

Cardiología

Cardiology

C-1

CARCINOMA SUPRARRENAL CON EXTENSIÓN A VENA CAVA INFERIOR Y AURICULA DERECHA: REPORTE DE CASO

ARIZA ABUL, OVIEDO MARTIN, PEREZ-GARCIA JESUS, MENDOZA JACKELINE, MAZA MARIO, DOMINGUEZ-VARGAS ALEX.

Unidad de Cuidado Intensivo Cardiovascular. Organización Clínica General del Norte. Departamento de Patología, Organización Clínica General del Norte. Barranquilla, Colombia

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia

Introducción. El carcinoma Adrecocortical (AAC) es un tipo de tumor endocrino infrecuente asociado a una pobre sobrevida. La tasa anual de incidencia es de 1 a 2 casos por millón con predominio del sexo femenino. Al momento del diagnóstico el 90% de los ACC tiene un tamaño >6cm. La resección quirúrgica completa y el estadio temprano del ACC son los mayores predictores de sobrevida. La presencia de trombos tumorales en aurícula derecha (AD), vena renal y vena cava Inferior (VCI) son los hallazgos más inusuales, en los cuales la trombectomía es el procedimiento de elección.

Diseño y métodos. Presentación del caso:

Resultados. Masculino de 32 años sin antecedentes patológicos con cuadro clínico de 3 meses de dolor abdominal en hipocondrio y flanco derecho sin pérdida de peso. Como hallazgo incidental, estudios de resonancia magnética nuclear (RMN) toracoabdominal evidenciaron masa de gran tamaño en glándula suprarrenal derecha que midió 14 x 13,2 cm, sólida con áreas de necrosis central que desplaza el riñón derecho y los vasos renales, ejerciendo también compresión sobre la VCI y presencia de trombo extendido a la AD. Se realizó resección radical con nefrectomía derecha y trombectomía cavo atrial a través de circulación extracorpórea sin complicaciones.

Conclusiones. El caso presentado constituye un tipo de ACC de tipo no secretor cuyo crecimiento e infiltración se extiende a la AD a través de la VCI, cuya histología demostró hallazgos morfológicos con características de neoplasia epitelial maligna con expresión inmunohistoquímica fuerte positiva para Inhibina confirmatoria de ACC, asociando expresión positiva focal para CD34 y alto índice de Ki67 positivo que se correlaciona con un comportamiento agresivo lo cual predice una sobrevida desfavorable. Realizándose resección del CCS incluyendo trombectomía de VCI y aurícula derecha con uso de circulación extracorporea exitosa como primer procedimiento realizado y documentado en la ciudad Barranquilla.

C-2

BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR ASOCIADO A TIMOLOL Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

BERNAL TORRES WIKLER, SIERRA NARVÁEZ NICOLÁS, BERNAL TORRES MILER, URIBE POSSO LAURA.

Posgrado Medicina Interna Universidad Libre. Cardiología, Clínica DimeCali Colombia. Cali, Colombia.

Introducción. El bloqueo auriculoventricular (AV) es un trastorno electrofisiológico que presenta un retraso de la conducción hacia los ventrículos. La etiología puede ser extrínseca e intrínseca, siendo la causa farmacológica una importante etiología a tener en cuenta. Presentamos un caso asociado a uso de timolol.

Diseño y métodos. Caso clínico y revisión de la literatura.

Resultados. Masculino, 70 años de edad, con cuadro de un mes de disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna y bendopnea. En hospital de primer nivel, se documenta en electrocardiograma (ECG) bradicardia sinusal y ante insuficiencia cardíaca se remite a un tercer nivel. Antecedentes de hipertensión en tratamiento con enalapril e hidroclorotiazida y por glaucoma recibe timolol 5 mg/ml 2 gotas, un mes atrás. Ecocardiograma transtorácico reporta fracción de eyección 43%, alteraciones en la movilidad global y segmentaria en ventrículo izquierdo. Ecocardiograma post ejercicio es negativo para isquemia coronaria, se evaluó el nodo sinusal con 0.5 mg iv de atropina sin respuesta en la frecuencia cardíaca, considerando incompetencia cronotrópica. En segundo ECG se evidencia bloqueo auriculoventricular de segundo grado Mobitz II, se correlaciona sintomatología a efecto cronotrópico insuficiente dado por el timolol. Por la no suspensión del mismo y ante el beneficio del betabloqueador, se realiza implante de marcapaso tricameral, modo DDD, posterior a mejoría clínica se indica tratamiento ambulatorio.

Conclusiones. El bloqueo AV y la incompetencia cronotrópica por timolol son importantes características clínicas que se deben tener en cuenta en pacientes con insuficiencia cardíaca ante la exacerbación de los síntomas. La necesidad de colirio oftálmico para el tratamiento del glaucoma y/o persistencia del bloqueo AV a pesar de la suspensión del betabloqueador oftálmico, es indicación de marcapaso para mejorar la alteración electrofisiológica. Según lo revisado en la literatura no se cuenta con estudios recientes relacionados con el tema.

C-3**ESTENOSIS MITRAL SEVERA POR MIXOMA AURICULAR.
PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO****FERNÁNDEZ, JORGE, MORA KEVIN.***Universidad Libre Seccional Barranquilla, Universidad del Norte. Hospital Universidad Del Norte. Barranquilla, Colombia.*

Introducción. Los mixomas auriculares hacen parte de los llamados tumores cardíacos primarios, con una prevalencia cercana al 0.02% en Norte América, no se conocen datos de la prevalencia en nuestro medio, sin embargo, en un reporte de una institución en nuestro país mostro que el 76% de los tumores cardíacos correspondían a mixomas, tan solo se encuentran reportados en la literatura colombiana 6 casos sin incluir el presente.

Materiales y métodos. Se presenta el caso de una mujer de 66 años, quien consultó por un cuadro clínico de instauración aguda caracterizado por sensación de palpitaciones, disnea de pequeños esfuerzos, sin desencadenante conocido y que cedía al reposo, asociado a ortopnea y disnea paroxística nocturna. Negaba antecedentes de importancia. Al examen físico se encontraron ruidos cardíacos taquicárdicos, sin soplos audibles, matidez a la percusión, vibraciones vocales aumentadas y presencia de crépitos en ambas bases pulmonares. Sin otros datos positivos. Se realizó un electrocardiograma en el cual solo se evidenció taquicardia sinusal, radiografía de tórax compatible con edema agudo de pulmón (figura 1), troponinas negativas, resto de paraclínicos dentro de parámetros normales. Al descartarse cardiopatía isquémica mediante clínica, electrocardiografía y troponinas, como etiología de la falla cardíaca, se decidió realizar un ecocardiograma transtorácico (Figura 2 y 3) para determinar la etiología, evidenciándose un mixoma auricular izquierdo de 30mm x 70 mm (16cm²) adherido a septum interauricular, pediculado, multilobulado, el cual protruía en diástole a través de válvula mitral, comportándose como una estenosis mitral severa. La paciente fue llevada a cirugía con la resección total de la masa con posterior realización de ecocardiograma postquirúrgico, y traslado a la unidad de cuidados intensivos con evolución favorable a los 7 días por lo cual es dado de alta con previa realización de ecocardiograma control con seguimiento clínico periódico.

Discusión. Los tumores cardíacos primarios son raros; estudios sugieren que la prevalencia oscila entre 0,001% y 0,25% de toda la población. Los mixomas son el tumor primario benigno más común del corazón, y corresponden a más del 50% de todos. La mayoría son solitarios y están en la aurícula izquierda, en su mayoría (75%) típicamente se encuentran en la zona de la fosa oval. La clínica es muy variable y al no contar en el examen físico con signos patognomónicos o de alta sensibilidad, se hace indispensable la destreza clínica acompañada del uso de imágenes diagnósticas, siendo la ecocardiografía, herramienta fundamental a la hora de realizar una diagnóstico certero y oportuno. El tratamiento es quirúrgico con especial cuidado en la resección de la inserción del tumor lo que garantiza la no recidiva del mismo. El pronóstico es bueno y debe realizarse control anual.

Conclusiones. Los mixomas representan un reto diagnóstico para la comunidad médica, no solo por la frecuencia con que se presentan, sino que también por la variabilidad de los síntomas y lo inespecíficos de los mismos.

C-4

PRONÓSTICO A UN MES DE LA FALLA CARDÍACA DESCOMPENSADA MEDIANTE UN SISTEMA DE ENSAMBLE DE REDES NEURONALES ARTIFICIALES

SPROCKEL JOHN, FANDIÑO ANDRÉS, CHAVES WALTER, DIAZTAGLE JUAN.

Hospital San José y la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia.

Introducción. La falla cardíaca es una condición común, progresiva y potencialmente mortal. Los médicos tenemos una modesta capacidad para discriminar el riesgo de muerte en estos pacientes y los determinantes individuales de riesgo, tanto clínicos como biomarcadores son insuficientes para definir acertadamente el pronóstico. La inteligencia artificial se ha posicionado como una alternativa, con la promesa de alcanzar un mejor desempeño.

Diseño. Estudio de evaluación pronóstica

Métodos. Se tomaron los datos de una cohorte prospectiva de adultos hospitalizados entre 2010 y 2013 por falla cardíaca descompensada. La población se dividió en un 70% (323 pacientes) para entrenamiento de las redes neuronales y el 30% restante (139 pacientes) para la validación del ensamble. Las redes neuronales tenían 15 entradas, una capa oculta y una neurona de salida. Se seleccionaron 11 con mejor desempeño para su ensamble por tres sistemas: votación simple, votación ponderada por valores predictivos o por LR. Se calcularon las características operativas para el pronóstico de muerte a 30 días y se compararon con el de dos reglas clínicas y una regresión logística.

Resultados. Se incluyeron 462 pacientes con 72 años de edad promedio, 52% de sexo femenino. Un 80% tenían hipertensión, 44% EPOC, 23% diabetes y 19% enfermedad coronaria. La mortalidad a 30 días fue del 13,8%. La mejor red tuvo una exactitud del 81% mientras los ensambles fueron del 85, 88 y 86%, la regresión logística alcanzó 89% a costa de una sensibilidad del 15%, en contraste con 26 y 42% en los ensambles ponderados. La exactitud de las reglas GWTG y OPTIMIZE fueron apenas 22 y 41%.

Conclusiones. El ensamble de redes neuronales mediante votación ponderada por valores predictivos demostró un adecuado rendimiento para el pronóstico de muerte a treinta días en falla cardíaca aguda, mejorando el de dos reglas clínicas y una regresión logística.

C-5**REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LOS PROTOCOLOS DE DIAGNÓSTICO ACELERADO PARA EL DIAGNÓSTICO DEL DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS**

SPROCKEL JOHN*, ÁLVAREZ JOHANN, BOHÓRQUEZ JUAN, GEOBER HERNÁNDEZ, HURTADO EDUARDO, ALZATE JUAN.

Hospital San José y la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia.

Introducción. Los protocolos de diagnóstico acelerado (PDA) son estrategias para la identificación de los pacientes cuyo dolor torácico es de muy bajo riesgo (menos de un 1% de eventos cardiovasculares mayores a un año). Consisten en la combinación de una medición seriada de troponinas de alta sensibilidad, evaluación del riesgo y alguna estratificación coronaria.

Diseño. Se realizó una revisión sistemática de estudios que evalúan PDA basados en troponina de alta sensibilidad para la evaluación del dolor torácico.

Métodos. Se incluyeron los ensayos clínicos aleatorizados que evaluaran PDA basados en troponina de alta sensibilidad en donde se incluyeran desenlaces cardiovasculares mayores, altas tempranas efectivas, el consumo de recursos de salud o análisis de costo-efectividad. Se consultó MEDLINE, Cochrane y EMBASE. Dos investigadores realizaron de forma independiente la selección y otros dos la extracción. El riesgo de sesgos se evaluó mediante la lista de chequeo de la colaboración Cochrane. Se evaluó la heterogeneidad clínica y metodológica. Cuando estuvo disponible, se calcularon las características operativas de cada protocolo.

Resultados. De 3216 estudios tamizados, quedaron 17 para texto completo, incluyendo 6 en el análisis. Incluyeron 1781 pacientes con 11% de SCA. No hubo diferencias en los MACE de diferentes protocolos. En 3 los PDA tuvieron una mejor tasa de altas exitosas, siendo más alta el EDACS con 48% y HEART con 40%. La sensibilidad en todos rondó el 100%. Se disminuyó el uso de estratificación, estancia hospitalaria y costos. El riesgo de sesgos fue clasificado como intermedio por dificultades de cegamiento.

Conclusiones. Los PDA basados en troponina de alta sensibilidad para la evaluación del dolor torácico permiten lograr altas tempranas exitosas con una tasa baja de eventos cardiovasculares mayores, así como una disminución de tiempo y recursos consumidos. No se encontraron ensayos aleatorizados que incluyeran protocolos 0/1 hora o 0/3 horas.

C-6**CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES EN FALLA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN EN RANGO INTERMEDIO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, BUCARAMANGA.**

ORTEGA RAMÍREZ GUSTAVO EDUARDO, FIGUEROA PINEDA CLAUDIA LUCIA, ORTIZ BAEZ CUSTODIO, GELVES MEZA JULIAN.

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

Introducción. La falla cardiaca es un síndrome complejo que genera un problema de salud pública debido a la repercusión en la calidad de vida de la población¹. En la falla cardiaca con fracción de eyección en rango intermedio (FEVI 40-49%)², la condición clínica y socioepidemiológica es difusa. Lo anterior pone de manifiesto la necesidad de conocer el perfil epidemiológico de los pacientes con falla cardiaca intermedia en el contexto nacional.

Diseño. Estudio observacional retrospectivo de corte transversal.

Método. Se recogieron datos demográficos, clínicos y de tratamiento en paciente con falla cardiaca con fevi intermedia, atendidos en el hospital universitario de Santander desde el 2016 y 2018. Se relizará un analisis univariado y bivariado, los datos son trabajados en excel 2017.

Resultados. Se recogieron 6603 pacientes el cual 75% tienen falla cardiaca con fevi preservada, 17% reducida y de 544 pacientes de fevi intermedia (8%) se han analizado 36 pacientes por el momento, más frecuentemente en hombres en un 56% con un promedio de edad 67 años. La clase funcional NYHA I fue 0%, II: 31%, III: 50% IV:19%. Las comorbilidades más frecuentes son hipertensión arterial en el 89%, seguido de la enfermedad coronaria 64% y diabetes mellitus en el 31%. La etiología hipertensiva en el 33%, mixta 25% (hipertensiva/isquémica) e isquémica el 25%. Los medicamentos más usados son los ARA 2 en un 39%, seguido por ASA 31%, hipolipemiantes en un 25%, betabloqueador 19% y como segundo antihipertensivo los calcioantagonistas en un 19%. Las hospitalizaciones al año por patología cardiovascular fueron del 53%.

Conclusiones. La falla cardiaca con fracción de eyección en rango intermedio es un estadio de transición que puede progresar al deterioro o a la recuperación de la FEVI, por lo que se requiere una caracterización epidemiológica de nuestra población para así poder establecer medidas de prevención y modificación de factores de riesgo que mejoren la calidad de vida de este grupo de población.

C-7

ANEURISMA GIGANTE DE ARTERIA PULMONAR A PROPÓSITO DE UN CASO

JORGE E. RIVAS I, LYZINHAWER ALZA, PABLO DANIEL SARRIA MOSQUERA, DEISY NAVARRO PÉREZ

Introducción. El aneurisma de arteria pulmonar consiste en la dilatación anormal de las tres capas vasculares arteriales (intima, media y adventicia), se ha asociado a causas congénitas (Síndrome de Behcet) y adquiridas (infecciosas, traumáticas, idiopáticas). Su presentación clínica es variable.

Diseño y métodos. Presentación del caso

Resultados. Paciente masculino de 54 años, con historia de HTA en manejo con enalapril 20mg día que ingresa a urgencias por cuadro de 1 semana de evolución de disnea, deterioro de clase funcional, dolor torácico atípico y lipotimia. Al examen físico con soplo sistólico en foco pulmonar, estertores bibasales, se solicitan estudios que reportan: Radiografía de tórax con ensanchamiento mediastinal, ecocardiograma transtorácico con hipertrofia concéntrica moderada, FEVI de 55% y dilatación de arteria pulmonar, angiotac de tórax que muestra importante dilatación de la arteria pulmonar principal, de 86 mm, sin presencia de tromboembolismo pulmonar asociado, arteriografía pulmonar más cateterismo derecho que confirma aneurisma gigante de tronco de arteria pulmonar de 77 mm, sin signos de hipertensión pulmonar. Se realizó manejo quirúrgico con evolución satisfactoria.

Conclusiones. El aneurisma de arteria pulmonar es una entidad infrecuente con una incidencia de 1/14.000 casos. Su etiología puede ser congénita donde prevalecen la comunicación interauricular, interventricular y malformaciones cardíacas congénitas con hipertensión pulmonar subyacente (ductus arterioso persistente) como causas principales o de etiología adquirida por procesos infecciosos, enfermedades del colágeno e idiopáticas. La presentación clínica es heterogénea, desde ser un hallazgo incidental imagenológico en un paciente asintomático, hasta dolor torácico típico asociado a disnea y síntomas neurovegetativos similar a un infarto. En este caso debido al tamaño del aneurisma y sintomatología presentada por el paciente fue necesaria la corrección quirúrgica del defecto vascular.

C-8

MIOCARDIOPATÍA POR ESTRÉS, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO

NAVARRO ALBERTO, ESPINOSA JUAN, MORA KEVIN, VÁSQUEZ JUAN, ISAZA DANIEL.

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

Introducción. El dolor torácico es una de las principales causas de consulta al servicio de urgencias y dentro de éstos, el Síndrome Coronario Agudo (SCA) y el Infarto de Miocardio con Arterias Coronarias no Obstruidas (MINOCA) abarcan una variedad de situaciones que constituyen un reto diagnóstico para el clínico.

Diseño y métodos. Presentación del caso.

Resultados. Describimos 2 casos de pacientes femeninas de 43 y 67 años de edad, con dolor torácico típico en contexto de estrés emocional negativo y positivo respectivamente, electrocardiograma de ingreso con trastornos difusos generalizados de la repolarización, elevación del punto J en aVR y elevación de biomarcadores cardiacos, por lo cual su abordaje diagnóstico inicial se enfocó en descartar SCA. El proceso diagnóstico comprendió ecocardiograma que demostró trastornos de la contractibilidad de predominio en una de ellas en los segmentos apicales del ventrículo izquierdo (VI) y en la otra paciente una variedad menos frecuente de compromiso de los segmentos medios del VI. Las arteriografías coronarias descartaron lesiones obstructivas epicárdicas. Con los anteriores hallazgos, se procedió a aplicar la escala predictiva InterTAK Score que resultó con alta probabilidad pretest para Síndrome de Takotsubo, por lo cual se ampliaron estudios con resonancia magnética cardiaca identificando edema miocárdico en los segmentos que se habían descrito con trastornos de contractilidad sin realce tardío de gadolinio, hallazgos compatibles con miocardiopatía por estrés tipo Síndrome de Takotsubo.

Conclusiones. La miocardiopatía por estrés corresponde del 1% al 2% de los infartos con elevación del ST, su diagnóstico requiere un proceso escalonado con imágenes cardiovasculares.

C-9

COARTACIÓN DE AORTA: APORTE DE LA SEMIOLOGÍA

NAVARRO ALBERTO, HIGUERA SERGIO, VÁSQUEZ JUAN, ISAZA DANIEL.

Fundación Cardioinfantil. Instituto de Cardiología, Bogotá Colombia.

Introducción. La coartación de aorta (CoA) es la sexta cardiopatía congénita más frecuente y causa de hipertensión arterial secundaria. Se caracteriza por un estrechamiento de la aorta torácica adyacente al ligamento arterioso o distal de la arteria subclavia izquierda. La sobrevida sin tratamiento es en promedio de 31 años y un cuarto mueren antes de los 20 años de edad.

Diseño y métodos. Presentación del caso.

Resultados. Hombre de 40 años, quien consulta por dolor torácico asociado a cefalea holocraneana, con historia de hipertensión arterial desde los 20 años, tratada con Losartan 50 mg diarios.

Al examen físico presenta tensión arterial de 190/86 mmHg, soplo sistólico eyectivo 3/6 en foco aórtico, pulsos disminuidos en miembros inferiores, sin alteraciones al examen neurológico.

El electrocardiograma mostró hipertrofia ventricular izquierda, troponina I negativa. Radiografía de tórax evidenció signo del 3 en el contorno izquierdo de la silueta cardiaca, signo de Roesler en los arcos costales. Se registró en el ecocardiograma un gradiente de flujo diastólico en la aorta torácica descendente, hipertrofia ventricular izquierda y válvula aórtica bicúspide.

Se procedió a tomar presión arterial de las 4 extremidades, comprobándose la sospecha clínica de (CoA) dada una diferencia de presiones sistólicas de 40 mmHg entre extremidades superiores e inferiores.

Se realizó aortograma que confirmó coartación de aorta yuxtaductal severa con gradiente de 72 mmHg, realizando aortoplastia percutánea con implante de stent cubierto. El paciente egresó con manejo antihipertensivo.

Conclusiones. La CoA es una causa identificable y tratable de hipertensión arterial secundaria. La semiología es suficiente para generar una fuerte sospecha diagnóstica. Su reconocimiento es importante para tratar en el momento óptimo a los pacientes y evitar consecuencias deletéreas a largo plazo.

C-10

COMPLICACIONES RELACIONADAS AL CATETERISMO CARDIACO EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE BARRANQUILLA, 2016-2017

CEBALLOS-GRIJALBA YOJAN, CUCUNUBÁ TOLOZA ANGIE, VIBANCO PAYARES KAREN, RONALD MAESTRE-SERRANO, CELIM MALKUN.

Organización Clínica General del Norte. Barranquilla, Atlántico, Colombia.

Introducción. El surgimiento de la Cardiología Intervencionista y Hemodinámica, amplió el abanico de posibilidades para el estudio de diversas patologías cardiovascular; además ha permitido plantear métodos terapéuticos en algunas que sean susceptibles de ser tratadas por vía percutánea. La aparición de complicaciones en los procedimientos percutáneos conlleva una mayor morbilidad para el paciente, una prolongación de la estancia hospitalaria y un aumento de costos. Diversas variables clínicas y del procedimiento se han asociado como predictores de la aparición de complicaciones. **Objetivo.** Describir las complicaciones presentadas durante o posterior a la angiografía coronaria en pacientes atendidos en una institución de cuarto nivel de complejidad de la ciudad de Barranquilla, durante los años 2016 y 2017.

Diseño y métodos. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en el que se tomaron los datos registrados de 801 historias clínicas del servicio de hemodinámica de pacientes sometidos a la realización de cateterismo cardiaco en una institución que atiende a pacientes de la región caribe.

Resultados. La edad media de la población fue 64,5 años, predominó discretamente en hombres y los principales factores de riesgo cardiovascular fueron hipertensión arterial, diabetes mellitus y falla cardiaca. La mayoría de pacientes no presentaban alteraciones en el índice de masa corporal, la vía de acceso vascular predominante fue la arterial femoral.

Conclusiones. La frecuencia de las complicaciones registradas en este estudio son similares a las reportadas a nivel internacional, se encontró que las complicaciones en el sitio de punción estaban discretamente más elevadas en comparación a registros internacionales.

C-11

FIBRILACIÓN AURICULAR COMO DESENLACE EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE SHONE INCOMPLETO

VALSANGIACOMO AVENDAÑO STEFANO, FRANCO CHACÓN NICOLÁS ANDRÉS, VALSANGIACOMO AVENDAÑO MARIANA GIULIANA.

Servicio de Urgencias, ESE Hospital San Juan De Dios, Floridablanca, Colombia.

Introducción. El síndrome de Shone es una rara entidad clínica caracterizada por malformaciones cardíacas congénitas. Descrita en 1963 por el Dr. Jhon Shone, representa el 0,6% de todas las malformaciones cardíacas congénitas. Consta de cuatro malformaciones tales como estenosis supra valvular mitral, válvula mitral con morfología en paracaídas, coartación de la aorta ascendente, y estenosis subvalvular. De estar presentes las cuatro malformaciones es denominado “Completo”; cuando están presentes 2 o 3 malformaciones es denominado “Incompleto”. El fenotipo Incompleto suele presentarse en edades tardías, siendo el diagnóstico más frecuente en la adolescencia y adultez joven; el diagnóstico tardío conlleva a hipertensión pulmonar, lo que representa un mal pronóstico; la intervención quirúrgica tardía no ha mostrado grandes beneficios, especialmente si ya se ha desarrollado la hipertensión pulmonar. Se suelen emplear el ecocardiograma y la resonancia nuclear magnética para realizar el diagnóstico; el tratamiento va orientado al manejo y/o control de los desenlaces producto de las malformaciones. El presente tiene como objetivo dar a conocer esta rara condición clínica, y la implicación de sus malformaciones cardíacas congénitas bien de forma temprana como tardía.

Diseño y métodos. Presentación del caso.

Resultados. Se expone un paciente masculino de 44 años captado en la ciudad de Floridablanca, Colombia; quien presenta antecedente de síndrome de Shone incompleto, diagnosticado tardíamente con realización de coartectomía, y asociado a hipertensión pulmonar moderada; además con anticoagulación crónica con warfarina por fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida, entre otras comorbilidades.

Conclusiones. Si bien la literatura describe una clínica variada en la infancia a partir del fenotipo Completo, en el presente caso se quiere discutir cómo a partir de ésta entidad diagnosticada tardíamente o fenotipo incompleto se presentan determinados desenlaces, siendo especialmente importante la fibrilación auricular; la literatura es escasa en cuanto a los síntomas y desenlaces que presentan los individuos con el fenotipo incompleto.

C-12

TAQUICARDIA FASCICULAR: UNA FORMA INFRECUENTE DE TAQUICARDIA VENTRICULAR

MONTOYA MARIANA, ESPINAL YEISON.

Hospital Santa Margarita, Copacabana, Colombia.

Introducción. Las taquicardias fasciculares son un subtipo infrecuente de taquicardia ventricular. Representan el 10 de todas las taquicardias ventriculares idiopáticas. Son típicas en hombres jóvenes. Se describen en pacientes con corazón sano. Sus síntomas son muy variables, desde palpitaciones hasta insuficiencia cardíaca debido a taquicardia incesante. Se caracterizan por ser sensibles a verapamilo.

Método. Se revisará en forma de caso clínico

Diseño. Reporte de caso. Se trata de un paciente de 24 años, con antecedente de consumo de tetra hidro cannabino, sin enfermedades conocidas.

Consulta a urgencias de nuestra institución, por presentar cuadro de palpitaciones de 30 minutos de evolución. Ingresa estable hemodinámicamente. Se realizó electrocardiograma en el que se comprobó la presencia de taquicardia regular con QRS ancho y patrón de bloqueo de rama derecha con eje a la izquierda, con frecuencia cardíaca de 169 latidos por minuto.

Se le administró bolo de 150 mg de amiodarona, que se repitió a los 30 minutos. Pese a esto, no se obtuvo respuesta, por lo que se decidió sedar al paciente y proceder a cardiovertir, sin presentar reversión a ritmo sinusal.

Se decide remitir para valoración por cardiología, quienes solicitan resonancia magnética de corazón sin evidenciar daño estructural. Se hace estudio electrofisiológico donde se confirma taquicardia fascicular posterior y se hace ablación, controlando la arritmia.

Conclusiones. El caso descrito demuestra la importancia de tener un alto índice de sospecha de taquicardia fascicular en presencia de taquicardia con patrón de bloqueo de rama derecha y eje a la izquierda. Además, tener en cuenta que son propias de adultos jóvenes y con corazón sano. Todo con el fin de dar un tratamiento adecuado y definitivo.

C-13

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

TASCÓN GUEVARA BRIGITTE NATHALIA.

Palmira. Valle del Cauca.

Introducción: La neumonía y las enfermedades cardiovasculares son las causas principales de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) puede desencadenar eventos cardíacos agudos, Se ha sugerido un vínculo epidemiológico entre NAC grave y el infarto agudo de miocardio (IAM). La neumonía afecta de forma importante al sistema cardiovascular, afecta al endotelio vascular, vasos periféricos produciendo una respuesta a la hiperemia reactiva, aumento de la resistencia vascular periférica, a nivel de miocardio se produce depresión de la función ventricular izquierda, miocarditis, aumento de troponinas, a nivel de las arterias coronarias, cambios inflamatorios en las placas ateroscleróticas, una mayor actividad procoagulante, a nivel de la circulación pulmonar, aumento de la presión arterial pulmonar, todo estos factores pueden dar como consecuencia la presencia de IAM.

Diseño: estudio descriptivo longitudinal retrospectivo

Métodos: estudio de tipo documental informativo, búsqueda y selección de 25 artículos, en inglés y español en fuentes científicas, de libre acceso Pubmed, scielo, LILACS, DOAJ.

Resultados: La revisión de 25 artículos cumplía con los criterios de elegibilidad y calidad mínima. 12 Estudios (48%) afirmaron que se presentaba IAM en el 5% de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de NAC y criterios de severidad, 10 estudios (40 %) proporcionaron estadística de 15% de incidencia de IAM en NAC grave, Solo 3 estudios (12%) informan que, el derrame pleural, la sepsis grave, la edad y el sexo femenino se asocian de forma independiente con el desarrollo de IAM en NAC.

Conclusiones: la NAC grave tiene una relación directa con el desarrollo de IAM, Los médicos deben reconocer la importancia de esta asociación para optimizar las estrategias dirigidas a prevenir la neumonía (vacunación contra la influenza y el neumococo) en poblaciones de alto riesgo.

C-14

UN CORAZÓN ROTO POR VIH CON DESENLACE FATAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

JIMENEZ-CANIZALES CARLOS EDUARDO, RIVERA MARÍN JUAN DIEGO, COBIAN CABALLERO CARLOS OLIVERS, OSORIO CARMONA HUGO ERNESTO, ÁLVAREZ ROSERO RAFAEL ALBERTO.

Hospital Universitario Hernando Moncaleano, Neiva, Huila, Colombia.

Introducción. El síndrome de takotsubo o del corazón roto es una miocardiopatía sin compromiso coronario significativo caracterizado por aquinesia apical y septal del ventrículo izquierdo con biomarcadores de daño cardíaco positivos y suele ser reversible. Las afecciones cardiovasculares en los pacientes con VIH han disminuido de manera significativa con el uso de la terapia antiretroviral.

Diseño. Presentamos un caso de VIH con síndrome de takotsubo y desenlace fatal.

Método. Presentación del caso.

Resultados. Femenina de 68 con VIH desde hace 6 años, sin conteo de CD4+ y carga viral reciente, con buena adherencia al tratamiento con lamivudina, efavirenz y zidovudina, consulto por dolor torácico, desencadenado por discusión con su hija, de características típicas con electrocardiograma con elevación del segmento ST en la cara anteroseptal y lateral alta, troponina I ultrasensible altamente positiva, en la sala de urgencias, se trombolizó con alteplase con mejoría clínica pero sin cambios electrocardiográficos de reperfusión, la paciente fue llevada a arteriografía coronaria la cual mostro epicardias sanas por lo cual se realizó ventriculografía que mostro alteración segmentaria de la contractilidad con aquinesia apical severa del ventrículo izquierdo, que confirma el diagnóstico de síndrome de takotsubo, después de 12 horas de vigilancia en la unidad de cuidado intensivo la paciente entra en choque cardiogénico sin mejoría con el manejo médico y finalmente fallece.

Conclusión. El síndrome de takotsubo representa el 1% de todos los infartos con elevación del ST, en pacientes con VIH las enfermedades cardiovasculares son la 4 causa de muerte, típicamente cardiomiopatía coronaria, esto en parte explicado por el aumento en la esperanza de vida con la terapia y las interacciones farmacológicas, sin embargo la coexistencia de cardiomiopatía de takotsubo solo ha sido reportada en unos pocos casos, lo que hace valioso incluir esta condición dentro de los diferenciales del dolor torácico en el paciente con VIH.

C-15

TORMENTA ARRÍTMICA Y TAQUICARDIOMIOPATÍA POR TAQUICARDIA VENTRICULAR DEL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO

VÁSQUEZ PINTO LUIS ENRIQUE, ÁLVAREZ ORTIZ ALEXANDER, MARIÑO MURILLO LEONOR EUGENIA.

Universidad Autónoma de Bucaramanga. +Instituto del Corazón de Bucaramanga, Bucaramanga, Santander, Colombia.

Introducción. Los tractos de salida ventriculares son los orígenes más comunes de Taquicardias ventriculares idiopáticas, siendo el del ventrículo derecho el más frecuente con un 70%. La Taquicardia ventricular del Tracto de salida del ventrículo derecho (TVTSVD) típicamente se considera una condición benigna, en raras ocasiones se ha asociado a cardiomiopatía inducida por taquicardia. A continuación se presenta el caso de una paciente con TVTSVD y disfunción ventricular asociada que requirió de ablación con radiofrecuencia exitosa.

Diseño y métodos. Descripción del Caso

Resultado. Mujer de 59 años de edad, con antecedente de Hipertensión arterial en tratamiento, presenta 9 meses de episodios de palpitaciones asociados a dolor torácico opresivo, diaforesis, mareo y visión borrosa. Se realizó monitoreo Holter electrocardiográfico de 24 horas. Consultó a servicio de urgencias con hallazgo de taquicardia ventricular monomórfica (TVM) sostenida y alta carga arrítmica en monitoreo Holter. Durante estancia presenta episodios de TVM con morfología compatible con TVTSVD asociados a síndrome de bajo gasto requiriendo traslado a Unidad de Cuidado Intensivo y manejo antiarrítmico. Ecocardiograma transtorácico evidenció fracción de eyección del 40%. Se descartaron etiología isquémica o chagásica. Ante persistencia de episodios, la paciente requirió de Implante de Cardiodesfibrilador y posteriormente Estudio electrofisiológico y Ablación con energía de radiofrecuencia lográndose controlar los episodios.

Conclusión. Se demostró que la TVTSVD puede asociarse a cardiomiopatía inducida por taquicardia., El tratamiento definitivo con Ablación con energía de radiofrecuencia logró controlar los episodios de taquicardia y mejorar los síntomas.

C-16

ANGIOSARCOMA DE LA AURICULA DERECHA DIAGNOSTICADO POR RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA CARDIACA EN UN PACIENTE CON POLISEROSITIS Y SINTOMAS DE FALLA CARDIACA AGUDA

LUIS ENRIQUE VASQUEZ PINTO, DIEGO MAURICIO ARIZA REMOLINA.

Universidad Autónoma de Bucaramanga, Clínica FOSCAL.

Introducción. Los tumores cardiacos primarios son raros, con una incidencia de menos de 0.1%. Pueden cursar con manifestaciones variables con síntomas constitucionales o sistémicos de acuerdo a su localización, tamaño y comportamiento invasivo.

Diseño y métodos. Descripción del Caso

Resultados. Hombre de 39 años quien ingresa al servicio de urgencias con dolor torácico, episódico, hemoptisis ocasional, ortopnea y edema periférico progresivo de 1 mes de evolución. Hospitalización previa hace 1 año por una Neumonía adquirida en la comunidad con hallazgo de poliserositis con derrame pleural bilateral, ascitis y pericarditis. Exámenes de laboratorios de ingreso fueron normales. La radiografía de tórax reveló un derrame pleural derecho. Los resultados de un panel de autoinmunidad y serologías para hepatitis B, C, Chagas y VIH de su hospitalización previos eran negativos. El ecocardiograma evidenció una función ventricular izquierda normal con derrame pericárdico moderado. La Tomografía de tórax mostró una masa cardiaca de densidad de tejidos blandos con bordes parcialmente definidos que ocupaba la mayoría de la aurícula derecha. Se realizó una Resonancia nuclear magnética cardiaca observándose una masa exofítica de base ancha adherida a la pared auricular, no móvil, heterogénea, hipointensa en T1, T2, sin hiperintensidad en T2-stir, con perfusión heterogénea con la administración de contraste y realce tardío en las secuencias con gadolinio, con ocupación de la mayoría de la aurícula derecha y extensión a vena cava superior, inferior y al mediastino. Una biopsia guiada por Tomografía confirmó el diagnóstico de un Angiosarcoma de la aurícula derecha. Debido al estado avanzado de la enfermedad no era candidato a una intervención quirúrgica. Se inició tratamiento con quimioterapia y radioterapia, sin embargo, el paciente presentó una evolución tórpida con progresión de los síntomas con posterior fallecimiento a los 2 meses después del diagnóstico.

Conclusiones. Se presentó el caso de una paciente con una masa muy infrecuente de poliserositis y síntomas de falla cardiaca. Un adecuado enfoque y realización de estudios diagnósticos es fundamental para el oportuno diagnóstico de tratamiento de este tipo de tumores.

C-17

PREVALENCIA DE HIPOTIROIDISMO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

CARREÑO MARISOL, PALOMINO GUSTAVO, DUQUE RUBÉN.

Hospital Militar Central. Bogotá, Colombia.

Introducción. El hipotiroidismo es una enfermedad metabólica con una prevalencia que oscila entre el 15 al 45% de pacientes con enfermedad cardiovascular. El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia de hipotiroidismo en una cohorte de pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca.

Diseño. Estudio de corte transversal de un registro de pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca.

Métodos. Se realizó la estimación de la prevalencia puntual de hipotiroidismo. Pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca tratados en el hospital entre enero de 2016 y junio de 2018. Se realizó la descripción de las variables clínicas y paraclínicas mediante medidas de tendencia central y dispersión y frecuencias. La estimación de la prevalencia con su respectivo intervalo de confianza del 95%. Todos los análisis realizados en STATA 14.

Resultados. 334 pacientes analizados. 42% FEVI > 50%, 21% FEVI 40-49% y 37% FEVI < 40%. Mediana edad 78,5 (RIC 69,4-82,1) años, hombres 56,7% (189/334), hipertensión arterial 87,4% (202/334), enfermedad pulmonar obstructiva crónica 47,6% (159/334), Mediana FEVI 45% (RIC 30-58). La prevalencia de hipotiroidismo fue de 35,9% (IC 95% 30,7-41,3), no hubo diferencias de prevalencia entre pacientes con diferentes rangos de fracción de eyección, la mortalidad global a 1 año 86,1%.

Conclusiones. El hipotiroidismo se ha asociado a la aparición de enfermedad coronaria, también se ha observado asociado a complicaciones como arritmias en paciente con enfermedad cardiovascular. En pacientes con insuficiencia cardíaca hasta un tercio de los pacientes presentan esta comorbilidad que puede asociarse a comorbilidades y complicaciones a largo plazo.

C-18

SUPERVIVENCIA LIBRE DE MORTALIDAD A 3 AÑOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA Y ANEMIA

CARREÑO MARISOL, PALOMINO GUSTAVO, DUQUE RUBÉN.

Hospital Militar Central. Bogotá, Colombia.

Introducción. La anemia es un factor de riesgo independiente de mortalidad en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca. El objetivo de este estudio fue determinar la supervivencia libre de mortalidad a 3 años en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca estratificada por la presencia de anemia.

Diseño. Estudio de cohorte de pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca.

Métodos. Se realizó la evaluación y seguimiento a 3 años de pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca tratados en el hospital entre enero de 2016 y junio de 2018. Se realizó la descripción de las variables clínicas y paraclínicas mediante medidas de tendencia central y dispersión y frecuencias. Se realizó un modelo de riesgo proporcionales de Cox para determinar la supervivencia libre de mortalidad entre pacientes con o sin anemia. Todos los análisis realizados en STATA 14.

Resultados. Cohorte conformada por 334 pacientes. Mediana edad 78,5 (RIC 69,4-82,1) años, hombres 56,7% (189/334), hipertensión arterial 87,4% (202/334), enfermedad pulmonar obstructiva crónica 47,6% (159/334), Mediana FEVI 45% (RIC 30-58), la prevalencia de anemia teniendo en cuenta los criterios de la OMS fue de 16,2% (54/334), la mortalidad global a 3 años 60,1%. La supervivencia a 3 años en pacientes con diagnóstico de anemia fue de 87% (IC 95% 73-93) en comparación a los pacientes sin anemia 95% (IC 95% 92-97) $p = <0,001$.

Conclusiones. La anemia es una comorbilidad frecuente en pacientes con insuficiencia cardíaca. El impacto de esta enfermedad en este grupo de pacientes sobrepasa la clase funcional y afecta de forma directa la mortalidad temprana. Las guías y estrategias para corregir esta comorbilidad se enfocan en disminuir la carga de la enfermedad.

C-19

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN ST COMO MANIFESTACIÓN DE HIPERTRIGLICERIDEMIA FAMILIAR EN UN PACIENTE JOVEN NO DIABÉTICO

MORENO-PALLARES EIMAN, BORNACELLY ADRIANA.

Fundación Clínica Shaio, Bogotá. Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia.

Introducción. La hipertrigliceridemia familiar (HTF) es un trastorno genético-autosómico-dominante caracterizado por altos niveles de triglicéridos (TG) con niveles normales a incrementos modestos de colesterol total (CT) y LDL. Tiene una prevalencia entre 5 y 10% en adultos. Usualmente los pacientes son asintomáticos pero tienen alto riesgo de enfermedad cardiovascular, raramente debutan con infarto miocárdico con elevación-ST (IAMCEST) sin asociación a diabetes.

Diseño y métodos. Presentación y revisión de un caso.

Resultados. Paciente masculino 35 años, casado, administrador de empresas, asesor comercial. Ingres a urgencias por cuadro clínico de 4 horas de evolución consistente en dolor torácico precordial, opresivo que se irradia a brazo izquierdo y mandíbula, de intensidad 10/10, asociado a disnea de pequeños esfuerzos y diaforesis. Sin antecedentes médicos personales de importancia. Sedentario. Antecedentes familiares de dislipidemia mixta en padre, hermanos y un tío paterno, asociado a comorbilidades (padre con pancreatitis hace 5 años y tío IAMCEST a los 44 años). Examen físico: TA-153/105, FC-105 rpm, FR-16 rpm; Peso-85 kg, Talla-1,79 mt, IMC-26,5; T-37°C, SaO₂-94%. EKG: bloqueo de rama derecha, elevación del segmento-ST-en-cara-inferior y en V1-V3, onda-Q-en-cara-inferior. Paraclínicos: hemograma-normal; troponina-Icuantitativa-9,8; CT-300; TG-1584; HDL-24; HbA1c-5,26; creatinina-0,7; BUN-9, INR-0,98; PT-10; PTT-47; Na-141; K-4,3; CPK-9; TSH-3,3; ALT-153; AST-68. Se inicia manejo médico para IAMCEST. Se realiza angioplastia con implante de stent-medicado-en-coronaria-derecha. Paciente tolera procedimiento, hemodinámicamente estable, con resolución de angina y mejoría electrocardiográfica. Se prescribe fenofibrato 200-mg/día. En cita de control (3-meses), asintomático con paraclínicos: TG-890; CT-190; LDL-128; HDL-45; HbA1c-5,7%; ecografía abdominal total: esteatosis hepática moderada sin otros hallazgos. Se continúa manejo con fenofibrato y estatinas a dosis de alta intensidad. Cita de control 6-meses: paciente asintomático con TG-322; CT-165; LDL-78; HDL-55. Se hace seguimiento de perfil lipídico familiar encontrándose altos niveles de triglicéridos con niveles normales de CT con mejoría ante tratamiento con fenofibrato-estatinas. Actualmente paciente y familiares en seguimiento médico a la espera de análisis genético para diagnóstico definitivo.

Conclusiones. Se presenta el caso de un paciente joven sin diabetes con historia de HTF que debutó con IAMCEST.

C-20

ECMO - VA EN PACIENTE CON RECHAZO MEDIADO POR ANTICUERPOS EN TRASPLANTE CARDÍACO

MENDOZA FERNÁN, ACOSTA SEBASTIÁN, MALUA ANTONIO, ESTUPIÑAN CAMILA, POVEDA MARCELA, MENDOZA LAURA, JARAMILLO CLAUDIA, MARTÍNEZ SILVIA.

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

Introducción: El rechazo del trasplante cardíaco mediado por anticuerpos es un diagnóstico que requiere evidencia clínica, histológica, inmunopatológica y serológica, cuya presentación clínica puede ir desde estar asintomático hasta choque cardiogénico. Presentamos el caso de un paciente con rechazo de trasplante cardíaco mediado por anticuerpos en choque cardiogénico soportado con membrana de oxigenación extracorpórea veno – arterial (ECMO – VA).

Diseño y metodología: Estudio observacional tipo reporte de caso

Resultados. Caso clínico: Mujer de 32 años con trasplante cardíaco ortotópico hace 3 meses, quien consultó por cuadro de 3 días de náuseas y emesis y dolor abdominal tipo cólico. Paraclínicos con elevación de aminotransferasas y prolongación de INR. Al día siguiente presentó disnea súbita y choque cardiogénico con disfunción biventricular severa y lesión renal aguda que requirió soporte vasoactivo y terapia de reemplazo renal, balón de contrapulsación intraaórtico y ante la no mejoría se decidió iniciar terapia con ECMO-VA con puente a recuperación. Por trombocitopenia severa no se realizó biopsia endomiocárdica. Con sospecha diagnóstica de rechazo mediado por anticuerpos, basado en el cuadro clínico y los anticuerpos antiHLA clase I positivos, se iniciaron pulsos de esteroides por 5 días sin mejoría hemodinámica; luego se adicionó timoglobulina e inmunoglobulina con posterior recuperación completa de la función biventricular a los 10 días del soporte con ECMO VA y el esquema mencionado. Complicaciones adicionales embolia pulmonar y trombosis mesentérica y úlcera en colon derecho.

Conclusiones. Este caso es una muestra del beneficio del inicio temprano de la terapia con ECMO - VA en pacientes postrasplante cardíaco en choque cardiogénico y de la necesidad de combinar terapias inmunosupresoras en el tratamiento del rechazo mediado por anticuerpos.

C-21

IDARUCIZUMAB PARA REVERSIÓN DEL DABIGATRAN EN TRASPLANTE CARDIACO

MENDOZA FERNÁN, MALUA ANTONIO, ESTUPIÑAN CAMILA, ACOSTA SEBASTIÁN, JARAMILLO CLAUDIA, MENDOZA LAURA, MARTÍNEZ SILVIA.

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

Introducción. La fibrilación auricular (FA) es frecuente en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada (ICA) candidatos a trasplante. Los anticoagulantes directos son recomendados como primera línea para la prevención de tromboembolia en FA no valvular porque ofrecen un mejor perfil de seguridad. En situaciones que requieren una normalización inmediata del sistema de coagulación, el Idarucizumab, un anticuerpo monoclonal que neutraliza la actividad del Dabigatrán, permite lograr ese objetivo; sin embargo la literatura disponible en trasplante cardíaco es escasa.

Presentamos el caso de una paciente con ICA secundaria a cardiopatía periparto, en lista de espera y quien recibía Dabigatrán por FA no valvular, donde se utilizó Idarucizumab como agente reversor para ser llevada al trasplante.

Diseño y métodos. Estudio observacional tipo reporte de caso.

Resultados. Caso Clínico: mujer de 40 años con cardiopatía periparto en 2011, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) 15%, portadora de cardiodesfibrilador para prevención primaria de muerte súbita, insuficiencia mitral funcional severa, hipertensión pulmonar, FA no valvular con CHA₂DS₂-VASC: 2 puntos, anticoagulada con Dabigatrán, refractaria al tratamiento médico. Ingresó para trasplante cardíaco previa reversión de la anticoagulación con Idarucizumab 5 gramos endovenosos (dos infusiones de 50 ml con 2,5 gramos separados por 15 minutos); durante el trasplante se utilizó salvador de células y se transfundieron plasma, crioprecipitado, no requirió transfusión de glóbulos rojos. Inicialmente presentó disfunción ventricular derecha de rápida recuperación. Sin evidencia de sangrado mayor, egresa a piso al quinto día posoperatorio.

Conclusiones. En pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada con fibrilación auricular tratados con Dabigatrán y quienes necesitan un procedimiento quirúrgico de urgencia como el trasplante cardíaco, el uso de un agente reversor como el Idarucizumab es una alternativa disponible en Colombia.

C-22

USO DE MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA (ECMO) EN CHOQUE CARDIOGÉNICO ISQUÉMICO, EXPERIENCIA DE DOS CASOS COMO PUENTE A RECUPERACIÓN

MENDOZA FERNÁN, ESTUPIÑÁN MARÍA CAMILA, ACOSTA SEBASTIÁN, MALUA ANTONIO, DÍAZ RENÉ, MENDOZA LAURA, MARTÍNEZ SILVIA.

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

Introducción. El infarto agudo de miocardio (IAM) sigue siendo la principal causa de choque cardiogénico, con alta mortalidad intrahospitalaria (27 a 51%). Su diagnóstico oportuno, la reperfusión mediante cateterismo y el uso de dispositivos de soporte circulatorio mecánico transitorio pueden cambiar el pronóstico. Presentamos dos casos con choque cardiogénico donde se utilizó ECMO-VA como puente a recuperación.

Diseño y métodos. Estudio descriptivo reporte de casos.

Resultados. Caso 1: hombre de 61 años, ingresó por síncope y dolor torácico, se documentó IAM con elevación del ST anterior, con progresión a choque cardiogénico, ecocardiograma con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) 30%. Arteriografía con lesión del 65% del tronco izquierdo y crítica de la descendente anterior, se consideró alto riesgo quirúrgico. Se realizó angioplastia con implante de stent medicado y soporte con ECMO – VA con posterior recuperación, decanulación a las 96 horas. **Caso 2:** hombre de 63 años, remitido por choque cardiogénico refractario secundario a IAM con elevación del ST de pared inferior, intervenido con tres stents en coronaria derecha. Ecocardiograma inicial con severa disfunción biventricular, fue soportado con ECMO-VA y balón de contrapulsación intraaórtico, se realizó en segundo tiempo intervención de descendente anterior y circunfleja. Al sexto día decanulación exitosa.

Conclusiones: El choque cardiogénico posterior al IAM, es una complicación que incrementa la mortalidad. El reconocimiento temprano para realizar reperfusión y el uso de terapias como ECMO-VA como puente a recuperación o como puente a decisión, son conductas que pueden incrementar la supervivencia. Son necesarios centros de choque cardiogénico con experiencia en la utilización de estas terapias.

C-23**PERICARDITIS TUBERCULOSA: PRESENTACIÓN INUSUAL EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE ASOCIADO A COINFECCIÓN CON *PLASMODIUM***

CALIXTO OMAR-JAVIER, GÓMEZ CAMILO, PEREIRA ANDRÉS, ROMERO JULY, PRADA ANDRÉS, PACHECO OSCAR, PALOMINO GUSTAVO.

Universidad Militar Nueva Granada. Hospital Militar Central. Bogotá, Colombia.

Introducción. El compromiso pericárdico es poco frecuente en tuberculosis (TB). Es común en áreas endémicas. Las características más frecuentes de estos pacientes se encuentran edad avanzada o antecedente de inmunosupresión.

Diseño y métodos. Presentación de caso.

Resultados. Paciente masculino 25 años, soldado presenta síndrome febril remitido desde área rural de Putumayo donde realizan estudio positivo para *P. falciparum*. Fue admitido en el servicio de urgencias del Hospital Militar Central, Bogotá. Se identificó diaforesis nocturna y pérdida de peso involuntaria de 2 meses. No historia de tos, dolor torácico, hemoptisis, tuberculosis, diabetes mellitus o inmunosupresión. Tampoco historia familiar de infección o contacto por TB. Al examen físico requerimiento de oxígeno suplementario e ingurgitación yugular grado II, con presencia de adenomegalias submandibulares < 1 cm. Radiografía de tórax con cardiomegalia global, derrame pleural bilateral, electrocardiograma normal, troponina I negativa. Ecocardiograma evidenció derrame pericárdico (500cc) y función sistólica disminuida (FEVI 48%), con diagnóstico taponamiento cardíaco asociado a colapso de ventrículo derecho. Es llevado a pericardiocentesis drenando 800cc de líquido hemático y se realizó biopsia de tejido pericárdico y cultivos. Recibió manejo con artesunato en contexto de malaria complicada. La biopsia de pericardio informó pericarditis granulomatosa crónica con áreas fibrinoides y fibrosis. Las baciloscopias de líquidos pleural, pericárdico, esputo y prueba de reacción en cadena de la polimerasa fueron negativas; sin embargo, el cultivo del líquido pericárdico en Löwenstein-Jensen reportó *M. tuberculosis*. Se indicó manejo con tetraconjugado con adecuada tolerancia. De forma complementaria, se realizó pericardiectomía por toracoscopia para disminuir riesgo de pericarditis constrictiva.

Conclusiones. El compromiso pericárdico alcanza 90% en mortalidad sin diagnóstico y se reduce a 12% con tratamiento oportuno. En conclusión, presentamos un caso en inmunocompetente con coinfección por *Plasmodium falciparum* este es el primer caso de correlación de posible sinergismo entre estos dos patógenos.

C-24

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

**BELLO JESÚS, CASTAÑEDA LAURA, FERNÁNDEZ ANDRÉS,
RODRÍGUEZ ARTURO, MIRANDA ANDRÉS.**

Clínica Medellín. Medellín, Colombia.

Introducción. Los pacientes menores de 50 años que presentan síndromes coronarios agudos (SCA) son clínicamente diferentes a los pacientes mayores que presentan esta patología. Nuestro propósito fue describir las características clínicas de los pacientes menores de 50 años que acudieron a un centro de tercer nivel en Medellín (Colombia) en quienes se realizó el diagnóstico de SCA.

Diseño y métodos. Estudio retrospectivo de cohorte descriptivo de pacientes menores de 50 años que se presentaron a urgencias con diagnóstico de SCA y quienes fueron llevados a angiografía coronaria entre el 2015 y 2019. El perfil demográfico y clínico se recopiló en una base de datos prediseñada. Se registraron tasas de mortalidad hospitalaria y de infarto agudo del miocardio no fatal, revascularización repetida, accidente cerebrovascular o readmisión del paciente por 6 meses.

Resultados. 73 pacientes fueron incluidos, la edad media fue 42.5 años, el 70% fueron hombres. La comorbilidad más común fue la hipertensión (36%), seguida de tabaquismo (32%) y dislipidemia (22%). El diagnóstico más frecuente fue el infarto agudo del miocardio sin elevación del ST (42%), seguido del infarto agudo del miocardio con elevación del ST (32%) y angina inestable (26%). El Grace score promedio en el ingreso fue de 82. El vaso culpable más común fue la arteria descendente anterior (33%) y la coronaria derecha (22%). 22 pacientes tuvieron angiografía normal.

Conclusiones. A pesar de su corta edad los pacientes menores de 50 años con enfermedad coronaria tienen una alta carga de comorbilidades y factores de riesgo cardiovascular. Un tercio de los pacientes que se presentaron en el contexto agudo tenían coronariografía normal, lo que hace que el clínico piense en diagnósticos alternativos.

C-25

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

HERRERA CÉSPEDES CRISTHIAN EMILIO, 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, CUELLAR AZUERO MARÍA ISABEL, ORJUELA CAROLINA, TRIVIÑO LISSETH, FERNANDEZ LICETH, NÁRVAEZ ANDREA.

Hospital Universitario Hernando Moncaleano. Neiva, Huila.

Introducción. El objetivo de nuestro estudio fue describir las angiografías coronarias y perfil clínico y paraclínico en 100 pacientes de la unidad de cardiovascular del Hospital universitario Hernando Moncaleano en el periodo de diciembre de 2015 y julio de 2017.

Diseño. Retrospectivo de corte transversal.

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) transtorácico y 16,3% (15) se realizaron con estrés farmacológico, de los ecocardiogramas 84 tenían hallazgos estructurales 58,3% (49) valvulopatías y 45,2% (38) hipoquinesia segmentaria, 62,5% (50) tenían FEVI menor de 40%, dentro de los hallazgos angiográficos 67% reportaron epicárdicas sanas, 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 colocó stent medicado, del total de pacientes 13% fueron llevados a revascularización cardiaca, como comorbilidades el 59% tenía HTA, seguido de diabetes mellitus 25%, 19% no presentaba comorbilidad previa, de todos los pacientes el 2% murió.

Conclusiones. El hallazgo más impactante es que la mayoría de pacientes tenía epicárdicas sanas, la principal comorbilidad fue Hipertensión Arterial. Es el primer estudio de este tipo en la región, muestra que se requiere, por un lado la selección más rigurosa de pacientes llevados a angiografía coronaria, pues dos tercios tienen epicárdicas sanas, porcentaje mayor a lo reportado en la literatura, y por otro lado la necesidad de acceso a herramientas de diagnóstico complementario más precisas.

C-26

SUPERVIVENCIA LIBRE DE MORTALIDAD ESTRATIFICADA POR ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEPRIMIDA

CARREÑO MARISOL, PALOMINO GUSTAVO, DUQUE RUBÉN.

Hospital Militar Central. Bogotá, Colombia.

Introducción. La pobre adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia cardiaca se ha asociado a exacerbaciones, deterioro de la clase funcional, rehospitalización y muerte. El objetivo de este estudio fue determinar la supervivencia libre de mortalidad a 3 años según la adherencia al tratamiento en pacientes con fracción de eyección menor a 40%.

Diseño. Cohorte histórica de pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca tratados en el hospital entre enero de 2016 y junio de 2018.

Métodos. Se realizó la descripción de las variables clínicas y paraclínicas mediante medidas de tendencia central y dispersión y frecuencias. Seguimiento efectivo del 100% a 3 años. Análisis de Kaplan Meier para determinar la supervivencia expresada con intervalo de confianza del 95%. Todos los análisis realizados en STATA 14.

Resultados. Cohorte de 334 pacientes. El 37% (124/334) FEVI < 40%. La adherencia a beta bloqueadores fue de 76,6% (95/124), la adherencia a inhibidores enzima convertidora angiotensina (ieca) o antagonistas receptores de aldosterona II (ARAI) 58,1% (72/124). Supervivencia de no adherentes a ninguno de los tratamientos 85% (IC 95% 62-95), adherentes solo a beta bloqueadores 100%, adherentes solo a ieca/araII 93% (IC 95% 76-98), adherentes a ambos grupos 98% (IC 95% 89-99).

Conclusiones. En los pacientes con fracción de eyección deprimida el uso de beta bloqueadores e ieca/araII es indicación IA. La no adherencia de los pacientes conlleva a menor supervivencia en comparación con la adherencia parcial o total. La implementación de clínicas de falla cardiaca podría mejorar los niveles de adherencia optimizando los desenlaces a corto y largo plazo.

C-27

INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA ASOCIADA A ESCLEROSIS SISTÉMICA

MENDOZA FERNÁN, PRIETO JAVIER, FUENTES CARLOS, ORTIZ PAOLA, JARAMILLO CLAUDIA, ROJAS DIEGO.

Fundación Clínica Shaio. Bogotá, Colombia.

Introducción. La esclerosis sistémica es una enfermedad autoinmune del tejido conectivo, con afectación multiorgánica. El compromiso cardiovascular tiene baja prevalencia y es un factor pronóstico de morbimortalidad; la fibrosis miocárdica en parche de ambos ventrículos es la principal afectación del miocardio, conllevando a hipertrofia ventricular izquierda, disfunción diastólica, disfunción sistólica biventricular y en un 5% puede progresar a insuficiencia cardiaca avanzada, confiriendo una mortalidad del 75% a 5 años.

Diseño y método. Reporte de caso

Resultado. Caso clínico: paciente femenina de 37 años, con antecedente de esclerosis sistémica difusa desde el 2017, tratada con ciclofosfamida, sin adecuado control de su enfermedad, con cuadro clínico de 3 meses, caracterizado por deterioro de clase funcional, edemas, ortopnea, disnea paroxística nocturna, con ecocardiograma transtorácico, que evidencia cardiopatía dilatada con disfunción sistólica severa, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) 18%, disfunción diastólica (patrón restrictivo), dilatación del ventrículo derecho y disfunción sistólica severa, resonancia magnética nuclear del corazón evidencia miocardiopatía dilatada de origen no isquémico, con fibrosis miocárdica difusa ventricular, considerándose compromiso miocárdico de esclerosis sistémica, disfunción biventricular severa, FEVI 9%. Se descartan otras causas, recibe tratamiento con inotrópicos bloqueo neurohumoral (betabloqueador, sacubitrilo – valsartan, espironolactona), diurético de asa e implante de cardiodesfibrilador como prevención primaria de muerte súbita, no candidata para trasplante cardiaco o asistencia ventricular. Por reumatología se indicó manejo con rituximab.

Conclusiones. La cardiomiopatía secundaria a esclerosis sistémica no es frecuente y con menor prevalencia la insuficiencia cardiaca avanzada; el mal control de la enfermedad sistémica es la causa principal de la progresión de la afectación cardiaca, el diagnóstico es por exclusión, descartándose otras causas (isquémicas, infiltrativas, metabólicas).

C-28

ARTERITIS DE TAKAYASU CON ESTENOSIS DE ARTERIAS SUBCLAVIA Y CARÓTIDA COMÚN IZQUIERDAS. UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA

MENDOZA FERNÁN, PRIETO JAVIER, FUENTES CARLOS.

Fundación Clínica Shaio. Bogotá, Colombia.

Introducción. La Arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis de grandes vasos con una incidencia estimada en 1.2/millones por año. Se considera una reacción autoinmune contra la pared de los vasos, causando inflamación crónica. El tratamiento con esteroides a dosis altas se recomienda para tratar la actividad de la enfermedad. El uso de agentes inmunosupresores y biológicos como anti-factor de necrosis tumoral han demostrado efectividad en la enfermedad activa o recaídas. En algunos casos puede ser necesario tratamiento endovascular y/o con revascularización quirúrgica.

Diseño y método. Reporte de caso

Resultados. Caso clínico: mujer de 55 años con cuadro clínico de 3 horas con afasia nominal transitoria, cefalea de intensidad leve, claudicación en mandíbula y en miembro superior izquierdo, parestesias ocasionales. Se auscultó soplo sistólico carotideo izquierdo de intensidad III/VI, disminución de pulsos en miembro superior izquierdo a nivel radial y braquial, aortograma toraco abdominal y arteriografía vertebral evidenció oclusión proximal del origen de carótida izquierda. PET-SCAN reportó proceso inflamatorio en arteria subclavia izquierda secundario a proceso vasculítico. Se llevó a angioplastia con implante de stent medicado, posterior a esto presentó signos de revascularización satisfactoria, mejoría clínica y se dio egreso con manejo médico farmacológico (antiagregación y corticoide).

Conclusiones. La AT afecta con más frecuencia a mujeres jóvenes, es una patología que se puede llegar a subestimar, retrasando una intervención oportuna, con importantes complicaciones. En este caso por la alta sospecha clínica, las imágenes y la biopsia que descartó arteritis de células gigantes, se logró tratamiento médico e intervencionista, logrando resolución de los síntomas, mejorando funcionalidad y calidad de vida.

C-29

DISECCIÓN DE ARTERIAS CORONARIAS EN EL HOMBRE JÓVEN. A PROPÓSITO DE UN CASO

DIANA-CRISTINA VARELA-TABARES, JORGE MARIO PALMEZANO DÍAZ, ANDREA PÉREZ-ARROYAVE, JOHANN GUTIERREZ BOLAÑOS CATALINA GALLEGO MUÑOZ, CARLOS MARTINEZ.

Universidad Pontificia Bolivariana. Universidad CES. ³ Clínica CardioVID. Medellín, Colombia.

Introducción. Las enfermedades del sistema circulatorio representan la primera causa de muerte en el mundo, siendo en Colombia el 16.6%. Dentro de este grupo la enfermedad cardíaca isquémica ocupa la primera causa tanto en hombres como en mujeres en un 53%.

Diseño y métodos. Caso clínico

Resultados. Hombre de 23 años sin antecedentes patológicos previos, sin consumo de sustancias psicoactivas ni tabaquismo, con antecedente familiar paterno de infarto agudo de miocardio no fatal a los 40 años. Consultó por cuadro clínico de 20 días de evolución de dolor a la palpación de la unión costochondral, el cual se agudiza con nuevo episodio doloroso en hemitorax derecho desencadenado con el levantamiento de pesas, sin limitación de la mecánica respiratoria, sin irradiación y sin mención de otros síntomas asociados.

Al electrocardiograma se evidencia elevación del segmento ST en las derivadas V2 hasta V5 con cambios recíprocos en pared inferior.

Se llevó a coronariografía en donde se encontró lesión larga en tercio proximal de la arteria descendente anterior, compatible con disección y trombos agregados.

Conclusiones. La enfermedad isquémica en jóvenes (definido como aquellos menores de 45 años), se ha descrito en cohortes hasta en un 11.6%, con una menor tasa de mortalidad. La disección de arterias coronarias corresponde al 1.7- 4% del síndrome coronario agudo, se presenta con mayor frecuencia en el género femenino y en menores de 60 años, en el 75% de los casos su presentación se da como infarto agudo del miocardio no ST y hasta un 83% de estos pacientes responden a revascularización coronaria sin requerimiento de stent.

C-30

TROMBOSIS DE BIOPRÓTESIS DE VÁLVULA MITRAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO

MORENO-PALLARES EIMAN, BORNACELLY ADRIANA.

Fundación clínica Shaio. Bogotá, Colombia.

Introducción. La trombosis mecánica de válvula cardíaca tiene una prevalencia de 6,1 en países en vía de desarrollo siendo rara en las válvulas mitrales y menos común aun cuando son bioprótesis, el diagnóstico se realiza con ecocardiograma-transesofágico (eco-TE) y el manejo con anticoagulación por 3 meses (Warfarina/Heparinas).

Diseño y métodos. Presentación y revisión de un caso.

Resultados. Paciente masculino de 61 años procedente de Bogotá, profesor, quien consulta por cuadro clínico consistente en disnea progresiva a pequeños esfuerzos de una semana de evolución, que se acompaña de mareos, escalofríos y sensación de palpitaciones. Niega dolor torácico. Antecedente de reemplazo de válvula mitral biológica por degeneración mixomatosa con insuficiencia severa. Medicado con metoprolol-150mg/día. Al examen físico TA-124/80; FC-110 lpm; FR-16rpm; Peso-70kg; Talla-1,75mt; IMC-23,5. Paraclínicos: EKG extrasístoles supraventriculares en V4-V6; hemograma-normal; Na-141; K-4,1; Cloro-103; Glicemia-99; creatinina-0,8; TFG-108; dímero-D-2590; BUN-28; PCR-61. A su ingreso trae ecocardiograma-extrahospitalario que reporta hipertensión pulmonar (HTP) con presión sistólica de la arteria pulmonar de 63 mmHg asociado a pannus con imagen de vegetaciones de prótesis de válvula mitral e insuficiencia grado-I, ventrículo-derecho (VD) dilatado con disfunción severa, TAPSE-11mm, cardiopatía hipertrófica en ventrículo-izquierdo (HVI) sin trastorno de motilidad, FEVI-58%, dilatación biauricular sin trombos. El paciente es hospitalizado con impresión diagnóstica de endocarditis infecciosa y tromboembolismo-pulmonar (TEP) a descartar. Se realiza eco-TE que reporta bioprótesis valvular en posición mitral disfuncionante por obstrucción, trombosis valvular que restringe la apertura de dos/tres valvas, aurículas y cavidades derechas aumentadas de tamaño con disfunción sistólica moderada del VD, TAPSE 11mm. AngioTAC descarta TEP. Presenta una trombosis de bioprótesis mitral, se considera anticoagulación con warfarina y control ecocardiográfico en 3-meses, egresa con warfarina-5mg/día. En consulta externa (tres meses) con ausencia de trombosis de la válvula.

Conclusiones. Se presenta un caso con trombosis de bioprótesis mitral con adecuada resolución clínica y ecocardiográfica luego de anticoagulación por 3 meses.

C-31

SEGURIDAD DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 3, 4 Y 5

URIBE BARRADA MARÍA CRISTINA, BUSTAMANTE JULIANA MARCELA, CASTRO SÁNCHEZ SUSANA, ARRIETA BECHARA JUAN CARLOS.

Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Introducción: Los anticoagulantes orales directos (DOAC) como el rivaroxabán, el apixabán y el dabigatrán están disponibles en Colombia, son medicamentos ampliamente utilizados en diferentes patologías y han mostrado ser más seguros en el ámbito ambulatorio que la warfarina y los anticoagulantes parenterales. Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) tienen alto riesgo hemorragia y por eso se requiere evaluar la seguridad de la anticoagulación en nuestra población.

Diseño. Estudio observacional de corte transversal, con pacientes anticoagulados y ERC estadios (E) 3, 4 y 5, entre Junio/2017 y Diciembre/2018 en un programa ambulatorio de un centro Hospitalario de Medellín.

Métodos. Recolección de datos a partir de la historia clínica.

Resultados. 80 pacientes incluidos para el análisis (parcial) de 1337. Según estadios: E3a 41%, E3b 27%, E4 16% y E5 7% (todos en hemodiálisis). La mayoría con fibrilación auricular (37%). 63% usa warfarina y de esos 78% con international normalized ratio (INR) de 2-3. 9 pacientes sangraron (11%), 1 usaba apixabán, 1 rivaroxabán, 1 enoxaparina y 6 warfarina (66%), con el último se presentó el único sangrado mayor (tracto gastrointestinal). Estos fueron independientes del E, pero relacionados con el INR >6.

Conclusiones parciales. La causa de anticoagulación más frecuente es la fibrilación auricular y E3 están la mayoría de pacientes. La warfarina es el anticoagulante más usado en los pacientes con ERC, logrando INR de 2-3 en el 78% y esto muestra la importancia de un programa de seguimiento continuo.

Son más seguros los DOAC donde solo hubieron sangrados menores, con warfarina es mayor el riesgo de sangrado mayor y menor (66%).

C-32

MUERTE SUBITA EN PACIENTE ADOLESCENTE POSTPARTO

ROMERO ROJAS SANTIAGO, ZABALETA TABOADA ORLANDO.

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

Introducción. Las causas de muerte súbita en el embarazo son inusuales y generalmente de causas multivariadas. Desde cardiomiopatías inflamatorias asociadas al embarazo hasta el Síndrome de Muerte Súbita del Adulto (SADS); las causas en ocasiones están asociadas a factores de riesgo cardiovascular y se manifiestan como arritmias ventriculares que confieren un paro cardiorrespiratorio a individuos sin antecedentes.

En el presente documento se describe el caso de una paciente postparto de 18 años que presentó un cuadro de muerte súbita sin padecer ningún factor predisponente.

Presentación del Caso. Se realiza una descripción narrativa de una paciente femenina de 18 años de edad sin antecedentes patológicos en postoperatorio de 3 meses de cesárea por primer embarazo sin complicaciones. Ingresa a urgencias con clínica de 20 minutos consistente en respiración agónica asociada a pérdida del estado de conciencia, al ingreso en ritmo de paro por lo que se inició reanimación avanzada documentando ritmo de Fibrilación ventricular y Actividad eléctrica sin pulso, luego de 20 mins, retorna a ritmo sinusal.

Se descarta hipovolemia, hipotermia, alteraciones electrolíticas, del estado ácido base e ingesta de tóxicos; adicionalmente se realiza electrocardiograma sin cambios isquémicos, se realiza ecocardiograma con trastornos leves segmentarios de la contractilidad, Fracción de Eyección 25%, arteriografía coronaria normal y Angiotac de tórax sin evidencia de trombosis pulmonar, por lo que se descartó origen isquémico, taponamiento cardiaco y tromboembolismo.

Finalmente, continuando con estudio de paro cardiaco se realiza Holter en busca de trastornos de conducción sin evidencia de alteraciones eléctricas.

A su vez se descartó otras causas de muerte súbita, infecciosas y no infecciosas incluyendo cardiopatía chagásica y de depósito (amiloidosis).

Habiendo realizado estudios sobre todo lo anterior se consideró muerte súbita secundaria a cardiopatía post parto por SADS; se indicó Implante de CDI como prevención secundaria y bloqueo neuro humoral completo, con adecuada respuesta a la terapia médica. Tras ello, la paciente ha presentado una evolución favorable ambulatoriamente.

Discusión. La muerte súbita en el periodo postparto es una entidad que se presenta con mínima frecuencia; a pesar de un control prenatal apropiado, puede manifestarse con un paro cardiorrespiratorio aislado y su principal causa es el Síndrome de Muerte Súbita del Adulto, que consiste en arritmias ventriculares sin anomalías estructurales severas cardíacas o extracardíacas documentadas. Es importante tenerla en cuenta al abordaje y seguimiento de cualquier paciente post parto y con mayor razón si tiene factores de riesgo cardiovascular.

SADS: (Síndrome de muerte súbita del adulto)

Palabras Clave. DeCS: Síndrome de muerte súbita del adulto, muerte súbita en adolescente, reporte de caso.

C-33

COMPROMISO CARDIACO POR TIMOMA, A PROPOSITO DE UN CASO

ACEVEDO DANIELA, NIÑO JENNY, VESGA BORIS.

Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.

Introducción. Los tumores cardiacos son poco frecuentes, se dividen en primarios y secundarios, siendo estos últimos de 20 a 40 veces más prevalentes.

El timoma es una neoplasia poco común, en adultos corresponde al 30% de los tumores de mediastino anterior, con una incidencia entre los 55-65 años, cuando su localización es intra pericárdica se considera una presentación exclusiva. Se presenta como una estructura encapsulada que puede infiltrar estructuras vecinas lo que dificulta su extracción, cuando se logra la extracción completa su pronóstico es bueno, cuando este tiene un comportamiento invasor su pronóstico va de la mano de la posibilidad quirúrgica de extracción total y su manejo es con quimioterapia y radioterapia. Los signos y síntomas dependen de la localización, las lesiones de mediastino medio pueden causar síndrome de vena cava superior u obstrucción de las vías aéreas.

Presentación del Caso. Paciente masculino de 72 años con antecedente de Cáncer de Timo que requirió resección quirúrgica con recidiva, no candidato a manejo quirúrgico por ubicación cercana a la arteria Aorta, por lo cual recibió Radioterapia (6600cgy) en 2016. Concomitantemente con Hipertensión Arterial, Cardiopatía isquémica con fracción de eyección 30 %, y enfermedad coronaria multivaso no revascularizable por alto riesgo quirúrgico. Consulta en múltiples ocasiones durante último año por palpitaciones, asociado a opresión torácica, y presincope, Inicialmente con flutter auricular, sin respuesta a manejo farmacológico por lo cual requirió cardioversión eléctrica, alternancia con bradicardias, considerándose posible enfermedad del nodo. Se implantó marcapasos unicameral con indicación de estudio electrofisiológico + ablación del nodo auriculoventricular sin complicaciones. Presenta posteriormente falla cardiaca descompensada asociada a síndrome de vena cava superior por antecedente; con hallazgo en Eco transesofágico de tumor que infiltra raíz aórtica de manera circular hasta de 10 mm de espesor, lesión tumoral ubicada en aurícula derecha hacia la cava superior e inferior, infiltración del pericardio visceral y parietal hasta 2.2 cm de espesor, hipoquinesia severa de pared anterior e inferior en el segmento medio y apical con espesor parietal conservado, compromiso severo de función sistólica, sin cambios a la FEVI. Valorada por Oncología con propuesta de manejo con radioterapia paliativa, con mejoría de sintomatología.

Discusión. Presentamos un paciente adulto mayor con carcinoma tímico, patología poco frecuente, con infiltración a la raíz aórtica y lesión tumoral en la aurícula derecha, con complicaciones cardiovasculares múltiples como arritmias de difícil control y síndrome de vena cava superior, un reto terapéutico para el grupo tratante.

Conclusiones. Los tumores cardiacos son de baja incidencia, la mayoría son asintomáticos hasta cuando por su extensión comprometen el funcionamiento hemodinámico o eléctrico del corazón, pueden llegar a comprometer el tejido de conducción causando arritmias auriculares, como fibrilación auricular, aleteo o taquicardia supraventricular, también causar bloqueos auriculoventriculares llevando a muerte súbita. El diagnóstico temprano y la resección completa son la base del tratamiento y del pronóstico.

Palabras clave. Timoma, masas mediastinales, tumores cardiacos.