

Cardiología

Cardiology

C-1

DETERMINACIÓN DEL PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE LA ESCALA FRAMINGHAM CALIBRADA PARA COLOMBIA, EN POBLACIÓN SANTANDEREANA PARTICIPANTE DEL ESTUDIO FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS, MÉTODO STEPWISE

NAVAS-LOPEZ JULIAN ALONSO, AYALA-GUTIERREZ MARIA CAMILA, AMAYA-MUÑOZ MARIA CAMILA, CAMACHO-LOPEZ PAUL ANTHONY, GOMEZ-LAHITTON EDGAR DAVID

Fundación Oftalmológica de Santander. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. Las Enfermedades Cardiovasculares son la principal causa de muerte y discapacidad a nivel mundial y en Colombia. Existen modelos que intentan predecir la probabilidad de morbimortalidad debida a Enfermedad Cardiovascular, sin embargo, solo las escalas PROCAM y Framingham han sido validadas en nuestro medio. En Colombia, son escasos los estudios que categoricen el riesgo cardiovascular (RCV) poblacional y Santander hasta el momento carece de un estudio que categorice el RCV.

Diseño. Transversal analítico.

Métodos. Se incluyeron participantes mayores de 18 años que formaron parte del estudio de factores de riesgo para enfermedades crónicas en Santander, método STEPwise 2015. Se tomaron variables sociodemográficas, clínicas, antecedentes patológicos y paraclínicos.

Resultados. Participaron 577 personas de 30 a 64 años. En su mayoría mujeres (61,7%). Los principales factores de riesgo fueron: 75,3% sobrepeso/obesidad, 49,9% hipercolesterolemia, 26,3% hipertensión arterial, 11% diabetes mellitus y 7,1% tabaquismo activo. Al aplicar la escala de Framingham calibrada para Colombia, se estimó una mediana de RCV de 3,4% (2,1% mujeres y 5,9% hombres). La población evidenció un riesgo bajo en el 77,6%, intermedio 13,2% y alto en el 9,2%.

Conclusiones. Se evidenció un RCV global bajo, sin diferencias respecto al sexo o área de residencia y se observó una dramática prevalencia de sobrepeso y obesidad, así como una tendencia de aumento de los demás factores de RCV.

C-2

RABDOMIOSARCOMA CARDÍACO RECURRENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

DULCEY-SARMIENTO LUIS ANDRÉS, BARÓN-LOZA VALENTINA

Hospital Local del Norte. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. Los tumores cardíacos son patologías inusuales. Se clasifican en primarios y metastásicos; siendo estos últimos 40 veces más frecuentes. Su diagnóstico plantea un desafío debido a la dependencia total en las pruebas de imagen y la dificultad para obtener biopsias.

Presentación del caso. Presentamos el caso de una paciente en la séptima década de la vida con antecedente de hipertensión arterial grado 3 en tratamiento farmacológico. Aquejaba disnea con el ejercicio leve, edema en miembros inferiores y debilidad generalizada de 1 año de evolución. Se realiza ecocardiograma transtorácico con diagnóstico de tumor de la aurícula izquierda, insuficiencia mitral y tricuspídea. Es sometida a cirugía para resección del tumor, reemplazo de válvula mitral por prótesis mecánica y cirugía plástica de válvula tricuspídea. La biopsia diagnosticó rhabdomioma. Dos años después, presenta la misma sintomatología, se realiza un electrocardiograma que muestra desplazamiento izquierdo del eje cardíaco. En ecocardiograma transesofágico se identifica masa en el ventrículo izquierdo, indicando una recaída de la neoplasia. El tumor se consideró inoperable, se inicia quimioterapia con posterior fallecimiento de la paciente. Se confirmó el diagnóstico de rhabdomioma cardíaco histopatológicamente.

Discusión. El pronóstico de esta neoplasia primaria es malo, con un promedio de supervivencia de 6 a 12 meses. Actualmente existen pruebas de una mejor sobrevida con el uso de tratamiento multimodal (quimioterapia y resección quirúrgica) en comparación con la cirugía o quimioterapia aislada. Quizás los factores determinantes del desenlace de la paciente fueron la falta de seguimiento por oncología, ecocardiografía o quimioterapia postquirúrgica. Ante esto, el diagnóstico de sarcoma recurrente se realizó cuando ya se encontraba clínicamente manifiesto e inoperable. El propósito de este reporte es señalar la importancia de un diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno en busca de un mejor pronóstico para los pacientes con esta patología.

C-3**DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y GENÉTICO DE AMILOIDOSIS TRANSTIRETINA CON COMPROMISO MIOCÁRDICO HEREDITARIA EN UNA PACIENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO**

HERNÁNDEZ-POSSO EMIL RICARDO, BARÓN-LOZA VALENTINA, MEDINA-DUMAR ELIAIKYS JULIETTE, LÁPEZ-RODRÍGUEZ MARIANA LUCÍA, PARADA-JAIMES ANGELLY NATALIA, JIMENEZ-NIEVES MIGUEL ANGEL, MORENO-REYES SERGIO ALEJANDRO, GOMEZ -AYALA JAIME ALBERTO

Hospital Local del Norte. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. Actualmente se conoce la existencia de 36 tipos de amiloidosis; dentro de los cuales los más comunes asociados con daño cardíaco son la amiloidosis de cadenas ligeras (AL), amiloidosis por transtiretina y amiloidosis asociada con trastornos inflamatorios crónicos (AA). La amiloidosis por transtiretina (ATTR) es una enfermedad progresiva y mortal causada por el depósito extracelular de un monómero anormal de la proteína transtiretina, que tiene dos formas de presentación: sistémica hereditaria y senil.

Presentación del caso. Se presenta el caso de un paciente de 70 años, con amiloidosis familiar hereditaria por transtiretina sin neuropatía. Presenta un aumento de la presión arterial 145/90 milímetros de mercurio, disnea, edema en miembros inferiores y aumento de peso de 7 kilogramos en 2 semanas. El ecocardiograma reveló disminución de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo al 41%; hipertrofia de ambos ventrículos, hipocinesia de las paredes del ventrículo izquierdo y aumento de la presión estimada en el ventrículo derecho.

Según la tomografía computarizada, se visualizan múltiples focos de 2 a 7 milímetros en el parénquima de los lóbulos inferiores en ambos pulmones. Para excluir amiloidosis AL, se realizó biopsia rectal y no se detectó gammapatía monoclonal. Según la tomografía computarizada por emisión de fotón único, se observa acumulación de radiofármacos en el miocardio, hallazgos característicos de la amiloidosis ATTR. Se realizó un estudio genético donde se encontró en el gen TTR, la variante patógena c.302C>T (p.(Ala101Val)). De esta manera se verificó el diagnóstico de amiloidosis cardíaca por transtiretina.

Discusión. Teniendo en cuenta la alta mortalidad de la enfermedad y la actual disponibilidad de opciones de tratamiento, existe la necesidad de aumentar la conciencia y el estado de alerta de los profesionales en salud de diversas especialidades sobre esta patología para su diagnóstico oportuno y tratamiento.

C-4

ANGIOSARCOMA CARDIACO, UN TUMOR ATÍPICO Y SU DESCRIPCIÓN CLÍNICA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

QUIRÓS-CASTRO JUAN NICOLÁS, RAMOS-ROJAS CATALINA,
RAMOS-CABALLERO GABRIELA SOFÍA,
DULCEY-SARMIENTO LUIS ANDRÉS

Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. El angiosarcoma del corazón es el tipo más común de sarcoma cardíaco, se desarrolla a partir de células de los vasos sanguíneos y linfáticos y consta de células anaplásicas que proliferan rápidamente. Afecta predominantemente las cavidades derechas del corazón, con crecimiento hacia el miocardio de la aurícula o ventrículo derechos y pueden verse afectados tanto el pericardio como los grandes vasos. El diagnóstico suele ocurrir en las últimas etapas de la enfermedad debido a la rareza de esta nosología, ausencia de síntomas específicos, crecimiento agresivo, alta frecuencia de recaídas y metástasis.

Caso clínico. Paciente masculino de 33 años, previamente sano, comenzó con síntomas respiratorios en julio de 2022, inicialmente tratados como una infección viral respiratoria aguda. Sin embargo, su condición se deterioró progresivamente, con múltiples diagnósticos de pericarditis exudativa y subaguda, así como signos de insuficiencia cardíaca. La tomografía computarizada reveló una neoplasia maligna del pericardio con invasión en el miocardio, mediastino y metástasis en el hígado, ganglios linfáticos mediastínicos, pulmones y columna vertebral. El paciente también presentaba trombosis de la vena pulmonar superior izquierda y hidropericardio. A pesar de las medidas de reanimación, el paciente sufrió un paro cardíaco y falleció.

Discusión. Los angiosarcomas cardíacos son raros pero agresivos, con pronóstico desfavorable debido a su rápida invasión y metástasis. El diagnóstico se basa en la ecocardiografía, aunque puede ser desafiante en presencia de derrame pericárdico. La terapia no tiene un consenso claro y la supervivencia promedio es corta. Presentamos el caso de un hombre joven con pericarditis aparente que resultó ser un angiosarcoma cardíaco avanzado, resaltando la importancia del diagnóstico temprano y el manejo interdisciplinario. Este caso subraya la necesidad de una mayor comprensión y detección precoz para mejorar el pronóstico de los pacientes con tumores cardíacos malignos.

C-5**SÍNDROME CORONARIO AGUDO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ARTERITIS DE TAKAYASU**

SÁNCHEZ- RÍOS VERONICA, SALDARRIAGA-RIVERA LINA MARÍA, QUICENO- GUTIÉRREZ ALEJANDRA, DÍAZ-IDÁRRAGA JHONATAN DAVID, HINCAPIÉ-ARIAS ESTEFANÍA

Hospital Universitario San Jorge de Pereira - Universidad Tecnológica de Pereira. Pereira (Colombia)

Introducción. La arteritis de Takayasu es una vasculitis infrecuente que afecta principalmente grandes vasos como la aorta y sus ramas. En mujeres menores de 40 años con síndrome coronario, sin factores de riesgo aparentes, es esencial investigar la causa subyacente considerando la arteritis de Takayasu dentro del diagnóstico diferencial.

Presentación del Caso clínico. Se describe el caso de una mujer de 26 años sin antecedentes relevantes, con 2 días de claudicación en miembros superiores y astenia, quien posteriormente consulta por dolor torácico de características anginosas con diagnóstico subsecuente de infarto agudo de miocardio con compromiso del tronco principal de arteria coronaria izquierda por trombo no oclusivo y oclusión trombótica de la arteria descendente anterior. Dos días después presentó síntomas de isquemia en la extremidad superior derecha con ecografía Doppler reportando obstrucción completa de las arterias radial y humeral con colaterales visibles. Durante la evolución se descartaron trombofilias adquiridas, encontrando PCR y VSG elevadas, diferencia mayor de 10 mmHg entre las presiones arteriales sistólicas de los antebrazos y ausencia de pulso radial derecho. Las imágenes angiográficas mostraron calibre disminuido de la arteria subclavia izquierda, estenosis distal de la subclavia derecha y axilar izquierda. Se consideró un cuadro clínico compatible con vasculitis sistémica de grandes vasos tipo arteritis de Takayasu clasificada por criterios ACR/EULAR.

Discusión. El caso ilustra los desafíos diagnósticos de la arteritis de Takayasu y su enfoque a partir de criterios clasificatorios actualizados, teniendo en cuenta las manifestaciones clínicas atípicas y los diagnósticos diferenciales. El manejo de la arteritis de Takayasu se basa principalmente en terapia inmunosupresora para controlar la inflamación y prevenir complicaciones vasculares adicionales. Para concluir, la arteritis de Takayasu es una enfermedad heterogénea que requiere un enfoque multidisciplinario para su manejo óptimo y el diagnóstico temprano es fundamental para mejorar los resultados clínicos.

C-6**TUBERCULOSIS PERICÁRDICA. UN VIEJO CONOCIDO EN UN SITIO EXCEPCIONAL. REPORTE DE CASOS**

SARMIENTO-ALVAREZ MARÍA JOSÉ, ACEVEDO-OROZCO LAURA LUCÍA, GARZÓN-GUERRON LIZETH GABRIELA, TORRES-ACOSTA EDWIN, ARROYAVE SARA CAMILA, VÉLEZ-LORA MICHAEL MARIO, PALACIO- PEÑALOZA CESAR ANDRÉS, BERMÚDEZ-MERCADO EMILIO, DÍAZ-ARIZA LUIS ANTONIO

Universidad Simón Bolívar, Universidad Libre, Universidad Metropolitana, MiRed IPS. Barranquilla (Colombia)

Introducción. La pericarditis tuberculosa (PT) es una forma poco frecuente pero potencialmente grave de tuberculosis extrapulmonar que afecta al pericardio. Su diagnóstico representa un desafío debido a su presentación clínica variable e inespecífica, requiriendo una combinación de hallazgos clínicos, técnicas de imagen y pruebas de laboratorio.

Presentación de casos. Caso 1: Mujer de 42 años con fiebre, tos, dolor torácico, disnea, ortopnea y edema en miembros inferiores. Se documentó derrame pericárdico severo con repercusión hemodinámica. Se realizó una ventana pericárdica emergente, drenando líquido hemático. El líquido pericárdico mostró exudado polimorfonuclear y ADA elevada (52.2 UI/L), diagnosticando tuberculosis pericárdica.

Caso 2: Hombre de 39 años con VIH, disnea, tos, fiebre y pérdida de peso. Se evidencia derrame pericárdico severo con taponamiento cardíaco masivo, requiriendo pericardiocentesis urgente. El líquido pericárdico mostró aspecto turbio, ADA positivo y PCR de *Mycobacterium tuberculosis* detectable, diagnosticando PT activa.

Discusión. El diagnóstico de PT requiere integrar hallazgos clínicos, pruebas de imagen y una combinación de pruebas de laboratorio. La determinación de adenosina deaminasa (ADA) en líquido pericárdico es una herramienta valiosa, rápida y accesible, con niveles elevados sugiriendo fuertemente infección por *Mycobacterium tuberculosis*, aunque su especificidad puede verse afectada. La detección de interferón-gamma (IFN- γ) en líquido pericárdico ha demostrado un excelente rendimiento diagnóstico, complementando otras pruebas cuando esté disponible. Los ensayos de liberación de interferón-gamma en suero tienen valor limitado en áreas endémicas.

Conclusión. La PT es una enfermedad desafiante que requiere un enfoque diagnóstico integral. La determinación de ADA es una herramienta útil y accesible, mientras que la detección de IFN- γ podría complementar el diagnóstico cuando esté disponible. Un diagnóstico oportuno y preciso es crucial para iniciar el tratamiento adecuado y prevenir complicaciones graves. Se necesitan más estudios en Colombia para optimizar el uso de estas pruebas.

C-7**UTILIDAD DEL POCUS EN LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA, DESCOMPENSADO****OCAMPO-GÓMEZ DAVID, DIAZ-REYES RENÉ, MENDOZA-BELTRÁN FERNÁN, HERNÁNDEZ-PARRA CAMILO***Fundación Clínica Shaio, Universidad El Bosque. Bogotá D.C. (Colombia)*

Introducción. La insuficiencia cardiaca avanzada representa el estadio final de un síndrome clínico complejo caracterizado por síntomas refractarios, hospitalizaciones recurrentes, baja calidad de vida y aumento de la mortalidad. La evaluación de estos pacientes debe centrarse en clasificar el fenotipo hemodinámico mediante un examen clínico y el uso de herramientas diagnósticas que permitan una terapia específica. El uso de ultrasonido a pie de la cama (POCUS) desempeña un papel estratégico en el manejo de la falla cardiaca descompensada, especialmente en casos de disfunción ventricular severa donde la congestión es un marcador pronóstico importante.

Materiales y Métodos. Estudio observacional descriptivo, tipo caso clínico.

Resultados. Masculino de 39 años con falla cardiaca avanzada de etiología idiopática, FEVI del 6% e insuficiencia mitral secundaria. Consultó por diarrea, disnea en reposo, oliguria y edemas. Al ingreso hipotensión arterial, signos de congestión e hipoperfusión. Los análisis de ingreso revelaron una creatinina sérica de 13.3 mg/dL, BUN de 118 mg/dL y acidosis metabólica. Electrocardiograma con ritmo sinusal y trastorno difuso en la repolarización; la radiografía de tórax con cardiomegalia sin congestión pulmonar. Se realizó POCUS, documentando distensibilidad de la vena cava inferior de 14 mm, colapso inspiratorio >50%, lo que sugirió choque cardiogénico fenotipo II “cardiorrenal” SCAI C con depleción de volumen intravascular (Clasificación hemodinámica Stevenson L). Se inició manejo dirigido con inotrópico, vasopresor, balón de contrapulsación intraaórtico y manejo de líquidos guiados por POCUS. Después de cinco días, hubo mejoría clínica significativa, sin diálisis, retirando los soportes vasoactivos y mecánicos y normalización de los niveles de creatinina a 1 mg/dL y BUN de 28 mg/dL. Se propuso para ingreso a estudios pre-trasplante.

Conclusiones y Discusión. El POCUS permite un análisis más específico del perfil hemodinámico; el uso de esta herramienta ha demostrado un aumento en la certeza diagnóstica, un enfoque más rápido y orientación terapéutica evitando complicaciones en los pacientes críticos.

C-8**PRESENTACIÓN ATÍPICA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO DE CARA INFERIOR EN PACIENTE JOVEN SECUNDARIO A DISECCIÓN AORTO CORONARIA**

CALA-ACELAS MARÍA ALEJANDRA, DULCEY-SARMIENTO LUIS ANDRÉS, VARGAS-ROJAS JORGE LUIS, CELIS-QUINTERO JUAN ESTEBAN, JAIMES- CARDOZO JHAN PAUL, PEÑA-ESTÉVEZ NATALY JULIETH SELENA, OCHOA- MEJÍA MAUREN THILISAY, FIGUEROA-GALINDO ISABELLA, GUTIÉRREZ- GRANADOS LAURA NATHALIA

Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB), Hospital Local del Norte, Semillero de Investigación en Medicina Interna UNAB. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. La disección coronaria espontánea es una entidad poco frecuente, cuyas etiología y fisiopatología siguen siendo desconocidas. El hallazgo en la coronariografía de un defecto de contrastación lineal, distribución longitudinal, constituye la clave diagnóstica de esta entidad. Las técnicas de imagen intracoronaria permiten realizar un diagnóstico morfológico más preciso.

Presentación del caso. paciente masculino de 27 años con cuadro clínico de dolor torácico de inicio súbito de características opresivas irradiado al miembro superior izquierdo acompañado de disnea. Signos vitales TA 157/82 FC 75 FR 20 SAT 02 98%. Se realizan al ingreso química, tiempos, hematología, función renal y hepática, todos dentro de límites normales. El único examen patológico realizado fue la Troponina T, positiva 5 veces por encima de su punto de corte. El electrocardiograma de ingreso mostró una necrosis con isquemia subepicárdica de la cara inferior, resto sin alteraciones.

Discusión. El presente caso se convirtió en un reto diagnóstico. Los eventos coronarios agudos son poco frecuentes antes de la quinta década de la vida. Al ingreso el paciente presentó signos clínicos y electrocardiográficos de un síndrome coronario agudo, durante el protocolo de estudio se evidencia en la ventana esternal del ecocardiograma transtorácico aumento de los índices de resistencia con aparición de imagen sugestiva de aneurisma aórtico que compromete todos sus segmentos, adicionalmente trastornos en la cinesia apical. Se realizó una Tomografía Torácica y Abdominal con fase angiográfica, en esta se aprecia un defecto intraluminal en aorta abdominal y torácica. Finalmente, la coronariografía mostró obstrucción de la luz de la coronaria derecha sin lesiones ateromatosas.

C-9**ULTRAFILTRACIÓN EXTRACORPÓREA COMO ALTERNATIVA PALIATIVA EN FALLA CARDIACA DERECHA AVANZADA, REPORTE DE CASO**

JARAMILLO CLAUDIA, MEJÍA NICOLAS, POSADA PAOLA, GARCÍA ALLAN, GALLEGO JUAN CAMILO, PIÑEROS MARÍA PAULA, MARTELO CARLOS

Fundación Clínica Shaio. Bogotá D.C. (Colombia)

Introducción. La congestión es la primera causa de descompensación en la insuficiencia cardíaca y los diuréticos son el pilar de tratamiento, no obstante, la resistencia a diuréticos es común contando con pocas estrategias terapéuticas adicionales. Es así como surgen tratamientos complementarios como la ultrafiltración extracorpórea que permite tratar la sobrecarga hídrica con evidencia que ha crecido progresivamente.

Descripción del caso. Paciente masculino de 39 años con antecedentes de síndrome de Kasabach-Meyer, Klippel-Trenaunay e hipertensión arterial pulmonar con repercusión hemodinámica severa y clínica recurrente de Cor Pulmonale en contexto de falla cardíaca terminal con pobre respuesta clínica a triple terapia vasodilatadora con riociguat, macitentan y treprostínil e inotropía intermitente ambulatoria. Curso con agudización caracterizada por congestión que requirió escalonamiento progresivo de diuréticos.

En busca de estrategias adicionales para la congestión refractaria y tras descartar la terapia borde a borde de la válvula tricúspide, se decidió en junta interdisciplinaria por el Heart Team la hemofiltración extracorpórea logrando alcanzar parámetros clínicos, ecográficos y ecocardiográficos de resolución.

Se decide continuar de forma periódica y ambulatoria la realización de ultrafiltraciones intermitentes con intención paliativa permitiendo la resolución de la disnea, el edema y el número de hospitalizaciones.

Discusión. La resistencia a diuréticos representa un campo de investigación continua. Se han desarrollado estrategias terapéuticas adicionales con evidencia médica creciente y dentro de ellas la terapia de ultrafiltración extracorpórea busca consolidarse como una estrategia eficaz y segura. En el presente reporte de caso, exponemos nuestra experiencia con la primera ultrafiltración extracorpórea como estrategia paliativa exitosa en un paciente con falla cardíaca avanzada en un centro de alta complejidad.

C-10

DISECCIÓN CORONARIA ESPONTANEA, UN INFARTO DE MIOCARDIO DIFERENTE

JARAMILLO CLAUDIA, POSADA PAOLA, MEJÍA NICOLAS, GARCÍA ALAN, MARTELO CARLOS, GALLEGO JUAN CAMILO, PIÑEROS MARÍA PAULA

Fundación Clínica Shaio. Bogotá D.C. (Colombia)

Introducción. La disección coronaria espontánea es una causa infrecuente de síndrome coronario agudo no aterosclerótico, suele presentarse en mujeres jóvenes de mediana edad. Ocurre por una separación no iatrogénica y no traumática de la pared arterial coronaria que causa la interrupción del flujo sanguíneo.

Presentación de caso. Paciente femenina de 77 años con cuadro clínico de 7 horas de evolución consistente en dolor torácico, opresivo, irradiado a ambos miembros superiores, durante el reposo con una duración de 5 horas. Antecedentes de hipertensión arterial, prediabetes, dislipidemia, obesidad.

Electrocardiograma con bloqueo de rama derecha, troponinas con delta positivo confirmando un infarto agudo de miocardio sin elevación del ST; arteriografía coronaria donde se confirma presencia de cambio de calibre abrupto en 2 vasos de pequeño calibre, arteria del surco y obtusa marginal 2, compatible con disección coronaria.

Ecocardiograma transtorácico sin alteraciones de la motilidad, con FEVI del 56%. Se decide continuar manejo farmacológico y control estricto de factores de riesgo.

Discusión. Se caracteriza por la presencia de disección en uno o más vasos coronarios, aunque es frecuente en mujeres jóvenes, también hay casos en edades avanzadas, se asocia con condiciones como estrés emocional, ejercicio físico intenso, embarazo, posparto, displasia fibromuscular, etc.

El objetivo terapéutico es preservar el flujo sanguíneo coronario, no restaurar la arquitectura arterial, dado que la revascularización implica una mayor tasa de complicaciones. La mayoría de las lesiones sanan completamente con el tiempo; en estudios angiográficos se ha demostrado una recuperación completa en el 91-100% de los pacientes que recibieron tratamiento conservador. Casos puntuales podrían beneficiarse de manejo invasivo. Tienen altas tasas de supervivencia a 10 años, cercana al 92%.

C-11

DESENLACES CLÍNICOS DEL REPARO MITRAL PERCUTÁNEO CON DISPOSITIVO MITRACLIP®. ESTUDIO MITRA-ANGIO-CDO

MELO-BURBANO LUIS ÁLVARO, BONILLA-BONILLA DIANA MARCELA, DAZA-ARANA JORGE ENRIQUE, LOZADA-RAMOS HEILER, MURILLO NELSON EDUARDO, BENÍTEZ LUIS MIGUEL, DAGER ANTONIO ENRIQUE, FONSECA JAIME ANDRÉS

Clínica de Occidente S.A, Grupo de Investigación Genética, Fisiología y Metabolismo (GEFIME), Universidad Santiago de Cali, Grupo de Investigación Salud y Movimiento, Angiografía de Occidente S.A. Santiago de Cali (Colombia)

Antecedentes. El dispositivo Mitraclip® es una terapia endovascular para el reparo de la válvula mitral en pacientes con insuficiencia mitral severa y elevado riesgo quirúrgico. En Colombia se empezó a utilizar en 2013 cuando fue aprobado su uso por el INVIMA.

Materiales y Métodos. Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, de corte longitudinal, con un componente analítico estratificado por edad, en adultos intervenidos con reparo mitral con dispositivo Mitraclip® desde marzo de 2013 hasta junio de 2022; con el objetivo de determinar los desenlaces clínicos de hospitalización, mortalidad, complicaciones y calidad de vida relacionada con la salud.

Resultados. Se evaluaron un total de 94 pacientes cuya edad promedio fue de 70.3 ± 10.3 años. El 65% de los pacientes eran de género masculino, en su mayoría hipertensos (80%), con NYHA III-IV (90.4%) e insuficiencia mitral funcional (93.6%) en grado severo (74.5%). La recurrencia de hospitalización por todas las causas fue del 39.4%, de dicho porcentaje el 88% correspondió a falla cardíaca. El éxito inmediato del procedimiento, determinado como un grado de insuficiencia mitral \leq a moderado luego del implante, fue del 93.6% ($p < 0.001$). La mortalidad intrahospitalaria fue 2.1%, a seis meses fue 12.8% (≤ 70 años 11.6% vs > 70 años 13.7% $p = 0.007$). La mortalidad estimada a un año fue 16% y a dos años 20.2%. La incidencia de complicaciones fue baja, siendo la más frecuente la fibrilación auricular de novo (7.4%), seguida por el sangrado mayor con necesidad de transfusión (4.3%). Se aplicó la escala Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire con un puntaje promedio de 69.9 ± 19.3 .

Conclusión. El reparo mitral percutáneo con dispositivo MitraClip® es una técnica segura, que impacta directamente en la supervivencia y la calidad de vida. Se presentó una baja incidencia de complicaciones, relacionadas con el procedimiento y las condiciones preoperatorias de los pacientes, con resultados equiparables a estudios realizados en Europa y Estados Unidos.

Palabras clave. Falla cardíaca, insuficiencia mitral severa, reparo mitral percutáneo, supervivencia, calidad de vida, KCCQ-OS. (Fuente MeSH)

C-12

MORTALIDAD HOSPITALARIA EN FALLA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

ZUBIETA-RODRÍGUEZ RODRIGO, GÓMEZ-VALENCIA AURA,
CARO-ANGULO MARÍA, BOLÍVAR-MORENO LINA,
JIMÉNEZ-CARDOZO HUGO

Hospital Departamental de Villavicencio. Villavicencio (Colombia)

Introducción. La falla cardiaca es una enfermedad crónica con una alta prevalencia a nivel mundial y genera una alta carga de morbilidad y mortalidad; es importante conocer los datos clínicos y epidemiológicos propios de cada región y así identificar características que pueden ser diferentes entre poblaciones; por esta razón realizamos este estudio cuyo objetivo fue evaluar las características epidemiológicas y clínicas de pacientes hospitalizados por falla cardiaca aguda con fracción de eyección reducida e identificar los factores asociados a mortalidad hospitalaria.

Diseño. Estudio descriptivo de cohorte retrospectiva.

Métodos. Se incluyeron pacientes adultos hospitalizados por falla cardiaca aguda con fracción de eyección reducida ($\leq 40\%$), que ingresaron al servicio de urgencias entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2021, se excluyeron pacientes con tromboembolismo pulmonar y falla renal en terapia de remplazo renal.

Resultados. Se incluyeron 178 pacientes con mediana de edad 70 años, 73% fueron hombres y la mediana de estancia hospitalaria fue de 8 días. La mortalidad hospitalaria fue del 14.04%, siendo las principales causas de muerte el síndrome coronario agudo (56%) y procesos infecciosos (32%). Tras un análisis multivariado se identificaron como factores asociados a mortalidad hospitalaria la edad mayor de 65 años (OR: 12.2), troponina ultrasensible ≥ 0.2 ng/ml (OR: 4.3) una clasificación clínica de ingreso Stevenson C (OR: 3.9) y el adquirir infecciones nosocomiales (OR: 4.1).

Conclusiones. Encontramos una alta mortalidad hospitalaria e identificamos la edad mayor de 65 años, valores de troponina ≥ 0.2 ng/ml, clasificación clínica de Stevenson C y las infecciones nosocomiales como factores asociados a mortalidad en falla cardiaca aguda; es importante la identificación temprana de estos factores de riesgo para mejorar la atención médica, prevenir complicaciones y mejorar desenlaces.

C-13

SÍNDROME DE DRESSLER COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA: REPORTE DE CASO

CÁCERES DANILO, MURILLO NELSON, BONILLA DIANA

Universidad Santiago de Cali, Clínica de occidente. Cali (Colombia)

El síndrome de lesión post cardíaca, engloba diversas entidades inflamatorias, incluyendo el síndrome de Dressler, la pericarditis post traumática y la pericarditis post cardiectomía. Estas condiciones se caracterizan por una respuesta inflamatoria en el pericardio, el miocardio o ambos, y pueden manifestarse días, semanas o meses después del evento inicial.

Paciente masculino de 65 años, con antecedentes de enfermedad renal crónica estadio IV, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, quien ingresa en contexto de síndrome coronario con elevación de ST, evolucionado, con ecocardiograma inicial descrito: trastornos de contractibilidad, FEVI 36% sin valvulopatía significativa y pericardio normal. Cateterismo cardíaco: enfermedad coronaria de múltiples vasos candidato a manejo quirúrgico. Paciente presentó alzas térmicas aisladas, sin lograr documentarse foco aparente, hemocultivos negativos, panel respiratorio negativo.

Durante cirugía al realizar esternotomía se evidencia derrame pericardio con engrosamiento de este, compatible con síndrome de Dressler.

La incidencia del síndrome de Dressler se desconoce, al ser descrito cada vez menos en la literatura conlleva a que su interpretación se vea limitada o atribuida a otras condiciones clínicas que mimetizan los síntomas.

La fisiopatología no se comprende completamente. Desde su descripción en 1956, Dressler sugirió el papel de una reacción de hipersensibilidad mediada por autoantígenos. Hipótesis respaldada por la detección de anticuerpos antimiocárdicos como la antiactina y antimiosina.

La clínica del síndrome de Dressler es variable, las guías ESC, describen típicamente 5 criterios diagnósticos de los cuales si se cumple con 2 de estos aumenta la sospecha de su diagnóstico: fiebre sin causa aparente, dolor pleurítico, derrame pericárdico, frote pericárdico, y elevación de PCR.

En nuestro caso, el paciente presentó alzas térmicas sin foco aparente y rastreo negativo. La disnea fue atribuida a falla cardíaca secundaria del síndrome coronario, y dado ecocardiograma inicial sin compromiso pericárdico, se pasó por alto el diagnóstico diferencial del síndrome de Dressler.

C-14

ALTERACIONES CARDIOVASCULARES DERIVADAS DEL SIGNO RAC (*RETRAORTIC ANOMALOUS CORONARY*) A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

RAMOS-CABALLERO JUAN SEBASTIAN, RAMOS-CABALLERO GABRIELA SOFIA, DULCEY-SARMIENTO LUIS ANDRES, GOMEZ-AYALA JAIME ALBERTO, GOMEZ-CONTRERAS JUAN ALEJANDRO

Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. Las anomalías de las arterias coronarias son defectos congénitos con manifestaciones clínicas variables, desde asintomáticos hasta muerte súbita. En algunos casos, se detectan incidentalmente durante la ecocardiografía.

Descripción de un caso clínico. Mujer de la sexta década con hipertensión leve y dolor torácico inespecífico. La ecocardiografía reveló una estructura tubular hiperecoica en la proyección de la válvula mitral, sospechosa de anomalía coronaria. La angiotomografía confirmó el origen anómalo de la arteria circunfleja desde el seno de Valsalva derecho, con trayecto retroaórtico. Se detectó estenosis del 50% en la arteria descendente anterior, considerada hemodinámicamente insignificante.

Discusión. Se desconoce la prevalencia real de estas anomalías debido a la inespecificidad de los síntomas y la rara detección por métodos convencionales. El “signo RAC” en la ecocardiografía identifica el curso anormal de la arteria circunfleja, descrito recientemente. Generalmente, se considera benigna y no requiere corrección quirúrgica. El diagnóstico diferencial incluye absceso de la válvula mitral, calcificación valvular, seno coronario y artefactos. Dada la limitada sensibilidad y especificidad de la ecocardiografía, se recomienda referir a un centro experto para confirmación mediante métodos de diagnóstico por radiación. El propósito es concientizar sobre esta rara anomalía coronaria, bien visualizada por ecocardiografía pero a menudo ignorada.

C-15

ENDOFTALMITIS FÚNGICA EN UN PACIENTE TRASPLANTADO CARDIACO: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

MEJÍA-GÓMEZ CARLOS ANDRÉS, PÉREZ-TÉLLEZ CAMILA, PONCE DE LEON JUAN DAVID, ROSSO-SUÁREZ FERNANDO

Universidad Icesi, Fundación Valle del Lili. Cali (Colombia)

Introducción. Las infecciones en pacientes trasplantados son retardoras debido a su estado de inmunosupresión. Entre estas, las infecciones fúngicas pueden tener consecuencias graves y requieren un alto índice de sospecha para su diagnóstico y manejo oportuno.

Presentación del caso. Hombre de 60 años en su quinto mes postrasplante cardíaco. Consultó por 3 días de edema y dolor ocular derecho, asociado a congestión nasal y tos escasa autolimitadas días antes. Se consideró celulitis orbitaria, iniciándose cobertura antibiótica de amplio espectro con mejoría clínica inicial. La tomografía de senos paranasales confirmó compromiso orbitario sin detectar foco infeccioso adicional. La evaluación oftalmológica sugirió endoftalmitis, por lo que se realizó una tomografía de tórax y hemocultivos ante la sospecha de un origen hematógeno del compromiso ocular. Se encontraron múltiples nódulos pulmonares con aspecto inflamatorio como foco probable, se indicó un lavado broncoalveolar e inició manejo antifúngico empírico. Estudios microbiológicos confirmaron *Aspergillus terreus* en hemocultivos, humor vítreo y lavado broncoalveolar. Una resonancia descartó infección adicional en el sistema nervioso central. Se administró voriconazol intravítreo y anfotericina B e isavuconazol sistémicos. Se ajustó la inmunosupresión por interacción farmacológica con el azol y se suspendió anfotericina B guiado por estudio de sensibilidad. Se indicaron 3 meses de isavuconazol en monoterapia. Aunque el pronóstico visual no fue el deseado, se contuvo rápidamente la fungemia, evitando daño orgánico adicional.

Discusión. Los pacientes trasplantados son altamente susceptibles a infecciones, especialmente en los primeros seis meses, cuando el riesgo de gérmenes oportunistas es mayor y sus consecuencias potencialmente devastadoras. Un alto índice de sospecha es fundamental dada la posibilidad de infección inicial paucisintomática como en este paciente. Lo anterior, junto con el compromiso fúngico en retina, la baja penetración de los antimicrobianos, los altos niveles de inmunosupresión y las interacciones farmacológicas, hicieron de este caso un reto diagnóstico y terapéutico.

C-16

ENFERMEDAD CORONARIA, ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA Y ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL: RETO DE DECISIONES

MENDOZA FERNÁN DEL CRISTO, ÁLVAREZ-LORA ESAÚ DEL CRISTO, SALGADO-MONTIEL LUIS GABRIEL

*Fundación Clínica Shaio, Universidad El Bosque. Bogotá, D.C. (Colombia)
Universidad de Cartagena, Cartagena (Colombia).*

Introducción. La presentación simultánea de síndrome coronario agudo, estenosis aortica grave y aneurisma de aorta abdominal gigante son casos poco comunes y retadores. No hay recomendaciones basadas en la evidencia sobre las técnicas o secuencia de intervención en estas patologías complejas. Presentamos un paciente con un desenlace exitoso luego de las decisiones basadas en el concepto HeartTeam.

Presentación del caso. Hombre de 77 años, presentó infarto agudo de miocardio, se le documentó una lesión crítica en la descendente anterior proximal, con obstrucción del 93%, estenosis aortica severa de la válvula aórtica con velocidad pico de 4.6 m/seg, gradiente pico de 84 mmHg, área 0.52 cm² (indexado 0.30 cm²/m²), y aneurisma de aorta abdominal de 7,5x7,5 centímetros. Dado el alto riesgo de mortalidad intraoperatoria por ruptura aneurismática se decidió en junta multidisciplinaria realizar primero angioplastia con balón más implante de stent medicado, seguido de implante de la válvula aortica percutánea y dos semanas después, endoprótesis para reparación de aneurisma abdominal. Su estancia hospitalaria fue de 30 días, en el seguimiento a seis meses su única complicación es dolor abdominal neuropático, modulado farmacológicamente.

Discusión. En la presentación concurrente de estas condiciones, se prevé un alto riesgo de ruptura aneurismática durante o posterior a la circulación extracorpórea, explicado por los cambios hemodinámicos intraoperatorios. Dada lo raro de la presentación, que escapa a las recomendaciones de guías, es necesario un adecuado conocimiento y discusión de todos los aspectos fisiológicos y hemodinámicos que se presentan. Se necesita una toma de decisiones basada en la multi e interdisciplinaria de equipos experimentados, apoyados con la mejor evidencia disponible, con el fin de obtener los mejores resultados.

C-17

COMPLICACIONES MECÁNICAS DEL INFARTO DE MIOCARDIO. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD CARDIOVASCULAR

MENDOZA-BELTRÁN FERNÁN, ROMERO-ACOSTA JULIAN ESTEBAN,
SÁNCHEZ-MEJÍA JHON DAVID, GONZÁLEZ-SALAZAR LAURA
VANNESA, APONTE-CLAROS MARÍA JOSÉ, BEJARANO-OLIVEROS
MARÍA CAMILA

Fundación Clínica Shaio, Universidad El Bosque. Bogotá, D.C.(Colombia)

Introducción. El aneurisma ventricular (AV) y el pseudoaneurisma ventricular (PSV) son complicaciones mecánicas (CM) poco frecuentes del infarto agudo de miocardio (IAM) con una mortalidad importante y presentación clínica heterogénea entre la segunda semana y los 50 días posteriores al infarto.

Diseño y metodología. Estudio observacional descriptivo, tipo reporte de casos

Caso clínico 1. Paciente de 66 años consultó por cuadro sincopal asociado a dolor torácico, el electrocardiograma (ECG) evidenció elevación persistente del segmento ST y onda Q en pared inferior, considerándose un IAM evolucionado, se realizó arteriografía coronaria (AC) documentándose un AV en el ventriculograma y lesión en arteria coronaria derecha. En la resonancia magnética cardiaca (RMC) se confirmó la presencia del AV, descartándose PSV. Fue llevado a manejo quirúrgico con técnica de Dor, con corrección del defecto, egresando con terapia fundacional dada la fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) deprimida.

Caso clínico 2. Paciente femenina de 54 años con antecedente de IAM, remitida por dos meses de evolución de dolor torácico, asociado a la actividad física, deterioro de clase funcional y FEVI del 20%. Se realizó cateterismo donde se documentó aneurisma apical y en pared posterior, oclusión total crónica de la arteria descendente anterior. La RMC confirmó los hallazgos. Se presentó en junta multidisciplinaria (Heart Team) donde se descartó el tratamiento quirúrgico por riesgo prohibitivo. Se inició manejo para insuficiencia cardiaca, se colocó un cardiodesfibrilador como prevención primaria y fue incluida en lista de trasplante.

Discusión. Las complicaciones mecánicas del IAM son poco frecuentes, pero representan un riesgo elevado de mortalidad. El AV y PSV son complicaciones para tener en cuenta y requieren manejo multidisciplinario siendo la terapia médica óptima y el manejo quirúrgico el tratamiento de elección. Se recomienda la corrección del defecto con el objetivo de recuperar la geometría ventricular y la funcionalidad de este.

C-18

¿QUÉ NOS DICE LA EVIDENCIA CLÍNICA SOBRE TERAPIA ANTICOAGULANTE A BAJAS DOSIS EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE FLUJOS LENTOS Y ECTASIA CORONARIA? ESTUDIO ATLAS AC2-TIMI 51

MENDOZA-BELTRÁN FERNÁN, ROMERO-ACOSTA JULIAN ESTEBAN, SÁNCHEZ-MEJÍA JHON DAVID, GONZÁLEZ-SALAZAR LAURA VANNESA, APONTE-CLAROS MARÍA JOSÉ, BEJARANO-OLIVEROS MARÍA CAMILA

Fundación Clínica Shaio, Universidad El Bosque. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. La alta carga trombótica en la circulación coronaria puede conducir a una oclusión vascular completa, condicionando un síndrome coronario agudo (SCA), por lo que es necesario la intervención coronaria percutánea (ICP) y la terapia antiplaquetaria dual (TAPD). En situaciones especiales asociar a la TAPD, dosis bajas de rivaroxabán 2,5 mg dos veces al día, disminuye el riesgo de muerte por causa cardiovascular, infarto de miocardio y ataque cerebrovascular, lo que la hace una opción para tener en cuenta en algunos pacientes con alta carga trombótica.

Diseño y metodología. Estudio observacional descriptivo, tipo reporte de caso.

Caso clínico. Paciente femenina de 67 años con antecedente de enfermedad coronaria crónica dado por ectasia coronaria (EC) y flujos lentos (FL), quien consultó a la institución por dolor torácico de inicio súbito en reposo asociado a disnea, irradiado a mandíbula, ECG de ingreso con elevación del segmento ST en pared ínfero-posterior; se realizó ICP primaria documentándose dilatación aneurismática de la arteria coronaria derecha (ACD) y oclusión total proximal con alta carga trombótica, se practicó angioplastia con balón, tromboaspiración e infusión de tirofiban, logrando una apertura parcial del vaso. En pisos y dada una adecuada evolución clínica se indicó egreso hospitalario con triple terapia antitrombótica con aspirina, clopidogrel y rivaroxabán a bajas dosis (2,5 mg cada 12 horas) siguiendo recomendaciones del estudio ATLAS ACS2-TIMI 51.

Discusión. El uso de rivaroxabán a bajas dosis como terapia complementaria a la DAPT en el SCA, es una opción reportada en el estudio ATLAS ACS 2-TIMI 51 con bajas tasas de sangrado fatal. Este esquema puede ofrecer beneficios a los pacientes con alta carga trombótica, como se observa en la EC con enfermedad de flujos lentos y lesiones aneurismáticas aportando un beneficio terapéutico adicional, disminuyendo el riesgo de recurrencia de eventos cardiovasculares mayores.

C-19

DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA COMO MANIFESTACIÓN DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN PACIENTES JÓVENES

ROMERO-ACOSTA JULIAN ESTEBAN, MENDOZA-BELTRÁN FERNÁN, SÁNCHEZ-MEJÍA JHON DAVID, GONZÁLEZ-SALAZAR LAURA VANNESA, APONTE-CLAROS MARÍA JOSÉ, BEJARANO-OLIVEROS MARÍA CAMILA, HURTADO EDGAR

Fundación Clínica Shaio, Universidad El Bosque. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. El infarto de miocardio (IM) en pacientes jóvenes configura un reto diagnóstico en urgencias, principalmente cuando no existen factores de riesgo tradicionales para enfermedad aterosclerótica.

Diseño y metodología. Estudio observacional descriptivo, tipo reporte de casos

Caso clínico 1. Paciente femenina de 34 años en puerperio tardío, ingresó por dolor torácico de características anginosas, fue valorada extrainstitucionalmente donde dan egreso con manejo sintomático a pesar de troponina (TnI) marcadamente elevada. Reingresó a nuestra institución luego de dos semanas por dolor anginoso, TnI dentro de límites normales, electrocardiograma (ECG) con necrosis en pared inferior, se realizó resonancia magnética cardíaca (RMC) con documentación de necrosis en territorio de la arteria coronaria derecha (ACD), se realizó arteriografía coronaria donde se documentó disección coronaria espontánea (DCE) de la ACD, por inestabilidad y persistencia del dolor se realizó angioplastia con stent y doble antiagregación plaquetaria. Una semana después consultó por reaparición de dolor torácico llevada a cateterismo encontrándose DCE en la arteria circunfleja, se indicó manejo médico.

Caso clínico 2. Paciente masculino de 18 años con cuadro gripal reciente quien ingresó a la institución por dolor torácico de características no anginosas autolimitado, ECG con cambios en pared anterior, TnI marcadamente elevada >10 veces el punto de corte de referencia, sospecha inicial de miocarditis. Se realizó RMC con documentación de isquemia en territorio distal de la arteria descendente anterior (ADA), llevado a arteriografía con documentación de DCE en segmento distal de la ADA y presencia de puente muscular en tercio medio, se realizó manejo médico, durante la hospitalización refirió consumo de sustancias psicoactivas.

Discusión. El IM en pacientes jóvenes es un reto diagnóstico en ausencia de factores de riesgo tradicionales, siendo la DCE una de las principales etiologías con diversa presentación clínica. Antecedentes de puerperio y el abuso de sustancias son importantes para tener en cuenta.

C-20

TAQUICARDIA FASCICULAR VENTRICULAR IZQUIERDA IDIOPÁTICA PRESENTACIÓN ATÍPICA APROÓSITO UN CASO

VILLADIEGO FRANCISCO, RESTREPO-G. CARLOS M,
ALFARO LUCAS

Universidad del Norte, Facultad de Medicina, Barranquilla (Colombia)

Introducción. La Taquicardia Ventricular Izquierda Idiopática (ILVT, por sus siglas en inglés) constituye una forma destacada de taquicardia ventricular izquierda (TVI), representando aproximadamente el 10-15% de todos los casos de TVI. Este tipo de taquicardia, sensible al verapamilo, se origina principalmente debido a la reentrada que involucra los fascículos de la rama izquierda del haz de His.

Resumen de caso. Masculino de 19 años sin antecedentes significativos ingresó con síntomas de palpitaciones, diaforesis y emesis de contenido gástrico. Al ingreso, el paciente presentaba taquicardia con estabilidad hemodinámica, sin dolor en el pecho ni signos de insuficiencia cardíaca. El electrocardiograma reveló una taquicardia de complejo ancho con una frecuencia ventricular que superaba la atrial, mostrando un patrón de bloqueo de rama derecha y de hemibloqueo anterior-superior izquierdo. En la sala de reanimación, la maniobra de Valsalva y administración de adenosina resultaron infructuosos, lo que llevó a la administración de un beta-bloqueante intravenoso sin éxito. Se estableció el diagnóstico de taquicardia ventricular originada en el fascículo posterior, la cual respondió a la administración de verapamilo. Posteriormente, el paciente revirtió a ritmo sinusal con una frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto.

Discusión. La ILVT se manifiesta en tres variedades principales: taquicardia ventricular fascicular posterior izquierda con bloqueo de rama derecha y desviación del eje a la izquierda en el electrocardiograma (ECG); taquicardia ventricular fascicular anterior izquierda con bloqueo de rama derecha y desviación del eje a la derecha; y taquicardia ventricular fascicular septal alta con complejo QRS relativamente estrecho y eje normal.

Conclusión. Entre estas variedades, la taquicardia ventricular fascicular posterior izquierda es la forma más común.

C-21

ESTENOSIS AÓRTICA POST RADIOTERAPIA Y SU ABORDAJE CLÍNICO QUIRÚRGICO, REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

BENÍTEZ JOSÉ, DULCEY LUIS, GÓMEZ JAIME, THERAN JUAN, RAMOS GABRIELA

Universidad autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga (Colombia)

Introducción. La radioterapia se ha visto relacionada con generar cardiotoxicidad, siendo la estenosis aórtica una de las patologías valvulares más prevalentes después de esta exposición. Tradicionalmente, su tratamiento ha sido quirúrgico, sin embargo, estos pacientes tienen un mayor riesgo de desarrollar complicaciones intra y postoperatorias, por lo tanto, el método óptimo de tratamiento quirúrgico de la estenosis aórtica es el implante transcáteter de válvula aórtica (TAVI).

Descripción de caso. Paciente adulto joven quien a temprana edad le diagnosticaron linfogranulomatosis (enfermedad de Hodgkin), se le realizó radioterapia que a largo plazo se complicó en una patología valvular. Después de un examen por parte de cardiología, se determinó un alto riesgo intraoperatorio y se realizó la corrección endovascular de la estenosis aórtica grave. En el postoperatorio se genera un bloqueo auriculoventricular completo, lo que motivó a la instalación de un marcapasos bicameral permanente.

Discusión. El caso clínico presentado es un ejemplo de tratamiento quirúrgico exitoso de estenosis aórtica asociada a radioterapia previa para la enfermedad de Hodgkin.

Conclusión. El TAVI es un enfoque prometedor para el tratamiento de pacientes con estenosis aórtica postradiación porque esta patología se asocia con factores de riesgo anatómicos y clínicos desfavorables para el reemplazo valvular quirúrgico. Estos pacientes representan una categoría de mayor riesgo quirúrgico y por lo tanto, se debe prestar atención a la planificación del procedimiento y a la prevención de los principales riesgos del TAVI. El presente caso es anecdótico por la escasa descripción de este tipo de complicaciones y su manejo.

C-22

LISTERIA EN UN CORAZÓN: UN CASO

MARÍN ANA MARÍA, SÁNCHEZ, DIEGO ALFONSO, SÁNCHEZ FABIO MAURICIO

Universidad de Caldas, Hospital Santa Sofía, SES Hospital de Caldas. Manizales (Colombia)

Introducción. La infección por *Listeria monocytogenes* es poco frecuente, pero los adultos mayores por sus características fisiológicas del envejecimiento tienen un mayor riesgo de desarrollar teniendo presentaciones clínicas diversas que complican el diagnóstico y tratamiento oportuno

Diseño. Estudio observacional descriptivo, reporte de caso.

Método. Paciente de 70 años, agricultor, ordeñador de vacas, portador de resincronizador, reemplazo valvular aórtico (válvula biológica), consulta por cuadro clínico de 1 mes de evolución consistente en pérdida de 8kg de peso, diaforesis nocturna, episodios de diplopía, ptosis palpebral derecha y debilidad de miembro superior derecho con recuperación espontánea, con posterior dolor torácico, disnea y disminución de clase funcional, en estudios se documentan reactantes de fase aguda elevados y hemocultivos positivos para bacteriemia por *Listeria monocytogenes*.

Ecocardiograma transtorácico se documenta vegetación sobre prótesis valvular aórtica, se inicia manejo guiado por infectología con identificación de microorganismos en sangre mediante Maldi-Tof confirmando diagnóstico de bacteriemia por *Listeria monocytogenes* y endocarditis aguda, deja monoterapia con ampicilina sulbactam por sensibilidad a ampicilina.

A la valoración geriatría multidimensional se documenta independencia funcional e instrumental Barthel 100/100, SARC-F negativo, escala de fragilidad FRAIL en prefragilidad e índice de Charlson 6 puntos, con una reserva funcional aceptable.

Discusión. Endocarditis por *Listeria monocytogenes* es un diagnóstico poco frecuente, esta facilitada por la presencia de inmunosenescencia en el adulto mayor, sumado a la alteraciones de la inmunidad celular, en particular se encontró como factor de riesgo ocupación del paciente

Conclusión. Los adultos mayores con diferentes presentaciones clínicas son un reto diagnóstico a nivel infeccioso lo que implica ampliación del enfoque tradicional para el médico internista para evitar lo que poner a la población geriatría en mayor vulnerabilidad.

C-23

ICTUS CRIPTOGÉNICO Y FORAMEN OVAL PERMEABLE: SERIE DE CASOS

BERMUDEZ EMILIO, GONZÁLEZ-CABRERA KAREN , VÉLEZ-VERBEL MARÍA, ARCHBOLD MERIBETH HENRY, VALLEJO MANUELA

Universidad Simón Bolívar. Barranquilla (Colombia)

Introducción. El foramen oval permeable (FOP) se encuentra en aproximadamente 50% de los pacientes con accidente cerebrovascular criptogénico, evidenciándose tasas de recurrencia <1% posterior a cierre.

Caso 1. Femenina de 37 años presenta episodio de hemiparesia izquierda de 2 minutos de duración por lo que acude a urgencias con hallazgos tomográficos dentro de normalidad y examen físico anodino considerando accidente cerebrovascular transitorio. Se realizan estudios para ictus encontrándose dentro de parámetros de normalidad, por lo que se indica ecocardiograma transesofágico (EcoTE) reportándose foramen oval permeable: test de burbujas con maniobra de Valsalva positivo para embolia paradójica y RoPE 8 puntos, por lo que se indica cierre percutáneo.

Caso 2. Masculino de 55 años con antecedente de enfermedad coronaria y angioplastia acude por síntomas de 5 días de evolución caracterizados por hemiparesia izquierda, con hallazgos tomográficos de tenues y focos secuenciales de gliosis sustancia blanca bifrontal relacionados con microangiopatía. Se realizan estudios para ictus, encontrándose normales a excepción de EcoTE FOP con paso de más de 20 burbujas con maniobra de Valsalva, RoPE 7 puntos indicándose cierre percutáneo.

Caso 3. Masculino de 52 años con antecedentes diabetes mellitus tipo 2 acude a urgencias 40 min posterior a inicio de síntomas de focalización neurológica con NIHSS 21 puntos y hallazgos tomográficos consistentes con isquemia sobre territorio de arteria cerebral media izquierda, por lo que se realiza trombólisis con alteplase consiguiéndose NIHSS de 1 punto. Se realizan estudios para ictus, encontrándose dentro de parámetros de normalidad, por lo que se realiza EcoTE con FOP, tipo túnel, paso 10-20 burbujas, RoPE 6 indicándose cierre percutáneo.

Conclusión. la presencia de FOP es un hallazgo frecuente en la población general, por lo que su presencia en conjunto con síntomas neurológicos debe estudiarse de manera individual para realizar intervenciones apropiadas que conlleven a beneficio del paciente.