de Cardiología, Bogotá, Colombia

Introducción. La injuria miocárdica después de cirugía no cardiaca (MINS - *Myocardial injury after noncardiac surgery*) se define como una lesión debida a isquemia asociada a estos procedimientos. Representa la complicación vascular más común en pacientes mayores de 45 años sometidos a cirugía no cardiaca a nivel mundial, con incidencia del 8%. Nuestro objetivo fue describir el proceso de implementación de la guía de práctica clínica (GPC) para el manejo de MINS en la FCI.

Diseño. Estudio descriptivo.

Métodos. Se desarrolló una GPC para la prevención, identificación y manejo de MINS siguiendo la guía metodológica del MSPS. La GPC contiene 6 recomendaciones. Se aplica a pacientes ≥ 45 años hospitalizados ≥ 24 horas, sometidos a cirugía no cardiaca electiva o urgente. Se revisó el cumplimiento prospectivo de las recomendaciones, luego de su aprobación institucional (Septiembre 2016-Mayo 2017)

Resultados. De 1393 pacientes elegibles, identificados 325 (23.3%) a riesgo de MINS (64.1 ± 12.1 , 49% mujeres). De ellos, tamizados 156 (48%) con medición seriada de troponina. Entre ellos, el 20.5% (IC 95% 14.5 - 27.7) (n=32) desarrolló MINS. De estos, 28 fueron valorados por medicina interna o cardiología y en 26 se inició al menos uno de los medicamentos propuestos por la GPC. Entre los 156 pacientes a riesgo que fueron tamizados, la mortalidad fue 12% (4/32) en casos con MINS, comparada con 2.4% (3/124) en quienes tuvieron troponina negativa.

Conclusión. La injuria miocárdica después de una cirugía no cardiaca representa una condición frecuente, con alta mortalidad. Aunque el proceso inicial de implementación de la GPC es aún parcial, ha permitido optimizar los resultados de atención en esta población.

C-5**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA. EXPERIENCIA DE 6 AÑOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE FUNDACIÓN**

ARIZA EDWIN JESÚS, SUÁREZ EU, GIRALDO S, JAIMES FA, MUÑOZ E, SENIOR JM.

Universidad de Antioquia, Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín, Colombia

Introducción. La endocarditis infecciosa continúa siendo una condición amenazante para la vida, con una mortalidad del 25%, atribuible principalmente a *Staphylococcus spp* y *Streptococcus spp*. Se ha convertido en un reto diagnóstico y terapéutico esencialmente en los escenarios de hemocultivos negativos, consulta tardía y la presencia de múltiples comorbilidades. El objetivo fue describir las características clínicas, ecocardiográficas y microbiológicas en pacientes con endocarditis infecciosa.

Métodos. Estudio retrospectivo, basado en la revisión de historias clínicas en un centro médico de referencia en Medellín, Colombia. Incluyendo pacientes mayores de 18 años hospitalizados durante el periodo de Enero 2011 a Febrero 2017.

Resultados. Se describieron 130 pacientes, con un promedio de edad de 53 ± 16 años, siendo la enfermedad renal crónica la comorbilidad más frecuente en 38%, seguida por valvulopatía previa en 20.8%. La fiebre en el 90% fue la manifestación clínica más común. Presentaron endocarditis infecciosa de válvula nativa un 85.7%, afectando principalmente la mitral (40%). El agente etiológico más frecuente fue *Staphylococcus aureus* (meticilino sensible, MSSA: 44%), y se complicaron con embolia el 52.5% y con falla cardiaca el 30.8%. La intervención quirúrgica terapéutica se realizó en 48.5% de los casos, y se documentó una mortalidad intrahospitalaria del 39.2%.

Conclusión. La endocarditis infecciosa se presenta con múltiples manifestaciones clínicas, entre las que se destacan la embolia sistémica y la falla cardiaca aguda. Condicionan una mortalidad elevada, mayor a la reportada en otros estudios. El aislamiento microbiológico más frecuente es el bacteriano, principalmente *Staphylococcus aureus*, como lo muestra la tendencia global.

C-6

MORTALIDAD Y CAUSAS DE MUERTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA. EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD ESPECIALIZADA

ESTRADA SILVANA, ÁLVAREZ P, ORMAECHEA GA.

Hospital de clínicas, Montevideo, Uruguay.

Introducción. La insuficiencia cardiaca presenta una mortalidad igual o mayor a varias neoplasias, siendo las principales causas la muerte súbita y la falla refractaria aunque han disminuido en los últimos años. Dada la alta comorbilidad las causas de muerte no cardiovascular han aumentado su incidencia.

El objetivo es evaluar mortalidad y causas de muerte en pacientes de una unidad especializada analizando asociación de variables clínicas con las diferentes causas de muerte.

Metodología. Estudio descriptivo, observacional, de pacientes fallecidos entre octubre del 2005 y marzo de 2017. Recolección activa-pasiva de datos. Se clasificaron tres grupos: muerte cardiovascular, no cardiovascular y desconocida.

Significación estadística $p < 0,05$. Regresión de cox univariable y multivariable para análisis de mortalidad. Análisis comparativo entre causas de muerte según tipo de variable y distribución con test χ^2 , t de student, o de mann-whitney

Resultados. 182 muertes documentadas en 1041 pacientes registrados (17%), edad media 69 ± 5 , 70% sexo masculino. Muerte cardiovascular 54% (98), no cardiovascular 35% (64), causa desconocida 11% (20).

Mediana de sobrevida 973 días sin diferencias significativas entre causas cardiovasculares y no cardiovasculares.

En análisis multivariado la clase funcional se asoció a mayor riesgo de muerte cardiovascular OR 1,71 ($p 0,03$) (IC 1,04-2,80) y la neoplasia a menor riesgo OR 0,22 ($p 0,05$) (IC 0,04-1,0).

Las neoplasias se asociaron a mayor riesgo de muerte no cardiovascular OR 59 ($p 0,003$) (IC 3,96-901,92) y también la presencia de enfermedad renal OR 6 ($p 0,035$) (IC 1,13-31,84). El tabaquismo aparece con una asociación protectora OR 0,8 ($p 0,03$) (IC 0,008-0,79).

Conclusiones. La mortalidad hallada en esta cohorte es menor a las descritas en otros registros. Si bien predomina la cardiovascular, las causas no cardiovasculares se observaron en más de un tercio de la población.

C-7**COARTACIÓN DE AORTA COMO CAUSA DE HIPERTENSIÓN SECUNDARIA REPORTE DE DOS CASOS.**

ROJAS-CHAVERRA IC, ROJAS-CHAVERRA NM, HENRIQUEZ ORTIZ SAYURIS NAYETH, MANTILLA-CARDOZO BM.

Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.

La coartación de aorta es un defecto congénito cardiovascular que afecta a alrededor de 1 de 2900 nacidos vivos; esta patología es más frecuente en varones y es una de las causas de hipertensión secundaria con una incidencia estimada del 1%. A continuación se describen dos casos, uno de ellos es un paciente de 19 años quien presentó elevación de cifras tensionales asociado a deterioro de la función renal con doppler de vasos renales que identificó ondas de patrón irregular sugestivas de estenosis aórtica suprarenal, por lo que se ordenó toma de angiotac toracoabdominal que no reportó alteración y un ecocardiograma transefágico que reportó aorta bivalva y zona de coartación. El segundo caso, es un paciente de 22 años con diagnóstico de hipertensión arterial quien presentó hemorragia subaracnoidea y fue llevado a realización de arteriografía diagnóstica la cual fue fallida, debido a probable obstrucción de vasos supra-aórticos, hallazgo confirmado por angiotac de tórax en el que se evidenció zona de estenosis a la altura del ductus arteriovenoso, hallazgo también documentado en ecocardiograma transefágico.

Ambos pacientes fueron llevados a coartoplastia percutánea con implante de stent, logrando una evolución clínica satisfactoria. La hipertensión del paciente joven obliga a descartar una causa secundaria que la origine, dentro de las cuales se encuentran causas renales, endocrinas y la coartación de aorta como causa congénita; usualmente el compromiso es a nivel del istmo aórtico o en el sitio de inserción del conducto arterioso distal al origen de la arteria subclavia izquierda; esta alteración generalmente es confirmada con métodos de diagnóstico no invasivos como radiografía de tórax, ecocardiograma transtorácico y doppler; sin embargo en los casos descritos no se logró el diagnóstico con estas herramientas, requiriendo la realización de ecocardiograma transefágico y angiotac de tórax; el ecocardiograma es una herramienta útil no invasiva que puede aportar al diagnóstico.

C-8**SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN ADULTOS JOVENES DE BUCARAMANGA****HIGUERA SERGIO, HERNÁNDEZ L, HERNÁNDEZ H, VESGA B.***Instituto del Corazón de Bucaramanga, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.*

Introducción. Los síndromes coronarios agudos en jóvenes son importantes por morbilidad que generan y la esperanza de vida asociada. Las características de estos pacientes en el medio local son desconocidas.

Diseño: Estudio observacional, transversal, retrospectivo, con muestreo por conveniencia de los casos de síndrome coronario agudo en pacientes de 50 o menos años, con arteriografía coronaria, ocurridos entre 2009 y 2014 en una institución de tercer nivel.

Métodos. Se generó una base de datos en base a códigos CIE-10, se revisó historia clínica para confirmar elegibilidad. Se generó una base de datos en SPSS v23.0.0.0. Se reportaron medidas de tendencia central y de dispersión según el comportamiento en cuanto a normalidad por Shapiro-Wilk. Las variables categóricas se evaluaron como porcentajes.

Resultados: Se revisaron 533 historias incluyendo 128 casos. La mediana de edad fue 45 años (RIC 41,2 – 48), con predominio masculino (80,5%, n=103). El factor de riesgo más frecuente fue la obesidad/sobrepeso con 61,7% de los casos. La mediana de tiempo de síntomas fue de 7 horas (RIC 2 – 24). 40,6% (n=52) fueron infartos con supradesnivel, siendo la pared inferior la más frecuente (42,3%, n=22). 39,1% (n=50) no tenían enfermedad coronaria epicárdica. La lesión más frecuente fue la de la coronaria derecha (65,4%, n=51). El método de revascularización más frecuente fue la angioplastia percutánea (59%). La mortalidad hospitalaria fue del 1,6% y la mediana al egreso de 4 días (RIC 2-5).

Conclusiones. Existen importantes factores de riesgo en adultos jóvenes, como sobrepeso que pueden intervenir para reducir ocurrencia de estos eventos. Se requieren más estudios para evaluación de factores no convencionales y el riesgo atribuible a cada factor de riesgo.

C-9**PREVALENCIA DE ANEMIA EN PACIENTES ASISTIDOS EN LA UNIDAD MULTIDISCIPLINARIA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA**

ROMERO S, ANDRADE R, VELÁSQUEZ N, POMIÉS L, PÍRIZ J, DINI A, PÉREZ A.

Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Introducción. La insuficiencia cardíaca crónica (ICC), se puede definir como un síndrome clínico complejo y heterogéneo, resultado no solamente de la sobrecarga cardíaca sino también de una compleja interacción de cambios genéticos neurohormonales y bioquímicos. Dentro de las múltiples comorbilidades que afectan a la ICC, la anemia, es una de las más prevalentes y relevantes.

Diseño. Se realizó un estudio de tipo mixto: observacional, descriptivo y retrospectivo, con componentes analíticos.

Objetivo general: conocer la prevalencia de anemia en los pacientes con ICC asistidos en la Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca (UMIC). Objetivos específicos: caracterizar y tipificar la anemia. Observar la relación entre hemoglobina, fracción de eyección del ventrículo izquierdo y clase funcional según la NYHA.

Métodos. Se analizaron las historias clínicas de 414 pacientes asistidos en UMIC, en el período de un año. Se midió hemoglobina corpuscular media, volumen corpuscular medio, creatininemia, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y clase funcional de NYHA.

Los datos fueron informatizados y analizados mediante Software Excel, Versión 2010.

Resultados. La población mostró 32,3% de pacientes de sexo femenino y un 67,7% de hombre. La mayor prevalencia de ICC se dio entre los 60-70 años.

La prevalencia de anemia en pacientes con ICC fue 33,9%. La mayoría de los pacientes presentaron CFI I-II y FEVI menor a 40%.

Conclusiones. La prevalencia hallada de anemia en pacientes con ICC asistidos en la UMIC fue similar a los datos internacionales, siendo mayoritariamente leve, pura, normocítica y normocrómica.

Es de importancia conocer la situación de la anemia en los pacientes con ICC dado que se puede mejorar la calidad de vida de los mismos con tratamientos y controles más oportunos y eficaces.

C-10**PERICARDITIS Y TAMPONADE CARDIACO SECUNDARIO A CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE CON TRAPSLANTE ALOGENICO DE MEDULA OSEA**

LIMÓN-RODRÍGUEZ EDUARDO ARTURO, SALAS-SANDOVAL JE, MARÍN-VERA H, FLORES- FRANCO JI, RIVERA-MARTÍNEZ KS, PERALES-MARTÍNEZ DE, AMADOR-MEDINA LF.

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, León, Guanajuato, México.

Femenino de 28 años con antecedente de Mielofibrosis tipo III, llevada a TCPH alogénico en Agosto 2015. Curso con infección por CMV en la fase postrasplante temprano. Inicia el 08/08/16 con úlceras orales, fiebre de 38°C y evacuaciones sanguinolentas, lo que motivo su hospitalización. A su ingreso SV TA80/40, FC120, Sat88%, FR22; la revisión con úlceras orales, cuello con plétora yugular, ruidos respiratorios con murmullo vesicular bilateral, dolor en marco cólico, resto normal. Evolucionan falla respiratoria e hiperlactatemia. Requiere manejo con norepinefrina con pobre respuesta. Se le realizó TAC simple de tórax en la que se observa acumulo de liquido pericárdico. Se le realiza ecocardiograma transtorácico donde se observa derrame pericárdico calculado de al menos 500cc, con colapso de ambas aurículas y de la pared libre del ventrículo derecho. Se realizó pericardiocentesis con colocación de catéter pig tail 5Fr sobre introductor 5Fr con extracción de 1200cc de liquido xantocrómico, citoquímico inflamatorio, se realizaron las siguientes pruebas resultando negativas: cultivo convencional, PCR TB, tinción de KOH. La PCR para CMV positiva para 323127 copias. Se dio manejo con Valganciclovir 450mg cada 12h y drenaje por catéter a permanencia hasta su resolución 10 días después. Ecocardiograma de control con derrame residual mínimo por lo que se retira catéter y se da de alta. **CONCLUSIONES** La pericarditis por CMV es una entidad grave que puede evolucionar a tamponade de manera aguda.

C-11

MANIFESTACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON AMILOIDOSIS CARDIACA: ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO

MIRANDA-ARBOLEDA ANDRÉS F, MUÑOZ-CORTÉS V, MUÑOZ-ORTIZ E.

Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Hospital Universitario de San Vicente Fundación, Medellín, Colombia.

Introducción. La amiloidosis se caracteriza por acumulación de proteínas insolubles en diferentes órganos, causando falla orgánica progresiva. El compromiso cardiaco es frecuente pero el diagnóstico es tardío con implicaciones pronosticas importantes. Nuestro objetivo es describir los hallazgos electrocardiográficos de pacientes con amiloidosis cardiaca hospitalizados en un hospital universitario.

Diseño y métodos. Estudio de cohorte retrospectivo, búsqueda en historia clínica electrónica de códigos CIE-10 que incluyen la palabra “amiloidosis” desde enero/2011 a junio/2017. La información se analizó de manera descriptiva.

Resultados. De 75 pacientes con “amiloidosis” se demostró compromiso cardiaco en 14 y se analizaron los electrocardiogramas de 13. El sexo masculino fue predominante (n=10, 77%), la edad media fue 54,6 años (DE: 14,2), y el diagnóstico más frecuente fue amiloidosis primaria de cadenas livianas lambda (n=9, 69%), seguido de mieloma múltiple (n=3, 23%). La mayoría de pacientes (n=10, 77%) se presentaron en ritmo sinusal, seguido de fibrilación auricular (n=2) y un bloqueo AV completo; 93% (n=12) tuvieron bajo voltaje con promedio medido en derivadas de las extremidades de 0,4 mV, se identificó anomalía auricular izquierda en 54% (n=7) y 30% de los casos cumplieron criterios de hipertrofia ventricular izquierda (derivadas precordiales). Otros hallazgos incluyeron alteraciones de la repolarización en todos los pacientes, 2 casos de bloqueo de rama derecha y 2 de aumento del automatismo ventricular sin arritmias ventriculares sostenidas.

Conclusiones. La amiloidosis cardiaca es una enfermedad infrecuente, poco reconocida, pero con un pronóstico letal si no se diagnostica tempranamente. En pacientes con falla cardiaca y hallazgos en ECG como bajo voltaje acompañado de anomalía auricular izquierda, trastornos de repolarización, bloqueo de rama derecha y/o arritmias como fibrilación auricular; se debe tener alta sospecha e iniciar enfoque diagnóstico para buscar afección en otros órganos y confirmar el compromiso cardiaco con el fin de brindar manejo específico tempranamente.

C-12

PRESENTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA DE UN MIXOMA AURICULAR IZQUIERDO

JIMENEZ-CANIZALES CARLOS EDUARDO, MONDRAGON-CARDONA AE, LASPRILLA MI; BOTERON, SALAMANCA-MONTILLA JF, PINZÓN-TOVAR A.

Departamento de Medicina Interna, Universidad Surcolombiana, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, Neiva, Huila, Colombia.

Introducción. Entre los tumores cardiacos, los tumores de origen primario representan sólo el 5%; el mixoma, usualmente benigno, es el más común en los adultos, el 75% de ellos se alojan en la aurícula izquierda, un 20% en la derecha y los demás en los ventrículos. La mayoría de los pacientes pueden experimentar síntomas cardioembólicos y obstructivos intracardiacos, mientras que en algunos casos no suelen presentarse síntomas, o bien, simular enfermedades infecciosas, inmunológicas o malignas.

Caso clínico. Un hombre de 32 años de edad consultó al servicio de urgencias por cuadro clínico de 12 horas de evolución al ingreso, consistente en dolor torácico, asociado a mialgias intensas de miembros inferiores que no se relacionaban con la actividad física, desde hacía 2 años. Se instauró plan terapéutico por medicina interna en sospecha de lesión miocárdica. Se solicitaron exámenes paraclínicos que evidenciaron elevación de troponinas, leve hipercalcemia, el electrocardiograma de ingreso no reveló ninguna alteración, el ecocardiograma mostró la presencia de un mixoma en la aurícula izquierda. Fue intervenido por cirugía cardiovascular confirmándose el diagnóstico por estudio anatomopatológico.

Discusión. Los mixomas son tumores benignos, pero pueden ser mortales según su localización, la embolización a distancia puede manifestarse como eventos isquémicos cerebrales transitorios o episodios de cardiopatía isquémica. Los síntomas obligan a hacer un diagnóstico diferencial con conectivopatías, endocarditis infecciosa, vasculitis y procesos neoplásicos malignos. El ecocardiograma transesofágico es el método diagnóstico de elección, el tratamiento quirúrgico debe ser precoz, siendo curativo en la mayoría de los pacientes, con un excelente pronóstico.

Palabras claves. Mixoma auricular, ecocardiograma transesofágico, neoplasias cardiacas, dolor torácico, mialgia.

C-13

ENDOCARDITIS LIBMAN SACKS Y SINDROME ANTIFOSFOLIPIDO PRIMARIO: SERIE DE CASOS

PEMBERTHY-LÓPEZ CAROLINA, MUÑOZ-ORTIZ E, ARÉVALO-GUERRERO E, GÁNDARA-RICARDO J, MATAR O, VELÁSQUEZ O.

Universidad de Antioquia, Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín, Colombia.

Introducción. El síndrome antifosfolípido (SAF) es una enfermedad autoinmune que se presenta asociada a Lupus eritematoso sistémico y de forma primaria. Cursa con eventos trombóticos, pérdidas fetales, trombocitopenia y elevación de anticuerpos antifosfolípido. También puede cursar con manifestaciones cutáneas, renales, neurológicas y cardiovasculares; dentro de éstas el compromiso valvular conocido como endocarditis de Libman-Sacks es el hallazgo más prominente, con importante repercusión en la morbi-mortalidad de los pacientes.

Diseño. Descripción retrospectiva de una serie de pacientes con diagnóstico de endocarditis de Libman-Sacks asociado a SAF primario en un Hospital Universitario de Medellín-Colombia.

Métodos. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de endocarditis de Libman-Sacks asociado a SAF primario evaluados por el servicio de Cardiología y Cirugía Cardiovascular de un Hospital Universitario de Medellín-Colombia entre 2015-2016

Resultados. Se encontraron 3 pacientes con diagnóstico clínico de endocarditis Libman-Sacks con confirmación histológica en dos. La edad oscila entre 39-58 años, 2 pacientes de género masculino, el diagnóstico de ingreso fue neumonía y falla cardíaca en 1 paciente y evento cerebrovascular en los demás. Para el diagnóstico de SAF primario todos tenían antecedente de trombosis venosa, IgG anticardiolipinas, anticoagulante lúpico positivos y tiempos de coagulación prolongados, excepto una paciente quien tenía pérdidas gestacionales y anticoagulante lúpico positivo. Todos con fracción de eyección preservada, compromiso valvular mitral en 100% por engrosamiento con vegetación en 2, válvula aórtica engrosada en 2 pacientes y uno con vegetación. Los hemocultivos fueron positivos por otras infecciones concomitantes y la patología descartó compromiso infeccioso.

Conclusiones. La asociación entre endocarditis de Libman-Sacks y SAF es poco frecuente, pero con importante repercusión en la morbilidad de los pacientes por las potenciales complicaciones cardíacas y neurológicas que conlleva.

C-14

PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ZONAS RURALES DEL PARAGUAY

TORRES ESTELA; PERALTA R, RODRÍGUEZ G, ORTIZ E, LÓPEZ N,
GONZÁLEZ Y, MARTÍNEZ L, IBÁÑEZ A, NÚÑEZ F, CENTURION I,
CUELLAR J, AYALA A, TELLEZ J, FERREIRA I.

Departamento de Medicina Interna del Hospital Nacional de Itaugua, Paraguay.

Introducción. La identificación de los factores de riesgo ha servido para implementar las medidas para corregirlos, desarrollando guías de tratamiento y la modificación del estilo de vida para poder disminuir el impacto de la enfermedad cardiovascular. Es el objetivo del autor identificar la frecuencia de factores de riesgo cardiovasculares en poblaciones, de distintas áreas del país. A fin de implementar medidas de prevención cardiovascular. El presente es parte de un preliminar de un trabajo más amplio hemos estudiado 3 ciudades San Pedro, San Juan Bautista Misiones y Colonia Independencia.

Metodología diseño. observacional, descriptivo de corte trasverso **OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos en la población rural del Paraguay **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Describir los datos demográficos y socioeconómicos de los pacientes con FRCV, establecer la frecuencia de FRCV (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, obesidad, pre obesidad, dislipidemia, tabaquismo, circunferencia abdominal aumentada). Se incluyeron pacientes de ambos sexos de edad igual o mayor de 18 años que acudieron a consulta entre marzo y abril del 2017 **Criterios de exclusión:** Embarazadas. **Muestreo:** no probabilístico de casos consecutivos. **Variables:** demográficas, escolaridad, dependencia económica, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, obesidad, pre obesidad, dislipidemia, tabaquismo, circunferencia abdominal aumentada. **Análisis:** los datos fueron puestos en planilla Excel y analizados con el programa Epi Info 2007.

Resultados. 150 pacientes estudiados de los cuales 81% presentaron algún tipo de FRCV, edad media de 53 años \pm 18, 51% femenino, dependencia económica 35%, con escolaridad baja: 58%, se encontró DM2: 42%, HTA 40%, sobrepeso 35%, obesidad 15%, colesterol aumentado en 71%, HDL bajo 42%, LDL normal o alto en 63%, niveles altos de TG: 23%, tabaquismo 16%, circunferencia abdominal aumentada en 49%. Mayor frecuencia de los FRCV en la población correspondiente a Colonia Independencia donde la DM2 predominó, a diferencia de San Juan Bautista y San Pedro donde predominó la HTA.

Conclusiones. se encontró que la presencia de FRCV predominó en el sexo femenino, la DM2 es el factor de riesgo cardiovascular más frecuente, seguido por hipercolesterolemia, aumento de la circunferencia abdominal, HTA y en último lugar el tabaquismo en un 16%.

C-15

AMILOIDOSIS: UNA ENFERMEDAD QUE COMPROMETE EL CORAZÓN Y EN LA QUE DEBEMOS PENSAR

MORALES PILAR, CABRA A, MENDOZA F.

Fundación Clínica Shaio, Bogotá Colombia

Introducción. La amiloidosis cardíaca corresponde al depósito anormal extracelular de proteínas fibrilares y puede ser una manifestación de una entidad multisistémica o localizada. Es una causa frecuente de miocardiopatía restrictiva de tipo infiltrativo. Su presentación con insuficiencia cardíaca marca un peor pronóstico. Aunque varios tipos de amiloide pueden infiltrar el corazón solo la variedad senil, la primaria (AL), la secundaria (AA) y algunas hereditarias pueden tener manifestaciones cardiovasculares.

Diseño y método. Mediante reporte de caso, se presenta paciente con insuficiencia cardíaca agudamente descompensada con diagnóstico de amiloidosis cardíaca.

Caso clínico. Paciente de 41 años, con cuadro de 2 meses de deterioro de clase funcional hasta IV/IV y ortopnea. Al ingreso signos de congestión periférica, pulmonar e hipoperfusión tisular. Manejado en la unidad coronaria con ventilación mecánica no invasiva, inodilatadores y diuréticos con mejoría. Ecocardiograma transtorácico evidenció patrón granular, sugiriendo compromiso infiltrativo, derrame pericárdico 400cc. Cardiorresonancia reportó dilatación ventricular, fracción de eyección 43% y retención anómala del gadolinio subendocárdico sugiriendo. Se realizó ventana pericárdica y biopsia de grasa abdominal que confirmó por inmunohistoquímica depósito amiloide.

Resultados. Es una entidad que debemos sospechar en pacientes con insuficiencia cardíaca diastólica, miocardiopatía restrictiva y hallazgos extracardiacos. El diagnóstico puede confirmarse si hay signos ecocardiográficos o en la cardiorresonancia y se demuestra el depósito amiloide. El derrame pericárdico puede presentarse hasta en 50% de los casos. Se requiere una adecuada clasificación para determinar el tratamiento dirigido y el pronóstico. El tratamiento con quimioterapia, trasplante cardíaco y/o de médula ósea hacen parte del manejo.

Conclusiones. Dado que la primera manifestación de la amiloidosis puede ser el compromiso cardíaco, el internista o el cardiólogo deben tener en cuenta esta patología para un diagnóstico preciso y oportuno.

C-16

ANEURISMA DE ARTERIA PULMONAR: PRESENTACIÓN DE UN CASO

RAMIREZ CRISTHIAN; LASTRA G, GALINDO J, CORREA S.

Universidad Surcolombiana, Semillero de Investigación en Medicina Interna (SIMI). Hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo, Neiva Huila.

Introducción: los aneurismas de la arteria pulmonar son una condición infrecuente. Solo hay unos pocos casos publicados en la literatura médica. Presentamos el caso de una paciente quien consulta por síntomas neurológicos asociados a hipotensión y progresión a choque en quien se documenta aneurisma gigante de la arteria pulmonar.

Caso clínico: paciente femenina de 62 años con historia de hipertensión arterial e hipotiroidismo, quien consulta a urgencias por un cuadro clínico de 20 días de evolución de cambios del comportamiento (agitación, alucinaciones, episodios de agresividad) que en días previos al ingreso se asocian a postración marcada e inapetencia. A su ingreso se consideró evento cerebrovascular de origen cardioembólico sin embargo, posteriormente presentó hipotensión con progresión a choque que requirió soporte vasoactivo. Dentro de los estudios en la radiografía de tórax se encontró una lesión del hemitórax izquierdo con estudio tomográfico que reveló dilatación aneurismática del tronco de la arteria pulmonar y arteria pulmonar derecha. Luego de varios días se logró traslado a sala general con manejo expectante por grupo de cirugía cardiovascular.

Discusión: los aneurismas de los vasos pulmonares son una condición muy infrecuente. La incidencia se desconoce y en muchas revisiones se cita un estudio grande de una serie de autopsia. La etiología se ha reportado en numerosas y variadas entidades y el manejo de estos pacientes es aun controversia.