



VIRTUAL



IMAGENES.20

TEMAS LIBRES



0007 - BENEFICIO CLÍNICO DE LA ECOCARDIOGRAFÍA PARA ESTABLECER PERFILES HEMODINÁMICOS EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA.

FRANCIULLI, Nicolás Armando; LORENA, Balestrini; CELORRIO, Verónica Instituto Modelo de Cardiología de Córdoba (IMC)

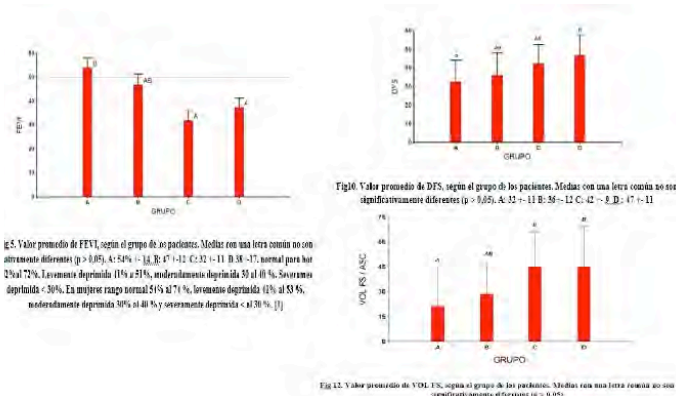


Fig 5. Valor promedio de FEVI, según el grupo de los pacientes. Medias con una letra con sus respectivos rangos diferentes (p > 0,05, A: 54% (-13,8) B: 47-12 C: 32-11 D: 38-17, normal para los 2) val 72%. Lavamiento deprimido (14% a 21%, moderadamente deprimido 39 al 40 %, Severamente deprimido < 30%. En mujeres rango normal 51% al 71 %, lavamiento deprimido (12% al 33 %, moderadamente deprimido 30% al 40 % y severamente deprimido < 40% [1])

Fig 10. Valor promedio de DFS, según el grupo de los pacientes. Medias con una letra con sus respectivos rangos diferentes (p > 0,05, A: 33-11 B: 36-12 C: 42-12 D: 47-11)

Fig 11. Valor promedio de VCI, según el grupo de los pacientes. Medias con una letra con sus respectivos rangos diferentes (p > 0,05)

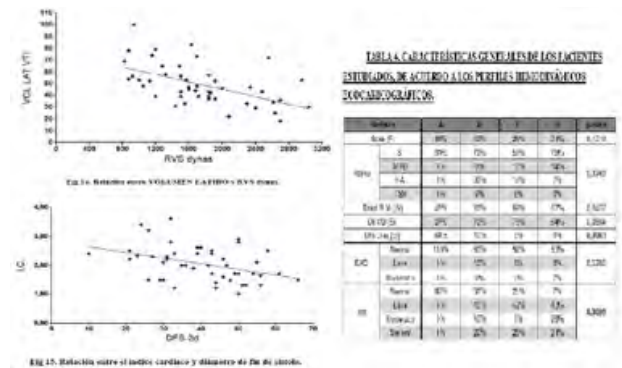
S.R.L. de Córdoba Argentina, bajo diagnóstico de insuficiencia cardíaca descompensada, incluyendo IC de novo e IC crónica reagudizada, desde 04/08/2018 hasta 12/12/2018 en los cuales se realizó un ecocardiograma Doppler transtorácico junto a la valoración clínica y la toma de signos vitales. Estos pacientes fueron identificados por los médicos staff del área de Insuficiencia Cardíaca en cuatro perfiles hemodinámicos, relacionados a la congestión y la perfusión, siendo estos, caliente -seco (A), caliente-húmedo (B), frío -húmedo (C), frío -seco (D). A través de la ecocardiografía se clasificó a los pacientes en estos perfiles, según la estimación del gasto cardíaco y PVC. Se analizó también presencia de valvulopatías y diámetros ventriculares.

Resultados: Hubo marcadas diferencias entre la clasificación clínica y ecocardiográficas. Clínicamente el 89 % de los pacientes fueron clasificados dentro del grupo B mientras que el estudio ecocardiográfico arrojó que en el grupo A hubo 11 pacientes (23%), en el grupo B hubo 10 pacientes (21%), en el grupo C hubo 12 pacientes (26%) y en el grupo D hubo 14 pacientes (30%). Los trastornos segmentarios de la motilidad fueron predominantes en los perfiles C (58 %) y D (57 %). El grupo A se caracterizó por presentar función sistólica conservada, mayoría de pacientes de sexo femenino y la presencia de disfunción diastólica. Se analizó la presencia de estenosis aórtica (E Ao) e insuficiencia mitral (IM) encontrándose muy baja presencia de E Ao en todos los grupos, respecto a la IM la cual estuvo presente entre un 30 - 50 % de los demás grupos. El promedio de fracción de eyección del ventrículo izquierdo fue más bajo en los grupos C (32 %) y D (38%). El análisis estadístico arrojó un resultado estadísticamente significativo (p< 0.05) en definir una relación entre un mayor diámetro de fin de sístole y una estimación más elevada de resistencia vascular sistémica (RVS) junto a un menor índice cardíaco con un análisis, lo cual permitiría al calcular cualquiera de estas tres variables estimar las otras.

Conclusiones: Se pudo establecer perfiles hemodinámicos a través del examen ecocardiográfico. El amplio espectro de patologías y situaciones hemodinámicas se correlacionan con la bibliografía actual sobre insuficiencia cardíaca (IC) La confirmación estadística de relación entre variables estructurales y hemodinámicas posiciona al ecocardiograma como un método esencial en valoración de pacientes con IC, siendo este capaz de identificar variables subclínicas que anticipan la evolución y permiten una mejor toma de decisiones.

Objetivos: a. Lograr establecer perfiles hemodinámicos a través del examen ecocardiográfico b. Establecer si existe una buena correlación entre los perfiles hemodinámicos clínicos y los obtenidos a través del estudio ecocardiográfico doppler transtorácico. c. Establecer las bases para orientar el tratamiento médico a través de información fidedigna de parámetros que son fluctuantes durante la internación, como la volemia, la presión sistólica pulmonar y el gasto cardíaco entre otros. d. Analizar en detalle los perfiles clínicos y la relación entre las distintas variables hemodinámicas para encontrar asociaciones frecuentes. e. Estudiar en detalle los perfiles clínicos y su relación con los datos estructurales del miocardio para encontrar asociaciones frecuentes.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional, en el cual se incluyó 47 pacientes en forma consecutiva, admitidos en nuestra institución Instituto Modelo de Cardiología Privado



0014 - DEPORTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO. DIFERENCIAS EN DEPORTISTAS DE ULTRA MARATÓN PRE Y POST ESFUERZO.

PICCO, José; WOLFF, Sebastián; GONZALEZ DÁVILA, Emanuel; WOLFF, David Hospital Italiano de Mendoza

Tabla 1: Diferencias ecocardiográficas en las características basales.

| Exs | F | M | p | 208 | 5281 | |
|--------|---|---------|---------|-------|----------|----------|
| VTDm2 | F | 49,1333 | 5,07629 | 0,007 | -15,162 | -2,83852 |
| | M | 59,98 | 4,108 | | | |
| VFSm2 | F | 45,1857 | 4,51527 | 0,008 | -7,12117 | -1,42355 |
| | M | 54,0535 | 4,08018 | | | |
| DDVI | F | 44,5060 | 3,50018 | 0,005 | -5,08811 | -1,61717 |
| | M | 49,7029 | 3,78661 | | | |
| AREAAD | F | 15,2080 | 2,2050 | 0,006 | -5,58052 | -1,03125 |
| | M | 18,4059 | 1,84059 | | | |
| SLC | F | 11,1181 | 2,221 | 0,018 | -3,8503 | 3,07650 |
| | M | 10,7335 | 2,03146 | | | |

Tabla 2: Diferencias ecocardiográficas en el post esfuerzo.

| Exs | F | M | p | 219422 | 737266 | |
|--------|---|---------|----------|--------|-----------|----------|
| VTDm2 | F | 37,6318 | 3,54688 | 0,018 | -12,15295 | -1,30845 |
| | M | 51,9474 | 8,20890 | | | |
| VFSm2 | F | 37,6000 | 1,78382 | 0,003 | -9,45422 | -2,15472 |
| | M | 52,7322 | 4,11102 | | | |
| CO | F | 3,4050 | 7,2913 | 0,028 | -1,46409 | -1,0282 |
| | M | 4,1842 | 4,9443 | | | |
| DDVI | F | 43,6557 | 3,26599 | 0,036 | -5,53010 | -2,4182 |
| | M | 47,6528 | 3,23992 | | | |
| DDVD | F | 33,6557 | 4,18733 | 0,003 | -13,01649 | -3,17649 |
| | M | 41,3613 | 6,03961 | | | |
| AREAAD | F | 14,4050 | 3,10530 | 0,007 | -5,58899 | -1,37132 |
| | M | 18,8932 | 3,10539 | | | |
| SAI | F | 42,3123 | 10,88173 | 0,008 | 7,55110 | 22,01001 |
| | M | 27,6478 | 6,11829 | | | |
| SLC | F | 21,1333 | 2,11252 | 0,016 | -6,1219 | -5,34553 |
| | M | 18,7526 | 2,55131 | | | |

Objetivos: Evaluar las diferencias observadas en los deportistas de ultramaratón o ultratrail (carreras de montaña de más de 42 km) en reposo (adaptaciones fisiológicas) y en el post esfuerzo (fatiga cardiaca inducida por el ejercicio-FCIE), estratificado por parámetros de entrenamiento.

Materiales y Métodos: se reclutaron veinticinco deportistas (mujeres n 6) que participaron de la carrera cruce Mendoza (55km en montaña) siendo evaluados antes y posterior a la finalización de la carrera mediante ecocardiografía Doppler y técnicas de deformación miocárdica (postprocesamiento). Mediante relojes deportivos se documentaron parámetros durante el entrenamiento y la carrera. Se realizo extracción de sangre post esfuerzo inmediato para documentar variables asociadas a fatiga cardiaca.

Resultados: completaron la carrera 24 deportistas, 19 hombres (42+/- 12 años) y 5 mujeres (38+/- 4 años). Las mujeres presentaban cargas similares de entrenamiento y completaron la prueba sin diferencia en tiempos respecto a los hombres. Se observo disminución de los parámetros de función miocárdica izquierda (fatiga cardiaca inducida por el ejercicio) en el 50% de los hombres y 5 % de las mujeres.

Conclusiones: A pesar de no encontrar diferencias en las características del entrenamiento, se observó en las mujeres menos adaptación fisiológica basal y menor incidencia de fatiga cardíaca inducida por el ejercicio

0033 - ORIGEN ANOMALO DE LAS ARTERIAS CORONARIAS

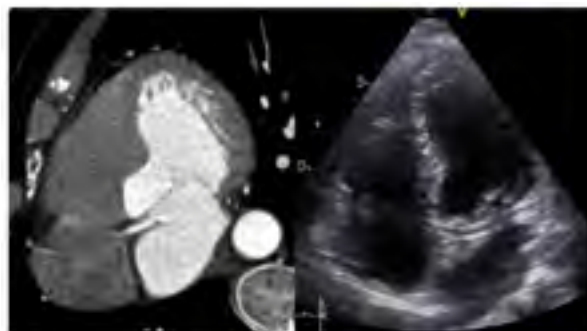
CONSTANTIN, Iván; PESSIO, Carla Leticia; DE STEFANO, Luciano; DRA CARRERO, María Celeste; MASSON, Gerardo; DÍAZ BABIO, Gonzalo; JAIMOVICH, Guillermo; STUTZBACH, Pablo Guillermo Sanatorio Las Lomas

Objetivos: El origen anómalo de las arterias coronarias es cada vez más reconocido gracias a la mejor definición de los equipos de ecocardiografía, la mayor capacidad de los operadores de reconocerlas y el uso más extensivo de la angiotomografía coronaria. La mayoría de ellas suele ser benigna, sin embargo, un subgrupo presenta mayor probabilidad de desarrollar muerte súbita. El origen anómalo más frecuente diagnosticado por ecocardiografía es la arteria circunfleja con nacimiento en el seno derecho y un recorrido retro aórtico. Si bien se trata una variante benigna, se desconoce si es que esta anomalía se asocia a otras no tan fáciles de identificar por ecocardiografía que puedan aumentar el riesgo de muerte súbita.

Materiales y Métodos: Se realizó una búsqueda retrospectiva entre los informes de angiotomografías coronarias en 3 centros para identificar las anomalías del origen coronario. Se clasificaron las anomalías según el tipo y número de arterias comprometidas, su recorrido, la presencia de ateromatosis y/o grado de estenosis, riesgo de muerte súbita, etc. Se pesqu coasto según la disponibilidad de historia clínica en cada institución si los pacientes se habían realizado un ecocardiograma previo a la realización de la angiotomografía y si así fuera, si se informaba la sospecha de anomalía coronaria. Las variables discretas se expresan como porcentaje y las continuas como media±desvío standard

Resultados: De un total de 1256 informes evaluados, 15 pacientes presentaron anomalías del origen de alguna de las arterias coronarias (1.19%). El promedio de edad fue 54,8 ±14,6 años y el 40% era de sexo femenino. Las arterias comprometidas fueron la arteria circunfleja 53,3%, la coronaria derecha 40%, la arteria descendente anterior 20% y el tronco de la coronaria izquierda 6,67%. Los recorridos hallados en orden de frecuencia fueron: retroaórtico 53,3% (8), interarterial 40%(6), prepulmonar 20%(3) e intramiocárdico 6,7%(1). El 20% tuvo compromiso de más de una arteria coronaria. Todas las anomalías asociadas comprometieron a la arteria circunfleja con un recorrido retroaórtico y a la descendente anterior con un recorrido prepulmonar, con nacimientos de ostium independientes en el seno derecho (37% de las circunflejas anómalas). De los 15 pacientes incluidos se pudo acceder a un ecocardiograma en 8 de ellos, de los cuales 4 tenían sospecha de anomalía coronaria en dicho estudio. A todos ellos se les diagnosticó una circunfleja con nacimiento anómalo en el seno derecho con recorrido retroaórtico y uno presentaba además nacimiento anómalo de la descendente anterior del seno derecho con recorrido prepulmonar.

Conclusiones: El origen anómalo de las arterias coronarias es un hallazgo infrecuente y la mayoría de ellas son de bajo riesgo. La variante más frecuente es el origen anómalo de la arteria circunfleja con recorrido retroaórtico. Si bien esta variante puede ser reconocida por ecocardiografía, más de un tercio de ellas presentaron otra anomalía asociada en el origen de la arteria descendente anterior, más difícil de visualizar por ese método. Dados estos hallazgos, la sospecha de un origen anómalo de la arteria circunfleja por ecocardiografía debería complementarse con otro método de imágenes que permita la visualización del origen del resto de las arterias coronarias para descartar otras anomalías asociadas.



0039 - PARÁMETROS DE EXPULSIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO, ¿SON NORMALES LOS NORMALES?

FERNÁNDEZ, Rocío Maricel (1); CONSTANTIN, Iván (1); CRIPPA, Diego Agustín(1); ROUSSE, María Graciela(2); IZURIETA, Marcelo Alejandro(1); NEHME, Fadi(1); GÓMEZ SANTA MARÍA, Héctor Raúl(1); DARÚ, Víctor(1) Sanatorio Finochietto (1); Hospital General de Agudos Dr. C. Durand (2)

| | Total (N= 313) |
|--|----------------|
| Edad | 48.05 + 15.14 |
| Sexo (femenino) | 37% |
| SC (m2) | 1.89 + 0.23 |
| IMC (kg/m2) | 26.92 + 4.58 |
| Frecuencia cardíaca (latidos por minuto) | 70.7 + 11.7 |
| Diámetro telediastólico del VI | 43.8 + 5.1 |
| Índice de masa del VI | 74.86 + 17.84 |
| Volumen sistólico (ml) | 81.78 + 16.37 |
| Período eyectivo (seg) | 0.31 + 0.031 |
| TF (ml/seg) | 252.15 + 54.72 |
| TF indexada (ml/seg/m2) | 133.4 + 24.11 |
| IVS (ml/m2) | 41.23 + 7.89 |

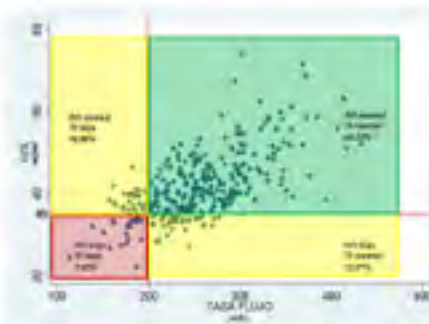
Objetivos: La discordancia entre el área valvular aórtica y los gradientes transvalvulares (área menor a 1cm², velocidad pico menor a 4 m/s y gradiente medio menor a 40 mmhg) en un gran porcentaje de pacientes con estenosis aórtica grave ha despertado interés en la interrelación entre el área valvular, los gradientes y el flujo transvalvular. Se considera como bajo flujo a un índice de volumen sistólico (IVS) 35 ml/m². Sin embargo, lejos de ser una medida de flujo, el IVS es en realidad un volumen. En este sentido, la TF(volumen sistólico/tiempo eyectivo) es un parámetro que expresa el flujo transvalvular. Ha demostrado utilidad pronóstica en la estenosis aórtica grave y gradientes bajos. Su valor considerado "normal" es 200 ml/s. Sin embargo, este punto de corte surgió de trabajos in vitro en la década del 90. Se desconoce cuál es la TF en pacientes sanos y cuál es su interrelación con el IVS. El objetivo de este estudio es evaluar la tasa de flujo (TF) en pacientes sanos, su relación con el índice de volumen sistólico e identificar variables que lo determinen.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional y prospectivo de pacientes mayores de 18 años, asintomáticos, sin antecedentes cardiovasculares, sin patología cardíaca estructural que concurren a nuestro centro para la realización de un ecocardiograma Doppler entre febrero de 2019 y marzo de 2020. Se excluyeron pacientes que realizaran deporte de alto rendimiento y los que presentaran reflujo significativos. Se obtuvieron variables antropométricas y se les realizó un ecocardiograma completo de acuerdo a las recomendaciones de las guías actuales. En todos los pacientes se calculó el IVS y la TF (puntos de corte para normalidad de 35 ml/m² y 200 ml/seg respectivamente). Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartilo, y se compararon con test de t o no paramétrico. Las variables categóricas se expresaron como porcentaje y se compararon con test de chi cuadrado. Se utilizó R de Pearson para correlación de variables continuas. Se realizó una regresión lineal múltiple incluyendo las variables con asociación significativa con TF en el análisis univariado. Se consideró significativa una p<0.05. Se utilizó el programa STATA versión 13.

Resultados: Evaluamos la tasa de flujo de 313 p sin cardiopatía estructural. La media de edad fue de 48 años con mayoría de sexo mas-

culino (63%). (Ver Tabla 1). El 69,3% presentó TF e IVS normales. Se observaron valores subnormales de IVS en 62 pacientes (19,8%), de TF 56 pacientes (17,89%), ambos valores subnormales 7%. El resto (23,6%) presentó valores discordantes: 10,8% IVS normal con TF baja y 12,7% IVS bajo con TF normal. (Ver gráfico 1) Cuando se realiza un análisis univariado en relación a las variables que afectan la TF, son significativos la SC, el género masculino, la masa del VI, el índice de masa del VI y el diámetro diastólico. (Ver tabla 2) Sin embargo, cuando se realiza un análisis multivariado, la única variable que mantiene una asociación estadísticamente significativa es la SC (Tabla 2), con un R2 de 0.35. El percentilo 5 de TF indexada a SC en nuestro trabajo es de 100 ml/seg/m2.

Conclusiones: El IVS es una medida de volumen y no de flujo transvalvular, existiendo una discordancia entre ambos parámetros. La TF está fuertemente influida por la superficie corporal por lo que debería ajustarse a la misma. En nuestra cohorte el 95% de la población presenta un valor de TF indexada ≥ 100 ml/seg/m2 que podría plantearse como punto de corte.



0040 - ANÁLISIS DE LA FUNCIÓN AURICULAR IZQUIERDA MEDIANTE STRAIN 2D EN PACIENTES CON RECIENTE DIAGNÓSTICO DE HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA

SAAD, Ariel Karim; ALADIO, José Martín; YAMASATO, Florencia; VOLBERG, Verónica Inés; DARUICH, Jorge; PÉREZ DE LA HOZ, Ricardo Alfredo Hospital de Clínicas UBA

| | Hemocromatosis | Control | Valor de P |
|-----------------------------|----------------|-------------|------------|
| Edad (años) | 47 ± 18 | 45 ± 13 | 0,54 |
| Vol AI (ml/m ²) | 36,5 ± 10 | 32,3 ± 6,5 | 0,09 |
| Onda E mitral (m/s) | 0,71 ± 0,16 | 0,79 ± 0,13 | 0,05 |
| Onda A mitral (m/s) | 0,67 ± 0,21 | 0,60 ± 0,18 | 0,20 |
| Rel E/A mitral | 1,18 ± 0,49 | 1,45 ± 0,53 | 0,04 |
| Onda e' sep (m/s) | 0,09 ± 0,03 | 0,11 ± 0,03 | 0,03 |
| Rel E/e' sep | 7,9 ± 2 | 7,4 ± 1,8 | 0,44 |
| Fey AI (%) | 57,5 ± 10 | 60 ± 5 | 0,32 |
| Fey AI pasiva (%) | 35 ± 12 | 36 ± 9 | 0,82 |
| Función bomba (%) | 34 ± 11 | 36 ± 9,9 | 0,41 |
| Strain reservorio (%) | 31,5 ± 6,5 | 38,3 ± 7,9 | 0,002 |
| Strain conducción (%) | -18 ± 7 | -23,3 ± 6,4 | 0,01 |
| Strain contracción (%) | -15 ± 4,8 | -13,5 ± 4 | 0,23 |
| Índice Rigidez | 25,5 ± 9,1 | 19,5 ± 6,4 | 0,01 |

Objetivos: La hemocromatosis hereditaria (HH) es una condición en la cual existe una sobrecarga sistémica de hierro de causa genética, originada principalmente en un déficit en la producción de hepcidina o de la actividad del complejo hepcidina-ferroportina. La insuficiencia cardíaca es la principal causa de mortalidad. Estudios previos han demostrado estadios precoces de disfunción ventricular sistólica y diastólica. La función principal de la aurícula izquierda (AI) es modular el llenado ventricular a través de las fases de reservorio, conducto y bomba. El objetivo del presente trabajo es comparar la función auricular mediante strain bidimensional entre pacientes asintomáticos con reciente diagnóstico de HH sin tratamiento con un grupo control.

Materiales y Métodos: Se incluyeron prospectivamente 30 pacientes con HH (90% varones, 47 ± 18 años) y 30 controles (85% varones, 45 ± 13 años) de igual edad y sexo, sin patología cardiovascular conocida, y prueba de eco estrés negativa para isquemia miocárdica. A ambos grupos se les realizó un ecocardiograma convencional y se analizó la función auricular volumétrica y mediante strain y strain rate bidimensional durante las fases de reservorio, conducto y bomba de acuerdo a las recomendaciones vigentes. Se calculó el índice de rigidez mediante el cociente entre la relación E/e' y el strain auricular durante la fase reservorio.

Resultados: El volumen de la AI fue similar en ambos grupos (36,5 ± 10 ml/m² vs 32,3 ± 6,5 ml/m²; p=0,09). No se observaron diferencias en la fracción de eyección (Fey) auricular entre ambos grupos (57,5 ± 10% vs 60 ± 5%; p=0,32), ni en la Fey pasiva (35 ± 12% vs 36 ± 9%; p=0,82) ni en la función de bomba (34 ± 11% vs 36 ± 9,9%; p=0,41). Por el contrario, los pacientes con HH tuvieron menor strain de reservorio (31,5 ± 6,5% vs 38,3 ± 7,9%; p=0,002) y menor strain durante la fase de conducción (-18 ± 7% vs -23,3 ± 6,4%; p=0,01) que el grupo control. El índice de rigidez fue significativamente mayor en los pacientes con HH (25,5 ± 9,1 vs 19,5 ± 6,4; p=0,01).

Conclusiones: El strain bidimensional permite detectar alteraciones precoces en la función de la aurícula izquierda en pacientes con HH de reciente diagnóstico a pesar de no evidenciarse cambios en el tamaño auricular ni en los parámetros volumétricos.

0042 - ANOMALIAS CORONARIAS: UNA NUEVA ARISTA DE LA VALVULA AORTICA BICUSPIDE

CARRERO, María Celeste; CONSTANTIN, Iván; MASSON, Gerardo; PESSIO, Carla Leticia; RUANO, Martin; MEZZADRA, María de La Cruz; STUTZBACH, Pablo Guillermo; DE STEFANO, Luciano Sanatorio Las Lomas



Objetivos: En pacientes con válvula aórtica bicúspide (VAB) suele realizarse angiografía (TC) dirigida a la evaluación aórtica, pero dicha técnica también permite evaluar la válvula aórtica y las arterias coronarias. La asociación de la VAB con anomalías coronarias implica una nueva arista en esta patología, que puede ser identificada en la evaluación multi-imágenes. Esto sería útil al momento de planificar una intervención. Diseñamos el presente estudio prospectivo para reconocer la utilidad de la ecocardiografía combinada con angioTC cardíaca en la evaluación de VAB para reconocer las características valvulares, aórticas y la prevalencia de anomalías coronarias en esta población.

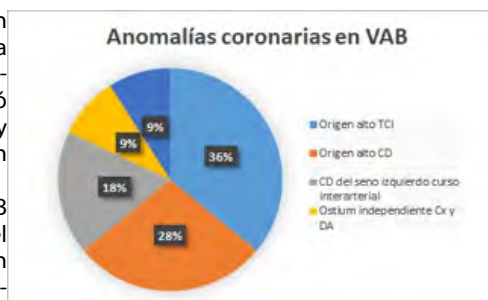
Materiales y Métodos: Estudio prospectivo de pacientes con diagnóstico de VAB sometidos a ecocardiografía Doppler y angioTC en

nuestro centro. Se evaluaron dimensiones de aorta torácica, características valvulares, la fibrosis y calcificación valvular y el origen y curso de arterias coronarias. El análisis de la TC fue ciego a los resultados del ecocardiograma. Se definió p<0.05 como estadísticamente significativa.

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes consecutivos con VAB (edad media 43.1 ± 15.1 años; 71.4% hombres; 66.7% fusión de cúspides coronarias, intervalo de tiempo entre ambos estudios 4 ± 2.6 meses). La arteria coronaria derecha fue dominante en 34 (80,9%) casos. La TC identificó anomalías coronarias no sospechadas en 11 pacientes (26.1%). El origen alto (high take-off) fue la anomalía coronaria más frecuentemente diagnosticada. En 2 pacientes (4.7%) se observó origen de la coronaria derecha del seno izquierdo con curso interarterial. No hubo diferencias significativas en el diámetro medio de la raíz aórtica entre pacientes con high take-off y el resto (36.1 ± 4.6 mm vs 35.9 mm ± 4.4 mm, p = 0.58). Solo 1 paciente con origen alto tenía un diámetro de raíz aórtica indexado >21 mm/m² y ninguno

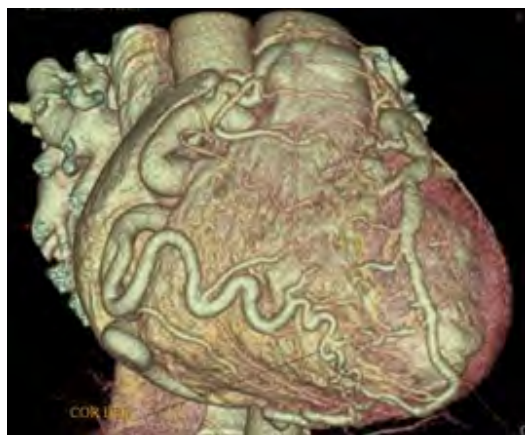
presentaba aneurisma de raíz aórtica. En 4 pacientes los hallazgos de la TC condujeron a cambios en la estrategia terapéutica. En 2 casos el diagnóstico de aneurisma en aorta ascendente distal motivó la intervención aórtica y valvular. En 2 pacientes con anomalías de las arterias coronarias que fueron sometidos a cirugía valvular, se cambió la estrategia terapéutica (1 caso con ligadura de coronaria derecha y puente (MI-CD) y otro en el que la TC evitó la transección de la CD en la cirugía de RVAO con re inserción del ostium coronario).

Conclusiones: El enfoque de ecocardiografía y TC combinadas en pacientes con VAB fue útil para identificar anomalías coronarias, aunque se debe evaluar la radiación y el costo. Las anomalías coronarias, la mayoría de ellas benignas, parecen prevalentes en pacientes con VAB y esto debe tenerse en cuenta para lograr una planificación quirúrgica correcta.



0045 - ANORMALIDADES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: UTILIDAD DE LA ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIA PARA SU ESTUDIO.

VILLALBA, Claudia Natalia; DIEZ MORI, Fernando; MOURATIAN, Mariela; BENAİM, María Eugenia; ACOSTA, Natalia Fabiana; ROSEN-TAL, Carlos Fernando; LAFUENTE, María Victoria; VILLA, Alejandra Hospital de Pediatría SAMIC Dr. J Garrahan



Objetivos: Determinar la factibilidad y utilidad de la angiogramografía coronaria en Pediatría.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo incluyendo 118 pacientes (p) evaluados mediante angiogramografía coronaria en nuestro centro en el periodo septiembre 2016-diciembre 2019. Se utilizó un tomógrafo multidetector de 64 filas (Toshiba Aquilon 64) empleando modalidad retrospectiva modulada. Se administró B bloqueantes orales previos a la realización del estudio.

Resultados: En el 56 % de los casos (66p) el estudio se solicitó por sospecha de afectación coronaria ya sea congénita o adquirida. Mientras que en el 44% restante este se pidió como parte del seguimiento (52p) a una mediana de 11,5 años (R: 3 – 18,6) de la enfermedad inicial (enfermedad de Kawasaki: EK) o cirugía (técnicas quirúrgicas con reimplante coronario) En 8p (6.7%) la angiogramografía coronaria no fue concluyente. La principal limitante (5p) fue que la frecuencia cardiaca elevada y/o variable. Las patologías estudiadas fueron: anomalías coronarias congénitas (31p), dilataciones coronarias (17p), hipercolesterolemias familiares (5p), reimplantes coronarios (54p), otros (11 p). Se registraron 26 anomalías coronarias congénitas del origen: 6 aisladas (5 de ellas ALCAPA) y 16 asociadas a cardiopatías congénitas (T de Fallot, TCCGV, ventrículo único, TGV y otros). Nueve pacientes presentaron fistulas coronarias. En 17 pacientes se realizó el estudio para evaluar aneurismas coronarios, 15 de ellos con antecedente de enfermedad de Kawasaki: EK. La localización más frecuente de los aneurismas fue la DA, seguida de la CD. El diámetro medio de los aneurismas detectados fue de 5.3 mm (DS+ 1.4) y Z score medio +7.6 (DS+3.8) En 2 pacientes se detectó además trombo y en uno calcificación. En los 5 pacientes analizados con hipercolesterolemia familiar el score de calcio fue cero y se descartó aterosclerosis coronaria. Se evaluaron 54 pacientes con antecedentes de cirugías cardiacas con reimplante coronario: Switch arterial (29), Ross (15), ALCAPA (9), Nikaidoh (1) a un tiempo medio postqtx de 9.33 años (R: 1 día – 23 años). El 74% (40p) eran asintomáticos y sin hallazgos patológicos en ECG, ecocardiograma Doppler color, ni ergometría. En 2 de estos pacientes (5%) se detectó compromiso coronario significativo. En los 14p restantes de este grupo la solicitud fue motivada por precordialgia, infradesnivel del ST en el ECG basal o en prueba de esfuerzo o disfunción ventricular. En uno solo de estos pacientes se observó estenosis significativa de CI menor al 50%. No se detectaron estenosis severas en este estudio. No se realizó cinecoronariografía para confirmar diagnóstico en ningún caso. Existió una correlación del 100% con los hallazgos intraoperatorios en los pacientes referidos a cirugía. La dosis de radiación efectiva media fue de 5.07 mSv (DS + 1.7, R 1.7-14.1)

Conclusiones: -La angiogramografía multidetector posibilita la angiogramografía coronaria no invasiva en Pediatría. -Es un método de gran rendimiento y utilidad diagnóstica que podría reemplazar a la angiografía convencional con fines diagnósticos, reservando este último método invasivo solo con fines terapéuticos. -Una de sus mayores limitantes en pediatría es la necesidad de frecuencia cardiaca baja y estable, la cual pudo controlarse apropiadamente mediante B bloqueantes orales. -La radiación pudo reducirse mediante la automodulación de la corriente del tubo y el empleo de modalidad retrospectiva modulada. Esta disminución es aun mas significativa con la adquisición prospectiva posible con los equipos de mayor numero de detectores.

0055 - CORRELACIÓN ELECTRO-ECOCARDIOGRÁFICA EN DEPORTISTAS DE ALTO RENDIMIENTO

MARIGO, Claudio; VOZZI, Lara; PEZZOTTO, Stella Maris; ARREGUI, Fernando; VOZZI, Carlos Ramon Intituto Vozzi de Rosario

Objetivos: Establecer si existe asociación entre los signos electrocardiográficos y ecocardiográficos de sobrecarga de las cámaras cardiacas en deportistas de alto rendimiento (waterpolo (W), natación (N) y triatlón (T)).

Materiales y Métodos: Estudio observacional, realizado entre junio y septiembre de 2018, en el cual se incluyeron deportistas varones de entre 18 y 40 años, con 20 a 30 horas semanales de entrenamiento en uno de los tres deportes. Se efectuó evaluación clínica, electrocardiográfica y ecocardiográfica a cada uno de los atletas. Los signos electrocardiográficos de sobrecarga de cavidades se cotejaron con los hallazgos ecocardiográficos. En todos los casos se compararon los promedios obtenidos para cada variable del ecocardiograma aplicando pruebas T- student.

Resultados: En el período de estudio se incluyeron 30 deportistas (10 por grupo) con una edad promedio de 24 años. Respecto de la evaluación ecocardiográfica, se observó que las medias del espesor septal del ventrículo izquierdo (VI) (11,22 mm; IC 95% 10.91-11.53), del índice de masa del VI (116,23 gramos/ m²; IC 95% 109.17-123.29), del diámetro anteroposterior de la aurícula izquierda (40,19 mm; IC 95% 35.35-45.03), del área de la misma cámara (21,25 cm², IC 95% 20.14-22.36), del área de la aurícula derecha (19,84 cm²; IC 95% 18.83-20.85) y de la base o tracto de entrada del ventrículo derecho (42,31 mm; IC 95% 40.83-43.74), se hallaron por encima de los valores normales para la población general. Respecto del análisis de los electrocardiogramas (ECG), ninguno de los deportistas presentó sobrecarga auricular izquierda o derecha. Seis de los 30 deportistas (20%) presentaron sobrecarga del VI (2 W, 3 T y 1 N) y dos, sobrecarga del ventrículo dere-

cho (6,7%) en el ECG (1 W y 1 N). La única variable ecocardiográfica asociada de manera estadísticamente significativa a la presencia de sobrecarga del VI en el ECG fue el diámetro diastólico del VI indexado a la superficie corporal, el cual se hallaba normal en los deportistas sin sobrecarga en el ECG y aumentado en aquellos con sobrecarga en el ECG (p 0,016).

Conclusiones: Ciertos parámetros ecocardiográficos se hallaron fuera de los límites normales en esta población de deportistas. Las modificaciones morfológico-estructurales de aurícula izquierda, derecha y ventrículo derecho registradas ecocardiográficamente no se asociaron a los datos obtenidos en los ECG. La patente de sobrecarga del VI en el ECG se asoció con incremento del diámetro diastólico del VI indexado registrado por ecocardiografía.

| | FEY normal sin necrosis (n=1315) | FEY normal Con necrosis (n= 147) | p |
|------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------|
| Edad años +/- DS | 63 +/- 11 | 64 +/- 10 | 0,05 |
| Masculino % (n) | 61 (799) | 85 (126) | 0,00003 |
| HTA % (n) | 57 (750) | 66 (96) | 0,05 |
| DLP % (n) | 46 (605) | 63 (93) | 0,00004 |
| DBT % (n) | 17 (228) | 21 (31) | 0,2 |
| TBQ % (n) | 9 (118) | 45 (67) | 0,000 |
| IAM previo % (n) | 3 (46) | 52 (77) | 0,0000 |
| Monto necrótico % (n) | 0 | 8 +/- 4 | - |
| Revascularizados % (n) | 18 (233) | 67 (99) | 0,00000 |
| IECA /ARA II % (n) | 40 (528) | 57 (85) | 0,00002 |

0056 - FRACCIÓN DE EYECCIÓN CONSERVADA CON MALA FUNCIÓN CONTRÁCTIL EN GATED SPECT

SAN MIGUEL, Lucas; PABSTLEBEN, Nadia; BRODSKY, Laura; BARCELLOS, Rosa; BLANCO, Juan Manuel; COLLAUD, Carlos; REDRUELLO, Marcela; MASOLI, Osvaldo Tcba Salguero - Centro de Diagnóstico

Objetivos: Evaluar en pacientes con fracción de eyección conservada el comportamiento de la precarga (volumen de fin de diástole), la contractilidad (elastancia ventricular) y la postcarga (elastancia arterial) en presencia y en ausencia de necrosis

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes derivados en forma consecutiva para realización de Gated SPECT entre enero 2019 y enero 2020. Se excluyeron pacientes con valvulopatías moderadas y severas. Se obtuvieron volúmenes ventriculares sistólico (VS) y de fin de sístole (VFS) y se estimó la presión de fin de sístole multiplicando la presión arterial sistólica medida con esfigmomanómetro por un factor corrector (0,9) acorde a literatura previa. Se calcularon en reposo: Elastancia arterial para valoración de postcarga (presión de fin de sístole / volumen sistólico), elastancia ventricular para valoración de contractilidad (presión de fin de sístole/

| Mediciones en reposo | FEY normal sin necrosis (n=1319) | FEY normal Con necrosis (n= 147) | p |
|------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------|
| TAS (mmHg) | 120 +/- 14 | 121 +/- 14 | 0,8 |
| FC (LPM) | 78 +/- 14 | 73 +/- 14 | 0,0000 |
| VFD (ml) | 78 +/- 32 | 100 +/- 27 | 0,000 |
| VFS (ml) | 26 +/- 19 | 40 +/- 15 | 0,000 |
| DS (ml) | 52 +/- 16 | 60 +/- 15 | 0,000 |
| FEY (%) | 68 +/- 12 | 60 +/- 15 | 0,000 |
| Elastancia arterial | 2,2 +/- 0,9 | 1,8 +/- 0,6 | 0,000 |
| Elastancia ventricular | 6,6 +/- 2 | 3 +/- 1,3 | 0,000 |
| Acople V-A | 0,5 +/- 0,3 | 0,7 +/- 0,1 | 0,000 |

volumen de fin de sístole) y acople ventrículo -arterial (elastancia arterial /elastancia ventricular). Se determinó área bajo la curva ROC de valores de elastancia ventricular para diagnóstico de necrosis. Se calculó LR+ y LR - del punto de corte seleccionado.

Resultados: Se analizaron 1466 pacientes. 1319 pacientes con fracción de eyección normal sin necrosis y 147 pacientes con fracción de eyección normal con necrosis. Los pacientes con necrosis disminuyeron la contractilidad (menor valor de elastancia ventricular) sin caída clínicamente significativa de FEY. Este fenómeno se asoció con aumento de la precarga (mayor VFD) y disminución de la postcarga (elastancia arterial). El área bajo la curva ROC de elastancia ventricular para necrosis fue de 0,77 (IC 95 0,73-0,8) obteniéndose con un punto de corte de 3,5 una sensibilidad y especificidad del 70%, LR + de 2,3 y LR - de 0,43.

Conclusiones: La disminución de la elastancia ventricular precedió a la caída de la fracción de eyección como expresión de disfunción contráctil por necrosis.

0059 - RESULTADOS INICIALES EN LA VALORACIÓN DEL PACIENTE CON COVID-19 MEDIANTE ECOCARDIOGRAMA CONVENCIONAL

NAPOLI LLOBERA, Mariano Ezequiel; BONO, Leandro; DOPPLER, Eugenia; VANNONI, María Victoria; ESTRELLA, María Laura; KAZELIAN, Lucía Raquel; SZARFER, Jorge; GAGLIARDI, Juan Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Objetivos: Analizar las características de los p. con SARS-COV2 y detección mediante ecocardiografía Doppler convencional de alteraciones de la función cardíaca. Evaluar la incidencia y mortalidad de complicaciones cardiovasculares.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo, realizado en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de p. adultos con COVID-19 diagnosticados por prueba genómica viral de RT-PCR en tiempo real e ingresaron al servicio de clínica médica o terapia intensiva según evolución. A cada p. se realizó un ecocardiograma Doppler convencional, evaluando diámetro, función sistólica, diastólica y motilidad biventricular. Se analizó: demografía, factores de riesgo cardiovasculares, incidencia de disfunción ventricular y mortalidad intrahospitalaria. Análisis estadístico: variables discretas expresadas en n y % y continuas expresadas en media/desvío standard o mediana/intervalo intercuartilo según corresponda.

Resultados: Se incluyeron 27 p.: 17 hombres (63%), edad 61 ± 13 años, y 10 mujeres (37%) edad 65 ± 11 años. Los factores de riesgo cardiovasculares más frecuentes fueron hipertensión arterial (52%), obesidad (37%) y diabetes mellitus (19%). El motivo de internación más frecuente fue insuficiencia respiratoria aguda (81%). El 52% de los p. presentaron distrés respiratorio y requerimiento de ventilación mecánica. El tratamiento más frecuentemente utilizado fue la anticoagulación parenteral (33%), seguido de corticoides (30%), azitromicina (22%) y plasma fresco congelado (7%). Se realizó ecocardiograma Doppler a los $10 \pm 6,5$ días desde el inicio de los síntomas, y su indicación fue la falta de mejoría de clínica. Presentaron: disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (VI) (11%), disfunción sistólica del ventrículo derecho (4%) y disfunción diastólica del VI (8%). Presentaron complicaciones cardiovasculares el 25% de los pacientes, y las reportadas más frecuentemente fueron: síndrome coronario agudo (29%), insuficiencia cardíaca descompensada (28,5%), fibrilación auricular (28,5%) y arritmia ventricular (14%). La mortalidad reportada fue del 67%, y las principales causas fueron: distrés (58%), sepsis (33%) y causa no aclarada (9%). No se detectaron muertes por causa cardiovascular.

Conclusiones: Un cuarto de los p. con SARS-COV2 presentaron disfunción cardíaca por ecocardiograma y complicaciones cardiovasculares. A pesar de presentar una tasa elevada de mortalidad, no se detectaron muertes por causa cardiovascular. Los médicos tratantes deben ser conscientes de las complicaciones cardiovasculares al evaluar y manejar al p. con COVID-19.

0062 - DIMENSIONES AORTICAS. ¿COMO DEFINIMOS NORMALIDAD?

CONSTANTIN, Iván (1); CARRERO, María Celeste (1); MASSON, Gerardo(1); BAGNATI, Rodrigo Pedro(2); MAKHOUL, Silvia Susana(3); BENGER, Juan(2); CINTORA, Federico(4); BARATTA, Sergio Juan(5)

Sanatorio Las Lomas (1); Hospital Italiano de Buenos Aires (2); Hospital Británico de Buenos Aires (3); CLÍNICA LA PEQUEÑA FAMILIA (4); Hospital Universitario Austral (5)

| Variable | Observado | Modelo MATEAR | Modelo Deveraux | p observado vs MATEAR | p observado vs Deveraux |
|------------|------------|---------------|-----------------|-----------------------|-------------------------|
| Media ± DE | 2,91 ± 0,4 | 2,91 ± 0,2 | 3,23 ± 0,18 | 0,69 | <0,001 |
| Z-score | 0,02 ± 1 | -0,005 ± 0,87 | 1,25 ± 1,67 | 0,96 | <0,001 |

Objetivos: Definir cuáles son los rangos de normalidad de una variable biológica no es tarea sencilla. Un ejemplo de esta dificultad es definir cuáles son los valores normales de las dimensiones aórticas que se encuentran afectadas principalmente

por el género, variables antropométricas, edad, etnia, etc. En los últimos tiempos se ha puesto especial atención en indexar los valores según superficie corporal o talla. Si bien es útil, esta simplificación no toma en cuenta la influencia de otras variables como el género o la edad. Una opción para superar estas limitaciones es utilizar el Z-score que es una forma de expresar en desvíos estándar la distancia entre una observación y la media predicha para su edad, sexo y superficie corporal. Un Z-score <2 es considerado normal. El calculador más utilizado en adultos se encuentra en marfan.org y se basa en la fórmula publicada por Deveraux y col. Sin embargo, este modelo matemático no ha sido validado en nuestra población. El objetivo de este estudio es evaluar la validez de la fórmula de Deveraux y col para el cálculo del Z-score de las dimensiones aórticas en la población del estudio MATEAR.

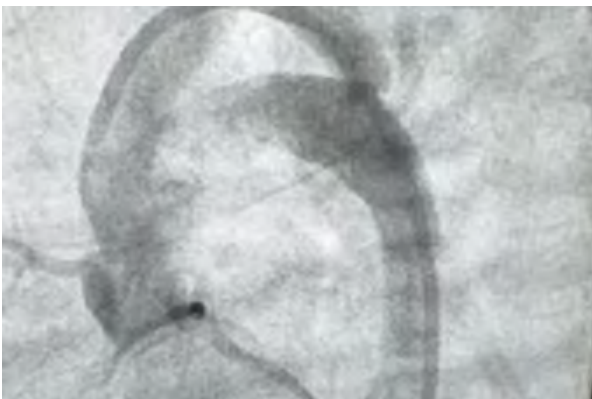
Materiales y Métodos: El Registro MATEAR fue un registro prospectivo, observacional, multicéntrico, originado desde el Consejo de Ecocardiografía y Doppler Vascular de la Sociedad Argentina de Cardiología y que se desarrolló entre 02/2018 y 06/2019 que definió valores normales de las dimensiones aórticas obtenidas por ecocardiografía transtorácica en pacientes sanos y sus principales determinantes. En esta población (n = 1000) se realizó el cálculo de las medias predichas a nivel de los senos de valsalva y se calculó el Z-score utilizando la fórmula de Deveraux y col y la obtenida del análisis de regresión múltiple del análisis inicial del registro MATEAR y posteriormente se los comparo entre sí y con el propio individuo como control. Las variables discretas se expresan como proporción. Se considero como punto de corte para dilatación aórtica el percentilo 95% para cada segmento. Las variables continuas con distribución normal se expresan con la media y el desvío estándar. Se utilizó el test t de Student para la comparación de variables continuas con distribución paramétrica. El análisis estadístico se llevó a cabo con el software STATA 13. Se consideró significativo un valor de p<0,05 (2 colas).

Resultados: Se analizaron un total de 1000 pacientes, con una edad promedio de 38 años, 55,3% hombres. Al comparar los diámetros calculados por la fórmula de Deveraux y col con los diámetros observados en nuestra cohorte, encontramos una sobreestimación significativa (3,23 ± 0,18 vs 2,91 ± 0,4 cm; respectivamente, p <0,001) ver tabla 1. Esto se traduce en desplazamiento en la curva de valores de Z al aplicar la fórmula, con una media de -1,25 ± 1,67. Al comparar los diámetros predichos con la fórmula de regresión lineal múltiple obtenida del modelo de predicción del registro MATEAR (R² 0.27) con los diámetros observados no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas (p=0,69)

Conclusiones: El Z-score está fuertemente relacionado con la metodología que se utiliza para su cálculo y la extrapolación de las fórmulas obtenidas de otras poblaciones tiene poca validez. La utilidad de esta estrategia para definir normalidad en nuestra población parece limitada. Debemos continuar buscando la forma de ajustar las dimensiones aórticas a las variables que la influyen para obtener parámetros de normalidad más fidedignos.



ATRESIA PULMONAR CON SEPTUM INTEGRO | corte 4 cámaras y corte 3 vasos

**0068 - IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL DE LAS CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS**

VEGA, Betina Andrea; PEIRONE, Alejandro Román; FRANCUCCI, Víctor; POGNANTE, Gerardo Jesús Hospital de Niños de Córdoba

Objetivos: Reconocer el beneficio del diagnóstico prenatal de las cardiopatías congénitas y su impacto en la reducción de la morbi-mortalidad de las mismas.

Materiales y Métodos: Se analizaron los neonatos con cardiopatía congénita (CC) ductus dependiente que ingresaron a nuestra unidad de terapia intensiva en los meses de mayo a julio del corriente año. Fueron un total de 8 pacientes (Ptes) a los cuales se los dividió en 2 grupos: grupo I con diagnóstico (DX) prenatal y grupo II, sin DX prenatal. Las variables analizadas en ambos grupos fueron: asistencia mecánica respiratoria (ARM) electiva o por claudicación respiratoria, requerimiento de 2 ó + inotrópicos, infusión prostaglandina, shock hemodinámico grave, fallo renal, daño neurológico secular, cateterismo cardíaco DX, cirugía cardiovascular, anomalías extracardíacas, síndromes genéticos y sobrevida > 30 días. **Resultados:** Los ptes del grupo I fueron 5: (atresia pulmonar con septum íntegro, ventrículo único + drenaje anómalo pulmonar total, ventrículo único con malposicion de grandes arterias y atresia pulmonar, ventrículo único, sin estenosis pulmonar e hipoplasia severa de arco aórtico, síndrome corazón izquierdo hipoplásico y coartación crítica.) Los ptes del grupo II, eran 3 (interrupción del arco aórtico tipo B, síndrome corazón izquierdo hipoplásico y estenosis pulmonar crítica.) ARM electiva: grupo I, 80 %, grupo II: 100% por claudicación respiratoria. Necesidad de 2 ó + isotópicos, en grupo I 0%, en cambio grupo II el 100 %. Infusión de prostaglandina 60 % en grupo I y 100 % en grupo II. En cuanto a shock hemodinámico grave y daño renal, el grupo II 66,7 %, en cambio grupo I, ninguno de los

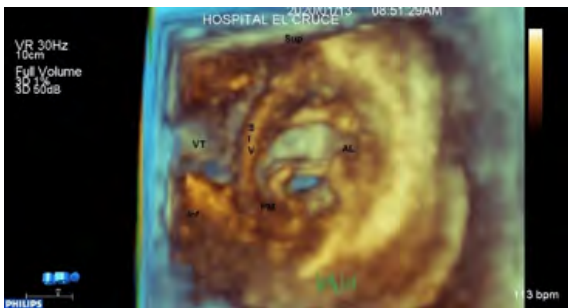
ptes. Sufrieron daño neurológico secular 66,7% de los pies en grupo II y 0 % en grupo I. Tuvieron cateterismo cardíaco para confirmación diagnóstica en 80 % de los ptes grupo I el 66,7 % del grupo II. Recibieron cirugía cardiovascular el 60 % de ptes grupo I y 66,7 % del grupo II (ambos pacientes candidatos a procedimiento híbrido: colocación de stent en ductus y cerclaje de ramas pulmonares, uno de los Pte por bajo peso y el otro por daño neurológico secular severo). Presentaban anomalías extracardíacas el 60 % del grupo I, 2 formando

parte de síndromes genéticos (Noonan y Edwards). No se encontraron anomalías extracardíacas ni asociación a síndromes genéticos en ptes del grupo II. El porcentaje de supervivencia > a 30 días fue del 60 % en grupo I, la cual se relacionó más a comorbilidad de los síndromes genéticos acompañantes y en grupo II, la supervivencia fue del 66,7 % a los 30 días.

Conclusiones: Reconocer el aporte que brinda el diagnóstico prenatal de las CC ductus dependientes a través del ecocardiograma fetal realizado a las embarazadas en segundo trimestre del embarazo. El DX prenatal permite programar el manejo perinatal de los fetos con cardiopatía congénita por parte de un equipo multidisciplinario en centro de alta complejidad, reduciendo la morbi-mortalidad de las mismas.

0070 - VALVULAS MITRALES CON "APERTURA ASIMÉTRICA". ECOCARDIOGRAMA TRIDIMENSIONAL

MANSO, Paula; PEÑA, Julia; ANONI, María Del Pilar; JORAJURIA, Alejandro Hospital El Cruce SAMIC, Florencio Varela



Objetivos: Describir, mediante la valoración con ecocardiografía tridimensional (Eco 3D), la anatomía de válvulas mitrales con "apertura asimétrica" detectadas en un ecocardiograma bidimensional Doppler color (Eco 2D) realizado con motivo de otra cardiopatía congénita que domina la escena clínica del paciente; establecer su correlación funcional.

Materiales y Métodos: Fueron evaluados mediante Eco 3D (Ecógrafo Phillips iE33, transductor matricial pediátrico y de adultos) catorce (14) pacientes (p) con apertura asimétrica de la válvula mitral (AA VM) detectada en un Eco 2D realizado con motivo de otra cardiopatía congénita principal.

Resultados: Edad 0-548 meses (m). Mediana 18.5 m, media 105 m. 6 p sexo femenino. 11 p (79%) presentaron apertura preferencial, pósteromedial, 3 p apertura preferencial ánterolateral. Todos presentaron un aparato subvalvular anómalo. Los hallazgos más frecuentes fueron "hemiatresia" con 2 músculos papilares (MMPP) en posición normal, 2 MMPP rotados y próximos entre sí, y ausencia de MMPP con tractos musculares anárquicos. 9 p (64%) presentaron patologías con obstrucción a la eyección izquierda. La disfunción mitral no fue de significación (Ligero incremento de la velocidad o estenosis leve), excepto en uno de los dos pacientes adultos que mostró estenosis moderada.

Conclusiones: La apertura asimétrica de la válvula mitral presenta una anatomía variable con compromiso significativo del aparato subvalvular. En edad pediátrica no se asocia con disfunción de significación, pero requiere de un seguimiento ya que podría evolucionar a una estenosis moderada a severa

en la vida adulta. Debido a que la escena clínica suele estar dominada por la patología principal a la que se asocia, y a que los hallazgos con Eco 2D suele ser sutiles, debe "pensarse" para realizar su diagnóstico, ya que podría evolucionar a formas severas, brindar matices de mayor gravedad a la patología dominante, o ser subdiagnosticada. El Eco 3D es fundamental para confirmar el diagnóstico y aportar detalles anatómicos.

0072 - EXPERIENCIA INICIAL DE UN CENTRO ÚNICO, DEL NOROESTE ARGENTINO, CON RESPECTO AL TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO DE LA COMUNICACIÓN INTERAURICULAR Y FORAMEN OVAL PERMEABLE AISLADOS

BISUTTI, Julio Hector; ALUSTIZA, Walter Ramon; VENTRICEI, Javier Fabian; MARTURANO, María Pía; VILLAGRA, Lorena Gabriela; ACOSTA, Hernán José Felipe; FERNANDEZ, Fabricio; RIVADENEIRA, Cinthia Yohana Clínica Pasteur

Objetivos: El objetivo de este trabajo es demostrar la opción terapéutica en respecto a la utilización de dispositivo ocluidor de cierre de comunicación interauricular y foramen oval permeable.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, se revisaron Historias clínicas de 23 pacientes con diagnóstico de CIA y FOP desde abril de 2011 a julio de 2017. A todos los pacientes se les practicó eco Doppler cardíaco Transtorácico y Transesofágico, con único operador entrenado. Los criterios ecocardiográficos de inclusión para ser candidato al cierre percutáneo fueron: en el caso de la CIA tamaño del orificio y bordes remanente los cuales debieron ser 5 mm o más, sin hipertensión pulmonar fija ni coexistencia de cardiopatía quirúrgica. Para el FOP paciente que presentaron como único hallazgo de AIT sin otra causa documentada, y que asentaba en territorio aneurismático, los mismos derivados por neurología para el estudio de fuente de embolia cardioembólica. Todos los procedimientos se realizaron con anestesia general. En todos los casos se realizó seguimientos ecocardiográficos a las 24 horas y a los tres meses, comprobando la correcta ubicación del dispositivo, la ausencia de compromiso de estructuras vecinas y la ausencia de shunt residual. En el 85 % a de los pacientes tratados se utilizó dispositivo Amplatzer en 14 pacientes y 5 dispositivos Cardio-o-Fix.

Resultados: Se evaluaron 23 pacientes (p), en los cuales se diagnosticaron dos tipos de cardiopatías congénitas, comunicación interauricular (18 p CIA) y foramen oval permeable (5 p FOP). En este grupo la edad media fue de 45 ± 18 , sexo femenino 47%, HTA 43%, DBT 17%, Insuficiencia renal 13%, Enfermedad coronaria 17% y TIA 13%. Como motivo de consulta la Disnea estuvo presente en el 57%, Precordialgia en un 13%, Palpitaciones en el 13% y AIT en el 4%. El 78% de lo paciente se encontraban en ritmo sinusal. Ecocardiograma Doppler DDVI 44 ± 6 , DSVI 27 ± 5 , Diámetro AI 36 ± 8 , AREA AI 23 ± 13 , FEVI 61 ± 11 , Diámetro VD 32 ± 8 , IT 61 % IM 12 % IP 22% IAO 4%. Se realizó tratamiento hemodinámico en 85% con la siguiente distribución; 70% cierre percutáneo con dispositivo de Amplatzer, 15% cierre percutáneo con dispositivo de ocluidor cardio-o-fix, 10% cirugía convencional. El 5% negación a acción terapéutica. Con respecto a tratamiento médico al alta fueron tratados con Ácido acetilsalicílico 65%, clopidogrel 61%, IECA 22%, ARA 9%, BB 22% y NACO 9%.

Conclusiones: La CIA y el FOP son las CC más comunes en edad adulta y la opción percutánea es el método de elección de cierre, en el paciente correctamente seleccionado, evitando de esta forma las cirugías a cielo abierto. En nuestra experiencia resultó ser un método seguro, eficaz y confiable en nuestro medio.

0073 - IMÁGENES DE TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES Y RESONANCIA MAGNÉTICA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA SARCOIDOSIS CARDÍACA: EXPERIENCIA PILOTO

RODRIGUEZ, Marina Ileana; MERANI, María Fernanda; GALLO, Juan C.; LÓPEZ DE MUNAIN, María Nieves Alicia; REPEZZA, Edgardo; CAMPISI, Roxana Diagnóstico Maipú

Objetivos: Evaluar el valor complementario de la resonancia magnética cardíaca (RMC) y de la tomografía por emisión de positrones (PET) en el diagnóstico de la sarcoidosis cardíaca (SC).

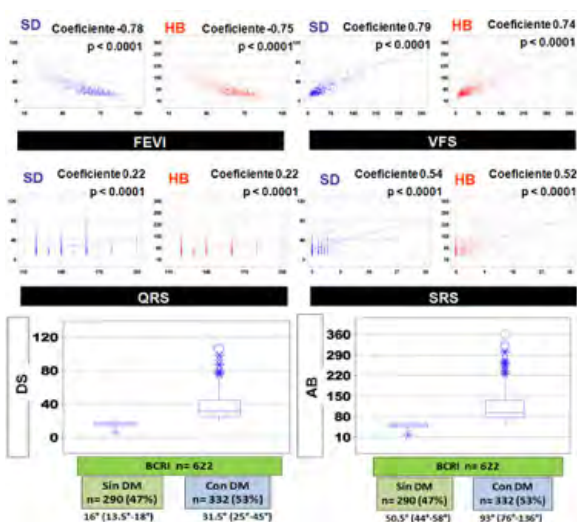
Materiales y Métodos: Entre diciembre 2018 y julio 2020, 6 pacientes (4 hombres y 2 mujeres) fueron referidos a nuestro servicio con sospecha de SC para evaluación de inflamación del miocardio. Todos los pacientes realizaron una dieta rica en grasas y baja en carbohidratos 36 hs previas al estudio PET más 12 horas de ayuno. Se efectuó un estudio de perfusión miocárdica en reposo gatillado con N-13 Amonio (0.17 mCi/kg) y a continuación se inyectaron 0.11 mCi/kg de F-18-Fluordesoxiglucosa (FDG) adquiriéndose las imágenes cardíacas a la hora. Las imágenes de perfusión en reposo se interpretaron en base a un puntaje de suma (SRS) de 0 a 4 (0: Normal y 4: Ausencia de captación). Para la evaluación de la captación de FDG se utilizó un puntaje de 0 a 4 (0: Ausencia de captación, 1: Difusa, 2: Focal en difusa, 3: Focal y 4: Multifocal). Como parte del algoritmo de sospecha de SC, se les realizó a todos los pacientes una RMC con administración de gadolinio previo al estudio PET. La combinación entre la perfusión miocárdica y la captación de FDG se utilizó para evaluar inflamación y/o fibrosis del miocardio. A su vez, estos resultados se combinaron con los de la RMC para calcular la probabilidad de padecer SC: No (<10%), posible (10-50%), probable (50-90%) o altamente probable (>90%). El diagnóstico final para cada paciente fue asignado en base a estos hallazgos, la revisión de los datos clínicos y otros estudios diagnósticos complementarios.

Resultados: La edad media de nuestra población fue de 60 ± 9 años. Ninguno tenía antecedente de infarto agudo de miocardio. Tres de los 6 pacientes tenía lesiones no significativas en las arterias epicárdicas por cinoronariografía, 2 lesiones moderadas y una paciente con antecedente de angioplastia a la arteria descendente anterior. La media de la fracción de eyección ventricular izquierda por PET-gatillado: $42 \pm 15\%$. El 50% de los pacientes referidos al estudio PET presentaban antecedente de sarcoidosis sistémica, sospechándose SC en 2 de ellos por taquicardia ventricular no sostenida (TVNS) documentada y en el restante por disfunción ventricular izquierda y miopericarditis. El 67% de este grupo presentó realce tardío en la RMC, en un paciente el realce era intramiocárdico inferolateral basal y en el otro parcheado. En el otro 50%, con sospecha de SC aislada, 2 pacientes padecían de insuficiencia cardíaca más TVNS y una paciente presentó fibrilación auricular de alta respuesta en contexto de disfunción ventricular izquierda. Todos los pacientes de este grupo presentaron en la RMC realce tardío extenso y parcheado a predominio intramiocárdico. En el estudio PET, el 33% de los pacientes presentaron defectos de perfusión (SRS: 3 ± 4), 66% captación 0 de FDG y el 33% patrón difuso de FDG (SUVmáx: 1.27 ± 2.02). Ninguno de los pacientes presentó inflamación activa del miocardio. Con la combinación de los patrones por PET y el realce por RMC se reclasificó a los pacientes: 50% de los pacientes tuvo menos del 10% de probabilidad de padecer SC y el otro 50% se clasificó como posible. Sumando los hallazgos de los patrones de imágenes PET/RM al cuadro clínico, ninguno de los pacientes recibió tratamiento inmunosupresor.

Conclusiones: En nuestra población de pacientes con sospecha de SC e inflamación, realizamos un estudio PET luego de la RMC para calcular probabilidades de padecer SC. En ausencia de un patrón oro, se sugiere que el diagnóstico de SC se base en probabilidades de acuerdo a patrones de imágenes y cuadro clínico específicos para eventualmente guiar la terapéutica.

0075 - EVALUACION DE LA DISINCRONIA INTRAVENTRICULAR MECANICA EN PACIENTES CON BLOQUEO COMPLETO DE RAMA IZQUIERDA EN ESTUDIOS DE PERFUSION MIOCARDICA SPECT GATILLADOS

BARBOZA, Paula Elizabeth; ARAMAYO G, Ema Natalia; CORTÉS, Claudia Mariana; EMBON, Mario Fundación Favaloro



Objetivos: La disincronía intraventricular mecánica (DM) ha sido descrita en pacientes con bloqueo completo de rama izquierda (BCRI). El deterioro severo de la función sistólica, la insuficiencia cardíaca CF III/IV, el BCRI con duración del QRS >150 mseg son criterios de selección de pacientes candidatos a terapia de resincronización, encontrándose un 30-40% de pacientes no respondedores. Valores de ancho de banda (AB) >135° y Desvío standard (DS) >43° obtenidos de estudios de perfusión miocárdica SPECT gatillados han sido propuestos como predictores de respuesta a esta terapia.

Objetivo: Evaluar los parámetros de sincronía ventricular AB y DS, su correlación con otros parámetros funcionales, y la prevalencia de DM y de DMCR como criterio para terapia de resincronización (DMCR) en pacientes con BCRI.

Materiales y Métodos: Desde agosto de 2011 a junio de 2019 estudiamos en forma consecutiva pacientes con BCRI derivados para estudios de perfusión miocárdica SPECT gatillado reposo/estrés. De las imágenes de reposo obtuvimos los índices de sincronía AB y DS y analizamos su correlación con los volúmenes ventriculares, la fracción de eyección, la duración del QRS y el score de suma de reposo. Definimos DM como $AB > 67^\circ$ y $DS > 21^\circ$, valores de corte obtenidos a partir de la media + 2 DS de AB y DS de nuestra base de datos de 118 sujetos normales. Se consideró $AB > 135^\circ$ y $DS > 43^\circ$ como DMCR.

Resultados: Se estudiaron 622 de 662 pacientes con BCRI con una edad, peso e índice de masa corporal promedio de 67 años, 78 kg y 28 respectivamente. El 56% fueron hombres, 70% hipertensos, 50% dislipémicos y 27% tenía antecedente de enfermedad coronaria. Se observó correlación lineal de AB y DS con los volúmenes ventriculares y con la fracción de eyección y no hubo correlación con la duración del QRS (Fig1). La prevalencia de DM fue de 53% (332 pacientes) (Fig 2). La prevalencia de DMCR fue de 12% (78 pacientes), en este subgrupo el 84% tenía índice de volumen fin de sístole Aproximadamente la mitad de nuestros pacientes con BCRI presentó DM que se correlacionó con el incremento de los volúmenes ventriculares y el deterioro de la fracción de eyección, pero no con la duración del QRS. El 12% cumplió criterios de DMCR aún en pacientes con QRS menor a 140 mseg y en ausencia de deterioro severo de la función sistólica $\geq 40 \text{ ml/m}^2$, el 60% presentaba fracción de eyección $\leq 35\%$. La duración del QRS fue ≥ 140 mseg en el 74% y ≥ 150 mseg en el 64%. Hasta un 9% presentó perfusión normal.

Conclusiones: Aproximadamente la mitad de nuestros pacientes con BCRI presentó DM que se correlacionó con el incremento de los

volúmenes ventriculares y el deterioro de la fracción de eyección, pero no con la duración del QRS. El 12% cumplió criterios de DMCR aún en pacientes con QRS menor a 140 msec y en ausencia de deterioro severo de la función sistólica.

0077 - USO DE LA RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR CARDIACA PARA MEJORAR LA PRECISION DIAGNOSTICA CLINICA DE ALTERACIONES ESTRUCTURALES CARDIACAS

FORCADA, Pedro; SFORZIN, Patricia; DE STEFANO, Luciano; DAMICO, Andrés; BERNAOLA, Inés; CASADEI, Adriana; MONTAÑA, Oscar Romano DIM Clínica Privada Ramos Mejía

Objetivos: INTRODUCCION: Las técnicas de Resonancia Nuclear Magnética Cardíaca (RMNc) han tenido un avance sustancial tanto en la adquisición, postproceso y lectura, que permiten una caracterización tisular más confiable y el diagnóstico de precisión de distintas patologías. El mapeo en T1 se ha constituido en una herramienta confiable y reproducible, que permite determinar las características tisulares miocárdicas. Es necesario determinar si los valores de referencia varían según la técnica, el equipamiento utilizado y la población estudiada. **OBJETIVO:** Obtener valores de referencia para nuestra población y evaluar la utilidad de la RMNc para detectar patología cardíaca en diferentes situaciones.

Materiales y Métodos: Estudiamos 321 pacientes referidos en forma consecutiva para RMNc realizados entre el 4/1/2019 y el 7/7/2020 con un RM 3T Philips Ingenia, Philips Healthcare, release 5.6, Multitransmit, bobinas de 32 CH con el SW Cardiac Expert. Las determinaciones se realizaron con el protocolo MOLLi en el eje corto, a nivel medioventricular, en condiciones basales, sin contraste (T1 nativo) y después de la aplicación de contraste con gadolinio (T1 "enhanced") lo que permite sumar la determinación del Volumen Extracelular (VEC). Evaluamos variables antropométricas, características clínicas, indicación del estudio, resultado del mismo en relación la indicación y el valor predictivo y negativo del algoritmo diagnóstico. También valoramos algunos parámetros obtenidos como IMVI, T1 nativo, T1 enhanced y T1 mapping al igual que T2 mapping en un grupo control (60p 19%), un grupo con diagnóstico de patología CV (86p 27%) y otro con sospecha de miocardiopatía (75p 23%).

Resultados: De los 321 pacientes, 100 (31%) tenían otros diagnósticos CV diversos (valvulopatías, mixoma, etc). De los 60 pacientes "controles" sin factores de riesgo, antecedentes CV o medicación CV, 36 (11% del total) presentaron resultado de RMNc anormal. Los pacientes con Enfermedad CV y Miocardiopatía no diferían en la proporción de factores de riesgo de RCV. El grupo de pacientes derivados por "miocardiopatía" tenían mayor edad, proporción de hombres, diagnóstico de RMN patológico, recibían más medicación CV, mayor IMVI, y los valores más altos de T1 nativo y T2 mapping. El grupo de enfermedad cardiovascular mostro el valor más bajo de T1 enhanced. El análisis bayesiano, utilizando la RMNc como confirmación de patología, mostro que los criterios diagnósticos del algoritmo de Enfermedad CV así como el de Miocardiopatía tuvo un valor predictivo positivo post test de 30% y un valor predictivo negativo post test de 84%.

Conclusiones: La RMNc en un grupo consecutivo de pacientes permitió evaluar el valor predictivo del diagnóstico clínico de afectación miocárdica por enfermedad CV, confirmando o rechazando el diagnóstico y establecer los valores promedio para un grupo de "controles" y en las diferentes situaciones clínicas.

0084 - INDEXACIÓN POR ALTURA: ¿LA MEJOR FORMA DE DEFINIR DIMENSIONES AÓRTICAS EN INDIVIDUOS CON SOBREPESO?

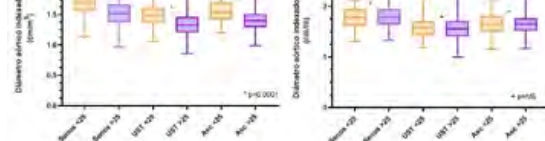
CARRERO, María Celeste; CONSTANTIN, Iván; MASSON, Gerardo; CINTORA, Federico; BENDER, Juan; MAKHOUL, Silvia; BAGANTI, Rodrigo; BARATTA, Sergio Consejo de Ecocardiografía y Doppler SAC

Objetivos: Todavía existe debate acerca de cómo definir normalidad en las dimensiones aórticas. La mayoría de los estudios presentan limitaciones (criterios de inclusión heterogéneos, tamaño de muestra reducido, mediciones ecocardiográficas no estandarizadas y la falta de inclusión de la población no caucásica o con sobrepeso). El 60% de nuestra población presenta sobrepeso u obesidad, por lo cual es relevante determinar cómo definir dilatación aórtica en esta población. El Registro MATEAR fue el primer estudio prospectivo que incluyó a pacientes con sobrepeso y obesidad y que demostró que la correlación entre diámetros aórticos y superficie corporal era afectada por la obesidad, llevando a una subestimación de la dilatación aórtica en esta población. El objetivo del presente subanálisis es comparar la indexación por talla y por superficie corporal en una subpoblación del registro MATEAR con y sin sobrepeso con edad comparable.

Materiales y Métodos: Se reclutaron prospectivamente 1000 individuos adultos sanos sin factores de riesgo cardiovascular, aneurisma de aorta, enfermedad valvular aórtica, cirugía cardíaca o aortopatías genéticas de 53 centros en Argentina. Se seleccionó una subpoblación de 879 pacientes ajustados por edad, para disminuir el impacto de dicha variable. Los TTE se adquirieron y midieron según protocolos estándar basados en Guías EACVI/ASE. Se definió como sobrepeso/obesidad IMC >25kg/m². Para el análisis se subdividió a la población en 4 grupos: hombres y mujeres con y sin sobrepeso. Se compararon los diámetros aórticos absolutos e indexados por talla y por superficie corporal en senos de Valsalva, unión sinotubular, aorta ascendente tubular según género y categoría de IMC.

Resultados: El presente sub-análisis del registro MATEAR incluyó 879 pacientes adultos sanos (edad media: 39.7 ± 11.4 años, 399 hombres, SC: 1.8 ± 0.2 m²). En el análisis de grupos según IMC y género, la indexación de diámetros aórticos por SC arrojó valores significativamente menores en pacientes con sobrepeso/obesidad para ambos géneros. Sin embargo, al indexar por talla, no se observaron diferencias significativas en los valores aórticos entre pacientes con y sin sobrepeso. El punto de corte (P95) de 2.1cm/m para Senos de Valsalva y de 2cm/m para UST y ascendente permitió discriminar dilatación aórtica en poblaciones con ambas categorías de IMC.

Conclusiones: La indexación de los diámetros aórticos por superficie corporal en pacientes con sobrepeso u obesidad subestima la dilatación aórtica. En los pacientes con sobrepeso (IMC >25 kg/m²) la indexación por talla evitaría la subestimación y sería un parámetro no tan afectado por el aumento espurio de la superficie corporal. Al tratarse de un parámetro de cálculo sencillo, recomendamos la indexación de diámetros aórticos por talla en ambos géneros.



0095 - TEST FUNCIONALES DE ESFUERZO CON Y SIN IMÁGENES

PABSTLEBEN, Nadia; SANMIGUEL, Lucas; BRODSKY, Laura; BLANCO, Juan Manuel; COLLAUD, Carlos; REDRUELLO, Marcela Fabiana; MASOLI, Osvaldo H. TCba Salguero - Centro de Diagnóstico

Objetivos: El estudio ergométrico es el procedimiento de sobrecarga funcional que acompaña a la clínica y a los factores de riesgo coronario en la primera etapa de evaluación cardiovascular. A su vez forma parte del test funcional con imágenes. Su rendimiento ha sido

cuestionado en varias oportunidades de acuerdo a la modalidad elegida. El objetivo de este trabajo fue comparar los estudios ergométricos solos (G1), formando parte de la PM-SPECT de reposo y esfuerzo (G2) y del eco stress ejercicio(G3) en pacientes derivados a un centro cardiológico en CABA para diagnóstico de enfermedad coronaria sin antecedentes previos. Analizar los resultados de la prueba de esfuerzo y los factores de riesgo de la población en cada modalidad.

Materiales y Métodos: Se analizaron 3 bases de datos de pacientes mayores de 18 años derivados a nuestro centro en forma consecutiva desde enero a abril 2019. Se incluyeron un total de 3320p (G1: 944p, G2 :1701p, G3: 675p). Se analizaron y compararon los resultados de las pruebas ergométricas en cada grupo y su relación con la prevalencia de los factores de riesgo.

Resultados: La edad en los diferentes grupos fue G1 45±15; G2 63±11 y G3 54±14. En el análisis de los grupos por separado (Tabla 1) los pacientes del G2 eran más añosos; en G3 predominó el sexo femenino. Con respecto a los factores de riesgo una mayor prevalencia de

| | GRUPO 1 N (%) | GRUPO 2 N (%) | GRUPO 3 N (%) | P |
|----------------|------------------|------------------|------------------|--------|
| Sexo masculino | 479 (52%) | 1154(68%) | 297 (44%) | <0,05 |
| Edad | 45+/-15 | 63+/-11 | 54 +/-14 | <0,05 |
| HTA | 146 (15%) | 950 (56%) | 202 (30%) | <0,001 |
| DBT | 35 (4%) | 287 (17%) | 53 (8%) | <0,001 |
| DLP | 134 (14%) | 840 (49%) | 166 (24%) | <0,001 |
| TBQ | 60 (6%) | 152 (9%) | 56 (8%) | <0,05 |
| EX TBQ | 111 (12%) | 499 (29%) | 147 (22%) | <0,001 |
| IMC >25 | 492 (52%) | 1298 (76%) | 470 (69 %) | <0,001 |
| Infra ST | 39 (4%) | 310 (18%) | 66 (10%) | <0,001 |
| HTA basal | 104 (11%) | 237 (14%) | 48 (7%) | NS |
| HTA reactiva | 98 (10%) | 189 (11%) | 49 (7%) | NS |

DBT, HTA, dislipidemia, Ex TBQ e IMC (p menor a 0.001) se observó en los grupos G2 y G3. No hubo diferencias en la HTA basal y reactiva al ejercicio en los tres grupo. Con respecto a la prueba ergométrica no hubo diferencias significativas en la capacidad funcional en los tres grupos. Se observó un mayor % de pruebas anormales en los grupos G2 y G3 (p menor a 0.001) principalmente debido a infradesnivel del ST.

Conclusiones: No hubo diferencias significativas en la capacidad funcional de las ergometrías entre los tres grupos. Los pacientes de mayor edad, mujeres y con mayor prevalencia de factores de riesgo son derivados a esfuerzos con imágenes SPECT y ECOSTRESS. El infradesnivel del ST, fue la causa más común de anormalidad en la prueba ergométrica principalmente en estos dos grupos. La elección de las pruebas de esfuerzo con y sin imágenes cumple con los criterios apropiados de utilización sugeridos por las guías en la actualidad.

0096 - SINDROMES CORONARIOS CRONICOS: VARIABILIDAD DE LA ISQUEMIA MIOCARDICA Y PREDICTORES CLINICOS EN LA PM SPECT EN EL ULTIMO QUINDENIO

SAN MIGUEL, Lucas; PABSTLEBEN, Nadia; BRODSKY, Laura; BLANCO, Juan Manuel; COLLAUD, Carlos; REDRUELLO, Marcela; MASOLI, Osvaldo TCba Salguero - Centro de Diagnóstico

| Variable | 2004 (n=747) | 2016 (n=1902) | 2019 (n=1914) | 2004-2016 | P (2004-2019) |
|------------------|--------------|---------------|---------------|-----------|---------------|
| Edad | 60 +/-11 | 63 +/-11 | 65 +/-12 | 0,000 | 0,001 |
| Media +/-DS | 71 (9,5%) | 66 (3,4%) | 67 (3,5%) | 0,002 | 0,4 |
| Maximales % (n) | 76 (9,8%) | 76 (4,0%) | 77 (4,0%) | 0,7 | 0,1 |
| Exceso de peso % | 28 (3,9%) | 24 (1,3%) | 19 (1,0%) | 0,007 | 0,004 |
| Sintomas % (n) | 53 (7,2%) | 37 (2,0%) | 55 (2,9%) | 0,3 | 0,4 |
| HTA % (n) | 15 (2,0%) | 18 (1,0%) | 18 (1,0%) | 0,02 | 0,1 |
| TBQ % (n) | 18 (2,4%) | 9 (0,5%) | 7 (0,4%) | 0,0000000 | 0,1 |
| DLP % (n) | 56 (7,6%) | 49 (2,6%) | 50 (2,6%) | 0,001 | 0,6 |
| CRM % (n) | 12 (1,6%) | 8 (0,4%) | 5 (0,3%) | 0,0000000 | 0,004 |
| ATC % (n) | 22 (3,0%) | 24 (1,3%) | 41 (2,2%) | 0,0000000 | 0,000000000 |
| IAM % (n) | 21 (2,8%) | 12 (0,6%) | 8 (0,4%) | 0,0000000 | 0,00002 |
| TTO % (n) | 44 (6,0%) | 42 (2,2%) | 42 (2,2%) | 0,2 | 0,1 |
| Reactivos % (n) | 80 (10,7%) | 15 (0,8%) | 18 (0,9%) | 0,0000000 | 0,2 |
| Anormales % (n) | 41 (5,5%) | 23 (1,2%) | 29 (1,5%) | 0,0000000 | 0,1 |

Objetivos: Evaluar la prevalencia, predictores de isquemia y su variabilidad en el tiempo en los pacientes con síndromes coronarios crónicos derivados a PM SPECT en un centro de cardiología nuclear en Argentina.

Materiales y Métodos: Se analizaron 3 registros de base de datos que incluyeron pacientes (p) consecutivos derivados para realización de PM Gated SPECT durante los años 2004, 2016 y 2019 a nuestro servicio. Se calcularon las prevalencias de isquemia inducible definida como SDS mayor a 3; proporción de factores de riesgo cardiovascular, CRM, ATC e IAM durante cada año. Se realizó análisis multivariado por regresión logística que incluyó a las 3 cohortes para determinar predictores de isquemia inducible.

Resultados: Se analizaron 4563 p: 747 p en 2004, 1902 en 2016 y 1914 en 2019 (véase tabla 1). La prevalencia de isquemia fue del 35 % en 2004 y 15 % en 2019(p =0,00000000). Entre 2004 y 2019 aumentó significativamente la edad de la población, el porcentaje de mujeres y angioplastias y disminuyó significativamente la proporción de infarto, CRM y TBQ. De 2016 a 2019 hubo aumento significativo de la ATC, sin cambios en la prevalencia de HTA, DBT, exceso de peso e isquemia. En el análisis multivariado ajustado por edad, género, síntomas, factores de riesgo y antecedentes coronarios, detectamos que la disminución de la isquemia a lo largo del tiempo fue independiente del perfil de riesgo de los pacientes (ver tabla 2).

Conclusiones: La disminución de la isquemia fue independiente de los factores de riesgo y antecedentes coronarios. Esto es congruente con registros extranjeros que demuestran una tendencia similar basada en una mejoría del tratamiento médico y técnicas de revascularización. Sin embargo, a pesar de un aumento significativo de la ATC, no encontramos diferencias en la prevalencia de isquemia desde 2016 en adelante. La persistencia del sobrepeso, HTA y DBT podrían explicar estos hallazgos.

| Variable | OR | IC 95% | p |
|------------------|------|------------|--------|
| Año SPECT | 2,3 | 1,9 - 2,7 | 0,0000 |
| Edad > 65 años | 1,2 | 1,1 - 1,4 | 0,003 |
| Síntomas | 0,9 | 0,76-1,1 | 0,35 |
| HTA | 1,1 | 0,92-1,2 | 0,46 |
| DBT | 1,22 | 1 - 1,49 | 0,04 |
| DLP | 1,1 | 0,92- 1,2 | 0,4 |
| CRM | 1,3 | 1,1 - 1,6 | 0,01 |
| ATC | 1,2 | 1,04 - 1,4 | 0,01 |
| IAM | 1,7 | 1,4 - 2 | 0,000 |
| TTO anti - isq | 1,2 | 1,1 - 1,4 | 0,007 |
| Género masculino | 2,6 | 2,1 - 3,1 | 0,0000 |

0098 - ENFERMEDAD CAROTÍDEA Y AÓRTICA COMO SUBROGANTES DE ENFERMEDAD CORONARIA

SAN MIGUEL, Lucas; PABSTLEBEN, Nadia; BRODSKY, Laura; CASTRO, Edgardo; BLANCO, Juan Manuel; COLLAUD, Carlos; REDRUELLO, Marcela; MASOLI, Osvaldo TCba Salguero - Centro de Diagnóstico

| | |
|---------------------------------|------------|
| Edad | 51 +/- 11 |
| Género masculino | 60 % (51) |
| Sobrepeso | 69% (60) |
| HTA | 56 % (49) |
| DBT | 15 % (13) |
| TBQ | 6,9% (6) |
| Ex TBQ | 23% (20) |
| Score ASCVD mediana (RIC 25-75) | 6 (3-11) |
| Score MESA mediana (RIC 25-75) | 4 (2- 6) |

Objetivos: Evaluar en una población de pacientes asintomáticos y sin antecedentes de enfermedad coronaria la asociación del impacto aterosclerótico coronario, carotídeo y aórtico.

Materiales y Métodos: se incluyeron registros de estudios incorporados a una base de datos, de una cohorte consecutiva de pacientes estudiados entre septiembre 2019 y abril 2020. Se realizaron score de calcio coronario, aórtico y Doppler de vasos de cuello. Se evaluó la fuerza de asociación de calcificaciones coronarias (score mayor a 0), aórticas (score mayor a 0) y placas carotídeas (presencia de placas en Doppler) con análisis multivariado por regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 87 pacientes. 41 pacientes presentaron calcificaciones coronarias (ver tabla 1). 38 pacientes presentaron calcificaciones aórticas y 47 presentaron placas carotídeas. En el análisis univariado tanto las placas carotídeas

(OR 5,8 IC 2,3 – 15, p = 0,0002) como las calcificaciones aórticas (OR 17 IC 5,9 – 50, p = 0,0000) se asociaron a calcificaciones coronarias. En el análisis multivariado ajustado por edad y factores de riesgo, solo las calcificaciones aórticas se asociaron a detección de calcio coronario (OR 10,6 IC 3,2 – 35, p = 0,0001, tabla 2). **Conclusiones:** En nuestra población, la aterosclerosis aórtica presentó una fuerte asociación con enfermedad coronaria. La presencia de placas carotídeas, en cambio, fue un fenómeno asociado a la edad de los pacientes

| | OR | IC 95 | p |
|-----------------|------|----------|-------|
| Edad | 1,1 | 1 -1,1 | 0,12 |
| Exceso de peso | 1,2 | 0,3-4,6 | 0,7 |
| HTA | 0,5 | 0,15-1,8 | 0,3 |
| Diabetes | 1,2 | 0,2-7,2 | 0,2 |
| Calcio aórtico | 10,6 | 3,2-35 | 0,001 |
| Placa carotídea | 2 | 0,6-7,2 | 0,3 |

0104 - RESULTADOS PERINATALES EN DOBLE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO

GRINENCO, Sofía; NAPOLI, Natalia Soledad; CORDOBA, Antonela Anahí; SAENZ TEJEIRA, María Mercedes; MARANTZ, Pablo; OSUNA, Juan Manuel; BARRETTA, Jorge Orlando; MELLER, César Hospital Italiano de Buenos Aires

Objetivos: La doble salida del ventrículo derecho (DSVD) constituye una cardiopatía congénita rara, compleja y con una gran heterogeneidad anatómica y funcional. Requiere con frecuencia cirugía cardiovascular neonatal, por lo que su diagnóstico prenatal y consiguiente parto en el centro tratante permiten mejorar el pronóstico asociado. El objetivo de este estudio es describir una serie de pacientes con DSVD diagnosticados en nuestra institución, y los resultados perinatales.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico prenatal de DSVD atendidos en nuestra institución entre julio 2017 y julio 2020. Se excluyeron pacientes con síndrome de heterotaxia, y para el análisis se excluyeron también aquellos con pérdida de seguimiento o que se encontraban in útero al momento del estudio. Se calcularon medidas de frecuencia, de tendencia central y de dispersión.

Resultados: Se realizó diagnóstico prenatal de DSVD en 33 pacientes. En uno de los pacientes al nacimiento se constató atresia pulmonar con comunicación interventricular. Hubo pérdida de seguimiento en 4 pacientes, y 3 pacientes no habían aún nacido al momento del estudio. En relación a los subtipos fisiopatológicos, en todos los pacientes con diagnóstico prenatal se confirmó el diagnóstico del subtipo tras el nacimiento. Presentaban DSVD tipo Taussig Bing 9/25 (36%) niños, tipo Tetralogía de Fallot 6/25 (24%), tipo comunicación interventricular 3/25 (12%) y tipo atresia o estenosis mitral con ventrículo izquierdo hipoplásico en 7/25 (28%). Se constató síndrome genético y/o malformaciones extracardíacas en 6/25 (24%) pacientes. Al nacimiento la mediana de edad gestacional fue de 38 semanas de gestación (rango 32 a 41 semanas) y la media de peso de 3033 grs (\pm 679). Requirieron cirugía neonatal 20/25 (80%), 3 casos requirieron cirugía tras el mes de vida, y 2 pacientes cuidados paliativos por comorbilidad asociada. La mortalidad postoperatoria fue de 4/23 (17%), en dos de estos casos condicionada por la comorbilidad asociada.

Conclusiones: En la población estudiada de pacientes con diagnóstico prenatal de DSVD el subtipo fisiopatológico más frecuente fue el tipo Taussig Bing. La mayor parte de los pacientes requirió cirugía neonatal, por lo que resulta fundamental el nacimiento de niños con esta cardiopatía en centros terciarios con cirugía cardiovascular pediátrica. Hubo una significativa asociación con síndromes genéticos y/o malformaciones extracardíacas, que resultaron condicionantes del pronóstico, siendo por tanto importante su estudio desde la etapa prenatal.

