

 VIRTUAL



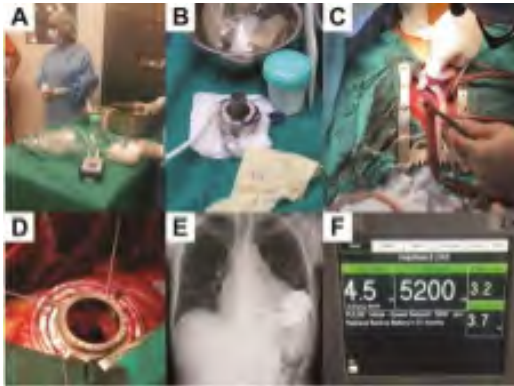
SAC.20

CASOS CLÍNICOS



0033 - PRIMER IMPLANTE EXITOSO DE ASISTENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA HEARTMATE 3 COMO TERAPIA DE DESTINO EN ARGENTINA: REPORTE DE UN CASO

RUBIRA, Daniela Magali; RENEDO, María Florencia; GIORDANINO, Elian Facundo; CICOLINI, Alejandro; BERLOTTI, Alejandro
Fundación Favalaro



Introducción: En la última década han surgido múltiples adelantos terapéuticos en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección reducida. A pesar de ello, algunos pacientes evolucionan a fases avanzadas de su enfermedad siendo mandatorio plantear otras opciones terapéuticas. El Trasplante cardíaco (TC) continúa siendo, la opción de elección en nuestro medio. Sin embargo, el creciente número de pacientes con IC (más de 26 millones en el mundo), la escasez de donantes (aproximadamente 4000 disponibles en todo el mundo por año en promedio) y ciertas contraindicaciones, ha generado la necesidad de buscar otras alternativas. Las asistencias circulatorias mecánicas (ACM) han logrado un sofisticado desarrollo tecnológico, que permite sean en la actualidad, una opción segura y eficaz en un amplio espectro de situaciones clínicas dentro de la IC avanzada. Desde el 2003, éstos dispositivos permiten un soporte vital permanente ó Terapia de Destino, siendo una opción crucial en aquellos pacientes donde el TC no puede ser considerado.

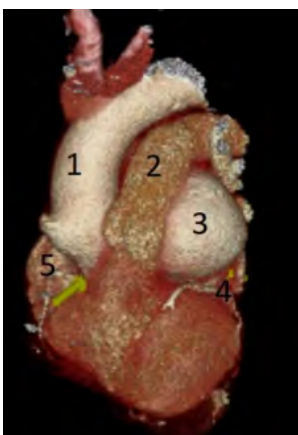
Descripción: Se presenta el primer caso de asistencia ventricular izquierda mediante el implante de dispositivo de flujo continuo centrífugo con levitación magnética intracorpóreo HeartMate 3 Abbott® como terapia de destino en la Argentina. Se trata de una paciente de 52 años de edad portadora de miocardio no compacto con disfunción ventricular izquierda severa, hipertensión pulmonar e IC avanzada de 4 años de evolución, en estadio INTERMACS 3. Se evidenció la presencia de anticuerpos preformados contra el sistema

HLA en títulos elevados: Crossmatch contra panel (+) Clase I (90%) y Clase II (97%) ambos fijadores de complemento (C1q +), sin respuesta a la terapia de desensibilización con inmunoglobulina (IVIg) y Rituximab, por dicho motivo se consideró contraindicación para un TC. Debido a presentar disfunción ventricular derecha e insuficiencia tricuspídea severa, se decidió realizar implante de dispositivo HeartMate 3 y plástica tricuspídea de De Vega asociado a tratamiento inodilatador y óxido nítrico para soporte ventricular derecho. El procedimiento transcurrió sin complicaciones (imagen 1). Se realizó durante la internación, educación y entrenamiento diario a la paciente y su grupo familiar acerca del manejo y cuidados del dispositivo, incluyendo curación del sitio de salida del driveline así como la toma de decisiones y respuesta oportuna ante potenciales situaciones de emergencia. Al mes del implante, se otorgó el egreso hospitalario, en rango de anticoagulación y antiagregación, con tratamiento médico para disfunción ventricular e hipertensión arterial pulmonar junto a rehabilitación cardiovascular. A 6 meses de seguimiento, concurre a controles médicos mensuales, sin interurrencias, en clase funcional I (NYHA) con mejoría notable de su estado nutricional.

Conclusión: La ACM de largo plazo como terapia de destino es una opción a considerar en nuestro medio, en aquellos pacientes con IC avanzada no candidatos a un TC, siguiendo las recomendaciones y criterios que han sido establecidos en centros con amplia experiencia en el manejo de éstos dispositivos.

0041 - ANEURISMA DE SENO DE VALSALVA IZQUIERDO GIGANTE. Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

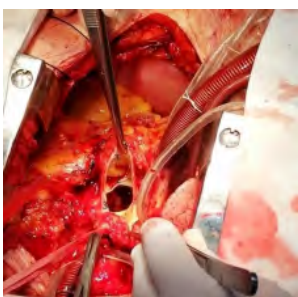
ARENAZA, Pablo Hernán; ISSA, Emilce; MARQUEZ, Raúl Alejandro; SOTO ALHUAY, Luis Ubaldo; VAZQUEZ, David José
Hospital Español de La Plata



Introducción: El aneurisma del seno de Valsalva (SOVA) es una dilatación anormal de la raíz aórtica ubicada entre el anillo de la válvula aórtica y la unión sinotubular. Esto ocurre como consecuencia de la debilidad de la lámina elástica en la unión de los medios aórticos y la fibrosis anular. La función de los senos normales es evitar la oclusión de los ostium de la arteria coronaria durante la sístole cuando se abre la válvula aórtica. El aneurisma del seno de Valsalva puede ser congénito o adquirido. Embriológicamente, el aneurisma del seno de Valsalva se forma primero como un divertículo ciego secundario a fuerzas de presión en la raíz aórtica. El aneurisma del seno congénito de Valsalva se ha relacionado con enfermedades del tejido conectivo, como el síndrome de Marfan y el síndrome de Ehlers-Danlos. El aneurisma congénito del seno de Valsalva puede estar asociado con las válvulas aórticas bicúspides. Las formas adquiridas de aneurisma del seno de Valsalva también se pueden ver con la enfermedad del tejido conectivo. Las etiologías infecciosas que debilitan el tejido elástico y están asociadas con el aneurisma del seno de Valsalva adquirido incluyen sífilis, endocarditis bacteriana y tuberculosis. El aneurisma del seno de Valsalva también puede ocurrir secundario a cambios crónicos de aterosclerosis y necrosis quística medial. La frecuencia de rotura del aneurisma del seno de Valsalva varía según su localización: 60% en el seno derecho, 42% en el no coronario y 10% en el seno izquierdo⁷.

La rotura puede ser espontánea, después de trauma, ejercicio físico extremo o de endocarditis⁵. La rotura de un aneurisma del seno de Valsalva ocurre principalmente al ventrículo derecho (60%), aurícula derecha (29%), atrio izquierdo (6%), ventrículo izquierdo (4%) o pericardio (1%). La rotura extra cardíaca es rara, comúnmente fatal, ocurre hacia el pericardio o al espacio pleural y es más frecuente en los aneurismas del seno de Valsalva adquiridos.

Descripción: Paciente femenina de 64 años con antecedentes dos cirugías previas, una por ductus arterioso a los 12 años y una ventana aortopulmonar a los 16 años. Actualmente se encontraba asintomática. En un control de ecocardiografía se observa válvula aórtica trivalva, insuficiencia trivial, dilatación aneurismática del seno de Valsalva izquierdo (SVI). Realizamos angiogramografía: informó gran aneurisma de SVI de 88.9 mm saliendo coronaria izquierda de dicho seno. El cateterismo mostró aneurisma de SVI, sin lesiones angiográficas. Decidimos intervención quirúrgica con circulación extracorpórea (canulación aórtica, cava y seno coronario). Presentaba gran aneurisma con hematoma en SVI sobre ostium de coronaria izquierda, se extrajo el hematoma y existía tejido sanioso en vía de fistulizarse hacia au-



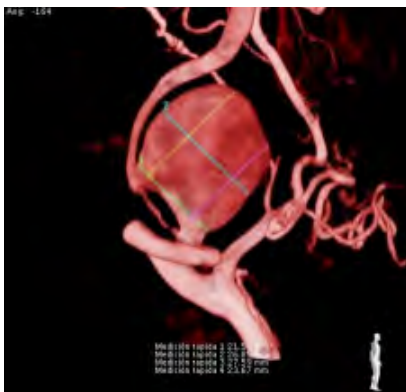
rícula izquierda. Se realizó técnica de YACOURB con preservación valvular y reimplante coronario izquierdo y exclusión de aneurisma de SVI. El ecocardiograma intraoperatorio mostró buena competencia valvular e insuficiencia trivial. Presentó buena evolución, dando el alta al séptimo día

Conclusión: Fue un caso complejo dado la patología en sí y por ser una reoperación cardíaca. Existen varias formas de resolución, en los cuales todos los componentes del complejo de la raíz aórtica deben considerarse, y la técnica debe adaptarse al paciente individual. Aunque el abordaje quirúrgico óptimo sigue siendo controvertido, la competencia a largo plazo de la válvula aórtica parece seguir siendo la principal preocupación de los aneurismas de seno de Valsalva : Paciente femenina de 64 años con antecedentes dos cirugías previas, una por ductus arterioso a los 12 años y una ventana aortopulmonar a los 16 años. Actualmente se encontraba asintomática. En un control de ecocardiografía se observa válvula aórtica trivalva, insuficiencia trivial, dilatación aneurismática del seno de Valsalva izquierdo (SVI). Realizamos angiotomografía: informó gran aneurisma de SVI de 88.9 mm saliendo coronaria izquierda de dicho seno. El cateterismo mostró aneurisma de SVI, sin lesiones angiográficas. Decidimos intervención quirúrgica con circulación extracorpórea (canulación aortica, cava y seno coronario). Presentaba gran aneurisma con hematoma en SVI sobre ostium de coronaria izquierda, se extrajo el hematoma y existía tejido sano en vía de fistulizarse hacia aurícula izquierda. Se realizó técnica de YACOURB con preservación valvular y reimplante coronario izquierdo y exclusión de aneurisma de SVI. El ecocardiograma intraoperatorio mostró buena competencia valvular e insuficiencia trivial. Presentó buena evolución, dando el alta al séptimo día. Control tomográfico a los 6 meses sin evidencia de aneurisma.

Fue un caso complejo dado la patología en sí y por ser una reoperación cardíaca. Existen varias formas de resolución, donde todos los componentes del complejo de la raíz aórtica deben considerarse, y la técnica debe adaptarse al paciente individual. Aunque el abordaje quirúrgico óptimo sigue siendo controvertido, la competencia a largo plazo de la válvula aórtica parece seguir siendo la principal preocupación de los aneurismas de seno de Valsalva

0042 - PSEUDOANEURISMA DE CARÓTIDA INTERNA EXTRACRANEAL

ARENAZA, Pablo Hernán; ISSA, Emilce; MARQUEZ, Raúl Alejandro; SOTO ALHUAY, Luis Ubaldó; VAZQUEZ, David José
Hospital Español de La Plata



Introducción: Variadas son las causas descritas que pueden contribuir o que se relacionan con la aparición del pseudoaneurisma carotídeo. Lo más frecuentes son: disección carotídea, traumas menores de cabeza y cuello, herida de arma de fuego, giros bruscos del cuello o esfuerzo físico (tos, vómitos profusos, accidentes de tránsito, manipulación quiropráctica del cuello, etc.). Éstos serían capaces de comprimir la carótida interna contra los procesos transversos de las vértebras superiores, causando el daño inicial de la íntima. Cambios estructurales pueden predisponer a la disección de arteria carótida extracraneana. La displasia fibromuscular, caracterizada por proliferación tisular fibrosa, hiperplasia muscular lisa, y destrucción fibroelástica, produce estrechamiento segmentario de arterias de tamaño mediano y evidenciable angiográficamente en un 15% de los pacientes con DACI. Distintas colagenopatías, como el Síndrome de Marfan, el Síndrome de Ehlers-Danlos tipo IV, la deficiencia de α 1-antitripsina y la mutación puntual del colágeno tipo 1, se han asociado a la disección carotídea.

Descripción: Paciente femenino de 75 años con antecedente de dislipidemia e hipertensión, quien es referida diagnóstico de tumor de cuerpo carotídeo izquierdo a la exploración vascular pulso carotídeo derecho hiperpulsátil en 1/3 medio de cuello, con frémito a dicho nivel. Como antecedentes en octubre de 2018 presento masa pulsátil de crecimiento paulatino en la cual se realizó eco-Doppler carotídeo y vertebral, objetivándose dilatación aneurismática, con imagen de Ying-Yang de 30 x 38 mm. Para confirmar estos hallazgos y con fines de planificación quirúrgica se solicita angioTC de troncos supraaórticos, observándose arteria carótida común de trayecto dólico, bifurcación arteria carótida interna y externa con adecuado paso de medio de contraste, desplazadas hacia contralateral por dilatación aneurismática fusiforme dependiente de arteria carótida interna de aproximadas de 37 x 30 mm en corte, arteria carótida interna con posterior disminución de su calibre posterior a lesión descrita. Se realizó intervención endovascular donde se coloca stent forrado. A los 3 meses paciente refiere continuar con masa pulsátil y concurre a nuestra institución. Se realiza eco Doppler carotídeo donde se observa pseudoaneurisma con flujo en su interior y porción final de stent llega al cuello del pseudoaneurisma sin ocluirlo. Se indicó tratamiento quirúrgico, y bajo anestesia general se realizó disección muy cuidadosa y resección del pseudoaneurisma con anastomosis término-terminal de la arteria carótida interna. No fue necesario el uso de shunt. La paciente presentó adecuada evolución postoperatoria sin complicaciones, siendo egresada a las 48 h por mejoría clínica. Los estudios microbiológicos del aneurisma fueron negativos y la anatomía patológica informó de pared arterial aterosclerótica con calcificaciones

Conclusión: Los pseudoaneurismas de la carótida interna extracraneal es una patología poco frecuente, de varias etiologías posibles, siendo la disección la principal. La resolución en un principio es endovascular y si no es factible o ante permanencia de pseudoaneurisma la intervención quirúrgica está indicada, con buenos resultados y baja morbimortalidad.

Paciente femenino de 75 años con antecedente de dislipidemia e hipertensión, quien es referida diagnóstico de tumor de cuerpo carotídeo izquierdo a la exploración vascular pulso carotídeo derecho hiperpulsátil en 1/3 medio de cuello, con frémito a dicho nivel. Como antecedentes en octubre de 2018 presento masa pulsátil de crecimiento paulatino en la cual se realizó eco-Doppler carotídeo y vertebral, objetivándose dilatación aneurismática, con imagen de Ying-Yang de 30 x 38 mm. Para confirmar estos hallazgos y con fines de planificación quirúrgica se solicita angioTC de troncos supraaórticos, observándose arteria carótida común de trayecto dólico, bifurcación arteria carótida interna y externa con adecuado paso de medio de contraste, desplazadas hacia contralateral por dilatación aneurismática fusiforme dependiente de arteria carótida interna de aproximadas de 37 x 30 mm en corte, arteria carótida interna con posterior disminución de su calibre posterior a lesión descrita. Se realizó intervención endovascular donde se coloca stent forrado. A los 3 meses paciente refiere continuar con masa pulsátil y concurre a nuestra institución. Se realiza eco Doppler carotídeo donde se observa pseudoaneurisma con flujo en su interior y porción final de

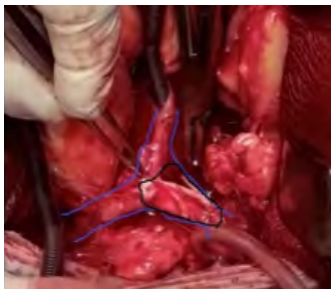


stent en comunicación con pseudoaneurisma. Se realiza angiografía y reconstrucción donde se observa pseudoaneurisma con flujo en su interior, stent llega al cuello del pseudoaneurisma sin ocluirlo. Se indicó tratamiento quirúrgico, y bajo anestesia general se realizó disección muy cuidadosa y resección del pseudoaneurisma con anastomosis término-terminal de la arteria carótida interna. No fue necesario el uso de shunt. La paciente presentó adecuada evolución postoperatoria sin complicaciones, siendo egresada a las 48 h por mejoría clínica. Los estudios microbiológicos del aneurisma fueron negativos y la anatomía patológica informó de pared arterial aterosclerótica con calcificaciones.

Conclusiones. Los pseudoaneurismas de la carótida interna extracraneal son una patología poco frecuente, de varias etiologías posibles, siendo la disección la principal. La resolución en un principio es endovascular y si no es factible o ante permanencia de pseudoaneurisma, la intervención quirúrgica está indicada, con buenos resultados y baja morbimortalidad.

0043 - AVULSION DE VENA CAVA EN CIRUGÍA CARDÍACA

ARENAZA, Pablo Hernán; MARQUEZ, Raúl Alejandro; SOTO ALHUAY, Luis Ubaldo; VAZQUEZ, David José; ISSA, Emilce
Hospital Español de La Plata



Introducción: La rotura de vena innominada durante esternotomía media en pacientes con fibrosis mediastínica es poco frecuente. En la bibliografía se puede encontrar pacientes intervenidos de cirugía cardíaca con antecedentes de radioterapia mediastínica en quienes se rompe la vena innominada y se desinserta de su origen en la vena cava superior. En todos ellos existía una fibrosis mediastínica intensa. Hay poca información relacionada a nuestro caso donde debido a la fibrosis y adherencia en el sector venoso que producen los cables de marcapasos, muchas veces observada en la extracción de los mismo, llevo a la desinserción de la vena cava superior en la unión con la innominada cuando realizamos la apertura esternal.

Descripción: Paciente masculino de 65 años, con factores de riesgo cardiovascular, HTA hipertensión arterial), dislipemia, fumador, con antecedentes de colocación de marcapasos endocavitarios bicameral hace 11 años en la región izquierda. Actualmente presentaba disnea de esfuer-

zo, asociado a soplo sistólico en foco aórtico. Ecocardiograma informa: estenosis aortica severa Se realizan prequirúrgicos. Se decide intervención quirúrgica. Durante el procedimiento se realizó esternotomía media de forma rutinaria se coloca separador esternal y ante la mínima apertura se observa salida de abundante sangrado venoso se repara con puntos de prolene 4-0, al continuar la apertura esternal presenta más sangrado venoso, incontrolable. Se realiza compresión mientras se realiza heparina y jaretas. Se logra realiza canulación arterial aórtica y venosa en aurícula derecha. Se pasan lazadas en vena cava superior tanto por debajo como por arriba de la lesión y en vena innominada. Se observa gran desgarro de la unión de vena cava superior en la unión con la innominada. También se observan los cables de marcapasos. Se realizó reparación con parche de pericardio autólogo del desgarro en la vena cava superior y de la innominada dado que esta última no se podía ligar porque contenía los cables de marcapasos. Se continua el procedimiento de reemplazo aórtico convencional. Evoluciona favorablemente, se otorga alta al sexto día posoperatorio

Conclusión: La fibrosis venosa en pacientes con marcapasos debe tenerse en cuenta al planear la intervención quirúrgica de los pacientes con enfermedad cardíaca y marcapasos endocavitarios, ya que puede ocasionar una complicación grave de difícil manejo intraoperatorio: la desinserción del tronco venoso innominado de la vena cava superior.



0047 - PREPÁRESE PARA LO PEOR, ESPERE LO MEJOR. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE MASA EN LA AURÍCULA IZQUIERDA, LOCALIZADO EN CARA POSTERIOR PRÓXIMO A LA DESEMBOCADURA DE LAS VENAS PULMONARES

GALLEGO, Victoria Paola; MARTINO, Eduardo Daniel; SANCHEZ, Agostina Antonella; SENDOYA, Santiago; BARATTA, Sergio Juan
Hospital Austral

Introducción: En los últimos años existe un creciente interés por la incursión en el estudio de las tumoraciones del corazón (TC). El abordaje integrador de los tumores primarios del corazón continúan siendo un desafío para las ciencias. Los TC primitivos benignos tienen algunas particularidades que los distinguen de los malignos, las cuales resultan de enorme interés para el manejo en el diagnóstico clínico-imagenológico. Se presenta un caso en el cual se realizó un abordaje multidisciplinario, en donde la resonancia cardíaca desempeñó un papel fundamental en el diagnóstico, debido a la discriminación de las características tisulares.



Descripción: Mujer de 45 años. Antecedentes de pericarditis hace 5 años. Enfermedad actual: Disnea episodio de disnea y molestias precordiales atípicas. ECG dentro de trazados normales, se complementó con ecocardiograma Doppler color donde se observó imagen de 15 mm x 21 mm, ubicada en pared posterior de la aurícula izquierda, en relación a las venas pulmonares. Predominantemente hiperecogénica, superficie lisa, con base de implantación amplia. CardioRNM que confirmó una tumoración cardíaca de 15x23mm, sólida, hiperintensa de manera heterogénea en T1, hiperintensa en T2, no se satura en T2 STIR, no vascularizada (perfusión negativa), presentó tenue realce precoz y realce tardío mínimo central heterogéneo. Sin compromiso de estructuras extra cardíacas. Por dicha caracterización, se descartan los siguientes tumores benignos: lipoma (ya que se satura en T2 STIR o T1 FAT SAT), fibroma (ya que es hipointensa en T1 Y T2, con realce tardío intenso), fibroelastoma (ya que no es la localización típica, y presenta habitualmente realce tardío homogéneo con tenue captación), hemangioma (ya que éstos presentan perfusión positiva). La caracterización tisular es compatible con mixoma auricular, excepto por ser hiperintenso en T1, lo que nos llevó a pensar que podría corresponder a mixoma con gran componente proteico o hemorrágico. Se realizó también angiografía cardíaca que evidenció dicha masa a nivel de la pared posterior, con

amplia base de sustentación, cercana a la vena pulmonar inferior derecha, sin compromiso de ésta. Por presentar localización atípica y por tener estrecha relación por las venas pulmonares, se realizó PET TC donde no se observó captación a nivel del tumor, ni tampoco otros focos hipermetabólicos. Lo que alejó la sospecha diagnóstica de metástasis cardíaca. Se llevó a cabo la cirugía sin complicaciones. La macroscopía se observó masa de aspecto abollonada, compacta, no friable, de aspecto hemorrágico interno. La microscopía mostró abundante componente de mucopolisacáridos. Macrófagos cargados con hemosiderina. Extensas zonas de hemorragias (60% del tumor). Levemente vascularizado. Siendo el diagnóstico final mixoma con extensas áreas de hemorragia.

Conclusión: Los tumores cardíacos primarios son de baja incidencia, siendo los tumores cardíacos metastásicos 20 a 40 veces más frecuentes, por lo que la correcta caracterización de la cardiRNM se ha convertido en una herramienta insustituible para la orientación acerca de la naturaleza de algunos tumores antes de la operación. La escisión quirúrgica es el tratamiento definitivo para prevenir la embolia sistémica. El mixoma es el tumor cardíaco benigno más frecuente, la localización en este caso es atípica, su presentación con gran componente hemorrágico es una de las variables del mismo a tener en cuenta.

0048 - CIERRE DE OREJUELA CON DISPOSITIVO LAMBRE: PRIMER CASO EN ARGENTINA

GALLEGO, Victoria Paola; SANCHEZ, Agostina Antonella; MARTINO, Eduardo; BARATTA, Sergio Juan; COSTANTINI, Ricardo
Hospital Austral

Introducción: Dentro de las causas posibles de ACV alrededor del 20-30% son atribuibles a fibrilación auricular (FA). Si bien la anticoagulación es la principal estrategia para la prevención del ACV, existen situaciones que limitan su uso clínico en grupos seleccionados de pacientes. El enfoque no farmacológico, basado en el cierre de la orejuela es indicación IIb para las guías americanas y europeas. El diseño de nuevos dispositivos y la experiencia de la implantación podrían mejorar el resultado clínico del mismo. Presentaremos el primer caso en Argentina del dispositivo LAMBRE, diseño que tiene doble estabilización (paraguas distal conectado por una cintura central a una cubierta proximal), revestido por membrana de polietileno, que no requiere anticoagulación posteriormente, pero sí antiagregación, ventaja con respecto al dispositivo WATCHMAN.

Descripción: Hombre de 84 años hipertenso, ex tabaquista, diabético. 1994: Cirugía de revascularización miocárdica. Miocardiopatía isquémico-necrótica FEy 30%. 2009 MCP bicameral. FA permanente. Sin antecedentes de ACV. Anticoagulado con warfarina por FA no valvular CHADS VASc 5. Seguimiento Oftalmológico por edema macular y endoftalmitis en tratamiento con inyección intravítrea. Enfermedad actual: Intercurrió con hemovítrio en dos oportunidades, con pérdida de la agudeza visual, por lo que se suspendió warfarina. En conjunto multidisciplinario, se solicitó evaluación para cierre de orejuela y se inició enoxaparina 40 mg. Se realizó al mes ecocardiograma transesofágico (ETE) que evidenció trombo en orejuela, por lo que se progresó anticoagulación con enoxaparina 40/12 hs. Dos meses después, se realizó nuevamente ETE control, esta vez sin evidencia de trombo, pero con abundante ecogenicidad sanguínea espontánea con ausencia de contracción mecánica, con anatomía adecuada para cierre de orejuela. Al no haber trombo en la misma, se decide suspender anticoagulación, ya que el hemovítrio a repetición es indicación suficiente para suspenderla, continúa con enoxaparina 40 mg, y se programa cierre con dispositivo LAMBRE. Durante el procedimiento se observó sludge en la orejuela, se realizaron las mediciones por medio de ETE y con Angiografía del apéndice auricular (cover line 24 mm, landing zone 20 mm, y la profundidad 24 mm), se guió punción transeptal, y se realizó entrega y liberación del dispositivo LAMBRE 28/34mm en forma exitosa. Es dado de alta con clopidogrel, se realizó control del dispositivo a los 45 días, el cual no presentó trombosis, ni leaks peridispositivo.



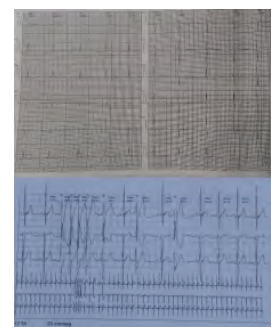
Conclusión: La existencia del cierre de orejuela es una alternativa para los pacientes que son malos candidatos para la administración de anticoagulantes orales, cabe recalcar que siempre que haya un sangrado y tenga solución clínica o quirúrgica se resuelva mediante esa vía, pero a veces como el caso de nuestro paciente, se requiere el cierre de la misma. El dispositivo LAMBRE tiene especial indicación en anatomías complejas de orejuelas, existen revisiones sistemáticas actualmente con alta tasa de éxito de implantación, con baja tasa de complicaciones mayores. Además, se han reportado casos en donde se puede utilizar el mismo, aún en presencia de trombo en OI, debido a la combinación del paraguas y el despliegue parcial en el ostium del dispositivo, que podría prevenir la migración del trombo. Se necesitan más ensayos clínicos aleatorizados para analizar el valor del mismo.

0050 - PROLAPSO DE VALVULA MITRAL MALIGNO FAMILIAR

JAIMOVICH, Guillermo; MALDONADO, Sebastián Actividad Clínica Privada

Introducción: El prolapso de la válvula mitral afecta a un 2-3% de la población general. Además de las complicaciones mecánicas y sobrecarga de volumen de cavidades producida por la anomalía valvular, puede vincularse a arritmia ventricular compleja y muerte súbita. En este último aspecto, y a pesar de que su asociación ha sido descrita hace décadas, no es mucho lo que se conoce en cuanto a su incidencia, su patogenia y por ende, las conductas a tomar en prevención primaria

Descripción: Se trata de un caso clínico familiar, atendido a lo largo de los últimos 5 años. A modo de resumen, se describen datos positivos de las características de cada miembro de la familia y no la secuencia cronológica de esta gran experiencia clínica aprendida. Los integrantes de la familia afectados son el padre y sus 4 hijos. Padre: 52 años, tabaquista severo, asintomático. Examen físico (EF): Pectus carinatum. Electrocardiograma (ECG): s/p QTc 381 ms. Ecocardiograma: válvula mitral mixoide, prolapso bi-valvar, insuficiencia severa. Sin criterios quirúrgicos. Depresión severa luego de muerte de hijo, enolismo, internación psiquiátrica y finalmente suicidio. Hijo 1: mujer, 24 años, plástica mitral a los 16 años por insuficiencia significativa con incremento en el tamaño del VI. Asintomática. EF: ligero pectus carinatum. ECG: onda t negativa cara inferior, QTc 413 ms. Ecocardiograma: plástica mitral con reflujo leve residual. Resonancia magnética cardíaca (RMC): sin gadolinio. Estudio electrofisiológico y test de ajmalina negativos. Estudio genético FBN1 negativo. A la espera de colocación de desfibrilador implantable (CDI) Hijo 2: hombre, asintomático. Muerte súbita (MS) a los 17 años, luego de 2 años de seguimiento. EF: s/p. ECG: onda t negativa en cara inferior. QTc 392 ms. Ecocardiograma: válvula mitral mixoide, prolapso bi-valvar, insuficiencia moderada. Holter: extrasístoles ventriculares (EV) 2500 (2%), 2 tripletas, 1 taquicardia ventricular no sostenida (TVNS) 4 latidos (21 días previos a MS). Ergometría, EV en etapa basal, normalización en ejercicio. RMC, sin gadolinio, insuficiencia mitral leve. Interconsulta a electrofisiología. Días después MS. Hijos 3 y 4: 18 años mujeres, gemelas bi-vitelinas. H3: asintomática. EF: ligero pectus carinatum. ECG: QTc 400 ms Ecocardiogra-



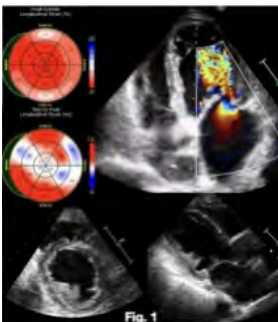


ma: válvula mixoide, prolapso de valva anterior, insuficiencia leve RMc sin gadolinio. Holter: EV 30-1600 bigeminia A la espera de colocación de CDI. H4: síncope y luego de meses presíncope, ambos dudosos. Depresión, problemas en el área afectiva. EF: ligera hiperlaxitud articular. ECG: onda t negativas cara inferior y VI-V5. QTc 378 ms. Ecocardiograma: válvula mitral mixoide, prolapso bi-valvar, insuficiencia leve-moderada. RMc sin gadolinio. Holter EV 1600-1800 duplas. Repetidos, último TVNS 6 latidos. Se colocó CDI, luego de 5 meses descarga por fibrilación ventricular.

Conclusión: La enfermedad de la válvula mitral tipo mixoide, puede obedecer a trastornos genéticos conformando síndromes o alteraciones aisladas. Se han propuesto recientemente alteraciones estructurales como la fibrosis de músculos papilares o desunión anulo-valvar asociadas a arritmia ventricular y muerte súbita, sin embargo, no es bien conocido el mecanismo que desencadena en eventos incluso en etapas tempranas de la vida. Existen escasas series en la literatura mundial con muerte súbita en más de un integrante de la familia con esta caracteropatía valvular. Es posible que el mecanismo arritmogénico esté determinado por mecánico transducción, esto es una alteración en el citoesqueleto o matriz extracelular que se asocia a alteración funcional de los canales iónicos. Es muy difícil con la información actualmente disponible determinar el riesgo de un paciente con valvulopatía mitral mixoide y en función de ello establecer criterios para indicar un tratamiento de prevención primaria de muerte súbita.

0056 - FIBROSIS ENDOMIOCÁRDICA DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA EN UN PACIENTE CON SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO

INGINO, Florencia Paula; BAGNATI, Rodrigo P.; DEL CASTILLO, Santiago Luis; KOTOWICZ, Vadim; LOMBARDO, Leonardo Jesús
Hospital Italiano de Buenos Aires



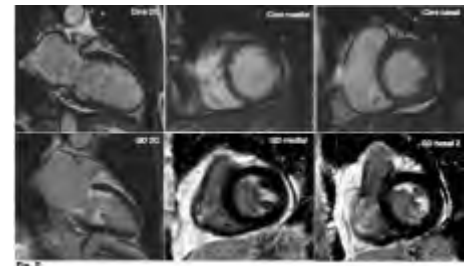
Introducción: La fibrosis endomiocárdica (FEM) es una miocardiopatía restrictiva rara pero se presenta en el 50% de pacientes con síndrome hipereosinofílico (SHE). En FEM el fibrotrombo es de localización apical, pudiendo afectar tanto al VI como al VD, sin embargo, la afectación basal con compromiso de válvulas A-V es una forma poco frecuente.

Descripción: Paciente femenino de 77 años en seguimiento por enfermedad mitral severa a predominio de estenosis de presunta causa reumática. Se interna por insuficiencia cardíaca a predominio izquierdo. ECG con ritmo sinusal, signos de agrandamiento auricular izquierdo e inactivación anterior. En el laboratorio como hallazgo 21.700 GB con 70% de eosinófilos. Ecocardiograma (Fig.1) con diámetros y función sistólica del VI y VD conservados, strain longitudinal disminuido en segmentos basales, hipertrofia del VI, dilatación biauricular, llenado pseudonormal, válvula mitral (VM) con engrosamiento y movilidad restringida de sus valvas, estenosis significativa y reflujo moderado (Gr pico 24 mmHg, medio 12 mmHg, área 1.4 cm²) con PSAP de 57 mmHg. Se observa imagen móvil

adherida a la pared lateral del VI compatible con trombo. Por sospecha de FEM se realiza RNM cardíaca

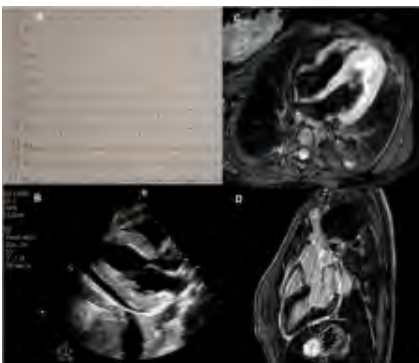
(Fig. 2) que evidencia realce tardío con patrón subendocárdico y extensión endocavitaria en segmentos basales de ambos ventrículos que compromete la VM y tricúspide, con imágenes sugestivas de trombo adherido a proceso fibrótico a nivel lateral basal. Se diagnostica SHE secundario a síndrome mieloproliferativo crónico o mielodisplásico (citometría de flujo compatible). Inicia tratamiento con Imatinib más corticoides. Se realiza CCG con arterias coronarias sin lesiones. Se decide conducta quirúrgica realizando reemplazo de VM con prótesis biológica, plástica tricúspidea y remoción de trombo adherido al VI mediante mini toracotomía. Se realiza anatomía patológica que informa trombo adherido a la VM y cambios compatibles con fibrosis endocárdica de ambas válvulas.

Conclusión: Se presenta este caso de FEM por su atípica presentación basal con compromiso valvular y por el valor de la RNM cardíaca para su diagnóstico. El abordaje quirúrgico en pacientes sintomáticos con FEM es de elección para prolongar supervivencia.



0058 - MIOPERICARDITIS POR DENGUE GRAVE: REPORTE DE UN CASO

RUBIRA, Daniela Magali; GIORDANINO, Elian Facundo; RENEDO, María Florencia; AMERI, Aldana; FAVALORO, Liliana Ethel
Fundación Favaloro



A) ECG: Microvelocidad y signos pericarditis; B) Ecocardiograma: Engrosamiento e hiperreflexividad pericárdica con derrame pericardio severo; C) RMN-T2: Edema del miocardio; D) RMN-T1G: Realce intramurales anterior e inferior en la pared lateral y del pericardio.

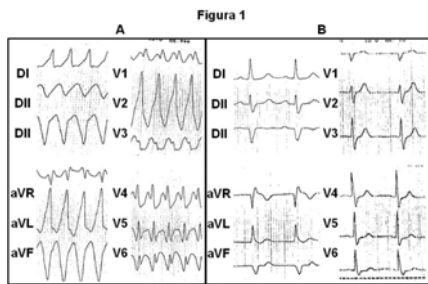
Introducción: El dengue (Dn) es la enfermedad viral transmitida por mosquitos (*Aedes aegypti*) más prevalente en el mundo. Es causada por cuatro serotipos del virus del Dn del género *Flavivirus*. Si bien la manifestación clínica más común es un cuadro febril no específico o Dn clásico, algunos pacientes pueden presentar Dn grave con compromiso orgánico variable. Dentro del espectro de afectación cardíaca, la miocarditis es infrecuente.

La sintomatología puede ser inespecífica, aunque el compromiso hemodinámico está descripto. El tratamiento es de sostén y debe ser individualizado. El pronóstico es variable, con una mortalidad de hasta el 20% sin tratamiento, a una reversión rápida del cuadro con soporte adecuado.

Descripción: Paciente femenina de 21 años, derivada por shock cardiogénico para evaluación de trasplante cardíaco. Presentó cuadro clínico de 5 días de evolución de fiebre, cefalea, náuseas, hematemesis, tos seca y dolor precordial opresivo de intensidad 8/10. A su ingreso se constataron Petequias generalizadas a predominio en extremidades, con vitropresión negativa. Se constató en electrocardiograma (ECG) supradesnivel del segmento ST en cara anterolateral y lateral alta, elevación de troponina I US 228 pg/ml y en ecocardiograma deterioro de la función biventricular con derrame pericárdico leve a moderado. Evolucionó con insuficiencia cardíaca y shock mixto con requerimiento de inotrópicos, vasopresores e intubación orotraqueal. En contexto de pandemia por COVID19 se realizó PCR, negativa. Por clínica y antecedentes epidemiológicos positivos para Dn, por domiciliarse en cluster notificado, se solicitó serología que confirmó el diagnóstico. Se completó tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro por eventual sobreinfección. A su ingreso en nuestro centro se realizó laboratorio que informó hemograma dentro de parámetros de

lucionó con insuficiencia cardíaca y shock mixto con requerimiento de inotrópicos, vasopresores e intubación orotraqueal. En contexto de pandemia por COVID19 se realizó PCR, negativa. Por clínica y antecedentes epidemiológicos positivos para Dn, por domiciliarse en cluster notificado, se solicitó serología que confirmó el diagnóstico. Se completó tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro por eventual sobreinfección. A su ingreso en nuestro centro se realizó laboratorio que informó hemograma dentro de parámetros de

referencia, falla orgánica hepática con elevación de reactantes de fase aguda, serologías negativas para Chagas, HIV, Hepatitis B y C. En ecocardiograma, cavidades cardíacas dentro de límites normales, disfunción biventricular severa y derrame pericárdico severo con compromiso del llenado de cavidades (Figura 1). Se realizó pericardiocentesis, con mejoría del estado hemodinámico que permitió descenso de vasopresores. Se infundió pulso de levosimendán y se rotó esquema inotrópico de dobutamina a milrinona. La paciente persistió febril durante 5 días con mejoría hemodinámica gradual hasta destete de soporte vasoactivo, resolución de petequias y fallas orgánicas. El ECG evidenció recuperación del voltaje de onda R en plano frontal y cambios evolutivos con ondas T negativas difusas. En el ecocardiograma se observó normalización de la función sistólica biventricular. La resonancia magnética cardíaca con gadolinio evidenció signos de edema difuso biventricular, realce tardío intramiocárdico inferolateral basal y subepicárdico en pared lateroapical y realce difuso a nivel del pericardio, compatible con miopericarditis aguda. Se inició baja dosis de betabloqueantes y antagonistas de los mineralocorticoides. Continúa en seguimiento ambulatorio, aguardando nueva resonancia cardíaca a 3 meses del evento. Conclusión: La miocarditis por Dn grave es una entidad infrecuente y poco caracterizada. La sospecha temprana y el tratamiento de sostén adecuado durante la fase crítica podría revertir un pronóstico, de otra forma, ominoso.

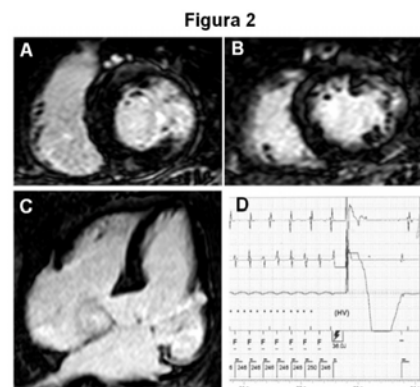


0065 - TAQUIARRITMIA VENTRICULAR POTENCIALMENTE LETAL EN UNA PACIENTE CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

PAPINI, Claudia; YOO, Hyun Sok; GONZALEZ, Paola Eva; GARRO, Hugo Ariel; CARBAJALLES, Justo
Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

Introducción: La sobrevivida a largo plazo de pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) mejoró significativamente con la terapia antirretroviral. Como consecuencia, la enfermedad cardíaca, en particular, la muerte súbita cardíaca emergió como una manifestación clínica importante.

Descripción: Una mujer de 68 años con antecedentes de infección por VIH, hepatitis C y accidente isquémico transitorio en 2018. Es medicada con emtricitabina, lamivudina, darunavir, dolutegravir, atorvastatina y aspirina. Presentó síncope en reposo con pérdida del control de esfínter. Al ingreso se evidencia una taquicardia ventricular monomorfa sostenida (214 latidos/min) originada de la región inferolateral del ventrículo izquierdo (VI) con descompensación hemodinámica que requirió de cardioversión eléctrica (Figura 1A). Recibe tratamiento con amiodarona y betabloqueante. El electrocardiograma basal mostró hemibloqueo anterior y QRS fraccionado en derivaciones DII, DIII y aVF (Figura 1B). En el ecocardiograma Doppler, se observaron las cavidades cardíacas con diámetros normales, aquinesia e hiperecogenicidad inferobasal y aneurisma sacular inferolateral, anterolateral basal (32 x 23 mm). No se evidenció lesiones coronarias significativas por cine coronariografía. La serología para enfermedad de Chagas fue negativa. La resonancia cardíaca mostró VI con volúmenes conservados, aneurisma inferolateral y anterolateral basal con fracción de eyección de 45%. Realce tardío de gadolinio con patrón subendocárdico inferolateral y anterolateral basal; y con patrón intramiocárdico anteroseptal e inferoseptal basal e inferoseptal medial. Ventrículo derecho normal (Figura 2A, 2B y 2C). Se colocó un cardio desfibrilador implantable (CDI). A los 15 días tuvo un episodio de terapia adecuada con choque del



CDI debido a una taquicardia ventricular monomorfa sostenida (240 latidos/min) (Figura 2D). Se optimizó el tratamiento farmacológico. La paciente continúa asintomática sin presentar nuevos eventos.

Conclusión: Algunos pacientes con infección por VIH son propensos a un daño miocárdico focal o difuso que es sustrato anatómico para las taquiarritmias ventriculares potencialmente letales. Los pacientes con infección por VIH deben ser evaluados exhaustivamente para determinar el riesgo de muerte súbita arrítmica.

0078 - SÍNDROME DE PLATIPNEA-ORTODEOXIA POSTERIOR A COLOCACIÓN DE MARCAPASOS

DUCKWEN, Florencia; CAPDEVILLE, Sofía; GARAGOLI, Fernando Damián; ARIAS, Aníbal Martín Hospital Italiano de Buenos Aires



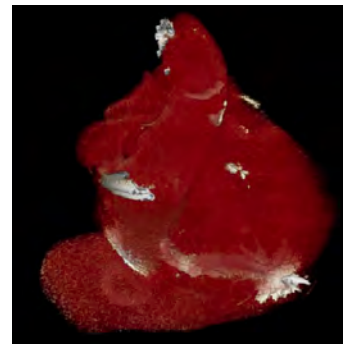
Introducción: La colocación de marcapasos (MCP) es un procedimiento frecuente, con bajo riesgo quirúrgico y baja incidencia de complicaciones. A continuación, se presenta un caso de síndrome de platipnea-ortodeoxia (SPO) posterior al implante de un MCP definitivo. Éste se caracteriza por disnea y desaturación cuando el paciente se encuentra sentado o de pie, que mejora con el decúbito, siendo su diagnóstico un reto en la mayoría de los casos descritos.

Descripción: Paciente femenina de 75 años con enfermedad de Caroli, que ingresa por un cuadro clínico compatible con colangitis asociado a hiperkalemia y falla renal. En este contexto intercorre con bradicardia sintomática, se realiza electrocardiograma que evidencia bloqueo auriculoventricular completo con escape ventricular a 30 latidos por minuto que reierte a ritmo sinusal tras la administración de atropina, por lo que se decide colocación de MCP definitivo DDD. Luego de la colocación, la paciente evoluciona con taquicardia, desaturación y tendencia a la hipotensión arterial. Se realiza angiotomografía de tórax que descarta tromboembolismo de pulmón y neumotórax. Persiste con desaturación, y con presión arterial de oxígeno de 47 mmHg, a pesar de asistencia con cánula de alto flujo con FiO2 al 80%. Sin embargo, se observa mejoría de ambos parámetros con el decúbito lateral derecho. Se realiza eco Doppler cardíaco transtorácico con infusión de solución salina agitada que evidencia pasaje de burbujas de derecha a izquierda, y a continuación ecocardiograma transesofágico que muestra aneurisma del septum interauricular con foramen oval permeable (FOP) con pasaje de flujo color de derecha a izquierda y derrame pericárdico leve. Posterior tomografía de tórax gatillada evidencia catéter ventricular en contacto con pericardio por lo que se decide recolocación del mismo. Debido a hipoxemia persistente se coloca dispositivo de oclusión de comunicación interauricular, logrando corrección oximétrica y gasométrica. El SPO es una entidad infrecuente, y la clave más importante para su diagnóstico es la hipoxemia frente a los cambios posturales. Si bien la incidencia de FOP es del 25-30% en la población general, la presencia de shunt

turación, y con presión arterial de oxígeno de 47 mmHg, a pesar de asistencia con cánula de alto flujo con FiO2 al 80%. Sin embargo, se observa mejoría de ambos parámetros con el decúbito lateral derecho. Se realiza eco Doppler cardíaco transtorácico con infusión de solución salina agitada que evidencia pasaje de burbujas de derecha a izquierda, y a continuación ecocardiograma transesofágico que muestra aneurisma del septum interauricular con foramen oval permeable (FOP) con pasaje de flujo color de derecha a izquierda y derrame pericárdico leve. Posterior tomografía de tórax gatillada evidencia catéter ventricular en contacto con pericardio por lo que se decide recolocación del mismo. Debido a hipoxemia persistente se coloca dispositivo de oclusión de comunicación interauricular, logrando corrección oximétrica y gasométrica. El SPO es una entidad infrecuente, y la clave más importante para su diagnóstico es la hipoxemia frente a los cambios posturales. Si bien la incidencia de FOP es del 25-30% en la población general, la presencia de shunt

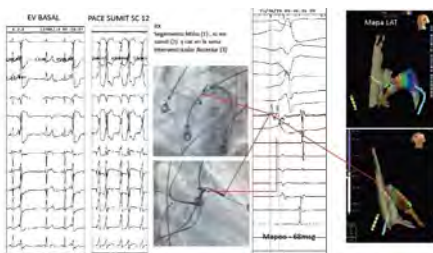
de derecha a izquierda es infrecuente. Para el desarrollo del SPO se requiere la coexistencia de un defecto anatómico y otro funcional. Dentro de las condiciones anatómicas podemos mencionar FOP, aneurisma del septum interauricular y fenestraciones del septum interauricular, sin embargo, hacen falta factores funcionales que generen un gradiente de presión interauricular, aun en ausencia de hipertensión pulmonar, o la existencia de un flujo selectivo desde la vena cava inferior hacia la aurícula izquierda. Además, el shunt se puede agravar en condiciones de hipotensión arterial sistémica. El tratamiento depende de la causa del síndrome, generalmente se realiza un cierre percutáneo del defecto interauricular, y en ocasiones la resolución del factor funcional que llevó al shunt. En el caso de nuestra paciente, podemos mencionar como criterios para el diagnóstico de SPO, la desaturación e hipoxemia refractaria a oxigenoterapia que mejora con cambios posturales, y el posterior hallazgo de FOP, asociado a shunt de izquierda a derecha. Interpretamos como desencadenante el aumento de las presiones de cavidades derechas consecuencia del cable ventricular del MCP en contacto con el pericardio, asociado a derrame pericárdico leve, sumado a la tendencia a la hipotensión posterior al procedimiento.

Conclusión: El flujo de derecha a izquierda a través de un FOP es una complicación muy infrecuente posterior a la colocación de un marcapasos, y si bien esto también puede ocurrir en otras entidades debe considerarse como diagnóstico diferencial ante un cuadro de hipoxemia severa que aparece luego de la colocación de un dispositivo intracardiaco



0091 - ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA BAJO SISTEMA DE NAVEGACIÓN ENSITE DE EXTRASÍSTOLES VENTRICULARES DEL SUMMIT DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO. ABORDAJE INTRA SENO CORONARIO Y ABLACIÓN EN VENA INTER-VENTRICULAR ANTERIOR.

ABOY, Juan Manuel; BARJA, Luis Dante; LOGARZO, Emilio Ariel; ORTEGA, Daniel F.; REVOLLO, Gerson Ariel
Hospital Universitario Austral



Introducción: Según la literatura aproximadamente un 12% de las EV izquierdas idiopáticas tiene su origen en el summit del ventrículo izquierdo (región triangular epicárdica del tracto de salida del VI con el vértice en la bifurcación entre la arteria coronaria descendente anterior y la circunfleja, y una base formada por un arco que conecta la primera rama perforante septal de la arteria coronaria descendente anterior con la arteria circunfleja). La vena coronaria mayor o vena cardíaca magna (VCM) lo divide lateralmente a la altura de su unión con la vena interventricular anterior (VIA). Electrocardiográficamente suele observarse una morfología en V1 de bloqueo de rama derecha y eje inferior. La importancia de la ablación en dicha zona radica en su considerable frecuencia y las dificultades que plantean los aspectos técnicos de la ablación con catéter en estas estructuras.

Descripción: Paciente de 24 años. Sin factores de riesgo cardiovascular ni antecedentes familiares. Ablación previa de EV frecuentes del tracto de salida del VI en 2017 exitosa. Evolucionó asintomática hasta 2019 donde volvió a presentar palpitaciones muy frecuentes. Holter con > 47000 EV, aisladas, duplas y episodios de taquicardia ventricular no sostenida. Resonancia magnética cardíaca sin fibrosis ni displasia con fracción de eyección (FEY) con deterioro leve asociado a hipoquinesia global. ECG: EV con eje inferior, QS en DI, R alta en V1 con transición sobre V2 y S en V6. El tratamiento con betabloqueantes y amiodarona fue ineficaz por lo que se programó nueva ARF. Los ECG preablación mostraron EV con morfología de bloqueo de rama derecha en V1 y un eje inferior lo cual sugería un posible origen en el summit del VI. Se realizó anatomía con sistema de navegación ENSITE VELOCITY 5.0 (St.Jude Medical). En primer lugar, se colocó el catéter de ablación en la región septal del tracto de salida ventricular derecho donde se observaba una señal ventricular local después del QRS y poca concordancia con las EV. A continuación, se introdujo un catéter de ablación de 4 mm tipo Blazer II en el seno coronario, hasta alcanzar la unión de la VCM y la VIA. El mapa de activación de esta zona mostró una señal ventricular local de -68 ms que precedía al inicio del QRS, con una pace mapping 12/12 y un mapa LAT que evidenció la misma zona de precocidad. Una vez identificada la zona se llevó a cabo la ablación intra seno coronario en la vena interventricular anterior, con una potencia en 50 W y una temperatura máxima de 50°C. Las aplicaciones interrumpieron las EV sin inducción posterior de la arritmia ventricular. Durante el seguimiento, la paciente no presentó nuevos episodios de EV con desaparición de los síntomas.

Conclusión: La ablación a través del seno coronario puede no ser viable debido a la dificultad de introducir el catéter de ablación hasta la zona de interés, a la proximidad de las arterias coronarias o a la imposibilidad de alcanzar una potencia suficiente. Cuando la ablación no es eficaz desde el endocardio o el seno coronario, puede contemplarse el empleo de un abordaje epicárdico percutáneo del cual no hay tanta casuística. La ablación intra-seno coronario (vena interventricular anterior) de EV originadas en el summit del VI, es una opción para el abordaje de esta región, a sabiendas de las dificultades tanto anatómicas como técnicas.

0103 - TROMBOSIS AGUDA DEL STENT

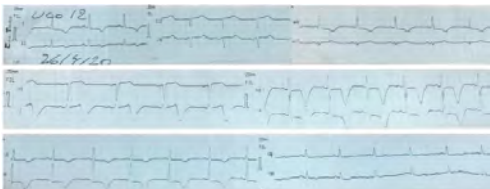
CORREA, Juan Eduardo; BOSCHETTI, Leonel Andrés; NICITA, Leandro Abel; RICARDONE, Antonella; ROMALDI, Micaela
Hospital Provincial del Centenario - Rosario

Introducción: Paciente de 62 años presenta IAMCEST por lo que se activa servicio de hemodinamia. Se realiza angioplastia a descendente anterior, arteria responsable del cuadro. Complica con trombosis aguda del stent, sin disponibilidad de la sala de hemodinamia. Descripción: Paciente de 62 años, dislipémico, sin otros factores de riesgo ni antecedentes de jerarquía, consulta por cuadro de 40 minutos de evolución caracterizado por dolor torácico de inicio gradual, opresivo, retroesternal, continuo, intensidad 10/10, sin irradiación asociado a sudoración y vómitos, que inicia en clase funcional II y continúa con el reposo. Al examen físico se encontraba moderadamente enfermo, normotenso, bradicárdico a 45 latidos por minuto (lpm), sin signos de insuficiencia cardíaca ni de bajo gasto. Electrocardiograma (ECG): Ritmo sinusal a 45 lpm. Injuria subepicárdica anterior extensa en fase hiperaguda. Sumatoria del supradesnivel del ST: 6 milímetros (mm). Se realiza cine coronariografía (CCG) de emergencia que evidencia arteria descendente anterior ocluida a nivel proximal. Se realiza trombo aspiración y se coloca un stent liberador de drogas. Resto del árbol coronario sin lesiones. Posterior a la intervención presenta mejoría clínica. A su ingreso a Unidad Coronaria comienza con dolor torácico de similares características e intensidad al previo. Continuaba normotenso, bradicárdico a 45 lpm y sin signos de insuficiencia cardíaca. Se realiza ECG que evidencia ritmo sinusal a 45 lpm con injuria subepicárdica anterior extensa con sumatoria del supradesnivel del ST de 45 mm. Se interpreta cuadro como probable trombosis aguda del stent. Se decide realizar nueva CCG, pero el laboratorio de hemodinamia no se encontraba disponible

por procedimiento prolongado durante dos horas. Se comienza la infusión de trombolíticos (alteplase), evolucionando con criterios de reperfusión negativos. Se obtiene resultado de laboratorio con valores de KPTT dentro de parámetros normales, se da aviso a servicio de Hemodinamia y se cambia el lote de heparina. Ante la disponibilidad de hemodinamia, se realiza nueva CCG que evidencia trombo intrastent y una imagen compatible con disección previa a su implante. Se realiza tromboaspiración y se coloca un nuevo stent liberador de drogas. Ingresa a Unidad Coronaria asintomático, nuevo ECG con descenso del ST (24 mm). Recibe el alta hospitalaria al día 7. Conclusión: Ante la no disponibilidad de la sala de hemodinamia se realizó alteplase con criterios de reperfusión negativos. Requiere intervención coronaria percutánea de rescate 120 minutos después, con resultado favorable.

0108 - SÍNDROME DE QT PROLONGADO ADQUIRIDO SECUNDARIO A ISQUEMIA MIOCÁRDICA

CORTES, Paulina; BOCCACCI, Santiago Tomás; LEEDS, Ariel Federico; ZIVANO, Daniel Francisco Actividad Clínica cardiológica y electrofisiología clínica en mi consultorio privado (consultor)



Introducción: Reportamos el caso de un paciente con infarto agudo de miocardio (IAM) sin elevación del ST que evoluciona con inestabilidad eléctrica (cambios dinámicos onda T, prolongación del intervalo QT y salvas de taquicardia ventricular monomorfa no sostenida (TVMNS), observándose franca mejoría post angioplastia transluminal coronaria (ATC). En contexto de la pandemia por COVID-19 (SARSCOV-2) y su tratamiento con antipalúdicos, el síndrome de QT prolongado (SQTP) adquirido se ha tornado de especial interés.

Descripción: Paciente de 54 años con factores de riesgo cardiovascular positivos (hipertensión arterial (HTA), dislipemia, sobrepeso, sexo, edad) y antecedentes de ACE clase funcional (CF) II de 4 meses de evolución, que concurre a guardia externa por angina en CF IV de prolongada duración, patrón electrocardiográfico (ECG) de isquemia subepicárdica en cara anterior extensa (QTc 413 mseg) y troponina I ultrasensible positiva por lo que se inicia tratamiento antiisquémico y vasodilatadores endovenosos, con cese del dolor, decidiéndose su ingreso a Unidad Coronaria. Evoluciona con cambios dinámicos del ECG: prolongación del intervalo QT con un QTc máximo a las 36 hs. de 657 mseg, arritmia ventricular polimorfa y salvas de TVMNS por lo que se decide realizar coronariografía de urgencia. Se evidencia enfermedad coronaria suboclusiva de arteria descendente anterior (DA) y lesiones severas en ramos diagonales, procediéndose a la ATC e implante de 3 stents liberadores de fármacos a arteria DA y ATC con balón a arteria diagonal. Evoluciona sin repetir cuadro anginoso ni arritmia ventricular compleja, con acortamiento del intervalo QT (intervalo QTc post ATC inmediato: 601 ms; intervalo QTc al alta: 500 ms). En control por consultorios externos presenta QTc 386 ms a las 6 semanas del alta. Discusión: El SQTP es un conjunto de entidades infrecuentes que se manifiesta en el ECG por la prolongación del intervalo QT y se caracteriza por predisponer a la aparición de taquicardia ventricular atípica (torsada de punta) desencadenando muchas veces en muerte súbita. Este síndrome se considera una canalopatía y puede ser congénito o adquirido, siendo este último el más frecuente y tiene múltiples desencadenantes como lo son la bradicardia, trastornos hidroelectrolíticos, edad avanzada, sexo femenino, susceptibilidad individual, falla renal o hepática, diferentes fármacos y la isquemia miocárdica. El SQTP adquirido isquémico puede aparecer en un IAM con o sin elevación del ST pudiendo observarse tanto en la fase hiperaguda como en el período post infarto. La prolongación del QTc es la variable ECG que se altera de forma más constante y en la fase precoz de la isquemia transmural, aunque se ha documentado que el punto de mayor prolongación ocurre entre los días 3 y 11 posterior al infarto incluso en pacientes ya revascularizados. Las TV polimorfas en estos pacientes son precedidas de un fenómeno de ciclo corto-largo-corto. Se sabe que existe una heterogeneidad celular con alteraciones de la bomba de sodio/potasio y del aumento del calcio intracelular, dando lugar a la aparición de pospotenciales tempranos que desencadenan múltiples ondas de reentrada y así predisponen al desarrollo de torsadas de puntas. En cuanto al pronóstico se sabe que mientras más largo es el QT mayor es la masa miocárdica afectada, así como el deterioro de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo y un aumento de la mortalidad a los 30 días post infarto en pacientes con QTc >440 mseg.

Conclusión: En una época donde el SQTP adquirido ha tomado tanta relevancia, nos parece importante recordar la etiología isquémica por su gravedad, siendo necesario descartarla, no sólo por su posible evolución a arritmias letales sino por todas las complicaciones con las que dicho cuadro isquémico puede evolucionar.

0125 - MUERTE SÚBITA EN PACIENTE CON QT LARGO

GARCÍA CARRIGNANO, Irene; FRINCHABOY, Sofía; CORREA, Juan Eduardo; BOSCHETTI, Leonel; RICARDONE, Antonella Hospital Provincial del Centenario - Rosario

Introducción: Paciente de 46 años hipertenso y dislipémico sin otro antecedente de jerarquía. Es derivado a nuestro efector por paro cardiorrespiratorio con ritmo de fibrilación ventricular que requirió reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada.

Descripción: Al examen físico presenta ruidos cardiacos normofonéticos, sin auscultarse soplos, frote ni otros ruidos patológicos. Presenta roncus en ambos hemitórax, y secreción hemática por tubo endotraqueal. No se observa foco neurológico. Luego de la desfibrilación se evidencia en el electrocardiograma (ECG) supradesnivel del segmento ST en derivación aVR con infradesnivel del segmento ST difuso. Por sospecha de trombosis de tronco coronario izquierdo se decide solicitar cine coronariografía que informa arterias sin lesiones angiográficamente significativas. El laboratorio de ingreso presenta signos de hepatitis isquémica, troponina y dímero D aumentados. Por sospecha de TEP se solicita angiotomografía de tórax que descarta dicha afección y evidencia infiltrados bilaterales compatibles con hemorragia intraparenquimatosa no pudiendo descartar etiología inflamatoria o infecciosa. Por síndrome febril de probable foco respiratorio, se decide comenzar con antibioticoterapia previa toma de hemocultivos. En el ecocardiograma presenta ventrículo izquierdo normal con hipocontractilidad difusa leve sin otras alteraciones. A las 12 horas del ingreso presenta nuevo episodio de paro cardiorrespiratorio con ritmo de taquicardia ventricular polimorfa procediendo a la desfibrilación. En ECG posterior se constata QT largo. Por inestabilidad eléctrica se decide colocación de marcapasos transitorio por 72 horas y propanolol 80 mg/día. Complica con neumonía broncoaspirativa por lo cual completa tratamiento antibiótico. Presenta además encefalopatía hipoxico-anóxica con buena evolución posterior.

Conclusión: Luego de 20 días de internación se decide colocación de cardiodesfibrilador implantable y externación para continuar rehabilitación motora.

0135 - IC REFRACTARIA POR MIOCARDIOPATÍA CHAGÁSICA. TRANSPLANTE CARDÍACO

FRINCHABOY, Sofía; CORREA, Juan Eduardo; NICITA, Leandro; GARCÍA CARRIGNANO, Irene; RICARDONE, Antonella Hospital Provincial del Centenario - Rosario

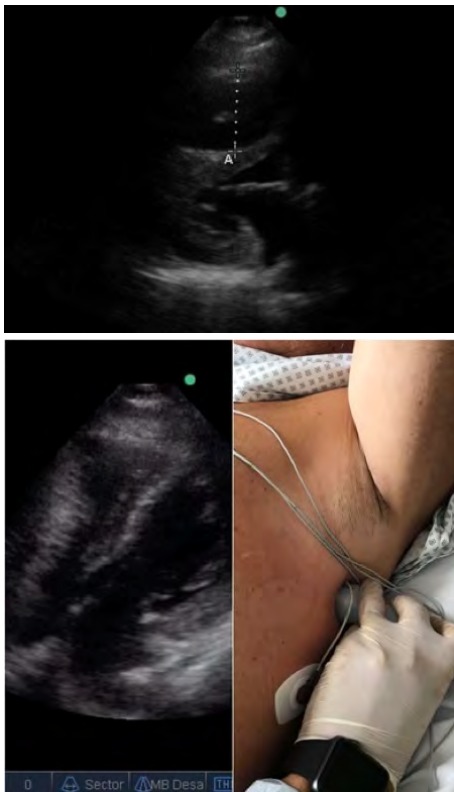
Introducción: Paciente de 53 años sin antecedentes cardiovasculares de jerarquía conocidos. Con foco positivo para enfermedad de Chagas. Cursó internación por debut de insuficiencia cardíaca, se instaura tratamiento con refractariedad al mismo. Se decide trasplante cardíaco de urgencia.

Descripción: Paciente masculino de 53 años, ex tabaquista, ex estilista, sin antecedentes cardiovasculares conocidos. Antecedente de tuberculosis en la infancia con tratamiento completo, y herida de arma de fuego en médula, con secuela de paresia en miembro inferior izquierdo. Ingresó por cuadro de 1 semana de evolución de disnea CF II/III, disnea paroxística nocturna, e hiporexia. Refiere edemas en miembros inferiores del mismo tiempo de evolución. Ingresó hemodinámicamente estable, normotenso y afebril. Al examen físico de ingreso, se constata ingurgitación yugular 4/6 sin colapso, hipoventilación basal izquierda con rales bibasales, tiraje subcostal, soplo holosistólico mitral, hepatomegalia de 6 cm bajo el reborde costal, edemas de Godet 1+. Laboratorio de ingreso con hiperbilirrubinemia leve. ECG de ingreso en ritmo sinusal, con BCRD, signos de crecimiento auricular izquierdo y hemibloqueo anterior izquierdo. Radiografía de tórax con cardiomegalia y derrame pleural izquierdo. Se realiza toracocentesis, con hallazgo de trasudado. Se instaura tratamiento diurético (furosemida 20 mg c/6 hs). Ecocardiograma con hallazgo de VI moderadamente dilatado, hipoquinesia difusa severa, con FSVI severamente deprimida (10-15%), dilatación leve de AI, dilatación severa de cavidades derechas, con TAPSE 14 mm. IM moderada, IT moderada por dilatación del anillo. Presenta serologías positivas para Chagas, interpretándose como debut de IC por MCPD chagásica. Hacia el día 3, evoluciona con falla renal y hepática progresiva, con ProBNP de 11000. Por descenso del ritmo diurético, sin mejoría clínica, se aumenta dosis de furosemida a 200 mg/día por infusión continua, y se agrega dobutamina, lográndose un balance negativo en 7 días de 11000 ml. Hacia el día 10, presenta oliguria e hipotensión, con hiponatremia y sodio urinario de 9 mEq/l, ácido láctico de 4.02, por lo que se agrega dopamina y se deriva a centro de trasplante cardíaco el día 12. El día 18 de internación total, se realiza trasplante cardíaco ortotópico bicaval, con donante masculino de 21 años fallecido en accidente en la vía pública. Tiempo de isquemia fría del órgano 4 hs. Tiempo de bomba de circulación extracorpórea de 151 minutos. En el postprocedimiento complica con falla de VD con requerimiento de inotrópicos, sildenafil y diuréticos, con buena respuesta. Ecocardiograma control: FSVI conservada. IM leve e IAO leve. Cavidades derechas de tamaño normal. TAPSE 10 mm, Onda S 7 cm/seg. Derrame pericárdico moderado, sin compromiso hemodinámico. Se otorga alta hospitalaria, en tratamiento con tacrolimus, micofenolato y prednisona. Ecocardiograma al alta con FSVI conservada, FSVD conservada. IM e IT leve. Vena cava 1,6 con colapso inspiratorio. Derrame pericárdico leve, sin compromiso hemodinámico.

Conclusión: Se realiza trasplante ortotópico bival, con éxito. Se da alta médico con triple terapia y sin signos de rechazo en BEM.

0140 - DESDE NUEVAS PERSPECTIVAS: AGENESIA PERICÁRDICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DISPLASIA ARRITMOGÉNICA DEL VENTRÍCULO DERECHO

QUIROGA, Mercedes; KREMER, Daiana Celeste; MERLO, Pablo Martín; FITZ MAURICE, Mario Daniel; DOMINE, Enrique
Hospital General de Agudos B. Rivadavia



Introducción: Las enfermedades congénitas del pericardio son un grupo de desórdenes poco frecuentes, entre los cuales se encuentra la ausencia de pericardio. Estos defectos son el resultado de alteraciones en la formación y estructura embriológica del pericardio, siendo

la agenesia consecuencia de una falla en la fusión de las membranas pleuropericárdicas en uno o ambos lados. Se puede presentar como ausencia completa, ausencia del pericardio izquierdo, derecho o diafragmático. Su prevalencia es mayor en hombres, con una predominancia 3:1, aunque se han encontrado discrepancias al respecto en la literatura. No se encuentra asociado a ocurrencia familiar y en un 30-50% puede encontrarse concomitantemente con otra anomalía congénita, cardíaca como extra cardíaca.

Descripción: Paciente masculino de 74 años, con factores de riesgo cardiovascular positivos para hipertensión arterial, sobrepeso y sedentarismo, sin otros antecedentes cardiovasculares conocidos, en seguimiento por consultorios externos de electrofisiología por presentar palpitaciones asociadas a alteraciones electrocardiográficas, con una desviación del eje a la derecha y un bloqueo completo de rama izquierda en derivaciones precordiales (bloqueo de rama oculto). En ecocardiograma se evidenció movimiento anormal del septum interventricular con espesores del ventrículo izquierdo conservados, sin otros trastornos de la motilidad en el resto de los segmentos. Se destaca un ventrículo derecho (VD) dilatado en vista paraseptal, con función conservada biventricular, con posible sospecha de displasia arritmogénica (Imagen 1). Se realizó ergometría sin hallazgos sugestivos de isquemia ni presencia de síntomas, con extrasístoles ventriculares aisladas y extrasístoles supraventriculares frecuentes y bloqueadas. Se continúa evaluación con SPECT en el cual no se constatan defectos de la perfusión intraesfuerzo, con un defecto de relleno inferobasal fijo. Se descarta etiología isquémica con cinecoronariografía sin lesiones angiográficamente significativas. Paciente ingresa a unidad coronaria posterior a estudio electrofisiológico donde se informa un bloqueo infrahisiano espontáneo y se decide colocación de marcapaso definitivo DDDR por alto riesgo de progresión a bloqueo auriculoventricular completo. Durante la internación, se realiza ecocardiograma bedside en el cual se reproducen los hallazgos del estudio previo, y se observa una disposición hacia posterior del VI, por lo que se decide realizar ventanas no convencionales, colocando transductor en hueco axilar izquierdo. Se visualiza configuración axilar del ventrículo izquierdo, ensanchado, con aurícula elongada que se asemeja a la morfología en lágrima consistente con agenesia pericárdica (Imagen 2). Frente a esta sospecha se decide realizar tomografía de tórax, en la cual no se visualiza pericardio en toda la superficie cardíaca y se puede reparar interposición de parénquima pulmonar, entre Aorta y Art. Pulmonar. Confirmando agenesia total del pericardio y descartando su versión parcial izquierda la cual conlleva mayor riesgo de herniación.

Conclusión: La baja incidencia de agenesia pericárdica la sitúa como una patología diagnosticada de manera errónea. Al evaluar con detenimiento los estudios del paciente permitió el acercamiento desde distintos enfoques no convencionales, para arribar al mismo. Pueden presentarse tanto como dolores atípicos, mareos, síncope, palpitaciones y trastornos electrofisiológicos hasta muerte súbita. No hay un claro consenso del manejo de los mismo cuando el paciente presente agenesia total y se encuentre asintomático, mientras que se sugiere el tratamiento quirúrgico frente a la presencia de síntomas o complicaciones.

0152 - ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA INDUCIDA POR RADIOTERAPIA

DESTAVILLE, Josefina; GONZÁLEZ, Nicolás; PARODI, Martín; SZTEJFMAN, Matías; GONZÁLEZ, Miguel Ángel
Sanatorio Finochietto



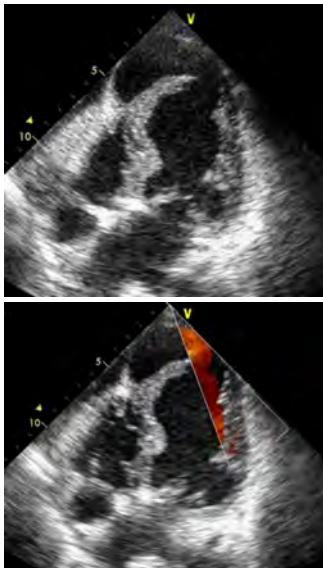
Introducción: La enfermedad arterial periférica (EAP) es una afección relacionada con la diabetes, la edad y el tabaquismo, y es habitual la coexistencia con enfermedad vascular en otras localizaciones. Sin embargo, existe una entidad menos frecuente que es la EAP asociada al uso de radioterapia. La radiación genera un daño endotelial favoreciendo la aterosclerosis acelerada, generando compromiso clínico varios años posterior al tratamiento radioterápico. El compromiso vascular se puede manifestar con estenosis, trombosis o aneurisma. Se presenta en pacientes de menor edad, con pocos factores de riesgo y sin compromiso de otras regiones vasculares. Esto dificulta su diagnóstico precoz comprometiendo la calidad de vida del paciente y favoreciendo la evolución a estadios más avanzados de la EAP como lo es la isquemia arterial crítica. **Descripción:** Se presenta una paciente de 42 años, ex tabaquista, sin antecedentes cardiovasculares y con antecedente de cáncer de endocervix uterino 8 años atrás, tratada con quimioterapia y radioterapia, libre de enfermedad desde entonces. Refiere cuadro de claudicación intermitente de 4 meses de evolución. Fue evaluada en múltiples oportunidades por traumatólogos, clínicos y kinesiólogos, sin arribar a un diagnóstico certero. Evoluciona con dolor en reposo y consulta a nuestro servicio de medicina vascular derivada por un médico clínico. Se constata ausencia de pulsos en el miembro inferior izquierdo y pulsos conservados en el miembro contralateral asociado a frialdad y cianosis del hallux izquierdo. Se realiza un Doppler arterial de los miembros que evidencia ausencia de placas ateroscleróticas con flujo monofásico y de baja amplitud en todo el territorio arterial izquierdo con un índice tobillo-brazo de 0.6, con estenosis severa en la arteria ilíaca primitiva izquierda. Se interpreta el cuadro como isquemia arterial crítica y se decide continuar con

una angioTC. La misma evidencia ateromatosis localizada solo en ambas arterias ilíacas, sin evidencia de placas ateroscleróticas en el territorio femoropoplíteo, confirmándose una estenosis severa a nivel de la arteria ilíaca primitiva izquierda. Los valores del perfil lipídico son normales sin evidencia de placas ateroscleróticas en el territorio carotídeo. Con estos resultados, la escasa presencia de ateromatosis vascular y los antecedentes de la paciente hacen al diagnóstico de arteriopatía periférica inducida por radioterapia. Por el estadio clínico de la paciente se decide realizar una angioplastia con stent con mejoría completa de los síntomas en forma inmediata al alta. Actualmente la paciente se encuentra bajo tratamiento con doble antiagregación y con altas dosis de estatinas para prevención secundaria cardiovascular.

Conclusión: Es una entidad clínica poco frecuente, donde la sospecha clínica junto con un estudio no invasivo como el eco Doppler permiten arribar a un diagnóstico en forma precoz, mejorando la calidad de vida de estos pacientes y el pronóstico del miembro afectado a largo plazo.

0155 - PRESENTACIÓN INUSUAL DE UNA ROTURA CARDÍACA: PSEUDOANEURISMA GIGANTE DE VENTRÍCULO IZQUIERDO EN INFARTO ANTERIOR EVOLUCIONADO

ISQUIERDO, Ignacio Nicolás; OLIVERA, Luciana Maricel; ARÁN, Cecilia Belén; ALLENDE, Norberto Gustavo; SOKN, Fernando José
Clínica IMA Adrogué



Introducción: La rotura cardíaca externa se presenta habitualmente como evento agudo con desenlace fatal. Infrecuentemente la hemorragia puede ser contenida por un proceso inflamatorio o adhesiones pericárdicas y generar un pseudoaneurisma. Presentamos un caso de pseudoaneurisma gigante de ventrículo izquierdo diagnosticado como hallazgo tardío en un infarto evolucionado cursado en domicilio durante la pandemia de Covid-19.

Descripción: Paciente de sexo femenino de 70 años con antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo. Había concurrido a consulta de control cardiológico 3 meses antes de la internación habiéndose efectuado un ecocardiograma sin hallazgos patológicos. El 29 mayo 2020 consulta a cardiología por palpitaciones y disnea. En el ECG presenta ritmo de fibrilación auricular FC 120/min y QS en cara anterior e inferior con leve supradesnivel del ST y ondas T negativas en mismas derivaciones. En el interrogatorio dirigido menciona haber tenido episodio de dolor en miembro superior izquierdo opresivo seguido de dos episodios sincopales 45 días antes de la internación. En el examen físico de ingreso se destacan como hallazgos positivos la evidencia de discreta ortropnea, ingurgitación yugular 2/3, soplo sistólico 3/6 y rales crepitantes bibasales. Signos vitales al ingreso TA 140/80, FC 120/min, FR 25/min. El laboratorio de ingreso es esencialmente normal. Se destaca la medición de troponina negativa confirmada en 2 determinaciones. Se interpreto como IAM evolucionado > de 10 días (troponina normal) con signos de insuficiencia cardíaca leve y taquiarritmia supraventricular agregada. La paciente revierte a ritmo sinusal a las pocas horas. El día siguiente al ingreso se realizó Doppler Cardíaco donde se observa aquinesia de segmentos medios y apicales de todas las caras con severo deterioro de la función sistólica del ventrículo izquierdo (VI) FEY estimada de 25%. Se destaca el hallazgo de una rotura amplia de pared libre de ventrículo izquierdo (diámetro del orificio 14 mm) con gran pseudoaneurisma apical (diámetro máximo de la cavidad 52 mm) y derrame pericárdico moderado

sicolapso de cavidades. Durante la internación se realiza Cinecoronariografía que informa oclusión de descendente anterior en su tercio medio. Se discute el caso en Heart Team, y se decide continuar con Cirugía de Reparación Ventricular Izquierda con apoyo de asistencia ventricular (ECMO) para lo cual es derivada a otra institución. **Conclusión:** En virtud de la difusión y perfeccionamiento de los tratamientos de reperfusión temprana del infarto agudo de miocardio la prevalencia de complicaciones mecánicas ha disminuido. Sin embargo, en el contexto de la Pandemia de Covid-19 se ha observado una disminución de las consultas por patologías cardiovasculares agudas y una mayor demora para solicitar atención médica por miedo a la infección. El caso presentado impresiona corresponder a un infarto cursado en domicilio ocurrido 45 días antes de la consulta sin tratamiento de reperfusión ni reposo. La evolución de la rotura cardíaca externa hacia el pseudoaneurisma es muy infrecuente y más aún en la localización anterior como en nuestro caso. El ecocardiograma es la herramienta fundamental para el diagnóstico rápido de esta complicación. La sobrevida de la paciente hasta llegar a la consulta tardía es sorprendente en virtud de la magnitud del desgarró (tear) miocárdico y el tamaño del pseudoaneurisma.

0156 - PSEUDOANEURISMA VENTRICULAR COMO COMPLICACIÓN MECÁNICA DE INFARTO: REPORTE DE CASO

REYNOSO, Carolina Giselle; NAPOLI LLOBERA, Mariano Ezequiel; KAZELIAN, Lucía Raquel; LAX, Jorge; GAGLIARDI, Juan
Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich



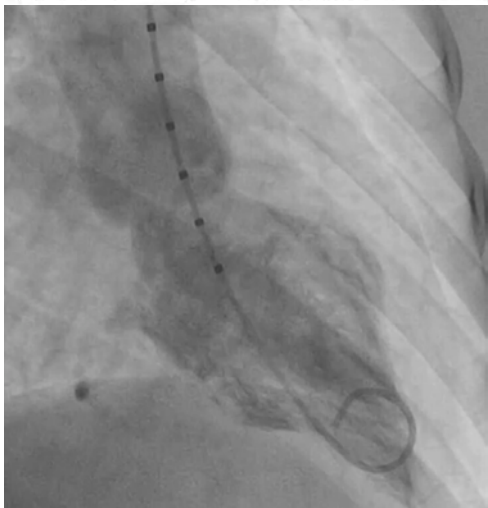
Introducción: Las complicaciones mecánicas en el infarto agudo de miocardio con elevación del ST son una de las manifestaciones más graves que pueden presentarse. Su prevalencia es mayor en mujeres y su frecuencia ha disminuido de 30% en la era pre fibrinolítica a menos del 5% en la era intervencionista, especialmente con la angioplastia.

Descripción: Se presenta el caso de una paciente femenina de 47 años con factores de riesgo cardiovasculares; hipertensión, tabaquismo y dislipemia, y antecedentes de angina crónica estable en clase funcional II sin tratamiento previo, que consulta a un centro de la ciudad de Buenos Aires, por dolor precordial en reposo, atípico y característico de 1 hora de evolución. Se realiza ECG que evidencia un ritmo sinusal a 130 lpm con injuria subepicárdica lateral alta y troponina positiva por lo que se realiza CCG de urgencia. Se observa arterias coronarias permeables con lesiones significativas y flujo TIMI 3 en arteria descendente anterior y circunfleja por lo que no se realiza angioplastia y se inicia tratamiento médico. Se inicia tratamiento médico y a las 72 horas, evoluciona con nuevo dolor precordial intensidad 10/10 realizándose ECG sin cambios con respecto al previo y biomarcadores negativos. Se realiza ecocardiograma que evidencia un pseudoaneurisma ventricular en cara lateral del ventrículo izquierdo (figura 1) por lo que se solicita derivación urgente a nuestro centro para cirugía cardiovascular. En el examen físico de ingreso presentaba ingurgitación yugular 3/3 sin colapso inspiratorio, ruidos normo fonéticos sin soplos, regular mecánica ventilatoria a expensas de taquipnea y utilización de músculos accesorios. Se realiza tomografía de tórax que evidencia voluminosa formación sacular de 59x68x75mm dependiente de la pared lateral del VI contenida por pericardio y comunicada por un orificio en el miocardio con presencia de trombos adheridos a la pared interna de dicha formación

asociado a hemo pericardio y derrame pleural bilateral a predominio derecho (figura 2). Se procede a efectuar cirugía de urgencia con cierre del cuello del aneurisma, colocación de parche de Dacrón y refuerzo con Prolene en borde de la rotura (figura 6). En el postquirúrgico inmediato presenta shock hipovolémico y posterior falla de ventrículo derecho, que evoluciona favorablemente con expansiones e inotrópicos. Previo al alta, se realiza un nuevo ecocardiograma que evidencia buena función ventricular, con leve derrame pericárdico. **Conclusión:** El pseudoaneurisma ventricular (PV) es una entidad poco frecuente, pero de gran relevancia clínica por su alta probabilidad de ruptura y de muerte. La sospecha clínica de complicaciones mecánicas post infarto debe ser alta ante la presencia de descompensación hemodinámica, nuevo soplo o insuficiencia cardíaca aguda. Los métodos de imágenes tales como el ecocardiograma o tomografía son los medios más accesibles para arribar al diagnóstico correcto y actuar de manera urgente. En cuanto el pseudoaneurisma en particular, la lesión coronaria culpable asociada con la ruptura del ventrículo izquierdo corresponde a la arteria descendente anterior en el 42% de los pacientes, la arteria circunfleja en el 40% y la coronaria derecha en el 18% de los casos. A su vez, la localización de los PV es más frecuente en la pared posterolateral (80%). No cabe duda de que la cirugía de urgencia está indicada para todos los aneurismas agudos y complicados como en nuestro caso, que presentan por el cuadro clínico per se, una elevada mortalidad. La cirugía en sí tiene una alta mortalidad que oscila entre el 30 y el 46%.

0161- SINDROME DE TAKOTSUBO ATÍPICO DURANTE UNA CESÁREA ELECTIVA Y LA PANDEMIA POR COVID-19: REPORTE DE UN CASO

ANTONIOLLI, Melisa; BARBAGALLO, María Celeste; DESTAVILLE, Josefina; IAMEVO, Guido;
GONZÁLEZ,
Miguel Ángel Sanatorio Finochietto



Introducción: La miocardiopatía por Takotsubo es una complicación cardiovascular de baja prevalencia durante el período periparto. Definida como un síndrome de inicio súbito, con anomalías transitorias de la motilidad parietal, presencia o no de lesiones coronarias y presencia o no de un desencadenante. La segunda forma de presentación más frecuente es la medioventricular. Pese a que los mecanismos fisiopatológicos no estén del todo comprendidos, se cree que la variación en los niveles de estrógenos integra parte de la fisiopatología del síndrome. La mayoría de los casos reportados fueron descriptos en mujeres posmenopáusicas muy frecuentemente gatillados por una situación de estrés físico o emocional. La pandemia por COVID 19 y algunas medidas implementadas como el aislamiento social tienen consecuencias deletéreas en aspectos de la salud física como psíquica. Presentamos el caso de una mujer multipara que desarrolla en forma aguda, durante una cesárea electiva angina de pecho diagnosticándose en forma posterior un síndrome de Takotsubo invertido. **Descripción:** Una mujer de 32 años, multipara sin antecedentes cardiovasculares de relevancia ingresa a nuestro servicio de cardiología luego de una cesárea electiva a las 39 semanas de gestación. Posterior a la administración de anestesia raquídea habitual y de haber recibido 100 mcg de carbetocina (análogo de la oxitocina de acción prolongada que se utiliza para la prevención de la atonía uterina) la paciente refirió dolor precordial anginoso de inicio agudo y taquicardia. El monitoreo intraoperatorio reflejó cambios difusos en el segmento ST, por lo que luego de la cesárea fue trasladada a Unidad Coronaria. A su ingreso la paciente se encontraba con hipotensión, taquicardia sinusal (presión arterial sistólica 85 mmHg y 100 lat/min) y con una saturación de 80% a aire ambiente sin otra signo sintomatología asociada. Se plantearon inicialmente los siguientes diagnósticos diferenciales: vasoespasmo coronario por

carbetocina, embolia de líquido amniótico, tromboembolismo de pulmón (TEP), disección coronaria espontánea y miocardiopatía periparto. Por la persistencia del cuadro se descartó que el mismo sea consecuencia de la carbetocina. Se realizó un ECG en el que se evidenció taquicardia sinusal sin alteraciones en la repolarización ventricular y un ecocardiograma Doppler en el que se evidenció hipokinésia severa basal y medioventricular con deterioro de la función ventricular (37%) sin anomalías en cavidades derechas. Esto último alejaba a la embolia de líquido amniótico y TEP como los diagnósticos más probables. La paciente persistió con hipotensión, mejorando la saturación de oxígeno en forma espontánea no refiriendo síntomas ni evidenciándose signos de insuficiencia cardíaca. En el laboratorio se evidenció un valor de troponina T de alta sensibilidad elevado: 509pg/ml (VN: menor a 15pg/ml). Se realizó una cine coronariografía en la que no se evidenciaron lesiones angiográficamente significativas y un ventriculograma con imágenes sugestivas de Takotsubo invertido. Luego de 72hs en la Unidad Coronaria, la paciente evoluciona asintomática. Se realizó una RMN cardíaca y un nuevo ecocardiograma en los que se evidenció mejoría en la función ventricular (56%) con alteraciones en la motilidad a predominio de los segmentos basales. Luego de 96 hs de internación la paciente fue externada.

Conclusión: La miocardiopatía por Takotsubo debe ser considerada como una probable complicación en el periparto. Se reportó un aumento en la prevalencia de los casos de TakoTsubo durante la pandemia por COVID-19. A pesar de que este síndrome puede o no tener relación con un desencadenante determinado, el impacto psicológico negativo que generan tanto la pandemia como el confinamiento podrían actuar como gatillo para el desarrollo de este tipo de miocardiopatía.

0171 - DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE ARTERIAS CORONARIAS

QUEVEDO LAMAS, Rene; MUSANTE, Christian Oscar; LESCANO, Adrián José; BESMALINOVICH, Ezequiel; PRINCICH, Lilia Gabriela Sanatorio Trinidad de Quilmes

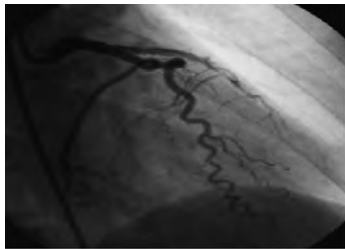


Figura 1: Disección de arteria Descendente Anterior

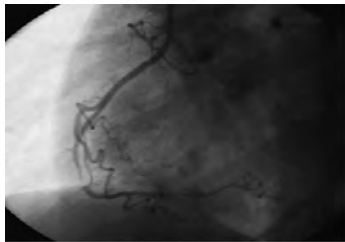


Figura 3: Disección espontánea de arteria Coronaria Derecha

Introducción: La disección espontánea de arteria coronaria es una causa rara de síndrome coronario agudo y muerte súbita, se ha definido como la presencia de una doble luz en el interior de la arteria coronaria con un flap intimal y retención de contraste en la falsa luz. Hay una clara prevalencia en mujeres con una media de edad en los 40 años, sobre todo en la etapa periparto. El diagnóstico precoz a través de cine coronariografía o angiogramografía multicorte permite el tratamiento que puede variar de conservador, angioplastia con implante de stents a cirugía de revascularización miocárdica.

Descripción: Paciente de sexo femenino de 40 años sin factores de riesgo coronarios; que consulta por dolor precordial opresivo de inicio súbito, acompañado de sudoración profusa y sensación de desvanecimiento. Ingresó con TA 110/63 mmHg, FC 90x; Sat 99% aire ambiente. ECG: sinusal 75 latidos/minutos. Bloqueo incompleto de rama derecha. Elevación del ST V1 a V6, I y AVL. Se realiza cine coronariografía que evidencia oclusión proximal de arteria descendente anterior con disección y trombos (figura 1 y 2). Se inició infusión de eptifibatide seguido de angioplastia con implante de stent liberador de drogas. Evolucionó a Killip y Kimball D. Ecocardiograma: DDDVI 49 mm, Aquinesia ápex, septum y anteroapical, anteromedial. FEVI 35%. FSVD normal. Insuficiencia Mitral leve. PSAP 27 mmHg. Laboratorio: GB 18000, G 119, CK 2881, C 0,6. A los 11 días de internación, ya sin drogas inotrópicas ni vasopresoras, presenta dolor precordial opresivo con ECG: T (-) V5, V6, I y AVL. Nueva cinecoronariografía: arteria Descendente Anterior con lesión severa en tercio proximal con imagen trombótica en su interior, arteria Coronaria Derecha lesión severa en tercio medio con imagen trombótica en su interior y disección (Figura 3). Se inició infusión de eptifibatide seguido de angioplastia con implante de 2 stents en arteria Descendente Anterior y 2 stents en arteria Coronaria Derecha. Laboratorio: PCR 23,8 mg/dl. Latex artritis negativo. Rosse Ragan negativo. Anti-DNA negativo. Ac. Anti músculo liso negativo. Complemento 3 y 4 normales. Ac anticardiolipinas Ig G e Ig M normales. Anticoagulante lupico normal. Beta 2 glicoproteína Ig G normal. VDRL negativo. HIV, VHB y VHC negativos. La paciente fue dada de alta 8 días después. Al mes del evento el ecocardiograma evidenció FEVI de 22%. Conclusión: La disección espontánea de arteria coronaria es una causa rara de síndrome coronario agudo y muerte súbita. Antiguamente el diagnóstico se realizaba a través de necropsias, hoy tenemos la posibilidad de realizarlo por medio de la cinecoronariografía y/o la angiografía coronaria por tomografía multicorte. Aun así no es claro que lleva a la disección de la arteria. El tratamiento de los pacientes que sobreviven al cuadro es adecuado a distintos factores. Bibliografía 1. Almeda F, Barraketullah S, Kavinsky C. Review spontaneous coronary artery dissection. Clin Cardiol 2004; 27: 377-380. 2. De Maio S.J., Kinsella S.H., Silverman M.E. Clinical course and long term prognosis of spontaneous coronary artery dissection. Am J Cardiol. 1989; 64:471-4. 3. Maeder M, Ammann P, Angehrn W, Rickli H. Idiopathic spontaneous coronary artery dissection: incidente, diagnosis and treatment. Int J Cardiol. 2005; 101:363-69. 4. Arnold J.R., West N.E., Van Gaal W.J., Karamitsos T.D., Banning A.P. The role of intravascular ultrasound in the management of the spontaneous coronary artery dissection. Cardiovasc Ultrasound. 2008; 6:24. 5. Barenguer A, Mainar V, et al. disección espontánea de arterias coronarias como causa infrecuente de síndromes coronarios agudos. Revista española de cardiología. 2003;56(10):1017-21. 6. Sanchez-Recalde A, Guzmán Gabriela, Armada E y Moreno R. Múltiples disecciones coronarias asociadas a lesión de tronco coronario izquierdo tratadas con stents. Revista española de cardiología. 2009;62(2):224-30.

Derecha. Laboratorio: PCR 23,8 mg/dl. Latex artritis negativo. Rosse Ragan negativo. Anti-DNA negativo. Ac. Anti músculo liso negativo. Complemento 3 y 4 normales. Ac anticardiolipinas Ig G e Ig M normales. Anticoagulante lupico normal. Beta 2 glicoproteína Ig G normal. VDRL negativo. HIV, VHB y VHC negativos. La paciente fue dada de alta 8 días después. Al mes del evento el ecocardiograma evidenció FEVI de 22%. Conclusión: La disección espontánea de arteria coronaria es una causa rara de síndrome coronario agudo y muerte súbita. Antiguamente el diagnóstico se realizaba a través de necropsias, hoy tenemos la posibilidad de realizarlo por medio de la cinecoronariografía y/o la angiografía coronaria por tomografía multicorte. Aun así no es claro que lleva a la disección de la arteria. El tratamiento de los pacientes que sobreviven al cuadro es adecuado a distintos factores. Bibliografía 1. Almeda F, Barraketullah S, Kavinsky C. Review spontaneous coronary artery dissection. Clin Cardiol 2004; 27: 377-380. 2. De Maio S.J., Kinsella S.H., Silverman M.E. Clinical course and long term prognosis of spontaneous coronary artery dissection. Am J Cardiol. 1989; 64:471-4. 3. Maeder M, Ammann P, Angehrn W, Rickli H. Idiopathic spontaneous coronary artery dissection: incidente, diagnosis and treatment. Int J Cardiol. 2005; 101:363-69. 4. Arnold J.R., West N.E., Van Gaal W.J., Karamitsos T.D., Banning A.P. The role of intravascular ultrasound in the management of the spontaneous coronary artery dissection. Cardiovasc Ultrasound. 2008; 6:24. 5. Barenguer A, Mainar V, et al. disección espontánea de arterias coronarias como causa infrecuente de síndromes coronarios agudos. Revista española de cardiología. 2003;56(10):1017-21. 6. Sanchez-Recalde A, Guzmán Gabriela, Armada E y Moreno R. Múltiples disecciones coronarias asociadas a lesión de tronco coronario izquierdo tratadas con stents. Revista española de cardiología. 2009;62(2):224-30.

0174 - EVOLUCION DE PATRON DE WINTER A SINDROME CORONARIO CON ELEVACION DEL ST

ALANOCA, Fatima; FERREIRA CAVALHEIRO, Juliana Actividad Clínica Privada

Introducción: Sabemos que el infarto Agudo de Miocardio es la mayor causa de mortalidad a nivel mundial, los consensos y Guías se enfocan principalmente en SCA con elevación del ST para tratamiento hemodinámico urgente. Pero existen otros patrones electrocardiográficos que, aunque son menos frecuentes predicen en contexto de angina, una lesión coronaria severa. El patrón de Winter y el de Wellens son parte de este grupo. El primero está caracterizado por un ligero descenso del punto J con ondas T altas, picudas/hiperagudas y de base ancha en derivaciones precordiales. Es un patrón altamente predictivo de oclusión de DA. La explicación más lógica para el patrón de onda T alta y picuda y moderada depresión del segmento ST es que hay un retraso en la repolarización en el área subendocárdica con un cambio en la forma del potencial de acción transmembrana (ascenso lento y de larga duración). La suma de este pequeño cambio con el potencial de acción transmembrana del subepicardio explica la depresión del punto J y la onda T alta del trazado electrocardiográfico. El síndrome de Wellens (SW) también llamado "left anterior descending artery T-wave syndrome", fue descrito originalmente por Wellens et al., en el año 1982. Consiste en la presencia de un patrón electrocardiográfico con cambios en la onda T en las derivaciones precordiales (inversión profunda simétrica de la onda T u ondas T bifásicas generalmente en V2-3, con progresión de

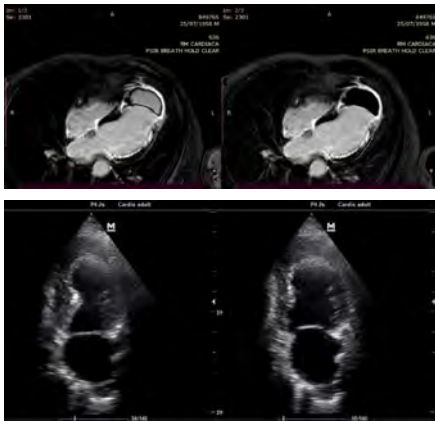
la onda R conservada, ausencia de ondas Q patológicas y de elevación del ST), asociados a síntomas previos de angina inestable. Estos hallazgos se asocian a enfermedad significativa del segmento proximal de la arteria descendente anterior (ADA) y pueden predecir el desarrollo posterior de un infarto agudo al miocardio como parte de su evolución, con alta sensibilidad y especificidad.

Descripción: Paciente masculino, de 53 años de edad, ex tabaquista, con antecedentes familiares de enfermedad coronaria, refiere cuadro de dorsocervicalgia persistente en el último mes tratado con AINES y miorelajantes; ingresa por guardia externa con cuadro clínico de 24 hrs. de evolución, caracterizado por dolor precordial típico intermitente que se acentúa en las últimas 2 horas, el electrocardiograma de ingreso con ondas T altas, picudas y de base ancha en V2-V5, con punto J ligeramente descendido en V2 y V3 (ECG 1), CPK de ingreso de 248, LDH de 383 y TROPONINA I/T (negativa). Ingresó para Unidad del Dolor. En las siguientes 6 horas se evidencian cambios secuenciales en primera instancia a patrón de Wellens tipo I (ECG 2) luego a Wellens tipo II (ECG 3 y 4) y finalmente a marcada elevación de ST en cara anterior (ECG 5). Se realiza CCG de urgencia que evidencia DESCENDENTE ANTERIOR OCLUIDA flujo TIMI II, angioplastia frustra a Descendente Anterior con ruptura de 4 balones + Shock cardiogénico posterior a procedimiento. Ecocardiograma Ventrículo Izquierdo no dilatado, aquinesia anterior y del septum anterior, función sistólica estimada de 46%. Se interconsulta con Servicio de Cirugía Cardíaca quien decide conducta de Revascularización Miocárdica, en la cual se observa DA de mala calidad por lo que se realiza anastomosis mamario diagonal TL sin CEC. Cirugía bien tolerada, ECG POP con mala progresión de onda R en derivaciones precordiales, con QR en V1-V6, SST persistente en V1-V3 y HBAI. Egresó de la institución con estabilidad hemodinámica para seguimiento por Consultorio externo de Cardiología.

Conclusión: A propósito del caso pudimos constatar la evolución electrocardiográfica de un Patrón de Winter a Wellens y finalmente a SCA CEST; dichos patrones son con frecuencia infradiagnosticados. No estar familiarizado con estos patrones de alto riesgo puede dirigirnos a subestimar (no activar el código infarto) con consecuentes efectos negativos en la mortalidad y morbilidad.

0179 - HEMATOMA DISECANTE INTRAMIOCÁRDICO COMO COMPLICACIÓN DE INFARTO ANTERIOR EVOLUCIONADO, DURANTE LA PANDEMIA DE SARS-COV2

MERINO, Sabrina Andrea; SANTOS, Ramiro; MEDINA, Juan Carlos; RAPALLO, Carlos Alberto; ALLENDE, Norberto Gustavo
Sanatorio Itoiz

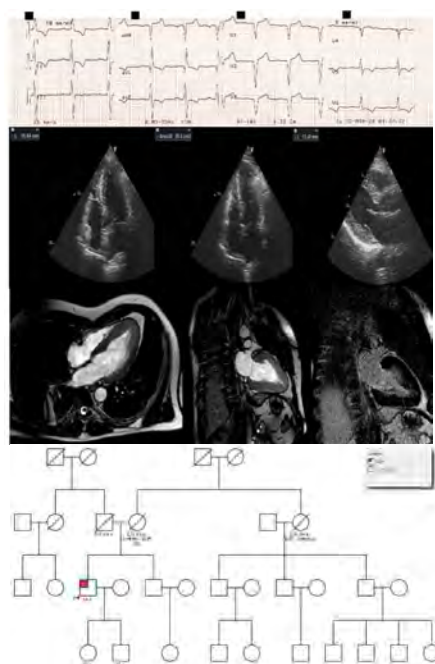


Introducción: El hematoma disecante intramiocárdico es una complicación mecánica infrecuente del infarto agudo de miocardio. Debido a la rareza del caso, su alta mortalidad, su conducta terapéutica controvertida y el contexto sanitario producto de la pandemia por COVID-19, reportamos este caso clínico como un desafío diagnóstico y de estrategia terapéutica.

Descripción: Paciente de sexo masculino, de 61 años, diabético no insulinorequiere, hipertenso, tabaquista activo. Su cuadro clínico comienza con episodios de angina prolongada de reposo de tres semanas de evolución sin consulta médica por temor en el contexto de la pandemia de SARS-COV2, agregando disnea en clase funcional IV en las 48 hs previas a su internación. Examen físico: hipotensión arterial, taquipnea, signos de hipoperfusión periférica, rales crepitantes bilaterales. Laboratorio: CPK 776 U/l, CPK-MB 67ng/ml, troponina de alta sensibilidad 30.071 pg/ml. ECG: taquicardia sinusal, QS y supradesnivel del ST persistente con ondas T negativas de V1 a V6. Rx tórax: Signos radiológicos de edema pulmonar intersticioalveolar.

Conclusión: Se desconoce si los factores clásicos descritos en las roturas clásicas afectan de igual forma al hematoma intramiocárdico disecante. En nuestro caso creemos que la

consulta médica tardía por la pandemia de, podría ser un factor predisponente particular. En los escasos reportes publicados hay una tendencia a una conducta conservadora cuando los pacientes tienen múltiples comorbilidades, el hematoma es pequeño y evolucionan hemodinámicamente estables. Sin embargo, el gran hematoma que afecta todo el ápex, aún con evolución favorable, hacen de nuestro paciente un caso de interés especial.



0189 - MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA MAS ALLÁ DEL AUMENTO DEL ESPESOR PARIETAL

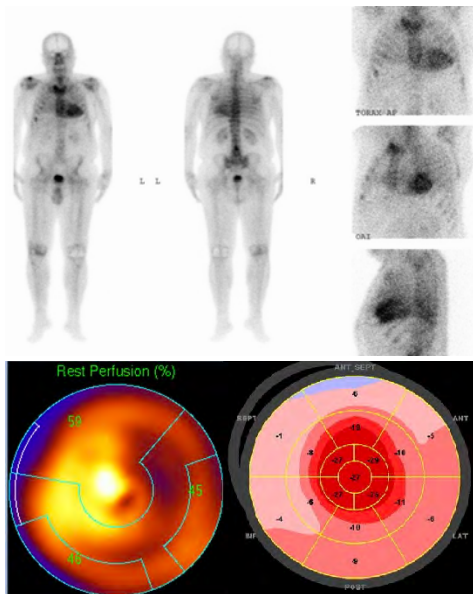
ORTUÑO CAMPOS, Eduardo N.; GALLEGO, Victoria Paola; HITA, Alejandro; BARATTA, Sergio Juan Hospital Austral

Introducción: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es una enfermedad cardiovascular hereditaria que requiere un amplio conocimiento y dedicación para un adecuado asesoramiento. En este caso clínico, abordaremos el manejo de un paciente con diagnóstico de MCH para tratar de brindar conciencia sobre la necesidad de un seguimiento integral en este tipo de pacientes. Sobre todo, considerando que en algunas oportunidades puede ser necesario priorizar no sólo la distribución y medición de los espesores parietales del miocardio, sino también los antecedentes heredofamiliares y el estudio genético.

Descripción: Paciente de sexo masculino, de 59 años, con antecedentes de dislipemia, sobrepeso y diagnóstico de MCH hace 4 años. Antecedentes heredofamiliares de madre con arritmias, requerimiento de implante de marcapaso (MCP) e insuficiencia cardíaca congestiva y tía materna con requerimiento de anticoagulación e implante de MCP. Como estudios complementarios presenta: -Laboratorio: Hto: 48.2 %; Hemoglobina: 16.3 gr/dL; Glóbulos Blancos: 8.48 x 10³/ul; Plaquetas: 226 x10³/ul; Uremia: 43 mg/dL; Creatinemia 0.98 mg/dL; Glucemia: 96 mg/dL; Colesterol Total: 182 mg/dL; LDL:115 mg/dL; HDL: 36 mg/dL; Triglicéridos: 200 mg/dL. -Electrocardiograma con ritmo sinusal, eje desviado a la izquierda y trastornos de repolarización inferolaterales. -Ecocardiograma con buena función sistólica, FEy 68%, con espesores parietales aumentados, por hipertrofia apical de 16 mm. -Resonancia magnética cardíaca con hipertrofia anteroseptal basal y media, inferoseptal medial y apical en todos sus segmentos. Función sistólica global normal (FEy 75%). Realce tardío de contraste (gadolinio) positivo, de tipo parcheado, en zonas de mayor hipertro-

fia. -Estudio de secuenciación con detección de variante; NM_000169.3(GLA):c.644A>G (p.Asn215Ser), (gen GLA codificante de enzima alfa galactosidasa), clasificada como patogénica. Esta variante determina el diagnóstico de enfermedad de Fabry. Es necesario señalar algunas particularidades con respecto a la variante detectada. En primer lugar, esta variante presenta la particularidad de manifestar un compromiso casi exclusivamente a nivel miocárdico, mientras el compromiso renal y del sistema nervioso central se presentan en menor medida en comparación con el cuadro habitual de enfermedad de Fabry. En segundo lugar, teniendo en consideración el cambio en el diagnóstico, se redireccionaron los esfuerzos terapéuticos para iniciar el tratamiento de sustitución enzimática. Por último, pero no menos importante, el asesoramiento familiar cambia drásticamente. Al saber que se trata de una enfermedad ligada a la herencia del Cromosoma X, todos los familiares por vía materna deberían iniciar los respectivos controles clínicos.

Conclusión: La miocardiopatía hipertrófica exige un amplio conocimiento para poder realizar un adecuado diagnóstico, tratamiento y asesoramiento familiar. Se deben considerar los antecedentes heredo-familiares, patrones de herencia y estudios complementarios para el correcto diagnóstico etiológico y asesoramiento de estos pacientes y sus familias. Los estudios de secuenciación pueden aportar información muy relevante para el correcto diagnóstico etiológico y consecuentemente para el tratamiento de estos pacientes.



0190 - MEDICINA NUCLEAR, NO SOLO CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

BARBAGALLO, María Celeste; ANTONIOLLI, Melisa; SUEIRO, Héctor Enrique; LAVALLE COBO, Augusto María; GONZÁLEZ, Miguel Ángel Sanatorio Finochietto

Introducción: En el estudio de la insuficiencia cardíaca, la cámara gamma tiene un importante rol en la detección y caracterización de la enfermedad coronaria como causa etiológica. A partir de la aparición de tratamientos efectivos para la amiloidosis, la medicina nuclear ha ganado protagonismo en la detección del compromiso miocárdico amiloide por cadenas pesadas del subtipo transtirretina (ATTR) mediante el centellograma cardíaco con difosfonatos, el cual tiene una alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico temprano de la enfermedad, pudiendo evitarse la realización de métodos invasivos como la biopsia endomiocárdica.

Descripción: Se presenta el caso de un paciente masculino de 79 años de edad hipertenso, dislipémico, ex tabaquista y con glucemia en ayunas alterada como factores de riesgo cardiovascular. Presenta antecedentes de fibrilación auricular, accidente cerebrovascular e internación por síndrome coronario agudo sin elevación del ST (cine coronariografía sin lesiones angiográficamente significativas) 3 años atrás. Como otros antecedentes presenta cirugía por canal estrecho lumbar. El paciente se encontraba bajo tratamiento médico óptimo y es internado por cuadro de Angina de reciente comienzo con progresión a clase funcional III con signos de insuficiencia cardíaca (IC). Ingresa a Unidad Coronaria hipertenso (TA 160/95 mmHg) con signos clínicos de congestión. En el electrocardiograma (ECG) se evidenció ritmo sinusal a 60 latidos por minuto, QRS angosto, bajos voltajes en derivaciones de los miembros y falta de

progresión de R en precordiales, sin cambios con respecto a ECG previos. En la radiografía de tórax se evidenciaron signos de redistribución de flujo con una silueta cardíaca aumentada de tamaño, respecto a los biomarcadores presentó elevación de troponina de alta sensibilidad y del BNP. Se realizó un ecocardiograma en el que se evidenció dilatación biauricular, hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo (HTVI) con diámetros conservados, fracción de eyección (FEY) del 55%, sin presentar alteraciones segmentarias de la motilidad parietal. Ante la sospecha de etiología coronaria por el predominio de la angina y la elevación de biomarcadores se decidió realizar cine coronariografía que no reveló lesiones angiográficamente significativas. Ante este resultado, por presentar signos de IC asociado a microvoltaje en electrocardiograma, dilatación biauricular e HTVI con FEY preservada y el antecedente de canal estrecho lumbar se sospechó amiloidosis cardíaca. Se realizó centellograma cardíaco con difosfonatos (Planar y SPECT según protocolo) que resultó francamente positivo para ATTR. Se completó el estudio ecocardiográfico con medición del Strain (no realizado previamente) en el que se observó la típica imagen de la bandera de Japón. Para confirmar el diagnóstico de ATTR, se excluyó el diagnóstico de amiloidosis de cadenas livianas mediante dosaje sérico y urinario por inmunofijación.

Conclusión: La ATTR es causa de IC que debe ser considerada y diagnosticada tempranamente, ya que se considera que hasta un 10% de las IC con FEY preservada pueden tener infiltración cardíaca amiloide. En los últimos años se han publicado una cantidad creciente de estudios de intervención farmacológica que modificaron el curso de la enfermedad, por lo que consideramos fundamental su detección temprana para poder aplicar el tratamiento específico y de esta forma mejorar el pronóstico de los pacientes.

0194 - UNA FORMA DE PRESENTACION DE TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR: PERICARDITIS CONSTRICTIVA

MIRAGAYA, Nicolas; DUVAL, Javier Andrés; LLANOS, Tomas; CHRISTEN, Alejandra Inés; CRESPO, Fabian
Hospital Interzonal de Agudos Presidente Perón



Introducción: La pericarditis constrictiva se caracteriza por una constricción del corazón secundaria a la inflamación pericárdica. La Tuberculosis (TB) es una prioridad de la salud pública en la Argentina, teniendo en cuenta que en el año 2019 hubo 12.075 casos (770 solamente completaron tratamiento) y 238 fallecidos, representando el 4to año consecutivo con crecimiento sostenido. Y dentro de las formas extrapulmonares, que representan el 26,5%, sólo se presenta el 1-2% de esos pacientes con pericarditis. Su diagnóstico suele ser dificultoso y, de no ser tratado correctamente, alcanza hasta 90% de mortalidad; mientras que este porcentaje se reduce a 12% con diagnóstico y tratamiento oportunos.

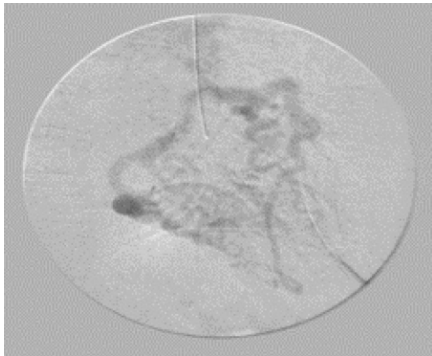
Descripción: Paciente masculino de 16 años ingresó derivado al Servicio de Cirugía Cardíaca con diagnóstico de pericarditis constrictiva. El motivo de consulta fue edema de miembros inferiores y disnea CF III, asociados a dolor torácico tipo puntada de costado, con pérdida de peso de 5kg en los últimos dos meses. Antecedente de derrame pericárdico severo asociado a cuadro pseudogripal, 8 meses previo a esta internación, interpretado como pericarditis viral y tratado con ácido acetilsalicílico, colchicina y corticoides, sin respuesta. Por epidemiología positiva para TB (contacto familiar), se

derrame pericárdico severo asociado a cuadro pseudogripal, 8 meses previo a esta internación, interpretado como pericarditis viral y tratado con ácido acetilsalicílico, colchicina y corticoides, sin respuesta. Por epidemiología positiva para TB (contacto familiar), se

decide rotar a tratamiento antifímico, a pesar de no aislar germen en muestras de líquido pericárdico y pleural. Examen físico: Hemodinámicamente estable, adenopatías supraclaviculares palpables y no dolorosas, hipoventilación bibasal y en campo medio derecho, ruidos cardíacos hipofonéticos, y edema de miembros inferiores 3/6, simétrico, indoloro y frío. Electrocardiograma: Taquicardia sinusal (FC: 120x'). Radiografía Tórax: Índice cardiotorácico aumentado (0.65), ambos senos costofrénicos ocupados, a predominio derecho, y campos pulmonares con patrón intersticial. Ecocardiograma: Pericardio engrosado de aspecto rígido, leve derrame pericárdico a nivel auricular y ventricular, variación respiratoria del flujo mitral y tricúspideo. Anulus reversus. Vena cava dilatada (22 mm) con escaso colapso con flujo inverso diastólico en espiración. Severo derrame pleural izquierdo e imágenes ecogénicas en sus bordes. Signos compatibles con pericardio constrictivo. Tomografía tórax: Adenomegalias mediastinales. Silueta cardíaca conservada. Derrame pericárdico moderado con engrosamiento de la hoja pericárdica de hasta 4mm en su porción más engrosada. Derrame pleural severo bilateral con atelectasia pasiva de segmento medial basal del LID y de segmentos basales del LII. En base de parénquima pulmonar de LII: imagen con densidad de partes blandas (52x32 mm) de contornos lobulados. Consolidación con broncograma aéreo apicoposterior de LSI. Nodulillos subcentimétricos distribuidos en forma aleatoria en ambos campos pulmonares (<4 mm). Adenomegalias axilares bilaterales. Se decidió conducta quirúrgica: Pericardiectomía mediante abordaje por esternotomía media. Se tomaron muestras de líquido pericárdico y pleural, de pericardio, pleura y ganglios mediastinales. Bacteriología: Líquido Pericárdico: Löwenstein-Jensen positivo para Mycobacterium Tuberculosis. Líquido Pleural: Negativo para BAAR y gérmenes comunes. Anatomía Patológica: Pericardio: Fibrosis pericárdica, ocasionales granulomas tipo tuberculoideos negativos para BAAR (Ziehl-Nielsen). Pleura: Sin modificaciones histopatológicas. Ganglio Mediastinal: Tejido fibroadiposo vascularizado, infiltrado inflamatorio a predominio mononuclear linfoide. Conclusión: La pericarditis constrictiva por TB es infrecuente y su diagnóstico de certeza suele ser dificultoso. Sin embargo, por su alta morbimortalidad requiere un tratamiento oportuno. El paciente recibió tratamiento antifímico completo (9 meses), con seguimiento por Infectología con evolución favorable y mejoría de la clase funcional.

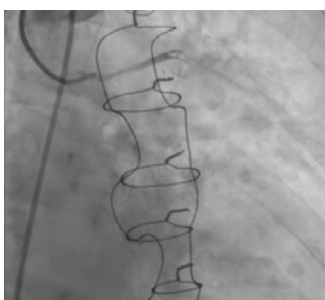
0196 - SÍNDROME DE ALPACA EN PACIENTE ADULTA CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA

PEREA, Jennifer Janet; FESSIA, Claudio; BRAVO, Alfredo Dante; FRANCISCO, Femenía Actividad Clínica Privada



Introducción: El síndrome de alpaca o de bland-white-garland, es una entidad congénita muy poco frecuente cuya incidencia es de 1/300.000 nacidos vivos, y que define al nacimiento anómalo de la arteria coronaria izquierda directamente desde la arteria pulmonar. Con la consecuente severa isquemia miocárdica que origina y sin tratamiento quirúrgico específico, la mortalidad es cercana al 90%, antes del primer año de vida. Individuos portadores de esta enfermedad que puedan diagnosticarse en la edad adulta, es excepcional. Descripción: Mujer de 58 años, tabaquista, con antecedentes de ACV isquémico sin secuelas (2007) y miocardiopatía dilatada con tratamiento médico adecuado. La cual llega a la consulta para control de su patología de base, se solicita Ecocardiograma Transtorácico, donde se evidencia aneurisma apical de ventrículo izquierdo sin trombo en su interior, dimensiones de cavidades izquierda dilatadas, función sistólica globalmente deteriorada, insuficiencia mitral y tricúspidea moderada. Ante el diagnóstico de miocardiopatía dilatada (MCD) de origen desconocido, luego de haber descartado enfermedad de Chagas, se realiza CCG la cual evidencia ausencia total del tronco de la coronaria izquierda, observándose el llenado de la descendente anterior a través de circulación colateral proveniente de la coronaria derecha. Ante la sospecha de posible malformación anatómica coronaria, se solicita Angio TAC multicorte, la cual confirma la ausencia del origen aórtico de la arteria coronaria izquierda, con nacimiento a nivel de la arteria pulmonar. En este contexto, se decide valorar viabilidad miocárdica (SPECT), demostrando un defecto fijo en la perfusión en los segmentos antero apical, latero apical e ínfero basal, con la motilidad y engrosamiento parietal, disminuidos e hipoperfusión global, con una FEY en reposo del 36% que cae al 29% durante la prueba de esfuerzo. En contexto de una MCD sin sustrato modificable y como prevención primaria, se le plantea la posibilidad de implante de cardiodesfibrilador implantable (CDI), a lo que la paciente se niega, por lo que continúa con tratamiento farmacológico agregándole a su medicación habitual amiodarona. Meses después ingresa a otra institución por fibrilación auricular y es derivada fuera de la provincia donde se le realiza, RMC con estudio de perfusión miocárdica con dipiridamol en donde se observa dilatación moderada sisto-diastólica de ventrículo izquierdo, deterioro leve a moderado de función sistólica, secuela antero apical extensa con gran viabilidad residual a excepción de segmentos antero apical y ápex, discinéticos y adelgazados sin trombos, dilatación de tronco de arteria pulmonar, de aurícula izquierda, y coronaria derecha. La Coronaria izquierda nace de cara inferior del cayado aórtico. Se le realiza la oclusión del tronco de coronaria izquierda con dispositivo amplatzer 10 mm sin complicaciones intraoperatorias post procedimiento ingresa a UCI con ritmo de fibrilación auricular sin descompensación hemodinámica. A los 30 días se realiza tomografía cardiaca coronaria en donde se observa dispositivo de cierre migrado a rama de arteria pulmonar derecha. Recibimos la paciente dos meses después de la intervención por fibrilación auricular de alta respuesta ventricular se interna en UTI se intenta cardioversión farmacológica siendo no exitosa entonces se realiza cardioversión eléctrica quedando en ritmo sinusal se externa. Actualmente en clase funcional I-II. Con adherencias al tratamiento médico y sugerencia de colocación de CDI.

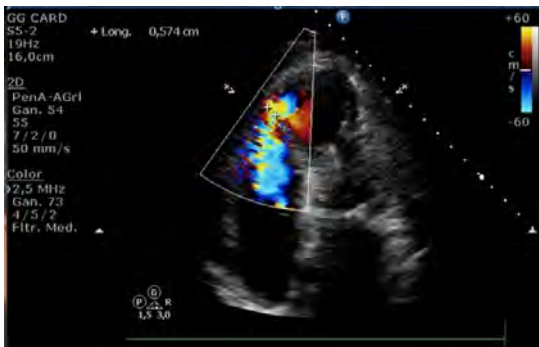
Conclusión: El síndrome de ALCAPA puede presentarse aislado o en asociación con otras patologías congénitas. Es extremadamente raro en adultos sobre todo en mayores de 50 años. Hacer el diagnóstico correcto con ayuda de todos los exámenes complementarios resulta clave en el diagnóstico de esta infrecuente patología.



0217 - INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19: NUEVO VIRUS, VIEJAS COMPLICACIONES

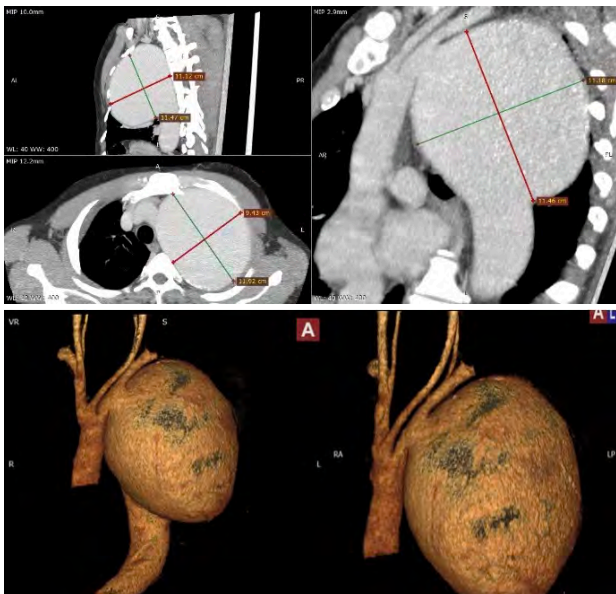
DELLE DONNE, María Eugenia; SCHITTER, Martín; BERNAL, Maico Ignacio; MADDALENA, Andrea Belén; BELLUSCI, María Clara
Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción: Las complicaciones mecánicas del infarto agudo de miocardio (IAM) presentan una mortalidad del 50%. Dentro de ellas, la comunicación interventricular (CIV) por rotura del septum interventricular presenta una mortalidad del 94% si no se aplica el tratamiento quirúrgico. Su incidencia tras el IAM pasó del 1-2% en la era pretrombolítica al 0.2% con fármacos trombolíticos y angioplastia coronaria primaria. La actual pandemia por COVID-19 tiene un gran impacto en el manejo y



evolución de los pacientes por IAM. Se describen retrasos en la consulta médica, aumento en los tiempos puerta-guía, y múltiples retrasos debido a la implementación de protocolos COVID y la colocación de equipos de protección personal. Se describe a continuación un caso que ejemplifica dicha problemática. Descripción: Mujer de 91 años, con antecedente de cirugía de revascularización miocárdica y fibrilación auricular paroxística, ingresó a la institución por disnea y dolor torácico de 48 horas de evolución. Al interrogatorio refirió consulta tardía por temor a contraer COVID-19. A su ingreso se constató electrocardiograma con bloqueo completo de rama izquierda con criterios de Sgarbozza positivos por lo que fue trasladada a sala de hemodinamia de forma urgente previa indicación de carga de aspirina y clopidogrel. Se realizó cine coronariografía que evidenció puente venoso a arteria descendente anterior con imagen de trombo y arteria nativa ocluida proximal. Se realizó tromboaspiración a puente venoso e implante de stent liberador de zotarolimus 3.5 x 38 mm, evolucionando con fenómeno de no-reflow. Se realizó inyección intracoronaria de nitroprusiato de sodio obteniendo discreta mejoría del flujo, TIMI 2. La paciente evolucionó con shock cardiogénico, con requerimiento de intubación orotraqueal y soporte inotrópico y vasopresor con dobutamina y noradrenalina a altas dosis. En el examen físico agregó la presencia de soplo sistodiastólico mesocárdico, confirmando vía ecocardiograma la presencia de solución de continuidad a nivel septo apical compatible con comunicación interventricular de 6 mm de diámetro aproximadamente con shunt de izquierda a derecha predominantemente sistólico, con fracción de eyección del ventrículo izquierdo de 45%. Evaluado en conjunto con servicio de cirugía cardiovascular y cardiología intervencionista y ante edad avanzada e inestabilidad hemodinámica, se descartó para tratamiento invasivo. Al 4to día de la internación se constató óbito por shock refractario. Conclusión: La pandemia por COVID-19 trae aparejado otros problemas no relacionados directamente con el virus sino con la desatención de otras patologías pre-existentes por parte del paciente y dificultades del sistema de salud. Hay reportes internacionales contundentes: reducción de hasta el 27% de las angiografías y angioplastias coronarias, 48% de incremento en el retraso hasta la reperfusión y 22% de uso de fibrinolíticos debido a logística en relación a la pandemia. Como consecuencia se reportó aumentos del 28% en la incidencia de shock cardiogénico y complicaciones mecánicas del infarto. Los tiempos síntoma-consulta se han prolongado notablemente debido al temor al contagio por COVID

19 y las restricciones a la circulación. Otro factor importante en el retraso de la atención del paciente es la menor disponibilidad de personal de salud por cuestiones de aislamiento, contagio y organizativos. Es por eso que creemos importante generar estadística nacional de la problemática que enfrentamos como cardiólogos actualmente.



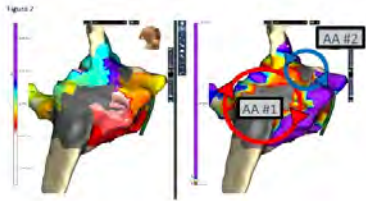
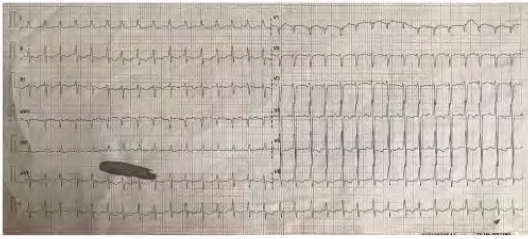
0229 - ANEURISMA GIGANTE DE AORTA TORACICA EN PACIENTE CON COARTACION DE AORTA REPARADA EN LA INFANCIA

AGUIRRE MAJUL, María Gabriela; PUTARO, Carolina Barbara; MARGAN, Cecilia; GOMEZ, Luis; SALZBERG, Simón Mario
Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández

Introducción: La coartación de aorta (CoAo) es una cardiopatía congénita (CC) frecuente que representa el 4 al 6% de las mismas. En la mayoría de los casos, el diagnóstico y tratamiento se realiza durante los primeros años de vida con buenos resultados inmediatos, sin embargo, no están libres de complicaciones a largo plazo. Los aneurismas aórticos se observan en el 1 al 9% de los pacientes con CoAo reparada, con mayor incidencia en aquellos corregidos a mayor edad y utilizando prótesis con Dacron®. A continuación, se presenta el caso de un paciente adulto con CoAo reparada en la infancia.

Descripción: Paciente masculino de 40 años, con antecedentes de hipertensión arterial y corrección quirúrgica de CoAo con parche de Dacron® a los 7 años. Luego de cinco años, se realizó cateterismo control en el cual se evidenció dilatación de aorta descendente, hipoplasia del istmo y gradiente residual leve (aorta ascendente-descendente) de 10 mmHg. Posteriormente abandonó seguimiento cardiológico. Consultó al Departamento de Emergencias por dolor lumbar de tipo cólico, intermitente, de 6 meses de evolución con intensificación hasta llegar

a una intensidad 4/10 en las últimas tres horas, asociado a sensación de plenitud gástrica, vómitos posprandiales y disnea en clase funcional II desde hace un año. Al examen físico presentaba asimetría de pulsos a nivel de ambos miembros superiores, con menor amplitud del pulso radial izquierdo; a la auscultación un soplo sistólico 3/6 en foco aórtico con irradiación a base de cuello y a dorso e hipoventilación en hemicampo pulmonar izquierdo a nivel apical. Se realizó electrocardiograma que demostró taquicardia sinusal a 110 latidos por minuto, con signos de hipertrofia ventricular izquierda y sobrecarga auricular izquierda. En la radiografía de tórax, se constató radio opacidad superior a nivel pulmonar izquierdo, de bordes delimitados, con desviación de la tráquea contralateral. Ante estos hallazgos, se realizó tomografía computada de tórax, en donde se apreció aneurisma de aorta torácica descendente proximal, con un diámetro máximo de 12 cm (Figura 1), del cual nacía la arteria subclavia izquierda con compresión significativa de la rama izquierda de la arteria pulmonar principal y del bronquio fuente homolateral, e hipoplasia del arco aórtico con variante anatómica tipo arco bovino (Figura 2). Posteriormente, se realizó ecocardiograma transtorácico que evidenció aneurisma gigante en la aorta descendente, sin flap intimal. Por la asociación entre coartación de aorta con aneurismas cerebrales y para evaluar la indemnidad de la arteria vertebral, se solicitó angiografía de vasos de cuello e intracraneales que evidenció vasos permeables, sin obstrucciones. Por decisión del heart team, se indicó la resolución mediante la reparación endovascular de la re-coartación y del aneurisma de aorta torácica descendente. Evolucionó en forma favorable, sin complicaciones. Se externó por alta voluntaria a las 48 horas, bajo tratamiento con bisoprolol 10 mg/día y se programó la intervención. Conclusión: Los aneurismas de aorta torácica son complicaciones esperables en pacientes con CoAo reparada. En este sentido, el seguimiento clínico e imagenológico luego de la corrección, resulta fundamental para su diagnóstico y tratamiento oportuno.



0233 - ALETEO AURICULAR ATÍPICO: HALLAZGO DE DOS CIRCUITOS CON FIGURA EN 8

BASILE, Federico; MILITELLO, Claudio; VECCHIO, Nicolas; LÓPEZ DIEZ, Juan Cruz; BOCHOEYER, Andrés Sanatorio Sagrado Corazón

Introducción: Las ablaciones de los aleteos auriculares atípicos, istmo Cavo-Tricuspidé no-dependientes, suelen ser complejas por su frecuente asociación con cardiopatía estructural y por la dificultad en la identificación del circuito macroreentrante y del istmo crítico que dan sustrato y mantenimiento a la arritmia

Descripción: Se presenta una paciente de 38 años, con antecedentes de valvulopatía aórtica reumática severa y reemplazo valvular hace 10 años. Presentaba deterioro leve a moderado de función sistólica del ventrículo izquierdo y dilatación severa de aurícula izquierda. Consultó por taquicardia supraventricular sintomática recurrente y refractaria. El ECG evidenció ritmo de aleteo auricular (170 lpm), con ondas negativas de bajo voltaje en cara inferior y levemente positivas en V1 (figura 1). Se realizó la reconstrucción tridimensional de la aurícula derecha (AD) y el mapeo de activación durante la taquicardia. Se evidenció un circuito macroreentrante en torno a dos regiones extensas de bajo voltaje compatibles con cicatrices o fibrosis en región posterolateral y superolateral de la AD. A continuación,

realizaron maniobras de encarrilamiento en diferentes puntos de la AD y en el seno coronario proximal y distal, y se confirmaron dos circuitos con dos longitudes del ciclo (LC) bien definidas y con cambios espontáneos entre ambos (figura 2). Se realizó una línea de radiofrecuencia uniendo ambas zonas de bajo voltaje, incluyendo el istmo crítico de la LC seguido de la interrupción y reversión del aleteo a ritmo sinusal. No se logró la reinducción luego de las maniobras correspondientes.

Conclusión: La utilización de técnicas habituales de encarrilamiento y mapeo electroanatómico resultaron útiles para la ablación por radiofrecuencia exitosa en un paciente con dos circuitos macroreentrantes en AD compatibles con aleteo auricular atípico con "figura en 8"



0246 - SÍNDROME DE LA CIMITARRA

DOPPLER, Eugenia; KOSLOWSKI, Paola Teresa; MARAMBIO, Gerardo Manuel; MOURATIAN, Diana Mariela; KAZELIAN, Lucía Raquel Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: El síndrome de la cimitarra es una cardiopatía congénita poco frecuente: 2/100.000 nacidos vivos. Se presenta como una anomalía total o parcial del retorno venoso pulmonar derecho a la vena cava inferior, con hipoplasia de la arteria pulmonar derecha y del pulmón derecho. Estos pacientes presentan además colaterales aórticas al pulmón y anomalías bronquiales. Se encuentra asociado en gran número de casos a dextroposición cardíaca y a otras anomalías congénitas.

Descripción: Se presenta una paciente de 54 años, la cual consulta por disnea CF II. Como antecedentes relevantes presenta una internación en el año 2011 en el Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid), por TPSV que revierte espontáneamente y es tratada con Atenolol. Al examen físico TA 110/60 mmHg, FC 75 lpm, saturación 97%. R1 R2 4 focos, con soplo sistólico en foco tricúspideo. Normoperfundida. Pulsos periféricos simétricos y regulares. Sin edemas en MMII. No presenta hepatomegalia. Como exámenes complementarios iniciales se realizan ECG y Radiografía de tórax, los cuales arrojan la sospecha diagnóstica de Síndrome de la cimitarra. El diagnóstico es confirmado por TAC, la cual informa signos de drenaje venoso anómalo pulmonar derecho a través de gran vena pulmonar derecha que drena infra diafragmática en la unión de la AD y la VCI. 2 venas pulmonares derechas hipoplásicas con drenaje a la AI. Se realizan, además: - Ecocardiograma: Retorno venoso anómalo de venas pulmonares derechas en VCI. Cavidades derechas moderadamente dilatadas con función del VD conservada. IT moderada. PSAP 51mmHg. -Ecocardiograma transesofágico: Colector venoso que desciende en forma vertical en mediastino, posterior a la AD y que drena en la VCI, en la desembocadura de la VCI, aunque sugiere infradiafragmático. -RMN

cardíaca: DVAP con VPSD y VPID drenando en la VCI infradiafragmática mediante un colector común. QP/QS: 1,5. Dilatación de cavidades derechas con función sistólica normal. -Angiografía: Las venas pulmonares derechas drenan en un conducto común (Cimitarra) a nivel de la vena cava inferior, por debajo del borde inferior de la aurícula derecha y superior a la desembocadura de la vena suprahepática. El cateterismo selectivo de las venas pulmonares derechas permitió tomar presiones de 15 mmHg. Qp/Qs 1,36.

Conclusión: A pesar de lo infrecuente de la patología congénita, con el aumento de la sobrevida en niños y jóvenes, es necesario tener en cuenta estos diagnósticos diferenciales en pacientes adultos a la hora de evaluarlos. El diagnóstico ecocardiográfico suele presentar buena correlación con el cateterismo cardíaco. Mientras que el ecocardiograma transtorácico suele llevar al diagnóstico en niños con síndrome de la cimitarra, en los adultos se debe complementar el diagnóstico con ecocardiograma transesofágico para valorar las estructuras posteriores, como el septo interauricular, así como la conexión de las venas pulmonares que no pueden ser bien valoradas por la técnica transtorácica. En estos casos, el rol de otros métodos de imágenes, como la TAC y la RMN, es clave en el diagnóstico.

0251 - DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DE IMAGEN INTRACAVITARIA CARDÍACA EN PACIENTE CON RECAÍDA DE LLA PRO-B

SCHESAK, Diego; CABO, Constanza; MATSUDO, Maia; TABOADA, Jaime; DOMINGUEZ, Claudio Hugo Hospital de Clínicas UBA

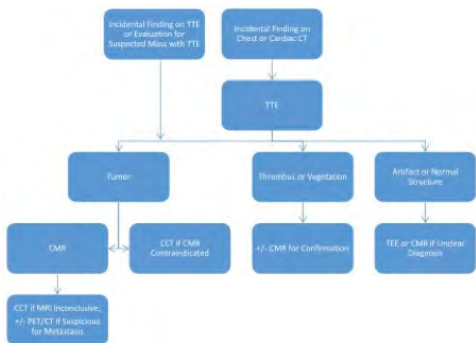


Introducción: El hallazgo de una imagen intracavitaria cardíaca representa un desafío diagnóstico, dado que las etiologías, los tratamientos disponibles y el pronóstico son distintos y muchas veces los pacientes se encuentran asintomáticos. Los tumores cardíacos primarios son poco frecuentes y la localización en aurícula derecha (AD) es inusual. La trombosis localizada en AD es infrecuente en comparación con la localización en aurícula izquierda. En el caso de la endocarditis infecciosa, la sospecha clínica sigue siendo esencial para su inclusión en el algoritmo de diagnóstico. Las imágenes intracavitarias cardíacas presentan diferencias en su etiología, pero a nivel macroscópico son similares por lo que es difícil realizar un diagnóstico con métodos no invasivos. El ecocardiograma transtorácico (ETT) y transesofágico (ETE) son una herramienta útil, sin embargo, en muchos casos es necesaria la anatomía patológica (AP) para realizar el diagnóstico de certeza. La necesidad de establecer la causa es fundamental, dado que las opciones terapéuticas son diferentes y el inicio precoz puede cambiar el pronóstico del paciente.

Descripción: Mujer de 19 años de edad, con antecedente de LLA pro B con compromiso del SNC que se interna de forma programada para completar tratamiento con esquema GATLA. Intercurre con sepsis a punto de partida de port a cath, con aislamiento de candida parapsilosis e inicia tratamiento con anfotericina B liposomal. Evoluciona con fiebre persistente asociada a episodios de desaturación y taquicardia. Examen físico, sin datos de relevancia. Electrocardiograma y radiografía de tórax sin alteraciones. Laboratorio con anemia normocítica (hematocrito 32.6%, hemoglobina 10.9 g/dl y VCM 85 fL). Ecografía abdominal: hígado de estructura heterogénea y difu-

sa a expensas de múltiples imágenes redondeadas, hipocogénicas, de bordes mal definidos, no vascularizadas, de 3-7 mm, en relación a posibles impactos sépticos y esplenomegalia. Se solicita TAC de abdomen y pelvis con contraste endovenoso que confirma los hallazgos en hígado y evidencia bazo discretamente heterogéneo con imágenes hipovasculares de pequeño tamaño (5-7 mm). Se realiza ETT donde se observa ventrículo izquierdo y derecho de tamaño y espesores normales. A nivel de la desembocadura de la VCI, imagen sésil, sin movilidad, heterogénea de 22 x 14 mm, con base de implantación en región inferoposterior de AD compatible con trombo vs. vegetación atípica. Inició anticoagulación y se realizó ETE que confirma la presencia de dicha imagen con mayor refringencia de sus bordes libres y tabique interauricular hipermóvil aneurismático con despegamiento de 2mm; foramen oval permeable (FOP). Por sospecha de endocarditis con impactos sépticos en hígado y bazo, en una paciente con fiebre persistente y FOP, se decide resección quirúrgica de masa. En el intraoperatorio impresiona trombo auricular por lo que se realizó trombectomía con cierre del FOP. La anatomía patológica confirma el trombo auricular derecho

Conclusión: Conocer las alternativas diagnósticas ante la presencia de una imagen intracavitaria cardíaca es fundamental. La importancia de descubrir la causa de ésta radica en la necesidad de administrar un tratamiento adecuado precoz, lo cual tiene un impacto positivo en la evolución y pronóstico de los pacientes. La sospecha clínica y la realización de estudios por imagen complementarios son esenciales, pero no permiten en todos los casos realizar el diagnóstico de certeza. La AP continúa siendo clave en la resolución de algunos casos.



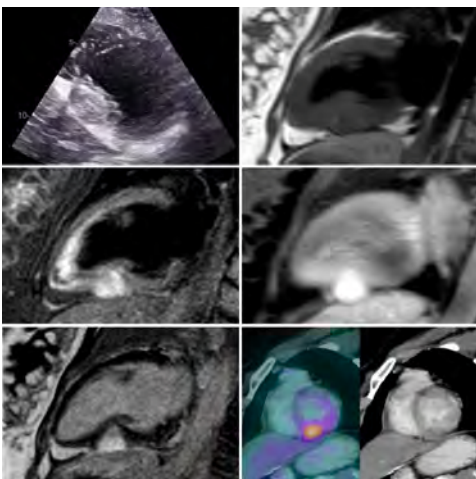
0252 - IMPORTANCIA DE LAS MULTI-IMAGENES EN LA EVALUACION DE LOS TUMORES CARDIACOS

MARTINO, Eduardo Daniel; ORTUÑO CAMPOS, Eduardo N.; BARATTA, Sergio Juan; SENDOYA, Santiago; FAILLO, Matías Hospital Austral

Introducción: Los tumores cardíacos abarcan un amplio conjunto de lesiones y / o masas que incluyen estructuras cardíacas normales, trombos, vegetaciones y neoplasias. Las lesiones neoplásicas pueden clasificarse en tumores primarios y secundarios (metástasis). Hasta el 90% de los tumores neoplásicos primarios son benignos. En comparación con los tumores cardíacos primarios, los tumores cardíacos secundarios son 22 a 40 veces más comunes y, por definición, son malignos. El diagnóstico etiológico de estas lesiones es fundamental para el tratamiento y pronóstico. Las técnicas de multi-imagen permiten llegar a un diagnóstico preciso en forma rápida y sin la necesidad de una biopsia.

Descripción: Paciente de sexo femenino, de 20 años, sin factores de riesgo cardiovascular, ni antecedentes de relevancia. Consulta por episodios de dolor torácico atípico, niega angina, disnea, palpitaciones o síncope. Al examen físico presenta TA 118/74 mmHg, FC 68 latidos por minuto. No se detectan hallazgos clínicos anormales. Se realiza ECG que presenta ritmo sinusal, FC 68 lpm, y presencia de ondas T negativas asimétricas en DIII, aVF, y V1. Posteriormente se realiza ecocardiograma que evidencia masa redondeada de 16 x 26 mm, intramiocárdica, en la pared inferior medial, de bordes netos, heterogénea, sin compromiso de la función ventricular. Para caracterizar dicha masa se realiza resonancia magnética cardíaca que informa: masa intramiocárdica en pared inferior medial del VI, de 17 x 18 mm, de bordes definidos, isointensa en T1, hiperintensa en T2, que no anula con secuencia de saturación grasa, con perfusión positiva e hiperintensa en secuencia de realce tardío. Para descartar secundarismo y evaluar compromiso extra cardíaco se realizó PET/TC que muestra captación a nivel de la masa intramiocárdica, con SUV max de 4,74, resto del estudio con biodistribución normal del radiotrazador. Con todos estos hallazgos se llegó a la conclusión que el diagnóstico más probable sería hemangioma. En virtud de que la paciente se encontraba asintomática y dada la complejidad de una eventual cirugía por el sitio del tumor, se decidió conducta expectante y seguimiento clínico e imagenológico.

Conclusión: Las imágenes juegan un papel central en la evaluación de un tumor sospechoso, ya que no solo ayudan a identificar una



posible etiología, sino también a planificar estrategias de diagnóstico y tratamiento. La ecocardiografía sigue siendo la modalidad de primera línea debido a su disponibilidad, no invasividad, y su capacidad para proporcionar una evaluación dinámica. La resonancia magnética cardíaca (RMC) confiere información adicional valiosa sobre la anatomía y el sustrato tisular. La tomografía cardíaca (TC) representa una alternativa para los pacientes con contraindicaciones o imposibilidad de realizar una RMC. Por otro lado, el estudio de la actividad metabólica del tumor por medio del PET, proporciona información sobre el potencial maligno. Cada modalidad de imagen aporta información diferente sobre la lesión de interés, y se complementan entre sí.

0253 - ¿TENER HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR PROTEGE PARA FORMAS GRAVES POR SARS-COV2?

ALVARADO, Alejandra (1); BENAİM, Fernando (1); CARUSO, Nicolas (1); LESCANO, Adrián José(2); BORTMAN, Guillermo(1)
Sanatorio Trinidad Mitre (1); Sanatorio Trinidad de Quilmes (2)



Introducción: La pandemia por SARS-Cov2, actualmente con más de 14 millones de personas afectadas alrededor del mundo, se presenta en los casos graves, como un cuadro de distrés respiratorio agudo con alta tasa de mortalidad. Esto se observa especialmente en pacientes con comorbilidades, como edad avanzada, obesidad, cardiopatías, inmunodeprimidos y portadores de neumopatías. Teniendo en cuenta que los pacientes con hipertensión arterial pulmonar (HAP) son una población de alto riesgo de complicaciones por cuadros infecciosos respiratorios, atrajeron nuestra atención dos reportes de casos, uno de Estados Unidos y el más reciente en España de pacientes con HAP, que mostraron evolución favorable de la infección por SARS-Cov2, por lo que se generó entonces la hipótesis de la existencia de un posible factor protector en estos pacientes. Debido a esto, presentamos a continuación tres casos clínicos de pacientes con diagnóstico previo de HAP, que cursaron la infección con sintomatología leve.

Descripción: Se trata de 3 pacientes de sexo femenino en seguimiento de larga data en 2 centros de referencia de la Ciudad de Buenos Aires, con edades entre los 31 a 47 años, y diagnóstico de HAP del grupo 1 (asociada a comunicación interauricular inoperable, anomalía del retorno venoso pulmonar, y asociada a lupus eritematoso sistémico respectivamente). En su última valoración anual, las 3 se encontraban en clase funcional (CF) II habitual, con estudios de seguimiento para HAP como ecocardiograma, NT ProBNP, Test de caminata de 6 minutos (TC6M) y cateterismo derecho que las ubicaban en bajo riesgo. 2 pacientes se encontraban con triple terapia y 1 con terapia combinada con 2 drogas. Si bien es común denominador el cumplimiento del aislamiento domiciliario por parte de las 3 pacientes, no lo es así el de sus convivientes, quienes resultaron ser el nexo epidemiológico para contraer el SARS-Cov2. Las pacientes cursaron clínicamente con sintomatología leve (rinorrea, anosmia, odinofagia y leve malestar general), motivo por el cual se realizó PCR viral con hisopado nasofaríngeo confirmándose el diagnóstico de COVID19. Radiológicamente no presentaron infiltrados patológicos y no tuvieron mayor requerimiento de oxígeno suplementario ni empeoramiento clínico de su patología de base. Se realizó seguimiento telefónico semanal, se les solicitó que se realizaran medición de la saturación de oxígeno diario y se dieron pautas de alarma, hasta cumplir los 21 días posterior al primer resultado de PCR viral, donde se repitió el hisopado, corroborándose la negativización de este. El control posterior se realizó con TC6M, NT-ProBNP, y ecocardiograma no presentaron deterioro con respecto a los estudios previos, ninguna de las pacientes requirió internación dado que no tuvieron mayores complicaciones respiratorias, ni tampoco cambio en la medicación de base, evolucionando favorablemente con medidas de aislamiento domiciliarias.

Conclusión: Estos Pacientes a pesar de padecer una patología que las ubica entre los pacientes de alto riesgo para complicaciones graves por Sars-Cov2, evolucionaron favorablemente con sintomatología leve y sin necesidad de mayores intervenciones. Esto se corresponde con registros de otros centros que mostraron resultados similares. La gran disminución de receptores ECA, compartidos para la entrada del coronavirus al tracto respiratorio sería la potencial explicación para algunos autores, así como el tratamiento que estos pacientes reciben. Sin embargo, se necesitan mayores estudios para corroborar dichas hipótesis.

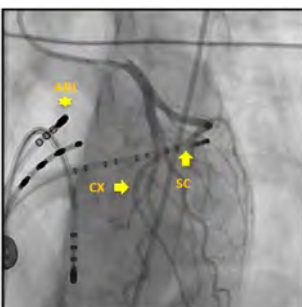
PACIENTE	SEXO	ETIOLOGÍA	EDAD	CLASE FUNCIONAL	TC6M	TAPE	NTProBNP	ESC. Score	TRATAMIENTO HAP	DIAGNOSTICO	SINTOMAS
1	FEMENINO	CONGENITA	31	II	440	18	230	BAJO RIESGO	ARE+IPS+Triop	HISOPADO/PCR	GRUPE LEVE
2	FEMENINO	CONGENITA	44	II	500	18	280	BAJO RIESGO	ARE+IPS+Salax	HISOPADO/PCR	GRUPE LEVE
3	FEMENINO	LES	47	II	330	17	150	BAJO RIESGO	ARE+ IPS	HISOPADO/PCR	GRUPE LEVE

0254 - OCLUSIÓN AGUDA DE UNA ARTERIA CORONARIA DURANTE LA APLICACIÓN DE RADIOFRECUENCIA DENTRO DEL SENO CORONARIO.

DORADO, Jorgelina Nadia; PELLIZA, Mauricio Alberto; LÓPEZ DIEZ, Juan Cruz; BOCHOEYER, Andrés; MILITELLO, Claudio IADT - Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento



2A. Pre-ATC



2B. Post-ATC

Introducción: La oclusión de una arteria coronaria es una rara complicación durante o después de una ablación por radiofrecuencia. Se describe el caso de una paciente de una mujer de 25 años con antecedentes de palpitaciones desde la infancia. El registro electrocardiográfico durante la taquicardia mostraba un complejo QRS angosto y un PR

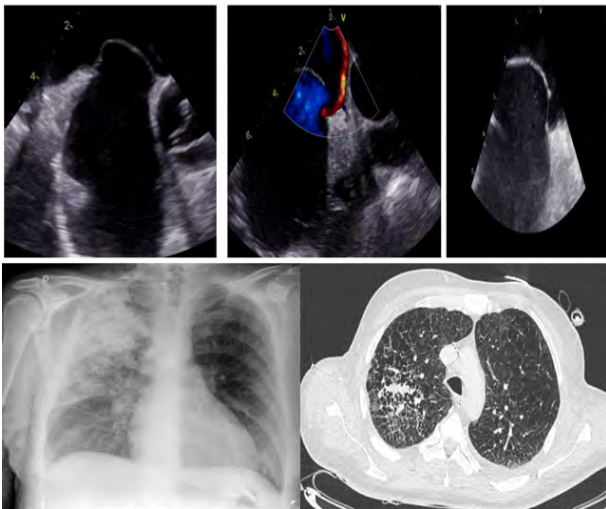
Descripción: Con estos datos, y ante la evidencia de localización epicárdica de la vía accesoria, se procedió a la ablación de la misma a través del seno coronario. Con un catéter electrodo cuadripolar 4 mm 7F con punta deflectable y termistor se realizó una reconstrucción tridimensional de la aurícula derecha y seno coronario con sistema NavX En Site. Tanto el mapeo de activación como los electrogramas intracavitarios demostraron la mayor precocidad del electrograma auricular durante la taquicardia en el seno coronario a nivel del dipolo 7-8. Allí se efectuó una aplicación de radiofrecuencia a una temperatura de 65 grados centígrados, 65 watts, guiadas por la posición anatómica del catéter y los electrogramas intracavitarios. A los 10 segundos de iniciada se interrumpió la aplicación por la aparición de dolor precordial y evidencia de supradesnivel del segmento ST en las derivaciones de la cara inferior. Ante la sospecha de una oclusión coronaria aguda se realizó en forma inmediata una cine coronariografía que demostró oclusión aguda de la arteria circunfleja a nivel medio distal donde se le implanto un stent. Una vez resuelta la complicación se continuó con el mapeo de la vía accesoria por acceso retrógrado aórtico obteniéndose los electrogramas auriculares más precoces a nivel del anillo mitral postero septal. En ningún caso tan precoces como los obtenidos dentro del seno coronario. Este dato apoyo la presunción inicial de que la localización epicárdica de la vía accesoria. Se decidió concluir el procedimiento.

Conclusión: El caso descrito presenta detalles relevantes a discutir. En primer lugar surge el interrogante de porque luego de la primera ablación la paciente permaneció asintomática durante algunos años si

tanto el diagnóstico como la aproximación terapéutica (ablación de vía lenta) no fueron correctos. Creemos que el hecho haber tenido un bloqueo AV transitorio durante el procedimiento implicó la modificación de la estructura del nódulo AV o en las vías de acceso al mismo, lo que seguramente generó modificaciones, al menos temporarias, en las propiedades de conducción del mismo que imposibilitaron sostener una taquicardia en la cual una de los eslabones de la misma es justamente el nódulo AV. El otro dato relevante es como la aplicación de radiofrecuencia dentro del seno coronario, a pesar de ser una técnica difundida y cada vez más utilizada, puede tener como complicación la obstrucción aguda de una coronaria. La estenosis de las arterias coronarias, derecha y circunfleja, son una potencial complicación de la ablación por radiofrecuencia, ya sea en el acceso por seno coronario o epicárdico directo, que con relativa frecuencia puede presentarse ya sea forma en forma aguda durante el procedimiento o tardía después de 12 a 24 meses. Por último, resta por definir cuál será la estrategia para una eventual próxima ablación y cuál sería el papel de otras fuentes de energía como la crioablación dentro del seno coronario como parte de esta estrategia.

0259 - HIPOXEMIA REFRACTARIA E HIPERTENSION PULMONAR DE ETIOLOGÍA MULTIFACTORIAL

SANCHEZ, Agostina Antonella; SANTUCCI, José Carlos; GALLEGO, Victoria Paola; DR. BARATTA, Sergio; HITA, Alejandro
Hospital Universitario Austral

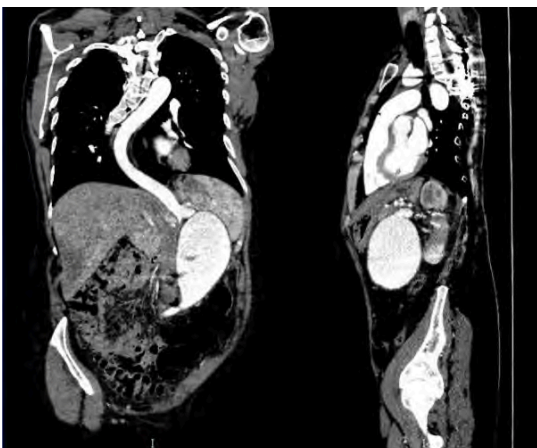


Introducción: La hipoxemia refractaria constituye una entidad de profunda complejidad y repercusión clínica con elevada morbimortalidad. Comprender los mecanismos de la hipoxemia es fundamental para el adecuado tratamiento de estos pacientes. Presentamos el caso de un paciente joven con EPOC severo, ingreso por insuficiencia respiratoria en contexto cuadro clínico de shock séptico secundario a neumonía, con antecedentes de Hipertensión pulmonar (HTP) severa en estudio.

Descripción: Paciente masculino de 47 años de edad, con antecedentes de ex tabaquismo, Hipertensión arterial, obesidad, sedentarismo, enolismo. EPOC severo en tratamiento con tiotropio y oxígeno domiciliario con caída severa de la DLCO, SAOS moderado. En seguimiento por equipo de Insuficiencia cardíaca y neumología para estudio de HTP, interpretada de grupo III con fenotipo vascular con compromiso leve de cavidades derechas. Tratamiento con sildenafil, en plan de evaluación pre-trasplante pulmonar. Consultó por disnea CF IV con incremento del requerimiento de O₂ domiciliario asociado a tos y fiebre persistente. Al Examen físico presento GSC 15/15, TA 120/80 mmHg, saturación 60% aire ambiente, taquipnea 32 rpm, con mala mecánica ventilatoria. Cianosis peribucal y disminución del murmullo vesicular en campo pulmonar derecho. Laboratorio con hipoxemia severa (PO₂ 32mmHG), PAFI con Fio₂ 45% PAFI 113,

motivo por el cual se decide progresar a IOT + ARM. Se realizó Tc de tórax con evidencia de severo enfisema centrolobulillar y paraseptal de distribución difusa y bilateral. Consolidación a nivel del lóbulo superior derecho con infiltrados reticulares y vidrio esmerilado bilateral. A destacar que las imágenes podrían ser sugestivas de hemangiomas capilar pulmonar/EVOP. Se interpretó cuadro como shock séptico secundario a neumonía, SOFA 11. Soporte vasopresor con noradrenalina. Tratamiento ATB de amplio espectro sin mejoría clínica, cultivos sin aislamientos. Evoluciono con hipoxemia refractaria (PAFI<100) y FMO (hepática, coagulopatía, IRA). Ecocardiograma con Fey 68%, movimiento anómalo septal con aplanamiento sistólico sugestivo de hipertrofia cavidades derechas, con cavidades derechas severamente dilatadas, TAPSE 15 mm. Se decidió completar con ETE, evidenciándose Foramen Oval Permeable con shunt de derecha a izquierda con leve deterioro de función ventricular derecha. Comenzó tratamiento con óxido nítrico y milrinona. Evoluciono con mejoría clínica, requirió traqueostomía por ARM prolongada. Se otorgo egreso hospitalario con internación domiciliaria, con requerimiento de O₂ con cánula de bajo flujo, y seguimiento con kinesioterapia respiratoria. Continuo esquema con sildenafil 50mg/6hs.

Conclusión: Se trata de un paciente que ingreso con insuficiencia respiratoria en contexto de shock séptico con falla multiorgánica por neumonía, con hipoxemia refractaria de múltiples causas como el EPOC, cuadro infeccioso respiratorio agudo, HTP severa, FOP con shunt de derecha a izquierda. En cuanto a su HTP, presenta múltiples etiologías que contribuyen a la misma, como el EPOC y teniendo imágenes sugestivas sería conveniente descartar el diagnóstico de hemangiomas capilar pulmonar /EVOP el cual se realiza mediante confirmación histológica, por lo que se podría haber planteado la realización de biopsia pulmonar, pero en este caso estaría contraindicada al ser un procedimiento de alto riesgo. Si bien el cierre del FOP puede ser considerado ante la refractariedad de la hipoxemia al tratamiento médico óptimo, cabe destacar que el cierre abrupto del defecto puede exacerbar la falla derecha debido a una sobrecarga de volumen en un VD no complaciente. Actualmente el paciente se encuentra en plan de evaluación para realizar trasplante pulmonar.

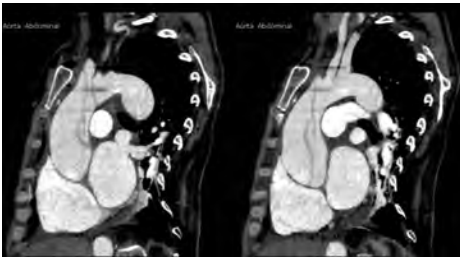


0275 - ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE MARFÁN

MERETTA, Augusto; CHARASK, Adrián; RODRIGUEZ ROHWAIN, Valentina;
NORSE, Mariano; BARRERO, Carlos Manuel
Clínica Bazterrica

Introducción: El aneurisma de aorta abdominal en pacientes con síndrome de Marfán rara vez se presenta como manifestación inicial en la historia natural de la enfermedad. Existen escasos reportes en la literatura. A continuación, presentamos un caso de una paciente con una masa abdominal palpable, pulsátil y asintomática.

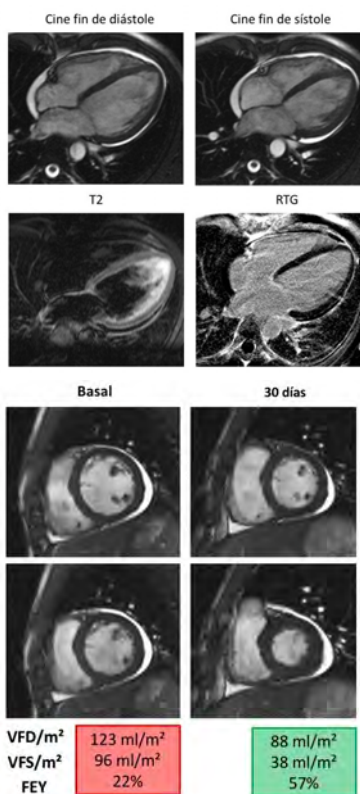
Descripción: Mujer de 38 años con antecedente de síndrome de Marfán, ex tabaquista de 15 paquetes-año, reparación de columna vertebral por escoliosis grave y dilatación de aorta ascendente (43 mm) en tratamiento con atenolol 25 mg día. En febrero de este año en una consulta de rutina, su médico de cabecera detecta al examen físico una masa pulsátil palpable en hemiabdomen izquierdo. En el eco Doppler color vascular confirmó la presencia de un



aneurisma de aorta infrarrenal de 80 mm de diámetro y es derivada de forma urgente para realizar angiografía con contraste y reconstrucción tridimensional de tórax y abdomen (fig. 1): dilatación aneurismática de aorta infrarrenal de 77 mm x 75 mm de diámetro transversal y anteroposterior respectivamente y 132 mm de longitud sin compromiso de los vasos ilíacos. Frente al hallazgo clínico y radiológico se realizó reemplazo de aorta infrarrenal con prótesis de Dacron. Evolucionó favorablemente en el posoperatorio y es dada de alta. A los 15 días del alta consulta a guardia por disnea CF III IV y se constata nuevo soplo sistodiastólico con signos de insuficiencia cardíaca izquierda. Se realiza ecocardiograma doppler transtorácico con evidencia de desgarro miointimal por disección e insuficiencia aórtica grave. Se confirma en angiografía

de tórax y abdomen (fig. 2), disección de aorta ascendente distal a la porción sinotubular y proximal al tronco braquiocefálico. Se procedió al reemplazo de emergencia de aorta ascendente con prótesis de Dacron y resuspensión de la válvula aórtica. No presentó complicaciones en el posoperatorio. Un ecocardiograma Doppler color efectuado previo al alta comprobó que la válvula aórtica presentaba solo insuficiencia leve. La anatomía patológica de la pared de aorta abdominal mostró: pared vascular con ruptura y pérdida de fibras elásticas con reducción de la pared muscular y sustitución por matriz basófila de aspecto mixoide, cambios vinculables con Marfán. Se trata en síntesis de una reparación de aneurisma de aorta abdominal gigante asintomático en síndrome de Marfan complicado con disección aórtica anterógrada e insuficiencia aórtica grave.

Conclusión: El aneurisma de aorta abdominal rara vez es la manifestación inicial de la patología aórtica en pacientes con síndrome de Marfan y dentro de las complicaciones de la reparación quirúrgica la disección aórtica proximal es un hallazgo frecuente. Existen escasos reportes de esta forma de presentación. El presente caso grafica cómo una complicación de la aorta abdominal en el Síndrome de Marfan puede tornarse compleja al afectar otras regiones aórticas. Por tanto, el tratamiento de un aneurisma de Aorta abdominal en pacientes con esta condición debe alertarnos ante sobre un potencial compromiso aórtico proximal.



0284 - SHOCK CARDIOGÉNICO REVERSIBLE ASOCIADO A INFUSIÓN DE 5 FLUOROURACILO

CAPDEVILLE, Sofía; CORNA, Giuliana; DEL CASTILLO, Santiago Luis Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El 5-fluorouracilo (5-FU) es una de las drogas más frecuentemente utilizadas en esquemas de quimioterapia y es el segundo agente quimioterapéutico más comúnmente asociado a cardiotoxicidad. El vasoespasmo coronario es el mecanismo más frecuente, manifestándose como dolor torácico asociado a cambios electrocardiográficos. La cardiotoxicidad por 5-FU expresada como arritmias, miocarditis o insuficiencia cardíaca es infrecuente.

Descripción: Paciente masculino de 35 años con antecedente de adenocarcinoma gástrico estadio 4. Durante su tratamiento onco específico, realizó múltiples esquemas quimioterápicos. Primera línea con Epirubicina, Oxaliplatino, Capecitabina; segunda línea con Paclitaxel + Ramucirumab; y tercera línea con Irinotecan. Durante estos esquemas el paciente no manifestó signos de toxicidad y presentaba ecocardiograma transtorácico (ETT) con fracción de eyección (FEY) del ventrículo izquierdo (VI) > 55%. Finalmente inició cuarta línea con esquema 5 FU, Oxaliplatino, Ácido Fólico al 100% en infusión prolongada. Durante la primera infusión de 5-FU intercurrió con dolor precordial típico, asociado a elevación transitoria del punto J en DI, DII y avL en el electrocardiograma (ECG), que cedió al interrumpir la infusión. Se interpretó el cuadro como vasoespasmo coronario e inició tratamiento con diltiazem. A las 48 hs presentó nuevo episodio de dolor precordial típico, asociado a diaforesis y mareos, por lo que consultó a guardia. Al ingreso se encontraba vigil, hipotenso y con mala perfusión periférica. En el laboratorio se evidenció falla renal aguda, troponina ultrasensible 20 pg/ml, proBNP de 3000 pg/ml e hiperlactacidemia; con ECG normal. El ETT informó hipoquinesia global con deterioro severo de la función sistólica del ventrículo izquierdo (FEY < 35%). Evolucionó con requerimiento de vasopresores con mejoría clínica a las 48 hs. Se realizó resonancia cardíaca con gadolinio que informó hipocinesia difusa y deterioro severo de la función sistólica del VI (FEY 22%), no se observaron signos de edema miocárdico en las secuencias ponderadas en T2. Las secuencias de realce de gadolinio mostraron escasa fibrosis focal inferolateral de origen inespecífico y no se observaron signos de fibrosis de origen isquémico-necrótico. Se otorgó el alta al quinto día de internación por evolución favorable. En el seguimiento se observó una mejoría gradual de la FEY, con recuperación completa

(FEY 55%) a los 15 días. Este caso es compatible con una miocardiopatía aguda no isquémica, sin poder ser explicada su etiología por el espasmo coronario ni la miocarditis, y por lo tanto el mecanismo subyacente resulta incierto.

Conclusión: La disfunción miocárdica y el shock cardiogénico pueden ser una forma de cardiotoxicidad reversible del 5-FU, y es independiente del mecanismo conocido de vasoespasmo coronario, por lo que resulta imprescindible tener presente dicho efecto adverso a la hora de evaluar a estos pacientes en el seguimiento.

0292 - CIERRE QUIRURGICO DE COMUNICACION INTER VENTRICULAR POST TRAUMA CERRADO DE TORAX EN PEDIATRIA

OSUNA, Juan Manuel; IRMAN, Julieta; IRIGOYEN, Mariano Germán; AHUALLI, Nicolas; BARRETTA, Jorge Orlando Hospital Británico de Buenos Aires

Introducción: Las Comunicaciones Inter Ventrículo (CIV) post trauma cerrado de tórax son lesiones en extremo infrecuentes, más aún en la población pediátrica. Aquellas que requieren cirugía poseen elevada morbimortalidad operatoria. Las indicaciones de cierre quirúrgico son Ruptura extensa del septo, shunt izquierdo derecho significativo (Qp/Qs > 2:1 o inestabilidad hemodinámica).

Descripción: Paciente masculino de 14 años, que ingresa a UCIP, derivado a la institución posterior a politrauma por accidente auto-pea-tón. TAC cerebral: imagen focal densa 10x7 mm hematoma subgaleal + contusión frontal. TAC abdominal sin lesión de órgano sólido ni líquido libre. Contusión pulmonar izquierda sin neumotórax. Fractura de tibia, peroné, cúbito y radio izquierdos. Al 7º día de internación presenta Soplo sistólico 2-3/6 mesocardio con R3 en punta. Ecocardiograma: Comunicación Inter VEntricular Post traumática grande de

aproximadamente 18 mm de diámetro mayor, con hiperflujo pulmonar marcado, signos de Hipertensión pulmonar, 60% de la sistémica con dilatación de cavidades izquierdas. Por lesión a nivel de sistema nervioso central y buscando evitar el riesgo de la anticoagulación requerido para una cirugía cardiovascular se decide cierre de defecto septal con dispositivo de tipo Amplatzer, inicialmente es efectivo, pero posteriormente se desplaza hacia Ventrículo Derecho. Se decide cirugía de urgencia. Se realiza extracción de este y cierre quirúrgico de la CIV de aproximadamente 25mm con parche de pericardio bovino y puntos capitonados. Ecocardiograma inmediato: CIV cerrada con parche fijo con mínimo cortocircuito residual de 2, 5mm. Disfunción moderada biventricular. ARM por 24 hs e inotrópicos por 72hs. Alta a los 16 días posterior a tratamiento por traumatología. Ecocardiograma control a los 6 meses. Adecuada contractilidad biventricular, sin cortocircuito residual.

Conclusión: Es importante la sospecha diagnóstica de la presencia de CIV post traumática en los traumatismos cerrados de tórax ante inestabilidad hemodinámica o cambios en la hemodinamia. La mortalidad se encuentra en relación directa con el retraso diagnóstico. El tratamiento de elección es el cierre quirúrgico.

: Se intervinieron 15 pacientes. Edad promedio 54.8 días (7-166d) Peso Promedio Z score RPD y RPI. Fuente de flujo inicial. 5 conductos VDAP de PTFE de 5mm, 5 anastomosis tipo Brizzard con PTFE 5mm, 3 anastomosis de Roger Mee, 1 Parche Trans Anular y 1 Anastomosis Sistémico Pulmonar. Se unifocalizaron Colaterales Aorto Pulmonares en 3 pacientes y en 2 de los conductos VDAP se realizó plástica de ramas pulmonares. Tórax Abierto 6 pacientes ECMO De los pacientes que ya se realizó corrección el intervalo desde la 1ª cirugía fue de XXXXX días promedio. Z score previo a la corrección (XXXXX) Se realizaron 3 procedimientos inter stage en 2 pacientes. Cierre de CIV y Conexión VDAP con Homoinjerto en 3 casos y con conducto con válvula biológica en 5. Cierre de CIA fenestrada en 1 caso, plástica tricuspídea en 1 caso, unifocalización de colaterales en 3 y plástica de RPs en 5. La presión de VD posterior a la corrección fue menor al 70% en 7 de 8 pacientes. No hubo mortalidad en toda la serie. 3 pacientes presentaron complicaciones tromboembólicas en SNC sin repercusión mayor. Debieron ser asistidos con ECMO 2 pacientes, 1 al momento de la cirugía inicial por disfunción ventricular y otro al momento de la corrección Growth rates of right and left branch pulmonary arteries were similar. The 10 patients underwent 28 catheterizations with 13 interventions in 8 patients prior to full repair.

El tratamiento paliativo quirúrgico de la AP con CIV y Ramas Pulmonares hipoplásicas promueve el desarrollo del árbol vascular pulmonar y permite una eventual cirugía correctora con cierre de CIV y

0308 - ANOMALÍA INFRADIAFRAGMÁTICA: STENT EN DUCTUS VENOSO EN RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO DE BAJO PESO

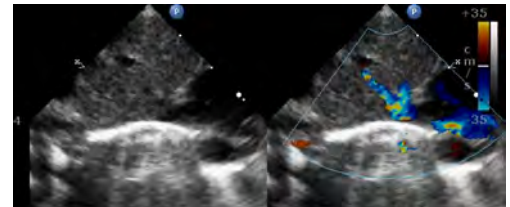
FERNÁNDEZ ALSINA, María Daniela; GRINENCO, Sofía; LUCINI, Victorio; BARRETTA, Jorge Orlando; NAPOLI, Natalia Soledad
Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La anomalía total del retorno venoso, es una cardiopatía congénita poco frecuente cercana al 1% de la totalidad de las cardiopatías. La anomalía infradiafragmática es poco frecuente pero generalmente obstructiva (buscar porcentaje en ductus venoso). La resolución quirúrgica en recién nacido de bajo peso se asocia a mayor mortalidad. Existen reportes de casos aislados por paliación de la obstrucción por cateterismo en este grupo de pacientes.



Descripción: Paciente con antecedente de prematuridad (34 semanas), con RCIU (peso de 1500 gr), embarazo gemelar bicorial. A los 5 días de vida por presentar desaturación (75%) y taquipnea se realiza ecocardiograma que evidencia anomalía total del retorno venoso infracardiaca obstructiva a nivel del ductus venoso con hipertensión pulmonar. Con este hallazgo se decide cateterismo cardíaco para colocación de stent en ductus venoso y septostomía auricular como paliación de la obstrucción y puente a la cirugía. Tres semanas luego con 2.100 gramos y alcanzando las 38 semanas de edad postconcepcional se decide realizar cirugía correctora con buena evolución.

Conclusión: La desobstrucción por hemodinamia en anomalías obstructivas del retorno venoso pulmonar constituye una opción paliativa en pacientes con alto riesgo quirúrgico como puente a la cirugía correctora.



0312 - PSEUDOANEURISMA NO ANASTOMÓTICO EN PRÓTESIS DE AORTA ASCENDENTE TRATADO CON CIERRE ENDOVASCULAR.

ALMIRÓN, Luis Iván; ARANDA, Adriana; SEIA, Ivana María; CURA, Fernando; RICAPITO, María de La Paz ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: Los pseudoaneurismas en aorta ascendente pueden presentarse luego de las cirugías de aorta torácica, siendo más frecuentes a nivel de los sitios de sutura de las prótesis y en pacientes operados por síndrome aórtico agudo. La etiología puede ser infecciosa o no, y cuando requieren tratamiento, la cirugía podría conllevar un riesgo elevado en pacientes con edad avanzada, intervenciones quirúrgicas previas, enfermedad coronaria y disfunción ventricular izquierda. En estos casos, el tratamiento percutáneo podría ser una opción.

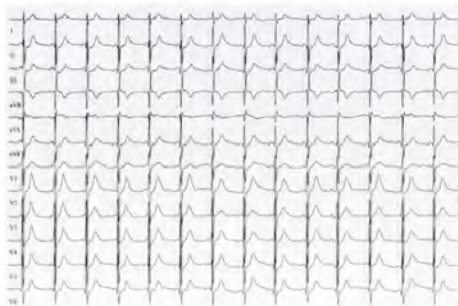
Descripción: Paciente masculino, ex tabaquista e hipertenso. Como antecedentes cardiovasculares, cirugía de reemplazo valvular aórtico con prótesis mecánica por valvulopatía aórtica bicúspide a los 35 años, requiriendo recambio por otra válvula mecánica y puente venoso a Coronaria Derecha (PVCD) 5 años más tarde debido a disfunción protésica. A los 62 años, por progresión de su aortopatía, se le realizó cirugía de Hemi-Cabrol con tubo aórtico valvulado y tubo coronario único a Tronco de Coronaria izquierda (TCI) y PVCD. Un año más tarde presentó endocarditis protésica tardía por *Serratia marcescens*. En PET/CT de tórax, se halló imagen de colección en relación con la pared anterior del tubo e hipercaptación de ¹⁸F-FDG en dicha imagen, en el tubo protésico aórtico y en la válvula. Se consideró de alto riesgo quirúrgico, realizó tratamiento para endocarditis con antibióticos endovenosos por seis semanas y luego de negativizar los hemocultivos, continuó por vía oral crónicamente. Cuatro meses después presentó cuadro de angina inestable, requiriendo implante de stent metálico en el tubo coronario a TCI y PVCD proximal. A los 70 años, por nuevo episodio de dolor precordial, sin síntomas o signos clínicos de infección, se le realizó un ecocardiograma transtorácico que mostró funcionamiento normal de su prótesis valvular, deterioro moderado de la función sistólica biventricular, secuela en territorio de Coronaria Derecha y Circunfleja, e imagen redondeada, de paredes gruesas, con contenido anecoico localizada por delante del tubo aórtico, sin lograr precisión para definir comunicación entre la misma y la aorta. La angiografía (AngioTC) multicorte de aorta y arterias coronarias determinó que dicha imagen correspondía a un pseudoaneurisma a partir de solución de continuidad en cara anterior de la prótesis aórtica. Se discutió en el Aorta Team las opciones de

tratamiento. Teniendo en cuenta el alto riesgo para recirugía, el tiempo de evolución del pseudoaneurisma, sin signos de endocarditis, y presumiendo que la rotura del tubo de Dacrón podría ser secundaria a alguna intervención terapéutica, se decidió seguimiento clínico e imagenológico del paciente. Un año más tarde, la AngioTC de control mostró aumento del tamaño del pseudoaneurisma y reducción del trombo mural. Por dicha causa se decidió intentar el cierre de este por vía percutánea. El procedimiento fue exitoso, implantándose un dispositivo tipo Amplatzer, sin comprometer la circulación coronaria. A seis meses del procedimiento, el paciente se halla estable, sin complicaciones.

Conclusión: El pseudoaneurisma aórtico es una de las complicaciones que pueden presentarse luego de una cirugía de aorta torácica. Contar con imágenes de AngioTC de aorta basales del posoperatorio resulta de gran utilidad para su detección y seguimiento. La decisión del tratamiento del pseudoaneurisma debe ser tomada por un equipo multidisciplinario teniendo en cuenta cada caso en particular. Actualmente el tratamiento percutáneo representa una opción factible en pacientes de alto riesgo quirúrgico. No se han encontrado en la literatura, al momento de la revisión, otros reportes de pseudoaneurisma de aorta ascendente a partir de un orificio en el segmento medio de la prótesis de Dacrón.

0315 - UTILIDAD DEL MARCAPASOS CON DOBLE SENSOR DE ACTIVIDAD (ACELERÓMETRO/VOLUMEN MINUTO RESPIRATORIO) EN EL TRATAMIENTO DE LA INCOMPETENCIA CRONOTRÓPICA EN UN DEPORTISTA

MILITELLO, Claudio; LÓPEZ DIEZ, Juan Cruz; NAYA, Enrique; VECCHIO, Nicolas; BOCHOEYER, Andrés IADT - Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento



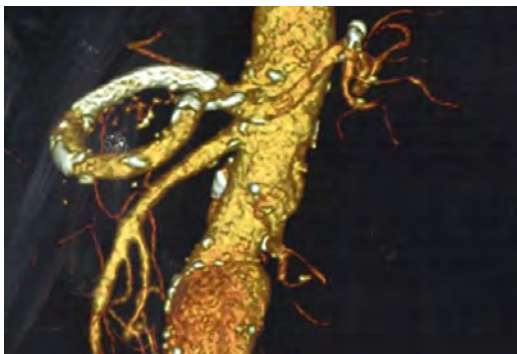
Introducción: La incompetencia cronotrópica, definida como la incapacidad del corazón para incrementar su frecuencia cardíaca (FC) en relación con el aumento de actividad, es común en pacientes con enfermedad cardíaca y es un predictor independiente de eventos cardiovasculares mayores y de mortalidad. Sin embargo su presentación en un deportista es infrecuente y, una vez descartada enfermedad cardíaca subyacente, su corrección implica un desafío.

Descripción: Se presenta un paciente de 55 años, deportista de alto rendimiento (corredor de fondo, triatlonista), que consultó por un claro deterioro en el desarrollo de su actividad física de aparición reciente y progresiva. El paciente manifestaba imposibilidad para mantener un ritmo sostenido luego de unos minutos de iniciado el entrenamiento (running). Sin antecedentes de importancia ni signos clínicos relevantes al examen físico. El ECG evidenció bradicardia sinusal (50 lpm), habitual en deportistas. El ecocardiograma fue normal. Se realizó una prueba ergométrica graduada (PEG) con un protocolo en

rampa con etapas de 1 minuto con incremento de 1 km/hr por minuto y una inclinación fija de 2%. La prueba fue detenida por disnea desproporcionada al esfuerzo (7.8 METS). El ECG mostró déficit cronotrópico con una FC máxima de 139 LPM y la presencia de ritmo auricular bajo y de la unión AV que persistió en la recuperación. Los síntomas fueron similares a los que motivaron su consulta. Con el objetivo de descartar enfermedad coronaria una perfusión miocárdica con dipiridamol fue normal. Se realizó un estudio electrofisiológico que mostró tiempos de conducción normales y un tiempo de recuperación del nódulo sinusal ligeramente alterado (TRNS corregido: 575 ms). Se interpretó el cuadro clínico como incompetencia cronotrópica. Los síntomas del paciente se relacionaron no solo con la imposibilidad de incrementar la FC sino probablemente también por la pérdida de la secuencia aurículo-ventricular generada por el ritmo de la unión AV (disociación por defecto) Como alternativa terapéutica se decidió el implante de un marcapasos modalidad de estimulación auricular (AAIR) Accolade MRI SR Boston Scientific, con doble sensor de actividad, acelerómetro (piezo-eléctrico) y volumen minuto respiratorio (impedancia torácica). El desafío fue lograr una programación adecuada de la combinación de ambos sensores del marcapasos que permitieran un incremento de la FC que se adecuara a las necesidades metabólicas del paciente durante la actividad física exigente. Luego de varias sesiones de ajustes testeadas con pruebas de actividad el paciente logra recuperar su rendimiento físico habitual. Finalmente se repitió la PEG alcanzado el paciente una FC (estimulación auricular) de 170 lpm (20 METS) sin presentar síntomas. Conclusión: El implante de un marcapasos con doble sensor (acelerómetro/volumen minuto respiratorio) resultó eficaz en un deportista de mediana edad que presentaba incompetencia cronotrópica, como expresión casi exclusiva de disfunción del nódulo sinusal, y que se manifestaba únicamente durante la actividad física exigente.

0343 - SEUDOANEURISMA DE ARTERIA ESPLÉNICA.MANEJO ENDOVASCULAR

TORRESANI, Ernesto Marcelo; MARTINO, Guillermo Raúl; HRABAR, Adrián Demetrio; FERNANDEZ, Alberto; BASTIANELLI, Gustavo Atilio Sanatorio Modelo de Quilmes



Introducción: Si bien el aneurisma de la arteria esplénica es el esplácnico más frecuente con una prevalencia estimada en 10% de las autopsias, el pseudo-aneurisma es muy raro conllevando una alta chance de ruptura y muerte. Se presenta el caso de un paciente con aneurisma de arteria esplénica conocido, que evoluciona a pseudo-aneurisma gigante siendo tratado por vía endovascular exitosamente.

Descripción: : Paciente de 61 años, masculino, con antecedentes de HTA, tabaquismo, EPOC y desorden bipolar (Síndrome depresivo con intentos de suicidio). Ingresa por dolor abdominal difuso sin otros síntomas asociados. Examen físico y laboratorio s/p. Ecografía abdominal: Aneurisma arterial (arteria no identificable) en región epigástrica de 120mm (longitud) x 73 mm (diámetro AP) x >100mm (diámetro transversal) con trombo circunferencial y líquido. TAC: Formación lobulada heterogénea de 120 mm (diámetro transversal) x 80 mm (diámetro AP) de aspecto vascular que desplaza el páncreas, con zona hipodensa compatible con

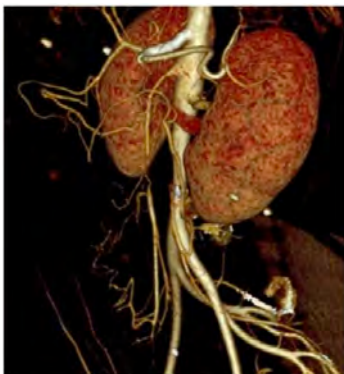
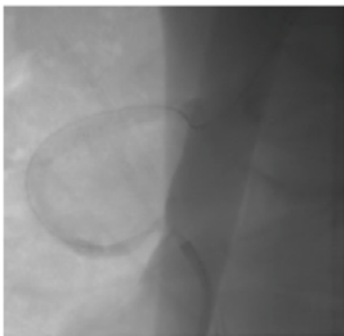
trombo mural. Tiene como antecedente una TAC 2 años antes donde se objetivaba un aneurisma esplénico de gran tamaño. Se discute el caso con los servicios de Cirugía General y Cardiovascular quienes remarcan la dificultad del abordaje quirúrgico debido al gran tamaño y vecindad con el páncreas por lo que se decide el abordaje endovascular. Angiografía: La arteria hepática nace de la mesentérica superior, del tronco celíaco nace la esplénica y la gástrica izquierda, objetivándose una imagen compatible con pseudo-aneurisma "gigante" de la esplénica. Debido al diámetro se planeó colocar un stent graft de 7.0 x 59 mm para lo cual era necesario avanzar una vaina

y una cuerda 0.035" para un adecuado soporte. Debido a dificultades "iniciales" en el avance de ambos dispositivos hubo que realizar un procedimiento escalonado iniciando con sistema coronario para finalmente llegar al objetivo. El procedimiento duró varias horas con resultado exitoso. En el seguimiento inmediato se objetivó radiodermitis adjudicada a la duración del procedimiento (3 hs) y necesidad de permanecer en la misma proyección radiológica debido a las dificultades técnicas. La misma fue manejada exitosamente con tratamiento médico (Trolamina local, Pentoxifilina oral y antioxidante oral). El paciente fue contactado a los 11 años objetivándose en la TAC permeabilidad del stent graft y sin evidencias de secuelas en la piel.

Conclusión: Hay situaciones poco habituales donde se hace necesario el empleo de tácticas, técnicas y materiales diseñados para otros territorios. En procedimientos radiológicos prolongados es ideal variar la proyección radiológica para intentar evitar radiodermitis. Es importante en el seguimiento el interrogatorio y el examen físico de las zonas expuestas a la radiación en la búsqueda de radiodermitis para hacer un tratamiento apropiado.

0352 - ANGIOPLASTIA MESENTERICA EN PACIENTE CON ARTERITIS DE TAKAYASU

GAY PAPP, Matías Nicolas; SINGH, Vanina Gabriela; BRITZ, Kevin; RETAMOSO, Eugenia; GOMEZ, Silvina Esther Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"



Introducción: La arteritis de Takayasu es una vasculitis de grandes vasos, que afecta comúnmente a la aorta y sus ramas primarias. La afectación de la circulación mesentérica es la de menor incidencia, pero no infrecuente. El proceso inflamatorio es crónico y destructivo, y en su evolución, ocasiona estenosis arteriales, oclusiones, aneurismas e isquemia. Es más frecuente en mujeres jóvenes y, aparentemente, predominan en personas de origen asiático, norteafricano y latinoamericano. El diagnóstico suele basarse en las alteraciones clínicas, la elevación de los reactantes de fase aguda y en las técnicas de imagen vascular, ya que la posibilidad de disponer de un espécimen para estudio histopatológico no es habitual, salvo en casos de pacientes que han requerido intervención quirúrgica. Casi el 50% de los pacientes requieren, además, técnicas invasivas de cirugía vascular (angioplastia transluminal y/o bypass arterial). (6) Nuestro objetivo es determinar el rol de la intervención percutánea en estos pacientes ya que enfermedad produce una importante morbilidad y disminución de la calidad de vida.

Descripción: Paciente femenino de 26 años, con diagnóstico de enfermedad celíaca. Antecedente de claudicación de brazo izquierdo y dolor abdominal postprandial de larga data, siendo diagnosticada de enfermedad de Takayasu. Se realiza angiotomografía que evidencia oclusión del tronco celíaco y estenosis severa de arterias mesentéricas. A pesar del tratamiento médico completo persiste sintomática por isquemia mesentérica por lo que se realiza angiografía evidenciando tronco celíaco ocluido en origen, arteria mesentérica superior presenta oclusión de las primeras ramas cólicas, la rama ileo-ceco-apendiculo

cólica presenta estenosis segmentaria moderada a severa y última cólica izquierda con obstrucción subtotal; mesentérica inferior ocluida en origen; se decide recanalización de tronco celíaco. Se atraviesa la oclusión con cuerda coronaria PILOT 50 de 0.014 mm, lleva un balón coronario de 1.5 - 20 mm logrando recanalizar la porción inicial del tronco celíaco, y luego hasta la porción distal. Luego se avanza stent (5.0-40 mm), post dilatándolo con balón de (6.0-15 mm) en el ostium realizándose angiografía que evidencia resultado satisfactorio. Se evidencia mejoría clínica postprocedimiento a los 5 días, y controles a los 6 meses con mejoría de calidad de vida y permeabilidad del stent.

Conclusión: En los pacientes con arteritis de Takayasu con afectación mesentérica, la angioplastia es una alternativa en la práctica diaria, otorgando mejor calidad de vida a los pacientes en los que a pesar de una terapia médica completa, persisten sintomáticos



0355 - ALGO MÁS QUE SOLO UNA CIANOSIS PERIFÉRICA, ¿PENSARON EN SUBCLAVIA ABERRANTE?

RETAMOSO, Eugenia; SINGH, Vanina Gabriela; GAY PAPP, Matías Nicolas; AMARILLA, Lucas; AZULAY, Hugo Fernando Alexis

Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"

Introducción: La subclavia aberrante, representa una variante del arco aórtico más frecuente. Se origina directamente del arco aórtico presentando un trayecto dorsal al esófago en dirección axilar. Suele ser asintomática, presentándose como disfagia lusoria o aneurisma y formación de ateroesclerosis. El método diagnóstico gold standard es Angio Tomografía Computada (TC) de tórax. El tratamiento dependerá de indicaciones siendo quirúrgico o percutáneo.

Descripción: Paciente de 72 años, masculino, hipertenso, ex tabaquista, con cirugía de revascularización miocárdica previa. El 20/04/2019 se presenta a emergencias por náuseas y mareos. Examen físico: 175/90 mmHg, FC 70 lpm, R1 y R2 normofonéticos, murmullos vesiculares conservados, claudicación de miembro superior derecho, de inicio súbito, cianosis de mano, temperatura disminuida y cianosis distal. Laboratorio: HTO 48 %, Hb 16.5 mg, GB 9000 cel3, eritrosedimentación 23 mg, urea 0.24 mg, creatinina 0.86, sodio 143 md/dl, potasio 4.6 meQ/L. eco Doppler cardíaco Fey preservada, sin dilatación de cavidades, ni valvulopatías. ECG: ritmo sinusal, sobrecarga de cavidades izquierdas. Rx de tórax normal. eco Doppler de miembros superiores: flujo normal, sin presencia de trombos arteriales. Angio Tc tórax: Subclavia derecha se origina a nivel de la cara postero lateral homónima del tectio distal del cayado aórtico (aberrante), con proyecto retro esofágico, retro traqueal. En su tercio proximal se observa defecto de relleno del material de contraste, con oclusión parcial de la luz del vaso. Se inicia anticoagulación. Se toma conducta expectante. A la evolución nueva angioTc con flujo normal del vaso. Buena evolución asintomático.

Conclusión: La isquemia de miembros superiores se asocia a CABG, la subclavia aberrante es una patología antigua y no pensada en diagnósticos diferenciales, su entidad sigue siendo motivo de estudio.

0358 - PERICARDITIS POR COVID-19. UNA ASOCIACIÓN POCO FRECUENTE

TUFO PEREYRA, Andrea; SCATULARO, Cristhian Emmanuel; FERNANDEZ, Martin; CARDONE, Federico; GRANCELLO, Hugo Omar
Sanatorio Trinidad Palermo

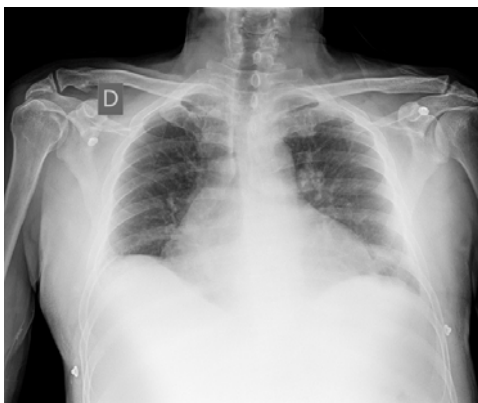
Introducción: La enfermedad por Coronavirus 2019 (CoViD-19, de sus siglas en inglés) es una enfermedad infectocontagiosa causada por el SARS-CoV-2, declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud el 11 de marzo del corriente año 1. Por otro lado, la pericarditis aguda es la inflamación de la membrana pericárdica causada, principalmente, por afecciones virales. La asociación entre ambas entidades ha sido escasamente descripta.

Descripción: Mujer de 33 años, sin antecedentes que consulta a guardia de un sanatorio por fiebre, astenia y tos seca de 72 hs de evolución, a lo cual se suma anosmia y ageusia. Se le realiza hisopado nasal para CoViD-19 el cual resulta positivo, por lo que se interna. Tomografía Computada de tórax la cual no posee alteraciones del parénquima pulmonar ni derrame pleural o pericárdico. Laboratorio: Hto 37,9%, Hb 12,4 g/dl, GB 4900/μl, plaquetas 173.000/μl, PCR 4,5 mg/l. Al 6to día refiere dolor torácico de tipo punzante que empeora con la inspiración y cambia con el decúbito. Al examen físico: ruidos cardíacos conservados con frote sistólico-diafónico en posición de ple-garia mahometana. ECG ritmo sinusal a 100 lpm, QRS angosto con BIRD, ST infradesnivelado 0,5 mV en DII, DIII y aVF, V5 y V6, con supra ST cóncavo en de 0,5 mV en V1 y V2, con T concordantes. Se solicitan marcadores cardíacos los cuales resultan negativos (Troponina T US <14 ng/l y CPK 55 UI/l [VN 20/180]). El ecocardiograma evidencia buena función biventricular con motilidad parietal conservada, marca-da refringencia pericárdica y ausencia de derrame pericárdico. En conclusión, la paciente presenta 3 de los 4 criterios diagnósticos de pericarditis y sumaba a ellos la evidencia de inflamación pericárdica por ecocardiograma. Se interpreta como pericarditis de probable etiología viral por SARS-CoV-2. Se inicia ibuprofeno 600 mg tres veces por día en consenso con infectología. Consulta nuevamente a los 5 días de su egreso por persistencia intermitente del dolor torácico a pesar del tratamiento antiinflamatorio. Se realiza nuevo ECG que presenta nivelación del ST con respecto al previo y T concordantes, nueva determinación de Troponina que resulta negativa y se repite ecocardiograma sin cambios con respecto al previo. Se agrega al tratamiento instaurado colchicina 0,5 mg 2 veces por día. Se controla a los 37 días del inicio refiriendo leve mejoría de los síntomas. Se suspende ibuprofeno y se mantiene colchicina a bajas dosis en plan de cumplir 3 meses de tratamiento.

Conclusión: La pericarditis aguda es un síndrome que se presenta con síntomas de inflamación pericárdica, con o sin derrame pericárdico. Su diagnóstico se realiza cumpliendo dos de cuatro criterios y siempre se debe descartar afectación miocárdica a través de marcadores cardíacos en sangre. Las causas más comunes son la infección viral y la pericarditis idiopática. Se debe estratificar el riesgo para decidir su internación, de lo contrario puede ser manejada de forma ambulatoria. El tratamiento se basa en AINEs o aspirina, cuya elección dependerá del contexto de cada paciente. La colchicina se recomienda para mejorar la respuesta al tratamiento antiinflamatorio y para prevenir los casos recurrentes. La falta de respuesta a AINEs en los primeros siete días también se asocia con peor pronóstico. Se han publicado en el último tiempo múltiples casos de afectación cardiovascular por CoViD-19 y se estima que entre el 7% y el 28 % de los pacientes padecen injuria miocárdica por esta infección. No obstante, la afectación pericárdica no parecería ser tan frecuente como la miocárdica. Al realizar confinamiento y evitar las consultas en emergencias se sospecha que tanto la pericarditis como otras afecciones cardiovasculares menores podrían estar siendo subdiagnosticadas. Se presenta entonces, un caso de pericarditis aguda aislada de presentación típica causada por SARS CoV-2.

0359 - CARDIOMIOPATÍA CIRRÓTICA DE ORIGEN ALCOHOLICO Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

TOROSSI, Maria Eugenia; PICCHIO, Diego Huberto; HORAK, Francisco; POZZER, Leandro; SOSA ERRO, María Florencia
Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"



Introducción: Se ha discutido a lo largo del tiempo el efecto del etanol en el sistema cardiovascular. Los estudios epidemiológicos y metanálisis han demostrado una relación bimodal de tipo U, por lo que el consumo de 1 o 2 medidas de alcohol en hombres y 1 en mujeres se asocia con una disminución de los eventos cardiovasculares, en comparación con la abstinencia. Sin embargo, cantidades por encima de lo indicado puede conducir a una miocardiopatía alcohólica, definida como la toxicidad del alcohol en el músculo cardíaco por el etanol y sus metabolitos.

Descripción: Paciente de 61 años, masculino, etil-enolista desde los 15 años de 600 gr/día, tabaquista, sintomático por disnea clase funcional III desde hace un año de evolución con progresión de la misma desde hace dos meses a clase funcional IV por lo que consulta a guardia externa donde al examen físico se evidencian signos de congestión venocapilar, electrocardiograma con ritmo de fibrilación auricular de alta respuesta ventricular (FC 170 lpm). Radiografía de tórax (Figura 2) con cardiomegalia, cefalización del flujo y derrame pleural leve bilateral, por lo que se administran diuréticos y vasodilatadores endovenosos, ingresando al servicio de Unidad Coronaria. Se realiza

ecocardiograma Doppler cardíaco evidenciándose como hallazgos patológicos dilatación de las cuatro cavidades (IVAI 37 y VIDD 60) con deterioro de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (35%) e hipoquinesia global del ventrículo izquierdo. Se sospecha en primera instancia por la prevalencia de la enfermedad en pacientes con estas características cardiopatía dilatada de origen isquémica, por lo que se realiza cinecoronariografía que evidenció ateromatosis leve de arteria Descendente Anterior (obstrucción 20%). Por sospecha de taquicardiomiopatía secundaria a fibrilación auricular se realiza cardioversión eléctrica que revierte a ritmo sinusal. Sin embargo, por antecedentes de consumo de alcohol de larga data se sospecha como diagnóstico diferencial miocardiopatía dilatada de origen alcohólico. Se realiza laboratorio que evidencia hiperbilirrubinemia a predominio de bilirrubina directa y elevación de las transaminasas (BT 2,67, BD 2,07, BI 0,6, FAL 146, GOT 70, GPT 62), sospechándose cirrosis hepática por lo que se realiza ecografía abdominal que evidenció como hallazgos patológicos a nivel hepático aumento en su ecogenicidad, en relación a cambios esteatósicos y áreas de calcificaciones. Se solicitan serologías virales siendo negativas. Por todos los datos recabados, se sospecha cardiomiopatía cirrótica, indicándose cese del consumo de alcohol y se inician tratamientos específicos para insuficiencia cardíaca lográndose compensación hemodinámica, siendo dado de alta.

Conclusión: Los enfoques metodológicos mendelianos han generado dudas con respecto a los efectos cardiovasculares beneficiosos del alcohol, y se debe considerar el equilibrio general de los efectos beneficiosos y perjudiciales al hacer recomendaciones individuales y para toda la población, ya que las reducciones en el consumo de alcohol deberían proporcionar beneficios generales para la salud. Sin

embargo, la patogenia exacta de la miocardiopatía alcohólica aún no está clara. La abstinencia total de alcohol, junto con los medicamentos para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca, da como resultado una recuperación al menos parcial del daño a los miocitos, con la consiguiente mejora en la función cardíaca. No hay estudios que hayan examinado farmacoterapéuticos específicos en pacientes con ACM. Por lo tanto, los pacientes con MCA que se presentan en insuficiencia cardíaca con fracción de eyección disminuida deben ser tratados de acuerdo con las recomendaciones de las guías además del cese absoluto de la ingesta de alcohol.



0363 - DISNEA EN ADULTO JOVEN: COR TRIARIATUM SINISTRUM

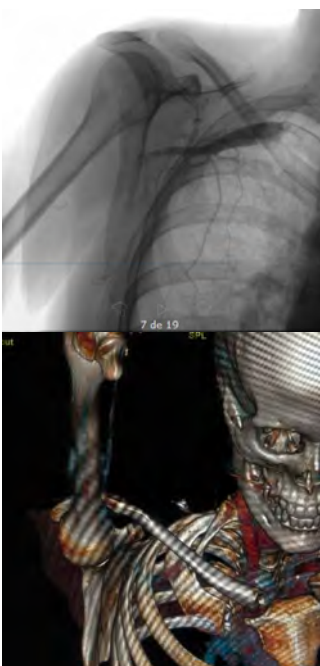
TOROSSI, Maria Eugenia | PICCHIO, Diego Huberto | JARA, Jorge Maximiliano | DE BORTOLI, Antonella | SOSA ERRO, Maria Florencia Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"

Introducción: El cor triatriatum (CTTA) es una malformación congénita que corresponde al 0.1-0.4% de las malformaciones cardíacas congénitas. Se caracteriza por una membrana fibro-muscular delgada que subdivide la aurícula izquierda o derecha en 2 cámaras, siendo el resultado de la absorción incompleta de la vena pulmonar común, que normalmente se reabsorbe durante el desarrollo del feto y se convierte en parte

de la aurícula izquierda. La tasa de supervivencia a 10 años después de la cirugía es del 83%.

Descripción: Se presenta una paciente de 26 años con diagnóstico de fibrilación auricular paroxística anticoagulada con dabigatran. Sintomática por disnea clase funcional II habitual que progresa a clase funcional III, consultando a nuestro centro. Al examen físico, se evidencia presencia de segundo ruido reforzado a expensas de P2, R3 y soplo mesodiastólico III/VI paraesternal izquierdo. Se realiza electrocardiograma que evidencia ritmo sinusal con extrasístoles supraventriculares frecuentes con conducción aberrante (Figura 1). Radiografía de tórax que muestra signos de redistribución de flujo. Se asume como cuadro de insuficiencia cardíaca descompensada. Se realiza laboratorio sin particularidades. Se realiza ecoDoppler cardíaco que evidencio una membrana intra-auricular izquierda que la divide en dos porciones, una posterosuperior a las cual conectan las venas pulmonares dilatadas y otra anteroinferior que incluye a la orejuela izquierda. Se sospecha como diagnósticos principales estenosis mitral supra-valvular o cor triatriatum sinistrum. Se evalúa dicha membrana la cual se encuentra por debajo del plano de la orejuela de la aurícula izquierda en una vista de cuatro cámaras, se evidencian 2 fenestras con flujo restrictivo, comunicación interauricular asociada e hipertensión pulmonar. Por lo que se asume el cuadro como compatible con cor triatriatum sinistrum, decidiéndose conducta quirúrgica, previa compensación hemodinámica. Se realizo cirugía de resección de membrana intraauricular (Figura 2) y cierre del tabique auricular con un parche pericárdico, por acceso transeptal, sin complicaciones, evolucionando favorablemente otorgandose alta institucional.

Conclusión: El cor triatriatum es una causa infrecuente de insuficiencia cardíaca, menor al 1%, sin evidenciarse diferencias en la incidencia entre sexos ni tampoco asociación con síndromes genéticos específicos. Las manifestaciones clínicas dependen del tamaño de la fenestración y la presencia de otras malformaciones, al igual que de la presencia de hipertensión pulmonar, si bien los pacientes pueden ser asintomáticos. Las fenestraciones pequeñas generan síntomas de insuficiencia cardíaca descompensada, principal causa por la que los pacientes consultan. Otras manifestaciones menos frecuentes incluyen arritmias auriculares y fenómenos embólicos incluido el accidente cerebrovascular por trombos formados en las cavidades de la aurícula. El electrocardiograma puede ser normal o mostrar desviación del eje a la derecha, S1Q3 o fibrilación auricular. El ecocardiograma Doppler cardíaco es el estudio de elección para el diagnóstico, ya que posibilita la evaluación no invasiva delineando la morfología de la membrana y las otras estructuras cardíacas alteradas. El tratamiento dependerá de la sintomatología. El abordaje quirúrgico es el tratamiento de elección, de indicación en pacientes sintomáticos con obstrucción significativa intraauricular, y consiste en la resección de la membrana y corrección de otras malformaciones congénitas de estar presentes, con una tasa de éxito mayor que el 90%.



0364 - COSTILLA SUPERNUMERARIA E ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA

GAY PAPP, Matias Nicolas | RETAMOSO, Eugenia | AZULAY, Hugo Fernando Alexis | AMARILLA, Lucas | GÓMEZ, Silvana Esther Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"

Introducción: La isquemia arterial aguda de las extremidades se define como la interrupción abrupta del flujo sanguíneo a determinado tejido, lo cual afecta la integridad, la viabilidad de la extremidad, o ambas. Las causas son múltiples y pueden resumirse en dos procesos fisiopatológicos, trombóticos o embólicos, con lo que se puede establecer el pronóstico y el tratamiento según su causa. El cuadro sindrómico es variable, y típicamente, se identifica con las cinco "P" de Pratt (pain, pallor, pulselessness, paralysis and paresthesia); se cuenta con múltiples ayudas diagnósticas, pero la arteriografía sigue siendo el método estándar para el diagnóstico. Con el advenimiento de los avances tecnológicos y los procedimientos vasculares, el salvamento de las extremidades ha venido en aumento y ha disminuido la extensión de las amputaciones, lo cual conlleva una mayor tasa de rehabilitación y de reincorporación a la vida social. El síndrome del opérculo torácico se ve en un pequeño porcentaje de las isquemias arteriales agudas de miembros superiores, es por ello el motivo de la presentación.

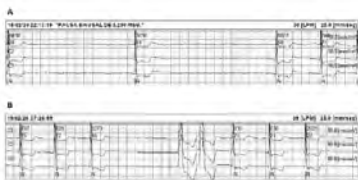
Descripción: Paciente femenino de 37 años que se presentó con signos de isquemia arterial aguda de miembro superior derecho, con imagen en ecoDoppler arterial oclusiva a nivel axilar y arteriografía con oclusión de arteria subclavia-axilar derecha; se realizó embolectomía con Fogarty a arteria humeral y radial derecha. EcoDoppler arterial posterior con flujo conservado. Evolucionó nuevamente con nuevos signos de isquemia arterial del mismo miembro nuevo ecoDoppler arterial informó obstrucción de arteria humeral, cubital y radial derecha; por lo que se realizó nueva embolectomía con Fogarty de miembro superior derecho. Se realizó angiogramografía de aorta y miembro superiores que evidenció costilla derecha supernumeraria que produce compresión arterial al elevar el miembro superior (opérculo torácico). Se otorga alta institucional, con anticoagulación oral y antiagregación

plaquetaria, quedando pendiente definir conducta quirúrgica.

Conclusión: Se debe considerar la presencia de operculo torácico en pacientes con isquemia arterial de miembros superiores. El examen físico sigue siendo clave para el diagnóstico. La angiortomografía es una opción no invasiva y la angiografía es una opción en la urgencia. El tratamiento de urgencia sigue siendo la trombectomía y la resección de la costilla supernumeraria o la escalenectomía son el tratamiento gold standard, ya que el conservador no presenta buenos resultados

0377 - EFECTO DEL CILOSTAZOL EN LA ENFERMEDAD DEL NODO SINUSAL: INFORME DE UN CASO

VILLECCO, Victor Sebastian | ESTRELLA, Maria Laura | BONO, Leandro | GAGLIARDI, Juan Alberto | SZARFER, Jorge
Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich



Introducción: Las bradiarritmias son una observación clínica frecuente y comprenden diversos trastornos del ritmo como la enfermedad del nodo sinusal (ENS) y las alteraciones de la conducción aurículo ventricular (A-V). El implante de marcapasos definitivo (MCP) es el tratamiento indicado en la mayoría de ellos. El cilostazol (6-[4-(1-ciclohexil-1H-tetrazol-5-il)butoxil]-3,4-dihidro-2(1H)quinolinona) es un inhibidor selectivo de la fosfodiesterasa 3 (IPDE3) que se utiliza en el tratamiento de la claudicación intermitente. Asimismo, suprime la corriente transitoria de salida de potasio (I_{to}) y aumenta la corriente de entrada de calcio (I_{ca}), manteniendo así el domo de la fase 2 del potencial de acción de las fibras miocárdicas, disminuyendo la dispersión trans-mural de la repolarización. Esto podría prevenir episodios de fibrilación ventricular en el Síndrome de

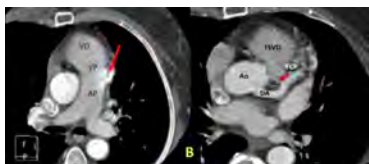
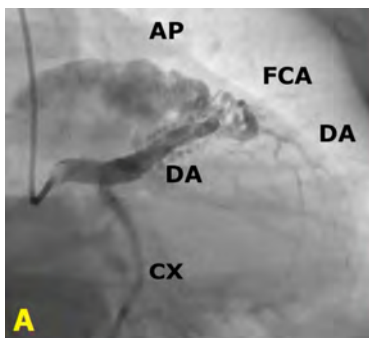
Brugada. Por otra parte, la elevación de los niveles de calcio intracelular, producen un aumento del AMPc, generado un aumento modesto de la frecuencia cardíaca, efecto que podría ser beneficioso en pacientes con bradicardia sinusal sintomática y ENS1. En este caso, se presenta una paciente de 60 años de edad, con episodios de síncope y angina de pecho secundarios a ENS, en la cual se observó una respuesta favorable al cilostazol.

Descripción: En este informe de caso, se presenta una paciente de sexo femenino de 60 años de edad, internada por dolor precordial, mareos y episodios sincopales de seis meses de evolución. Se observa en electrocardiograma episodios de pausas sinusales reiterativas acompañadas de mareos (Figura 1). Se realiza ECG de Holter y Cinecoronariografía que descarta enfermedad ateromatosa coronaria. El ECG de Holter de 24 horas muestra 36 pausas sinusales superiores a los 3000 milisegundos (mseg), una frecuencia cardíaca media (FCm) de 50 lpm y un total de 66306 latidos en 24 horas (Figura 2A y 2B). Durante la espera de la colocación del MCP, ante los reiterados episodios de mareos y presíncope, se indica cilostazol 100 mg cada 12 hs vía oral, con mejoría sintomática y desaparición de la bradiarritmia en un nuevo Holter de 24 horas (FCm: 73 lpm, 95846 latidos totales en 24 horas y ausencia de pausas superiores a los 3000 mseg) realizado a las 24 hr. de iniciado el tratamiento. Finalmente se implanta MCP bicameral y se otorga alta.

Conclusión: Debido a que las arritmias asociadas a la ENS rara vez producen muerte súbita, el cilostazol podría ser una alternativa eficaz y económica para el tratamiento inicial de estos pacientes, siendo necesario evaluar el resultado a largo plazo del mismo. Casos como el actual deberían inspirar el desarrollo de ensayos prospectivos para determinar la efectividad y seguridad de este tratamiento a largo plazo.

0378 - CIERRE QUIRÚRGICO DE FÍSTULA CORONARIO-PULMONAR SINTOMÁTICA. REPORTE DE UN CASO

WECKESSER, Federico Ivan | BERTON, Felipe | SPALETRA, Pablo Marcelo | CAMPORROTONDO, Mariano | IRIBARREN, Ana Carolina
ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires



Introducción: La fístula coronaria-arterial (FCA) es una comunicación anómala entre el árbol arterial coronario y otra estructura cardiovascular, de las cuales el 90% drenan en el sistema venoso: 41%: ventrículo derecho, 26%: aurícula derecha, 17%: venas pulmonares. La mayoría son congénitas aunque también pueden ser adquiridas, y su incidencia es baja: 0,002% en la población general y 0,4% de todas las malformaciones cardíacas. Las más frecuentes son las que se originan de la arteria coronaria derecha (CD) (50-60%) y la descendente anterior (DA) (25-42%), y menos frecuente en el resto de las arterias. Se pueden presentar en forma única (más frecuente) o múltiples en más de una arteria. La mayoría permanecen asintomáticos por mucho tiempo y son hallazgo incidental en una angiografía, pero también pueden manifestarse como insuficiencia cardíaca, isquemia miocárdica, endocarditis infecciosa, arritmias o ruptura. La principal indicación de intervención son los síntomas, especialmente insuficiencia cardíaca e isquemia miocárdica. Debido a que se trata de una patología infrecuente existe escasa evidencia con respecto al momento y al manejo terapéutico, cuyas opciones van desde seguimiento clínico a cierre invasivo percutáneo o quirúrgico.

Descripción: Paciente de sexo femenino de 69 años, con antecedente de hipertensión arterial. Consulta por presentar angor y disnea, de meses de evolución, que progresa hasta clase funcional III / IV. Examen físico: soplo sistodiastólico continuo, más audible en diástole. ECG de reposo sin hallazgos patológicos. Ecodoppler transtorácico: VI y FEy conservados, hipocinesia apical. SPECT reposo-esfuerzo: isquemia reversible anterobasal, septal y apical 15% con dilatación transitoria del VI. Se indicó una cinecoronariografía donde se observó la presencia de fístula coronario-pulmonar (FCP) a nivel de tercio proximal-medio de DA con compromiso significativo del

flujo, dilatación aneurismática y estructura de tipo ovollo (Imagen A); junto a una segunda FCP pequeña de bajo flujo, a nivel proximal de la CD que desemboca en el TSVD. Se realizó angiortomografía coronaria para mejor caracterización y planificar el cierre percutáneo (Imagen B). Se intentó inicialmente un abordaje percutáneo, sin éxito debido a la complejidad anatómica, por lo que finalmente se realizó cierre quirúrgico de ambas FCP con parche de pericardio mediante un abordaje transpulmonar. En el postoperatorio presentó fibrilación auricular como única complicación, evolucionando posteriormente de forma favorable.

Conclusión: La baja tasa de eventos asociados a FCA pequeñas asintomáticas en estudios retrospectivos justifica un manejo conservador, con seguimiento estrecho y tratamiento médico (aspirina, betabloqueantes). En aquellas sintomáticas, está indicado el cierre invasivo, siendo la opción percutánea la opción de elección por la baja morbilidad asociada. La cirugía está indicada en casos de FCA de gran tamaño y flujo, trayecto tortuoso o múltiple, dilatación aneurismática significativa u otra indicación quirúrgica asociada. Es fundamental el abordaje integral de cada paciente, a través de un equipo interdisciplinario.

0411 - SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA ASOCIADO AL USO DE TICAGRELOR

BORNER, Magali | LOPEZ, Federico | CASTRO, Jose Javier | PELLEGRINI, Alejandro Jose | SALZBERG, Simón Mario
Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández



1. Angiografía con canulación del tronco de la coronaria izquierda. Vista antero-posterior craneal.
2. Angiografía con canulación de la coronaria derecha. Vista Oblicua izquierda.
3. Angiografía con canulación de la coronaria derecha, post angioplastia con 2 DES. Vista Oblicua derecha.

Introducción: El ticagrelor es un antiagregante plaquetario que ha demostrado su eficacia reduciendo el riesgo de eventos cardiovasculares tales como, muerte, infarto de miocardio y accidente cerebro vascular. Si bien se han descrito detalladamente complicaciones hemorrágicas, renales, hepáticas y respiratorias en relación con su utilización en la práctica clínica, el incremento de su uso, conlleva la aparición de otros efectos adversos menos frecuentes y no bien esclarecidos. Presentamos el caso de un paciente con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) por el uso de Ticagrelor.

Descripción: Paciente de 52 años de edad, hipertenso y ex-tabaquista, que ingresa a nuestro hospital con diagnóstico de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST infero-posterior Killip y Kimball A, por lo cual se administraron aspirina y ticagrelor y se realizó una cineangiografía de urgencia, la cual mostró lechos ectásicos, obstrucción significativa del segmento medio del 2do ramo diagonal. Coronaria derecha hiperdominante, ocluida en segmentos medio y distal, con abundante contenido trombótico que recibe circulación colateral de la descendente anterior. En el procedimiento se aspiró material trombótico, se realizó infusión intracoronaria de nitroprusiato sódico y se impactaron en el vaso, 2 stent liberadores de drogas (sirolimus). En el control angiográfico posterior se observó arteria permeable y sin complicaciones. Al finalizar el procedimiento el paciente refirió desaparición del dolor y se objetivó nivelación del segmento ST. Durante su internación primero en unidad coronaria y luego en el piso de cardiología, se decidió mantener 7 días el tratamiento de anticoagulación con enoxaparina, debido a la carga trombótica y a la falta de disponibilidad de tirofiban. El ecocardiograma transtorácico evidenció, como únicos datos anormales, hipertrofia ventricular izquierda, fracción de eyección ventricular izquierda de 45-50% a expensas de hipocinesia infero-dorsal de los segmentos basales y medios y dilataciones leve de la aurícula izquierda y de la raíz aórtica. El paciente evolucionó hemodinámicamente estable, con normalización de biomarcadores de injuria miocárdica y asintomático para ángor y disnea. A las 24 horas de su ingreso a UCO y en los días subsiguientes, presentó fiebre recurrente mayor a 38°C, por lo general vespertina y malestar general, sin otros síntomas ni signos anormales. El laboratorio mostró leucocitosis (19100 gb/mm3

con 82% de neutrófilos), proteína C reactiva aumentada (15 mg/dl), eritrosedimentación acelerada (92 mm/h), hemocultivos y urocultivos negativos y más tarde, serologías para hepatitis A, B y C, Epstein Barr, citomegalovirus, toxoplasmosis, Chagas, sífilis, virus de la inmunodeficiencia humana y prueba cutánea de derivado proteico purificado (PPD) negativos. El examen odontológico, la tomografía computarizada de tórax, abdomen, pelvis y senos paranasales, así como el ecocardiograma transesofágico fueron negativos. Finalmente, ante la ausencia demostrable de un factor infeccioso como causante de la fiebre y ante la sospecha de un origen farmacológico de la misma, se rotó el ticagrelor a prasugrel, desapareciendo la fiebre y el malestar general. El paciente fue dado de alta y permaneció asintomático en los controles ambulatorios posteriores.

Conclusión: Se debe considerar al ticagrelor como causante del SIRS, en pacientes con cuadros de fiebre persistente sin evidencia de ninguna otra causa etiológica demostrable y con datos clínicos y de laboratorio compatibles. Aunque el mecanismo de esta afección no se ha esclarecido hasta la fecha, es importante considerar su presencia tan precozmente, como a las 24 horas de administrar la droga. La sospecha diagnóstica temprana del SIRS por ticagrelor podría evitar la prolongación de la estadía hospitalaria y la realización de estudios invasivos y no invasivos innecesarios.

0414 - ¿LA TERCERA ES LA VENCIDA?

LLICAS, Santiago Ezequiel | SCHITTER, Martín | MADDALENA, Andrea Belén | CASABÉ, José Horacio | FAVALORO, Roberto René
Fundación Favaloro

Introducción: La endocarditis fúngica (EF) es una patología de baja prevalencia (entre el 2 y 4% según la literatura, 1% según la base de datos de nuestra institución) pero alta mortalidad, entre 30 y 50% según la bibliografía. *Aspergillus* es el segundo germen más frecuente luego de *Cándida*. Representa un reto diagnóstico que requiere una sospecha precoz y el tratamiento oportuno para mejorar el pronóstico. **Descripción:** Hombre de 66 años con antecedentes de hipertensión arterial y cáncer de colon, en 2018 recibió quimioterapia por catéter Portacath. Cursó internación en octubre de 2019 en otro centro por insuficiencia cardíaca con hallazgos de insuficiencia aórtica y dilatación de aorta ascendente. Se le realizó cirugía de Bentall de Bono con prótesis mecánica, se tomaron hemocultivos sin rescate microbiológico y se envió el material quirúrgico a anatomía patológica, el cual se informó como inflamatorio. En diciembre de 2019 presentó una isquemia arterial aguda por trombosis de la arteria femoral común izquierda y un accidente cerebrovascular isquémico, por lo que se internó en el mismo centro. Se realizó un ecocardiograma transesofágico en el que se evidenció adherida al hemidisco posterior protésico una estructura esférica, con movimiento, de 2 cm x 1.8 cm, con densidad tisular, asociada a disfunción estenótica protésica, insuficiencia moderada y disfunción ventricular severa. Se realizó segunda esternotomía y resección de la masa sobre válvula protésica. De las muestras quirúrgicas se rescató *Aspergillus fumigatus*, iniciándose tratamiento con anfotericina y voriconazol. En ecocardiograma de control a las dos semanas se evidenció en la prótesis aórtica múltiples imágenes con densidad tisular, sésiles y móviles (la mayor de 1.1 cm) adheridas al material protésico, por lo que se derivó al paciente a nuestra institución. A su ingreso se encontraba normotenso, taquicárdico a 120 lpm con ritmo de aleteo auricular, lúcido, sin déficit neurológico, sin signos de insuficiencia cardíaca. Se discutió el caso con el equipo cardiológico multidisciplinario clínico-quirúrgico y se decidió la conducta quirúrgica. Como evaluación prequirúrgica se realizó una cinecoronariografía con evidencia de lesión moderada en la descendente anterior, una resonancia magnética cerebral sin evidencia de sangrado agudo y una angiografía de vasos intra y extracranianos que descartó la presencia de aneurismas micóticos. El paciente intercurrió con insuficiencia cardíaca y síndrome de bajo volumen minuto complicado con insuficiencia renal, por lo que requirió tratamiento con dobutamina, noradrenalina, furosemida e infusión de levosimendán. Finalmente, luego de compensarlo hemodinámicamente se le realizó tercera esternotomía y cirugía de Bentall De Bono con homoinjerto aórtico N° 23 y puente venoso aortocoronario a la descendente anterior. En el posoperatorio requirió soporte en las primeras 24 hs con dobutamina y noradrenalina en bajas

dosis. En muestras quirúrgicas se rescató *Aspergillus Fumigatus* y *Estafilococo Aureus* metilino sensible por lo que recibió tratamiento con voriconazol, anfotericina B liposomal y cefazolina. Evolucionó afebril, sin insuficiencia cardíaca, con dosaje de voriconazol en rango terapéutico adecuado y estable, por lo que se otorgó el egreso institucional.

Conclusión: La EF por *Aspergillus fumigatus* es una enfermedad muy poco frecuente y grave, de mayor incidencia en personas con cirugía cardíaca previa o inmunocomprometidos. Representa un desafío para el equipo de salud. El diagnóstico precoz, la combinación de tratamiento quirúrgico (reemplazo valvular) y tratamiento antimicrobiano es la estrategia de primera elección.

0415 - ENDOCARDITIS RELACIONADA A CABLE DE MARCAPASO

LEIVA PIAZZA, Eugenio Antonio

Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"

Introducción: En las últimas décadas aumentó la indicación de dispositivos electrónicos intracavitarios para el tratamiento de diversas arritmias y en un grupo específico de pacientes con insuficiencia cardíaca. Así también, surge la necesidad de mayor cantidad de ex-plantas por diversas causas. La extracción de catéteres por vía percutánea es cada vez más frecuente. Con el avance tecnológico y mayor experiencia de los especialistas, hace que la práctica brinde una seguridad aceptable. La endocarditis relacionada al cable del marcapaso es una posible complicación, siendo necesaria generalmente la extracción del sistema de marcapaso para resolver la infección.

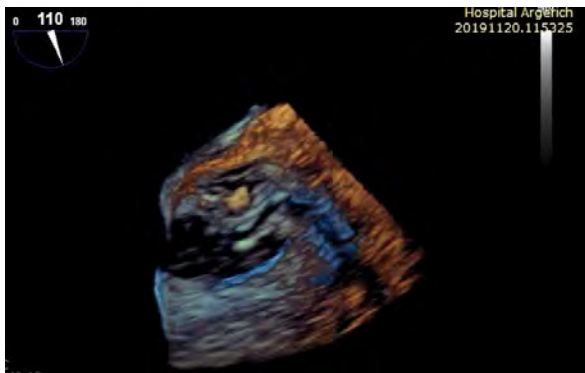
Descripción: Se relata el caso de una paciente de 63 años dislipidémica e hipertensa. el 19/08/16, presenta pre síncope consultando en Servicio de Emergencias, se realiza electrocardiograma que evidencia bloqueo auriculoventricular 2:1. El 24/08/16 se realiza implante de marcapasos tipo DDD. El día 6/09/2019 evoluciona con síndrome febril, consultando el 11/09/2019 al examen físico presenta temperatura de 38.5 °C. En laboratorio se evidencia leucocitosis de 16.900/mm³, se toman urocultivo y hemocultivos. Se realiza Ecocardiograma Doppler trans torácico en el que no se evidencian imágenes compatibles con endocarditis. Se inicia tratamiento con levofloxacina, El 12/09/19 se reciben hemocultivos positivos a *Escherichia coli* decidiéndose su internación, se rota antibioticoterapia a piperacilina-tazobactam y el 13/09/2019 se realiza Eco Doppler cardíaco transesofágico que evidenció imagen de 7x3 mm compatible con vegetación en catéter auricular de marcapaso, asumiéndose como endocarditis infecciosa definida. El 01/10/2019 se realiza nuevo ecocardiograma doppler transesofágico que evidenció persistencia de imagen sin aumento de tamaño, cumpliendo antibioticoterapia por 28 días. El 11/10/2019 se decide alta institucional luego de reunión interdisciplinaria. El 28/10/2019 se realiza ecocardiograma trans esofágico por ambulatorio que evidenció aumento de tamaño de vegetación sobre catéter auricular (1.66 cm x 0.7 cm), internándose en sala general el día 1/11/2019. Se realizan hemocultivos que resultan negativos, iniciando tratamiento con ciprofloxacina. El 21/11/2019 se realiza extracción de cable infectado con sistema de liberación COOK, enviándose a cultivo. El 25/11/2019 se realiza implante de marcapasos DDD, otorgándose alta institucional el 26/11/2019 con buena evolución posterior.

Conclusión: La extracción de catéteres de cable de marcapasos que presentan fibrosis en el sitio de colocación es una técnica quirúrgica difícil, esta nueva técnica percutánea es una opción segura y exitosa.

0419 - ENDOCARDITIS POR NEISSERIA GONORRHEAE: REPORTE DE UN CASO.

VOLPATO, Jessica | LACUSANT, Jeanette | ESTRELLA, Maria Laura | KAZELIAN, Lucía Raquel | GAGLIARDI, Juan Alberto

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich



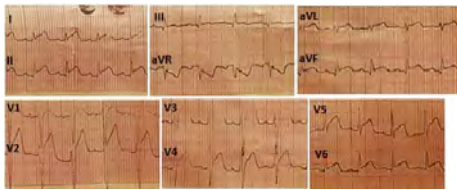
Introducción: La gonorrea es un problema de salud pública mundial desde la antigüedad. La infección gonocócica diseminada ocurre en 1-3% de todas las infecciones por *Neisseria Gonorrhoeae*, siendo la endocarditis gonocócica una complicación muy poco frecuente.

Descripción: Paciente 38 años sin FRCV, presenta síndrome febril prolongado, astenia y pérdida de peso. Se realizan hemocultivos (HMC) 3/3 positivos para *Neisseria Gonorrhoeae* y ecocardiograma doppler transtorácico que evidencia dos vegetaciones, una sobre la válvula no coronaria, muy móvil y pediculada que prolapsa hacia TSVI en diástole de 4x4 mm y otra sobre la válvula coronaria derecha, menos móvil de 2x3 mm, que generan insuficiencia aórtica severa con jet excéntrico a la válvula anterior mitral secundaria a endocarditis. No presenta signos ni síntomas venéreos y fondo de ojos sin impactos sépticos. Se inicia tratamiento con ceftriaxona por 4 semanas, con HMC de control negativos. Se realiza cirugía de reemplazo valvular aórtico con prótesis mecánica bidisco n° 23. Evoluciona hemodinámicamente estable, con cultivo de válvula nativa negativo. Se otorga alta hospitalaria. La gonorrea continúa siendo un problema de salud pública mundial.

La presentación clínica varía desde casos asintomáticos, infección sintomática restringida al tracto genital, faringe o recto, e infección diseminada, que afecta principalmente a la piel y las articulaciones. En la era pre-antibiótica, el gonococo fue responsable del 26% de los casos de endocarditis y la mayoría fueron fatales. Luego del advenimiento de la penicilina, su incidencia declinó sustancialmente, aumentando paralelamente la supervivencia. La forma diseminada ocurre en el 1-3%, y la endocarditis gonocócica es una complicación en el 1-2% de estos pacientes. En todo el mundo hay 120 casos de endocarditis infecciosa por *N. Gonorrhoeae* reportados en la era pre-antibiótica y 70 casos en la era post-antibiótica con una tendencia hacia un aumento. El registro EIRA 3 muestra que los gram-negativos son poco frecuentes, siendo este el primer caso de *El por gonococo* reportado en la Argentina. Los signos más comunes fueron soplo, fiebre, taquicardia, artritis, embolización sistémica, y esplenomegalia, sin síntomas venéreos, características clínicas que en su mayoría coinciden con nuestro paciente. Los cultivos de uretra, faringe y recto fueron frecuentemente negativos para *N. Gonorrhoeae* en endocarditis gonocócica, pero los HMC resultan positivos en el 95.7% de todos los casos, lo cual difiere de otras gonococcemias diseminadas donde la tasa de positividad de HMC es del 10-30%. Se observa propensión a la afectación de la válvula aórtica con vegetaciones grandes y formación de abscesos en el anillo de la válvula, lo cual se ve relacionado con la alta incidencia de intervenciones quirúrgicas de estos pacientes. Se documentaron vegetaciones en 94.5% de casos, siendo la válvula aórtica la involucrada en más del 50% de los casos, seguido de la mitral y válvulas pulmonares en 24% y 14%, respectivamente. El orden de incidencia en la afectación valvular se mantiene desde la era pre-antibiótica. Actualmente la mortalidad se estima que es del 19% a pesar del tratamiento médico y quirúrgico adecuado, con requerimientos de cirugía valvular en el más del 50% de los casos. Además, se observó en los últimos años un aumento de la resistencia a la ciprofloxacina que se utiliza como primera línea contra la gonorrea lo que podría significar un aumento de paciente tratados de forma inadecuada, dando lugar a un mayor riesgo de infecciones diseminadas. El estudio GRASP recomienda el tratamiento

con cefalosporinas de 3° generación, el cual fue el utilizado en nuestro paciente.

Conclusión: Resulta importante recordar las infecciones por gonococo en personas sexualmente activas y considerar la EI como complicación, principalmente ante el hallazgo de bacteriemia.



0423 - PERICARDITIS PURULENTO POR SAMR

VIDAL GONZALES, Melissa Vania | DI NIRO, Gustavo Adolfo | TEJERA, Pablo Ariel | PIZZORNO, Agustina | JUNGER, Sofia Magali
Hospital Central de San Isidro

Introducción: La pericarditis purulenta es una condición poco frecuente en la actualidad. Solo se encuentran unos pocos casos descritos en la literatura y es conocida la incidencia alta de mortalidad. Presentamos el caso de un adolescente sin antecedentes previos.

Descripción: Masculino 16 años sin antecedentes previos. Con cuadro clínico de fiebre, dolor torácico opresivo que aumenta con la inspiración y disnea de 48 hrs, asociado a cianosis de 3 falanges distales de mano izquierda. Al examen físico se presentaba aletargado con tendencia al sueño, taquicárdico, ruidos cardíacos normofonéticos; con buena mecánica ventilatoria e hipoventilación bibasal. Laboratorio de ingreso que demostraba parámetros de disfunción multiorgánica (GB 21.000; TP 38%; RIN 1,87; TGO 92; CPK 737; CKMB 81; LDH 1119). ECG Ingreso: Supra desnivel ST generalizado. Se realiza ETE que evidencia masa en AD, además de SCAN TC que muestra derrame pleural bilateral, derrame pericárdico (Severo) y rescate de *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR) en HMC x3 y urocultivo. Se decide drenaje de líquido pericárdico (500 ml) cuyo cultivo es también positivo para SAMR.

Conclusión: Paciente concluyó esquema antibiótico con evolución favorable. En ETE control posterior a tratamiento ya no se observa presencia de masa en AD. RMN cardíaca control con función sistólica global deteriorada leve (FEY 48%), captación tardía de gadolinio de tipo transmural en segmento inferior y septal inferior en tercio medio. Entre los casos de pericarditis en EEUU <1% son bacterianos, siendo una enfermedad potencialmente fulminante y mortal.



0427 - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO NO CONOCIDO DE ENFERMEDAD DE BEHCET.

RUBIO, Pablo Manuel | BONORINO, José | FERNÁNDEZ, Horacio Enrique | DR. BARATTA, Sergio | HITA, Alejandro
Hospital Universitario Austral

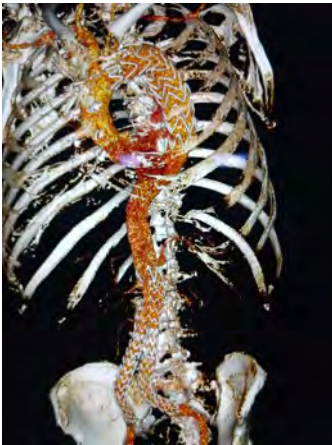


Introducción: El síndrome de Behcet, es una patología inflamatoria sistémica, de etiología no aclarada, que compromete al sistema cardiovascular a partir de una vasculitis compleja, con características histológicas, patogénicas y clínicas peculiares, pudiendo desencadenar trombosis, estenosis y/o aneurismas vasculares. Presentamos el caso de una paciente de 46 años de edad, con dolor precordial atípico, disnea, tras lo cual arribamos al diagnóstico de tromboembolismo pulmonar en contexto de síndrome de Behcet no conocido.

Descripción: Paciente femenina de 46 años de edad, con antecedentes de asma intermitente, diagnóstico de angina de Prinzmetal, cefaleas migrañosas, trastorno límite de la personalidad con ideación suicida y síndrome conversivo en contexto de convulsiones. Trombosis venosa profunda de miembro superior izquierdo en 2005, uveítis bilateral en 2006. Ulceras orales, genitales, sin diagnóstico etiológico, al discontinuar seguimiento. Se encontraba bajo tratamiento médico con Mononitrato de isosorbide, Trimetazidina, Clonazepam, Litio, Levomepromazina, Lamotrigina, Olanzapina, Zopiclona. Es internada en Unidad Coronaria por presentar dolor de pecho atípico y disnea súbita. Examen físico: TA 130/75 Fc 100 lpm. Buena entrada de aire en ambos campos pulmonares. Sin hallazgos patológicos en la auscultación cardíaca. Sin signos de insuficiencia cardíaca. ECG Ondas T negativas en V1-V4 (no descritas previamente) Laboratorio: Dímero D: 1314ng/ml Pro BNP 113 pg/ml Troponina T <3 pg/m ESD: 15mm/hr Fibrinógeno: 337mg/dl HIV negativo HBsAg negativo HBsAc positivo HBcAc negativo HCV negativo PPD negativo Anticoagulante lúpico negativo Cardiolipina IgG IgM negativas Beta 2 Glicoproteína IgG IgM negativas Ecocardiograma: Sin hallazgos patológicos AngioTC torax: Defecto de relleno endoluminal parcialmente oclusivo del tronco de

la arteria pulmonar derecha con oclusión total de la rama para el lóbulo superior derecho y parcial para la rama interlobar. Electroencefalograma: sin hallazgos patológicos TC abdomen: no se evidencian dilataciones aneurismáticas. RMN cerebro: sin hallazgos patológicos Se interpreto cuadro clínico compatible con Tromboembolismo pulmonar de riesgo bajo (PESI 46), por lo que se inicio anticoagulación con enoxaparina. En cuanto a la etiología del tromboembolismo pulmonar, en contexto de paciente con antecedente de trombosis de miembro superior previa, con antecedente de aftas orales recurrentes, aftas genitales y episodio de uveítis, habiéndose descartado síndrome antifosfolipídico, consumo de anticoagulantes, se interpreto posible síndrome de Behcet asociado al tromboembolismo pulmonar, por lo que se adicióno al tratamiento anticoagulante, tratamiento inmunosupresor con corticoideoterapia, Azatioprina y ciclofosfamida. Por buena evolución, se decidió egreso hospitalario con indicaciones de seguimiento por ambulatorio con cardiología, hematología, reumatología y psiquiatría.

Conclusión: -En cuanto al síndrome de Behcet, la incidencia de complicaciones pulmonares es baja, tratándose de una complicación poco común que representa aproximadamente un 5-10% de los pacientes con dicha enfermedad. -Las manifestaciones tromboembólicas pulmonares, ensombrecen considerablemente el pronóstico. -El tratamiento del tromboembolismo pulmonar en pacientes con enfermedad de Behcet debe ser individualizado y por lo general se asocia a inmunosupresión, de acuerdo a la gravedad del caso. -Este caso refleja la importancia de las enfermedades reumáticas, en la cardiología contemporánea, sobre todo asociada a fenómenos tromboembólicos.



0429 - AAA FISURADO ASOCIADO A SINDROME AORTICO AGUDO

TORRESANI, Ernesto Marcelo | MARTINO, Guillermo Raúl | DR. BIONDINI, Ignacio | HRABAR, Adrian Demetrio | BASTIANELLI, Gustavo Atilio Sanatorio Modelo de Quilmes

Introducción: La necesidad de tratamiento endovascular de aorta torácica y abdominal en un mismo acto no es frecuente. Cuando debemos hacerlo, la oclusión de múltiples ramas aumenta el riesgo de isquemia medular y paraplejía. Se presenta el caso de un paciente con aneurisma de aorta abdominal fisurado asociado a hematoma de aorta descendente.

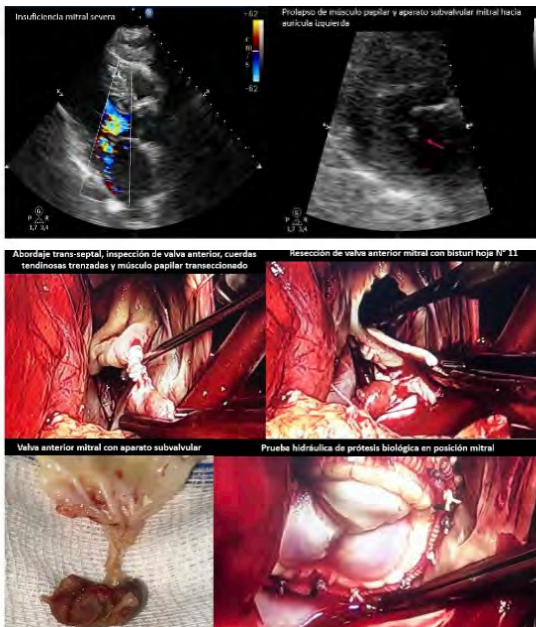
Descripción: Paciente de 68 años, masculino, con antecedentes de HTA, tabaquismo, sedentarismo, sobrepeso. Ingresa por dolor abdominal difuso sin otros síntomas asociados. Examen físico: masa pulsátil dolorosa a la palpación compatible con AAA. ECG y Ecocardiograma Trans-Torácico: HVI. Resto s/p. AngioTAC: Hematoma en pared de aorta que se extiende desde la subclavia izq. hasta la aorta abdominal, AAA (55.1 mm) fisurado (hematoma retro-peritoneal), aneurisma (25.6 mm) de íliaca primitiva derecha y de íliaca interna izquierda ocluida. Se planifica tratamiento endovascular con endoprótesis en aorta torácica, oclusión de arteria íliaca interna derecha y endoprótesis aorto-bi-íliaca. Considerando probable oclusión de arteria subclavia izquierda, oclusión de arterias intercostales, probable oclusión de arteria de Adamkiewicz, oclusión de arterias lumbares, mesentérica inferior y

de ambas íliacas internas se estima el riesgo de paraplejía cercano al 20%. Se realizó el procedimiento planificado, colocando previamente en la sala de hemodinamia drenaje de LCR con sistema LiquoGuard® drenando alrededor de 10 ml/h, manteniendo una presión del LCR cercana a 10 mm Hg. A las 72hs se cerró el drenaje controlando la presión durante las 12hs subsiguientes y al mantenerse estable se retiró el drenaje. El paciente fue controlado en sala general durante otras 48hs al cabo de lo cual fue dado de alta. Se realizó TAC de control a los 45 días objetivándose endoleak tipo 2 desde mesentérica inferior, reabsorción del hematoma retro-peritoneal y aórtico manejándose con control clínico.

Conclusión: Si bien cabe la discusión en tratar o no el hematoma de aorta torácica con endoprótesis, en este caso, debido a la coexistencia de ruptura en aorta abdominal creímos oportuno hacerlo, pero ante la coexistencia de oclusión de íliaca interna izquierda y aneurisma de íliaca primitiva derecha con probabilidad de oclusión de íliaca interna derecha, el riesgo de paraplejía es altísimo pudiendo ser prevenido apropiadamente con drenaje de LCR. En este sentido, debido a las características del dispositivo LiquoGuard® que maneja los parámetros necesarios de manera automática, el control fué seguro y eficaz.

0430 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA INSUFICIENCIA MITRAL AGUDA POST-INFARTO POR RUPTURA DE MÚSCULO PAPILAR

AVELLANEDA, Lucia Beatriz | SANTILLI, Pablo | FAVALORO, Roberto René | ABUD, José Alberto Fundación Favaloro



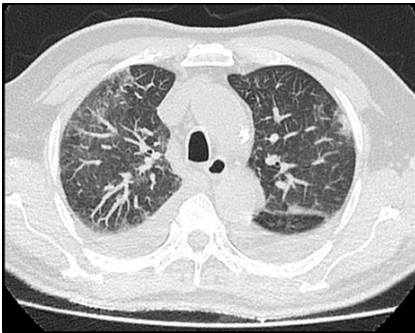
Introducción: La insuficiencia mitral (IM) aguda post-infarto por ruptura de músculo papilar es una complicación infrecuente pero de elevada mortalidad intrahospitalaria sin resolución quirúrgica. Sin embargo, la misma cirugía involucra una alta mortalidad relacionada a comorbilidades, estado clínico del paciente y riesgo de sangrado elevado vinculado a la terapia antiplaquetaria.

Descripción: Masculino de 67 años de edad, hipertenso, ingresó por síndrome coronario agudo con elevación del ST inferior, Killip y Kimball B, por lo que recibió a su ingreso tratamiento antitrombótico con anticoagulación, aspirina y ticagrelor. Refería angor de 4 días de evolución, que se incrementó hasta el momento de la consulta. Se realizó cinecoronariografía de urgencia que evidenció lesión suboclusiva en segmento distal de arteria coronaria derecha con flujo TIMI 1 y otra lesión severa ostial, sin otras lesiones significativas. Se realizó angioplastia con stent liberador de drogas en segmento distal y en el ostium, con resultado favorable. Intercurrió posterior al procedimiento con edema agudo de pulmón. Se realizó ecocardiograma de urgencia que evidenció: Hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo. Fey 65%. Aquinesia inferior, inferolateral e inferoseptal basal. Función sistólica del ventrículo derecho conservada. IM con jet de regurgitación oblicuo dirigido hacia el septum interauricular, de grado severo. Imagen móvil y de ecogenicidad intermedia adherida a la válvula mitral, que prolapsa en sístole a la aurícula izquierda, compatible con ruptura de músculo papilar (Figura 1). Se decidió en este contexto colocación de balón de contrapulsación intraaórtico (BCIA) e intervención quirúrgica de emergencia. Durante la cirugía se realizó atriotomía izquierda transeptal según técnica de Guiraudon por aurícula pequeña y se observó la

insuficiencia valvular severa por prolapso de valva anterior debido a ruptura de la cabeza del músculo papilar postero-lateral (Figura 2). Ante la imposibilidad del reimplante por la calidad de la pared ventricular infartada se decidió reemplazo mitral por bioprótesis y posterior reconstrucción septo-auricular. El procedimiento requirió un tiempo de circulación extracorpórea de 124 minutos y de clampeo aórtico de 83 minutos. Durante el postoperatorio inmediato evolucionó con shock cardiogénico y vasopléjico, requiriendo soporte mecánico con BCIA, inotrópico con dobutamina, y vasopresores a dosis altas. No presentó sangrado y se repitió un ecocardiograma postoperatorio que evidenció función biventricular conservada y prótesis valvular biológica normofuncionante. Posteriormente evolucionó con destete favorable de inotrópicos, completando tratamiento antibiótico por bacteriemia asociada a catéter y neumonía bacteriémica por Serratia. **Conclusión:** No están claros los factores que modifican el pronóstico de la IM aguda post-infarto en el postoperatorio, aunque se cree que el shock cardiogénico prequirúrgico y la necesidad de dispositivos de asistencia circulatoria mecánica postoperatorios determinan una evolución tórpida. Su diagnóstico mediante técnicas rápidas y su resolución quirúrgica precoz, podrían evitar estas complicaciones.

0441 - PACIENTE CON INFARTO ANTERIOR EVOLUCIONADO EN CONTEXTO DE COVID-19

FUENTES, Richard | CAINZO, Christian Jose | BASCONCEL, Mauro | GIMENEZ, Carlos Hector | NICOLOSI, Liliana
Hospital Español



Introducción: A medida que transcurren los días en esta pandemia podemos decir que el COVID-19 no solo produce alteraciones a nivel respiratorios (neumonía viral) si no que además va acompañado con una serie de respuestas inflamatorias a nivel sistémico y por ende afectación cardiovascular. Los pacientes con factores de riesgo: Diabetes, hipertensión, sexo, obesidad, y aquellos con enfermedad cardiovascular previa son una población vulnerable para el COVID-19

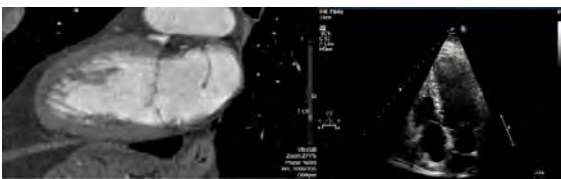
Descripción: Paciente masculino de 84 años, con factores de riesgo aterogénico: Diabetes tipo 2 no insulino-requiriente, antecedentes de adenocarcinoma de próstata con tratamiento quirúrgico, cursó primera internación en terapia intermedia por insuficiencia respiratoria por proceso infeccioso por Covid-19, con nexo epidemiológico, hija que había regresado de Brasil. El paciente refirió episodios de angor en CF IV dos días previos de la consulta constándose en el electrocardiograma (ECG) secuela anterior extensa (figura 2) con valores positivos de troponina T ultrasensible (TT US) mayores a 4000 ng/dl. Se interpretó como infarto anterior extenso evolucionado y dado el contexto clínico y estado biológico del paciente se decidió realizar tratamiento médico. En el Ecocardiograma Doppler se evidenció el ventrículo izquierdo (VI) dilatado, con aquinesia septomedial y apical, anteromedial y apical e hipokuinesia lateromedial y apical e inferoapical, con insuficiencia mitral moderada y fracción de eyección del VI 28%. Fue dado de alta con dos hisopados negativos, con doble antiagregación, furosemida e inhibidores de la aldosterona, no se pudieron titular IECAs ni beta bloqueantes. El paciente reingresó a los diez días refiriendo progresión de su disnea asociado a ortopnea, al examen físico, signos de insuficiencia cardíaca, ECG sin cambios con respecto al previo, radiografía de tórax signos de redistribución de flujo, derrame pleural. Laboratorios

se evidenció leve anemia, NT-proBNP de 6800 ng/dl, TT US de 201 ng/dl, ferritina de 1487 y dímero D 1,1 ng/dl. Se realizó tomografía (TC) de tórax: signos de sobrecarga hídrica y Opacidades en vidrio esmerilado central y periférico bilateral en los lóbulos superiores y consolidación alveolar en segmento apical del lóbulo inferior derecho asociado a derrame pleural bilateral (figura 1). Ingresó a UCO con diagnóstico de insuficiencia cardíaca descompensada, de origen isquémico-necrótico con deterioro severo de la FEVI y neumonía multilobar. Por el antecedente de infección por COVID-19 y por las imágenes de la TC, se indica realización de nuevo hisopado que resultó positivo, interpretándose como una posible reactivación del virus por lo que se aisló al paciente, se inició tratamiento y balance hídrico negativo con buena respuesta clínica, evolucionó afebril y sin requerimiento de oxígeno. Se tituló medicación vía oral y se tomaron dos hisopados que resultaron negativos por lo que se otorgó el alta hospitalaria.

Conclusión: El COVID-19 no debería contraindicar el acceso a una reperfusión temprana. La angioplastia primaria debería seguir siendo la estrategia de elección siempre y cuando se disponga del equipo de protección respectiva Dado el contexto clínico y biológico de nuestro caso se optó por efectuar tratamiento médico.

0449 - COR TRIARIATUM SINISTER INCOMPLETO EN ADULTO ASINTOMÁTICO

TONSO, Sebastián | PÉREZ DE ARENAZA, Diego | FALCONI, Mariano Luis | PIZARRO, Rodolfo
Hospital Italiano de Buenos Aires



Introducción: El Cor Triariatum es una entidad congénita infrecuente, su origen embriológico es discutido. Se presenta generalmente en aurícula izquierda, siendo excepcional en aurícula derecha. Su morfología es variable (completo, incompleto, perforado; de orientación diafragmática, en reloj de arena, tubular, etc...) y se asocia a otras cardiopatías congénitas; lo que condiciona que pueda ser solo un hallazgo asintomático hasta presentar cuadros clínicos severos en la infancia.

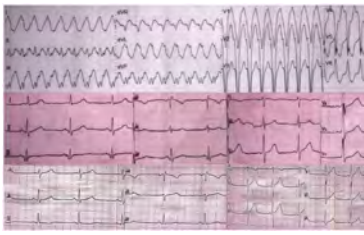
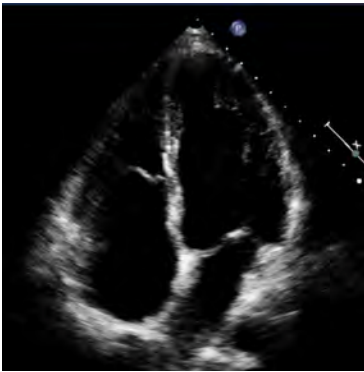
Descripción: Se describe el hallazgo en un paciente de 52 años, obeso, en el que se realizó ecocardiograma transtorácico para evaluación prequirúrgica. Donde se observó una membrana que desde el techo de la aurícula, la dividía en dos cámaras (una proximal que recibe las 4 venas pulmonares, y una distal donde se origina la orejuela y comunica con la válvula mitral), con una comunicación amplia. Sin generar estenosis; ni asociarse a otras cardiopatías congénitas. No presentaba signos indirectos de hipertensión pulmonar, ni alteración en cavidades derechas. Se realizó tomografía cardíaca con contraste para evaluación del defecto, inserción de venas pulmonares y presencia de otras cardiopatías congénitas; descartando anomalías. El paciente no refería síntomas que puedan asociarse al mismo.

Conclusión: El hallazgo de cardiopatías congénitas en pacientes adultos asintomáticos es más frecuente, debido al mayor uso de métodos diagnósticos de imagen cardíaca. La presencia de cor triariatum incompleto ha sido descrita en adultos asintomáticos. Se ha descrito que esta membrana puede evolucionar con cambios degenerativos, y mayor estrechamiento en la vejez, volviéndose sintomática y/o repercutiendo en las presiones pulmonares. Así también en estados de hipervolemia, grandes quemados, sepsis o trauma. Por lo que el seguimiento del paciente en el tiempo es mandatorio.

0450 - LA ANOMALIA DE LA ANOMALIA Y LA VUELTA A LA NORMALIDAD

LOPEZ AGUSTI, Juan Manuel | RICART, Juan Pablo | DR. ZABALA, Federico | PAGOLA, Juan Alberto | DR. MANIOTTI, Enzo Damian
HOSPITAL SAN MARTÍN LA PLATA

Introducción: La anomalía de Ebstein es una cardiopatía congénita infrecuente que supone menos del 1% de todos los casos de este grupo de patologías, caracterizada por la implantación anormalmente baja de las valvas septal y posterior de la válvula tricúspide. Existen diferentes grados de afectación y, consecuentemente, las manifestaciones clínicas pueden ser muy variables. En los adultos suele manifestarse con palpitaciones, disnea ante esfuerzos, y en estadios más avanzados síncope o hasta debutar con muerte súbita por arritmias malignas. La mayoría de estos pacientes presentan anomalías en el electrocardiograma, principalmente crecimiento de la aurícula



derecha, bloqueo de rama derecha y trastornos de conducción; el síndrome Wolf Parkinson White que se encuentra asociado en un 20 a 30% de los casos.

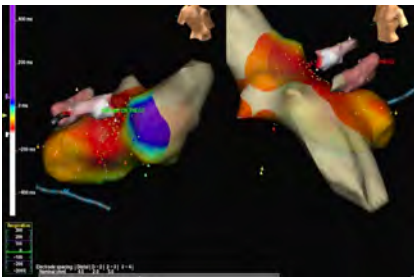
Descripción: Paciente de 37 años con antecedentes de disnea ante esfuerzos en la infancia y dos episodios sincopales practicando fútbol recreativo en el último mes, que se presenta a la consulta por palpitaciones y malestar torácico. El electrocardiograma presenta una taquicardia de QRS ancho a 214 latidos por minuto que le genera inestabilidad hemodinámica por lo cual se realiza cardioversión eléctrica que revierte a ritmo sinusal y presencia de onda Delta con escasa preexcitación de localización aparente posteroseptal derecha. El Ecocardiograma transtorácico muestra como hallazgo Enfermedad de Ebstein con función del ventrículo derecho conservado. Se realiza estudio electrofisiológico y ablación por radiofrecuencia de vía accesoria posterolateral derecha. El electrocardiograma basal del paciente posterior a la ablación Ritmo sinusal con bloqueo completo de rama derecha del Has de His. Tres semanas posteriores a la ablación, se realizó Prueba Ergométrica Graduada donde se mostro asintomático durante toda la prueba, logrando 9.3 METS con una frecuencia cardíaca máxima de 176 latidos por minuto; sin presencia de vía accesoria manifiesta en el esfuerzo ni en el reposo inmediato y tensión arterial sistólica máxima de 180 mmHg. Se le indica al paciente la vuelta a sus actividades deportivas habituales.

Conclusión: El Síndrome de Wolf Parkinson White está presente en aproximadamente el 0.1-0.3% de la población y según algunos autores, este síndrome se asocia a la anomalía de Ebstein hasta en un 20-30% de los casos. Más de la mitad de los adolescentes y adultos con este patrón son asintomáticos. Sin embargo, existe cierto riesgo de Taqui-arritmias supraventriculares potencialmente graves. En el caso clínico descrito el paciente presenta dos episodios sincopales durante ejercicios físicos de moderada a alta intensidad y luego consulta por sufrir palpitaciones donde se le diagnostica esta alteración de la conducción. La realización de ecocardiograma es de suma

importancia por la frecuente asociación entre ambos síndromes. Los pacientes con esta patología que se presenten de manera leve a moderada, sin cianosis, con un tamaño y función normal del ventrículo derecho, con insuficiencia valvular tricúspide menor a moderada y sin arritmias pueden considerar la participación en todos los deportes.

0455 - ABLACIÓN DE EXTRASÍSTOLES DEL SUMMIT DEL VI

VOLPATO, Jessica | ANTEZANA CHÁVEZ, Edgar | CELANO, Leonardo | LABADET, Carlos David | GAGLIARDI, Juan Alberto
Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich



Introducción: Las extrasístoles ventriculares(EVs) frecuentes pueden causar miocardiopatía inducida por arritmia (MIA), con una incidencia entre 9% y 34%.

Descripción: Paciente masculino de 58 años con antecedentes de HTA, obesidad, DBT insulino requiriente, sedentarismo, y enfermedad renal crónica. Medicación habitual: Amlodipina, Carvedilol. Hidroclorotiazida, AAS, Amiodarona e Insulina NPH. Exámenes complementarios: Holter de 24 hs: EVs muy frecuente (15923 latidos – 16.19%), monomorfas, aisladas y agrupadas en duplas. Ecocardiograma doppler: Deterioro moderado de la FSVI(43%). Aquinesia septal anterior media, anterior media y todos los segmentos apicales. Patrón de llenado seudonormalizado. Cinecoronariografía: sin lesiones significativas Por sospecha de miocardiopatía inducida por arritmias sintomática para disnea en CF II e insuficiencia cardíaca, se realiza Ablación de extrasístoles ventriculares originadas en el summit de VI de forma

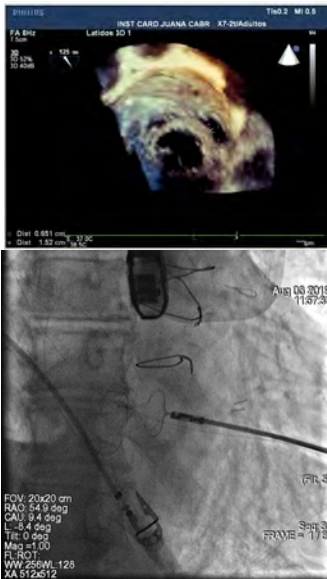
exitosa. Estudios complementarios control: Holter 24 hs: EVs poco frecuentes (448 latidos), Monomorfas. Dos duplas. Ecocardiograma doppler: VI levemente dilatado, con hipertrofia leve a moderada. Acinesia inferior. Hipocinesia posterior. Fey 55%. Patrón de relajación prolongada. Queremos destacar la importancia del diagnóstico de MIA a la hora evaluar un paciente, debido a que conduce a una disfunción sistólica con aumento de la morbimortalidad cardiovascular, en el contexto de una cardiopatía potencialmente reversible. Debe considerarse la posibilidad de MIA cuando la incidencia de EV es mayor a 10% de los latidos .Además la presencia de una carga superior al 24% se asocia independientemente con disfunción ventricular tenga o no cardiopatía estructural subyacente. El estudio diagnóstico inicial de todos los pacientes con EV frecuentes debe incluir una determinación objetiva de la carga de EV y una evaluación de la función cardíaca. Y el diagnóstico definitivo se realiza de manera retrospectiva. La farmacoterapia en nuestro paciente era ineficaz, llevándonos a la siguiente opción terapéutica que es la ablación, siendo el tratamiento más efectivo (70-90% de éxito) dando una mejora significativa de la FSVI y de la sintomatología a estos pacientes. Se considera una ablación exitosa cuando se disminuye un 80% la carga de EVs, y diagnóstico de MIA, cuando había un aumento de la FEV de un 15% o que fuese mayor al 50% después de esta. Nuestro paciente presentó el foco ectópico en el Summit del VI. Esta área es una región triangular epicárdica del tracto de salida del VI con el vértice en la bifurcación entre la DA y la CX, y una base formada por un arco que conecta la primera rama perforante septal de la DA con la Cx . Y comprende el 14% de las arritmias del VI. La vena coronaria mayor lo divide lateralmente a la altura de su unión con la vena interventricular anterior, en un área accesible a la ablación en la parte inferior y un área inaccesible en la parte superior. La ablación epicárdica en esta área a menudo es limitado debido a proximidad de arterias coronarias lo que demuestra el riesgo de infarto del procedimiento y por la obstrucción por grasa epicárdica, razón por la cual se realiza una angiografía coronaria antes de la ablación ya que se necesita un margen de seguridad entre el sitio de origen de la arritmia y la arteria coronaria de al menos 5mm, visualizado en dos proyecciones. El éxito de la ablación en este sitio, está determinado por la reciente capacidad de ablacinar desde las venas comunicantes entre la cúspide aortica y la arteria pulmonar apuntando a estos focos arritmogénicos. Dada la compleja ubicación del foco arritmogénico, la duración del procedimiento y el tiempo de radiofrecuencia en pacientes con EV en el summit son significativamente más largos.

Conclusión: La ablación es el tratamiento de elección para MIA, aun frente a la presencia de focos ectópicos de difícil acceso. Las nuevas técnicas de mapeo que permiten su correcta identificación y ablación, con baja tasa de complicaciones y altas tasas de éxito.

0465 - CIERRE PERCUTANEO DE LEAK PERIPROTESICO MITRAL

SINGH, Vanina Gabriela | RETAMOSO, Eugenia | GOMEZ, Silvina Esther | AMARILLA, Lucas | AZULAY, Hugo Fernando Alexis
Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"

Introducción: El leak periprotésico constituye un tipo de disfunción valvular. En la mayoría de los casos suelen ser pequeños y asintomáti-



cos, pero en ocasiones pueden producir cuadros severos que requieren de intervención. A propósito de un caso Paciente 74 años, antecedente de cirugía combinada de revascularización miocárdica y reemplazo valvular mitral con prótesis biológica n°29, FA paroxística. En marzo de 2019 evoluciona con insuficiencia cardíaca descompensada, se realiza ecoDoppler cardíaco que evidencio leak periprotésico leve-moderado en posición septal, hora 3 de 1.5 cm de diámetro se ajusta medicación. se plantea como etiología probable leak periprotésico por lo que se decide cierre percutáneo de leak utilizándose dispositivo occlutech PLD 14 exitoso, el cual se realiza en agosto de 2019 evidenciándose en control ecocardiográfico leak leve. Se logra compensación hemodinámica y se otorga alta institucional.

Descripción: El leak periprotésico se define como flujo de sangre regurgitante a través de un espacio entre la válvula protésica y el miocardio adyacente a la misma. Frecuencia estimada de 2-17%, y de este porcentaje entre 5-15% están en relación con prótesis mitrales. La ubicación más frecuente es en posición anterolateral, seguida de posteromedial y menos frecuente ubicación septal. El ecocardiograma constituye el método diagnóstico de elección para la evaluación de la prótesis valvular. Por lo general si los leaks son asintomáticos, la estrategia de manejo establece un seguimiento ecocardiográfico estrecho, mientras que si son sintomáticos, se debe establecer la funcionalidad del leak y caracterizar la imagen. El cierre percutáneo puede realizarse empleando diferentes accesos (transfemoral anterógrado, retrogrado o transapical), por lo general es realizado bajo anestesia general empleando guía fluoroscópica y mediante ecografía transesofágica.

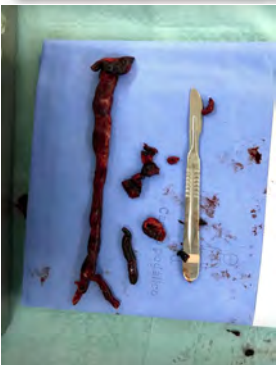
Conclusión: En el caso de nuestro paciente, si bien presentaba un leak periprotésico leve-moderado, el hallazgo relevante del ecoDoppler cardíaco fue el aumento de la presión sistólica de la pulmonar, y las recurrentes consultas por insuficiencia cardíaca descompensada, debido a ello es que se decide

establecer una estrategia de intervención y se procede al cierre percutáneo.

0466 - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO MASIVO CON TROMBO GIGANTE EN CAVIDADES DERECHAS

FUENTES, Richard | CAINZO, Christian Jose | BAZOALTO ORTUBE, Fernando | CHOQUE, Jaime | NICOLSI, Liliana
Hospital Español

Introducción: El tromboembolismo de pulmón (TEP) representa la tercera causa de muerte de origen cardiovascular, tiene una incidencia de 70 por cada 100.000 habitantes y es responsable de al menos 100000 muertes anuales en Estados Unidos. El diagnóstico precoz y el inicio de tratamiento adecuado resultará en la buena evolución o un tórpido pronóstico.



Descripción: Varón de 61 años con FRC: SDT, HTA, tabaquista, sin otros antecedentes cardiológicos. Antecedentes de cirugía de fractura de cadera hace 15 días. Refiere presentar disnea súbita asociado a síncope, acude a emergencias de nuestra institución constatándose insuficiencia respiratoria con mala mecánica ventilatoria, taquicardia sinusal, desaturación, hipoxia, hipocapnea e inestabilidad hemodinámica requiriendo asistencia respiratoria mecánica y soporte drogas vasoactivas. Se procedió al traslado a sala de imágenes para efectuar angiotomografía con protocolo para TEP confirmando sospecha clínica de Tromboembolismo pulmonar masivo bilateral. Posteriormente, se efectúa ecocardiograma transtorácico evidenciándose imagen de doble densidad de aspecto serpenteante muy móvil en tránsito de aurícula derecha hacia ventrículo derecho, dilatación de cavidades derechas, con disfunción severa del mismo, el doppler color mostró insuficiencia tricúspide moderada, presión sistólica en arteria pulmonar de 65 mmHg. Dada la contraindicación de uso de fibrinolíticos por la cirugía mayor reciente la inestabilidad hemodinámica y los hallazgos encontrados en los estudios complementarios se decide someter al paciente a tratamiento quirúrgico. Se procedió a realizar intervención quirúrgica, bajo circulación extracorpórea: arteriorrafia de tronco de ambas arterias pulmonares, se extrajeron trombos de gran tamaño, extracción de trombo gigante friables de cavidades derechas. El tiempo total de CEC (asistencia extracorpórea) fue de 120 min. En su estadía en unidad coronaria permaneció en Asistencia respiratoria mecánica (ARM) con soporte de drogas vasoactivas, intercurriendo con taquicardia ventricular monomorfa sostenida seguida de Fibrilación ventricular con maniobras de reanimación no exitosas.

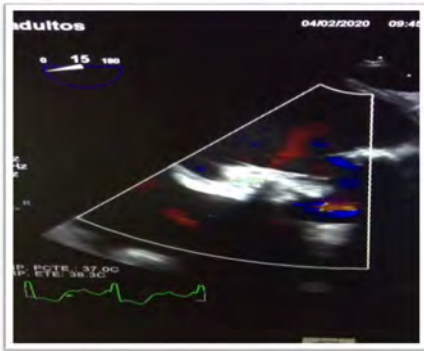
Conclusión: La estrategia de reperfusión precoz en el (TEP) en contexto de trombos en cavidades derechas es la terapia de elección ya sea con el uso de: trombolíticos sistémicos, trombo-aspiración por catéter o cirugía de trombectomía. Nuestro caso reportó demostró que una decisión precoz en la interpretación de las herramientas diagnósticas, y la sospecha clínica de la enfermedad, sin duda marca la evolución en el pronóstico de la enfermedad, la elección de el tratamiento quirúrgico se centró en los pilares descritos en la literatura: contraindicación formal para uso del fibrinolíticos, el tiempo transcurrido de la cirugía mayor, las características ecográficas encontradas y la inestabilidad hemodinámica. Pero la tasa de mortalidad elevada en esta patología se exacerbó al someter al paciente a una terapia quirúrgica.

0469 - ANEMIA HEMOLITICA POR LEAK PERIPROTÉSICO

SINGH, Vanina Gabriela | GAY PAPP, Matias Nicolas | RETAMOSO, Eugenia | GOMEZ, Silvinia Esther | PARISI, Yanet
Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"



Introducción: Paciente de 74 años, FA paroxística, antecedente en septiembre de 2018 de cirugía de revascularización miocárdica y reemplazo valvular mitral con prótesis biológica que evoluciona con leak periprotésico realizándose en agosto de 2019 cierre percutáneo de leak con dispositivo occlutech. Evoluciona con insuficiencia cardíaca descompensada (NYHA clase III), con recurrentes internaciones, evidenciándose en laboratorio anemia requiriendo politransfusiones, se realizó endoscopia digestiva que descarta sangrado activo, perfiles de hierro y colagenograma que resultan dentro de parámetros normales, decidiéndose derivación a nuestro centro. Se realiza ETE que evidencio leak periprotésico, dispositi-



vo ocluser previo en posición medial, sin evidencias de vegetaciones. Por presencia de anemia hemolítica, con esquistositos y reticulocitos elevados, disminución de haptoglobina e hiperbilirrubinemia con incremento de LDH se asume como anemia hemolítica secundaria a leak periprotésico. Por persistencia de anemia, requerimiento de politransfusiones y desarrollo de insuficiencia cardiaca se decide realizar en febrero de 2020 cierre percutáneo de leak periprotésico, el cual resulta exitoso. Evidenciándose en el seguimiento mejoría de clase funcional y de parámetros de laboratorio.

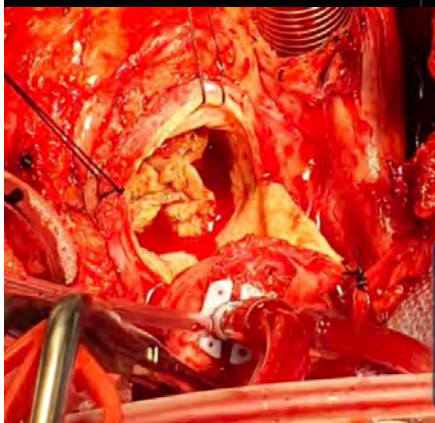
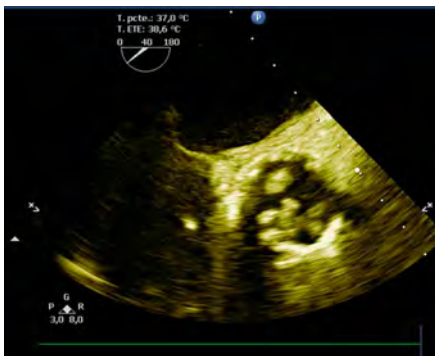
Descripción: Las anemias hemolíticas son un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por destrucción prematura de los glóbulos rojos. Pueden clasificarse en dos grandes grupos: intrínsecas (fenómenos intracorpúsculares, en su mayor parte de etiología congénita) o extrínsecas, y a su vez, clasificarse en inmunomediadas y no inmunomediadas (determinadas por el test de aglutinación directa o prueba de Coombs); o intravasculares o extravasculares. Las causas son diversas. La anemia hemolítica relacionada con prótesis, constituye un fenómeno de origen mecánico, incidencia ha disminuido en las últimas

décadas dada la mejoría en las técnicas quirúrgicas y calidad de las prótesis empleadas. El diagnóstico se establece por presencia de anemia inexplicada, signos de producción acelerada de glóbulos rojos (incremento de reticulocitos, presencia de esquistocitos en el frotis), signos de aumento de destrucción de glóbulos rojos (hiperbilirrubinemia-a predominio de bilirrubina indirecta-, incremento de LDH y disminución de haptoglobina).

Conclusión: La estrategia de manejo óptima en los pacientes con hemólisis relacionada a prótesis valvulares, esta determinado por el grado de hemólisis, severidad de los síntomas, grado de disfunción valvular y predicción del riesgo quirúrgico y posibilidad de éxito de la estrategia empleada (quirúrgica o percutánea)

0471 - ENDOCARDITIS DE VALVULA PROTESICA BIOLOGICA POR TROPHERYMA WHIPPLEI

FERNANDEZ, Martin | SASOVSKY, Eliane | GUAZZONE, Analia Laura | LOMBARDERO, Martín | GRANCELLE, Hugo Omar
Sanatorio Trinidad Palermo



Introducción: La enfermedad de Whipple es una rara entidad crónica de etiología infecciosa descrita inicialmente en 1907 por George H. Whipple caracterizada por diarrea, pérdida de peso y artralgias. El patógeno responsable, Tropheryma Whipplei es una actinobacteria gram + intracelular que fue observada por primera vez en 1960. En 1997 se reportó el primer caso de endocarditis causada por este agente infeccioso. Con el advenimiento de las técnicas de diagnóstico molecular se ha reconocido a dicho agente con mayor frecuencia como responsable de las llamadas endocarditis con cultivos negativos, las cuales representan un 5 a 30% de todas las causas de endocarditis. Se suele presentar de forma oligosintomática, arribando de forma tardía al diagnóstico con necesidad de cirugía valvular. En una revisión reciente de todos los casos descritos hasta 2018 de endocarditis por esta bacteria, se han reportado sólo 3 casos de afectación de válvulas protésicas. Se describe el primer caso en Argentina de endocarditis de válvula protésica causado por Tropheryma Whipplei.

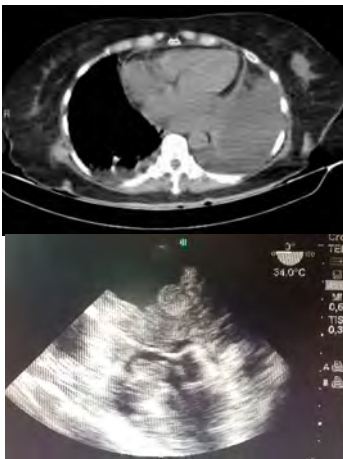
Descripción: Paciente masculino de 81 años, hipertenso, diabético y dislipémico con antecedente de reemplazo valvular aórtico por estenosis tres años atrás. Consulta por episodios intermitentes de fiebre con sudoración nocturna, artralgias, prurito generalizado y deterioro cognitivo leve de 6 meses de evolución. Examen físico sin hallazgos de relevancia; laboratorio con leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda. Diez hemocultivos seriados resultaron negativos para gérmenes comunes y de crecimiento lento. Se realizó pan-tomografía que no evidenció ningún foco infeccioso probable. En el ecocardiograma de superficie se objetivó buena función biventricular, prótesis biológica aórtica con velocidades aumentadas sin reflujo e insuficiencia mitral leve sin observarse por dicho método vegetaciones. Se completó el estudio con ecocardiografía transesofágica que evidenció engrosamiento difuso de las valvas protésicas e imagen móvil del lado arterial de una de ellas con un largo de 19 mm, espesor 6.5 mm y espesor aumentado de la fibrosa mitroaórtica de 7 mm. Posterior a este estudio presentó por monitoreo episodios de bloqueo AV 2:1 intermitente. De acuerdo con los criterios de Dukes modificados se arribó al diagnóstico presuntivo de endocarditis posible de válvula protésica con cultivos negativos. Se iniciaron antibióticos de amplio espectro y se realizó reemplazo valvular aórtico con prótesis biológica. En el análisis histopatológico del tejido valvular protésico resecado se observaron signos de inflamación crónica y aguda. Las tinciones para hongos, parásitos y BAAR resultaron negativas. Los cultivos de dicho tejido fueron negativos. La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) fue positiva para Tropheryma Whipplei. Ante dicho diagnóstico se rotaron los antibióticos a ceftriaxona endovenosa a completar dos semanas desde la cirugía y continuar por un año con trimetoprima sulfametoxazol según se ha reportado en la bibliografía

Conclusión: La endocarditis causada por T. Whipplei es una enfermedad rara. Debe ser sospechada principalmente en pacientes adultos de sexo masculino con diagnóstico de endocarditis con cultivos negativos e historia prolongada de artralgias. La lenta evolución y presentación insidiosa de los síntomas, sumada a la falta de criterios diagnósticos precisos, ocasiona que el diagnóstico se realice tardíamente, precisando en la mayoría de los casos la resolución quirúrgica del cuadro. Será imprescindible contar con métodos complementarios que permitan arribar al diagnóstico de forma precoz.

0472 - MASA CARDÍACA EN PACIENTE CON TUMOR VULVAR

SCHIAVONE, Jessica Vanesa | UMIRI CHOQUE, Mario Harvey | AUSÓN ORTEGA, Vanessa Hsiu-lin | VILASECA, Omar Ignacio | PASCUCCI, Damian Hospital Central de San Isidro

Introducción: Paciente femenina, 70 años. FRCV: edad, sedentaria. Antecedentes de taquiarritmia y una masa vulvar en estudio. Motivo de consulta: Derivada de otro centro, por taquiarritmia supraventricular con descompensación hemodinámica (hipotensión y deterioro



del sensorio) que requirió CVE en 2 oportunidades, con reversión a ritmo sinusal. Evolucionó con tendencia a la hipertensión y desarrolla un cuadro de insuficiencia cardíaca aguda.

Descripción: Anatomía patológica ginecológica: Vulva labio menor: infiltrado por neoplasia pobremente diferenciada. Clítoris: neoplasia maligna pobremente diferenciada Tc torax sin contraste EV: Área cardíaca aumentada de tamaño. Derrame pleural izquierdo. Por detrás de AI imagen de 71x44mm, sin claro plano de clivaje. Citología de líquido pleural: Fondo amorfo, hematíes. Células linfoides, con escasos PMN. Regular cantidad de células mesoteliales hiperplásicas, con anomalías reactivas inespecíficas. Ecocardiograma transesofágico: 3 grandes masas independientes en AI que determinan estenosis mitral e IM severa. Masa en TSVI, Hipertrofia de VI, FSVI conservada. La paciente evolucionó con falla multiorgánica refractaria al tratamiento instaurado y obitó a los 14 días de internación. Respetando las directivas de la familia, se vio imposibilitada la extracción de material histológico post-mortem para el diagnóstico de certeza.

Conclusión: El carcinoma de vulva presenta una incidencia anual estimada de 2 a 3 por cada 100.000 mujeres en EE. UU, siendo el secundarismo cardíaco extremadamente raro, con dos casos reportados en la literatura de metástasis de origen ginecológico. Las manifestaciones clínicas de las metástasis cardíacas se dan en contexto de estadios avanzados del tumor primario al momento del diagnóstico, con mal pronóstico que conlleva una mortalidad del 50% a 12 meses.

0473 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA A ACROMEGALIA

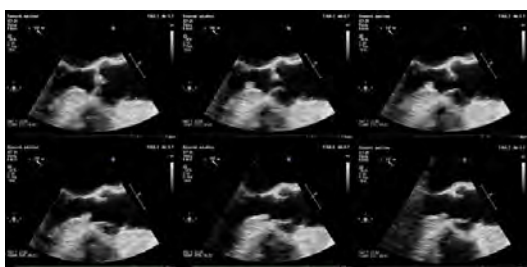
GARECA, Maria Gabriela | VALDEZ, Yessenia | BERNAL CALLE, María José | ROMERA, Gustavo Cesar | MENZIO, Alejandro
Hospital Nacional Profesor A. Posadas



Introducción: La acromegalia es una enfermedad multisistémica, producida en aproximadamente un 99% por la existencia de un tumor hipofisario secretor de hormona de crecimiento (GH) que produce un crecimiento grotesco y exagerado de los huesos, partes blandas y órganos, con una incidencia de 3-5 casos/millón de habitantes. Tiene una elevada tasa de mortalidad causada principalmente por complicaciones cardiovasculares y cerebrovasculares para las cuales la Hipertensión Arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo. Descripción: Paciente femenina de 60 años con factores de riesgo cardiovasculares: HTA, sedentaria, dislipemia. Acude a consultorio de cardiología para control refiriendo cifras de tensión arterial (TA) elevadas. Al examen físico se observó prognatismo, labios gruesos, manos grandes, macroglosia (Figura 1), ruidos cardíacos en 4 focos, silencios libres. Al interrogatorio dirigido refirió cambio en talles de calzado, en el tono de la voz y alteraciones visuales. Se realizó electrocardiograma que evidenció ritmo sinusal con extrasístoles ventriculares y ecocardiograma con función sistólica del ventrículo izquierdo (VI) conservada y función diastólica del VI con patrón de relajación prolongada, ergometría en la que presentó comportamiento reactivo de la TA; se ajustó tratamiento antihipertensivo y se derivó paciente a servicio de endocrinología con diagnóstico presuntivo de Acromegalia. Se solicitó resonancia magnética cerebro que informó macroadenoma hipofisario que desplaza y comprime el quiasma óptico (figura 2) y laboratorio que informa cifras muy elevadas de GH y factor de crecimiento similar insulina (IGF-I). Evaluada por servicio de neurocirugía se decide tratamiento quirúrgico realizándose exéresis del tumor hipofisario evolucionando favorablemente, actualmente con terapia de reemplazo hormonal.

Desde lo cardiológico evoluciona con registros de normotensión arterial por lo que se suspendió antihipertensivos orales y se indicó monitoreo ambulatorio de la presión arterial a los 6 meses de la intervención quirúrgica que evidencia TA diurna promedio 121/82mmhg y TA nocturna promedio 104/65 mmhg. Continúa en seguimiento en forma conjunta con servicio de endocrinología.

Conclusión: La hipertensión arterial secundaria es de baja prevalencia constatándose en un 5 a 10% de los pacientes hipertensos, generalmente es subestimada por lo cual se retrasa el diagnóstico y el tratamiento definitivo. Las alteraciones cardiovasculares asociadas son: HTA, hipertrofia ventricular izquierda y cardiomiopatía. La cardiomiopatía se caracteriza por disfunción diastólica y arritmias. Estas alteraciones se deben tanto a la HTA (presente en el 43% de los pacientes con enfermedad activa) como a la propia acromegalia. Los mecanismos patogénicos de la HTA en la acromegalia no son del todo conocidos, podrían estar involucrados la disfunción endotelial que conlleva al aumento de las resistencias periféricas, la inhibición del factor natriurético auricular, la expansión del volumen por la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona, y la hiperreactividad adrenérgica. Es de vital importancia la evaluación clínica completa de los pacientes para realizar un diagnóstico precoz e iniciar un trabajo multidisciplinario para un tratamiento oportuno.



0481 - HALLAZGO DE FIBROELASTOMA CON LOCALIZACIÓN ATÍPICA DUCKWEN, Florencia | GAGO, Mariela Fernanda | BAGNATI, Rodrigo | DEL CASTILLO, Santiago Luis | STOGER, Guillermo Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Los tumores cardíacos son sumamente infrecuentes. En una serie publicada de 12000 autopsias, los tumores primarios cardíacos tuvieron una incidencia menor al 0.1%, mientras que el compromiso metastásico del corazón es 20 veces más frecuente. 1 A continuación se presenta un caso de hallazgo de imagen compatible con fibroelastoma de localización atípica en el contexto de realización de ecocardiograma solicitado en una valoración prequirúrgica.

Descripción: Paciente de sexo femenino de 78 años de edad con antecedentes de tabaquismo activo e hipertensión arterial en tratamiento con amlodipina, se encontraba asintomática desde el punto de vista cardiovascular, en plan de videocolonoscopia por hemorragia digestiva baja. Como parte de la valoración prequirúrgica se solicitó ecocardiograma doppler color cardíaco transtorácico. En el mis-



del tumor de aspecto gelatinoso, por un abordaje miniinvasivo a través de una esternotomía superior (Imagen 2). La paciente cursó postoperatorio sin intercurencias mayores y fue dada de alta a los 4 días de la intervención. Finalmente el diagnóstico de fibroelastoma papilar fue confirmado por anatomía patológica.

Conclusión: Los fibroelastomas son tumores primarios benignos infrecuentes que suelen asentarse principalmente sobre las válvulas cardiacas o endocardio adyacente. El tratamiento debe decidirse teniendo en cuenta los síntomas y la capacidad embolígena del fibroelastoma, esta última depende del tamaño, localización y movilidad. Se reporta este caso dada la localización atípica del mismo, con la resolución mediante un abordaje miniinvasivo dado el elevado riesgo quirúrgico de la paciente. Referencia 1. Lam KY, Dickens P, Chan AC. Tumors of the heart. A 20-year experience with a review of 12,485 consecutive autopsies. Arch Pathol Lab Med 1993;117(10):1027-31.

0482 - SINDROME CORONARIO AGUDO RELACIONADO A LA INFUSIÓN DE OBINUTUZUMAB

CABO, Constanza Patricia | MORALES SANTANA, Jhonny de Jesus | TUMBACO QUIJIJE, Lenin Fernando | IBACETA ALANIZ, Eduardo Andrés | PÉREZ DE LA HOZ, Ricardo Alfredo
Hospital de Clínicas UBA



Introducción: El Obinutuzumab es un ac monoclonal recombinante antiCD20 humanizado Tipo II del isotipo IgG1 modificado mediante glicoingeniería, está indicado para el tratamiento de la LLC y el linfoma folicular. Las principales reacciones adversas reportadas con el uso de este medicamento han sido la neutropenia, trombocitopenia, pirexia, predisposición a infecciones y reacciones relacionadas a la infusión (RRI), observadas principalmente durante el primer ciclo de infusión. Las reacciones adversas cardiovasculares se describen principalmente en pacientes con cardiopatía previa y no habiendo sido reportadas hasta el momento. Si bien se han registrado casos de taquiarritmias, hipertensión arterial y angina de pecho durante la administración de este fármaco, solo en los ensayos preclínicos se ha documentado casos de empeoramiento de la insuficiencia cardiaca y síndrome coronario agudo en pacientes con cardiopatía previa. Se desconoce la incidencia real de eventos cardiovasculares relacionados con el uso de obinutuzumab.

Descripción: Varón de 67 años con antecedentes de tabaquista, adenocarcinoma de pulmón tratado con cirugía, HVB en tratamiento con Tenofovir, Leucemia Linfocítica Crónica. Se interna de forma programada para iniciar el primer ciclo de quimioterapia con Obinutuzumab y Venetoclax. Examen físico sin datos positivos. Laboratorio leucocitos de 133.570 mm³ a predominio linfocitario (122.000 mm³), urea 64 mg/dl y creatinina 1.36 mg/dl. Electrocardiograma, ritmo sinusal, frecuencia cardíaca 70 lpm, sin trastornos de repolarización. Se administra premedicación con hidrocortisona 200 mg

y difenhidramina 50 mg, e inmediatamente se dio inicio al protocolo de infusión de primera vez con obinutuzumab dosis de 100 mg. A los 30 minutos de iniciada la infusión el paciente manifiesta ángor de 40 minutos asociado a sudoración profusa y bradicardia, por lo que se realiza un ECG que evidencia bradicardia sinusal con rectificación e infra desnivel del ST de 0.5mm y ondas T negativas en cara inferolateral (Figura 1). Se suspende la infusión de la quimioterapia y se realizan biomarcadores curva positiva (Troponina 11/273 ng/dl). Se interpretó como RRI grado 4, por lo cual se contraindicó reinicio de la misma. El paciente evolucionó sin nuevos episodios de ángor, con reversión de cambios observados en el ECG. Se realizó Ecocardiograma Doppler que evidenció función sistólica del VI conservada sin trastornos de la motilidad. Eco Estrés con apremio farmacológico con dobutamina en donde se evidencia necrosis inferior con isquemia leve asociada, reserva contráctil del VI adecuada. Con este resultado, y extrapolando la conducta que se tomó en reportes de casos similares en pacientes que utilizaron otro anti CD 20 (rituximab) se decide la realización de CCG, ya que en caso de encontrarse lesiones coronarias se indicaba revascularización percutánea, y se reiniciaba quimioterapia con el fármaco sin presentar nuevas complicaciones. En el caso de nuestro paciente la CCG no evidenció lesiones angiográficamente significativas (Figura 2).

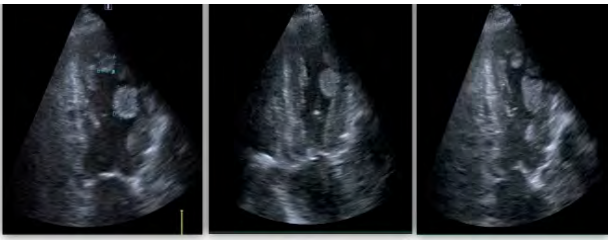
Conclusión: Es muy escasa la bibliografía y no se ha encontrado reportes de casos sobre cardiotoxicidad relacionada al tratamiento con Obinutuzumab. Podría deberse a que se trata de un tratamiento de reciente aplicación, falta de reporte de casos, o a que es un efecto adverso extremadamente infrecuente. Todavía faltan estudios que nos permitan establecer una sistemática de estudio en este tipo de pacientes.

0486 - SÍNDROME DE DISCINECIA APICAL TRANSITORIA COMPLICADA CON TROMBOSIS INTRAVENTRICULAR IZQUIERDA

SHIMOJO TAIRA, Cristina Alejandra | MANSILLA, Silvana Manuela | MORALES, Gaston Ramiro | DELGADO RIVEROS, Julia Daniela | FILIPINI, Eduardo Carlos
Hospital Militar Central

Introducción: Se trata de una mujer de 84 años, hipertensa, diabética no insulino requiriente, ex tabaquista, sedentaria, obesidad (grado II), con diagnóstico de cardiopatía hipertensiva de varios años de evolución controlada por cardiólogo de cabecera, bajo tratamiento antihipertensivo de dificultoso manejo. Como antecedente de relevancia refiere cáncer de mama aproximadamente en el año 2000 tratado con quimioterapia y radioterapia.

Descripción: En diciembre 2019 ingresa al servicio de Clínica médica de este nosocomio por síntomas compatibles con infección respiratoria, registro febril y disnea en clase funcional II-III de una semana de evolución. A su ingreso se realiza laboratorio con presencia de



leucocitosis con desviación a la izquierda y ligera repercusión en la función renal. La TC de tórax muestra consolidado a nivel parahiliar derecho con signos de broncograma aéreo asociado a engrosamiento intersticial perilesional con tendencia al arrosamiento. Leve derrame pleural bilateral a predominio derecho. Interpretándose cuadro como neumonía adquirida de la comunidad, por lo que se cubre con antibioterapia de amplio espectro. Transcurrida una semana de tratamiento antibiótico, intercorre con edema agudo de pulmón, por lo que realizó ventilación no invasiva y diuréticos por vía endovenosa, con adecuada respuesta posterior. Se decide ampliar estudios complementarios con ecocardiograma

Doppler transtorácico donde se evidencia función sistólica del ventrículo izquierdo severamente deteriorada (FEY 26%), aquinesia de todos los segmentos medios y apicales con hipercontractilidad de los segmentos basales excepto los septales basales que se encuentran hipokinéticos. Leve hipertrofia septal. Patrón pseudonormal. Insuficiencia mitral leve a moderada. Insuficiencia tricuspídea leve. PSAP 40 mmHg. Cavidades derechas con diámetros conservados TAPSE 12,3 mm. Ante sospecha de síndrome coronario agudo se realiza electrocardiograma que denota elevación del segmento ST en derivaciones precordiales correspondientes a cara anteroseptal, con valores de troponina I US positiva: 232 ng/L (>100mg/L: positiva). Para completar valoración se realiza cinecoronariografía que demuestra arterias coronarias sin lesiones. En primera instancia se asoció a Síndrome de Tako-Tsubo desencadenado por el diagnóstico subyacente de infección respiratoria aguda. A los 4 días posteriores al diagnóstico, en ecocardiografía Doppler control muestra recuperación total de la función ventricular izquierda (Fey 66%), sin trastornos de la motilidad al reposo. Pese a esta esperable evolución, se observan 3 masas móviles, de ecogenicidad similar al endocardio, la mayor de ellas aproximadamente de 17 x 16 mm adherida al septum anterior a nivel medial mediante un pequeño pedículo y las de menor tamaño adheridas al septo apical del ventrículo izquierdo. Se decide re-valorar hallazgos ultrasónicos mediante resonancia magnética cardíaca, que demuestra 3 formaciones sólidas móviles adheridas al septum medial de 12 mm x 7mm; 10 mm x 5 mm y más apical menor de 6mm x 3mm. Sin perfusión. Sin realce tardío. Sin captación de Gadolinio. Sugestivas de trombos intracavitarios. Se inicia anticoagulación oral.

Conclusión: El Síndrome de Tako-Tsubo es una miocardiopatía reversible que se puede presentar como Síndrome coronario agudo, insuficiencia cardíaca aguda o embolia sistémica. Los pacientes se caracterizan por una disfunción ventricular izquierda transitoria (hipocinesia, acinesia o discinesia) que asociado al estrés emocional, físico o combinado puede preceder al evento, pero esto no es obligatorio. Los niveles de biomarcadores como troponina elevado asociado al patrón típico apical predisponen a trombosis del ventrículo izquierdo. Considerar la anticoagulación profiláctica temprana en pacientes con troponina elevada más patrón típico apical.

0491 - PSEUDOANEURISMA DE RAIZ AORTICA CON COMPRESIÓN DE ARTERIA CORONARIA DERECHA EN PACIENTE CON REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO

BERNAL CALLE, María José | GARECA, María Gabriela | RICAPITO, María de La Paz | GASAVE, Daniel Marcos | ROMERA, Gustavo
Cesar Hospital Nacional Profesor A. Posadas



Introducción: El pseudoaneurisma aórtico es la rotura contenida de la pared aórtica, que se produce tras la disrupción de una de las capas de la pared de un vaso, que es contenida por el resto de las capas de este y por las estructuras adyacentes, con o sin desarrollo de la neo íntima (1). cuando la presión del pseudoaneurisma aórtico excede la tensión máxima que tolera la pared del tejido circundante, se produce la rotura fatal. otras complicaciones amenazantes para la vida debidas al aumento progresivo del tamaño del pseudoaneurisma aórtico son la formación de fístulas y la compresión o erosión de las estructuras circundantes. En raras ocasiones, los pseudoaneurismas aórticos son secundarios a infecciones aórticas (aneurismas micóticos) y úlceras penetrantes. Ante la presencia de un pseudoaneurisma aórtico, debería considerarse la opción de tratamiento quirúrgico o endovascular, si este último fuese factible.

Descripción: Paciente masculino de 37 años con antecedente de reemplazo valvular aórtico mecánico n°21 por insuficiencia aortica aguda secundaria a endocarditis con aislamiento en hemocultivos de staphylococcus aureus meticilino-sensible con embolias esplénicas y posterior intercurencia de endocarditis de válvula mitral sin afectación protésica que cumplió antibioterapia por 71 días. Evolucionó asintomático, continuando controles por hematología para anticoagulación y seguimiento por cardiología, en último control se solicitó prueba ergométrica en cinta deslizante con protocolo de Bruce en la cual presentó cambios de segmento ST-T mínimos, descenso del punto J y ST-T de 2 mm en cara inferior, asintomático con clase funcional estimada IA y ecocardiograma con válvula protésica normo funcionante e ima-

gen ecolucente en zona del seno coronario derecho que podría corresponder con severa dilatación del mismo o pseudoaneurisma que contacta con tabique interventricular con bordes refringentes sin pasaje de flujo a cavidades derechas; por lo que se solicita angiotomografía multicorte de arterias coronarias (figura 1,2) que evidencia prótesis mecánica aórtica, pseudoaneurisma de la raíz aortica, probablemente por dehiscencia de sutura protésica, origen anómalo de coronaria derecha con compresión de su segmento proximal, por el pseudoaneurisma. Se decide realizar cinecoronariografía con aortograma torácico y arteriografía de la arteria coronaria derecha con rotacional 3d que informa presencia de dilatación compatible con pseudoaneurisma a nivel del seno no coronario, prótesis en posición aórtica continente, diámetro de aorta ascendente y sin lesiones angiográficamente significativas a nivel de coronaria derecha e izquierda; por lo que se programó intervención quirúrgica.

Conclusión: Los pseudoaneurismas de aorta ascendente postquirúrgicos constituyen una grave complicación de la cirugía cardiovascular, que se presenta en la mayoría de los casos tras un reemplazo valvular y/o una cirugía de revascularización miocárdica, aunque también pueden aparecer en pacientes que han sido sometidos a otras intervenciones quirúrgicas con manipulación de la aorta, traumas e infecciones. puede presentarse en un tiempo variable desde los primeros días de la cirugía hasta 10 a 20 años de sucedida la misma.

El diagnóstico debe ser precoz y el tratamiento es siempre quirúrgico y emergente, ya que su evolución natural provoca: la expansión progresiva, la rotura, la compresión, la erosión de las estructuras adyacentes, la sobreinfección y la embolia(1).

0495 - HIPERTENSION PULMONAR ASOCIADA A USO DE INHIBIDORES DE TIROSIN QUINASA

MARQUEZ HERRERO, Santiago Nicolas | SANTUCCI, Jose Carlos | ATAMAÑUK, Andrés Nicolás | BILBAO, Jorge | BARATTA, Sergio
Hospital Universitario Austral



Introducción: Los inhibidores de tirosin quinasa (ITQ) constituyen un tratamiento común en la leucemia con cromosoma philadelphia positivo. La hipertensión pulmonar (HP) constituye un efecto adverso en pacientes que reciben ciertos ITQ. Los mecanismos involucrados en el desarrollo de la misma son lesión del endotelio pulmonar y daño celular. El grupo I se caracteriza por cambios morfológicos en la vasculatura pulmonar con aumento de resistencias vasculares. En el mismo se incluye la HTP secundaria a drogas. El desarrollo de HP asociada a ITQ podría ser reversible si se suspende dicha medicación. Se presenta en este trabajo un paciente con diagnóstico de HP asociada al uso de Nilotinib y Dasatinib

Descripción: Paciente masculino de 60 años con antecedentes de: • Dislipemia • Hipertensión arterial • Gota • Asma bronquial • Diagnóstico de leucemia (philadelphia +) de 11 años de evolución. Realizo tratamiento con Nilotinib y Dasatinib • AIT en 2017 con hallazgo de lesiones isquémicas múltiples, crónicas en resonancia magnética de cerebro • Cirugía de revascularización miocárdica en 2018 Comienza seguimiento en contexto disnea CF III y edemas periféricos. Al examen físico evidencia de ingurgitación yugular, edema periférico sin signos claros de insuficiencia cardíaca izquierda. Concorre con ecocardiograma con signos de HTP y deterioro leve de la Fey (50%). Se decidió realizar cateterismo derecho que confirmó el diagnóstico de hipertensión pulmonar (RVP 240dyn o 3UW, PAPS 79mmhg, PAPD 27mmhg y PAMP de 34mmhg, con IC de 3,2 y PCP 10mmhg, PAD 6 mmhg) con test de vasorreactividad negativo. Para descartar causas de HP se realizaron estudios funcionales respiratorios, AngioTC de torax y centellograma V/Q descartando causas de grupo III y IV. Serologías negativas. Se llegó a la conclusión de que presentaba HP tipo I, asociado a Dasatinib. Se inició tratamiento con sildenafil y rehabilitación cardiovascular. Evoluciono con eventos de insuficiencia cardíaca, con requerimiento de internación e insuficiencia renal crónica secundaria a síndrome cardiorenal. Se

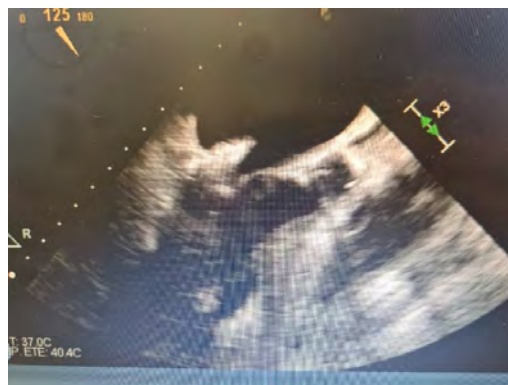
agregó entonces tratamiento con diurético y tratamiento combinado secuencial con sildenafil y macitentan. El paciente evoluciono con mejoría sintomática si bien presento exacerbaciones de su insuficiencia cardíaca. Actualmente se encuentra en clase funcional II-III. Realiza diálisis peritoneal. Ecocardiograma control con signos indirectos de HP y cateterismo derecho control al año con evidencia de RVP 170dyn o 2,1UW, PAMP de 39mmhg, con IC de 4,1 y PCP 22mmhg, RVS 649, PVC 15 mmhg

Conclusión: • El uso prolongado de Nilotinib y Dasatinib puede vincularse con el desarrollo de hipertensión pulmonar grupo 1. • Este subtipo de HP podría ser reversible en primera instancia si se suspende el tratamiento. • Una vez establecido el daño estructural de la vasculatura pulmonar, la HP se transforma en una enfermedad tratable aunque no curable • Pacientes en tratamiento con ITQ se debería tener en cuenta efectos adversos como HP en el seguimiento

0503 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA A ABIOTROPHIA

DE BORTOLI, Maria Antonella

Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"



Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) causa importante de morbimortalidad a nivel mundial. De las asociadas a hemocultivos negativos se encuentran microorganismos del grupo HACEK, Brucella, hongos y variantes nutricionales de estreptococos (VNE) siendo estos últimos el 3-6% que se dividen en dos géneros; abiotrophia y granulicatella. La primera forma parte de la microbiota normal de la cavidad oral, urogenital y gastrointestinal asociándose a infecciones severas y compromiso multisistémico.

Descripción: Paciente masculino de 70 años, hipertenso, dislipidémico, antecedente de cáncer de colon que requirió de resección, colostomía y quimioterapia con criterios de remisión. Presenta en Mayo internación por insuficiencia cardíaca descompensada, realizándose ecodoppler cardíaco que evidencia estenosis aórtica severa e insuficiencia mitral leve, evolucionando con fiebre y escalofríos, tomándose hemocultivos en otro centro sin obtenerse desarrollo. En ecodoppler transesofágico estenosis aórtica severa y en región basal de valva posterior de valvula mitral imagen de 16x8mm compatible con tumor calcificado, trombo o vegetación calcificada,

decidiéndose internación en nuestro centro, realizándose nuevo par de hemocultivos el 21 y 22/05/20. Sin signos de embolia periférica, monoparesia braquial derecha, en RMN de cerebro múltiples imágenes focales cortico-subcorticales lenticulo-capsulares bilateral y cerebelosas compatibles con focos isquémicos agudos por embolia séptica. En el laboratorio leucocitosis, PCR de 17mg/dl y artritis de 15ui/ml, sin trastornos de la conducción a nivel electrocardiográfico. Se inicia antibioticoterapia empírica con ampicilina, gentamicina y metronidazol, en evaluación odontológica presenta compromiso de dos piezas dentarias realizándose extracción de las mismas. El 30/05 se obtiene 4/4 hemocultivos positivos para Abiotrophia sp, se continua antibióticoterapia. El 01/6/20 se realiza cirugía doble reemplazo valvular aórtica y mitral con prótesis biológicas observándose formación calcificada y abscedada en valva posterior mitral que protruye hacia la luz auricular, invadiendo pared de ventrículo izquierdo con compromiso cuerdas y del músculo papilar posterior, realizándose resección y parche pericárdico. Hemocultivos de control y de material quirúrgico sin desarrollo, se finaliza antibiótico a los 42 días. Dentro de los criterios diagnósticos encontramos masa intracardiaca oscilante sobre válvula mitral como criterio mayor y fiebre, factor reumatoi-

deo positivo y embolia séptica en sistema nervioso como menores para endocarditis infecciosa aguda definida de válvula mitral nativa, agregándose tardíamente la obtención de 4/4 hemocultivos positivos a Abiotrophia. Este microorganismo aparece como coccobacilo agrupado en pares o cadenas a la tinción de gram, pero también puede presentarse pleomórfico o de forma alargada en condiciones nutricionales subóptimas, es anaerobio facultativo y su aislamiento requiere de medios de cultivo enriquecidos y no selectivos como agar chocolate. La endocarditis ocurre en el 62 a 90% de los enfermos con alguna alteración cardiovascular preexistente, con un curso lento e indolente, siendo en este caso de presentación aguda, sin manifestaciones periféricas clásicas pero con embolización en un tercio de ellos como en este caso. Implica mayor morbilidad y mortalidad que las causadas por streptococcus del grupo viridans, no siempre responden bien a los antimicrobianos, el 27% de los pacientes requieren tratamiento quirúrgico con falla en la erradicación bacteriológica y recaídas en 41 y 17% de los casos, respectivamente, a pesar de presentar susceptibilidad in vitro a los antimicrobianos utilizados. Conclusión: La El secundaria a Abiotrophia es infrecuente y su dificultad para aislamiento en cultivos de sangre retrasan el diagnóstico, de ahí la importancia de su sospecha cuando se tienen hemocultivos negativos o sin desarrollo en los primeros días, teniendo potenciales complicaciones por retraso en el tratamiento adecuado.

0506 - AMILOIDOSIS ¿POCO ENCONTRADA O POCO BUSCADA?

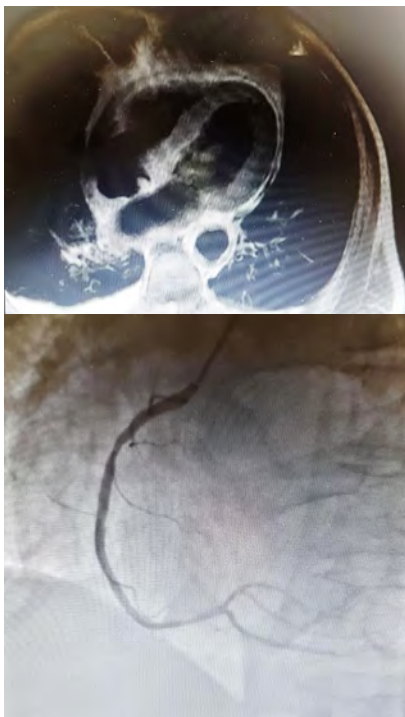
AMARILLA, Lucas | AZULAY, Hugo Fernando Alexis | GAY PAPP, Matías Nicolas | POZZER, Leandro Luis | DE BORTOLI, Maria Antonella Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"

Introducción: Paciente de 78 años, hipertensa, con discontinuación del tratamiento por intolerancia al mismo, hiporitoidismo, antecedente de síndrome coronario agudo sin elevación del ST con cinecoronariografía que evidencia arterias coronarias normales, sintomática por síncope, por lo que se realiza holter de 24 hs que evidencia pausa sinusal, realizándose implante de marcapasos tipo VVI, evolucionando con insuficiencia cardíaca, asumiéndose como síndrome de marcapasos, por lo que se realiza upgrade a DDD. Múltiples internaciones por insuficiencia cardíaca. A nivel electrocardiográfico ritmo sinusal, bajo voltaje, patrón qs en precordiales anteriores y sobrecarga auricular. Se realiza ecoDoppler cardíaco con Fey 75%, dilatación biauricular, aumento del espesor parietal (hipertrofia concéntrica), disfunción diastólica grado III, evidenciándose patrón granular miocárdico sugestiva de patología infiltrativa, realizándose strain longitudinal global de -16 de afectación basal. Con dichos hallazgos se hace el diagnóstico de cardiopatía restrictiva

Descripción: La cardiopatía restrictiva tiene diversas etiologías, desde hereditarias hasta adquiridas, siendo las mismas causadas por alteraciones genéticas o por depósito. Es fundamental determinar en que espectro de los nombrados nos encontramos, para poder instaurar el tratamiento oportuno, por lo que se realiza resonancia magnética con gadolinio, evidenciándose la adherencia del mismo a nivel suendocárdico, característico de amiloidosis, debiéndose determinar el tipo de proteína involucrada en la patología amiloide, realizándose gammagrafía con pirofosfato, obteniéndose un grado I en la escala de Perugini, siendo no concluyente, por lo que se solicitan se solicitan cadenas livianas Kappa y Lambda en orina, siendo las mismas positivas para amiloidosis por inmunoglobulinas (AL), persistiendo con dudas diagnósticas, necesitando desestimar amiloidosis por transtiretina. Se realiza biopsia endomiocárdica, evidenciándose a nivel histológico amiloidosis por inmunoglobulinas (AL), pudiendo beneficiarse con tratamiento antineoplásico, trasplante autólogo o trasplante cardíaco. La paciente evoluciona de manera tórpida, con empeoramiento de insuficiencia cardíaca y bajo gasto cardíaco, refractaria al tratamiento de soporte instaurado, sin posibilidad de inicio de medicación antineoplásica, progresando hacia el óbito. Conclusión: La patología amiloidea puede afectar a diversos órganos, entre los cuales se encuentran el corazón, siendo afectado principalmente por las fibras amiloides de inmunoglobulinas y las de tipo transtiretina, siendo necesario un tratamiento de soporte y específico de inmediato para evitar la progresión de la enfermedad, no instaurándose generalmente los mismos de manera inmediata debido a la falta de sospecha del diagnóstico, arribando al mismo de manera tardía.

0507 - MIOCARDITIS FULMINANTE: ¿UNA ENTIDAD SUBDIAGNOSTICADA?

TOROSSI, Maria Eugenia | JARA, Jorge Maximiliano | PICCHIO, Diego Huberto | SOSA ERRO, Maria Florencia | HORAK, Francisco Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"



Introducción: La miocarditis fulminante es un síndrome poco común que se caracteriza por una inflamación cardíaca difusa repentina y grave que a menudo conduce a la muerte como resultado de un shock cardiogénico, arritmias ventriculares o falla multiorgánica. Por definición, todos los pacientes necesitarán algún tipo de soporte circulatorio inotrópico o mecánico para mantener la perfusión de órganos terminales hasta el trasplante o la recuperación. Una definición funcional de miocarditis fulminante es la inflamación repentina y severa del miocardio por algún agresor específico que resulta en necrosis miocítica, edema y shock cardiogénico, siendo importante el diagnóstico diferencial con otras formas de compromiso circulatorio agudo, como un síndrome coronario agudo.

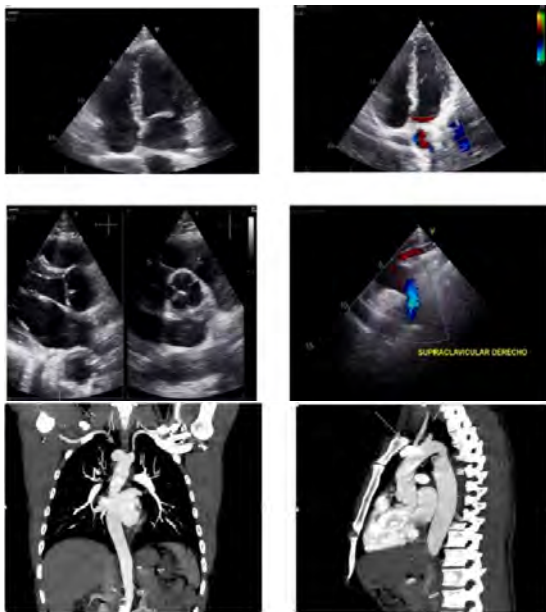
Descripción: Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 68 años, ex tabaquista. Consultando por palpitaciones con descompensación hemodinámica evidenciándose en electrocardiograma ritmo de aleteo auricular que requirió de cardioversión eléctrica exitosa. Para valoración etiológica de la cardiopatía y por los antecedentes patológicos se realiza cinecoronariografía que evidencia arterias coronarias sin lesiones angiográficamente significativas, siendo dado de alta con tratamiento anticoagulante y control de ritmo. Posteriormente en su domicilio evoluciona con angor clase funcional IV, consultando. Se realiza electrocardiograma que evidenció ritmo de aleteo auricular y supradesnivel del segmento ST en cara anterior, realizándose cardioversión eléctrica exitosa, persistiendo sintomatología y hallazgos electrocardiográficos, asociado a hipotensión arterial con requerimiento de inotrópicos y vasopresores, asumiéndose como infarto de miocardio Killip y Kimball D. Se realiza nueva cinecoronariografía que evidenció hallazgos similares al estudio previo y ecoDoppler cardíaco que evidenció cavidades cardíacas de tamaño conservado, Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo del 60%, aquinesia Septal basal e inferior basal. Se realiza ablación del istmo cavo tricuspídeo exitosa. Por sospecha de miocarditis se solicitan serologías virales que resultan negativas y Resonancia Nuclear Magnética cardíaca que evidenció realce difuso parcheado ínfero-basal, ínfero lateral, apical y medial compatible con miocarditis. Se logra posteriormente estabilidad hemodinámica sin necesidad de inotrópicos y vasopresores. Evolucionando

favorablemente por lo que es dado de alta y seguimiento por ambulatorio.

Conclusión: La miocarditis fulminante es un síndrome subdiagnosticado con múltiples causas que pueden responder a la terapia inmunomoduladora específica de la patogénesis. Los pacientes que se recuperan deben abstenerse de practicar deportes competitivos durante al menos 3 a 6 meses debido al riesgo de arritmias ventriculares desencadenadas por la inflamación. Comprender la biología fundamental que conduce a una respuesta autoinmune dada nos ayudará a aprender cómo tratar con mayor precisión estos síndromes potencialmente mortales con un alto grado de especificidad. Las características cardinales incluyen insuficiencia cardíaca rápidamente progresiva y shock cardiogénico, así como inestabilidad eléctrica, incluida la muerte súbita. La evaluación y el manejo tempranos son importantes para distinguir la miocarditis fulminante de otras formas de compromiso circulatorio agudo, incluida la cardiopatía isquémica, la miocardiopatía inducida por estrés y el taponamiento cardíaco agudo. Las estrategias de gestión individualizadas que brindan la oportunidad óptima de recuperación dependen del reconocimiento temprano generalmente guiado por biopsia endomiocárdica, aunque el diagnóstico temprano podría estar basado fundamentalmente en los hallazgos ecocardiográficos y principalmente la Resonancia Nuclear Magnética con gadolínico, presentando 79% de precisión diagnóstica utilizando los criterios de Lake Louise.

0518 - MALFORMACIONES DEL ARCO AÓRTICO: CASO CLÍNICO.

IWANOWSKI, Mateo | ORTIS, Eliana Guadalupe | BILBAO, Jorge | BARATTA, Sergio | HITA, Alejandro
Hospital Universitario Austral

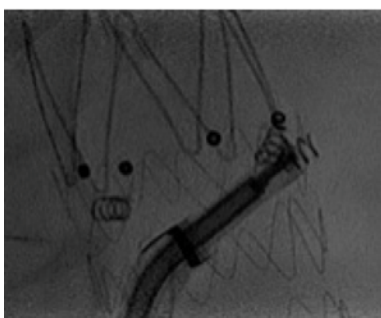


Introducción: Las anomalías congénitas del arco aórtico son infrecuentes y pueden estar asociadas con otras enfermedades cardiovasculares congénitas. Estas malformaciones presentan un gran espectro de variantes y se deben a alteraciones en la embriogénesis de los arcos branquiales, ya sea una persistencia anormal o involución de segmentos vasculares embrionarios. Generalmente son asintomáticas y su diagnóstico es un hallazgo incidental en un estudio de imágenes. El rol del cardiólogo especialista en imágenes es fundamental para el diagnóstico de estas anomalías.

Descripción: Presentamos el caso de un paciente masculino de 34 años sin antecedentes de relevancia, quien consultó a servicio de emergencias de nuestro hospital por palpitations de 8 hs de evolución, sin otros síntomas acompañantes. Negó dolor precordial, disnea o equivalentes. Al examen físico cardiovascular se encontró normotenso, con pulso irregular y desigual (frecuencia cardíaca de 120 lpm), la auscultación fue irregular con primer ruido de intensidad variable, el resto del examen físico sin alteraciones significativas. En el ECG se encontró ritmo de FA de alta respuesta ventricular y se realizó radiografía de tórax que evidenció ensanchamiento mediastínico superior. Se completaron estudios con ecocardiograma doppler color, en el mismo se observó ventrículo izquierdo no dilatado, con espesores parietales conservados, Función sistólica del VI de 63 %, Aurícula izquierda de 22 cm², sin valvulopatías, arco aórtico de configuración derecha con alteración de la salida de vasos supra-aórticos. Se decidió realizar angiotomografía de tórax, la cual confirmó nuestra sospecha diagnóstica de arco aórtico derecho, con origen aberrante de subclavia izquierda y divertículo de Kommerell el cuál comprime y desplaza el tercio proximal

del esófago y tráquea. **Discusión:** La prevalencia de malformaciones del arco aórtico se encuentra reportada entre 1 a 2% en la población general. El arco aórtico final es el resultado de la interrupción del segmento dorsal del arco derecho que va desde la arteria subclavia derecha hasta la aorta descendente. Existen variaciones en la localización de la interrupción y regresión de los arcos aórticos que dan lugar a las diferentes anomalías congénitas del cayado aórtico. El arco aórtico derecho (AAD) es una anomalía infrecuente descrita en un 0,1%. Existen tres subtipos clasificados en modelo de Edward que son, tipo I AAD con ramificación en espejo, tipo II AAD con aberrancia de la subclavia izquierda y tipo III AAD con arteria subclavia izquierda aislada. El tipo II es el más frecuente. Este defecto se debe a la involución anormal del cuarto arco izquierdo entre la subclavia izquierda y la arteria carótida común izquierda. La primera rama que surge es la carótida común derecha, luego la carótida común izquierda y la última rama es la arteria subclavia izquierda que toma un curso retroesofágico para alcanzar el lado izquierdo. Puede estar asociado con el divertículo de Kommerell, pudiendo este último dar origen a la arteria subclavia izquierda. Esto puede formar un anillo vascular formado por aorta ascendente, divertículo de Kommerell, y el ligamento arterioso. La gran mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos, siendo su diagnóstico un hallazgo, como es el caso de nuestro paciente. Generalmente su tratamiento es conservador, reservado su resolución quirúrgica para pacientes sintomáticos (disfagia severa, disnea) o por riesgo de ruptura.

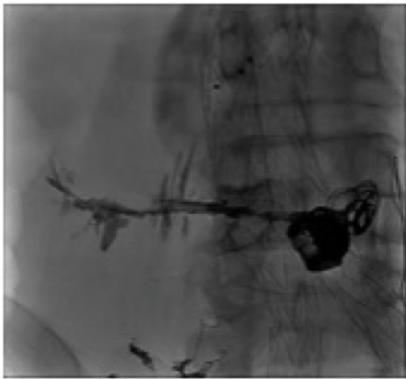
Conclusión: Nuestro caso clínico se trató de un paciente ingresado en guardia por FA y que como hallazgo incidental se encontró esta anomalía del arco aórtico en el ecocardiograma siendo confirmada por una angiotomografía de tórax. Si bien estas malformaciones son poco frecuentes es importante su sospecha en la radiografía de tórax y en el ecocardiograma para su correcto diagnóstico y buscar características de la imagen que indiquen alto riesgo de compresión de la tráquea y esófago



0525 - TRATAMIENTO CONJUNTO DEL SACO ANEURISMÁTICO Y DEL CUELLO PROXIMAL POR ENDOLEAK TIPO 2 CON DILATACIÓN DE LA AORTA INFRARRENAL FERRER, Miguel | FERREIRA, Luis Mariano | LA MURA, Ricardo Clínica La Sagrada Familia

Introducción: El endoleak tipo 2 representa la endofuga más frecuente e inicialmente llamada benigna. Sin embargo, al provenir de arterias lumbares suele ser refractario al tratamiento requiriendo en algunos casos incluso la conversión a cirugía abierta para prevenir que desencadene en un endoleak de alto flujo (I o III).

Descripción: Paciente de sexo masculino de 70 años de edad, con antecedentes de tabaquismo, EPOC, monorreno y con enfermedad vascular periférica a quien en 2015 se le realizó una colocación de endoprótesis aórtica (EVAR) por aneurisma de la aorta abdominal (AAA) infrarrenal



de 55 mm. Inicialmente habiendo presentado achicamiento del saco aneurismático (primer control), a partir de los 12 meses de seguimiento presentó crecimiento progresivo del saco, realizándose en 2017 una embolización iliolumbar con coils por vía endovascular por ya haber crecido 6 mm. En 2019 se presenta con tomografía que evidencia crecimiento de 12 mm del saco aneurismático con dilatación del cuello proximal de 4 mm. Se decide tratamiento del cuello con fijación de la endoprótesis a nivel proximal mediante EndoAnchors y posterior embolización del endoleak tipo 2 por punción directa del saco por vía translumbar. Se realizó una embolización con coils y Onyx tanto de la arteria lumbar como del saco. El seguimiento a 12 meses demuestra estabilización del cuello proximal con reducción de 3 mm del diámetro del saco aneurismático.

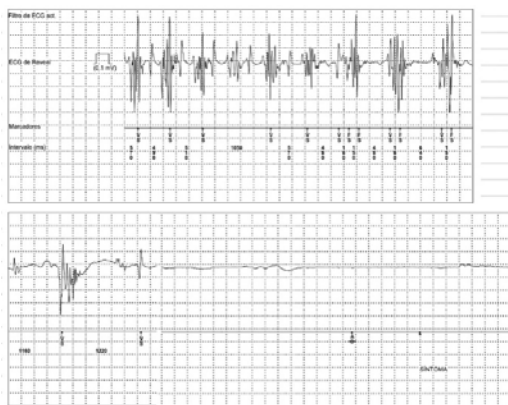
Conclusión: El tratamiento del saco aneurismático mediante punción directa para la embolización de un endoleak tipo 2 es un procedimiento seguro que se presenta como alternativa eficaz para abordar esta patología. El uso de EndoAnchors para tratamiento del cuello proximal como terapia adyuvante de la embolización de un endoleak es un método seguro y eficaz para prevenir complicaciones asociadas que pueden desencadenar dilatación del

cuello con posterior migración de la endoprótesis, endoleak proximal (IA) y posterior ruptura del saco aneurismático. Consideramos su uso de extrema utilidad en casos seleccionados y especialmente en pacientes quienes no son candidatos a una cirugía abierta.

0537 - ASISTOLIA ICTAL: UNA CAUSA INFRECUENTE DE SINCOPE NEUROLOGICO VERSUS CARDIOLOGICO. REPORTE DE UN CASO.

GUERCHICOFF LEMCKE, Marianna Silvia | MALDONADO, Sebastian | MAXIT, Clarisa | SCIEGATA, Alberto M.

Hospital Italiano de Buenos Aires



Introducción: El síncope (S) en pacientes (p) jóvenes es muy común, los de origen neurocardiogénico son los más frecuentes (70 %) seguidos por los de causa cardíaca y otros entre ellos la epilepsia (E) (7%). A veces la distinción entre estas entidades y la E puede ser desafiante ya que suelen presentar características clínicas similares. En el electrocardiograma (ECG) durante las convulsiones se constata taquicardia sinusal hasta en un 90% de los p con E, bradicardia 5-10% y raramente asistolia ictal (AI) (0.3-0.4%) aunque podría estar subestimada por sub-registro. El tratamiento de la AI puede incluir un marcapasos, por lo que tanto cardiólogos como neurólogos deben conocerla y reconocerla. Presentamos aquí el caso de una adolescente con S por AI.

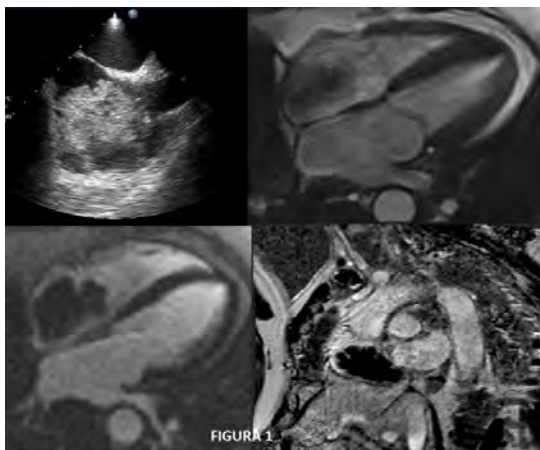
Descripción: Niña de 16 años consulta a guardia por S. Al ingreso lúcida, cefalea, fotofobia y amnesia total del evento. Valoración neurológica: leve disartria y afectación del facial. Electroencefalograma (EEG), RMN protocolo de stroke, ECG y laboratorio: normales. Alta sin medicación. Al mes consulta por 2 episodios de S uno precedido por calambres en mano derecha, frialdad, palidez y relajación de esfínteres y el otro por mareos. Examen neurológico: cefalea y fotofobia. 2do EEG: normal.

Examen cardiovascular, ECG, Ecocardiograma, Holter y tilt test: normales. Ante la incertidumbre diagnóstica es valorada por electrofisiología: sospecha QTc prolongado, se indica atenolol y Holter implantable (HI). Tres meses después: hipertonia distónica en miembro superior derecho seguida de convulsión tónico-clónica generalizada y S. Posterior desorientación temporo-espacial: es medicada con levetiracetam. Registro HI: taquicardia sinusal durante la convulsión seguida por bradicardia y 2 pausas sinusales consecutivas de 20 y 23 seg (figura) coincidentes con el S presenciado por los padres. Se descarta QTc prolongado. TAC de cerebro y video EEG: normales. Sospechando AI se realiza video EEG de 72 hs sin levetiracetam: eventos de clonías distales de miembro superior derecho con ondas paroxísticas temporales focales izquierdas. Se re-inició levetiracetam, repitió eventos parciales sin S.

Conclusión: En la práctica hay 2 escenarios para sospechar AI: el más común p con E focal y caídas repentinas, el 2do y más difícil p sin diagnóstico previo de E con S recurrente. La latencia entre el comienzo de la convulsión y el S es muy variable, siendo tan corta a veces que reconocer las manifestaciones ictales es un desafío. Se cree que en la AI el S facilita la terminación del evento epiléptico por la hipoperfusión cerebral. Sin embargo pueden ocurrir lesiones graves ya que la AI está precedida por crisis focales que afectan la conciencia y los p no anticipan la caída, además el riesgo de recurrencia a corto plazo es alto por lo que requiere un tratamiento anticonvulsivante agresivo. Aquellos p refractarios podrían beneficiarse con el implante de un marcapasos lo cual es aún tema de debate. Una tasa de sospecha más alta y un mayor conocimiento médico permitirán un mejor manejo de estos casos.

0541 - MASA OCUPANTE EN AURICULA DERECHA. ¿TROMBO O TUMOR?

LOMBARDO, Leonardo Jesús | DEL CASTILLO, Santiago Luis | BAGNATI, Rodrigo P. | VILLANUEVA, Eugenia | MARENCHINO, Ricardo
Hospital Italiano de Buenos Aires



Introducción: Las masas cardíacas se clasifican en 3 tipos: trombos, tumores y vegetaciones. Si bien los estudios por imágenes son de gran ayuda, el diagnóstico de certeza continua siendo un desafío. Se presenta un paciente con diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP) y hallazgo de masa ocupante en aurícula derecha.

Descripción: Paciente masculino 72 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes y cirugía de revascularización miocárdica diez años atrás. En contexto de estudio de nódulo pulmonar se realizó angiotomografía que evidenció TEP de ramo principal y segmentario en lóbulo inferior derecho + imagen de masa ocupante en aurícula derecha sospechosa de trombo. Se decide internación en unidad coronaria, al ingreso se encontraba, normotenso, SaO₂ 97%, sin signos de insuficiencia cardíaca. Se realiza ecocardiograma



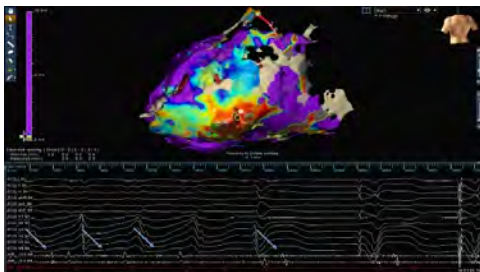
FIGURA 2

transtorácico que mostró función sistólica de ventrículo izquierdo conservada y dilatación de cavidades derechas con masa móvil polilobulada (5.85 X 3.71 cm) que ocupaba gran parte de la aurícula derecha. No impresionaba originarse en ninguna de las venas cavas. El Doppler de miembros inferiores no mostró signos de trombosis. Los diagnósticos presuntivos fueron trombo en el contexto de paciente con tumor en estudio y TEP, trombo tumoral o tumor primario. Se realizó resonancia magnética cardíaca (RMC) para caracterización tisular que arrojó hallazgos sugestivos de trombo reciente, sin poder descartar otras etiologías como mixoma (figura 1). Evidenció además deterioro leve de la fracción de eyección del ventrículo derecho (FEVD: 42%). Dado el potencial riesgo embólico se decidió exéresis quirúrgica. El ecocardiograma transesofágico intraoperatorio mostró aurícula derecha ocupada casi en su totalidad por masa multilobulada, móvil, heterogénea y de bordes irregulares

que impresionaba encontrarse adherida a la pared lateral por medio de pedículo ancho (1.58 cm) y corto (figura 1). Se realizó extracción quirúrgica sin complicaciones (figura 2). La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de trombo fibrinohemático.

Conclusión: Las masas intracardíacas pueden deberse a etiologías neoplásicas, infecciosas o trombóticas. En este contexto el abordaje multi-imagen resulta fundamental, aunque se requiere de la anatomía patológica para arribar a un diagnóstico de certeza. Los trombos localizados en aurícula derecha presentan un pronóstico adverso y la exéresis quirúrgica podría ser un tratamiento efectivo.

0545 - ABLACIÓN EPICÁRDICA DE TAQUICARDIA VENTRICULAR EN MIOCARDIOPATÍA NO COMPACTADA FERNÁNDEZ FRISANO, Gabriel | BERTOLOTTI, Francisco | GUIDO LOPEZ, Leonardo Elias | VILLAMIL, Alejandro María Hospital El Cruce, SAMIC. Florencio Varela



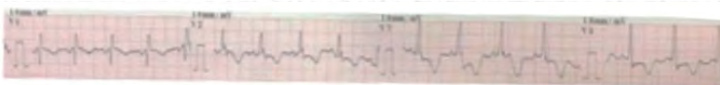
Introducción: La miocardiopatía no compactada es una entidad rara, con una incidencia de entre el 0,014 y el 9,5 dependiendo las series evaluadas. Clínicamente se asocia a insuficiencia cardíaca avanzada, fenómenos cardioembólicos y arritmias ventriculares, incluyendo la muerte súbita (MS).

Descripción: Se presenta una paciente de sexo femenino, de 56 años de edad. Antecedente de muerte súbita reanimada en el año 2009 a raíz de lo cual se diagnosticó miocardiopatía no compactada con deterioro moderado de la FEy y se implanta cardiodesfibrilador (CDI) en prevención primaria de MS. Evoluciona con episodios esporádicos de arritmia ventricular con terapias apropiadas del CDI. Presenta tormenta arrítmica sin causa desencadenante con lo que se decide realizar una ablación por radiofrecuencia (RF) con mapeo electroanatómico. Se realizó una ablación por

RF decidiéndose por el abordaje puramente epicárdico debido a la morfología de características epicárdicas del electrocardiograma de la arritmia y la delgada pared del ventrículo izquierdo (VI) evaluada por ecocardiografía. Se realizaron múltiples mapas de voltaje para evaluar la zona de escara del VI y se mapeó dicha zona buscando potenciales ventriculares tardíos anormales, tanto en taquicardia como durante ritmo propio. Se logró completar la ablación sin complicaciones y con arritmia no inducible.

Conclusión: La miocardiopatía no compactada es una patología compleja estructural y eléctricamente, que nos obligó a utilizar protocolos no convencionales (abordaje puramente epicárdico) y modificaciones de las herramientas de mapeo (cambio de escalas de mapa de voltaje) para lograr la no inducibilidad de la arritmia.

Signos vitales al ingreso:	Ts 36.0°C, FC 57/min, PA 23/54/09, SpO2 92% (2L) 98% (DL)
Electrocardiograma de ingreso:	Ritmo sinusal, 100ppm, EJE: SUP, onda P 80ms, PR 130ms, QRS 100ms, QTc: 467ms, QRS: T: corno normal al bloque. Imagen de BORD + HAI.
Biomarcadores:	Troponina T: 0.03480 CPK total 208 U/L
Tomografía de tórax:	Infiltrado bilateral en vidrio esmerilado de distribución subpleural.
Ecocardiograma Ingreso:	DDV: 46, TSV: 27, FEV: 60%, SV: 12ml, PP 5mm, A: 28 CM, MASE: 12, hipokinesia apical lateral y anterior, hipercontractilidad de segmentos basales, TAPSE: 24.



0546 - ENCRUCIJADA DE TRES ENFERMEDADES: CORONAVIRUS 19, ENFERMEDAD DE CHAGAS Y SÍNDROME DE TAKOTSUBO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

GHECO, Lara | ZAIDEL, Ezequiel José | DR. PALOMINO ROMERO, Luis | MARTINEZ, Jessica | DR. NÚÑEZ, Sebastián A.
Sanatorio Güemes

Introducción: La infección por coronavirus se ha convertido en una pandemia, con constante aumento de casos en nuestra región. Paralelamente, el estrés físico y emocional

que acarrea no sólo la infección sino también los daños colaterales, han puesto en evidencia la aparición de sucesivos casos de miocardiopatía por estrés. A su vez la enfermedad de Chagas, olvidada en las grandes ciudades, se presenta con alteraciones eléctricas y estructurales cardíacas, poniendo al cardiólogo clínico en un escenario de desconcierto.

Descripción: Se presenta el caso clínico de una mujer de 70 años de edad con antecedente de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad Parkinson y depresión, que ingresa por neumonía bilateral por COVID-19 con requerimiento de oxígeno por cánula. Presenta a su ingreso elevación de biomarcadores, se realiza electrocardiograma que evidencia T negativas difusas con QT prolongado (>460mseg), bloqueo de rama derecha y hemibloqueo anterior. Se calculó el puntaje diagnóstico InterTak, dando como resultado una puntuación de 76 con una probabilidad de enfermedad de Takotsubo de 94,8%. En el ecocardiograma evidenció función ventricular conservada, con hipertrofia ventricular, hipercontractilidad de las bases, y aquinesia apical, que revirtieron totalmente en un ecocardiograma al día 7. Al interrogatorio, la paciente había nacido en Santiago del Estero, se solicitó serología de Chagas, la cual fue positiva (ELISA e IFI). La paciente recibió tratamiento con antibióticos, corticoides, anticoagulantes, y oxigenoterapia, permaneciendo hospitalizada al momento del envío de este caso.

Conclusión: Se destacan en este caso la asociación entre COVID-19 y enfermedad de Chagas, existiendo en la actualidad recomendaciones acerca del manejo y las potenciales complicaciones de los pacientes que presenten estas dos patologías. La presencia de bloqueo completo de rama derecha y hemibloqueo anterior izquierdo en Argentina debe siempre hacer sospechar enfermedad de Chagas, incluso en adultos de Buenos Aires con otras patologías, como sucedió en este caso. La constante migración hacia las grandes ciudades hace que esta enfermedad, denominada rural, se encuentre cada vez con más frecuencia en nuestros pacientes. Por otro lado, si bien se propuso como causa de la hipoquinesia apical la presencia de un aneurisma chagásico, tanto la hipercontractilidad basal como la curva

enzimática, la repolarización dinámica, y la reversión de los trastornos de la motilidad, modificaron el razonamiento hacia un rótulo final de enfermedad de Takotsubo. En relación a este último diagnóstico, diferentes series reflejan que las cardiopatías por estrés se encuentran en constante incremento desde el inicio de la pandemia COVID-19, tanto por el estrés físico como emocional, requiriendo especial atención a este tipo de pacientes que podrían resultar inestables y con mayor riesgo.

0548 - DERRAME PERICÁRDICO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

REISVIG, Mariela | GUIMARAENZ, Marcelo L. | ESTEBANEZ, Maria Jose | SQUADRONI, Liliana | GARMENDIA, Francisco Amed Hospital Privado del Sur (B.Blanca)

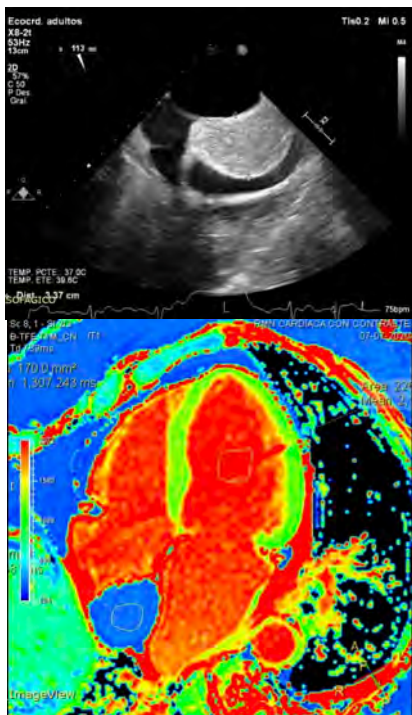


Introducción: Las afectación del pericardio suele manifestarse con la aparición de derrame pericárdico. Las causas de este son muy variadas y suelen clasificarse entre infecciosas y no infecciosas, y dentro de estas últimas las enfermedades inflamatorias sistémicas como el Lupus eritematoso sistémico suelen ser una causa poco frecuente.

Descripción: Paciente femenina de 64 años con antecedentes personales de Diabetes tipo 2 e hipotiroidismo. Acudió al servicio de emergencias por presentar cuadro de disnea a CF II, de un mes de evolución, que progresa en los últimos 3 días a CF III, asociado a un único episodio de dolor precordial opresivo de varias horas de evolución, el cual se intensificaba con la respiración profunda. Al examen físico se encontraba Taquipneica 26 rpm, Ingurgitación yugular 2/3 sin colapso, ruidos cardíacos hipofonéticos, sin edemas en miembros inferiores, resto del examen sin particularidades. Electrocardiograma: taquicardia sinusal a 110 lpm asociado a microvoltaje. Analítica: anemia normocítica normocromica, reticulocitosis. Radiografía de tórax con cardiomegalia Ecocardiograma: ventrículo izquierdo conservado, derrame pericárdico severo, circunferencial de hasta 18 mm a nivel posterior que genera colapso leve de la aurícula derecha, TAPSE 23, vena cava inferior dilatada 28 mm con colapso inspiratorio menor a 50 % (Ver figura 1). Por diagnóstico presuntivo de pericarditis de origen indeterminado se solicita eritrosedimentación 101 mm/h y anticuerpos virales IgM (ECHO, CMV, EPSTEIN BAR, COCXAQUIE, HIV) que resultaron negativos. Evoluciona estable hemodinámicamente, otorgándose el alta hospitalaria. La paciente reingresa dos semanas posteriores por empeoramiento de síntomas. Al examen físico agrego hipoventilación en base pulmonar izquierda. El nuevo ecocardiograma no evidenció aumento del líquido pericárdico. En la tomografía de tórax se observó derrame pericárdico y derrame pleural bilateral a predominio de base pulmonar izquierda (Ver figura 2). Se reinterpreta el cuadro como poliserositis. Perfil reumatológico: factor reumatoideo: 19 (VR < 14), anticuerpos antinúcleo citoplasmático: título 1/624 con patrón homogéneo, anticuerpo anti-DNA negativo, Complemento C3 214 mg/dl. Cpmplemento C4 44 mg/dl. Ante la presencia de serositis, anemia y ANA positivos se llega al diagnóstico probable de LES. Se inicia tratamiento con

Deltisona 30 mg e Hidroxicloroquina . Transcurridas dos semanas del tratamiento, la paciente presentó franca mejoría de los síntomas. El ecocardiograma control mostró resolución completa del derrame pericárdico

Conclusión: La afectación cardíaca como la presentación inicial de LES es poco frecuente y generalmente se debe a pericarditis asociada a derrames pericárdicos leves, la manifestación con derrame pericárdico severo o taponamiento cardiaco es rara como la primera manifestación. Generalmente este tiene una evolución benigna con el tratamiento adecuado como se evidencio en nuestro caso, con la resolución completa en el lapso de dos semanas, de ahí radica la importancia de tener un alta sospecha clínica y agotar todos los recursos disponibles para llegar a un diagnostico temprano



0554 - ¿SOLO UN ALETEO AURICULAR?

BRITEZ, Kevin Ivan | RETAMOSO, Eugenia | PICCHIO, Diego Huberto | GAY PAPP, Matias Nicolas | VILLALBA ABDON, Mariano Martin Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"

Introducción: La lipomatosis del septum interauricular es una entidad benigna de origen desconocido que se caracteriza por la acumulación de grasa no encapsulada en el interior del surco interauricular sin participación de la fosa oval. A pesar de su carácter benigno, clínicamente se ha asociado con arritmias cardíacas, generalmente de origen supraventricular, insuficiencia cardíaca, síncope y muerte súbita. Normalmente se produce en personas de edad avanzada, obesas y con una mayor incidencia en el sexo femenino. En muchos casos permanece asintomática, siendo raro su diagnóstico en vida y siendo un hecho incidental durante la autopsia.

Descripción: Paciente de sexo femenino de 77 años, hipertensa, diabética, hipotiroidea. Antecedente de angina inestable que requirió de angioplastia a arteria Descendente Anterior en 2013. En Julio de 2020 evoluciona sintomática por disnea clase funcional III y palpitaciones, por lo que consulta. A su ingreso presentó TA 127/83, FC 133, FR 20, SatO2 97%, T° 36.3°. Al examen físico se evidenció R1 – R2 normofonéticos – soplo mesosistólico intensidad 2/6 en foco aórtico a la auscultación, rales en ambos campos pulmonares, y en electrocardiograma de ingreso ritmo no sinusal, Aleteo auricular típico, decidiéndose internación. Se realiza ecoDoppler Transesofágico que evidenció función sistólica del ventrículo izquierdo conservada, sin trombos en cavidades cardíacas, Derrame Pericardico Leve. A nivel de septum interauricular, se observa engrosamiento del septum primum de 37mm de espesor, de ecoestructura homogénea, que produce obstrucción leve a la desembocadura de la vena cava superior; foramen oval permeable con flujo de izquierda a derecha. Se realizó Cardioversión Eléctrica exitosa, evolucionando con ritmo sinusal, FC 80, BAV 1° (PR 240mseg). Se realiza ecoDoppler cardiaco que evidenció AO 32, AI 45, VIDD 45, VIDS 31, S 12, PP 13, CVD Normales, Fey 53%, IVAI 39ml/m2,

DPL, PSP 38, PVC 3, E/E 22, evidenciándose engrosamiento del septum interauricular de 21mm. Se realizó RMN Cardíaca, evidenciando espesamiento progresivo del septum interauricular en su porción cefálica, con bordes netos y bien definidos, hiperintensos en las secuencias de T1 que disminuyen su intensidad con las secuencias de atenuación grasa, sin captación de contraste, compatible con lipomatosis del septum interauricular. En el caso de nuestra paciente, al no presentar repercusión hemodinámica en el llenado de la aurícula derecha desde las venas cavas, se decidió iniciar anticoagulación por vía oral, y conducta expectante respecto a resolución quirúrgica del cuadro. Conclusión: La lipomatosis del septum interauricular es una entidad benigna y poco frecuente, diagnosticada en su mayoría de forma incidental, estando relacionada muy frecuentemente a arritmias supraventriculares. Está descripta la resolución quirúrgica con resección de la masa y reconstrucción del septum, principalmente indicada en los casos en los que existe cierta repercusión hemodinámica al llenado auricular desde las venas cavas.

0555 - DERRAME PERICÁRDICO SEVERO EN PACIENTE CON NEUMONÍA GRAVE POR COVID-19.

CORNA, Giuliana | GAGO, Mariela Fernanda | DEL CASTILLO, Santiago Luis | CORONEL, Carlos | MENDEZ, Jorge
Hospital Italiano de Buenos Aires



Introducción: SARS-CoV-2 afecta principalmente al pulmón. A medida que la enfermedad se fue desarrollando, se pudo identificar el compromiso extrapulmonar. 1 Las complicaciones cardíacas más frecuentes incluyen el infarto agudo de miocardio, la miocarditis aguda, arritmias y disfunción ventricular. 2 En un metaanálisis de 13 estudios sobre los hallazgos en tomografía de tórax en pacientes con COVID-19 se demostró que sólo el 4,55% de los 2738 pacientes presentó derrame pericárdico. 3

Descripción: Paciente masculino de 46 años con antecedente de asma y obesidad (IMC 30.8 Kg-m²). Consultó en guardia por cuadro de disnea progresiva asociada a tos, sin fiebre o equivalentes. Al examen físico se encontraba taquipneico, saturando 85% al aire ambiente y presentaba crepitantes en ambas bases pulmonares. El laboratorio evidenció hemoglobina de 10.2 g/dL, plaquetas 189000/mm³, ferritina 509 ng/ml, proBNP 438 pg/ml, troponinas ultrasensibles de 20 pg/ml. La radiografía de tórax mostró infiltrados en ambos campos pulmonares. Por sospecha de infección por COVID-19, se realizó hisopado que resultó positivo. Luego de 24 horas evolucionó con hipoxemia persistente por lo que se decidió conectarlo a asistencia respiratoria mecánica. A pesar de ello, desarrolló distress respiratorio severo con Pafi de 90, por lo que se realizó un ciclo de pronación durante 48 horas con mejoría constatada por gases arteriales. Se realizó radiografía de tórax que mostró un aumento en el índice cardio-torácico con imagen de "corazón en botellón" (Imagen 1) por lo que se realizó ecocardiograma transtorácico que evidenció derrame pericárdico severo circunferencial, con signos incipientes de taponamiento (Imagen 2). Se realizó pericardiocentesis, obteniendo un débito de 1050 ml líquido citrino exudativo (LDH 1350 UI/L, glucosa 10 mg/dL, triglicéridos 119 mg/dL). Tanto el cultivo como la baciloscoopia resultaron negativos. Se solicitó PCR en líquido pericárdico que continúa en proceso. Dada la exclusión de otros diagnósticos y ante la presencia de infección viral constatada, se interpretó el cuadro como pericarditis con derrame pericárdico asociado

por lo que se inició tratamiento con Colchicina e Ibuprofeno.

Conclusión: La infección por COVID 19 se asocia a compromiso cardíaco, tanto en pacientes con como sin antecedentes cardiovasculares. La pericarditis asociada a derrame pericardio severo es una manifestación rara de esta patología. Es importante reportar estas complicaciones para lograr un diagnóstico y tratamiento precoz, evitando de esta manera mayores complicaciones. REFERENCIAS 1. Ahmed, T., Shah, R. J., Gul Rahim, S. E., Flores, M. & O'Linn, A. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Complicated by Acute Respiratory Distress Syndrome: An Internist's Perspective. Cureus (2020) doi:10.7759/cureus.7482. 2. Asif, T., Kassab, K., Iskander, F. & Alyousef, T. Acute Pericarditis and Cardiac Tamponade in a Patient with COVID-19: A Therapeutic Challenge. Eur J Case Rep Intern Med 7, 001701 (2020). 3. Bao, C., Liu, X., Zhang, H., Li, Y. & Liu, J. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) CT Findings: A Systematic Review and Meta-analysis. J. Am. Coll. Radiol. 17, 701-709 (2020).



0559 - LEIOMIOSARCOMA PERICÁRDICO CON INVASIÓN A AURICULA DERECHA COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA CARDIACA.

BAZOALTO ORTUBE, Fernando | CAINZO, Christian Jose | GIMENEZ, Carlos Hector | NICOLOSI, Liliana | FUENTES, Richard
Hospital Español

Introducción: Los tumores cardíacos primarios son infrecuentes en todos los grupos de edad, con una prevalencia descrita del 0,001 al 0,03 % en series autópsicas, mientras que la afectación secundaria del corazón por tumores extracardíacos es de 20 a 40 veces más frecuentes que los tumores cardíacos primarios. Aproximadamente la cuarta parte de todos los tumores cardíacos son malignos y de la mitad a las tres cuartas partes de todos los tumores cardíacos primarios, son sarcomas. Los leiomiomas cardíacos son tumores de crecimiento rápido con una elevada tasa de recurrencia local y de metástasis a distancia

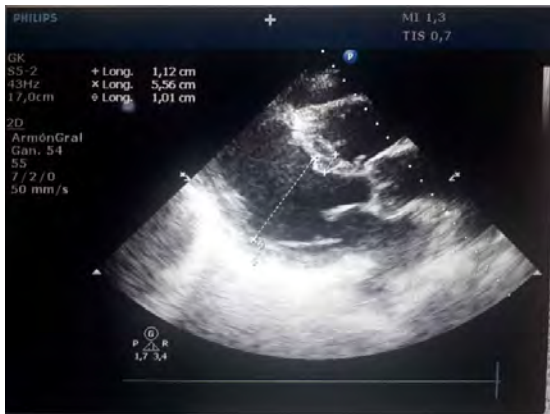
Descripción: Se presenta paciente de 41 años de edad, con factor de riesgo cardiovascular de HTA tratado con enalapril. Presenta como antecedente un año previo a la consulta derrame pericárdico; secundario a masa cardíaca constatada en ecocardiograma doppler. Se realizó exéresis del tumor con límites de seguridad. Resultados de biopsia leiomiomas de pericardio. Examen físico: RHA conservados. Se palpa hígado 3 traveses de dedo debajo reborde costal, doloroso. Estudios complementarios. ECG: ritmo sinusal, fc 120 x minuto. Eje + 60 sin alteraciones del ST-T. Ecocardiograma transesofágico: En cavidades derechas se evidencia masa en aurícula derecha de 3,6 x 5,2 cm que contacta con septum interauricular interrumpiendo drenaje de vena cava superior

Conclusión: Los leiomiomas se presentan algo más tempranamente que el resto de los

sarcomas (cuarta década de la vida). Proviene de fibras musculares lisas cercanas al subendocardio, aunque pueden originarse en el músculo liso de los vasos pulmonares vecinos. Suelen tener un carácter sésil, y son en general lobulados e irregulares. Presentan crecimiento lento por eso su evolución es solapada y no dan síntomas hasta estadios avanzados de la enfermedad. Es de rara presentación y se han comunicado pocos casos. La experiencia quirúrgica con los TC malignos es relativamente limitada. Se han recogido algunos cientos de publicaciones, la mayor parte casos aislados y algunas recopilaciones de experiencia de algunos hospitales. Entre las series publicadas se mencionan algunas como la de Reece et al, con 5 TC malignos operados: 2 angiosarcomas (AD, AD-VD), 1 mixosarcoma (AI), 1 fibromixosarcoma (AI-VD-VI) y 1 leiomioma (AI-VI). La resonancia magnética demuestra con gran precisión la masa tumoral y la extensión a pericardio o vasos de gran calibre. El tratamiento suele ser controvertido, por el hecho que es universalmente aceptado es la resección quirúrgica lo más completa posible. En el leiomioma, la radioterapia no es una opción terapéutica, al ser un tumor poco sensible y tener efectos adversos graves. Debido a que la eficacia de la quimioterapia en este tipo de tumor es desconocida, no hay información de un esquema óptimo. La doxorubicina se ha utilizado en vista al beneficio de otros tipos de sarcomas de tejido blando, sin embargo, en algunas series no ha mostrado eficacia en aumentar la sobrevida. Hasta el momento, el trasplante de corazón ha tenido resultados poco claros y contradictorios, por los factores limitantes de este tipo de tratamiento, y el mayor riesgo a recurrencia del tumor con el tratamiento inmunosupresor, no es comúnmente usado. La causa de muerte más común es la recurrencia local del tumor (50%) aun cuando se haya resecado completamente. Como conclusiones de este caso podemos decir que, los leiomiomas primarios cardiacos son tumores muy infrecuentes, presenta mal pronóstico, pueden alcanzar un gran tamaño, comprometer estructuras como la VCS. Dada su prevalencia es un desafío que requiere manejo interdisciplinario en centros de alta complejidad.

0565 - EFECTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL PRONÓSTICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: NUEVO VIRUS, VIEJAS COMPLICACIONES

SCHITTER, Martín | DELLE DONNE, María Eugenia | MADDALENA, Andrea Belén | BELLUSCI, María Clara | BERNAL, Maico Ignacio Fundación Favalaro



Introducción: Las complicaciones mecánicas del infarto agudo de miocardio (IAM) presentan una alta tasa de mortalidad, que supera el 50%. Su incidencia ha disminuído francamente respecto a la era pre-trombolítica debido a los tratamientos de reperfusión precoz, con fármacos trombolíticos y especialmente con angioplastia coronaria primaria. La actual pandemia por COVID-19 tiene un gran impacto en el manejo y evolución de los pacientes con IAM. Se describen importantes retrasos hasta la reperfusión efectiva, en parte por aumento en los tiempos puerta-guía, y debido a la implementación de protocolos de protección contra el SARS-Cov 2, pero principalmente a raíz del retraso en la consulta por parte de los pacientes. Se describe a continuación un caso que ejemplifica dicha problemática.

Descripción: Paciente de sexo femenino de 71 años, con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo y artritis reumatoidea, en tratamiento con Metotrexate, que presentó en el mes de abril dos episodios de dolor torácico opresivo, irradiados a miembro superior izquierdo, y asociados a síncope, por los cuáles no consultó. Ingresa un mes más tarde por disnea, diagnosticándose

insuficiencia cardíaca aguda, y estudiándose mediante electrocardiograma, donde presentaba secuela en caras anterior e inferior, con supradesnivel del segmento ST en cara anterior aparentemente disquinético y ecocardiograma que evidenciaba: deterioro severo de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (30%), con aquinesia de todos los segmentos medios y apicales e imagen en el ápex del ventrículo izquierdo compatible con pseudoaneurisma con un cuello de 21 mm de diámetro y una neocavidad de 45 x 26 mm, con flujo sistólico-diastólico en su interior. Se realizó Cinecoronariografía, donde presentaba oclusión total en la arteria Descendente Anterior a nivel del tercio medio, sin otras lesiones angiográficamente significativas. Se interpretó el cuadro como infarto agudo de miocardio evolucionado, complicado con rotura cardíaca contenida y pseudoaneurisma del ventrículo izquierdo. La paciente evolucionó clínicamente estable, con resolución de los signos de congestión, sin presentar arritmia ventricular u otras complicaciones. Por este motivo, sumado a la fragilidad de la paciente, el alto riesgo quirúrgico y el largo tiempo de evolución del pseudoaneurisma, se decidió tras la evaluación por Equipo Cardiológico Clínico-Quirúrgico realizar tratamiento médico, sin avanzar con resolución invasiva. Se titularon betabloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, inhibidores del receptor de mineralocorticoides y estatinas, y ante la buena tolerancia y evolución de la paciente se otorgó el alta institucional.

Conclusión: La pandemia por COVID-19 trae aparejados problemas no sólo relacionados directamente con el virus, sino también con la desatención de otras patologías por parte del paciente y por dificultades del sistema de salud. Hay reportes internacionales contundentes: reducción de hasta el 27% de las angiografías y angioplastias coronarias, 48% de incremento en el retraso hasta la reperfusión y 22% de uso de fibrinolíticos debido a logística en relación a la pandemia. Como consecuencia se reportaron aumentos del 28% en la incidencia de shock cardiogénico y complicaciones mecánicas del infarto. Los tiempos síntoma-consulta se han prolongado notablemente debido al temor al contagio por COVID-19 y las restricciones a la circulación.



0566 - DOBLE ARCO AÓRTICO: DIAGNÓSTICO PRENATAL Y EVOLUCIÓN POSNATAL

SAENZ TEJEIRA, María Mercedes | FERNÁNDEZ, Mariano Javier | CORDOBA, Antonela Anahí | NAPOLI, Natalia Soledad | BARRETTA, Jorge Orlando Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El anillo vascular es una cardiopatía poco frecuente, el diagnóstico prenatal permite actuar con celeridad previo a la aparición de síntomas. El objetivo es presentar el reporte de un caso con diagnóstico prenatal y su correlación tomográfica y evolución posnatal.

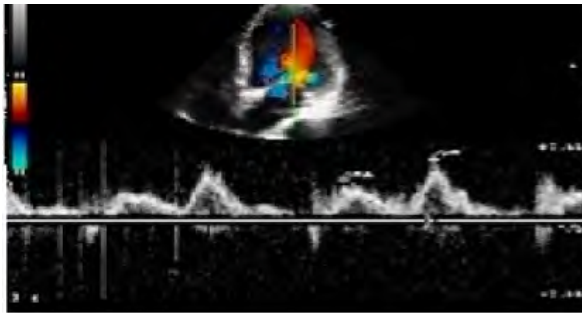
Descripción: Las anomalías del arco aórtico pueden ocurrir desde variantes normales en el patrón de bifurcación de los vasos del cuello hasta arcos aórticos con anillos vasculares completos sintomáticos con una incidencia del 0.5%. Dado que



para su diagnóstico se requiere un alto índice de sospecha clínica, el diagnóstico suele retrasarse y genera complicaciones respiratorias e internaciones innecesarias en los niños pequeños. El diagnóstico prenatal permite planificar el parto, tener una conducta clínica expectante y orientada a la intervención precoz ante la aparición de síntomas. El anillo vascular por doble arco aórtico, es una cardiopatía poco frecuente, que consiste en la presencia de dos arcos aórticos formando un anillo vascular completo. Los mismos pueden comprimir la tráquea y el esófago. El objetivo es presentar el reporte de un caso con diagnóstico prenatal y su correlación tomográfica postnatal. CASO CLINICO: Paciente secundigesta de 39 años sin antecedentes a destacar. Presenta estudios del primer trimestre (traslucencia nuchal) de bajo riesgo. Se le solicita ecocardiograma fetal de control a las 19 semanas de gestación en donde se observa: anillo vascular tipo doble arco, arco derecho predominante de donde emergen los vasos del cuello, y a la izquierda de la tráquea imagen de arco más pequeño. Continúa controles sin complicaciones con ecocardiograma. Se decide nacimiento en centro que cuente con capacidad de realizar estudios de imágenes y cirugía cardiovascular. Nace por parto vaginal a las

41 semanas peso 4435 gramos recién nacido sexo masculino. Permanece en internación conjunta, asintomático; Continúa sus controles en forma ambulatoria. Al mes comienza con estridor respiratorio, se realiza tomografía con reconstrucción 3D del corazón grandes vasos y vía aérea que confirma el diagnóstico: Anillo vascular completo por doble arco aórtico. con Arco aórtico derecho predominante sin coartación, con hipoplasia del arco izquierdo y estenosis crítica-interrupción en su porción posterior. Presenta en el reconstrucción 3D de la vía aérea compresión de la luz traqueal distal precarinal y del esófago. Se realiza cirugía correctora a los 2 meses con buena evolución clínica,

Conclusión: El anillo vascular es una cardiopatía poco frecuente, que requiere un alto índice de sospecha clínica. El diagnóstico suele retrasarse y generar complicaciones respiratorias e internaciones innecesarias en los niños pequeños. El diagnóstico prenatal permite planificar el parto, preparar a las familias, tener una conducta clínica expectante y orientada a la intervención precoz ante la aparición de síntomas.



0572 - "TAQUICARDIA VENTRICULAR MONOMORFA SOSTENIDA EN PACIENTE CON MIOCARDIOPATIA CHAGASICA"

CAINZO, Christian Jose | FUENTES, Richard | GIMENEZ, Carlos Hector | HILARION MONTAÑO, Jhoselin Soley | NICOLOSI, Liliana
Hospital Español

Introducción: Objetivos: la enfermedad de Chagas esta causada por el Tripanosoma Cruzi . Se calcula que actualmente en el mundo hay entre 8 a 10 millones de personas infectadas y que entre el 20 - 40 por % desarrollara enfermedad miocárdica crónica con consiguiente manifestación de insuficiencia cardíaca, arritmias y eventos tromboembolicos y el gasto en salud que ello implica. Objetivo: a partir de este caso desarrollar herramientas para la mejor detección de paciente con enfermedad de chagas y algoritmos diag-

nosticos para anticipar las complicaciones en estadios avanzados de la enfermedad.

Descripción: Materiales y metodo: paciente de 72 años FRC dbt 2 , ex tbq, HTA. Presento multiples episodios sincopales, consultando por angor en CF IV asociado a deterioro del sensorio. FC 200 latidos x minuto. En ecg se constata taquicardia ventricular monomorfa sostenida (TVMS). Se procede a realizar CVE con 200 J revirtiendo a ritmo sinusal con estabilidad hemodinamica luego de la misma. Serologia positiva para chagas con dos métodos diferentes Dentro de estudios diagnosticos se practico CCG observandose en la misma anatomia coronaria sin lesiones angiograficamente significativas. Ecocardiograma doppler evidencio discinesia de los segmentos apicales. con diámetros aumentados. Se decidio realizar resonancia magnética cardíaca (RMN) que mostró diámetros severamente dilatados con adelgazamiento de los segmentos apicales compatible con aneurisma apical informando fevi de 31% por este método. En la secuencia realce tardío se evidencio áreas de detención de contraste de extensión miocardiaca compatible con miocardiopatia. Se decidió implante de cardiodesfibrilador implantable (CDI), optimizando tratamiento medico con IECA, B Bloquantes y antagonista de aldosterona. Se otorgo alta sanatorial con buena respuesta en seguimiento ambulatorio.

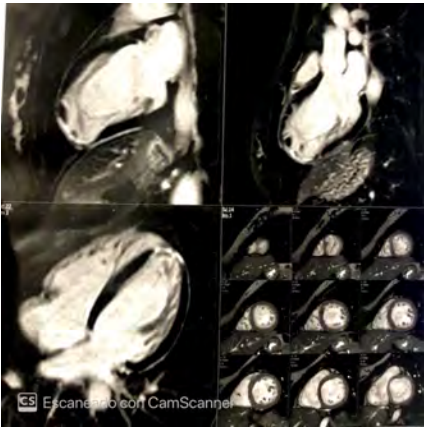
Conclusión: Conclusiones: Los hallazgos mas frecuentes en RMN cardíaca es la presencia de aneurismas apicales con adelgazamiento de las paredes del miocardio. También la presencia de áreas de fibrosis y/o necrosis. Dentro de las causas que favorecen a la aparición de arritmias ventriculares complejas en contexto de miocardiopatia chagasica, es la necrosis y fibrosis del miocardio por inflamación crónica del mismo. Ademas estudios sugieren la presencia de denervacion del sistema nervioso autónomo estando ello implicado en los mecanismos mas aceptados en la miocardiopatia chagasica. La TVMS es la causa principal de muerte súbita en paciente con Mch y el implante de CDI para prevención secundaria.



0573 - MIOCARDIOPATIA PERIPARTO: UN GRAN SIMULADOR

BELLUSCI, Maria Clara | DELLE DONNE, María Eugenia | MADDALENA, Andrea Belén | SCHITTER, Martín | FENOCCHIO, Santiago Fundación Favaloro

Introducción: La miocardiopatía periparto (MCP) es una forma de insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida, que afecta a las mujeres al final del embarazo o en el puerperio temprano. El diagnostico se basa en criterios clínicos y por imágenes, (FEVI < 45%), una vez descartadas otras patologías frecuentes. El espectro clínico de presentación varía desde una enfermedad leve, con recuperación completa, a una forma grave con una morbimortalidad significativa tanto materna como fetal. La incidencia está aumentando en la actualidad, y esto puede deberse al aumento de la edad materna, preeclampsia, gestaciones múltiples y factores de riesgo cardiovascular (FRCV) materno. A continuación se presenta un caso que ejemplifica dicha problemática.



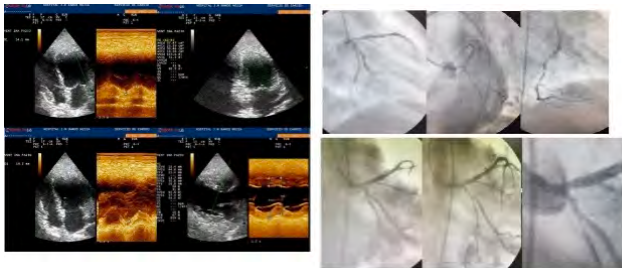
Descripción: Mujer de 38 años, sin FRCV, con antecedente de cesárea el 05/05/2020. Cinco días posteriores a la misma, requirió internación por neumonía bilateral, y reinternación con diagnóstico de insuficiencia cardíaca aguda descompensada con evidencia de disfunción ventricular severa con requerimiento de inotrópicos. Consultó a nuestra institución un mes después por cuadro clínico caracterizado por dolor precordial opresivo, sin relación con esfuerzos, asociado a disnea clase funcional II/III. Se decidió su internación para una correcta evaluación. El electrocardiograma de ingreso mostró ritmo sinusal con ondas T negativas en cara anterior, y el dosaje de troponina I ultrasensible fue negativo en dos ocasiones. Se realizó ecocardiograma doppler con evidencia de diámetros de ventrículo izquierdo (VI) conservados, con deterioro moderado de la función sistólica del ventrículo izquierdo (FSVI), fracción de eyección del VI (FEVI) de 35 %, e hipoquinesia global a predominio de los segmentos apicales. Posteriormente se completó evaluación con Resonancia Magnética Cardíaca (RNMC) que evidenció FEVI 40%, adelgazamiento y aquinesia de los segmentos septal anterior medio y septoapical, anteroapical y apical propiamente dicho, con imagen compatible con trombos intracavitarios apicales, y patrón de realce transmural anteroapical, septoapical, y apical. Además, mostró la presencia de realce subepicárdico inferolateral medio con aumento de señal en T2 compatible con miocarditis. Debido a la coexistencia de

ambos patrones, que pueden suponer la existencia de proceso de miocarditis asociado a estado de trombosis en territorio coronario, se decidió la realización de cinecoronariografía (CCG) que mostró arterias coronarias sin lesiones angiográficas significativas. Se interpretó el cuadro como Miocardiopatía Periparto, se inició anticoagulación por presencia de trombo intracavitario en ápex de VI, y se optimizó tratamiento médico con betabloqueantes, estatinas, y antagonistas de aldosterona. Evolucionó estable por lo cual se otorgó egreso institucional.

Conclusión: La etiología de la MCPP continúa siendo un tópico de debate e investigación. Múltiples factores han sido evaluados, que podrían contribuir a su desarrollo y que culminan en una vía final de incremento en el estrés oxidativo, desequilibrio angiogénico, daño endotelial y disfunción miocárdica. Dentro de estos se encuentran, los FRCV maternos, procesos autoinmunes, infecciosos, inflamación y predisposición genética. Como consecuencia de los diferentes procesos que intervienen en la fisiopatología de esta enfermedad, los estudios por imágenes no presentan un patrón característico que permita realizar un diagnóstico certero, y muchas veces coexiste más de uno en dichos estudios. Los hallazgos en la RNMC son muy diversos, habiéndose descrito múltiples patrones de realce tardío con gadolinio, que pueden incluso semejar otras patologías como la cardiopatía isquémica. Es por ello que el conjunto de la sospecha clínica, asociado con el ecocardiograma y la RMC, son vitales para instaurar un tratamiento inmediato y prevenir así resultados adversos maternos y fetales.

0579 - SINDROME CORONARIO AGUDO EN CONTEXTO DE COVID-19

MARCONI, Sofía | SETEPASSI, Paola | ROCCELLA, Giuliana | SALAMÉ, Michael | CARBAJALES, Justo
Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

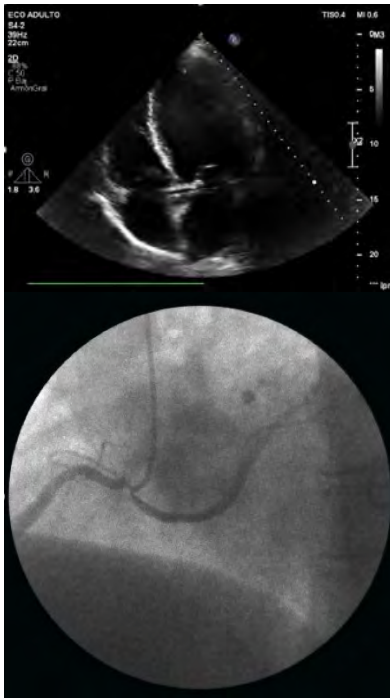


Introducción: La enfermedad por coronavirus-2019 (COVID-19), una enfermedad respiratoria viral causada por el síndrome respiratorio agudo severo coronavirus-2 (SARS-CoV-2), es una pandemia mundial que afecta a 185 países y afecta a más de 3 000 000 pacientes en todo el mundo. Entre los pacientes con COVID-19, existe una alta prevalencia de enfermedad cardiovascular, y más de un 7% de los pacientes experimentan daño miocárdico por la infección. El SARS-Cov 2 predispone a desarrollar una enfermedad trombótica en los circuitos venosos y arteriales, debido a un exceso de respuesta inflamatoria, activación plaquetaria, disfunción endotelial y estasis sanguínea. Durante el desarrollo de esta pandemia se evidenció que tanto la edad avanzada y

las comorbilidades, como las enfermedades cardiovasculares, confieren un mayor riesgo de enfermedad grave, aunque se ha demostrado que los pacientes jóvenes y sanos también corren el riesgo de complicaciones. El objetivo de esta presentación es exponer el caso de una paciente que ingresa a nuestra institución por síndrome coronario agudo asociado a COVID-19.

Descripción: Paciente femenina de 38 años con factores de riesgo cardiovascular: tabaquista severo, sobrepeso. Antecedentes de linfoma de Hodgkin hace 15 años que recibió radioterapia y quimioterapia; consumo de estupefacientes (cocaína, marihuana) hasta hace un año atrás. Ingresó por SCASST IAM subendocárdico asociado a COVID. Presenta troponinas al ingreso de 94 y 146, CK 133 y 102, CKMB 27 y 18, en el ecg infraST en cara anterolateral y t negativas en cara inferior. Intercede con APIAM con cambios electrocardiográficos, por lo que se realiza ccg que informa dos lesiones severas trombóticas en arterias Descendente Anterior y Coronaria Derecha; se realiza angioplastia (ATC) a arteria Coronaria Derecha con stent tipo DES, y se programa ATC a arteria Descendente Anterior en un segundo tiempo. Al día siguiente se realiza ATC a arteria Descendente Anterior con colocación de un stent liberador de fármacos, lo cual genera lesión severa a nivel ostial en arteria Circunfleja por lo que se realiza técnica kissing balón en arteria Circunfleja y Descendente Anterior, presentando luego del procedimiento flujo TIMI III. Paciente evoluciona posterior al procedimiento con hipotensión y mareos, que resuelven espontáneamente. Se realiza dosaje de dímero D de 553 y LDH de 335. Paciente continúa en aislamiento e internación en UCO con buena evolución, y monitoreo continuo

Conclusión: Conclusiones: El COVID-19 interacciona en múltiples niveles con el sistema cardiovascular, aumentando la mortalidad en pacientes con enfermedades cardiovasculares preexistentes, como también generando en algunas oportunidades injuria y disfunción miocárdica. Uno de los mecanismos relacionados con la patogenia de la misma, consta de una respuesta inflamatoria excesiva, generada por una tormenta de citoquinas, un desbalance en la respuesta en los diferentes tipos de linfocitos T e hipoxia. Estos mecanismos descriptos asociados a la severidad de la enfermedad y a factores de riesgo subyacentes predisponen al desarrollo de eventos trombóticos. Según la evidencia, existen marcadores inflamatorios que pueden correlacionarse con la gravedad de la enfermedad y un perfil procoagulante como la proteína C reactiva, el dímero D, la ferritina y la interleucina-6 (IL-6). De acuerdo con lo previamente citado, consideramos que la etiopatogenia de la injuria miocárdica de nuestra paciente podría explicarse por un fenómeno trombótico relacionado a la enfermedad por SARS-CoV-2.

0582 - LESIÓN CORONARIA SEVERA EN VASO CON NACIMIENTO ANÓMALOMELGAREJO, Diego Junior | CANGRÓS, Nadia Solange | KREMER, Daiana Celeste | TABOADA, Susana Beatriz | DOMINE, Enrique
Hospital General de Agudos B. Rivadavia

Introducción: Las anomalías congénitas de las arterias coronarias presentan una incidencia que oscila entre 0.1 y el 8.4%, razón por la cual, es difícil conocer exactamente la magnitud del problema. Entre ellas, el origen anómalo de las arterias coronarias es un terreno aun mas incierto debido a su baja prevalencia, pero, sin embargo, un gran significado clínico. Dentro de las manifestaciones clínicas más frecuentes podemos destacar desde pacientes totalmente asintomáticos hasta la presencia de angina, infarto de miocardio, fallo cardíaco, síncope, arritmias y muerte súbita, siendo el esfuerzo físico el detonante de los mismos en la mayoría de los casos. Con lo que respecta al diagnóstico podemos decir que el desarrollo observado en técnicas diagnósticas no invasivas permite un diagnóstico más frecuente y apropiado. Sin embargo, la mayoría de las anomalías coronarias se descubren accidentalmente en cinecoronariografías realizadas a pacientes por otros motivos. Que técnica utilizar para su diagnóstico, así como también su tratamiento son preguntas que debe realizarse cada equipo médico frente a un paciente particular.

Descripción: Paciente de 59 años de edad con factores de riesgo cardiovascular de hipertensión arterial, sobrepeso, sedentarismo y ex tabaquismo. Con antecedentes cardiovasculares de miocardiopatía dilatada con disfunción bi ventricular leve a moderada (Fey 46%) de etiología isquémica necrótica, lesión severa en arteria coronaria circunfleja sin tratamiento de revascularización. Es ingresado al servicio de cardiología por presentar disnea progresiva CF III-IV de 2 semanas de evolución asociada a edemas en miembros inferiores. Al examen físico se evidencia signos de insuficiencia cardíaca aguda. Laboratorio de ingreso sin particularidades, con biomarcadores cardíacos negativos. Radiografía de tórax IC>0.5 con signos de congestión venocapilar. En ECG se observa taquicardia auricular, con imagen de bloqueo completo de rama izquierda y ondas QS en derivaciones correspondientes a cara inferior y anterolateral. Se interpreta cuadro como insuficiencia cardíaca congestiva crónica reagudizada por mala adherencia al tratamiento y progresión de enfermedad de base. Se progresa a realizar balance negativo con diuréticos y asa endovenosos con buena respuesta y evolución. Posteriormente se realiza ecocardiograma doppler donde se evidencia progreso del deterioro miocárdico, con

función sistólica del ventrículo izquierdo severamente disminuida (Fey 18%) y disfunción diastólica de grado IV. Además, se observa en vista de cuatro cámaras la presencia de trayecto anómalo de la arteria coronaria circunfleja (Figura 1) Posteriormente se decide realizar una cinecoronariografía donde se confirma el nacimiento anómalo de la arteria circunfleja desde el seno coronario derecho, de probable trayecto interarterial y con presencia de obstrucción ostial severa (Figura 2), acompañado además por la presencia de una lesión moderada en tercio medio de arteria coronaria derecha y una lesión moderada en tercio medio de arteria descendente anterior, con buenos lechos distales. Ante éste cuadro se analiza el caso en ateneo clínico-quirúrgico y en vista a ser candidato a intervención quirúrgica, se realiza la derivación a centro quirúrgico de mayor complejidad para evaluar cuál es la mejor técnica más apropiada para el caso, previa realización de Angio-TC que permitan una mejor definición anatómica coronaria y su relación con estructuras adyacentes

Conclusión: Más allá de controversias respecto de si es necesario tratar y de cómo hacerlo, la cirugía es la estrategia más utilizada y recomendada en pacientes jóvenes, sintomáticos y un trayecto proximal interarterial o intramural. En un caso tan complejo como en nuestro es necesario una evaluación más completa, evaluar la mejor técnica y el riesgo-beneficio de una posible intervención.

0583 - IMÁGENES MULTIMODALES EN PACIENTE JOVEN CON INSUFICIENCIA CARDIACAROURA, Pablo (1) | DE STEFANO, Luciano(1) | SCATTINI, Gabriel(1) | RODRIGUEZ, Marina Ileana(2) | CAMPISI, Roxana(2)
IADT - Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento (1); Diagnóstico Maipú (2)

Introducción: La causa más frecuente de la insuficiencia cardíaca (IC) es la enfermedad coronaria epicárdica. Sin embargo, pacientes jóvenes que debutan con IC y compromiso biventricular, obligan a pensar en otras etiologías.

Descripción: Hombre de 51 años, hipertenso y con antecedentes familiares de enfermedad coronaria a edad temprana. Consulta por disconfort abdominal y disnea CF II de semanas de evolución. Niega cuadro infeccioso previo. A su ingreso: PA 115/65 mm Hg, FC 100/minuto, saturación arterial de 95% (Fio2: 21%), escasos rales bibasales e hipoventilación en base derecha. Leve disconfort en hipocondrio derecho, edemas pretibiales 2/6 simétricos. Se interpreta el cuadro como de IC congestiva. La Rx de tórax mostró cardiomegalia con signos de redistribución de flujo. ECG: Ritmo sinusal con signos de sobrecarga auricular y ondas T (-) DI, DII, aVL y aVF y V5-V6 (sobrecarga ventricular izquierda). Ecocardiograma doppler: diámetro diastólico del ventrículo izquierdo (VI) de 65 mm, hipocinesia apical y acinesia del resto de los segmentos (fracción de eyección (FE) del VI 20%), ventrículo derecho (VD) no dilatado con deterioro de la FS, una presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) 72 mm Hg con dilatación de la vena cava inferior sin colapso inspiratorio, derrame pericárdico leve. Laboratorio: hemograma, hepatograma y proteinograma normales, eritrosedimentación 20, troponina normal. Ingresa a unidad coronaria e inicia tratamiento con vasodilatadores y diuréticos endovenosos. Buena evolución y disminución de PSAP a 42 mmHg. La cinecoronariografía mostró enfermedad severa distal de la arteria coronaria derecha y moderada en segmento medio de la arteria descendente anterior. Resonancia magnética cardíaca: Volúmenes del VI aumentados, con aumento de los espesores parietales e hipocinesia difusa y una FEVI 13%, el VD presentó volúmenes aumentados e hipocinesia global (FSVD: 30%). No se observó infiltración grasa del VD ni VI. En T2 se observó un aumento de la intensidad de la señal a nivel inferoseptal, inferior e inferolateral mediales, compatible con edema. Extenso realce tardío de gadolinio septal, anterior y lateral, compatible con fibrosis de origen no isquémico necrótico. Hallazgos sugestivos de sarcoidosis o de miocarditis fulminante. Ante esta sospecha, se solicitó estudio de tomografía por emisión de positrones integrada con tomografía computada (PET/TC) para evaluar inflamación del miocardio. Se efectuó un estudio de perfusión miocárdica en reposo con N-13 Amonio (20 mCi) y a continuación se inyectaron 10 mCi de F-18-Fluordesoxiglucosa (FDG) como marcador de inflamación. Las imágenes de perfusión evidenciaron captación heterogénea del radiotrazador a predominio inferior. Las imágenes con FDG mostraron un patrón de captación difuso en el miocardio (inespecífico), por lo cual se concluyó ausencia de inflamación activa en el miocardio. El barrido de cuerpo entero PET/TC no presentó alteraciones. La biopsia endomiocárdica mostró hallazgos compatibles con miocardiopa-

tía dilatada (inespecífica). En la evolución se registró taquicardia ventricular no sostenida y se decide colocar un cardiodesfibrilador implantable. El paciente se externa medicado con: valsartan/sacubitrilo 200 mg/día, furosemida 40 mg/día, espironolactona 25 mg/día, bisoprolol 5 mg/día, aspirina 100 mg/día, atorvastatina 20 mg/día. Se indica estrecho seguimiento por servicio de IC y trasplante cardíaco. Conclusión: En nuestro paciente, la ausencia de inflamación activa y de marcadores de daño miocárdico, sumados a los hallazgos de la biopsia, alejan el diagnóstico de sarcoidosis cardíaca o de miocarditis aguda como responsables de la IC. Si bien el paciente presenta lesiones epicárdicas, la dilatación del VI y el compromiso biventricular hacen como diagnóstico más probable a la miocardiopatía dilatada de etiología no isquémica.

0589 - NEUROCARDIOABLACION PARA SÍNCOPE VASOVAGAL REFRACTARIO

AMARILLA, Lucas | AZULAY, Hugo Fernando Alexis | GAY PAPP, Matias Nicolas | RETAMOSO, Eugenia | SINGH, Vanina Gabriela
Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"

Introducción: El síncope reflejo debido a la reacción vasovagal es la causa más frecuente de pérdida transitoria de la conciencia (TLOC) en la población general. Disminuye notablemente la calidad de vida y puede provocar lesiones. El tratamiento de VVS sigue siendo un desafío. El tratamiento no farmacológico, como la ingesta de líquidos y sal, evitando situaciones que desencadenan el síncope o el entrenamiento de inclinación no es efectivo en una proporción significativa de sujetos con síncope. La farmacoterapia es incluso menos efectiva. En los últimos tiempos surge la neurocardioablación como una alternativa terapéutica para síncope VVS refractario a tratamiento médico con muy buenos resultados.

Descripción: Paciente de 40 años, refiere en el año 2009 episodios de síncope a repetición. Consulta con médico clínico de cabecera, quien indica tratamiento médico evolucionando favorablemente no repitiendo eventos por lo que suspende tratamiento en el año 2011. En 2018 vuelve a repetir episodios consultando con servicio de arritmia de esta institución, iniciándose tratamiento médico con midronine, repitiendo eventos por lo que se indica evaluación neurológica resultando normal. Se realiza tilt test que resulta positivo y estudio electrofisiológico que resulta normal. Dado lo anterior se asume como síncope maligno por lo que se indica procedimiento de CardioNeuroAblación con sistema CARTO 3. El 13/09/2019 ingresa a sala de electrofisiología donde se realiza mapeo y ablación de ganglios parasimpáticos encontrando señales adecuadas y respuesta vagal en región anterior de vena superior derecha y región posterior de carina izquierda, en esta última región se evidencia aumento del intervalo AH y luego de continuar la aplicación el acortamiento del mismo. Se realiza posteriormente test de atropina que resulta sin aumento de la FC. El paciente se recupera de la anestesia total. Se asume al procedimiento como exitoso sin complicaciones.

Conclusión: El síncope vasovagal refractario a la terapia médica, de dispositivos y conductual puede ser una enfermedad cardiovascular debilitante. La ablación selectiva de ganglios parasimpáticos puede ser una terapia alternativa prometedora basada en un catéter para el VVS refractario. El campo naciente de la ablación con catéter cardioneural señala un cambio de paradigma en el tratamiento de la bradicardia funcional y los síndromes hipotensores. Se justifican estudios adicionales, ya que la deservación vagal exitosa puede obviar la necesidad de implantación de marcapasos permanente en pacientes seleccionados, y puede ser aplicable a pacientes con respuestas predominantemente vasodpressoras.



0596 - ANOMALÍA DE UHL: SIEMPRE UN DESAFÍO

FOTI, Mariel Lilian | MICHELI, Diego Claudio | STELMASZEWSKI, Erica Victoria | ROSENAL, Carlos Fernando | VILLA, Alejandra
Hospital de Pediatría SAMIC Dr. J Garrahan

Introducción: La anomalía de Uhl es una cardiomiopatía infrecuente caracterizada por ausencia total o parcial de miocardio del ventrículo derecho (VD), con aposición del endocardio con el epicardio. El diagnóstico se realiza en base a los hallazgos ecocardiográficos, que luego se confirman con la resonancia magnética nuclear (RMN). Su pronóstico varía de acuerdo a la forma de presentación, pero suele ser malo y no existe un tratamiento ideal.

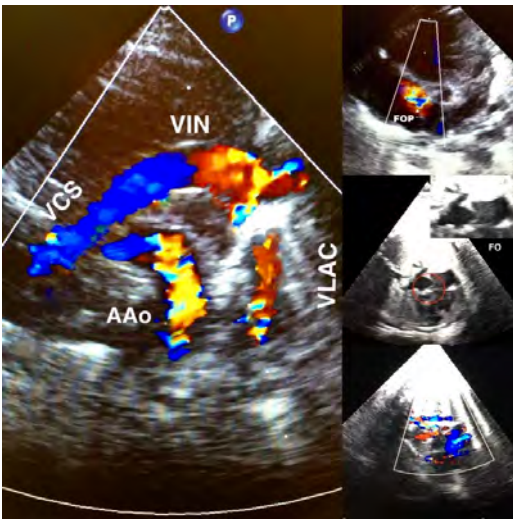
Descripción: Se presenta un paciente sin antecedentes personales de relevancia y con una hermana mayor fallecida a los 4 ddd por miocardiopatía espongiiforme. A los 9 meses de edad, durante una intercurencia respiratoria, por presentar insuficiencia cardíaca y cianosis sin respuesta a oxigenoterapia se realiza diagnóstico de miocardiopatía dilatada del VD, motivo por el cual, se deriva a nuestro hospital. Por presentar ventrículo derecho severamente dilatado con paredes adelgazadas, ausencia de porción trabeculada y dilatación aneurismática distal a la banda moderadora, con función sistólica del VD deprimida, se realiza diagnóstico de probable anomalía de Uhl, el cual es confirmado por RMN. Ingresó en lista de trasplante cardíaco al poco tiempo de su diagnóstico, dada la mala función ventricular derecha (fracción de eyección del VD 6.4% por RMN). Su evolución fue desfavorable, sin mejoría ecocardiográfica, y seguimiento con RMN (ausencia de miocardio en pared libre del VD y pocas trabeculaciones apicales, no presenta infiltración grasa, disfunción sistólica del VD, aumento del volumen de fin de diástole, dilatación de la aurícula derecha). Si bien se encuentra en clase funcional II y sin arritmias, actualmente, a 14 años del diagnóstico, aún continúa en lista de trasplante cardíaco por persistir con disfunción ventricular severa.

Conclusión: La anomalía de Uhl es una patología del ventrículo derecho, infrecuente, con formas de presentación variables y expresiones clínicas diversas, pero con pronóstico ominoso en la mayoría de los casos.

0600 - VENA LEVOATRIOCARDINAL COMO MECANISMO DE SHUNT DE IZQUIERDA A DERECHA EN SÍNDROME DE CORAZÓN IZQUIERDO HIPOPLÁSICO

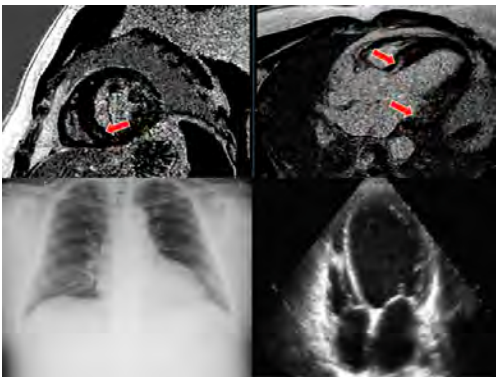
ARRI, Micaela | WAGMAISTER, Barbara | PASTARO, Daniela | IBARRA, Camilo | CHOE, Hyon Ju - Clínica Bazterrica

Introducción: La vena levoatriocardinal (VLAC) fue descrita por primera vez en 1926 por McIntosh como una conexión anormal persistente entre el sistema venoso pulmonar y sistémico. Embriológicamente las venas pulmonares se desarrollan a partir de el plexo capilar que rodea el intestino anterior. Estos se unen para formar las venas pulmonares principales que drenan cada lóbulo del pulmón.



Finalmente, estas venas pulmonares principales se unen con una extensión de la región sinoauricular del corazón para formar la conexión entre el lecho venoso pulmonar y la aurícula izquierda. Al principio de este proceso, el plexo capilar del esófago en desarrollo tiene conexiones con los vasos del sistema cardinal, que finalmente dan lugar las venas innominada y yugulares, la vena cava superior y el seno coronario. Estas conexiones involucionan a medida que el lecho vascular pulmonar establece drenaje hacia el corazón, pero en caso de obstrucción estas conexiones sistémico-pulmonares persisten proporcionando la salida de sangre venosa pulmonar desde la aurícula izquierda. El hallazgo de obstrucción del flujo de entrada del ventrículo izquierdo debe impulsar siempre a la búsqueda de una VLAC ya que esta puede proporcionar una fuente potencial de derivación de izquierda a derecha. Ecográficamente se puede identificar su presencia, origen y derivación. Se relata a continuación el caso de un paciente con síndrome de corazón izquierdo hipoplásico (SCIH) y foramen semi-restrictivo con persistencia de VLAC. Descripción: Segunda gestación en mujer de 38 años, sin antecedentes maternos de relevancia, derivada a las 36,5 semanas por sospecha de cardiopatía congénita en scan fetal. Se realizó ecocardiograma fetal donde se efectuó el diagnóstico de SCIH, atresia mitro aórtica con ventrículo izquierdo hipoplásico con signos de fibroelastosis, válvula aórtica hipoplásica atréctica de 4 mm, aorta ascendente de 4 mm con flujo reverso ductal, foramen oval de 4,5 mm con abombamiento de izquierda a derecha. Flujometría doppler a nivel de venas pulmonares demostró ligero aumento de onda "a" inversa sin aplanamiento de onda "d", con dificultosa valoración de venas pulmonares izquierdas y flujo venoso ascendente paralelo arco aórtico haciendo sospechar la presencia de VLAC. Función ventricular adecuada, insuficiencia tricuspídea mínima, FCF estable. Sin signos de hidrops. El paciente nació por cesárea programada a las 39 semanas de EG, por presentación podálica, con un peso de 2,760 kg, score de Apgar 8/8. Se realizó ecocardiograma postnatal confirmando el diagnóstico de SCIH con atresia mitro aórtica, aorta ascendente hipoplásica de 4 mm con flujo reverso a través del ductus, insuficiencia tricuspídea mínima, con adecuada función derecha, foramen oval semi-restrictivo, persistencia de VLAC con drenaje a vena innominada manteniendo shunt de izquierda a derecha. Permaneció en neonatología con infusión continua de Prostaglandinas, saturando 80%, estable hemodinámicamente. A las 72 horas de vida se realizó cirugía de Norwood clásico, se constató intra-quirúrgicamente la presencia de 4 venas pulmonares hacia aurícula izquierda, se realizó amplia septectomía auricular y cierre de vena levoatriocardinal. El paciente evolucionó favorablemente, encontrándose actualmente en control ambulatorio en estadio pre-Glenn.

Conclusión: La VLAC es una causa rara de "shunt" izquierda-derecha, como mecanismo de descompresión, que debe ser buscada en cardiopatías obstructivas izquierdas, especialmente en SCIH con septum íntegro o foramen restrictivo, siendo de suma importancia su diagnóstico en pacientes con SCIH en plan quirúrgico univentricular. Como método diagnóstico la ecocardiografía es un examen no invasivo eficiente y capaz de proveer información sobre la presencia de la misma.

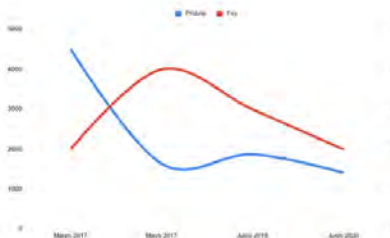


0609 - MIOCARDITIS VIRAL CRÓNICA VS REINFECCIÓN VIRAL

SANCHEZ, Agostina Antonella | DR. ATAMAÑUK, Nicolas | SANTUCCI, Jose Carlos | DR. BARATTA, Sergio | HITA, Alejandro
Hospital Universitario Austral

Introducción: La miocarditis es un proceso inflamatorio sub-diagnosticado en donde la mayoría de los autores concluyen en la falta de evidencia. La etiología es multifactorial, los virus son la causa más frecuente y dentro de ellos, el parvovirus B19. Puede presentarse como una enfermedad diseminada con tropismo para el miocardio y el endotelio vascular, causando insuficiencia cardíaca con alta tasa de mortalidad y se asocia con progresión hacia la miocardiopatía dilatada. La miocarditis puede imitar un infarto agudo de miocardio con inicio agudo de dolor torácico, anomalías en el ecocardiograma y enzimas cardíacas elevadas, debido a que los aumentos en el estrés oxidativo, la baja disponibilidad de óxido nítrico y la consiguiente disfunción endotelial se han implicado como posibles mecanismos para la inducción de vasoespasmo severo o cardiopatía isquémica. Presentamos el caso de un paciente con Insuficiencia Cardíaca con Fracción de Eyección Reducida secundario a miocarditis por Parvovirus B19 que se presenta con progresión de clase funcional y dolor anginoso.

Descripción: Paciente masculino de 45 años de edad con antecedentes de HTA, obesidad, sedentarismo, dislipemia, DBT tipo 2, miocardiopatía dilatada por miocarditis subaguda por parvovirus B19 en 2017 (diagnóstico por: RMN y BEM con hallazgo de replicación viral en miocardiocitos e infiltrado linfocitario). Última FEy 25%. Desde entonces se encontraba medicado con Sacubutrilo/Valsartan, bisoprolol, eplerenona y linagliptina. En el seguimiento persistía con episodios de insuficiencia cardíaca congestiva, a pesar del tratamiento anti remodelado, manteniéndose con NT-proBNP elevado a pesar de estar en peso seco y con tratamiento ajustado por diuréticos. BEM de control (10-04-17) negativa para Parvovirus B19. Es internado por reagudización de insuficiencia cardíaca y síndrome coronario agudo. Examen físico: TA 150/80 mmHg, FC 80 lpm, ingurgitación yugular, rales en ambos campos pulmonares, edemas en ambos miembros inferiores. Laboratorio sin leucocitosis, proBNP 1418 pg/ml, primer y subsiguiente troponinas; 43 y 40 pg/dl, respectivamente. ECG: Ritmo sinusal, FC 85 lpm, leve retraso de conducción al inicio del QRS, sin alteraciones del ST, T negativa en DI y aVL, HVI. Ecocardiograma de internación: FEy 26%, hipoquinesia difusa global severa, PSAP 59 mmHg. Se realizó CardioRMN con criterios de Lake Louis compatible con miocarditis, VI moderadamente dilatado, FEY 18%. Realce tardío positivo en cara anterior basal, septal basal y media, lateral basal y media con compromiso intramiocárdico, sin afectación del subendocardio. Técnica de edema positiva a nivel septal. Se realizó CCG concomitante a la BEM: se evidenció lesión severa en descendente anterior, se colocó un stent liberador de drogas. Se



mas en ambos miembros inferiores. Laboratorio sin leucocitosis, proBNP 1418 pg/ml, primer y subsiguiente troponinas; 43 y 40 pg/dl, respectivamente. ECG: Ritmo sinusal, FC 85 lpm, leve retraso de conducción al inicio del QRS, sin alteraciones del ST, T negativa en DI y aVL, HVI. Ecocardiograma de internación: FEy 26%, hipoquinesia difusa global severa, PSAP 59 mmHg. Se realizó CardioRMN con criterios de Lake Louis compatible con miocarditis, VI moderadamente dilatado, FEY 18%. Realce tardío positivo en cara anterior basal, septal basal y media, lateral basal y media con compromiso intramiocárdico, sin afectación del subendocardio. Técnica de edema positiva a nivel septal. Se realizó CCG concomitante a la BEM: se evidenció lesión severa en descendente anterior, se colocó un stent liberador de drogas. Se

realizó BEM que muestra infiltrados linfocitarios intersticiales con necrosis de miocitos adyacentes. Vasos intramiocárdicos congestivos con endotelios activos, edema perivascular y extravasación sanguínea. Zonas de fibrosis endocárdica. Se analizó PCR para múltiples virus en muestra miocárdica, hallándose Parvovirus B19. Por buena evolución clínica se decide egreso hospitalario, se tituló medicación anti remodelado por IC, y se agregó doble anti agregación plaquetaria.

Conclusión: La miocarditis constituye uno de los mayores retos diagnósticos dentro de la cardiología, siendo una enfermedad sub-diagnosticada y sin tratamiento claro. El análisis del presente caso ofrece dos causas posibles: miocarditis viral crónica vs miocarditis aguda por reinfección viral. A pesar de mostrar una BEM intermedia sin evidencia viral, la misma podría ser un falso negativo ya que es de notar la persistencia sintomática y la permanente elevación de NT-proBNP. Actualmente el paciente se encuentra en plan de iniciar esquema terapéutico con antivirales específicos.



0613 - TROMBOASPIRACIÓN MECÁNICA AÓRTICA Y FEMORAL DE EMERGENCIA POR ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA

SOLIOZ, German | CHEN, Hernan | MUZZIO, Maximiliano | ROSSINI, Adrián Marcelo | NOTRICA, Marcelo Elías
Sanatorio Sagrado Corazón

Introducción: La oclusión trombotica aórtica aguda es un evento catastrófico, infrecuente y con elevada mortalidad. La etiología es multifactorial y la manifestación clínica habitual es la isquemia arterial aguda de miembros inferiores. La metodología diagnóstica principal es por tomografía computada. La reperfusión por cirugía vascular es la primera línea de tratamiento, aunque las complicaciones post quirúrgicas son frecuentes e incluyen una elevada mortalidad producto de injuria por reperfusión. El abordaje endovascular ha ganado aceptación recientemente, gracias a avances tecnológicos como la disponibilidad de dispositivos de aspiración de trombos de gran tamaño. El objetivo del presente trabajo consiste en presentar el reporte de un caso clínico de isquemia arterial aguda por tromboembolia aórtica resuelto exitosamente con tromboaspiración mecánica de emergencia.

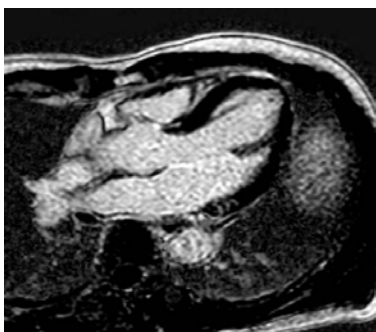


Descripción: Paciente de 53 años con antecedentes de asma, dislipidemia, coxartrosis de cadera. Su enfermedad actual comenzó en diciembre 2019 con cuadro caracterizado por dolor en región dorsal y tos seca. Evolucionó con lumbalgia, disminución de fuerza en brazo izquierdo reversible espontáneamente, registros febriles aislados y diarrea. Consultó por guardia y recibió tratamiento médico con analgésicos y antibióticos de amplio espectro. En enero del corriente año consultó por taquicardia supraventricular tratada con adenosina y amiodarona. Evolucionó con fibrilación auricular y posterior isquemia arterial aguda de miembros inferiores a predominio derecho. Se realizó arteriografía de emergencia (Fig.1) que demostró tromboembolia aórtica infrarrenal y oclusión trombotica poplíteas derecha y de tronco tibioperoneo izquierdo. Se realizó tromboembolectomía de emergencia con catéter de Fogarty en ambos miembros inferiores. Evolucionó con mejoría inicial y complicó post procedimiento con recurrencia de isquemia arterial aguda bilateral. Se decidió realizar bajo anestesia general tromboaspiración mecánica con catéter Penumbra INDIGO CAT 8 a nivel de aorta abdominal infrarrenal y femoral bilateral, en forma exitosa (Fig 2). Post procedimiento el paciente evolucionó con neumopatía e infección de herida quirúrgica a nivel del acceso vascular. El paciente recupera deambulación y se otorga el alta médica al cabo de 20 días.

Conclusión: La tromboaspiración mecánica aórtica endovascular de emergencia ofrece una alternativa terapéutica promisoriosa para el abordaje de una patología con elevada morbimortalidad.

0630 - MIOCARDITIS COMO EXPRESIÓN DE CARDIOTOXICIDAD

PEREZ CACERES, Nicolas Emanuel | MARTINO, Eduardo Daniel | BARATTA, Sergio | SANCHEZ, Agostina Antonella | HITA, Alejandro
Hospital Austral



Introducción: Existen múltiples definiciones para la cardiotoxicidad para la terapia antineoplásica. De acuerdo al Consenso de diagnóstico, prevención y tratamiento de la cardiotoxicidad por tratamiento médico del cáncer de la Sociedad Argentina de Cardiología la cardiotoxicidad se define como una caída de 10 puntos absolutos porcentuales por debajo del valor basal de la FEVI, con una FEVI por debajo del valor del límite inferior normal, establecido en 53%. Lopez-Fernandez & col. dan una definición mucho más amplia de que las anteriores y definen a la cardiotoxicidad como el conjunto de enfermedades cardiovasculares derivadas de los tratamientos oncológicos, e introduce el concepto de cardiotoxicidad subclínica que se define como la elevación de troponina y/o disminución de SLG > 15% con FEy normal. Debido a que cada vez existe mayor variedad de agentes antineoplásicos existe mayor variedad de expresiones de cardiotoxicidad.

Descripción: Enfermedad actual: Paciente de 67 años, Ex tabaquista, EPOC, dislipidemia, diabetes mellitus insulinorequiriente, hipertensión arterial, de raza asiática, con antecedentes de angina microvascular (CCG con coronarias normales) y fibrilación auricular. Además tenía diagnóstico reciente de mieloma múltiple en tratamiento con bortezomib + lenalidomida + dexametasona, que por refractariedad a dicho tratamiento se rotó a esquema de carfilzomib + lenalidomida + dexametasona. Tratado hasta ese momento con rivaroxaban, 20mg, amiodarona, 200mg, mononitrato de isosorbide, 20mg cada 12hs, trimetazidina, 35 mg cada 12hs, furosemida, 20 mg/día y correcciones con insulina aspártica. Consulta a emergencias por dolor precordial de tipo urente de intensidad 10/10 que cedió inicialmente con mononitrato de isosorbide. Se realizó ECG sin alteraciones, ecocardiograma sin trastornos de la motilidad y cámara gamma sin trastornos de la perfusión. Laboratorio: gb 16080/dL, hb 12.2gr/dL, hto 36%, plaquetas 218000/dL, glucosa 193mg/dL, urea 34mg/dL, creatinina 0.85mg/dL, sodio 136mEq/L, potasio 4.14mEq/L, cloro 102mEq/L. TnT 14pg/mL. Delta 59pg/mL. Se decide realizar CCG que resulta con coronarias normales y se decide internación para completar estudios. Se realiza dosaje seriado de TnT US con valores ascendentes por lo que se realizó resonancia magnética cardíaca: realce tardío de contraste positivo en cara inferoseptal basal y lateral basal con patrón intramiocárdico con técnica de edema y de contraste relativo positivo para hiperemia compatible con miocarditis. Se interpreta como miocarditis secundaria al tratamiento con bortezomib, por lo que se decide en conjunto con hematología rotar a daratumumab-pomalidomida-dexametasona.

Conclusión: La cardiotoxicidad es una entidad de relevancia creciente ya que cada vez las terapias contra el cáncer son más efectivas

por lo que logramos ver los efectos a largo plazo de las mismas. Nos encontramos frente a un paciente con alto riesgo para presentar cardiotoxicidad, y en este grupo de pacientes es de vital importancia la prevención y la detección precoz de la misma para tomar las medidas necesarias.

0632 - NO TODO ES LO QUE PARECE

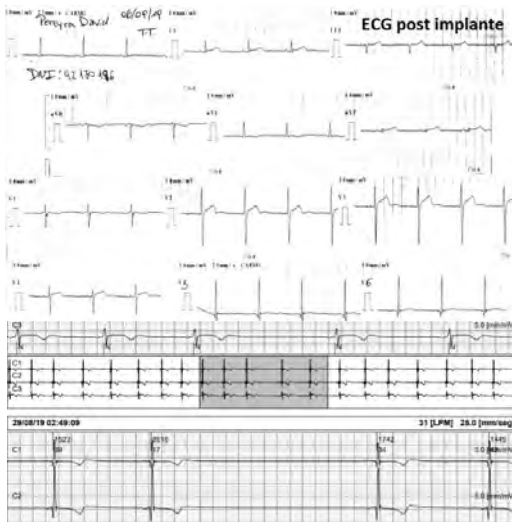
CORREA, Rocío Belén

Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"

Introducción: La miocardiopatía dilatada se define como la presencia de dilatación del ventrículo izquierdo y disfunción sistólica, en ausencia de condiciones de poscarga anormales o enfermedad coronaria severa. Las mutaciones genéticas incluyen genes que codifican citoesqueleto, sarcomera, y proteínas de membrana nuclear. Las causas adquiridas incluyen miocarditis y exposición a alcohol, drogas y toxinas, y trastornos metabólicos y endócrinos. La forma de presentación más común incluye síntomas relacionados a la insuficiencia cardíaca descompensada.

Descripción: Paciente masculino de 51 años. Sintomático por disnea clase funcional II habitual desde 2019. El 02/06/2020 progresa a clase funcional IV. Se realizó ecoDoppler cardíaco que evidenció dilatación de las cuatro cavidades, hipoquinesia septal, FEy 30%, recibiendo diuréticos endovenosos. Evolucionó con insuficiencia cardíaca refractaria, bajo gasto cardíaco. El 10/06/2020 se realizó ecoDoppler cardíaco: hipoquinesia global del ventrículo izquierdo, septum paradojal por abombamiento diastólico del mismo hacia el ventrículo izquierdo, dilatación de las 4 cavidades cardíacas, FEy 15%, TAPSE 8, gasto cardíaco 2.5 l/min. Recibe nitroglicerina y furosemida en infusión, persistiendo sintomático por disnea. El 11/06/2020 se realizó catéter de Swan Ganz que evidenció VM 1.9, IC 1, PCP 22, PAD 25, PADP 23, iniciándose dobutamina. El 13/06/2020 se retira catéter de Swan Ganz con PCP 15, PADP 15, PAD 12, VM 3.8, IC 1.8. El 17/06/2020 se realizó coronariografía: arterias coronarias normales. El 18/06/2020 se recibe serología negativa para Chagas. El 20/06/2020 evolucionó con episodio de taquicardia ventricular sostenida, con digoxinemia de 2.8, asumiéndose como intoxicación digitalica. El 22/06/2020 por insuficiencia cardíaca refractaria, recibiendo infusión de levosinmendán. El 25/06/2020 se realizó estudio electrofisiológico: taquicardia perisinusal, con ablación no exitosa, iniciándose ivabradina. El 27/06/2020 evolucionó con shock cardiogénico, iniciándose norepinefrina. El 29/06/2020 se realizó catéter de Swan Ganz, que evidenció IC 1.1, PCP 21, PAD 20. Por evolucionar refractario al tratamiento, se inicia valoración para trasplante cardíaco. El 01/07/2020 evolucionó anúrico, realizándose hemodiálisis. El 03/07/2020 evolucionó con edema agudo de pulmón, acoplándose a ventilación mecánica. Evolucionó con disociación electromecánica, realizándose maniobras de reanimación avanzadas, no exitosas.

Conclusión: Las cardiomiopatías primarias están predominantemente confinadas al músculo cardíaco, mientras que las secundarias son causadas por condiciones sistémicas que se asocian con disfunción cardíaca. Según la AHA, se clasifican según etiología: genética, adquirida o mixta. Dentro de las mixtas, se encuentra la miocardiopatía dilatada. La miocardiopatía dilatada es una de las causas más comunes de insuficiencia cardíaca y la causa más común de trasplante cardíaco en el mundo. Respecto al manejo farmacológico, las drogas de primera línea son aquellas que han demostrado en ensayos clínicos a gran escala que mejoran la supervivencia y reducen las hospitalizaciones. Los IECA/ARA II y los betabloqueantes son la base de la terapia farmacológica de la insuficiencia cardíaca crónica. El tratamiento no farmacológico incluye restricción hídrica y de sal, ejercicio físico. Es más importante para la insuficiencia cardíaca, es la inclusión del paciente en un equipo multidisciplinario de Insuficiencia Cardíaca. En cuando al tratamiento quirúrgico, el trasplante cardíaco está indicado en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada sintomática (disnea clase funcional III-IV) a pesar de tratamiento médico óptimo y terapia con dispositivos. La mayoría de pacientes con miocardiopatía dilatada en plan de trasplante cardíaco, tienen sobrevida menor a 2 años sin trasplante. Esta supervivencia estimada se contrasta con una media de supervivencia de más de 10 años para adultos después del trasplante.



0642 - DISFUNCIÓN DEL NODO SINUSAL EN PACIENTE JOVEN

POZZER, Leandro Luis | AMARILLA, Lucas | VILLALBA, Mariano

Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"

Introducción: Las alteraciones más frecuentemente descriptas en la Disfunción del Nodo Sinusal abarcan la bradicardia sinusal, la pausa sinusal, el bloqueo sino-auricular, la incompetencia cronotrópica, y la bradi o taquiarritmia. Debido a su mayor prevalencia, y su presentación en sujetos normales, la bradicardia sinusal es la que causa mayores dificultades al momento del diagnóstico de esta patología. Los síntomas más comúnmente descriptos son el síncope, los mareos, las palpitaciones, entre otros. Debido a sus distintos tipos de presentación y diversas causas, en ocasiones resulta un desafío para el equipo de salud establecer el diagnóstico etiológico del mismo.

Descripción: Se presenta el caso de un paciente de 19 años con antecedente de cirugía de cierre simple de comunicación interauricular tipo ostium secundum en 2001. En agosto de 2019 evoluciona con síncope, no consultando. El 18/08/19 consulta en emergencias por presentar mareos, sudoración, palpitaciones y disnea clase funcional III. Se realiza electrocardiograma que evidencia ritmo sinusal y extrasístoles ventriculares frecuentes. Se solicita Holter y control por consultorio externo. El 29/08/19 concurre a control con resultado de Holter que informa ritmo sinusal

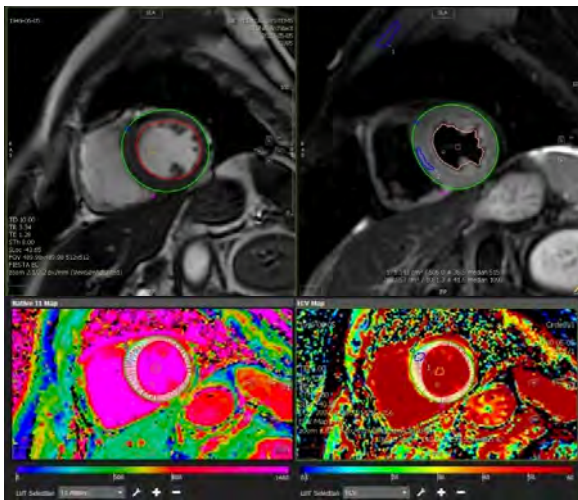
que alterna con ritmo unional, pausas sinusales de hasta 3,5 segundos y bradicardia extrema de 25 latidos por minuto durante el reposo, asumiéndose cuadro como disfunción del nodo sinusal. Se decide su internación solicitándose marcapasos tipo DDD. El 02/09/2019 se realiza eco Doppler cardíaco evidencia fracción de eyección conservada, motilidad normal, sin trastornos estructurales. Por presentar a nivel electrocardiográfico presencia de isquemia subepicardica anterior se solicita ergometría la cual informa capacidad funcional conservada, presentando 170 latidos por minuto como frecuencia cardíaca máxima, evolucionando durante el periodo de recuperación con pausas sinusales y episodio sincopal, iniciándose isoprotenerol presentando ritmo sinusal. Se evidencia positivización de ondas T en cara anterolateral durante la taquicardia sinusal, e isquemia subepicardica y bloqueo auriculo-ventricular en la bradicardia asumiéndose como trastorno secundario a descarga vagal. Para descartar anomalías coronarias, se realiza angiotomografía coronaria que informa arterias coronarias normales. Se realiza dosaje de chagas, que resulta negativo. Se realiza dosaje de TSH, evidenciando función tiroidea dentro de parámetro El 06/09/2019 se realiza implante de marcapasos tipo DDD, sin complicaciones. Se asume disfunción del nodo se-

cundario a antecedente de cirugía cardíaca previa. Evolucionó favorablemente por lo que el 07/09/2019 se otorga alta institucional, con buena evolución posterior.

Conclusión: En conclusión, resulta interesante destacar la dificultad que puede suponer llegar al diagnóstico etiológico en algunos casos, especialmente cuando las principales herramientas diagnósticas no logran esclarecer el cuadro. Es imperativo realizar un estudio completo de las causas a fin de encontrar factores reversibles, que puedan dar solución a la patología, especialmente cuando se trata de un paciente de este grupo etario.

0663 - MIOCARDITIS POR DENGUE, UNA ENTIDAD DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

DEFELITTO, Octavio | DRAGONETTI, Laura Cristina | HIGA, Claudio | NOGUES, Ignacio | PASTORINO, Ana - Hospital Alemán



Introducción: Argentina se enfrentó en el año 2020 al peor brote de dengue de toda su historia, siendo una enfermedad tropical que proyecta en un futuro cercano a aumentar su incidencia. Pese a esto, nos encontramos frente a poca evidencia de cómo afecta al sistema cardiovascular, su tratamiento y su implicancia en cuanto a pronóstico.

Descripción: Paciente de sexo masculino de 70 años de edad, con factores de riesgo cardiovasculares: edad, sexo e hipertensión arterial. Con antecedentes de gastritis crónica y diverticulosis. Medicación habitual: Omeprazol 20 mg, Ranitidina 150 mg + Domperidona cada 12 horas. Sin estudios cardiológicos previos. Paciente con barrera idiomática consultó por presentar disnea en clase funcional I/II de un mes de evolución, asociado a astenia y episodio de dolor precordial 72 horas previo a la consulta, de carácter opresivo en clase funcional IV, que repitió el día de la consulta con las mismas características. Como antecedente de importancia refirió diagnóstico de Dengue un mes previo, con elevación GOT/GPT por nueve, plaquetopenia y leucopenia, ecografía abdominal sin organomegalias. Realizó tratamiento de forma ambulatoria y evolucionó afebril con un laboratorio a las 48 hs con mejoría de la función hepática y plaquetas. Ante el cuadro de disnea y angor fue derivado a servicio de emergencia donde se solicitó Troponina T ultrasensible (TTUs) con resultado de 131 pg/ml, por lo que se solicitó su

internación. Al examen físico, hemodinámicamente estable, buena perfusión periférica. R1 y R2 en cuatro focos, silencios libres. Afebril. Sin signos de falla cardíaca. Lúcido sin signos de foco neurológico. Se interpretó como miocarditis por dengue versus síndrome coronaria agudo. Exámenes complementarios: Electrocardiograma con bradicardia sinusal y radiografía de tórax sin congestión venocapilar. Laboratorio normal, solo segundo dosaje de TTUs de 128 pg/ml y proBNP 172 pg/ml. Se decidió realizar ecocardiograma doppler donde se informó diámetros y función conservada, sin valvulopatías y sin derrame pericárdico. Resonancia magnética cardíaca donde se observó movimiento asincrónico del septum interventricular con ligera hipertrofia septal. Función sistólica de VI levemente disminuida con una Fey de 52%. Ausencia de derrame pericárdico y/o alteraciones del pericardio. En secuencias T2 STIR se observó aumento de la intensidad de señal (IS) en región septal medial (IS=1081 vs. músculo esquelético IS=506) y en Secuencias de Realce Tardío se demostró retención miocárdica de Gadolinio de tipo lineal e intramiocárdico en la misma zona. Se complementó con Secuencias Mapping T1, modified Look-Locker inversion-recovery (MOLLI) que evidenció aumento de la señal de T1 en la región. Con la elevación de marcadores cardíacos y el resultado de la resonancia magnética cardíaca se confirmó el diagnóstico de miocarditis por dengue en fase etapa de recuperación. Se realizó tratamiento sintomático y paracetamol vía oral. Evolucionó estable, con mejoría de la sintomatología por lo que se indicó egreso hospitalario y control ambulatorio con nueva resonancia magnética pendiente a realizar.

Conclusión: El compromiso cardíaco es subdiagnosticado debido a un bajo índice de sospecha clínica, por lo que es muy importante tener presente los signos de alarma y la clínica. Los marcadores cardíacos y los estudios por imágenes son fundamentales para diagnóstico y pronóstico. No existe un tratamiento específico.

