

Cardiología

Cardiology

C-1

DISMINUCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD EN FALLA CARDIACA, MEJORÍA DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN Y CLASE FUNCIONAL CON EL USO DE SACUBUTRILLO / VALSARTAN

PEÑA QUINTERO HAROLD, KOGA CORREA JENNY CAROLINE,
TASCON GUEVARA BRIGITTE NATHALIA.

Clínica Palmira, Palmira, Colombia.

Introducción. Se presenta un caso interesante de paciente con diagnóstico de falla cardiaca que presenta mejoría de su clase funcional, y se da a conocer a la comunidad médica los beneficios tangibles que tiene el uso de sacubitrilo valsartan en la morbimortalidad en una patología donde estadísticamente existe un alto riesgo de muerte súbita.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo.

Métodos. Paciente femenina de 59 años, antecedentes de hipertensión arterial diabetes mellitus tipo 2, infarto agudo de miocardio trombolizado en febrero 2017, quien ingresa a urgencias de la clínica Palmira con cuadro clínico compatible con falla cardiaca descompensada, (edema en pies y disnea) es hospitalizada evidenciando clase funcional NYHA III (New York Heart Association) además fevi (35%) reducida mostrada en ecocardiograma, se inicia manejo sintomático de falla cardiaca y se inicia tratamiento con sacubitrilo valsartan paciente en hospitalizaciones presenta mejoría de disnea y edema en miembros inferiores se considera egreso con manejo ambulatorio de sacubitrilo valsartan a dosis de 24/26 mg (miligramos)1 tableta cada 12 horas , con aumento a las 2 semanas de 49/51 mg.

Resultados. La paciente es citada a consulta de control ambulatorio 45 días después clínicamente presentando mejoría de su patrón respiratorio y desempeño a la hora de realizar actividades NYHA I, ecocardiograma que reporta fevi (fracción de eyección del ventrículo izquierdo) 50%.

Conclusiones. El uso de sacubitrilo/valsartan genero impacto, al mejorar la clase funcional de la paciente, de un NYHA III A UN NYHA I, disminuyendo así el riesgo de muerte súbita por falla cardiaca.

C-2

CORAZÓN CARCINOIDE Y TUMOR NEUROENDOCRINO METASTÁSICO

AGUDELO CARLOS, TRUJILLO DANILO, LUNA FREDY, ORTIZ CARLOS, GUERRA JOAQUÍN.

Fundación Cardioinfantil - Universidad del Rosario, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. Los tumores neuroendocrinos son neoplasias derivadas de las células enterocromafines, tienen incidencia de 1,2 a 5 casos por 100.000 habitantes. Se asocian a síndrome carcinoide (SC) en el 30 a 40% de los casos. Las principales manifestaciones clínicas del SC son diarrea, enrojecimiento facial y broncoespasmo. El compromiso cardíaco ocurre hasta en la mitad de los casos.

Presentación de caso. Paciente femenina de 60 años con cuadro clínico de ortopnea, disnea paroxística nocturna y disnea de mínimos esfuerzos. Al examen físico ingurgitación yugular, prominencia de ondas V, soplo holosistólico grado IV/VI en foco tricúspideo que se exagera con la inspiración y edema grado III en miembros inferiores. El ecocardiograma transtorácico reporta válvula tricúspide y pulmonar con insuficiencia severa. Adicionalmente la paciente refiere episodios de diarrea, enrojecimiento facial y broncoespasmo. Se solicita tomografía computarizada contrastada abdominal con masa hepática y engrosamiento irregular de la válvula iliocecal. Colonoscopia total con estenosis del 80% del íleon distal. Estudio histopatológico confirma tumor neuroendocrino de íleon distal de bajo grado. Niveles de cromogranina, 5-OH indolacético y 5-hidroxitriptamina elevados. Se realiza diagnóstico de tumor neuroendocrino con metástasis hepática, SC y compromiso cardíaco.

Discusión. Se necesita una alta sospecha clínica para el diagnóstico de SC en pacientes con valvulopatía tricuspídea y pulmonar en ausencia de hipertensión pulmonar o cor pulmonale. El compromiso cardíaco es la principal causa de morbimortalidad con tasas de supervivencia a 3 años del 30%. El manejo médico debe llevarse a cabo en centros de experticia con abordaje multidisciplinar, se basa en compensación de falla cardíaca derecha, análogos de la somatostatina y manejo quirúrgico del primario.

C-3

DEXTROCARDIA ADQUIRIDA

AVILA NATALIA, CELEMIN CARLOS, VARGAS JUAN GUILLERMO.

Hospital Santa Clara, Bogotá, D.C., Colombia.

La dextrocardia adquirida se define como un desplazamiento del corazón hacia el lado derecho la mayoría de las veces ocurre en edades tempranas de la edad neonatal, sin embargo existen pocos casos en los que puede ser adquirida por tumores o derrame pleural izquierdo o bien ser adherido o mantenido a la derecha por adherencias pleurales o atelectasias pulmonares, considerándose como tipo A.

Se describe el caso de un hombre de 58 años de edad quien ingresa por cuadro clínico de 20 días de evolución consistente en edema de miembros inferiores y 3 días de deterioro de la clase funcional hasta III/IV según la NYHA, con antecedentes de trastorno discapacidad intelectual por meningitis neonal, falla cardíaca crónica en quien se inicia bloqueo neurohumoral para falla cardíaca descompensada y manejo antibiótico por hallazgos en radiografía de tórax de opacidad basal derecha y desplazamiento de la silueta cardíaca al hemitórax derecho, quien durante hospitalización presenta arritmia cardíaca tipo fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida y requerimiento de cardioversión eléctrica por compromiso hemodinámico y respiratorio, así mismo con deterioro clínico presenta derrame pleural bilateral que requiere toracentesis bilateral obteniendo líquido pleural tipo trasudado compatible con falla cardíaca posterior a procedimiento paciente presenta paro cardiorrespiratorio con retorno de la circulación espontánea se traslada a unidad de cuidados intensivos, desarrolla falla orgánica múltiple con requerimiento de terapia reemplazo renal, se realiza cateterismo cardíaco izquierdo con coronarias pericárdicas sanas descartando origen isquémico, se revisa en historia clínica de hospitalización anterior radiografía de tórax de 11 meses previos donde se evidencia levocardia por lo que se considera dextrocardia adquirida secundario a atelectasia.

C-4

ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN VÁLVULA PROTÉSICA AORTICA POR *STREPTOCOCCUS GORDONII*

NAVARRETE LINDA, FUENTES CARLOS, ÁLVAREZ CAMILO, RESTREPO CARLOS, SUPELANO MARIO, MORA JAVIER.

National Clinics en alianza con Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá D.C., Colombia.

Introducción. La endocarditis infecciosa sobre prótesis valvulares presenta una elevada mortalidad. Es causada por un grupo variado de microorganismos; en la endocarditis de válvula protésica tardía, la microbiología es similar a la de válvula nativa, incluyendo *Staphylococcus sp.*, estreptococos del grupo viridans, *Enterococcus sp.*, sin embargo, hay gérmenes menos frecuentes. Presentamos un caso clínico de endocarditis infecciosa de la válvula protésica en posición aortica tardía, de curso subagudo, por *Streptococcus gordonii*.

Caso clínico. Paciente masculino de 69 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, con doble lesión aortica (estenosis severa e insuficiencia moderada) de causa isquémica, requirió reemplazo valvular con prótesis biológica en el 2014; con cuadro clínico de 15 días de evolución de fiebre intermitente, astenia, adinamia, dolor torácico atípico, disnea, deterioro de su clase funcional, diaforesis, palpitaciones y escalofríos, con clínica de falla cardiaca descompensada, evidencia de fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida, requiriendo manejo de frecuencia cardiaca con metoprolol, simultáneamente síndrome de respuesta inflamatoria sistémica con leucocitosis y neutrofilia, por alta sospecha de endocarditis infecciosa se realiza ecocardiograma transesofágico evidenciando vegetación en válvula protésica sin disfunción de esta, función ventricular izquierda deprimida y aislamiento en dos hemocultivos de *Streptococcus gordonii*, recibió tratamiento con penicilina cristalina 24 millones de unidades endovenosas al día por 6 semanas, con evolución satisfactoria, sin indicación de cirugía, ni complicaciones, hemocultivos de control negativos.

Discusión. El *Streptococcus gordonii*, es un coco gram positivo del grupo viridans, causante de la caries dental, es un agente etiológico poco usual de endocarditis infecciosa en válvula protésica, sin embargo, su presentación es de curso subagudo, haciendo difícil su diagnóstico y tratamiento precoz.

C-5

COMPROMISO CARDÍACO EN AMILOIDOSIS

BETANCUR SALAZAR KELLY JOHANNA, RONDÓN CARVAJAL JULIÁN FELIPE, THORRENS RÍOS JOSE GREGORIO.

Clínica CardioVID, Medellín, Colombia.

Introducción. La amiloidosis primaria (AL) es poco frecuente y puede llegar a presentar compromiso cardíaco en casi la mitad de los pacientes, llevando a cardiomiopatía restrictiva por infiltración amiloide. Presentamos 3 casos de pacientes que consultaron en nuestra institución por clínica de falla cardíaca aguda y síncope, en quienes se confirmó el diagnóstico de amiloidosis primaria (AL).

Resumen de los casos.

Caso 1: Hombre de 62 años que consultó por síncope, con evidencia de hipertrofia ventricular, derrame pericárdico y compromiso renal. hallazgos de resonancia (RMN) compatibles con patología infiltrativa e inmunofijación que confirmaron amiloidosis AL.

Caso 2: Mujer de 64 años con episodios presincoales y bloqueo aurículo ventricular (BAV) de primer grado, ecocardiograma con fracción de expulsión (FE) 35%, hipertrofia y patrón restrictivo. RMN con hallazgos compatibles con amiloidosis, confirmada por inmunofijación.

Caso 3: Hombre de 68 años con clínica de falla cardíaca crónica, EKG con bajo voltaje y bloqueo de rama derecha. Ecocardiograma con hipertrofia concéntrica severa, FE 25%, además de compromiso renal, con RMN e inmunofijación compatibles con amiloidosis AL.

Las biopsias de grasa abdominal para los 3 casos fueron negativas para tinción de rojo Congo

Discusión. La amiloidosis cardíaca es una causa poco común de falla cardíaca con pobre pronóstico. Las manifestaciones son de predominio derecho, con trastornos del ritmo, principalmente BAV. En los 2 primeros casos, la manifestación inicial fue el síncope es un marcador indirecto de cardiomiopatía restrictiva severa.

El ecocardiograma constituye una herramienta fundamental en la sospecha de amiloidosis, ya que los hallazgos de una cardiomiopatía restrictiva obligan a descartar una patología infiltrativa, que deberá ser confirmada mediante RMN, biopsia, electroforesis de proteínas y/o inmunofijación.

C-6

INSUFICIENCIA TRICUSPIDEA PRIMARIA ASOCIADA A INSUFICIENCIA CARDIACA DERECHA, LA VÁLVULA OLVIDADA

MENDOZA FERNÁN, ROMERO JOSÉ, LONDOÑO GABRIEL, IDROVO CAROLINA, MENDOZA LAURA VICTORIA, NÚÑEZ FEDERICO, CAICEDO VÍCTOR.

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

Introducción. La insuficiencia tricuspídea (IT) secundaria es una condición valvular cardíaca relativamente común, asociado a patología cardíaca y valvular izquierda y/o hipertensión pulmonar. La IT primaria es poco común y representa alrededor del 10% de los casos en adultos, ya sea congénita por anomalía de Ebstein o adquirida por enfermedad reumática, infecciones, trauma, síndrome carcinoide o fármacos. Presentamos el caso de una paciente con IT primaria severa asociada a insuficiencia cardíaca derecha refractaria.

Diseño y metodología. Estudio observacional tipo reporte de caso.

Caso clínico. Mujer de 44 años, con clínica de insuficiencia cardíaca y diagnóstico previo de anomalía de Ebstein tipo A y flutter auricular atípico, refractario a ablación del istmo cavo-tricuspídeo. Con múltiples reingresos. Remitida a la institución para tratamiento de la arritmia. En revisión de estudios se realizó una ecocardiografía transesofágica que reportó un ventrículo derecho dilatado con hipoplasia de valva septal tricuspídea e insuficiencia tricuspídea severa, sin criterios para una anomalía de Ebstein, una resonancia cardíaca con evidencia de valvas de implantación normal, engrosamiento de las mismas con dilatación del anillo y de las cavidades derechas, con función ventricular derecha conservada. Cateterismo derecho sin hipertensión pulmonar. Dado este hallazgo se planteó la corrección quirúrgica. Se realizó esta, luego de un tiempo de compensación, con reemplazo por una válvula mitral biológica PERIMOUNT en posición tricuspídea sin complicaciones.

Conclusiones. La IT primaria aislada es una patología relativamente rara, en esta ocasión se reevaluó el diagnóstico previo que tenía la paciente (anomalía de Ebstein) y se procedió a la corrección quirúrgica, con una adecuada evolución clínica. Actualmente en anticoagulación y medicación para el control de la respuesta ventricular de la fibrilación auricular permanente.

C-7

COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR COMO COMPLICACIÓN TEMPRANA POST INFARTO DE CARA ANTERIOR

MENDOZA FERNÁN, LONDOÑO GABRIEL, CASTAÑO ANGIE MARCELA, MENDOZA LAURA VICTORIA, ANDRADE DARÍO, FEDERICO NÚÑEZ, CAICEDO VÍCTOR.

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

Introducción. Las complicaciones mecánicas post infarto, son poco frecuentes teniendo alta morbilidad y mortalidad. Se documentan, comunicación interventricular (CIV), insuficiencia mitral aguda por ruptura de músculo papilar y la ruptura de la pared libre ventricular. La CIV por ruptura del septum interventricular, suele presentarse entre 3-5 días, con compromiso hemodinámico, soplo holosistólico rudo y cortocircuito de izquierda a derecha por ecocardiografía; el tratamiento inicial es de soporte, dependiendo de la situación clínica y el tiempo de evolución se decidirá entre cierre percutáneo o cierre quirúrgico. Describimos el caso de un paciente con infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) con ruptura del septum interventricular, hay controversia para decidir el tiempo quirúrgico de la CIV.

Materiales y metodología. Estudio observacional descriptivo reporte de caso.

Caso clínico: Hombre de 65 años con hipertensión arterial y dislipidemia, remitido por IAMCEST de cara anterior no trombolizado por estar fuera de ventana, con soplo holosistólico y ecocardiografía con CIV y disfunción ventricular del 35%; con lesión ostial de la descendente anterior (DA) y de la circunfleja (Cx), se realizó angioplastia más implante de Stent #2 medicados en DA y Stent medicado en Cx, e indicación de cierre quirúrgico de CIV al día 21 del evento agudo.

Presentó choque cardiogénico por fibrilación auricular colapsante que requirió soporte eléctrico, vasoactivo y mecánico con lenta recuperación; presentó un segundo episodio de inestabilidad hemodinámica, fue llevado a cierre quirúrgico satisfactoriamente, actualmente en recuperación.

Conclusión. Las complicaciones mecánicas post infarto se deben sospechar e investigar tempranamente ante la inestabilidad hemodinámica y hallazgos clínicos, con confirmación ecocardiográfica; existe controversia acerca de momento para realizar el cierre, la literatura menciona realizarlo cerca al día 21.

Debemos reforzar la reperfusión temprana en los infartos con elevación del ST.

C-8

COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES DEL CONSUMO DE COCAÍNA

SANTAMARIA ALZA YEISON, HERNANDEZ CELIS ANNIE.

Hospital Universitario de Santander, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.

Introducción. La cocaína es una sustancia con amplios efectos en SNC y en el sistema cardiovascular. En nuestro medio es la segunda sustancia psicoactiva más consumida, existe poca información sobre manejo y pronóstico clínico de los pacientes que presentan alguna de las complicaciones cardiovasculares por el consumo.

Caso clínico. Paciente de 40 años con clínica de 12 horas de evolución de dolor torácico t opresivo, irradiado a brazo izquierdo y mandíbula, disnea y diaforesis. Antecedente de HTA e IAM por vasoespasm coronario por consumo de cocaína. Refiere consumo de esta sustancia psicoactiva una vez a la semana, último consumo 10 horas antes de los síntomas. Ingresa con signos vitales estables, EKG mostró isquemia miocárdica en cara anteroseptal con troponina positiva, se hace diagnóstico de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, se inicia terapia anti isquémica, se realiza arteriografía con evidencia de vasoespasm coronario que revirtió espontáneamente, ecocardiograma TT dentro de límites normales, posteriormente se toma nuevo EKG que evidencia disminución del supra desnivel.

Discusión. El IAM asociado al consumo de cocaína se produce por aumento de la demanda de oxígeno, disminución de oxígeno por vasoconstricción, inducción de estado protrombótico por activación plaquetaria y aceleración de aterosclerosis siendo causa importante de IAM en pacientes jóvenes, el manejo terapéutico es similar al de otros síndromes coronarios , uso de antiagregantes , aspirina, nitratos y bloqueadores de canales de calcio , el uso temprano de benzodiazepinas ha mostrado disminución de presión arterial , frecuencia cardiaca y disminución del dolor sin embargo no existen estudios randomizados que definan un tratamiento específico para los IAM producidos por cocaína , el uso de beta bloqueadores es aún controversial . El pronóstico es bueno dado que tienen baja mortalidad y bajo índice de complicaciones

C-9

PERFIL CLÍNICO Y DEMOGRÁFICO DE PACIENTES CON FALLA CARDIACA AGUDA. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE COHORTE.

JUAN EMILIO, AMAYA NICOLAS, JUAN MARIETTA, ARBELAEZ LINA, CALVO LAUREN, VALENCIA MARGARITA, MARIÑO ALEJANDRO, GARCIA-PEÑA ANGEL.

Departamento de Medicina Interna. Hospital Universitario San Ignacio (HUSI), Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D.C. Colombia.

Introducción. La falla cardíaca es un problema de salud pública, su prevalencia aumenta con la edad, alcanzando para mayores de 70 años más del 10% y una incidencia de 10 por 10.000 en mayores de 65 años. La mortalidad intrahospitalaria es aproximadamente del 16%, aumentando de forma progresiva en el seguimiento. En Colombia existe limitada descripción de cohortes con falla cardíaca en escenarios agudos, dada la necesidad de caracterizar esta población para brindar un adecuado manejo se decidió la realización de este estudio para determinar las características clínicas y epidemiológicas locales.

Diseño. Estudio longitudinal descriptivo.

Metodología. Se incluyeron pacientes adultos admitidos en el HUSI entre Enero de 2013 y Diciembre de 2015 con diagnóstico de falla cardíaca aguda y estancia hospitalaria mayor a 24 horas. Pacientes con antecedente de trasplante de cualquier órgano, falla cardíaca avanzada en lista de trasplante, dispositivo de asistencia ventricular o aquellos remitidos a otra institución fueron excluidos.

Resultados. Se incluyeron 776 pacientes con edad promedio de 71.5 años, el 56% eran hombres, con estancia hospitalaria promedio de 10 días, 63% presentaron hospitalizaciones por descompensación previa. El principal factor de riesgo cardiovascular fue hipertensión arterial con 69%, seguida de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en un 30%. La fracción de eyección promedio fue 39% con BNP de 2368pg/dl. El 49% presentaron signos congestivos radiográficos y un 8% isquemia electrocardiográfica. El 5.6% falleció durante hospitalización.

Conclusiones. Los pacientes del HUSI son adultos mayores con alta prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares, fracción de eyección comprometida y baja mortalidad intrahospitalaria.

C-10

ABSCESO AÓRTICO PERIPROTÉSICO ROTO

CACERES EDWARD, JUAN MARIETTA, OSPINA DIEGO, MOLINA GERMAN, RIOS GIOVANNY, GARCIA-PEÑA ANGEL.

Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. Los eventos infecciosos luego de cirugía cardíaca son complicaciones temidas por los equipos que intervienen en el cuidado perioperatorio dado su alta morbimortalidad. La endocarditis infecciosa, mediastinitis y abscesos mediastinales son patologías supurativas agresivas que rápidamente pueden comprometer hemodinámicamente al paciente. Se requiere de un abordaje diagnóstico sistemático y preciso, buscando planear una intervención temprana dependiendo de la extensión del proceso infeccioso y la presencia de complicaciones cardíacas o periféricas.

Diseño. Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

Métodos. Informe del caso.

Resultado. Hombre de 61 años con antecedente de cambio valvular aórtico, reconstrucción de aorta ascendente y arco aórtico por disección aórtica Stanford A, con mediastinitis y bloqueo auriculoventricular completo en el postoperatorio, recibió manejo antibiótico e implante de marcapasos bicameral definitivo sin complicaciones.

Ingresa por dolor esternal, fiebre y taquicardia, por sospecha de infección mediastinal se inicia antibioterapia de amplio espectro, se realiza tomografía de tórax con fuga de contraste proximal al tubo valvulado, colección en la raíz aórtica y esternotomía; ecocardiograma transesofágico con colección periaórtica en su raíz comunicada con el ventrículo, dos parafugas periprotésicas y vegetación en electrodo auricular. Llevado tempranamente a cirugía encontrando absceso alrededor del anillo con desprendimiento del tubo valvulado en un 50%, retiran injerto, drenan colecciones, implantan tubo valvulado y dejan mediastino abierto con plan de lavados periódicos. Cursó con choque séptico requiriendo lavados mediastinales previos al cierre con mejoría progresiva, egreso hospitalario a las 4 semanas.

Conclusión. La complejidad y agresividad de éstas patologías obligan a un acercamiento diagnóstico preciso y rápido para una intervención temprana. La tomografía con su precisión y enfoque multiplanar, y el ecocardiograma transesofágico con su valoración funcional y en tiempo real son métodos complementarios, deben ocupar los primeros escalones del estudio de un paciente con sospecha de una complicación infecciosa tras cirugía cardíaca.

C-11

MIOCARDITIS Y PUENTE MUSCULAR: ASOCIACIÓN CON MANIFESTACIONES SEMEJANTES AL SINDROME CORONARIO

MENDOZA FERNÁN, MORALES MILENA.

Medicina Cardiovascular y especialidades de alta complejidad, Fundación Clínica Shaio, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La miocarditis es una enfermedad inflamatoria del miocardio, secundaria a infecciones virales; se presenta con disnea y/o dolor torácico. Puede resolverse sin tratamiento o evolucionar hasta choque cardiogénico. El diagnóstico se basa en la clínica, electrocardiograma (ECG) y pruebas diagnósticas no invasivas. La biopsia endomiocárdica es el patrón de oro. La resonancia cardíaca (RC) es una herramienta útil no invasiva.

Describimos el caso de un joven, admitido por dolor torácico típico con elevación de biomarcadores, donde la RC fue fundamental para el diagnóstico, además por angiografía coronaria se evidencia puente muscular incidental.

Materiales y metodología. Estudio observacional descriptivo reporte de caso.

Caso clínico. Masculino de 31 años, ingresa por dolor torácico típico. El ECG evidenció elevación del ST en todas las derivaciones. Previamente manifestó cuadro de gastroenteritis aguda. Examen físico fue normal. Se sospechó miopericarditis por cambios en el ECG y troponina I elevada. Presentó nuevamente dolor torácico típico 10/10; ECG con cambios dinámicos y elevación del ST en cara inferior y lateral. Sin disponibilidad de hemodinamia, se realizó trombólisis con Tenecteplasa; con mejoría clínica y electrocardiográfica. Llevado a coronariografía encontrando puente muscular en tercio medio de la descendente anterior. La RC reportó realce tardío en subepicárdico y mesocárdico, compatible con miocarditis.

Conclusiones. La miocarditis puede confundirse con SCA, como en este caso. La RC es el método diagnóstico más importante. La biopsia endomiocárdica es el “patrón de oro”; pero con indicaciones precisas.

Los puentes musculares son una condición congénita; las arterias epicárdicas se introducen en el tejido miocárdico, para luego reaparecer en la superficie. La presentación clínica es diversa con síntomas SCA, taquicardia ventricular e incluso muerte súbita. El diagnóstico se basa en angiografía coronaria y el tratamiento es médico (betabloqueadores).

C-12

INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA, DIABETES Y CIRROSIS COMO MANIFESTACIONES DE UN CASO DE HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA

MENDOZA FERNÁN, ORTIZ PAOLA, MEDINA OSCAR, JARAMILLO CLAUDIA, ARIZA GERARDO.

Clínica de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante Cardíaco; Servicio de Endocrinología. Grupo de Investigación: Medicina Cardiovascular y Especialidades de Alta Complejidad. Fundación Clínica Shaio.

Introducción. La hemocromatosis hereditaria es un trastorno genético autosómico asociado a mutaciones en los genes, ha sido dividido en cuatro subtipos, causando sobrecarga de hierro en el organismo producto de una mayor absorción intestinal de hierro. El compromiso cardíaco es dado por un exceso de hierro que ingresa a los miocitos generando radicales libres con posterior daño miocárdico.

Las manifestaciones cardíacas van a estar dadas por una miocardiopatía dilatada pericarditis constrictiva, trastornos en la conducción y arritmias. El diagnóstico se realiza con valores de ferritina > 200 ng/ml en hombres y > 150 ng/ml en mujeres y saturación de transferrina $> 45\%$. La resonancia magnética cardíaca nos permite establecer por medio del método T2* los depósitos de hierro. La flebotomía es el tratamiento de elección, en caso de anemia o estados de congestión severa se prefiere iniciar con terapia de quelación. El trasplante cardíaco es una opción viable para la insuficiencia cardíaca refractaria a la terapia médica.

Materiales y metodología. Estudio observacional descriptivo reporte de caso.

Caso clínico. Hombre de 30 años de edad con cuadro clínico de 6 meses de evolución consistente en disnea, ortopnea, ascitis y edema de miembros inferiores, asociado a hiperpigmentación (bronceado) en piel, con ecocardiografía que evidenció cardiopatía dilatada y FEVI del 20 %, en quien durante su hospitalización se le diagnosticó diabetes de novó. Con ferritina en 6.190 ng/ml, resonancia y biopsia hepática cuyos resultados confirmaron hemocromatosis y cirrosis.

Conclusiones. Debemos sospechar la hemocromatosis ante la presencia de insuficiencia cardíaca de etiología no clara, diabetes e hiperpigmentación de la piel. La resonancia de corazón con un valor de T2* < 10 ms confirma el compromiso miocárdico y la necesidad de tratamiento inmediato. En casos severos el trasplante cardíaco solo o el trasplante de corazón e hígado pueden ser una opción con alto riesgo de mortalidad.

C-13

RELACIÓN ENTRE EL RESULTADO DE TROPONINA CARDÍACA Y LA MORTALIDAD EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

ARAUJO DURAN JORGE, CONCHA DIANA, BARROS CAMILO.

Hospital Universitario de la Samaritana, Zipaquirá (Cundinamarca), Colombia.

Introducción. La prueba de troponina cardíaca (Tnc) I y T es usada para el diagnóstico de infarto de miocardio. Se ha reportado la relación que tiene la elevación de la troponina con la mortalidad en otras entidades distintas al síndrome coronario agudo. En nuestro estudio se pretende describir el comportamiento de la prueba de troponina cardíaca en un hospital de segundo nivel de acuerdo con el desenlace en el servicio de urgencias, dentro de los cuales se incluye la mortalidad.

Diseño. Estudio descriptivo retrospectivo donde se analizaron los resultados de troponina de 1292 pacientes adultos en el servicio de urgencias.

Métodos. Previa descripción de la frecuencia de troponinas positivas y negativas, se realizó contraste de medias de los fallecidos en ambos grupos con prueba T de Student. Se estableció cual motivo de consulta presentó más mortalidad en ambos grupos.

Resultados. El total de pacientes con troponina positiva fue de 82 (6,3%) y 1210 negativas (93,7%). La mortalidad fue mayor en el grupo de los pacientes con troponinas positivas (7,3%) comparado con el grupo de pacientes con troponinas negativas (1,6%), con una diferencia estadística ($p=0,001$). Dolor torácico (33%) y síncope (33%) fueron los motivos de consulta más frecuentes en los fallecidos con troponina positiva. El motivo de consulta más frecuente en los fallecidos con troponina negativa fue disnea (26,3%).

Conclusión. Se observó una mayor mortalidad en los pacientes con troponina positiva, independientemente del diagnóstico final. Se plantea la posibilidad de realizar seguimiento al resto de los pacientes no fallecidos con troponina positiva para conocer su desenlace ulterior y ampliar el impacto de esta prueba en la mortalidad.

C-14

COMPARACIÓN DE ESCALAS DE PREDICCIÓN DE RIESGO EN DOLOR TORÁCICO, EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

TORRALBA ADRIÁN FELIPE, NAVARRO ALBERTO, ORTIZ CARLOS.

Fundación Cardioinfantil Instituto de Cardiología, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. El presente estudio comparó el desempeño de las escalas HEART, TIMI y GRACE en predicción de eventos cardiovasculares mayores (MACE - Muerte, IAM, revascularización quirúrgica o percutánea) a 30 días, en pacientes con dolor torácico en un centro de referencia de patología cardiovascular

Diseño. Estudio prospectivo observacional analítico de prueba diagnóstica

Métodos. Entre agosto 2017 y febrero 2018 se tomó pacientes con dolor torácico agudo y se calculó las tres escalas mencionadas. El desenlace primario fue la ocurrencia de MACE dentro de los 30 días de seguimiento. Se excluyeron pacientes con IAM CEST, dolor torácico no cardíaco, quirúrgico o psicógeno.

Resultados. Se incluyeron 519 pacientes, 224 tuvieron MACE a 30 días con una incidencia de 43% y un número total de eventos, de 351. El estadístico C para la escala HEART fue 0.937, para TIMI 0,844 y para GRACE 0.797. Utilizando el test no paramétrico

de DeLong, se encontró una diferencia significativa con una p menor a 0.0001.

Un puntaje de HEART menor o igual a 3 tiene una sensibilidad de 99.5% y un valor predictivo negativo de 99%, siendo mayor que lo obtenido con los otros puntajes. La incidencia de MACE para HEART fue de 1.99%, para el grupo de bajo riesgo; 34.47% para el intermedio y 63.5% para el de alto riesgo.

Conclusiones. La escala HEART discrimina con mayor efectividad los eventos cardiovasculares a 30 días de seguimiento, y diferencia con mayor precisión a los pacientes de bajo riesgo de MACE lo que permite definir un egreso más temprano y ahorro en pruebas diagnósticas.

C-15

MIOCARDIOPATIA DILATADA PERIPARTO: PRESENTACION DE UN CASO

GRANELA KATYA, BROCHADO LEONARDO.

Clínica General del Norte, Barranquilla, Colombia.

Introducción. Miocardiopatía dilatada periparto se define como un trastorno de causa desconocida por disfunción sistólica del ventrículo izquierdo y síntomas de falla cardíaca, que ocurren entre el último mes del embarazo y los primeros cinco meses después del parto en mujeres sin signos ni síntomas preexistentes de enfermedad cardíaca.

Diseño. Un caso de miocardiopatía dilatada periparto de presentación atípica

Método. Femenina de 35 años de edad en su puerperio mediato (hace 2 meses parto vaginal) quien ingresa al servicio de urgencias por disnea, disminución de la clase funcional, palpitaciones, fatiga, astenia, adinamia, con cambios electrocardiográficos dinámicos en la repolarización ventricular, ecocardiográficos y hemodinámicos.

Resultados. Se le realiza electrocardiograma: con cambios dinámicos en la frecuencia cardíaca y en la repolarización ventricular, ecocardiograma transtorácico: ventrículo izquierdo levemente dilatado sin hipertrofia de sus paredes con hipoquinesia difusa a predominio del septum inferior, pared anterior y pared posterior con disfunción sistólica global severa 20%. Cateterismo cardíaco izquierdo arterias coronarias epicárdicas angiográficamente sin lesiones.

Conclusión. Presentamos un caso de miocardiopatía dilatada periparto en una paciente la cual realiza sus manifestaciones clínicas 2 meses de su posparto vaginal normal, se le indicó cateterismo cardíaco por cambios dinámicos electrocardiográficos lo cual es atribuible a su trastorno miocárdico. Actualmente paciente en manejo de insuficiencia cardíaca, evoluciona satisfactoriamente, de alta médica, por consulta externa de cardiología se evidenció mejoría de la función ventricular.

C-16

PROTOCOLOS ADAPT VS HEART EN EL DIAGNÓSTICO DEL DOLOR TORÁCICO: DISEÑO DE UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO PRAGMÁTICO

SPROCKEL JOHN*, **DIAZTAGLE JUAN***, CHAVES WALTER, ALVAREZ JOHAN, BOHORQUEZ JUAN, HURTADO EDUARDO, HERRERA GEOBER, ALZATE JUAN, OLAYA ALEJANDRO.

Hospital San José – Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. Los protocolos de diagnóstico acelerado en dolor torácico consisten en el uso seriado de electrocardiogramas y marcadores de lesión miocárdica obtenidos en un periodo de 6 a 12 horas seguidos por una prueba confirmatoria. Con las troponinas ultrasensibles se ha hecho posible un tamizaje cada vez más preciso de los casos negativos de síndrome coronario agudo (SCA).

Contamos con cuatro tipos de algoritmos: a) protocolos 0/1 hora; b) protocolos 0/3 hora; c) protocolos 0/2 hora más reglas clínicas y d) protocolos con otros marcadores como la cotinina. En nuestro ámbito no es usual contar con las troponinas validadas para los primeros dos tipos de protocolo, o con la cotinina; por lo que lo más viable es combinar las reglas clínicas con el resultado de la troponina. Los protocolos ADAPT y HEART, dos de los más estudiados del tercer grupo, no han sido comparados en un ensayo clínico.

Objetivo. Comparar la efectividad de los protocolos ADAPT y HEART para lograr el alta temprana segura en pacientes con dolor torácico y sospecha de síndrome coronario agudo.

Metodología. Se realizará un ensayo clínico aleatorizado abierto pragmático. Se incluirán adultos que ingresen a emergencias del Hospital San José de Bogotá con síntomas cardiacos sugestivos de SCA durante seis meses. Desenlace primario: porcentaje de altas tempranas, desenlaces secundarios: eventos cardiovasculares mayores al mes y las características operativas diagnósticas. Con una tasa de altas esperadas del 19% con ADAPT y 30% con HEART se requerirán 486 pacientes (243 por grupo) para alcanzar un poder del 80% y un error tipo I del 5%.

Conclusiones. Un estudio que compare los protocolos ADAPT y HEART nos permitirá obtener información acerca de la mejor forma que tenemos para la estratificación de los pacientes que consultan a urgencias por dolor torácico en nuestro medio.

C-17

AGENESIA DE ARTERIA PULMONAR UNILATERAL EN ADULTO CON TETRALOGÍA DE FALLOT

CASTRO LEIDY, CÁRDENAS LAURA, SPROCKEL JOHN

Departamento de Medicina Interna del Hospital San José, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La agenesia unilateral de la arteria pulmonar (AAPU) es una anomalía congénita rara debido a una malformación del sexto arco aórtico durante la embriogénesis, tiene una prevalencia de 1/200000 adultos jóvenes.

Presentación del Caso. Paciente masculino de 29 años con un año de cianosis, disnea de moderados esfuerzos, dolor axilar izquierda y palpitaciones. Antecedentes de meningitis, artritis séptica y rinitis alérgica. Al examen reforzamiento del segundo ruido, cianosis central y periférica e hipocratismo digital. Laboratorios con poliglobulia y un trastorno moderado de la oxigenación. Angiotomografía torácica: aumento de tamaño de cámaras izquierdas, no se visualiza arteria pulmonar derecha ni sus ramas, circulación colateral en mediastino, disminución e irregularidad de la pared del árbol bronquial derecho, pérdida de volumen de pulmón derecho. Ecocardiograma transesofágico: acabalgamiento de la raíz aortica, comunicación interventricular, hipertrofia ventricular derecha y agenesia de arteria pulmonar derecha, con sospecha de tetralogía de Fallot.

Discusión. La AAPU con frecuencia se acompaña, como en nuestro caso, de anomalías cardiovasculares como tetralogía de Fallot o defectos septales cardiacos, pero puede ser aislada. Suele evolucionar de forma asintomática hasta la adultez; los síntomas que la caracterizan son: disnea, dolor torácico, hemoptisis e infecciones respiratorias recurrentes. La tetralogía de Fallot se caracteriza por acabalgamiento aórtico, estenosis pulmonar, comunicación interventricular e hipertrofia ventricular derecha, en vez de la estenosis, nuestro caso presentó agenesia de la arteria pulmonar. La hipertensión pulmonar influye de manera negativa en la supervivencia. El tratamiento debería ser preferiblemente quirúrgico, incluyendo neumonectomía, revascularización y embolización selectiva de arterias sistémicas bronquiales que en nuestro caso estuvo contraindicado. Se puede apoyar con fármacos para la hipertensión pulmonar.

Conclusión. La AAPU es una malformación rara se asocia con frecuencia a otras malformaciones y debe ser identificada de forma temprana para poder dar la oportunidad de un manejo apropiado.

C-18

PERICARDITIS CONSTRICTIVA POR TUBERCULOSIS REPORTE DE CASO CLINICO

GONZÁLEZ YESENIA, ARTETA SHEILA.

Hospital Universidad Metropolitana, Barranquilla, Colombia.

Introducción. La tuberculosis pericárdica es responsable del 4 % de pericarditis aguda y 6% de los casos de pericarditis constrictiva. La pericarditis constrictiva es una de las secuelas más serias de la pericarditis tuberculosa ocurre en el 30-60% de los pacientes. La presentación clínica es variable. El diagnóstico definitivo está basado en la demostración de la sección histológica del pericardio. El tratamiento consiste en un régimen antituberculoso de 4 medicamentos standard durante 6 meses.

Métodos. Se trata de paciente Masculino de 37 años con cuadro de 1 mes de evolución dado por disnea, asociado a ortopnea, edema de miembros inferiores, tos seca y dolor torácico. Presenta ingurgitación yugular, disminución del murmullo vesicular en base izquierda, pectoriloquia, reflejo hepatoyugular positivo. Se realiza ecocardiograma que evidencia pericarditis por evidencia de engrosamiento pericárdico con fisiología constrictiva, hipoquinesia de pared inferolateral con FEVI 40%. En biopsia pericárdica hallazgos compatibles con tuberculosis, iniciándose isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol con resolución de la enfermedad.

Resultados. Biopsia: los cortes histológicos identifican fragmento de tejido conectivo fibroso denso con estructuras granulomatosas bien organizadas constituidas principalmente por histiocitos, células epitelioides y corona de linfocitos, con necrosis central caseosa y células gigantes multinucleadas de tipo langerhans.

Conclusiones. La pericarditis tuberculosa es una entidad inusual, con gran impacto en la mortalidad, con clínica variable desde un estado asintomático hasta presentar constricción severa, se considera como ayuda diagnóstica el ecocardiograma, pero como prueba definitiva de la enfermedad la patología con la presencia de granulomas compatible con tuberculosis, lo que ayudo al diagnóstico y tratamiento adecuado con mejoría en el pronóstico de vida de la paciente.

C-19

UTILIDAD DIAGNOSTICA DEL SIGNO DE FRANK EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE TECER NIVEL

ÁLVAREZ LUIS, BURITICÁ WILSON, CALDERÓN LAURA, LOSADA MARÍA, MACÍAS DANIELA, VERGARA JHON.

Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP), Neiva, Colombia.

En 1973, Frank describió la asociación entre la hendidura diagonal del lóbulo de la oreja y la enfermedad de arterias coronarias. En su descripción original era bilateral y se asociaba con otros factores de riesgo y la aparición prematura de enfermedad cardíaca isquémica por tal razón surge la necesidad de determinar la utilidad diagnóstica del signo de Frank en pacientes con enfermedad cardiovascular atendidos en el servicio de urgencias del HUHMP.

Diseño. Prevalencia y prueba diagnóstica prospectivo.

Metodología. Se recolectaron los datos con instrumento establecido, revisión del electrocardiograma de la historia clínica y registro fotográfico de las orejas de pacientes adultos que ingresaron con sospecha de enfermedad cardiovascular.

Resultados. La comorbilidad con mayor prevalencia fue la HTA con un 80,3%, seguido de tabaquismo con un 68,9%. De los 238 pacientes, 96 (40,3%) presentaron un cuadro clínico con diagnóstico de síndrome coronario, de los cuales 52 (54,1%), tenían el signo de Frank; del 66% de los pacientes con cardiopatía presenta el signo de Frank, con mayor prevalencia en los hombres con un 39%, frente a un 25% del mismo género que no lo tuvo. Es de aclarar que la muestra obtenida hasta ese momento no pudo ser completada, sin embargo la recolección de datos continuó hasta el 15 de mayo y el análisis correspondiente a estos datos está en proceso.

Conclusiones. El signo de Frank en pacientes con cardiopatías generó sospecha de compromiso vascular, ya que su presencia se registró con alta frecuencia en pacientes con antecedentes de hipertensión arterial, tabaquismo y diabetes, tres de los factores de riesgo más importantes para arteriosclerosis.

C-20

EXPERIENCIA EN CATETERISMO CARDIACO DERECHO EN PACIENTES CON SOSPECHA DE HIPERTENSION PULMONAR EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

JURADO YAMILE, CUETO GUILLERMO, GÓMEZ SAMUEL.

Unidad de Neumología, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” y Facultad de Medicina, UNAM, México, CDMX

Metodología. Estudio observacional, descriptivo en 241 CCD realizados en 239 pacientes con sospecha de HP en 60 meses, se describieron indicaciones, abordajes vasculares, complicaciones, datos hemodinámicos y respuesta a reto vasodilatador (RVD).

Resultados. El diagnóstico de HP (presión arterial pulmonar media (mPAP) \geq 25mmHg) se documentó en 83.8% de los casos, el 6.6% tenían HP limítrofe y en el 8.8% no se encontró HP.

La HAP fue la más frecuente (66,3%), seguido por HP del grupo 3 (16.3%) y grupo 4 (12.8%). 4 casos se clasificaron como grupo 5 y 3 en el grupo 2. La mPAP fue de 46.8 mmHg (DS 21.5mmHg).

El acceso vascular predominante fue vena yugular interna (75.9%), seguidos por fosa antecubital (19.4%) y femoral (3%). No se presentaron complicaciones en el 73.5% de los casos, el resto presentaron las siguientes complicaciones: hipertensión arterial sistémica (12.2%), extrasístoles ventriculares aisladas (8.4%), arritmias atriales (1.3%) Neumotórax postpunción (0.4%), en 3 ocasiones se puncionó la arteria carótida y solo se presentó un hematoma local, el 4.5% de los pacientes tenía difícil acceso vascular por lo que se usó sedación y punción guiada por ultrasonido. 98.7% de los procedimientos se realizaron por el médico especialista y el 1.3% por residentes.

El RVD se realizó en 55% de los pacientes y fue positivo en 3.2%. Se usó Iloprost (93.8), oxígeno (3%) y adenosina (2.2%) sin complicaciones.

Conclusiones. El diagnóstico de HP por CCD se confirmó en 83.8% de los pacientes, con una tasa de complicaciones leves de 26.5% y ningún caso de muerte, por lo que en centros de experiencia es una herramienta útil y segura para el diagnóstico de HP.

C-21

COMPARACIÓN DE RESULTADOS DE ECOCARDIOGRAMA ESTRÉS Y PRUEBA DE ESFUERZO EN PACIENTES DE CONSULTA ESPECIALIZADA

YASNÓ NAVIA PAOLA ANDREA, LÓPEZ GARZÓN NELSON ADOLFO, MARIA VIRGINIA PINZÓN.

IPS cardioespecialidades, Popayán, Colombia.

Introducción. El ecocardiograma de ejercicio es un estudio no invasivo, está indicado en la detección de isquemia miocárdica, viabilidad, fibrosis observando alteraciones en la contractilidad desde regiones acinéticas hasta discinéticas.

El estudio realizado tiene como objetivo valorar el tipo de estrés realizado y su respectiva correlación con las imágenes de estrés así como la caracterización sociodemográfica.

Diseño. Estudio descriptivo de corte transversal.

Metodología. Se seleccionaron pacientes ambulatorios con resultado de ecocardiograma estrés físico y farmacológico (con dipiridamol o dobutamina) entre agosto de 2014 y abril del 2018, posteriormente se realiza caracterización sociodemográfica de la población y correlación de los resultados del ecocardiograma estrés para isquemia y resultados de la prueba de esfuerzo. **Resultados.** De un total de 179 pacientes, el rango de edad encontrado fue de 17 a 86 años. La distribución por género fue de 52,5% mujeres y 47,5% hombres. El grupo étnico más frecuente fue mestizo (43,6%), seguido de afroamericano (27,4%), blanco (18,4%) e indígena (10,6%). Los tipos de ecocardiograma usados fueron físico (84,4%) y farmacológico (15,6%), los medicamentos utilizados fueron dipiridamol (85,7%) y dobutamina (14,3%). Los hallazgos más frecuentes en el ecocardiograma para isquemia fueron: cardiopatía hipertensiva con fracción de eyección del ventrículo izquierdo conservada (17,3%), sin cardiopatía (16,8%), cardiopatía esclerovalvular hipertensiva ateroisquémica crónica (13,4%) y cardiopatía esclerohipertensiva con disfunción diastólica tipo 1 (12,3%). Finalmente se realizó la correlación de los resultados entre el ecocardiograma estrés y la prueba de esfuerzo obteniendo: un resultado positivo en ambas pruebas de 13,9%; negativo en ambas pruebas de 82,1% y finalmente no concluyente en ambos estudios fue de 0,6%.

Conclusiones. Se encontró correlación de los hallazgos del ecocardiograma estrés con la prueba de esfuerzo y el hallazgo más frecuente fue cardiopatía hipertensiva con fracción de eyección del ventrículo izquierdo conservada.

C-22

ANGIOGRAFÍA CORONARIA: HALLAZGOS Y PERFIL CLÍNICO EN 100 PACIENTES EN LA UNIDAD DE HEMODINAMIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA CARDIOVASCULAR, REPORTE PRELIMINAR

DURAN GUTIÉRREZ LUIS FERNANDO, ÁLVAREZ ROSERO RAFAEL ALBERTO, JIMÉNEZ CANIZALES CARLOS EDUARDO, PEÑA MURCIA ANGIE DANIELA, VARGAS RIVEROS LUIS FERNANDO, SANTOS POLANCO LUIS FERNANDO, MONDRAGÓN CARDONA ÁLVARO EDUARDO.

Hospital Universitario Hernando Moncaleano, Neiva, Huila.

Introducción. La angiografía coronaria es el método de elección para el estudio de la anatomía coronaria y de acuerdo a los hallazgos se define la conducta. El objetivo de nuestro estudio fue describir las angiografías coronarias y el perfil clínico en 100 pacientes de la unidad de cardiovascular del Hospital universitario Hernando Moncaleano en el periodo diciembre de 2015 y julio de 2017.

Diseño. Retrospectivo de corte transversal.

Materiales y métodos. Se recolectaron los datos de las historias clínicas de los pacientes a quienes se les realizó angiografía coronaria en la unidad cardiovascular.

Resultados. Total preliminar de 100 angiografías coronarias de 1030, edad promedio 66 años Rango 34-92 años, 71% mujeres, 35% agricultores, 53% solteros, 92% tenían interpretación del electrocardiograma, 17,4% (16) de estos con elevación del segmento ST, 91% tenían ecocardiograma, 83,6% (77) transtoracico y 16,3% (15) se realizaron con estrés farmacológico, de estos 84 tenían alteraciones estructurales, 58,3% (49) valvulopatías y 45,2% (38) hipoquinesia segmentaria, 62,5% (50) tenían FEVI menor de 40%. Dentro de los hallazgos angiograficos, 67% no presentaron lesiones coronarias, 42% tenían lesión de la arteria coronaria derecha y arteria descendente anterior, 32% de la circunfleja, se realizó angioplastia al 44% y de estos al 95, 4% (42) se les colocó stent medicado. Del total de pacientes 13% fueron llevados a revascularización cardiaca, las comorbilidades asociadas fueron: HTA 59%, seguido de diabetes mellitus 25%, 19% no presentaba comorbilidad previa. Con respecto al índice de comorbilidad de charlson 67% tenían más de 3 puntos, 54% tenían un score de GRACE menor o igual a 108 y 12% más de 140. La mortalidad fue del 2%

Conclusión. La mayoría de pacientes tenía epicardicas sanas, la principal comorbilidad fue HTA, 54% tenían un riesgo bajo con score GRACE y alta mortalidad en 1 año con el índice de Charlson.

Palabras clave (DeCs). Angiografía Coronaria; Síndrome Coronario Agudo; Ecocardiografía; Angioplastia; Comorbilidad.

C-23

HEMANGIOMA CARDIACO DEL NODO AURICULOVENTRICULAR

HERNÁNDEZ JENIFFER, PINTO DIEGO

Servicio Medicina Interna Clínica Universitaria Colombia – Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. El hemangioma cardiaco es un tumor del corazón poco frecuente, los tumores cardiacos tienen una incidencia del 0,5% de la población, y de estos el 2,8% son secundarios a un hemangioma cardiaco.

Reporte de caso. Paciente femenina de 49 años quien presenta muerte súbita e ingresa a primer nivel de atención en donde estabilizan y remiten a la Clínica Universitaria Colombia, se inician estudios para descartar etiología entre los cuales se descarta Infarto agudo de miocardio, ataque cerebrovascular, hemorragia subaracnoidea, arritmias cardiacas, y se confirma embolismo pulmonar de las arterias sub-segmentarias en el lóbulo superior derecho e inferior izquierdo, se continuo soporte hemodinámico y ventilatorio. Sin embargo, 36 horas posterior al ingreso de la paciente a la institución presenta asistolia y fallece, dado a que no es clara la etiología del cuadro, su cuerpo es enviado a patología para autopsia clínica en donde se observa un hemangioma en el nodo Auriculo-Ventricular y dictaminan que esta es la causa de la muerte.

Discusión. El hemangioma cardiaco está compuesto de una proliferación benigna de células endoteliales de los vasos sanguíneos. Este se puede ubicar en cualquier posición en el corazón ya sea en el endocardio, miocardio, epicardio, pericardio, con mayor frecuencia en cavidades derechas 44,1% y en cavidades izquierdas el 39,5%; y mucho menos frecuente en el nodo sinusal, y en el nodo auriculoventricular, los síntomas dependerán usualmente de la ubicación anatómica del hemangioma cardiaco (compresión, ruptura, sangrado, embolización, arritmias, infección). El diagnóstico en la mayoría de los casos es incidental mediante imágenes (TAC, IRM, Ecocardiograma). Dada la alta probabilidad de complicaciones el tratamiento es quirúrgico desconociendo la tasa de recurrencias por la baja incidencia.

C-24

SÍNDROME DE KOUNIS INDUCIDO POR N-ACETIL CISTEÍNA

PIZZA RESTREPO MARIA JULIANA, ÁLVAREZ MORENO ADRIANA, OCAMPO YEPES MARIA CAMILA, CEBALLOS ZAPATA KATHERINE, THORRENS RIOS JOSE GREGORIO.

CLINICA CARDIOVID, Medellín, Colombia.

Introducción. El síndrome de Kounis es un síndrome coronario agudo por alergia o hipersensibilidad y reacciones anafilactoides. Entre las causas destacan medicamentos, condiciones alérgicas de base, picadura de insectos y consumo de ciertos alimentos. Las formas de presentación son tipo I - angina vasospástica alérgica, tipo II - infarto miocárdico alérgico y tipo III - trombosis del stent.

Resumen. Hombre de 74 años quien acude al servicio de urgencias por disnea y dolor torácico, en el electrocardiograma se presenta elevación del segmento ST de V2 a V4 y troponina positiva, en la coronariografía se evidenciaron coronarias sanas, se descartó tromboembolismo pulmonar y EPOC. Debido a la presencia de lesiones maculopapulares hiperpigmentadas en piel se realizó biopsia que reportó hallazgos sugestivos de mastocitosis, finalmente el evento se resuelve sin requerir intervenciones. 3 meses después, ingresa nuevamente por disnea progresiva tras la ingesta de N-acetilcisteína que evolucionó a falla respiratoria tipo 1 y requirió intubación orotraqueal, en el electrocardiograma tenía hallazgos de isquemia y troponina positiva. Al día siguiente tiene resolución completa de la sintomatología. Por presentación clínica compatible con Síndrome de Kounis se ordena difenhidramina.

Discusión. El síndrome de Kounis es una patología subdiagnosticada pero se conoce que 8 de cada 100.000 habitantes en Europa y Estados Unidos tienen síntomas cardiovasculares asociadas con anafilaxia; las manifestaciones son episodios recurrentes de dolor torácico crónico, los cuales se pueden acompañar de náuseas, sudoración, mareos, disnea y palpitaciones. Se debe considerar un síndrome de Kounis en los pacientes que tengan antecedentes alérgicos y para apoyar el diagnóstico es útil la medición de triptasa, histamina y troponinas. El manejo de estos pacientes es con corticosteroides y antihistamínicos.

C-25

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SANTA SOFÍA DE CALDAS ENTRE EL 2012-2016

BECERRA LUZ YANETH, GARCÍA CRISTIAN, SÁNCHEZ FABIO MAURICIO.

Hospital Departamental Santa Sofía de Caldas, Manizales, Colombia.

Objetivos. Determinar las características clínicas y microbiológicas de la población con endocarditis infecciosa atendidos en el hospital departamental Santa Sofía de Caldas.

Metodología. Estudio descriptivo, retrospectivo, con datos obtenidos de historias clínicas de pacientes con endocarditis infecciosa atendidos entre enero de 2012 y diciembre de 2016.

Resultados. Se incluyeron 24 pacientes. 19 (79,2%) tuvieron compromiso de válvula nativa y 2 (8,3%) se relacionaron con dispositivo cardiaco. La media de edad fue 54,5 años, 17 (70,8%) pacientes fueron hombres, 7 (29,2%) tuvieron hipertensión arterial y 2 (8,3%) diabetes mellitus. El 29,2% (7) de los hemocultivos fueron positivos y en 4 (16,7%) se aisló *Staphylococcus aureus*. El origen de la infección fue adquirida en comunidad en 22 (91,7%) pacientes y asociada al cuidado de la salud adquirida en el hospital en 2 (8,3%) pacientes. La válvula más frecuentemente afectada fue la aórtica, seguida de la mitral en 12 (50%) y 9 (37,5%), respectivamente. Las combinaciones de antibióticos empíricos más frecuentemente usadas fueron: vancomicina más gentamicina en 13 (54,16%) pacientes y ampicilina sulbactam más gentamicina en 5 (20,83%). 12 (50%) pacientes ingresaron a UCI, 21 (87,5%) tuvieron indicación de cirugía, de los cuales a 17 (70,8%) pacientes se les intervino quirúrgicamente. 20 (83,3%) pacientes presentaron embolización a bazo y la mortalidad intrahospitalaria fue 33,3% (8).

Conclusión. Las características clínicas y microbiológicas de los pacientes con endocarditis infecciosa descritas en esta institución distan de las publicadas en otras cohortes nacionales e internacionales. Resultan llamativos el bajo porcentaje de hemocultivos positivos, así como la alta mortalidad intrahospitalaria, comparados con otros registros. Es necesario conocer la epidemiología y microbiología local de esta infección para dirigir intervenciones terapéuticas oportunas que mejoren el desenlace de los pacientes.

Palabras clave: Endocarditis, mortalidad intrahospitalaria

C-26

TUMORES CARDIACOS PRIMITIVOS BENIGNOS: MIXOMA CUYA PRESENTACIÓN CLÍNICA FUE UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

MENDOZA FERNÁN, GUTIÉRREZ FELIPE, LONDOÑO GABRIEL, QUINTERO JUAN, ROMERO JOSÉ, VEGA IVÁN, MENDOZA LAURA, NÚÑEZ FEDERICO, ANDRADE DARÍO, CAICEDO VÍCTOR.

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

Introducción. Las masas cardíacas son un reto diagnóstico y terapéutico, la gran mayoría son descubrimientos incidentales, son generalmente asintomáticos, con síntomas inespecíficos o imitando otras patologías cardíacas. Los tumores cardíacos (TC) se clasifican en primarios y secundarios o metastásicos. Los TC primarios se clasifican en benignos y malignos. Dentro de los benignos se encuentran: mixoma, fibroma, rabdomioma, fibroelastoma papilar y lipoma. Los cuadros clínicos más frecuentes son: miocardiopatía, compromiso pericárdico, tromboembolismo sistémico, tromboembolismo pulmonar, obstrucción valvular, trastorno del ritmo y síndrome constitucional. Describimos el caso de un paciente con un mixoma en la aurícula izquierda cuya manifestación inicial fue un síndrome coronario agudo.

Diseño. Estudio observacional tipo reporte de caso

Método y resultados. Paciente masculino de 46 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, obesidad y enfermedad tromboembólica venosa, quien ingresó al servicio de urgencias presentando dolor torácico precordial de tipo opresivo con una intensidad 10/10, irradiado a miembro superior izquierdo, asociado a disnea con clase funcional III/IV (NYHA: New York Heart Association), sensación de mareo y diaforesis, electrocardiograma en ritmo sinusal sin cambios y biomarcadores cardíacos positivos. Con diagnóstico de síndrome coronario agudo sin elevación del ST se realizó arteriografía coronaria sin encontrar lesiones. En el ecocardiograma se evidenció una masa intracardiaca en aurícula izquierda compatible con tumor cardíaco de 45 x 20 mm adherida al septum interauricular. Resonancia cardíaca evidenció masa auricular izquierda móvil de 59x19 mm adherido al septum interauricular, que protruye por la válvula mitral. Se llevó a resección quirúrgica del tumor sin complicaciones y el diagnóstico patológico fue un mixoma.

Conclusiones. Los tumores cardíacos son raros, pueden presentar de diferentes maneras. La manifestación de un mixoma como un síndrome coronario agudo pudiera explicarse como un fenómeno embólico a las arterias coronarias. El tratamiento es quirúrgico y deben seguirse por la posibilidad de recurrencia.

C-27

DERRAME PERICARDICO COMO MANIFESTACIÓN DE MALARIA COMPLICADA

GÓMEZ PACHÓN CAMILO ANDRÉS, CRIOLLO VARÓN KEVIN LEANDRO, FIGUEROA CRISTIAN, TORRES DAVID, DUQUE RUBÉN, PÉREZ FRANCO JAIRO ENRIQUE.

Universidad Militar Nueva Granada - Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La malaria es una de las enfermedades transmitida por vectores más prevalente en nuestro país, dadas las condiciones geográficas del mismo. Es considerada como endémica en todas las zonas inferiores a 1.600 m.s.n. Pese a que la mortalidad ha disminuido su morbilidad persiste elevada.

Caso clínico. Se trata de paciente de 25 años de edad procedente de tres esquinas Caquetá que consultó al servicio de urgencias por episodio de deposiciones diarreas no disintéricas en asociación a picos febriles, con evidencia de disminución de intensidad de ruidos cardiacos y ruidos respiratorios en ambas bases pulmonares. Resultado de gota gruesa positiva para *P. falciparum* >640 trofozoitos/uL. Se documentó elevación de transaminasas, hiperbilirrubinemia e hiperlactatemia > 5.mmol/L. La ecografía abdominal evidenció hepatomegalia, ascitis, derrame pleural bilateral, derrame pericárdico con volumen calculado en 500 cc. Tras 4 horas de observación desarrolla signos de taponamiento cardiaco, se traslada a salas de cirugía para ventana pericárdica evidenciándose hemopericardio de 800 CC. Se inició terapia con artesunato endovenoso con adecuada respuesta y evolución clínica

Discusión. La malaria complicada está relacionada en la mayoría de los casos con la infección por *P. falciparum*. El retardo en el tratamiento o utilización de fármacos inefectivos en asociación a la carga parasitaria permiten la progresión a una enfermedad grave con desarrollo de al menos una de las siguientes: Acidosis metabólica, anemia severa, hipoglicemia, lesión renal aguda, hiperbilirrubinemia, serositis. La mortalidad se estima alrededor de 20 % en aquellos que reciben un tratamiento oportuno, de lo contrario, la malaria complicada es casi siempre mortal.

C-28

PERICARDITIS POSTINFARTO ASOCIADO A HEMOPERICARDIO Y TAPONAMIENTO CARDIACO

RAMIREZ GARCIA MONICA, CORREA ALDANA JOHN JAIRO, PUENTES CASTRILLON MARIA ELCY, FIERRO RODRIGUEZ DORA EMILIA, DOMINGUEZ RUIZ JUAN DIEGO.

Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La pericarditis postinfarto de miocardio se presenta en menos del 5% de los pacientes con síndrome coronario agudo, sin embargo, la presencia de hemopericardio mas taponamiento cardiaco es aún más raro, con pronóstico que dependerá de su rápida identificación e instauración de terapia adecuada.

Presentación del caso. Paciente de 70 años, diabética, hipertensa, obesa y con antecedente de coronariopatía intervenida 12 años antes del ingreso. Acude remitida de tercer nivel donde había consultado 5 días antes por cuadro de dolor precordial típico asociado a disnea, con electrocardiograma que muestra infarto agudo de miocardio con elevación del ST evolucionado, inferoposterior, ecocardiograma con FEVI 35-40%, aquinesia inferior y lateral, hipoquinesia inferoseptal y leve derrame pericárdico, sin signos de aumento de presiones intrapericárdicas, con coronariografía con enfermedad coronaria severa de 3 vasos. Remiten a manejo por cirugía cardiovascular.

Al día siguiente del ingreso (6 días postinfarto) presenta desvanecimiento, frialdad con signos vitales TA: 80/56, FC: 102xm, FR: 24xm, Sao₂: 90%, Fio₂: 28%, electrocardiograma sin cambios respecto a inicial, glucometria 230 mg/dl, ingurgitación yugular, barrido ecocardiográfico a la cabecera muestra derrame pericárdico severo con colapso de cavidades derechas con signos de aumento de presiones intrapericárdicas. Valorada por cirugía cardiovascular que lleva de urgencias a drenaje pericárdico, encontrando inflamación pericárdica asociado a 500 cc de hemopericardio, se realiza en dicha intervención puente safeno- arteria descendente anterior y días después se implantan STENT medicado en coronaria derecha y dos STENT medicado en circunfleja.

Discusión. La pericarditis postinfarto asociado a hemopericardio es una complicación rara del infarto de miocardio. Su importancia radica en la rapidez con que se debe diagnosticar a fin de evitar desenlaces mortales. En nuestro caso se contó con ecocardiograma a la cabecera del paciente, que facilito identificar el derrame pericárdico y por ende instaurar medidas dirigidas que llevaron a buen termino.