

 VIRTUAL



IMAGENES.20

CASOS CLÍNICOS

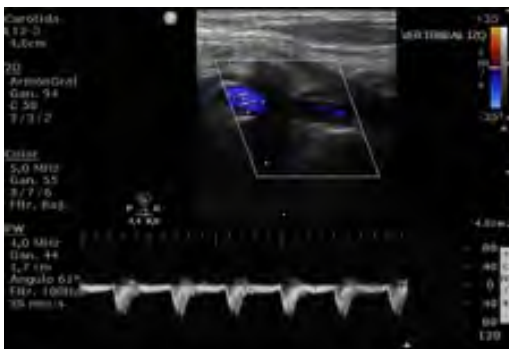


0010 - TAKOTSUBO RECURRENTE EN UNA PACIENTE CON ENFERMEDAD REUMÁTICA MITRAL Y AÓRTICA LITWAK, Nahuel; LÓPEZ ARAMBURU, Florencia Fundación Favalaro

Introducción: Se presenta a continuación un caso clínico de una paciente con enfermedad reumática mitral y aórtica que presentó un síndrome de Takotsubo recurrente con insuficiencia cardíaca aguda como manifestación clínica.

Descripción: Paciente de sexo femenino de 73 años, con antecedentes de fiebre reumática con compromiso valvular mitral y aórtico y de accidente cerebrovascular isquémico en 03/2019. El último ecocardiograma informaba dilatación moderada del ventrículo izquierdo, función sistólica ventricular izquierda conservada con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) estimada en 55%, signos de agresión reumática con estenosis mitral severa e insuficiencia mitral leve a moderada asociado a estenosis aórtica moderada e insuficiencia aórtica moderada. Consultó al departamento de emergencias en 10/2019 por cuadro clínico de edema agudo de pulmón. Se inició tratamiento diurético y vasodilatador endovenoso y se indicó internación en área cerrada. Se realizó electrocardiograma en ritmo de fibrilación auricular de alta respuesta ventricular y dosaje de biomarcadores con troponina I ultrasensible de 2958pg/ml. En el ecocardiograma se observó deterioro de la función sistólica del ventrículo izquierdo con FEVI 35%, aquinesia de todos los segmentos apicales y aquinesia anterior e inferior en sus segmentos medios con función sistólica del VD conservada además de los signos de agresión reumática en válvula mitral y aórtica y presencia de derrame pericárdico sin compromiso al llenado de cavidades. Se decidió en consecuencia la realización de cine coronariografía donde no se evidenciaron lesiones angiográficamente significativas. Se reinterpreto el cuadro clínico como injuria miocárdica aguda probablemente secundario a síndrome de Takotsubo. Estando compensada desde el punto de vista hemodinámico la paciente, se optimizó el tratamiento médico y se dio egreso hospitalario y control ambulatorio. Se realizó ecocardiograma de control con función sistólica biventricular conservada y FEVI del 55%. En enero de 2020 consultó nuevamente al departamento de emergencias por cuadro clínico de edema agudo de pulmón. Se realizó ecocardiograma que mostraba deterioro de la función sistólica del ventrículo izquierdo con FEVI 32% por severa hipoquinesia de los segmentos medios y apicales con función sistólica del ventrículo derecho conservada. Asimismo, se observaba enfermedad aórtica reumática severa y estenosis mitral reumática severa con probabilidad intermedia de hipertensión pulmonar. Luego de ajustar el tratamiento farmacológico, se dio egreso sanatorial con control ambulatorio, interpretando el cuadro clínico como recurrencia de síndrome de Takotsubo. En el control ambulatorio se observó mejoría de la función sistólica del ventrículo izquierdo. Se decidió seguimiento por cardiología y cirugía cardiovascular para decidir con HeartTeam el tratamiento.

0012 - ISQUEMIA DE MIOCARDIO POR ROBO SUBCLAVIO - CORONARIO EN UNA PACIENTE PANVASCULAR CON ANTECEDENTE DE CRM FERNANDEZ, Martin; CARDONE, Federico; LOMBARDEO, Martín; GRANCELLI, Hugo Omar Sanatorio Trinidad Palermo

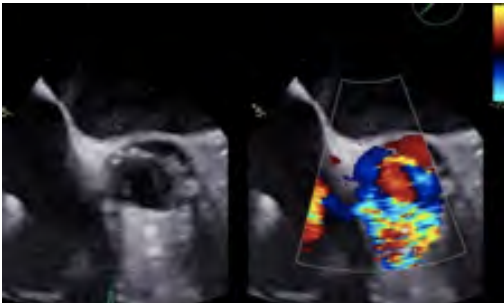


Introducción: En los pacientes con antecedente de CRM con puente mamario la presencia de estenosis arterial subclavia homolateral proximal puede provocar disminución del flujo hacia la arteria mamaria interna e incluso revertir el flujo en la misma provocando signos de isquemia miocárdica y constituir así el síndrome de robo subclavio-coronario. La prevalencia de estenosis subclavia aumenta en pacientes con enfermedad vascular periférica y coronaria concomitante, motivo por el cual es mandatorio mantener un alto grado de sospecha clínica en estos pacientes. Con el eco Doppler de vasos del cuello puede valorarse el flujo vertebral, que de forma indirecta permite detectar estenosis de la arteria subclavia y así detectar precozmente a pacientes con esta patología que se derivan para CRM e incluso para su valoración posoperatoria.

Descripción: Se presenta una paciente de sexo femenino de 74 años hipertensa, tabaquista, monorrena funcional y con antecedente de CRM con 3 puentes en 2013 (mamario interno izquierdo a DA, venoso a circunfleja y venoso a coronaria derecha). Ingresó a fines de 2019 por cuadro de isquemia aguda de miembro inferior derecho que fue tratada en primera instancia con Fogarty y endarterectomía femoral derecha. Presentó a las 6 hs nuevamente dolor y frialdad del mismo miembro, siendo evaluada esta vez con eco Doppler aorto ilíaco y de miembro inferior, observándose oclusión femoral superficial proximal y estenosis de la aorta distal con compromiso del ostium de iliaca común derecha. Se colocó stent ilíaco derecho y se realizó by pass femoro-poplíteo ipsilateral. En el postoperatorio inmediato presentó cuadro de hipertensión con angina de pecho y dolor de hombro y brazo izquierdo, con infra desnivel del ST de V2 a V4 y aumento de troponina ultrasensible que mejoró parcialmente con nitroglicerina endovenosa. Al examen físico se detectó una diferencia de 20 mmhg de presión arterial sistólica entre ambos brazos. Se realizó ecocardiograma (ETT) que evidenció deterioro severo de la función sistólica del VI (FE 35%) con empeoramiento anterior e insuficiencia mitral severa funcional. A su vez se realizó ecodoppler de vasos del cuello (EDVC) en el que se observó flujo reverso completo a nivel de la a. vertebral izquierda. Con sospecha de robo de subclavia se procedió a realizar cineangiografía (CCG) y cateterismo de arteria subclavia en la que se evidenció oclusión crónica de arteria subclavia izquierda proximal con recanalización distal y del puente mamario



izquierdo desde la arteria vertebral izquierda. Se realizó un intento frustrado de angioplastia, optando finalmente por revascularización quirúrgica con by pass carotideo-subclavio izquierdo. No volvió a presentar episodios de isquemia miocárdica. Se repitió ETT en el que se observó mejoría de la fracción de eyección (40%) y de la IM, como también se reiteró el EDVC en el que se evidenció flujo vertebral anterogrado conservado.



0017 - PRÓTESIS EN PROBLEMAS

IZURIETA, Marcelo Alejandro; RODRIGUEZ, Walter; CRIPPA, Diego Agustín; FERNÁNDEZ, Rocío Maricel; DARÚ, Víctor
Sanatorio Finochietto

Introducción: Se presenta el caso de un paciente portador de válvula protésica mecánica ingresado por insuficiencia cardíaca. El eco inicial mostro gradientes elevados transprotésicos.

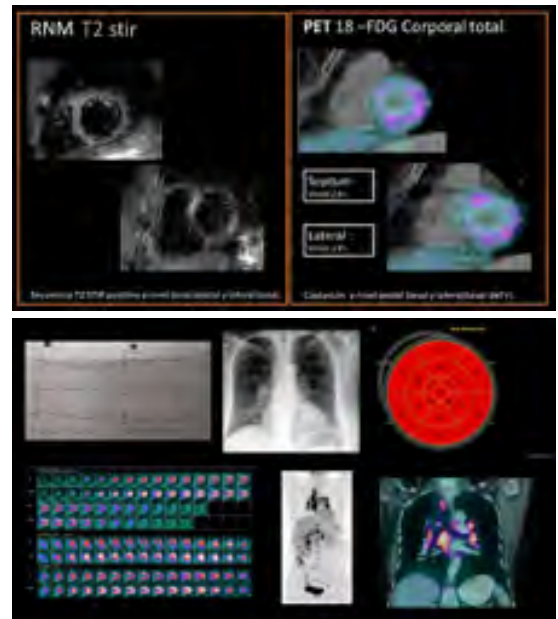
Descripción: Hombre 65 años, HTA, obeso, ex TBQ EPOC FA crónico RVAo mecánico 1992 por EAO S bicúspide RVAo mecánico bidisco N 21 2012 por mismatch y panus Marcapasos VVI EA: disnea CF III - IV 48 hs EF: Signos de insuficiencia cardíaca izquierda + soplo sistólico 4/6, ausencia de clic de cierre

0019 - REPORTE DE UN CASO: ENFERMEDAD MULTISISTÉMICA. RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

GALLEGO, Victoria Paola; MARTINO, Eduardo; SENDOYA, Santiago; CRAGNOLINO, Daniel; BARATTA, Sergio Juan
Hospital Universitario Austral

Introducción: Se presenta un caso clínico desafiante en varios aspectos, el cual se analiza en conjunto multidisciplinario, donde se plantean dos problemas a resolver: por un lado, el diagnóstico complejo de cuadro sistémico, dónde en gran parte cobra protagonismo el compromiso cardíaco, y por el otro, se evalúa el inicio o no del tratamiento agresivo de la patología.

Descripción: Paciente femenina de 58 años, sin antecedentes de relevancia. Niega medicación habitual. Consulta por pérdida de peso de 10 kilos en los últimos 5 meses, astenia, anorexia, mialgias. Al examen físico presenta nódulos palpables en ambos miembros inferiores, auscultación pulmonar y cardíaca normal. En placa de tórax de frente y perfil: prominencia de ambos hilos, y borramiento de ventana infrahiliar. En TC tórax con contraste: adenomegalias en mediastino, en TC abdomen: omental cake en hipocondrio y flanco derecho. Adenopatías. Con dichos resultados se plantearon diagnósticos diferenciales: metástasis de ovario o gastrointestinal (GI), sarcoidosis (<1% afectación GI), tuberculosis (PPD 0 mm). Se definió la necesidad de obtener una muestra histológica. Previa a la misma, se realizó PET con FDG corporal total con supresión miocárdica en búsqueda de primario vs sarcoidosis. En dicho estudio se evidenciaron múltiples adenopatías hipermetabólicas supra e infrafragmáticas, siendo las más captantes las mediastinales y retroperitoneales. Captación focal en miocardio de ventrículo izquierdo a nivel basal medial y lateral sugestivo de infiltración por enfermedad de base. Posteriormente, se tomó biopsia percutánea (guiada por tomografía) de implante peritoneal y nódulo subcutáneo de mama derecha. Anatomía patológica: granulomas histiocitos pequeños sin necrosis central algunos rodeados de corona linfocitaria. Se llega al diagnóstico de sarcoidosis. Enfermedad granulomatosa que puede afectar casi cualquier órgano. No existe diagnóstico de certeza: Clínica + estudios complementarios + biopsia + exclusión de otras causas son hoy en día las herramientas utilizadas. La paciente cumple estos criterios, con afectación multisistémica: abdominal (peritoneal), piel (eritema nodoso), ocular (ojo seco), repercusión sistémica (pérdida de peso). Al evaluar el compromiso cardíaco, se realizó ECG: bloqueo de rama derecha, Ecocardiograma: función ventricular conservada, sin alteración de la motilidad, strain normal, Holter sin presencia de arritmias, SPECT miocárdico: descartó defecto de perfusión tanto en ventrículo izquierdo (VI) como derecho, CardioRNM: secuencia T2STIR presencia de edema a nivel basal septal y lateral basal, con realce tardío negativo. La presencia de edema presente en la RNM se correlacionó fuertemente con localización captante antes mencionada del PET. Se hace el diagnóstico de sarcoidosis cardíaca (CS) con afectación temprana. Evoluciona clínicamente favorablemente, sin haber instaurado medicación, con resolución del eritema nodoso y con aumento de peso paulatino. Se discute en ateneo central, donde plantea el uso de tratamiento sistémico vs seguimiento clínico. Al no tener indicación de tratamiento extracardiaco, se dirigió la mirada al compromiso cardíaco por los hallazgos antes mencionados. A modo de resumen, al no presentar síntomas, no tener arritmias, y al presentar la función bi-ventricular conservada, se decide en realizar seguimiento cercano. Actualmente han pasado 4 meses, hasta el momento asintomática, con holter sin arritmia, con nueva cardioRNM donde el edema miocárdico resolvió, con realce tardío negativo. Entre los pacientes con sarcoidosis, la afectación cardíaca es clínicamente evidente en 2 a 7% , pero las series de autopsias e imágenes informan una ocurrencia sustancialmente mayor de 25 a 80%. Las modalidades de imágenes no invasivas son un pilar para diagnóstico, para la comprensión de su fisiopatología, historia natural y respuesta al tratamiento.

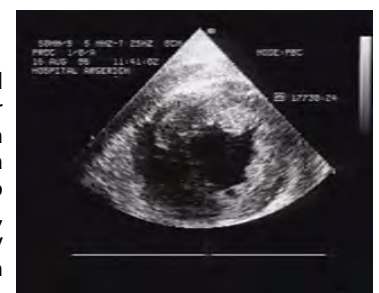


Se llega al diagnóstico de sarcoidosis. Enfermedad granulomatosa que puede afectar casi cualquier órgano. No existe diagnóstico de certeza: Clínica + estudios complementarios + biopsia + exclusión de otras causas son hoy en día las herramientas utilizadas. La paciente cumple estos criterios, con afectación multisistémica: abdominal (peritoneal), piel (eritema nodoso), ocular (ojo seco), repercusión sistémica (pérdida de peso). Al evaluar el compromiso cardíaco, se realizó ECG: bloqueo de rama derecha, Ecocardiograma: función ventricular conservada, sin alteración de la motilidad, strain normal, Holter sin presencia de arritmias, SPECT miocárdico: descartó defecto de perfusión tanto en ventrículo izquierdo (VI) como derecho, CardioRNM: secuencia T2STIR presencia de edema a nivel basal septal y lateral basal, con realce tardío negativo. La presencia de edema presente en la RNM se correlacionó fuertemente con localización captante antes mencionada del PET. Se hace el diagnóstico de sarcoidosis cardíaca (CS) con afectación temprana. Evoluciona clínicamente favorablemente, sin haber instaurado medicación, con resolución del eritema nodoso y con aumento de peso paulatino. Se discute en ateneo central, donde plantea el uso de tratamiento sistémico vs seguimiento clínico. Al no tener indicación de tratamiento extracardiaco, se dirigió la mirada al compromiso cardíaco por los hallazgos antes mencionados. A modo de resumen, al no presentar síntomas, no tener arritmias, y al presentar la función bi-ventricular conservada, se decide en realizar seguimiento cercano. Actualmente han pasado 4 meses, hasta el momento asintomática, con holter sin arritmia, con nueva cardioRNM donde el edema miocárdico resolvió, con realce tardío negativo. Entre los pacientes con sarcoidosis, la afectación cardíaca es clínicamente evidente en 2 a 7% , pero las series de autopsias e imágenes informan una ocurrencia sustancialmente mayor de 25 a 80%. Las modalidades de imágenes no invasivas son un pilar para diagnóstico, para la comprensión de su fisiopatología, historia natural y respuesta al tratamiento.

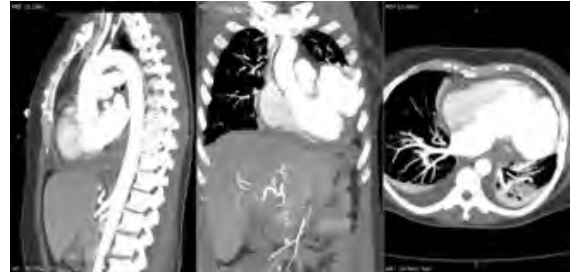
0024 - PSEUDOANEURISMA VENTRICULAR COMO COMPLICACIÓN MECÁNICA DE INFARTO: REPORTE DE CASO

GAGLIARDI, Juan Alberto; KAZELIAN, Lucía Raquel; MORI, Ana Laura; REYNOSO, Carolina
Giselle 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 fibrinolíticos 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



injurias subepicárdicas laterales altas 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. 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 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. Se encontraba con regular mecánica ventilatoria a expensas de taquipnea y utilización de músculos accesorios, hipoventilación generalizada y regular entrada de aire bilateral, con intolerancia al decúbito. Se realiza radiografía de tórax donde se observa radiopacidad para cardíaca izquierda compatible con probable pseudoaneurisma y 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. 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. En el postquirúrgico inmediato presenta shock hipovolémico y posterior falla de ventrículo derecho, que evoluciona favorablemente con expansiones e inotrópicos. Previamente al alta, se realiza un nuevo ecocardiograma que evidencia buena función ventricular, con leve derrame pericárdico.



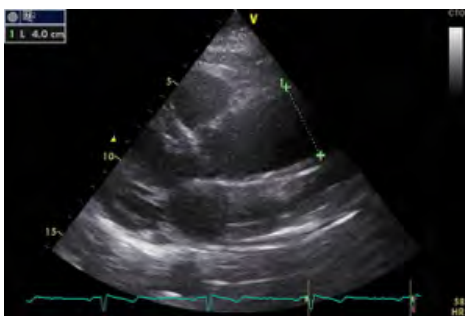
0025 - ENGROSAMIENTO DE LA PARED DE LA AORTA: UTILIDAD DE LA MULTI IMAGEN EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

PESSIO, Carla Leticia; CONSTANTIN, Iván; CARRERO, María Celeste; DE STEFANO, Luciano; STUTZBACH, Pablo Guillermo
Sanatorio Las Lomas

Introducción: El engrosamiento de la pared aórtica plantea un desafío interesante por el riesgo que implican sus posibles etiologías. En este marco, es enriquecedor hacer un análisis imagenológico complejo. Es así, que para diagnosticar engrosamiento de la pared y descartar disección aórtica o úlcera puede ser suficiente con las opciones de ultrasonido. Sin embargo, el diagnóstico diferencial de aortitis con un hematoma aórtico se requiere de estudios como el PET o la RM para definir patrón inflamatorio, y de la TC que aporta mejor resolución espacial.

Fecha	Realizó	Revisó
10/05/2023	Dr. Pessio	Dr. Constantín

Descripción: Mujer de 68 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y depresión, concurre al servicio de cardiología por presentar molestia torácica atípica de meses de evolución con ECG sin alteración. Se solicita ecocardiograma donde se evidencia dilatación de aorta ascendente y engrosamiento parietal circunferencial, de 5 mm de espesor máximo, que se extiende hasta el cayado proximal. Además, se constata dilatación de raíz aórtica y de la aorta ascendente (4 cm, 2,5cm/m²) con insuficiencia valvular aórtica moderada asociada. No presenta disfunción ventricular ni asinergias regionales. Se procede a internación para estudio. Al interrogatorio relata haber consultado un año atrás por fiebre de origen desconocido, eritrosedimentación elevada, cefalea y anemia, con sospecha de arteritis de la arteria temporal. Actualmente presenta como hallazgos de laboratorio eritrosedimentación elevada y FAN 1/160 (inespecífico). El ETE confirme valvulopatía y engrosamiento mural circunferencial y descarta disección aórtica. Se continúa evaluación con angiotomografía que permite una medición precisa del espesor aórtico (8 mm). La comparación pre y post contraste permite orientar el diagnóstico a aortitis por presentar pared aórtica con baja atenuación sin contraste y resaltar con el mismo, mientras que el hematoma se presentaría con mayor atenuación en ambas fases. Como siguiente estudio se hace resonancia magnética por su poder en caracterización tisular. En las secuencias de caracterización tisular la pared aórtica se observa hiperintensa en T2, isoíntensa en T1 y realce tardío de gadolinio presente, hallazgos compatibles con proceso inflamatorio aórtico. Por último, se completó valoración imagenológica con 18F-FDG PET/TC que evidencia captación de marcador con señal significativamente superior a la hepática, confirmando diagnóstico de aortitis. El PET tiene una especial utilidad en etapas tempranas de la enfermedad inflamatoria cuando solamente existe inflamación y aún no hay cambios estructurales vasculares evidentes por otros métodos. Se interpreta como ACG con aortitis extendida desde raíz de aorta ascendente hasta descendente proximal, con dilatación a predominio de aorta ascendente (máximo diámetro de 2,8 cm/m² por RM), e insuficiencia valvular aórtica moderada asociada. Se inicia tratamiento con corticoides, inicialmente a altas dosis (40 mg) con disminución progresiva y se combinó con anticuerpos monoclonales (tocilizumab), según indicación de servicio de Reumatología. Luego de 6 meses de tratamiento, sin eventos clínicos relevantes durante el seguimiento se decide repetir RM. La misma muestra resolución de edema y disminución de espesor parietal de aorta ascendente. Diámetro máximo 41 mm (2,5 cm/m²) en aorta tubular ascendente y persistencia del reflujo aórtico moderado. A pesar de la terapia con glucocorticoides, la tasa de recaída para la ACG es alta, hasta 50% o mayor. En relación a esto, además de evaluación sintomatología, cobra utilidad la nueva elevación de los marcadores inflamatorios. La paciente evoluciona asintomática luego de 10 meses del diagnóstico.



0030 - INJURIA CARDÍACA AGUDA Y TROMBOSIS CORONARIA EN UNA PACIENTE COVID 19

PACHELO, Patricio; PICONE, Demis Federico; DOMINE, Enrique; ZEBALLOS, Irene Beatriz; TABOADA, Susana Beatriz
Hospital General de Agudos B. Rivadavia

Introducción: El Covid-19 es una nueva infección viral con un significativo impacto en la salud global como en la economía mundial. Debido a su rápida propagación, puede influir en el pronóstico de otras condiciones médicas, como el infarto con elevación del ST (STEMI) lo cual empeora el pronóstico clínico cuando ambas enfermedades se encuentran asociadas. El compromiso respiratorio, mediado por el severo síndrome respiratorio agudo coronavirus 2 (SARS-CoV-2), es la principal manifestación clínica del Covid-19 y puede incluir desde una enfermedad leve similar a la gripe hasta una severa neumonía potencialmente letal. Los niveles de troponina son significativamente mayores en pacientes con infecciones severas, en aquellos pacientes que ingresan a la terapia intensiva o en aquellos que ya fallecieron. Descripción: Se trata de una paciente femenina de 45 años de edad, hipertensa, diabética tipo 2 no insulino requiriente medicada con enalapril 5 mg/día, hidroclorotiazida 12.5 mg/día y metformina 850 mg cada 12 hs, sin antecedentes cardiovasculares conocidos que

concorre a nuestro hospital en el mes de mayo por presentar cuadro febril de 38.3° de temperatura asociado a tos seca y disnea. Se activa el protocolo de COVID y se realiza tomografía de torax simple que evidenció múltiples zonas de atenuación en vidrio esmerilado con distribución en todos los lóbulos pulmonares a predominio periférico. Ingresa a la sala de aislamiento por presentar Neumonía SARS COV 2 bilateral por COVID-19 con hisopado positivo. A las 24 hs de su ingreso intercorre con precordialgia atípica evidenciando en el electrocardiograma (ECG) un STEMI anterior evolucionado Killip y Kimpball A. Se realizó una cine coronariografía (CCG) que evidenció una arteria descendente anterior con oclusión del 100% en tercio proximal observándose un gran trombo en su interior. El eco Doppler cardíaco evidenció un ventrículo izquierdo de diámetros conservados con deterioro leve a moderado de la función ventricular. Fracción de eyección (FEY) estimada por Simspon de 47% (Strain longitudinal global -8.6 %) observándose una imagen móvil, hiperrefringente adherida a la pared en la región septo apical de 11 x 9 mm compatible con trombo. En el Laboratorio presentó: troponina I de 89.600 ng/l; dímero D de 4744 ng/ml y ferritina de 249 ng/ml. Si bien no podemos confirmar la presencia o no de aterosclerosis coronaria, este fenómeno de COVID-19 sugiere una alta probabilidad de desarrollar fenómenos trombóticos in situ como mecanismo responsable de la enfermedad coronaria en nuestra paciente. El incremento de la PCR, sumado al aumento desproporcionado de la troponina I como del dímero D y de la ferritina nos hacen pensar en la gravedad del cuadro clínico con una mortalidad de aproximadamente del 59% según las distintas series publicadas. Desarrollaremos el siguiente cuadro clínico de Injuria cardíaca aguda encontrado en nuestra paciente y si bien la mortalidad intrahospitalaria es 6 veces mayor en aquellos pacientes con troponina elevada versus troponina normal discutiremos la evolución favorable de una paciente con trombosis coronaria, trombo apical y disfunción miocárdica.

0035 - UNA PATOLOGÍA ATÍPICA EN UN MOMENTO ATÍPICO

ROMERO, María Guadalupe; FERNÁNDEZ, Rocío Maricel; GONZÁLEZ, Nicolás; CONSTANTIN, Iván; DARÚ, Víctor
Sanatorio Finochietto

Introducción: Presentamos a una paciente que presenta una forma atípica de Takotsubo posterior a una cesárea
Descripción: Presentamos una paciente de sexo femenino de 32 años, sin factores de riesgo cardiovascular, antecedentes coronarios o antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular. Cursando la semana 39 de embarazo, ingresó en forma programada para cesárea; evolucionó durante la misma con dolor precordial, taquiarritmia de QRS angosto por monitor, rectificación del segmento ST en DI y AVL, y elevación de biomarcadores cardíacos (Troponina ultrasensible de 509 pg/ml). Fue administrada carbetocina durante el procedimiento. Ingresó en unidad coronaria donde presentó inicialmente leves signos de insuficiencia cardíaca. Se realizó un ecocardiograma que presentó hipoquinesia de los segmentos medios y basales, con hipercontractilidad del ápex, con fracción de eyección 36%, forma atípica de presentación de miocardiopatía de estrés o Takotsubo. En la coronariografía no se detectan lesiones significativas. Para completar la evaluación del cuadro se realizó una resonancia magnética cardíaca donde no se observa realce tardío de gadolinio. Evolucionó favorablemente y tres días posteriores al evento se realizó un nuevo ecocardiograma que muestra una adecuada contractilidad de todos los segmentos con una fracción de eyección de 56%. El caso de nuestra paciente es infrecuente por el desencadenante no habitual (cesárea) y por haber sido una forma poco frecuente de takotsubo (inverso). La reversión temprana de la afección cardíaca ayudó a descartar otras patologías que se presentan asociadas a disfunción miocárdica alrededor del parto y puerperio. No podemos descartar que la coyuntura sanitaria actual haya contribuido al stress de la embarazada al momento de la cesárea. Podemos concluir que la enfermedad de Takotsubo es una patología sumamente infrecuente entre las afecciones cardíacas periparto, un tercio de las pacientes presentan los síntomas al momento de la cesárea. Cuando se presenta en el contexto de parto o cesárea, suele ser reversible dentro de los tres meses.

0036 - UNA PATOLOGÍA TÍPICA, CON PRESENTACIÓN DOBLEMENTE ATÍPICA

FERNÁNDEZ, Rocío Maricel; CRIPPA, Diego Agustín; IZURIETA, Marcelo Alejandro; GÓMEZ SANTA MARÍA, Héctor Raúl; DARÚ, Víctor
Sanatorio Finochietto

Introducción: Presentamos una paciente con diagnóstico de miocardiopatía por estrés o enfermedad de Takotsubo. Ha padecido dos veces esta enfermedad con una expresión atípica.
Descripción: Presentamos una paciente de sexo femenino de 55 años, hipertensa, medicada con bisoprolol, que consultó en guardia por ángor. Por electrocardiograma se observó inversión de la onda T en V1 y V2, elevación de biomarcadores cardíacos en el laboratorio (Troponina T US: 310), inicialmente fue interpretada como de causa coronaria, por lo que se realizó un cateterismo cardíaco que presentó coronarias sin lesiones significativas. Se realizó un ecocardiograma que presentó hipoquinesia de los segmentos medios con hipercontractilidad del ápex y los segmentos basales. Se realizó una resonancia cardíaca donde se observó realce tardío de gadolinio (RTG) intramiocárdico a nivel septal medioventricular y subepicárdico inferior e íferolateral. Un mes posterior al evento se realizó un nuevo ecocardiograma donde se pudo apreciar la normalización de la motilidad y una nueva resonancia con menor RTG respecto a la previa. A sus 57 años, luego del fallecimiento de su hermana, volvió a consultar por el mismo síntoma, asociado a elevación de troponina; inicialmente fue tratado como síndrome coronario agudo, nuevamente se realizó una cine coronariografía que presentó coronarias sin lesiones significativas. Por ecocardiograma se observó nuevamente hipoquinesia de segmentos medios. Por resonancia presentó RTG en forma intramiocárdica difusa a nivel de los segmentos medios. El caso de nuestra paciente es atípico por presentar dos veces la misma patología y en ambas oportunidades de una manera poco frecuente (medioventricular). Nuestra paciente, a pesar de haber recuperado rápidamente la función ventricular, presentó un marcador de mal pronóstico que es el RTG en ambos episodios. Hasta 5% de los pacientes pueden presentar recurrencia, cuyo mecanismo no se encuentra del todo dilucidado. El 65% de los pacientes presentan el mismo patrón al momento de la recurrencia. El estudio por resonancia magnética puede ayudarnos a diferenciar esta entidad de otras patologías y brinda información sobre el pronóstico. Aún no hay estudios que demuestren el beneficio del tratamiento médico para evitar la recidiva.

0041 - ESTENOSIS MITRAL NO REUMÁTICA. COMPLEJO DE SHONE EN UN PACIENTE ADULTO

DARÚ, Víctor (1); FALLABRINO, Luciano Nahuel (2); PÉREZ, María Noelia (3); COHEN, Marcelo (1)
Investigaciones Médicas - Centro de Diagnóstico (1); Sanatorio Trinidad Mitre (2);
Hospital Italiano de Buenos Aires (3)

Introducción: Se presenta el caso de una mujer de 34 años, sintomática por disnea de esfuerzos de un año de evolución, en donde se realiza el diagnóstico de complejo de Shone. Esta afección se caracteriza por presentar una serie de anomalías congénitas obstructivas, o potencialmente obstructivas, en el corazón izquierdo. Inicialmente fueron descriptas cuatro afecciones: el anillo Supra valvular mitral, la válvula mitral en "paracaídas", la estenosis subaórtica y la coartación aórtica. Sin embargo, en la práctica clínica la definición del complejo ha sido ampliada para incluir otras formas adicionales de obstrucción en el corazón izquierdo.



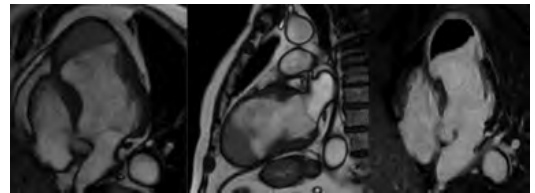
Descripción: Mujer de 34 años, sin factores de riesgo cardiovasculares, con disnea en clase funcional I – II, de un año de evolución. Derivada para realizarse un ecocardiograma transesofágico en evaluación por enfermedad valvular. Al examen físico no presentaba latidos patológicos, los ruidos cardíacos eran normales y se detectó un suave rólido diastólico en el foco mitral, sin chasquido de apertura. En el ecocardiograma transtorácico los diámetros y espesores de las cuatro cavidades son normales, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo se encuentra preservada sin presentar asinergias regionales. La válvula mitral presenta una apertura parcialmente restringida con acortamiento subvalvular. Las cuerdas tendinosas se encuentran moderadamente engrosadas y desde ambas valvas confluyen en un solo músculo papilar. Estos hallazgos son sugestivos de estenosis congénita por parachute mitral. El flujo mitral presenta un área de aliasing diastólico a nivel del anillo y otros más turbulentos a nivel de las cuerdas tendinosas. El gradiente medio mitral en reposo se encuentra moderadamente elevado. Desde una vista supraesternal se evidenció una coartación aórtica luego de la emergencia de la subclavia izquierda. Desde vistas transesofágicas se observa un espolón levemente protruyente en la cara auricular de ambas valvas mitrales, sugestivo de anillo supra mitral. La asociación de anomalías (válvula mitral en paracaídas, anillo supra mitral y coartación aórtica) sugieren que se trata de un complejo de Shone.

0043 - HEMATOMA DISECANTE INTRAMIOCÁRDICO. REPORTE DE UN CASO

SEGOVIA, Erna Florencia; DÍAZ RENGIFO, Mauro Juan Edgar; AYLLON, Ivania; LOMBARDEO, Martín; TC LEIVA, Sonia
Sanatorio Trinidad Palermo

Introducción: La rotura cardíaca es la segunda causa de muerte intrahospitalaria seguida del shock cardiogénico en los pacientes con IAM. El hematoma disecante intramiocárdico (HDI), consiste en la presencia masiva de sangre a través del miocardio y limitada por él. La mortalidad en los pacientes tratados sin cirugía es del 90%. El diagnóstico se basa en la demostración de una neocavitación enteramente contenida en el miocardio y ocasionalmente puede verse un flujo de baja velocidad en la falsa luz en ocasiones con un patrón de flujo bifásico.

Descripción: Paciente masculino de 74 años, hipertenso, diabético tipo 2, ex tabaquista, dislipémico. Antecedente IAM evolucionado anterolateral KKB con ATC a tercio medio de DA con 1 stent DES, en diciembre 2019, en esa oportunidad se realiza ecocardiograma donde se evidencia: trastornos de la motilidad en cara anterior y deterioro severo de la FEY. Un mes más tarde consulta por palpitaciones, y disnea presentando en el electrocardiograma TV sostenida que revierte con cardioversión eléctrica, encontrándose con signos vitales dentro de parámetros normales. Se realiza ETT en el cual se observa una imagen móvil en la porción proximal del APEX de Ventrículo izquierdo similar "flap de disección" que podría corresponder a una disección de la pared necrótica, observando de la imagen móvil hacia el ápex una imagen de hematoma/trombo que parece estar conteniendo esta disección esta imagen similar al Flap de disección de Aorta, expande en sístole hacia la neo cavidad apical (hematoma contenido no crónico). No presenta derrame pericárdico y el deterioro de la función sistólica del Ventrículo izquierdo es severo. Dada la estabilidad clínica y hemodinámica del paciente, se decidió estudio estructural del corazón mediante RMN contrastada con gadolinio en la cual se confirma el mismo. El paciente evoluciona estable, cumple tratamiento anti isquémico y vasodilatador en dosis máxima tolerada. Dada la estabilidad clínica y hemodinámica del paciente, se decidió seguimiento con ecocardiografías seriadas, posponiendo la posibilidad de intervención quirúrgica, que se plantearía únicamente en caso de deterioro clínico y/o progresión de la lesión descrita. Permanece estable y clínicamente asintomático tras 6 meses de seguimiento. CONCLUSION El pronóstico de la disección intramiocárdica es ominoso a corto y largo plazo, en aquellos pacientes que no se someten a tratamiento quirúrgico, pero también sabemos que existe reducida experiencia en los servicios de cirugía cardíaca en el tratamiento de esta afección. Por esto es difícil evaluar el pronóstico de esta entidad y su adecuado manejo, que se debe individualizar en función de la situación clínica y la experiencia de los equipos quirúrgicos y/o intervencionistas.



0044 - EVALUACIÓN MULTIMAGEN DE PACIENTE PEDIÁTRICO CON ENFERMEDAD DE KAWASAKI SEVERO.

VILLALBA, Claudia Natalia; DR DIEZ MORI, Fernando; DI SANTO, Marisa Viviana; ORIBE, Rodrigo; VILLA, Alejandra
Hospital de Pediatría SAMIC Dr. J Garrahan



Introducción: La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis sistémica cuya morbilidad y mortalidad están vinculadas al compromiso coronario. El ecocardiograma Doppler color es el método de imágenes de primera línea para el diagnóstico de dicha afectación, la cine coronariografía es el gold estándar y en los últimos años la angiotomografía coronaria acrecienta su utilidad diagnóstica.

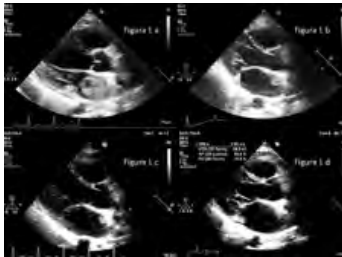
Descripción: Se presenta el caso de un paciente con diagnóstico de enfermedad de Kawasaki al año y 10 meses de edad, con compromiso coronario severo y mala respuesta al tratamiento. Examen físico cardiovascular sin hallazgos significativos. ECG normal, ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR: donde se observan ambas coronarias dilatadas arrosariadas y con porciones aneurismáticas gigantes. Buena función biventricular, ECO DE VASOS DE CUELLO; que detecta dilataciones aneurismáticas en arterias subclavias. ANGIOTOMOGRAFIA CEREBRAL Y DE VASOS DEL CUELLO que confirma múltiples aneurismas en ambas arterias subclavias y descarta compromiso de carótidas, vertebrales y polígono de Willis. ANGIORESONANCIA MAGNETICA CORPORAL TOTAL que evidencia dilataciones aneurismáticas de ambas arterias subclavias, axilares, humerales, aorta abdominal e ilíacas. El pa-



ciente respondió a la terapia con corticoide y es dado de alta con hidrocortisona en dosis sustitutiva, anticoagulación oral y antiagregación. Desde el alta se mantuvo asintomático con controles periódicos. Un año después se detecta en ECG de control cambios sugestivos de isquemia, encontrándose el paciente asintomático. El examen físico cardiológico fue normal. Presento elevación de enzimas cardíacas. ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR con coronarias dilatadas estables y función sistólica global conservada. ECODOPPLER DE PARTES BLANDAS DEL CUELLO, RMN DE CEREBRO Y ANGIO-RMN DE CEREBRO Y DE BASE DE CUELLO sin alteraciones. ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIA con coronaria derecha con dilatación aneurismática fusiforme gigante con trombo oclusivo extenso.

0048 - SARCOMA MIOINTIMAL DE AURICULA IZQUIERDA CON RESPUESTA A QUIMIOTERAPIA

TOLEDO, Guillermo Carlos; VECCHIO, Vanesa Giselle; VOLBERG, Verónica Inés; DIZEO, Claudio Sanatorio Franchín

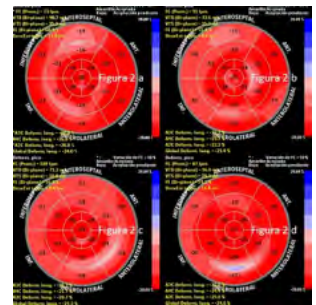


Introducción: Se presenta un caso clínico de sarcoma miointimal primario de la aurícula izquierda (AI) con recidiva precoz post cirugía y respuesta satisfactoria a quimioterapia (QT)

Descripción: Paciente mujer de 17 años, oriunda de Salta. En julio 2019 hallazgo de masa en AI en contexto de cuadro de insuficiencia respiratoria. Se realiza cirugía de resección incompleta por gran base de implantación en pared libre de AI e invasión de ambas desembocaduras de venas pulmonares derechas (VP). Diagnostico anatomopatológico (AP) de sarcoma miointimal primario de la AI. Se deriva a Buenos Aires para tratamiento (Tto) QT. A su ingreso en octubre 2019 se constata recidiva precoz del tumor (figura 1a) y se inicia Tto con ifosfamida-doxorrubicina en 5 ciclos. Intra y post tratamiento se observa regresión del tumor hasta hacerse indetectable por ecocardiografía 8 meses post inicio de QT (figura 1 b,c,d). El análisis de la deformación miocárdica (strain) por speckle tracking por

QT (figura 2a), intra y post Tto muestra deformación conservada a lo largo de todo el tratamiento, sin signos de afección del tejido mio-

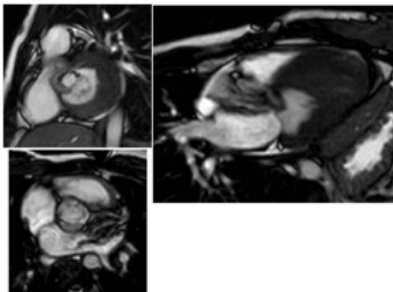
cárdico como consecuencia de la QT empleada (figura 2 b,c,d). La fracción de eyección global cae al inicio del tratamiento (de 60.9% a 51.4%) pero se recupera completamente luego de finalizar el mismo (59.1%) Los sarcomas intimales son tumores mesenquimales altamente agresivos clasificados como sarcomas indiferenciados. Típicamente afectan grandes vasos originándose en células intimales subendoteliales. En el corazón afectan cavidades izquierdas. La edad media de presentación es 42 años, con una ligera mayor incidencia en mujeres. Tratamiento estándar incluye cirugía, radiación y QT. Aún así la sobrevida media no excede los 6 meses. Hasta la fecha sólo alrededor de 20 sarcomas intimales cardíacos primarios se han reportado en PubMed, de ahí la rareza e importancia de la presentación de este caso. Con respecto al esquema QT utilizado, tanto la doxorubicina (antraciclina) como la ifosfamida (alquilante) tienen un alto poder cardiotoxico según el consenso SAC, con riesgo de disfunción del V.I., insuficiencia cardíaca y arritmias. En este caso hasta la fecha no se han hallado evidencias de daño miocárdico, quizás debido a que se trata de una paciente joven sin otros factores de riesgo. Pero se impone el seguimiento estricto, tanto para detectar recidivas como para monitorear la función del V.I.



0052 - SINDROME DE SHONE EN MUJER GESTANTE

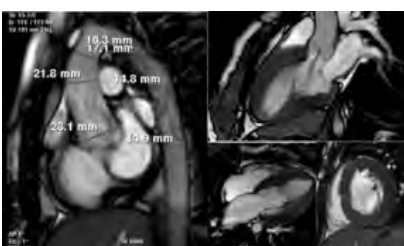
BAIGORRIA JAYAT, Ariel Oscar (1); BERTOLDI, María Rocío (2); NIELLA, Marcela Beatriz (2); NIELLA, Natalia(2); POLLA, Gabriela Cristina(2) FAC - Federación Argentina de Cardiología (1); FUESMEN - Fundación Escuela de Medicina Nuclear (2)

Introducción: Anomalia congénita descrita 1963 por Shone et al, caracterizada por un complejo de cuatro lesiones obstructivas en el corazón izquierdo. Tiene muy baja prevalencia, representa el 1% de las cardiopatías congénitas. Complejo de Shone típico es un conjunto de las siguientes anomalías; membrana supra valvular mitral, válvula mitral en paracaídas, estenosis subaórtica y coartación de la aorta. Se denomina "síndrome de Shone" aquel que está formado por alguna de las anomalías descritas, constituyendo la forma incompleta. Las herramientas diagnósticas son el ecocardiograma que permite la valoración anatomofuncional del corazón y la resonancia cardíaca,



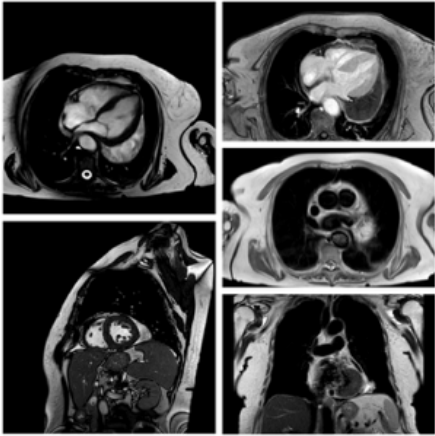
para identificar la magnitud de las anomalías presentes.

Descripción: Paciente de sexo femenino de 23 años, cursando 28 semanas de gestación. Antecedente de síndrome de Shone. Corrección de coartación de aorta a los 16 días de vida. Paciente asintomática. Realiza consulta cardiológica, en contexto de riesgo prequirúrgico, para valoración de cardiopatía congénita. Presenta múltiples ecocardiogramas discordantes, que informan; hipertrofia ventricular izquierda concéntrica, válvula mitral con valva anterior engrosada, elongada que protruye en sístole hacia TSVI. Insuficiencia moderada, probable agenesia o hipoplasia de de músculo papilar posterior. Válvula aórtica bicúspide. Insuficiencia leve. TSVI obstrucción severa debido a tejido mitral redundante. Se solicita RM cardíaca para optimizar valoración. En la resonancia cardíaca se observa coartación de aorta, menor diámetro 9 mm. Válvula aórtica impresiona bicúspide. Insuficiencia aórtica leve a moderada. Obstrucción fija severa del tracto de salida de VI, por membrana subaórtica. Ventrículo izquierdo dilatado e hipotrófico, FE 50%. Insuficiencia mitral moderada. Válvula mitral parachute, músculo papilar único anterolateral. Evolución; paciente con embarazo de término, médico cardiólogo indica la posibilidad de realizar parto normal, médico obstetra indica cesárea. La paciente tiene buena evolución poscirugía. Permanece asintomática. Su hijo actualmente tiene 6 meses de vida. Conclusión; el síndrome de Shone es una cardiopatía compleja, infrecuente, de presentación variable. Presentamos el caso de una mujer embarazada, con la forma incompleta del mismo, la cual se encuentra asintomática y con buena evolución probablemente por no presentar membrana supra valvular mitral.



0057 - TAPONAMIENTO CARDIACO POR HEMOPERICARDIO POR ADENOCARCINOMA PULMONAR INFILTRANTE. VALORACION POR CARDIO RMN.

MUTTI, Luis Alberto; COUSO, Mónica; BOZO, Jorge Hospital Dr. Alberto Duhau



Introducción: Paciente de 78 años sexo femenino que ingresa por disnea CF II-III y dolor precordial opresivo de 3 días de evolución. Antecedentes de TBQ ocasional hasta hace 6 años y derrame pericárdico leve en seguimiento ecográfico desde hace 5 meses. ECG: Complejos de bajo voltaje. Troponina T negativa. Eco Doppler cardiaco al ingreso que evidencia derrame pericardico severo con colapso parcial de cavidades derechas. Se realiza pericardiocentesis con guía ecográfica obteniéndose material ser hemorrágico (Vol.1400 ml).Bact.para germen comunes neg.Baar neg.Anatomopatologico .neg .para cel.atipicas. Se solicita RMN cardiaca.

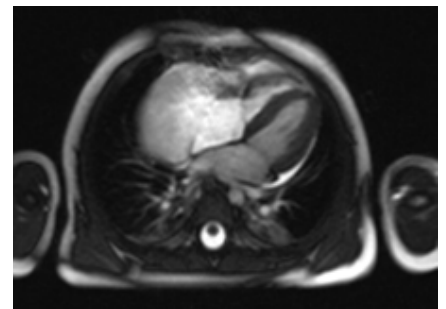
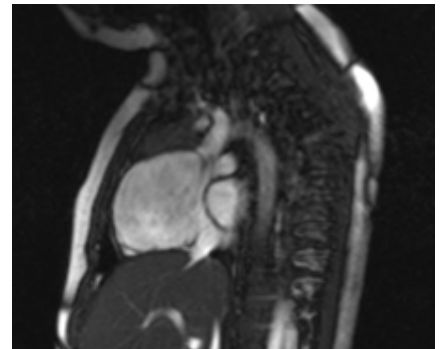
Descripción: RMN cardiaca: Cavidades izquierdas. y derechas de morfología y tamaño conservado. Venas pulmonares drenan en auricular situada a la izquierda. VCS e I drenan en auricula situada a la derecha.Fey izq. estimada 58 %.Función VD conservada. Aorta de características normales. Engrosamiento y derrame pericárdico a predominio posterior organizado y tabicado. Derrame pleural laminar e imagen pulmonar basal y posterior izquierda que podría corresponder a proceso atípico con infiltración del pericardio parietal posteroapical.Fibrobroncoscopia sin lesión endoluminal evidenciable .Punción guiada por TAC de lesion pulmonar con informe de anatomía -patológica de adenocarcinoma pulmonar microcítico o a células pequeñas diferenciado.

0060 - DILATACIÓN IDIOPÁTICA DE LA AURÍCULA DERECHA EN PEDIATRÍA. REPORTE DE UN CASO

SAAVEDRA, Melina Johanna; GRINENCO, Sofía; NAPOLI, Natalia Soledad Hospital Italiano de Buenos Aires

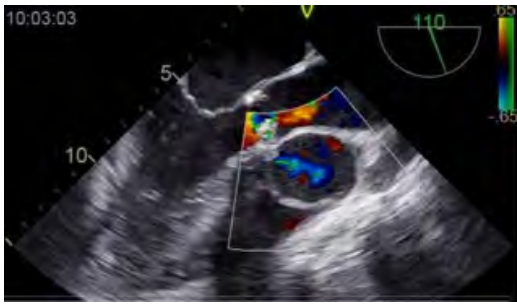
Introducción: La dilatación idiopática de la aurícula derecha es una entidad poco frecuente de fisiopatología desconocida. Estimar la verdadera incidencia es dificultoso dado que muchos pacientes son asintomáticos y los síntomas reportados tanto en niños como adultos presentan un amplio espectro de manifestaciones clínicas que va desde síncope, dolor de pecho, arritmias, tromboembolismo, insuficiencia cardiaca congestiva e incluso la muerte. En la literatura, los casos pediátricos con diagnóstico prenatal son escasos. Presentamos un caso de dilatación idiopática de la aurícula derecha con un seguimiento desde el periodo prenatal. El seguimiento se realizó con ecocardiogramas regulares, sin embargo, la confirmación diagnóstica fue a través de la resonancia magnética nuclear cardíaca.

Descripción: Paciente primigesta de 34 años, previamente sana, fue referida al servicio de cardiología fetal por hallazgo de dilatación de la aurícula derecha en ecografía obstétrica a las 35 semanas de gestación. No presentaba antecedentes familiares cardiovasculares. Se realizó un ecocardiograma fetal observándose una aurícula derecha severamente dilatada, una válvula tricúspide normo inserta con insuficiencia leve, sin otros hallazgos de mención y sin evidencia de arritmias. Se pautaron controles semanales con parámetros estables. A las 40 semanas de edad gestacional, con peso adecuado, nació un paciente de sexo masculino con una escala de Apgar de 8/9. Al examen físico se encontraba rosado con precordio calmo, se auscultaba R1 y R2 normales, sin R3 ni soplos cardíacos. Se realizó un electrocardiograma hallazgos normales en recién nacidos. Se realizó ecocardiograma transtorácico con los siguientes hallazgos a destacar: foramen oval permeable pequeño con cortocircuito de izquierda a derecha, aurícula derecha dilatada área 7 cm² (media 2,6 cm² DS 1,8 cm²), válvula tricúspide de características normales con insuficiencia leve, ductus arterioso permeable de 3 mm con cortocircuito de izquierda a derecha. Por tratarse de una patología con riesgo tromboembólico se indicó ácido acetil salicílico 5 mg/kg/día como terapia antiagregante. Permaneció en la unidad de cuidados intensivos neonatales durante 24 horas con monitoreo multiparamétrico acordes a su edad, por lo que se decidió su traslado a internación conjunta con su madre hasta el cuarto día de vida cuando se les otorgó el alta. Posteriormente inició seguimiento ambulatorio con cardiología pediátrica. En el primer control se constató el cierre del ductus arterioso. Durante los dos primeros años de vida, se realizaron controles clínicos, electrocardiográficos y ecocardiográficos bimestrales y Holter anual. A los 14 meses se solicitó una resonancia magnética cardíaca (RM) con la que se confirmó el diagnóstico de dilatación idiopática de la aurícula derecha. En la RM se observó dilatación aneurismática severa de la aurícula derecha, área 26 cm², con flujo reverberante en su interior; no presentaba trombos; válvula tricúspide normo inserta y competente; ventrículo derecho con volúmenes de fin de diástole y fin de sístole dentro de parámetros normales, motilidad regional y función sistólica global conservada; pericardio íntegro. En las imágenes de T1, T2 y saturación grasa no se detectó infiltración grasa del miocardio. En las imágenes después de la inyección intravenosa de gadolinio no presentó realce en la pared de los ventrículos, descartándose la presencia de fibrosis o necrosis miocárdica Actualmente, el paciente continúa con controles cardiológicos cada 6 meses, se solicita Holter anualmente y continúa medicado con ácido acetilsalicílico. Presenta un seguimiento en nuestro servicio de 4 años, en los que permaneció asintomático, sin arritmias, con un área de la aurícula derecha estable de 18 cm² (media 7,8 cm² DS 3 cm²) medida por ecocardiografía.

**0061 - PSEUDOANEURISMA AÓRTICO COMO COMPLICACIÓN DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA PROBABLE, EN PACIENTE CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA BICÚSPIDE**

COSTABILE, Regina; SALCEDO MONTES, Richard Alberto; MATSUDO, Maia; LOPEZ VILLANUEVA, Víctor Hugo; PÉREZ DE LA HOZ, Ricardo Alfredo Hospital de Clínicas UBA

Introducción: La endocarditis infecciosa representa una afección con elevada mortalidad tanto intrahospitalaria como a los 6 meses.



Existen entre 3 y 10 casos cada 100000 personas por año, aumentando aún más su prevalencia en pacientes mayores de 70. La frecuencia de las complicaciones locales, aquellas que comprometen el aparato perivalvular o perianular con la formación de abscesos, pseudoaneurismas o fistulas, se encuentran entre el 10 a 40% de las endocarditis nativas, con especial afectación de la valvular aórtica. Estos cuadros ensombrecen aún más el cuadro de los pacientes. Entre las complicaciones descritas, el pseudoaneurisma se ha reportado hasta en el 1.6% de los casos, y el diagnóstico tanto por ecocardiograma transtorácico como transesofágico demuestran la presencia de una neocavidad sin paredes propias, perivalvular pulsátil en la imagen bi o tridimensional. Con el Doppler color se observa un flujo bidireccional en el cuello del pseudoaneurisma. La resolución de este tipo de complicaciones requiere intervención quirúrgica, con elevada mortalidad. Ésta, a pesar de

los distintos avances en la cirugía cardíaca durante los últimos 25 años, continúa manteniéndose elevada.

Descripción: Caso Clínico: Mujer de 51 años, con antecedente de estenosis aórtica severa sintomática para disnea de origen bicúspide, que consulta por presentar disnea progresiva hasta Clase funcional IV, disnea paroxística nocturna y edemas de miembros inferiores de 10 días de evolución. Refiere haber realizado tratamiento antibiótico por cuadro respiratorio infeccioso 15 días previos al inicio de los síntomas. Examen físico de ingreso: TA: 100/70 mmhg, FC: 110 lpm, FR: 30 rpm, SaO₂:94% (FiO₂: 0,21 %). T: 37.9 °C R1 y R2 en 4 áreas. Soplo sistólico en 4 áreas a predominio aórtico 4/6, que irradia a cuello y no respeta el segundo ruido. Pulso parvus y tardus. Ingurgitación yugular 2/3, con reflujo hepatoyugular positivo. Edemas en miembros inferiores 4/6 con Godet positivo. Regular mecánica ventilatoria por taquipnea, rales crepitantes en base pulmonar derecha, hipoventilación bilateral hasta campos medios, matidez en columna. Lúcida, sin foco motor ni sensitivo. Pares craneales conservados. Abdomen blando, depresible, indoloro, ruidos hidroaéreos positivos, no se palpan visceromegalias. Presenta adecuada respuesta a balance negativo con diuréticos de asa. En ecocardiograma Doppler se evidencia estenosis aórtica severa con pseudoaneurisma del seno de Valsalva derecho. Se interpreta como probable endocarditis infecciosa por lo que cumple tratamiento antibiótico con ceftriaxona + vancomicina y se realizó reemplazo de válvula aórtica con válvula mecánica N°21, aortografía con refuerzo con prótesis de dacron y cerclaje de pseudoaneurisma con Pledget. En POP evoluciona con bloqueo AV completo por lo que se colocó marcapaso bicameral. Neurológico: la paciente intercurrió con un accidente isquémico transitorio. Posteriormente, con evolución favorable, es dada de alta para seguimiento ambulatorio.

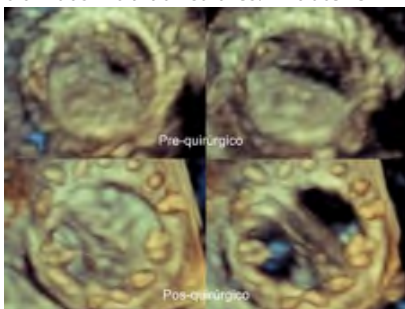


0063 - TROMBOSIS AGUDA DE PRÓTESIS MECÁNICA MITRAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO: EVALUACIÓN CON ECOCARDIOGRAFÍA TRIDIMENSIONAL.

SCHWALLER, Tomás; CHOE, Hyon Ju; LOPEZ DANERI, Mariana Alejandra; ROSSO, Andrés Javier; CONEJEROS PARODI, Willy Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez

Introducción: La trombosis aguda de una válvula mecánica mitral es una complicación grave que requiere tratamiento urgente, ya sea con fibrinolíticos o quirúrgico. El diagnóstico es con ecocardiografía transtorácica (ETT) e idealmente transesofágica (ETE), pero en muchas ocasiones la diferenciación entre distintas causas de disfunción valvular no es sencilla. La ecocardiografía tridimensional (3D) mejora la precisión diagnóstica y permite la evaluación funcional de las valvas.

Descripción: Se presenta el caso de un paciente de 12 años con diagnóstico de síndrome de Ehlers-Danlos y antecedente de reemplazo de válvula mitral mecánica N°31 por insuficiencia severa, consulta 14 meses posterior a la cirugía por disnea progresiva de 3 días de evolución. Al examen físico presentaba pulsos débiles, con precordio activo, chasquido de cierre mitral afonético, soplo diastólico 2/6 en área mitral y rales crepitantes bibasales. Por descompensación hemodinámica y claudicación respiratoria inminente se decide intubación orotraqueal e infusión de inotrópicos combinados a altas dosis. Se realiza ETT constatándose estenosis severa de válvula mitral (gradiente medio de 20 mmHg) con imagen ecogénica no móvil en la misma, dilatación de aurícula izquierda, disfunción sistólica ventricular izquierda severa e hipertensión pulmonar severa. Para visualizar mejor la cara auricular de la prótesis se realiza ETE, se descartan trombos intra-auriculares. Al obtener imágenes 3D se pudo apreciar con precisión el disco anterior de la prótesis inmóvil y el posterior con hipomovilidad. Se visualizó además una imagen ecogénica fija no pediculada adherida al disco inmóvil. Se decide su ingreso a quirófano por estenosis mitral aguda e inestabilidad hemodinámica con altas sospechas de disfunción de causa trombótica. En la cirugía se remueve un trombo adherido a la válvula protésica (se envía a cultivo) y se comprueba luego la adecuada movilidad de los discos, preservando la prótesis. Previo a cierre de tórax se realiza ETE 2D y 3D en el que se obtiene un gradiente medio de la válvula de 5 mmHg y se visualiza la válvula protésica libre con buena movilidad de sus discos. Teniendo en cuenta las dificultades en la evaluación de prótesis mecánicas y el artefacto metálico asociado a éstas, la ETE 3D mejora la precisión diagnóstica de la trombosis (ubicación, tamaño y forma) y la movilidad de los discos. En el caso de nuestro paciente se pudieron obtener imágenes que facilitaron el diagnóstico, así como también sirvieron para comprobar el éxito de la cirugía.



0064 - FISTULAS CORONARIAS: ¿HALLAZGO O ENFERMEDAD?

CORTES, Paulina; BOCCACCI, Santiago Tomás; FELIPE, Jorge Luis; LEEDS, Ariel Federico; ZIVANO, Daniel Francisco SANATORIO DR. JULIO MENDEZ

Introducción: Las fistulas coronarias son una patología de baja prevalencia y su diagnóstico en la mayoría de los casos es un hallazgo en las coronariografía (CCG). Sin embargo, en otros casos son causa de dolor precordial y deben ser consideradas como un diagnóstico diferencial en nuestros pacientes.

Descripción: Paciente masculino de 58 años de edad, hipertenso, extabaquista, con antecedentes de Infarto agudo de miocardio (IAM)



lateral (Agosto 2019) con angioplastia (ATC) e implante de 3 stents liberadores de drogas (DES) a 1er ramo latero ventricular de arteria circunfleja (Cx), complicado con re IAM y oclusión intrastent no pasible de revascularización, portador de fístulas coronarias de arterias Descendente anterior (DA) y Coronaria derecha a ventrículo izquierdo, que en seguimiento ambulatorio por persistencia de angina de umbral variable, se realiza una angiogramografía coronaria donde se evidencian las mismas lesiones previamente mencionadas en la CCG, un puente muscular en la arteria descendente posterior (DP), sin evidencia de las fístulas coronarias por este medio. Consulta por presentar dolor precordial, prolongado, irradiado a región dorsal, en CF IV, efectuándose electrocardiograma que evidencia infradesnivel del segmento ST de V4-V6, por lo cual es admitido en unidad coronaria. Evoluciona con episodios anginosos recurrentes asociados a mayor injuria subendocárdica lateral, en ausencia de elevación de biomarcadores, disfunción ventricular izquierda y trastornos segmentarios de la motilidad. Se objetivan en el ecocardiograma múltiples fístulas

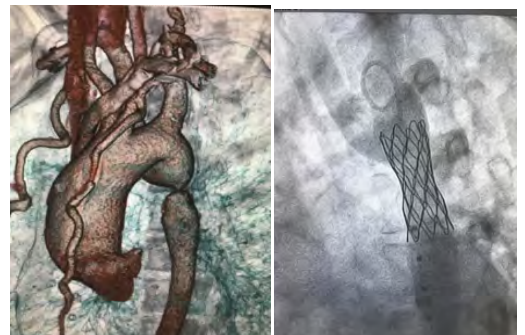
coronario-ventriculares a nivel apical - septal medial y en la nueva CCG el puente muscular en arteria DA distal y una lesión intermedia en los segmentos medio y distal de la arteria DA, definidos como significativos en el estudio ultrasonográfico intravascular realizado. Se procede a realizar ATC con implante de 3 stents DES a DA y es dado de alta con tratamiento anti isquémico más vasodilatadores orales. Discusión: Las fístulas coronarias son una entidad muy poco frecuente presentándose en alrededor del 0.08% de la población general y hacen referencia a una comunicación entre una arteria coronaria y un vaso de mayor tamaño. La mayoría son congénitas (65%) y representan el 0.4% de las malformaciones cardíacas, mientras que un 35% son adquiridas debido a trauma, infección o iatrogenia. Se originan entre el 50-60% de la arteria coronaria derecha y es más frecuente que drenen en cavidades derechas (70-90%), puede presentarse como una fístula única o como múltiples fístulas, apareciendo en ciertas ocasiones como micro fístulas las cuales no tienen un trayecto definido y visible como las anteriores. La clínica de estos pacientes es variable; la mayoría permanecen asintomáticos toda la vida, mientras que otros pueden presentar síntomas como disnea, fatiga, dolor precordial, y en casos más raros insuficiencia cardíaca, IAM, arritmia ventricular y supraventricular, síncope y muerte súbita, siendo más frecuente la aparición de síntomas al aumentar la edad. Se ha reportado hasta un 50% de isquemia miocárdica demostrada por prueba funcional y un 26.8% de asociación con enfermedad coronaria. El gold estándar diagnóstico es la angiogramografía coronaria, el tratamiento va a depender del tamaño de la fístula, si el paciente se encuentra sintomático o asintomático, y según la evolución se puede realizar tratamiento invasivo o farmacológico.



0065 - CATETERISMO INTERVENCIONISTA EN EMBARAZADA CON COARTACION DE AORTA SEVERA, A PROPÓSITO DE UN CASO VEGA, Betina Andrea; PEIRONE, Alejandro Román; CABRERA, Marcelo Sebastián; MAISULS, Héctor Ricardo; AGUIRRE, Tania María Soledad Hospital de Niños de Córdoba

Introducción: En la actualidad más del 85 % de los pacientes (ptes) con cardiopatías congénitas alcanzan la vida adulta, 50% constituido por mujeres, y en edad reproductiva. Nuevas técnicas quirúrgicas, avances en tecnología en unidades de terapia intensiva y diagnóstico por imágenes, han contribuido a la reducción significativa en la mortalidad de estos pacientes. Sin embargo, requieren seguimiento toda la vida, debido a complicaciones, secuelas y lesiones residuales, las cuales hoy pueden ser abordadas a través del cateterismo intervencionista con altas tasas de éxito. Es mandatoria la vigilancia de estas ptes durante el embarazo por parte de un equipo multidisciplinario que incluya cardiólogos pediatras, obstetras, anestesiastas calificados para el manejo oportuno de complicaciones tanto maternas como fetales.

Descripción: Pte femenina de 31 años de edad con diagnóstico de Coartación de Aorta severa, Aorta Bicúspide, a los 25 años de edad . Embarazada de 27 semanas (antecedente de 2 embarazos previos al Dx , con hipertensión severa (HTA) que catalogaron como preeclampsia y terminaron con partos pretérmino) , comienza con HTA . Inicialmente medicada con labetalol 100 mg cada 8 hs , sin respuesta , se aumenta dosis y posteriormente frecuencia . Requiere agregar Alfa metal dopa (500 mg cada 12 hs) , sin respuesta. Dado el riesgo, a las 30 semanas de edad gestacional, se decide tratamiento intervencionista con colocación de stent en zona de Coartación con buen resultado. Se registran valores tensionales en rango normal desde el mismo. Se realiza cesárea a término (38 semanas) , RN sexo masculino PN 3990 gramos . Alta conjunta.

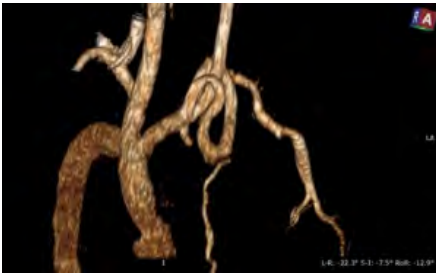


0067 - INTERRUPTIÓN DE ARCO AÓRTICO TIPO B CON ARCO AÓRTICO DERECHO Y DUCTUS ARTERIOSO BILATERAL RODRIGUEZ KIBRIK, Julián; SCHWALLER, Tomas; LOPEZ DANERI, Mariana Alejandra; ROSSO, Andrés Javier; CONEJEROS PARODI, Willy / Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez



Introducción: La interrupción del arco aórtico (imagen 1) es una cardiopatía poco frecuente, aproximadamente un 1,5% del total de las cardiopatías congénitas. Una presentación atípica de la misma corresponde a la interrupción del arco con arco aórtico a la derecha. Existen descritos en la literatura mundial pocos casos de esta asociación.

Descripción: Presentamos a un paciente de 23 días, nacido a término con peso adecuado que es derivado al servicio de cardiología por presentar agenesia mano izquierda. Al examen físico se encontraba hiperdinámico, con segundo ruido reforzado, tercer ruido con soplo meso diastólico, soplo sistólico eyectivo 2/6 en área infraclavicular derecha. Ausencia de pulsos en todos los miembros y sólo palpable en miembro superior izquierdo (M.S.I.). Saturación normal en MSI y cianosis en resto de los miembros. Se realizó ecocardiograma doppler color evidenciándose interrupción de arco aórtico tipo B con arco aórtico a la derecha, hiper-



tortuoso y arteriopático. Se cierra el F.O.P. El paciente evolucionó favorablemente luego de la cirugía desde el punto de vista cardiológico y quirúrgico. Fue dado de alta con un ecocardiograma sin evidencia gradiente significativo en la zona de la reconstrucción del arco y con flujo pulsátil en aorta abdominal. Conclusión: La interrupción del arco aórtico con arco derecho es una cardiopatía atípica y suele asociarse a otras malformaciones. La complejidad de la misma y sus posibles variables anatómicas requiere su valoración por diferentes métodos diagnósticos de imágenes, siendo la angiotomografía el gold-standard para definir la anatomía completa de los pacientes y elaborar un abordaje quirúrgico adecuado.

0069 - DISYUNCIÓN DEL ANILLO MITRAL Y ARRITMIA VENTRICULAR. HALLAZGOS EN RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA
 RODRIGUEZ, José María (1); YOO, Hyun Sok(2); ALBINO, Ernesto(1); CERDAN, Gerardo Javier(1); ROMAN, Ricardo(1)
 Instituto Médico de Alta Tecnología - IMAT (1); Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía (2)

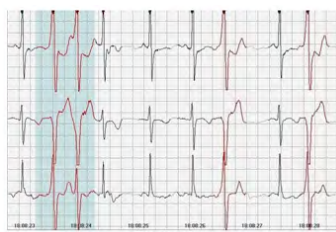


Figura 1



Figura 2

Introducción: : la disyunción del anillo mitral (DAM) es una anomalía anatómica donde existe una amplia separación de la pared del ventrículo izquierdo y la porción posterior del anillo mitral en sístole. Esta alteración fue descrita ya hace más de tres décadas. En los últimos años se la ha asociado con arritmias ventriculares complejas y en algunos casos muerte súbita arrítmica, independiente de la presencia o no de prolapso de la válvula mitral y adquirió la denominación de síndrome arrítmico de disyunción del anillo mitral.

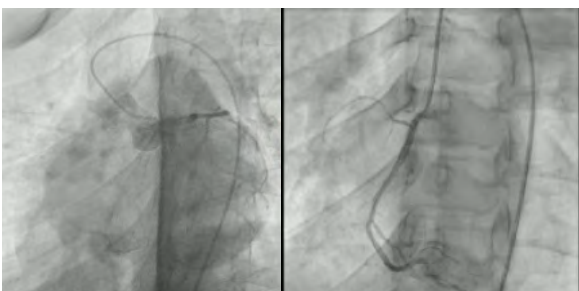
Descripción: Un hombre de 42 años sin antecedentes patológicos relevantes es derivado para la realización de una resonancia magnética cardíaca con gadolinio por presentar episodios de palpitaciones y extrasístoles ventriculares monomorfas de alta densidad horaria, aisladas y duplas en el electrocardiograma y Holter de 24 horas (figura 1). El ecocardiograma Doppler con una ventana ultrasónica deficiente evidenció diámetros y funciones de ambos ventrículos normales e insuficiencia valvular mitral de grado leve. En la resonancia magnética cardíaca (RMC) se observó leve prolapso sistólico de ambas valvas mitrales, sin engrosamiento valvular y separación sistólica de la pared del ventrículo izquierdo del anillo posterior mitral de 4-5 mm en secuencias de cine (b-TFE) de (cuatro cámaras, dos cámaras y tres cámaras) compatible con disyunción del anillo mitral (figura 2). Insuficiencia valvular mitral de grado leve (fracción regurgitante < 5 %). En secuencias de (PSIR) a los 10 minutos de la inyección de gadolinio se observa realce tardío intramiocárdico en segmento ínfero basal compatible con fibrosis. Conclusiones: la DAM es considerada como un síndrome asociado a arritmias ventriculares. Alrededor de 10% de los casos suelen ser potencialmente letales, inde-

pendiente de la presencia de prolapso valvular mitral concomitante. Los pacientes con arritmias ventriculares originadas del tracto de entrada del ventrículo izquierdo sin otras alteraciones estructurales cardíacas requieren una evaluación minuciosa del aparato valvular mitral mediante estudios de imágenes. La RMC es una herramienta de gran valor para el diagnóstico de DAM y permite la caracterización tisular en busca de fibrosis a nivel de los músculos papilares y/o segmentos inferiores basales que han sido vinculados como sustrato anatómico de las arritmias ventriculares.

0071 - VASCULOPATÍA POST TRASPLANTE CARDÍACO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO: ¿SE PUEDE DETECTAR TEMPRANAMENTE?
 CHAKER, Melisa; HAAG, Dora; SCIEGATA, Alberto M.; ALONSO, José; VILLA, Alejandra Hospital de Pediatría SAMIC Dr. J Garrahan

Introducción: El Trasplante cardíaco es la terapia definitiva de elección para los pacientes pediátricos en estadio terminal de su falla cardíaca. Se sabe que la mayor tasa de rechazo se presenta en el primer año post trasplante a causa de rechazos agudos, infecciones y falla del injerto. (1) Una vez superado el primer año, la vasculopatía del corazón trasplantado toma protagonismo, siendo esta una de las tres primeras causas de fallecimiento junto a el desarrollo de enfermedades malignas, la falla renal y el rechazo agudo. (1) (1) The International Thoracic Organ Transplant Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: Thirty-sixth adult heart transplantation report - 2019; focus theme: Donor and recipient size match J Heart Lung Transplant . 2019 Oct;38(10):1056-1066. doi: 10.1016/j.healun.2019.08.004. Epub 2019 Aug 10.

Descripción: Se trata de una paciente de 18 años de edad de sexo femenino con diagnóstico de miocardiopatía dilatada diagnosticada a los 3 años de vida, con posterior trasplante cardíaca a los 8 años en el Hospital Garrahan (24/08/2010). Presentó como complicaciones post trasplante: Fallo hiperagudo con requerimiento de asistencia ventricular izquierda x 48hs, ARM e inotrópicos x 9 días Hemodiálisis por 48hs, Derrame pericárdico grado III y episodio convulsivo. En estos años presentó 4 rechazos: 1er (08/08/2011 - 1 año Tx) Bx. Rechazo GII - Metilprednisolona y Timoglobulina 2do (04/12/13 - 3 años, 4 meses) Bx. rechazo GII - Metilprednisolona 3ero (17/04/2019 8 años, 8 meses) Bx Rechazo GII Metilprednisolona 4to (05/08/2019 9 años) Bx rechazo G II y humoral crónico. Se constata aumento de e Ac Metilprednisolona, Rituximab, Gammaglobulina. En el cateterismo para esta última biopsia, se observa estenosis severa de la coronaria derecha en su origen, reciendo colaterales desde la coronaria izquierda. Realizamos un análisis de los estudios que presentaba la paciente meses anteriores para evaluar si se hallaba algún signo temprano de esta oclusión en los estudios

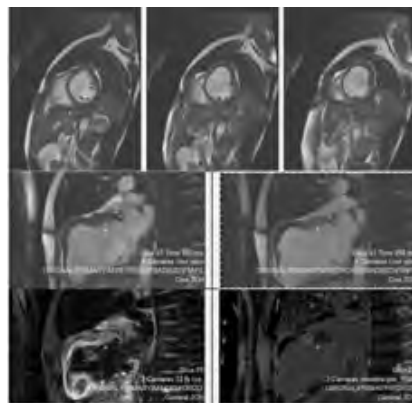


complementarios. Se evaluó ECG, RX de tórax, Ecocardiograma doppler color, laboratorio con biomarcadores, cargas virales para la búsqueda de causa infecciosa, cateterismos previos. Se decide realizar cateterismo tratamiento. Se realiza dilatación y colocación de stent en coronaria derecha en su origen. Se obtuvieron resultados exitosos. Meses posteriores al procedimiento se solicitaron estudios de perfusión, ecocardiogramas, resonancia cardíaca en donde no se observan lesiones residuales significativas.

0076 - ANEURISMA VENTRICULAR E INFARTO HEMORRÁGICO CAUSA Y CONSECUENCIA DE REPERFUSIÓN TARDÍA EN TIEMPOS DE COVID19

VALDEZ, Yessenia; GARECA, María Gabriela; OLIVIERI, Felipe Daniel; RICAPITO, María de La Paz; GASAVE, Daniel Marcos
Hospital Nacional Profesor A. Posadas

Introducción: El aneurisma ventricular izquierdo es una complicación del infarto agudo del miocardio (IAM), con una incidencia entre 3,5 al 30%. Las principales causas predisponentes son la ausencia de circulación colateral y la oclusión completa de la arteria descendente anterior afectada en la mayoría de los casos. La rotura cardíaca es una complicación rara del IAM con una incidencia global de alrededor del 6,2%. Si bien la mayoría fallecen casi instantáneamente, hasta un 30% de ellos siguen una evolución subaguda y dentro de estas el infarto hemorrágico o hematoma intramiocárdico disecante es el menos frecuente. Su presentación se atribuye a la institución tardía del tratamiento (>11 horas), que lleva a la lesión por reperfusión, que se plantea como base de su fisiopatología. En ambas complicaciones se evidencian con ecocardiografía y RNM cardíaca siendo esta última el método de elección para la hemorragia intramiocárdica. En el contexto del aislamiento social preventivo por COVID-19, donde se refleja la consulta tardía evidenciándose complicaciones de muy baja incidencia y donde el tratamiento revascularización que cambió la historia de mortalidad del IAM, resulta a veces en el agregado de complicaciones.



Descripción: Paciente masculino de 55 años con factores de riesgo cardiovascular como sedentarismo y tabaquismo severo. Acudió a nuestro centro por cuadro clínico de 3 semanas de evolución caracterizado por disnea progresiva de clase funcional II-III y que 14 horas previas a la consulta agrega dolor precordial de tipo punzante clase funcional IV sin irradiación, que no cede con el reposo. A su ingreso normotenso, taquicárdico, sin signos de falla cardíaca. Se realizó electrocardiograma que evidenció QS en cara anterior, con supra desnivel en cara anterolateral y hemibloqueo anterior izquierdo, laboratorio con enzimas cardíacas positivas (troponina I US: 2099), radiografía de tórax con imagen radiopaca asociada a silueta cardíaca. Se interpretó como IAM anterior evolucionado. Se realizó ecocardiograma que informa FEY 25 %, FSVD leve compromiso, TAPSE 1.7, AI dilatada en grado moderado, VI dilatado con alteraciones en la contractilidad regional, dilatación aneurismática que compromete 4 segmentos apicales, segmentos mediales anterior, lateral, abundante contraste espontáneo en cavidad, disfunción diastólica severa con patrón restrictivo, IM leve a moderada. Cine coronariografía que evidenció lesión severa larga en segmento medio de arteria descendente anterior y oclusión de ramo diagonal principal, resto de vasos coronarios permeables, durante el mismo procedimiento se decidió realizar angioplastia exitosa de arteria descendente anterior con implante de 2 stent liberadores de fármacos. Posteriormente se procede a la realización de resonancia magnética que informó expansión aneurismática de los segmentos anterior y anterolateral medio, con engrosamiento de su pared por presencia de hemorragia miocárdica y/u obstrucción microvascular. La grasa epicárdica que se encuentra rodeando esos segmentos impresiona involucrada en el proceso, por lo que podríamos estar viendo alguna fase en el ciclo de una rotura contenida, descartando la presencia de trombo. El paciente evolucionó hemodinámicamente estable, asintomático para angor y disnea, se instaura tratamiento conservador, con tratamiento médico completo y seguimiento estricto.

0081 - TODO LO QUE NOS ENSEÑA LA EVALUACIÓN MULTI-IMÁGENES EN UN PACIENTE CON MASA CARDIACA DERECHA

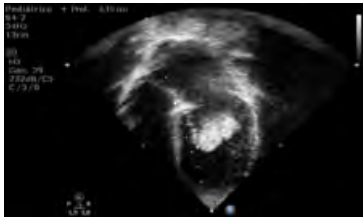
CARRERO, María Celeste; PESSIO, Carla Leticia; MASSON, Gerardo; LUCIANO, De Stefano; STUTZBACH, Pablo Guillermo
Sanatorio Las Lomas

Introducción: Paciente que consulta para control por registros de presión arterial elevada. En el ecocardiograma de control se evidencia una masa cardíaca voluminosa en ventrículo derecho en íntima relación con válvula tricúspide. No se observan masas en aurícula derecha, vena cava inferior libre. El paciente no presentaba síntomas constitucionales, negaba fiebre. Como único antecedente presentaba insuficiencia suprarrenal en tratamiento de reemplazo. Se plantean como diagnósticos diferenciales iniciales de masa en ventrículo derecho en un adulto: secundarismo, linfoma, fibroelastoma, mixoma y lipoma. Se decide internación de corta estadía para realizar estudios diagnósticos y decidir conducta terapéutica.

Descripción: El laboratorio no arroja resultados significativos. Se solicita tomografía cardíaca y abdomino-pelvíana para descartar secundarismo. Se constata el hallazgo de la masa cardíaca, ausencia de enfermedad coronaria y de invasión miocárdica. No se detectan signos de neoplasia primaria extra-cardíaca. No se observan agrandamientos ganglionares significativos retroperitoneales, pelvianos ni inguinales. Se solicita resonancia cardíaca con gadolinio para mejor caracterización tisular de la masa cardíaca. La misma constata ausencia de infiltración miocárdica y/o pericárdica, es isointensa en T1 (descarta lipoma), hiperintensa en T2 (orienta a masa con contenido inflamatorio o acuoso), hipo profunda (aleja la posibilidad de metástasis, angiosarcoma) y presenta tenue realce tardío de gadolinio periférico y puntiforme central. Todos estos hallazgos son compatibles en primera instancia con mixoma cardíaco. Se realiza escisión quirúrgica de la masa que constata el diagnóstico de mixoma cardíaco de localización atípica. Se logra escisión sin afectar funcionamiento de válvula tricúspide. El paciente cursa de manera ambulatoria el tercer mes del postoperatorio sin complicaciones. El abordaje de este caso resalta el valor del ecocardiograma como método de diagnóstico inicial, la tomografía cardíaca (Dentro de la evaluación con pan-TC de estadificación tumoral/búsqueda primaria) que nos permitió descartar enfermedad coronaria y la resonancia cardíaca con gadolinio como método con alta capacidad de caracteriza-

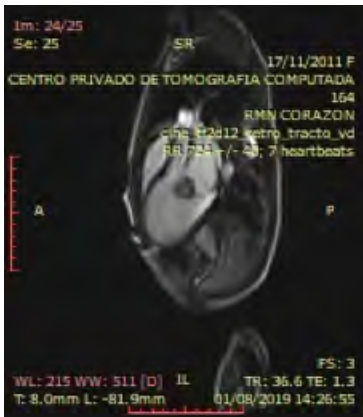


ción histológica. Este abordaje no invasivo permitió orientar la conducta terapéutica.



0082 - RABDOMIOMA VALVULAR MITRAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

PARDO, Valentín; DR. GUEVARA, Artemio Antonio; VEGA, Betina Andrea; AZAR, Irma María; PEIRONE, Alejandro Román
Hospital de Niños de Córdoba



Introducción: Los tumores ubicados en las válvulas cardíacas son raros, dentro de ellos el fibroelastoma es el más frecuente seguido del mixoma. El rabdomioma a nivel valvular es infrecuente, y habitualmente es asintomático. Su diagnóstico puede realizarse ante la presencia de clínica de compromiso hemodinámico compatible o como hallazgo casual a partir de un estudio ecocardiográfico. La presencia de obstrucción al flujo sanguíneo, insuficiencia cardíaca, o arritmias son indicativos de realizar su resección. La dificultad de determinar la histología de un tumor en posición valvular es un obstáculo que obliga a plantearse la resección teniendo en cuenta las complicaciones producto de los tipos histológicos más frecuentes. Este reporte describe el caso de una niña de 9 años que concurre a la consulta con diagnóstico de tumor de válvula mitral luego de 6 años sin seguimiento clínico. **Descripción:** Paciente sin antecedentes perinatales de relevancia que a los tres años de vida concurre desde otra institución realizando diagnóstico de masa tumoral en valva anterior mitral con informe de ecocardiograma de imagen tumoral de 9x12 mm en válvula anterior mitral, sin estenosis, con insuficiencia moderada. Función biventricular normal. El paciente discontinuó los controles y se pierde su seguimiento. Seis años después la paciente concurre al hospital presentando aumento de su clase funcional, Soplo sistólico 4/6 en BEI con fremito palpable, buena perfusión distal, pulsos periféricos presentes, relleno capilar menor a 2°. Electrocardiograma normal. El ecocardiograma transtorácico y transesofágico no mostraron cambios significativos con respecto a estudio previo. RMN Tumor en valva posterior mitral, en su cara ventricular, de 12x10mm, sesil, vascularizado, compatible con fibroelastoma (dx diferencial mixoma). Dilatación leve aurícula izquierda, dilatación leve de ventrículo izquierdo, con función sistólica conservada, con volumen sistólico e índice cardíaco aumentado. Debido a la falta de remisión espontánea de la lesión, su ubicación anatómica, índice cardíaco aumentado y el diagnóstico diferencial propuesto por la RMN, se decide su resección quirúrgica con colocación de válvula protésica y toma de muestra para biopsia por congelamiento y diferida. El informe histológico definitivo fue de Rabdomioma con cambios degenerativos.

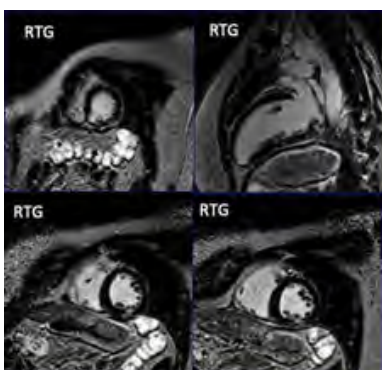
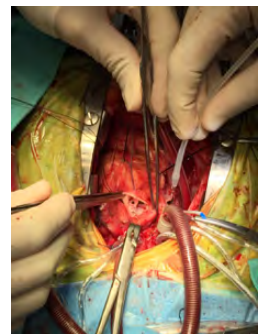
0085 - FALLOT, PACIENTE ADULTO CON INSUFICIENCIA PULMONAR Y AÓRTICA SEVERAS, UN DESAFÍO QUE MUESTRA LA UTILIDAD DEL ECOCARDIOGRAMA 3D Y EL MANEJO EN EQUIPO

MANSO, Paula; MEDANO, Enrique Demián; DR HIGA, Mauro; GUZMÁN SÁNCHEZ, Francisco; JORAJURIA, Alejandro Hospital El Cruce SAMIC, Florencio Varela



Introducción: Paciente de 18 años, sexo femenino, con diagnóstico de Tetralogía de Fallot, que consulta en el HEC para doble reemplazo aórtico y pulmonar por insuficiencia severa de ambas válvulas. Presenta como antecedentes: cirugía paliativa a los 2 meses (m) de edad (ASPI), y "correctora" a los 18 m, en Tucumán. Evolucionó con parálisis diafragmática bilateral, con ARM prolongada y traqueostomía. Fue derivada a un Hospital en CABA donde se realizó plicatura diafragmática, se logró la suficiencia respiratoria y el cierre de la traqueostomía. Durante el seguimiento presentó insuficiencia pulmonar y aórticas severas, con patrón ventilatorio restrictivo severo. Se le indica cirugía de reemplazo aórtico y pulmonar y se deriva a un centro con experiencia en cardiopatías congénitas del adulto.

Descripción: Al ingreso a nuestra institución se encontraba en CF II, compensada hemodinámicamente bajo tratamiento con ENL, carvedilol, furosemida y espironolctona. Sat. normal. ECG: RS, BCRD. Ecocardiograma: Insuficiencia aórtica severa que impresiona por perforación de la valva coronaria derecha. Insuficiencia pulmonar severa. Se realizó ecocardiograma transesofágico 3D que confirmó el diagnóstico. Espirometría con patrón restrictivo severo. RMN y TC mostraron severa dilatación de cavidades, con ramas pulmonares sin alteración de significación. Se le realizó cirugía de reemplazo de válvula pulmonar con prótesis biológica nro. 21 y plástica valvular aórtica, cierre de orificio en coronaria derecha con parche de cormatrix. El ETE intraquirúrgico post CEC mostró prótesis pulmonar normo funcionante e insuficiencia aórtica mínima. Evolucionó favorablemente encontrándose en condiciones de externación en una semana. En seguimiento cardiológico periódico, CF I, sin medicación.



0088 - MINOCA: ARRIBANDO A UN DIAGNÓSTICO FINAL

MEDUS, María Jorgelina; BRODSKY, Laura; CASTRO, Edgardo; REDRUELLO, Marcela; MASOLI, Osvaldo TCba Salguero - Centro de Diagnóstico

Introducción: El MINOCA es una entidad cuya frecuencia ronda del 5% al 25% de todos los IAM y cuya mortalidad es de alrededor del 4,7%. Estudios recientes han demostrado que la resonancia magnética cardíaca es capaz de identificar un diagnóstico final hasta en el 74% de los pacientes que cursan un MINOCA. Cerca de un 24% de estos pacientes se recategorizan como infarto de pequeño tamaño. Existen distintos mecanismos fisiopatológicos responsables de esta patología. La utilización en forma complementaria de los distintos métodos no invasivos nos permite arribar al diagnóstico correcto, comprender los mecanismos fisiopatológicos involucrados y realizar, de esta manera el tratamiento adecuado.

Descripción: Paciente de 40 años, sexo femenino, tabaquista. Ecocardiograma control por apto físico informa foramen oval permeable. Consulta a guardia por dolor precordial típico. ECG sin

particularidades. Enzimas positivas. Se realiza cine coronariografía sin evidencia de lesiones coronarias. Resonancia magnética cardíaca evidencia múltiples infartos pequeños subendocárdicos (imagen 1). Conclusión: Se interpreta la paciente como múltiples infartos de pequeño tamaño secundario a embolia paradójica, se indica el cierre del foramen oval permeable. La utilización de los distintos métodos complementarios fue imprescindible para poder confirmar el diagnóstico, comprender la fisiopatología y realizar un adecuado tratamiento.

0089 - INOCA: DESENTAÑANDO MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS

BRODSKY, Laura (1); SAN MIGUEL, Lucas (1); MERETTA, Alejandro Horacio(2); REDRUELLO, Marcela Fabiana(1); MASOLI, Osvaldo H.(1) TCba Salguero - Centro de Diagnóstico (1); ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (2)

Introducción: Diversos estudios han puesto de manifiesto que la disfunción microvascular coronaria y la disfunción vascular epicárdica son mecanismos fisiopatológicos iniciales y/o adicionales a la enfermedad obstructiva que pueden producir isquemia miocárdica. La disponibilidad de métodos no invasivos para valorar la reserva coronaria nos permite el diagnóstico de esta entidad clínica y la mejor comprensión de los mecanismos fisiopatológicos involucrados.

Descripción: Paciente de 64 años, sexo femenino, en seguimiento cardiovascular desde el 2008 por HTA, dislipemia y tabaquismo (30 cig/día). Otros factores de riesgo: menopausia, sedentaria y stress. Normaliza su TA y lipidograma con IECA/ARaII y estatinas. En el seguimiento clínico se detecta aterosclerosis carotídea, calcificación aórtica, disfunción diastólica leve en eco Doppler y no evidenció isquemia en las pruebas funcionales. En el 2020 en Ergometría de control se visualiza infradesnivel del segmento ST de 2 mm, asintomática. Se complementa con estudio de perfusión miocárdica Gated SPECT esfuerzo/reposo (ver imagen 1) evidenciándose isquemia en



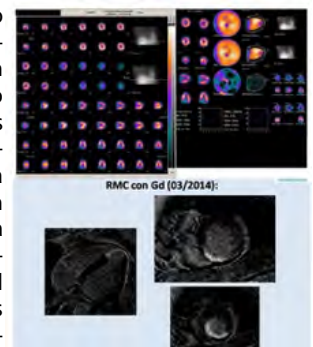
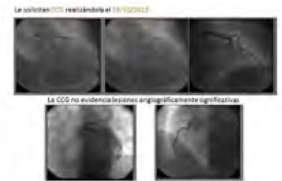
territorio de la arteria DA (SD: 8 y 12% de miocardio isquémico). Se indica evaluación anatómica con angiografía coronaria (TC) sin evidenciarse lesiones coronarias epicárdicas (ver imagen 2); score de calcio: 0 UA. Sospechando disfunción microvascular se realiza evaluación de la reserva de flujo coronario (CFR) por D-SPECT con cuantificación de flujo con Dipiridamol y Frio para valorar vasodilatación endotelio independiente y dependiente respectivamente (ver imagen 3): CFR Frio: 1,05 ml/gr, CFR Dipiridamol normal. Sin defectos de perfusión en ambos apremios. Conclusión: Se interpreta la paciente como INOCA secundario a enfermedad microvascular endotelio dependiente. Si bien tiene coronarias sin lesiones por TC, no puede descartarse la coexistencia con vasorreactividad epicárdica alterada. La disociación entre el Dipiridamol normal y el esfuerzo anormal coincidente con el Frio en pacientes con disfunción microvascular está siendo motivo de estudio, pudiendo indicar un estadio precoz más benigno de enfermedad coronaria.

0092 - INFARTO SIN ENFERMEDAD CORONARIA EPICARDICA OBSTRUCTIVA: MINOCA

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

Introducción: El IAM Sin enfermedad coronaria aterosclerótica obstructiva o MINOCA (acrónimo inglés de Myocardial Infarction with No Obstructive Coronary Atherosclerosis) es un síndrome frecuente en la práctica clínica, ya que supone del 5 al 25% de todos los infartos. Las principales causas de IAM sin enfermedad coronaria aterosclerótica obstructiva pueden ser epicárdicas y microvasculares. Dentro de las primeras se encuentran el espasmo coronario y la ruptura/erosión de placas excéntricas con remodelado positivo, y dentro de las segundas están el síndrome de Takotsubo, la miocarditis aguda, el espasmo microvascular y el embolismo coronario que generalmente afecta a la microcirculación, aunque en ocasiones el émbolo puede alojarse a nivel de una arteria epicárdica.

Descripción: Paciente femenina de 48 años de edad. factores de riesgo cardiovascular: tabaquismo severo (30 cig/día), Dislipidemia y Estrés. En septiembre de 2013 por dolor precordial opresivo con electrocardiograma normal y troponina negativa es derivada a gastroenterología para endoscopia digestiva alta. En evaluación de riesgo quirúrgico se observa onda T negativa de V2 a V4 y le solicitan Ecostress Ejercicio con Prueba positiva para isquemia Inferior basal, medio ventricular y apical, y posterobasal medial. Les solicitan Angiografía Coronaria por Cateterismo el 23 de octubre del 2013 que no evidencia lesiones angiográficamente significativas. En el seguimiento en diciembre de 2013 se constata en ecocardiograma akinesia con adelgazamiento del segmento inferior apical, ante lo cual se solicita SPECT de perfusión en reposo y esfuerzo que coincide con estudio Doppler e informa secuela infero apical con función sistólica conservada en reposo y esfuerzo, sin evidencia de isquemia. Se solicita resonancia magnética con contraste para confirmar la sospecha de IAM que informa: retención tardía de gadolinio inferior apical, septal apical e inferoseptal medioventricular compatible con secuela de necrosis. CONCLUSIONES: MINOCA es un síndrome frecuente en la práctica clínica y con múltiples causas. Resulta imperioso establecer un diagnóstico correcto en virtud de las implicancias pronósticas y terapéuticas para el paciente.



0093 - STENT EN TRACTO DE SALIDA DE VENTRÍCULO DERECHO EN TETRALOGÍA DE FALLOT NEONATAL SINTOMÁTICO: UNA VÁLIDA INTERVENCIÓN DE RESCATE

ROCCHIA, Fátima L; PEIRONE, Alejandro Román; VEGA, Betina Andrea; AZAR, Irma María; DE ANQUIN, Lucrecia María Hospital de Niños de Córdoba

Introducción: El tratamiento de la Tetralogía de Fallot (TOF) neonatal sintomático es controversial en pacientes con factores de riesgo quirúrgicos o anatomía desfavorable. La implantación de stent en tracto de salida ventricular derecho (TSVD) es una opción menos invasiva comparada con la anastomosis de Blalock Taussig o corrección primaria. Esta intervención permi-



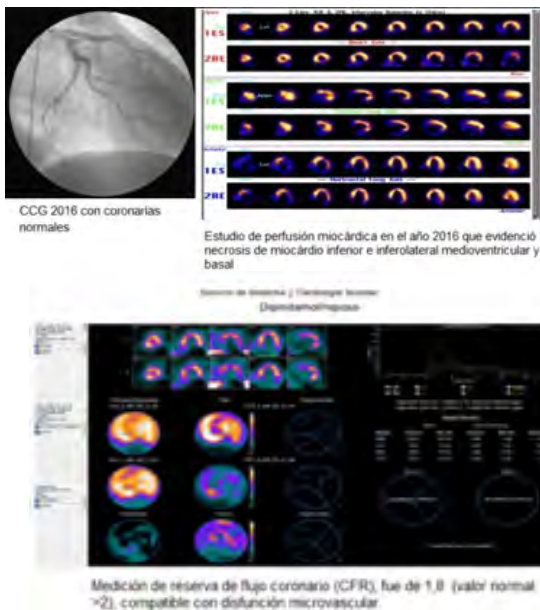
Saturación de oxígeno 85% que disminuye a 45% durante crisis. **CONCLUSION** La colocación de stent en TSVD en TOF neonatal sintomáticos y de alto riesgo, es una alternativa segura a la corrección quirúrgica completa o paliativa (Blalock Taussig). El bajo peso al nacer, la inestabilidad hemodinámica y una anatomía desafiante son las variables principales a tener en cuenta para indicar esta intervención paliativa

0099 - DISFUNCIÓN MICROVASCULAR EN UN PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO, CORONARIAS NORMALES Y SÍNDROME ANTIFOSFOLIPIDICO

MARCONI, Sofía; PAOLUCCI, Analía Gladys; GOBBO, Magali; CARBAJALES, Justo; BENDER, Daniel Pedro
Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

Introducción: El infarto de miocárdico sin enfermedad coronaria obstructiva (MINOCA), es un hallazgo cada vez más frecuente, particularmente en mujeres jóvenes. La prevalencia global se estima entre un 5 a un 10 % de los pacientes que padecen un infarto agudo de miocardio. Las causas de MINOCA se pueden dividir en dos grandes grupos: las que afectan las coronarias epicárdicas y las que afectan la microcirculación coronaria. El síndrome antifosfolipídico (SAF) es un trastorno trombofílico adquirido, autoinmune, multisistémico, en el cual se producen de forma persistente autoanticuerpos contra una variedad de fosfolípidos y proteínas transportadoras de los fosfolípidos. En algunos pacientes, algunas de las manifestaciones clínicas, se encuentran relacionadas a la formación de trombos en la microcirculación. El objetivo de este caso clínico fue evaluar la existencia de disfunción microvascular en un paciente con SAF y MINOCA.

Descripción: Paciente masculino de 49 años, con antecedentes de hipertensión y ex tabaquismo, con diagnóstico de SAF a los 29 años. A los 31 años de edad, presentó accidente cerebrovascular isquémico, iniciando posteriormente tratamiento anticoagulante. Meses más tarde, cursa síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, recibiendo tratamiento médico. A los 14 años del diagnóstico, consulta en nuestra institución por disnea progresiva. Se realiza estudio de perfusión miocárdica que demuestra necrosis de miocardio inferior e inferolateral medio ventricular y basal, y se efectúa cine coronariografía, sin evidencia de obstrucciones coronarias angiográficamente significativas por lo que se interpreta el cuadro como MINOCA. A los 49 años se realiza una RNM cardíaca en donde se observa acinesia de contracción y captación de gadolinio con patrón de tipo segmentario septal basal e inferior basal y medial, sin posibilidad de viabilidad a ese nivel. En nuevo estudio de perfusión miocárdica, se observa mayor extensión del área de necrosis por lo que se repite cine coronariografía, sin lesiones significativas. Con el surgimiento de diferentes algoritmos diagnóstico para los síndromes de MINOCA y con la imposibilidad de contar con estudios invasivos de disfunción microvascular en la mayoría de las instituciones de nuestro país, decidimos realizarle estudio de disfunción microvascular mediante D-SPECT. Si bien el gold standard para la cuantificación del flujo miocárdico son los equipos PET, las cámaras D-SPECT demostraron una excelente reproducibilidad. Se realiza tomografía de emisión por fotón único miocárdico gatillado en reposo y con dipiridamol para medición de reserva de flujo coronario. La perfusión demostró necrosis de miocardio del 22,1% (con similar distribución a los estudios previos) y la reserva de flujo coronario fue de 1,8 (valor normal >2), compatible con disfunción microvascular. Como conclusión, en este paciente el síndrome de MINOCA podría ser ocasionado por disfunción microvascular, la que podría representar otra manifestación cardiovascular del SAF.



0100 - KISSING BALLOON POR ACCESO SIMULTANEO ANTEROGRADO Y RETROGRADO EN ANGIOPLASTIA INFRAPATELAR

ROSSINI, Adrián Marcelo; SARDAN RENGEL, Omar Yerko; SOLIOZ, German; SERO, Bernardo Javier; NOTRICA, Marcelo Elías
Clínica Monte Grande

Introducción: La isquemia crítica es la forma más avanzada de enfermedad arterial periférica, que se caracteriza por dolor, úlceras y/o gangrena. Las guías recomiendan la revascularización quirúrgica o endovascular, teniendo como objetivo básico mantener la funcionalidad del miembro, evitando amputaciones mayores o la pérdida del mismo.

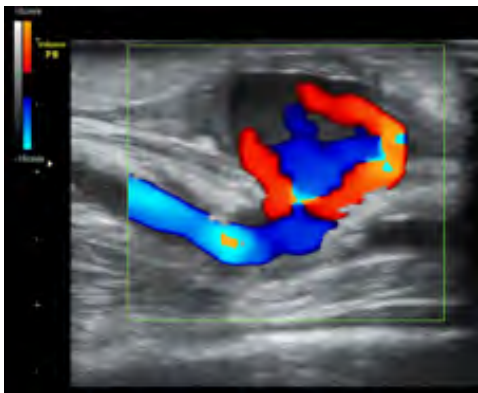
Descripción: Paciente de 71 años, DBT II, HTA, panvascular, con antecedentes de revascularización coronaria percutánea de múltiples vasos, angioplastia de Aorta Abdominal + Arterias (Art.) Iliacas con Stents Graft por claudicación glútea. Presenta isquemia crítica de MII, con flujos monofásicos infrapatelares por EcoDoppler, obstrucción severa de Art. Femoral Superficial Izquierda en la angiografía y severo compromiso infrapatelar con oclusión de los tres vasos. Resolución Endovascular: se ingresa por acceso femoral izquierdo anterógrado con introductor 6Fr., realizándose angioplastia. **Conclusión:** El severo compromiso vascular en la isquemia crítica periférica representa un desafío tanto para la cirugía como para el enfoque endovascular, siendo este último de elección en el territorio poplíteo e infrapatelar. El caso presente muestra la aplicación de nuevas técnicas que nos permiten llevar adelante procedimientos más complejos con alto nivel

de seguridad y éxito terapéutico. de Art. Femoral Superficial Izquierda con stents autoexpandibles de Nitinol. Recanalizada la Art. Tibial Anterior por vía Anterógrada, no se logra recanalizar la Tibial Posterior por esa vía, por lo que por acceso retromaleolar se accede a la misma en forma retrógrada, logrando recanalización exitosa. Se dilatan ambos vasos con balones d 2.0 y 2,5 mm de diámetro (Tibial Anterior por vía anterógrada y Tibial Posterior retrógrada). Finalmente se realiza angioplastia con balones farmacológicos TA:3.0 mm x 150 mm TP:3.0 mm x 200 mm), con técnica de KISSING BALLOON e insuflación prolongada por 5 minutos. En control final se observa permeabilidad y excelente flujo por ambas Art. Tibiales. A las 24 hs. la paciente es dada de alta con buen relleno capilar a nivel de los dedos, temperatura y movilidad conservada. Conclusión: El severo compromiso vascular en la isquemia crítica periférica representa un desafío tanto para la cirugía como para el enfoque endovascular, siendo este último de elección en el territorio poplíteo e infrapatelar. El caso presente muestra la aplicación de nuevas técnicas que nos permiten llevar adelante procedimientos más complejos con alto nivel de seguridad y éxito terapéutico.



0105 - TANTO VA EL CÁNTARO A LA FUENTE QUE SE ROMPE: PSEUDOANEURISMA RADIAL

GONZALEZ RUIZ, María Isabel Lourdes; CARLOS MARTIN, Aráoz Instituto de Imagen Diagnóstica - Mendoza



Introducción: A través de este caso clínico repasamos las imágenes que acompañan al diagnóstico de Pseudoaneurisma Radial. En este caso en particular son secundarias a la práctica de extracción gasométrica por punción arterial reiterada, una etiología no tan frecuente. El pseudoaneurisma (PA) puede definirse como un hematoma pulsátil que se comunica con una arteria a través de un conducto en la pared arterial. Las etiologías son múltiples, dentro de la más frecuente tenemos postprocedimiento (punción radial para arteriografía) y postoperatorio de cirugía vascular (principalmente, injertos y confección de fístulas arteriovenosas), en menor grado se encuentra de causa infecciosa, alteraciones del tejido conectivo y traumático. Es importante su diagnóstico y terapéutica ya que es una entidad que puede derivar en complicaciones más complejas, tales como hemorragia, embolia, ruptura o desarrollo de isquemia del miembro involucrado.

Descripción: Paciente de 82 años con hipertensión arterial, extabaquista como factores de riesgo cardiovascular. Antecedente de EPOC leve bajo tratamiento inhalatorio.

Curso internación por cuadro de neumonía (CURB-65 Score 2), con requerimiento de soporte ventilatorio no invasivo (VNI). Se realizó valoración gasométrica en forma periódica dada la patología. Se destaca dentro de los parámetros bioquímicos función renal normal (clearance de creatinina 75 ml/min), no obeso (índice de masa corporal 24 Kg/m²), finalizó tratamiento antibiótico con una permanencia de 9 días en la instancia hospitalaria. Posterior a la alta consulta al cuarto día por presentar dolor progresivo a nivel radial derecho asociado a tumoración pulsátil, sin compromiso de la perfusión distal. Se completó valoración de la región con eco Doppler (Figura 1 y 2), evidenciando hallazgos de pseudoaneurisma radial. Se realizó posteriormente cierre quirúrgico del mismo con anastomosis primaria, sin otras complicaciones.

