

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

ASExG 2019 - XXXIX Congreso de la Asociación Sociedad Extremeña de Cardiología Congreso Extremeño de las Enfermedades Cardiovasculares

Cáceres, 29-30 de marzo de 2019

COMUNICACIONES ORALES*

1. ANÁLISIS DEL RENDIMIENTO DE UN PROGRAMA DE CERO ESCOPIA

D.P. Agip Fustamante, A. Chacón Piñero, J.M. Durán Guerrero, J.M. Nogales Asensio, I. Gómez Sánchez, J.C. Fernández Camacho, A. Martínez Carapeto y M. Lledó Gómez

Hospital Universitario de Badajoz.

Introducción: Tradicionalmente las ablaciones han sido monitorizadas con fluoroscopia. Sin embargo, la radiación conlleva efectos deletéreos tanto para el paciente como para el personal que lo trata. Los sistemas de navegación cardíaca han permitido tanto disminuir el tiempo de fluoroscopia como simplificar los procedimientos. El presente estudio tiene por objetivo comparar la ablación con sistema de navegación con objetivo cero fluoroscopias frente a ablación convencional.

Métodos: Presentamos un estudio observacional en el que se incluyeron pacientes consecutivos sometidos a ablación de taquicardia intranodal (TIN) y flutter auricular común (FLA) tanto con sistema convencional como con sistema de navegación CARTO® desde enero de 2018 hasta febrero de 2019.

Resultados: Se analizaron 81 pacientes, utilizándose en 23 (28,4%) de ellos el sistema CARTO®. La TIN fue el sustrato más frecuente estando presente en 49 de los casos (60,49%). No hubo diferencias significativas respecto a edad, sexo ni sustrato abordado en ambos grupos. En 14 (63,6%) pacientes del grupo CARTO® se consiguió cero fluoroscopias. No existieron complicaciones inmediatas en ninguno de los grupos, consiguiéndose el éxito del procedimiento en el 100% de los pacientes del grupo CARTO® y en el 98,3% de los pacientes del grupo tradicional ($p = ns$). Tanto el tiempo medio de fluoroscopia ($0,9 \pm 0,5$ min frente a $10,6 \pm 1,1$ min), como el número medio de catéteres utilizados ($2,2 \pm 0,2$ frente a $3,6 \pm 0,2$) fue significativamente menor en el grupo CARTO® ($p < 0,01$). Sin

embargo, no hubo diferencias significativas en el tiempo de procedimiento entre ambos grupos ($97,8 \pm 8,4$ min frente a $93,8 \pm 4,3$ min).

Conclusiones: El apoyo de sistema de navegación permite realizar con éxito, con menos catéteres y de forma segura, ablaciones de TIN o FLA sin fluoroscopia en la mayoría de los pacientes, sin que se aumente por ello la duración del procedimiento.

2. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON SÍNDROME CARDIORRENAL EN UNA PLANTA DE CARDIOLOGÍA

B. Roque Rodríguez¹, Z. Kounka¹, M.J. Romero Castro¹, D.A. Chipayo González¹, P. Pérez-Espejo¹, A.I. Fernández-Chamorro¹, C. Ortiz Cortés¹ y S. González Sanchidrian²

¹Servicio de Cardiología; ²Servicio de Nefrología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: El síndrome cardiorrenal (SCR) consiste en disfunción cardíaca y renal simultánea que puede desarrollarse tanto en pacientes agudos como crónicos. La insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) y el síndrome coronario agudo (SCA) son las causas más frecuentes de SCR en pacientes hospitalizados. El objetivo de nuestro trabajo fue estudiar la morbimortalidad en el seguimiento a largo plazo de pacientes que desarrollaron un SCR durante su ingreso en cardiología definido como una TFG < 60 ml/min.

Métodos: realizamos estudio observacional longitudinal con seguimiento de 190 pacientes desde marzo de 2016 hasta la actualidad en el que estudiamos las características basales y la morbimortalidad.

Resultados: La edad media fue de $72,1 \pm 8,55$ años. El 55% de los pacientes eran varones. El 83,5% presentaban HTA y el 44,7% eran diabéticos. El 66% de los pacientes tenían una FEVI $> 50\%$, el 23% entre 30-50% y el 11% presentaron una FEVI $< 30\%$. Las causas del ingreso inicial se detallan en la ta-

*Las comunicaciones de este Especial Congreso han sido revisadas por el Comité Científico de la Sociedad correspondiente y se publican respetando el criterio de los autores. REC Publications no es responsable de errores o discrepancias.

Motivo de ingreso principal	Porcentaje desglosado	Porcentaje total
Insuficiencia cardíaca secundaria a	ICC crónica, 22,2%	43,8%
	Valvulopatía, 7,4%	
Cardiopatía isquémica	FA, 11,4%	34,1%
	1.º episodio, 2,8 %	
	SCACEST, 6,3 %	
	IAM no Q, 16,5%	
Arritmias	Angina Inestable, 6,8%	11,9%
	Coronarias normales, 4,5%	
	Taquicardia ventricular, 5,1%	
	EEF/MP, 5,1%	
Otros	FA aislada, 1,7%	10,2%
	10,2%	

Causa de reingreso	Número de pacientes	Porcentaje
Insuficiencia cardíaca	24	25,80%
Síndrome cardiorenal	10	10,75%
Cardiopatía isquémica	9	9,68%
Insuficiencia renal aislada	3	3,23%
Otras causas no cardiorenales	47	50,54%

bla 1. El seguimiento medio fue de $30,66 \pm 2,45$ meses, en el cual el 48,9% (93 pacientes) reingresaron al menos una vez durante el seguimiento, de los cuales el 39,7% ingresaron 2 veces o más, con una media de reingresos de $0,92 \pm 1,00$. Las causas de reingreso durante el seguimiento se muestran en la tabla 2. La mortalidad durante el seguimiento fue del 22,6% y la media de meses de supervivencia hasta la muerte fue de $10,70 \pm 7,98$ meses, produciéndose la muerte en el 89,1% en el primer año y el 60,7% de ellos por causa cardiovascular.

Conclusiones: Los pacientes que sufren SCR presentan una alta morbimortalidad, lo que lleva a un alto número de reingresos, y un porcentaje no despreciable de muertes, especialmente durante el primer año, por lo que sería adecuado un seguimiento estrecho después del alta para intentar minimizar el número de eventos.

COMUNICACIONES PÓSTER

1. AGENESIA COMPLETA DE PERICARDIO. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

S.A. Sáez Jiménez, M.M. Clemente Lorenzo, H. Gervás Pabón y Z. Kounka

Unidad de Cardiología, Hospital Virgen del Puerto, Plasencia.

Introducción: Presentamos 2 casos de agenesia completa de pericardio, como hallazgo casual.

Métodos: Descripción de 2 casos clínicos y revisión de la literatura.

Resultados: Caso 1: Varón de 66 años, asintomático. Remitido por su médico (año 2017) por alteración electrocardiográfica. Caso 2: Varón de 17 años en el momento del diagnóstico (año 2014). Remitido por palpitaciones. En ambos casos el electro-

cardiograma mostraba bloqueo incompleto de rama derecha y levorrotación, la radiografía de tórax presentaba desviación de la silueta cardíaca a la izquierda y prominencia del arco pulmonar. El ecocardiograma del caso 1 mostraba exclusivamente leve dilatación biauricular siendo el del caso 2 normal y en ambos casos la resonancia magnética confirmó el diagnóstico de agenesia completa de pericardio. En ninguno de los pacientes se tomó ningún tipo de medida ni restricción física, encontrándose asintomáticos en el momento actual.

Conclusiones: La agenesia de pericardio es una rara anomalía congénita normalmente silente. Dada su rareza, la mayoría de los clínicos tenemos problemas a la hora de diagnosticarla. Debe sospecharse ante la combinación de anomalías electrocardiográficas y de radiografía de tórax, siendo su diagnóstico de confirmación mediante resonancia magnética. La mayoría de los casos permanecerán asintomáticos no precisando ningún tipo de tratamiento.

2. AMILOIDOSIS CARDIACA: A PROPÓSITO DE UN CASO

A.M. Macías Quijano¹, G. Escudero Sánchez¹, M. Clemente Lorenzo², S.A. Sáez Jiménez², H. Gervás Pabón² y Z. Kounka²

¹Servicio de Medicina Interna; ²Servicio de Cardiología, Hospital Virgen del Puerto, Plasencia.

Mujer de 75 años, que acudió a Consultas Externas de Cardiología por disnea de moderados esfuerzos durante el último mes y ortopnea de dos almohadas. La exploración física no presentaba hallazgos de interés. En analítica previa, destacaba elevación de NT-proBNP y TnTus. Las radiografías de tórax previas mostraban cardiomegalia. En el ECG realizado en consulta, se observó ritmo sinusal a 70 lpm, con amputación de R en derivaciones septales (patrón de pseudoinfarto), y voltajes bajos. En el ecocardiograma se observó HVI, y dilatación de AI, con FEVI conservada y patrón de llenado transmitral restrictivo. Se descartó miocardiopatía hipertrófica y cardiopatía hipertensiva, dado que presentarían voltajes elevados. Además, el *strain* o *speckle tracking*, indicaba afectación de la región basal de VI, con conservación de la contractilidad en el ápex, sugestivo de enfermedades miocárdicas infiltrativas. Dada la edad, la principal sospecha diagnóstica fue de miocardiopatía por amiloidosis, por lo que se solicitó proteinograma en suero y orina, y RMN cardíaca. El proteinograma sérico, mostraba hipogamaglobulinemia, sin pico monoclonal (ratio kappa/lambda, 0,05). El proteinograma en orina no mostraba proteinuria de Bence-Jones. La RMN mostraba realce tardío difuso en VI, típico de amiloidosis cardíaca. Ante estos hallazgos, se solicitó gammagrafía ósea, la cual no mostraba captación a nivel cardíaco. Durante el seguimiento, se realizó una biopsia de glándula salival, la cual fue rojo Congo negativa. En biopsia de médula ósea, se observó 22% de células plasmáticas (98% patológicas), con diagnóstico de mieloma múltiple quiescente. Se instauró tratamiento sintomático de insuficiencia cardíaca, así como quimioterapia por mieloma múltiple. La sospecha fundamental de amiloidosis primaria cardíaca se dará en pacientes no hipertensos, con insuficiencia cardíaca congestiva, hipertrofia VI y voltajes bajos en el ECG. Es de gran importancia el diagnóstico mediante imagen, siendo útiles RMN, ecocardiograma, y gammagrafía ósea. A) La sospecha fundamental de amiloidosis primaria cardíaca se dará en pacientes no hipertensos, con insuficiencia cardíaca congestiva, hipertrofia VI y voltajes bajos en el ECG. B) Es de gran importancia el diagnóstico mediante imagen, siendo útiles RMN, ecocardiograma, y gammagrafía ósea.

3. ANÁLISIS POR SEXOS DE PARÁMETROS DE MALNUTRICIÓN EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA

P. Gómez-Turégano, C. Ortiz-Cortés, A. Fernández-Chamorro, J.J. Gómez-Barrado, M.J. Romero Castro, D. Chipayo y Z. Kounka

Unidad de Insuficiencia Cardíaca, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Cáceres.

Introducción: El exceso de peso es un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) muy prevalente y el que menos mejora en sujetos con enfermedad cardiovascular (ECV) establecida. La asociación entre obesidad y ECV es compleja y no se limita a factores mediadores tradicionales como hipertensión, dislipemia y diabetes mellitus tipo 2. La obesidad central está relacionada con exceso de grasa visceral, que parece ser la grasa metabólicamente más activa y causa resistencia a la insulina, hipertrigliceridemia, partículas pequeñas de LDL y baja concentración de HDL, elementos considerados proaterogénicos. **Objetivo:** Estudiar los parámetros antropométricos de 668 pacientes con Cardiopatía Isquémica crónica (CIC) consecutivos vistos en consulta durante un periodo de 24 meses.

Métodos: Determinación de peso, talla, IMC y perímetro abdominal.

Resultados: La edad media fue de $65,51 \pm 12,09$ años: $64,21 \pm 11,94$ los varones y $70,96 \pm 11,20$ en las mujeres ($p < 0,0001$). El 19,3% eran mujeres.

Conclusiones: El 81,7% de los pacientes con CIC presentan exceso de peso, sin diferencias entre hombres y mujeres; en los hombres es más prevalente el sobrepeso y en las mujeres la obesidad. Alrededor de un 90% de hombres y de mujeres con CIC presentan obesidad abdominal.

4. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ACTITUD TERAPÉUTICA Y PRONÓSTICO DE LA DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA

P. Pérez-Espejo¹, D.A. Chipayo González¹, M.J. Romero Castro¹, J. Carmona Carmona², R.C. Rodríguez Carreras¹, S. Romani¹, F.J. Fernández Portales¹ y J.C. García Rubira²

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario San Pedro de Alcántara, Cáceres. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: La disección coronaria espontánea es una causa de SCA de etiología aún por esclarecer. Su manejo más apropiado continúa siendo tema de debate hoy en día. Los objetivos de nuestro estudio son valorar las características clínicas, tratamiento y pronóstico de esta entidad.

Métodos: Estudio descriptivo multicéntrico en el que se incluyen casos de disección coronaria espontánea desde el año

2005 hasta la actualidad en los hospitales San Pedro de Alcántara de Cáceres y Virgen Macarena de Sevilla.

Resultados: Se incluyeron 53 pacientes con el diagnóstico de disección coronaria espontánea entre septiembre de 2005 y enero de 2019 con un seguimiento medio de 35 meses y una edad media de 52,1 años. Las mujeres representaban el 79,2% de los casos. Hubo un 45,3% de fumadores, 41% de HTA, 18,9% de DLP, 3,8% de DM. La forma más común de presentación fue el SCAGEST (58,5%) y la arteria culpable más frecuente fue la CD (34%) seguida de la DA (32,1%). La afectación aislada del TCI solo apareció en 2 pacientes (3,8%). Hubo el mismo número de pacientes manejados de forma conservadora (49%) que con angioplastia (49%), variando esta relación en función del periodo de tiempo estudiado. Hubo 3 pacientes en los que fracasó el tratamiento conservador y 3 angioplastias fallidas. 4 pacientes presentaron recurrencia de la disección. No hubo ninguna muerte cardiovascular.

Conclusiones: La disección coronaria espontánea es una entidad cada vez más importante como causa de SCA. Nuestros resultados refuerzan la mayor prevalencia en mujeres de edad media y los FRCV más fuertemente asociados son el tabaquismo y la HTA. La actitud conservadora cada vez es la más elegida y parece obtener buenos resultados. El pronóstico a largo plazo es favorable con bajas tasa de recurrencia y mortalidad excepcional.

5. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

A.I. Fernández-Chamorro, J.J. Gómez-Barrado, M.J. Romero Castro, D. Chipayo González, P. Pérez-Espejo, B. Roque Rodríguez, P. Gómez-Turégano y Z. Kounka

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres.

Introducción: El síndrome coronario agudo (SCA) es una causa importante de morbimortalidad hospitalaria. Su conocimiento nos puede ayudar a mejorar su pronóstico. **Objetivos:** Conocer las características clínicas, el manejo intrahospitalario y los diferentes tratamientos médicos planteados en un registro de pacientes de nuestra área.

Métodos: Presentamos un estudio descriptivo con un total de 166 pacientes que ingresaron de forma consecutiva en un periodo de 6 meses (desde el 1 de abril al 30 de septiembre de 2015) con el diagnóstico de SCA. Los datos fueron analizados con el programa SPSS Statistics 20.00.

Resultados: La edad media fue de $68,72 \pm 13,53$ años. El 33,1% eran mujeres. Mostraron un SCA con elevación del ST (SCAGEST) el 41,6%, sin elevación del ST (SCASEST) el 51,8%, y un SCA indeterminado el 6,6%. Los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes se recogen en la tabla 1, los procedimientos terapéuticos realizados durante su estan-

Póster 3 Tabla

	Total	Hombres	Mujeres	p
Peso	78,27 ± 14,75	80,52 ± 14,27	68,88 ± 12,94	< 0,0001
Talla	165,03 ± 9,31	167,75 ± 7,40	153,60 ± 7,65	< 0,0001
IMC	28,60 ± 4,30	28,48 ± 4,18	29,11 ± 4,74	0,1
Peso normal (IMC, 18,5-24,9)	17,2%	16,5%	20,2%	0,4
Sobrepeso (IMC, 25-29,9)	47,0%	49,2%	38,0%	0,02
Obesidad (IMC ≥ 30)	34,7%	33,0%	41,9%	0,06
Perímetro abdominal	101,75 ± 10,55	101,96 ± 10,39	100,86 ± 11,15	0,3
Mayor de 88 cm		-	89%	
Mayor de 102 cm		90,8%	-	

cia hospitalaria se recogen en la tabla 2 y los tratamientos médicos prescritos en la tabla 3.

Tabla 1

HTA	63,6%
DM	32,5%
DLP	50,5%
Tabaco	
No fumadores	41,1%
Fumadores	25,9%
Exfumadores	34%
Cardiopatía isquémica previa	23,6%

Tabla 2

ACTP/stent	70%
ACTP/balón	1,9%
Cirugía	4,4%
Fibrinólisis	0,6%
Coronariografía	92,1%

Tabla 3

Estatinas	97,5%
AAS	94,8%
Ticagrelor	43,9%
Prasugrel	11,5 %
Clopidogrel	83%
Betabloqueantes	77,7%
IECA/ARA II	72,6%

Conclusiones: El perfil clínico de los pacientes de nuestro hospital, el manejo terapéutico y el tratamiento médico prescrito no difieren de los referidos en los registros españoles. De estos últimos destacan principalmente el uso de las estatinas y AAS en los pacientes con SCA. El conocimiento de estos datos nos permitirá mejorar el manejo de estos pacientes en nuestra área de salud.

6. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANGIOGRÁFICAS DE LA DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA ASOCIADA AL EMBARAZO

C. García Corrales, J.M. Nogales Asensio, J.R. López Mínguez, M.R. González Fernández y A. Merchán Herrera

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Introducción: La disección coronaria espontánea (DCE) es una causa poco frecuente y a menudo infradiagnosticada de síndrome coronario agudo (SCA). Esta entidad se ha asociado estrechamente al embarazo y el parto, aunque actualmente se sabe que representan una minoría del total de casos de DCE. El objetivo del estudio es establecer las características clínicas y angiográficas de los pacientes con diagnóstico de DCE asociada al embarazo en nuestro centro y compararlas con los pacientes con DCE que no aparece en este contexto.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de los pacientes con diagnóstico de DCE en nuestro centro desde enero de 2002 hasta junio del 2018.

Resultados: La incidencia de DCE asociada al embarazo es del 8,3%. La edad media fue de 37,3 ± 2,2 años. Una paciente presentó el evento en el tercer trimestre de gestación y dos durante el postparto. La presentación clínica más frecuente fue como SCAGEST (66,7%). Los niveles de troponina pico al ingre-

so fueron más elevados que en la DCE no asociada al embarazo, mostrando además una menor fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI). Respecto a las características angiográficas, la afectación de la DA fue del 100% y el TCI estaba comprometido en el 66,7% de los casos. En todos los casos hubo afectación de más de 1 vaso. La necesidad de revascularización coronaria fue del 66,7%. La tabla muestra las diferencias entre DCE asociada y no al embarazo.

Características clínicas y angiográficas de los pacientes con DCE

Parámetros	DCE asociada al embarazo	DCE no asociada al embarazo
Número de pacientes	3	33
Edad media (años)	37,3 ± 2,2	55,3 ± 8,6
SCAGEST, n (%)	2 (66,7%)	11 (33,3%)
Troponina (pg/dl)	142	8
FEVI (%)	39 ± 3,6	58,8 ± 7,5
TCI, n (%)	2 (66,7%)	0
DA, n (%)	3 (100%)	16 (48,5%)
Cx, n (%)	1 (33,3%)	14 (42,4%)
CD, n (%)	1 (33,3%)	9 (27,3%)
> 1 vaso afectado, n (%)	3 (100%)	6 (18,2%)
Revascularización coronaria	2 (66,7%)	11 (33,3%)
Cirugía de revascularización coronaria	1 (33,3%)	1 (3%)

Conclusiones: la DCE asociada al embarazo es poco frecuente, suele tener una presentación clínica más agresiva que fuera de este contexto, con infartos más extensos y mayor grado de disfunción ventricular. El compromiso del TCI y la DA es frecuente y generalmente se objetiva una afectación multivaso, precisando con mayor frecuencia revascularización coronaria.

7. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICAS DE LA AMILOIDOSIS CARDIACA

M.J. Romero Castro, A.I. Fernández-Chamorro, Z. Kounka, D.A. Chipayo González, P. Pérez-Espejo, B. Roque Rodríguez, C. Ortiz Cortés y M.V. Mogollón Jiménez

Hospital Universitario San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: La amiloidosis (A) es una rara enfermedad sistémica cuya afectación cardíaca determina un peor pronóstico. Describimos las características clínicas, tratamiento y pronóstico de una cohorte de pacientes con afectación cardíaca por A. **Métodos:** Estudio retrospectivo que incluyó a 29 pacientes (11 mujeres), de edad media 78 ± 9 años, con diagnóstico de afectación cardíaca por A histopatológico y/o por prueba de imagen (gammagrafía ^{99m}Tc-DPD o cardiorresonancia), entre los años 2003 y febrero de 2019.

Resultados: En el 46,2% de los pacientes la manifestación clínica inicial fue insuficiencia cardíaca, seguido de síndrome nefrótico (19,2%) y dolores articulares (11,5%). El 20,7% presentaba algún grado de afectación neurológica, de ellos el 50% presentaba síndrome del túnel carpiano, el 75,86% de los pacientes presentaba algún grado de afectación renal moderada (filtrado glomerular < 60 ml/min/1,73 m²). El tipo de A más frecuente fue la A primaria (AL) (62,1%), seguido de la A por transtirretina (ATTR) (13,8%) con un único caso de ATTR familiar, la A secundaria (AA) en el 6,9% y el 17,2% no se filió el tipo de A. Como tratamiento específico, en 15 pacientes se utilizaron quimioterápicos, el fármaco más empleado fue bortezomib para la AL. Un paciente recibió trasplante de médula ósea. Un paciente en tratamiento con tafamidis. La tasa

de éxitus fue del 69% tras una mediana de seguimiento de 18 meses [1 a 192 meses]. Falleció el 78% de los pacientes con AL con una media de supervivencia de 26 meses, el 100% de AA con una media de supervivencia de 99 meses y el 25% de ATTR con una media de supervivencia de 19 meses.

Conclusiones: La amiloidosis cardíaca tiene mal pronóstico, la AL es el tipo más frecuente con mayores opciones de tratamiento, aun así, la mortalidad durante el seguimiento es elevada.

8. CARACTERÍSTICAS Y PREVALENCIA DE LAS ANOMALÍAS CONGÉNITAS DE LAS ARTERIAS CORONARIAS EN NUESTRO MEDIO

I. Gómez Sánchez, A.M. Martínez Carapeto, E. Suárez Corchuelo, D.P. Agip Fustamante, J. Pérez Cervera, J.C. Fernández Camacho, E. Galindo Fernández y J.M. Nogales Asensio

Hospital Universitario de Badajoz.

Introducción: Las anomalías congénitas en el origen de las arterias coronarias son una patología infradiagnosticada, que están cobrando relevancia gracias al avance en las técnicas de imagen. La importancia de su diagnóstico radica en que, en algunos casos, las anomalías coronarias pueden ser causa de isquemia miocárdica e incluso de muerte súbita. Nuestro objetivo fue describir y caracterizar esta patología en nuestro medio.

Métodos: Para ello realizamos un análisis retrospectivo de los 107 pacientes diagnosticados de anomalías coronarias mediante TC (9 casos) o coronariografía invasiva (98 casos) en los últimos 10 años en el Servicio de Cardiología de nuestro centro.

Resultados: La incidencia fue del 0,36% entre los pacientes sometidos a coronariografía invasiva y del 0,79% entre aquellos que se realizaron TC coronario. La mayor parte de las anomalías coronarias diagnosticadas en nuestra serie fueron hallazgos sin repercusión clínica. La salida de la arteria circunfleja del seno de Valsalva derecho fue la anomalía más frecuentemente diagnosticada en nuestra serie (58,9% de los casos), seguida de la salida de la coronaria derecha del seno de Valsalva izquierdo (18,7%). El 12,1% presentaba anatomía de riesgo para muerte súbita, considerada como tal la salida del tronco común izquierdo del seno de Valsalva derecho. Las diferencias encontradas en las características basales y clínicas de los pacientes diagnosticados en el TC coronario y en la coronariografía invasiva en nuestra serie sugieren un sesgo de selección, así la coronariografía fue la técnica elegida cuando la sospecha de enfermedad aterosclerótica era elevada.

Conclusiones: Las anomalías coronarias suelen ser un hallazgo raro y ocasional en el TC coronario o la coronariografía invasiva. Mientras que la mayoría pueden considerarse benignas, aquellas diagnosticadas en pacientes jóvenes con anatomía de riesgo para muerte súbita, deben ser corregidas.

9. DESCUBRIENDO UNA NUEVA ENTIDAD: MIOPATÍA AUTOINMUNE CON ANTICUERPOS ANTI-HMG-COA REDUCTASA INDUCIDA POR ESTATINAS

M.M. Clemente Lorenzo¹, G. Escudero Sánchez², H. Gervás Pabón¹, A. Sáez Jiménez¹, Z. Kounka¹, M.A. Gantes Pedraza³, M. Torresano Andres³ y M. Abad Hernández³

¹Cardiología, Hospital Virgen del Puerto, Plasencia, Cáceres.

²Medicina Interna, Hospital Virgen del Puerto, Plasencia, Cáceres.

³Reumatología, Hospital Virgen del Puerto, Plasencia, Cáceres.

Introducción: Las estatinas son ampliamente utilizadas, pueden producir mialgias leves y pocos casos de miopatía establecida, generalmente reversible al suspender el fármaco. Desde hace poco se conoce un nuevo tipo de miopatía necro-

tizante con anticuerpos anti-HMG-CoA-reductasa. Presentamos el caso de una mujer que ha continuado con elevación marcada de CPK tras discontinuar el tratamiento con estatinas y con anticuerpos positivos.

Métodos: Descripción de un caso clínico.

Resultados: Mujer de 73 años, con diabetes y dislipemia. Tratada en prevención primaria con atorvastatina 10 mg, comenzando inmediatamente con mialgias, debilidad muscular proximal y alteración marcada de CPK. Se suspendió la estatina, sin mejoría y CPK aún más elevada. Se estudió en Reumatología encontrando aldolasa elevada y patrón miopático en el estudio neurofisiológico. Más tarde, se solicitó biopsia muscular que fue negativa y anticuerpos anti-HMG-CoA-reductasa positivos. Se decidió no iniciar inmunosupresión por estabilización clínica y disminución progresiva de CPK. Presentó intolerancia también a ezetimibe. Años más tarde, comenzó con angina de esfuerzo y ergometría positiva, y la coronariografía mostró oclusión de coronaria derecha. Se decidió entonces iniciar alirocumab, inhibidor PCSK9, que fue bien tolerado, consiguiendo cifras de LDL dentro de los objetivos de prevención secundaria.

Fecha	Colesterol total (mg/dl)	cLDL (mg/dl)	TG (mg/dl)	Tratamiento	CPK (U/l)
2010	207	124	276	Atorvastatina 10	5.650
2010	244	145	256	-	6.227
2013	261	175	247	Ezetimibe	4.162
2017	225	148	197	Omacor	1.272
2018	133	37	310	Alirocumab 75/15 días	983

Conclusiones: La miopatía necrotizante autoinmune inducida por estatinas es una entidad rara, la fisiopatología no se conoce totalmente, se confirma con la presencia de anti-HMG-CoA-reductasa y debe detectarse precozmente pues requiere un tratamiento diferente. Suele necesitar inmunosupresión, evitar readministrar estatinas y otros hipolipemiantes como ezetimibe, ya que empeoran los síntomas y el daño muscular. Actualmente disponemos de inhibidores PCSK9, bien tolerados, consiguen reducciones significativas de LDL y mejoran el pronóstico cardiovascular.

10. EMBOLIA PARADÓJICA SECUNDARIA A COMUNICACIÓN INTERAURICULAR IATROGÉNICA TARDÍA TRAS CIRUGÍA REPARADORA MITRAL

M.M. Clemente Lorenzo¹, G. Escudero Sánchez², H. Gervás Pabón¹, A. Sáez Jiménez¹ y Z. Kounka¹

¹Cardiología; ²Medicina Interna, Hospital Virgen del Puerto, Plasencia, Cáceres.

Introducción: Presentamos un caso de accidente cerebrovascular transitorio por embolia paradójica a través de una comunicación interauricular iatrogénica tardía, tras reparación quirúrgica transeptal mitral.

Métodos: Descripción de un caso clínico.

Resultados: Hombre de 71 años, diagnosticado incidentalmente de valvulopatía mitral, tipo insuficiencia grave, por prolapso del velo posterior y rotura del aparato subvalvular mitral. Tras coronariografía normal, es intervenido quirúrgicamente mediante valvuloplastia mitral con acceso transeptal, resección triangular del festón P2 y anuloplastia tricúspide. Fue tratado con acenocumarol tres meses. Un año después presenta episodio agudo de hemiparesia izquierda, cefalea y náuseas, de 10

Póster 10 Tabla - Características clínicas diferenciales de los pacientes diagnosticados de anomalías de las arterias coronarias según la forma de diagnóstico

	AC diagnosticadas en coronariografía invasiva (98 casos)	AC diagnosticadas en coronariografía no invasiva (9 casos)	p
Edad en diagnóstico	65,9 (55,9-75,5)	56,0 (46,6-68,1)	0,035
Sexo masculino	76 (77,6%)	7 (77,8%)	1,000
Algún FRCV	89 (90,8%)	5 (55,6%)	0,012
Hipertensión arterial	64 (65,3%)	2 (22,2%)	0,026
Diabetes mellitus	30 (30,6%)	1 (11,1%)	0,442
Hiperlipemia	47 (48%)	3 (33,3%)	0,498
Tabaco	25 (25,5%)	0	0,112
Síntomas			0,001
DT dudoso	22 (22,4%)	8 (88,9%)	
Angina/SCA	58 (59,2%)	1 (11,1%)	
Disnea/ICC	14 (14,3%)	0	
Síncope/Arritmias	4 (4,1%)	0	
Tipo anomalía			0,029
Salida CD de SVI	17 (17,3%)	3 (33,3%)	
Salida de CX de SVD	61 (62,2%)	2 (22,2%)	
Salida de TCI de SVD	9 (9,2%)	4 (44,4%)	
Coronariopatía	66 (67,3%)	1 (11,1%)	0,002

AC: anomalía coronaria; FRCV: factor de riesgo cardiovascular; DT: dolor torácico; SCA: síndrome coronario agudo; ICC: insuficiencia cardíaca; CD: coronaria derecha; SVI: seno de Valsalva izquierdo; CX: circunfleja; SVD: seno de Valsalva derecho; TCI: tronco coronario izquierdo.

horas de evolución, con remisión progresiva. Al llegar al hospital está asintomático, sin focalidad neurológica, la saturación de oxígeno oscila entre 89% y 96% sin clara relación con cambios posturales. Entre las pruebas complementarias destacan: 1) ECG: ritmo sinusal a 60 lpm, sin alteraciones; 2) TAC craneal: hipodensidad compatible con isquemia aguda; 3) Holter: sin arritmias; 4) eco-Doppler troncos supraaórticos: normal, y 5) ecocardiograma transtorácico: ventrículo izquierdo levemente dilatado, FEVI 54%. Aurícula izquierda dilatada. Valvuloplastia mitral eficiente, no restrictiva, mínima regurgitación. Cavidades derechas de tamaño normal, TAPSE reducido. Anuloplastia tricúspide con leve regurgitación, presión pulmonar sistólica 35 mmHg. El septo interauricular muestra un defecto central de 7 mm, flujo bidireccional, mayoritariamente izquierda-derecha, con suero agitado se demuestra paso masivo intermitente hacia la aurícula izquierda, sin necesidad de Valsalva. El ecocardiograma transesofágico confirma los hallazgos y se calculan bordes adecuados para cierre percutáneo. El paciente continúa asintomático, está anticoagulado y pendiente del cierre de la comunicación interauricular.

Conclusiones: El acceso transeptal a la aurícula izquierda es un abordaje alternativo, usado en cirugías valvulares mixtas mitral-tricúspide. Permite una excelente exposición valvular, es seguro y con pocas complicaciones. Se han descrito anecdóticos defectos septales en el postoperatorio inmediato, pero no se conocen comunicaciones interauriculares tardías como la que presentamos.

11. EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON DABIGATRÁN TRAS 6 AÑOS DE SEGUIMIENTO

D. Chipayo Gonzáles, P. Pérez-Espejo, M.J. Romero Castro, B. Roque Rodríguez, A.I. Fernández-Chamorro, Z. Kounka y J.J. Gómez-Barrado

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: El uso de los anticoagulantes de acción directa (ACOD) se ha extendido en el tratamiento de pacientes con Fibrilación

Auricular No Valvular (FANV). El objetivo de este estudio fue analizar la frecuencia de eventos mayores y mortalidad de pacientes tratados con dabigatrán tras 6 años de seguimiento.

Métodos: Realizamos un estudio observacional de 70 pacientes con FANV anticoagulados con dabigatrán de 110 mg o 150 mg cada 12 horas entre los años 2011 y 2012 registrando datos epidemiológicos, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), índices de riesgo y de comorbilidad (CHA2DS2-VASc, HAS-BLED, índice de comorbilidad [ICM] de Charlson) y eventos adversos (sangrados, trombosis y mortalidad).

Resultados: De los 70 pacientes, 4 presentaron ictus (5,7%), 12 tuvieron eventos hemorrágicos (17,1%), 2 hemorragias fatales y 7 sangrados mayores. Fallecieron 30 pacientes (42,9%). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de dabigatrán 110 mg y el de 150 mg. En cuanto a la mortalidad. El 26% de las muertes se debieron a causa cardiovascular, el 10% a causa cerebrovascular y el 6,7% a hemorragias fatales. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la mortalidad y la presencia de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular previa y mayor edad. Los fallecidos presentaban mayores puntuaciones de CHA2DS2-VASc, HAS-BLED e ICM de Charlson que los no fallecidos con diferencias significativas.

Conclusiones: Las comorbilidades relacionadas con la mortalidad de pacientes con FANV anticoagulados son la edad, la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardíaca y la enfermedad cerebrovascular previa.

12. INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO EN NUESTRO MEDIO

A.M. Martínez Carapeto, E. Suárez Corchuelo, I. Gómez Sánchez, J. Pérez Cervera, M. Sánchez Sánchez, J.M. Gimeno Montes, C. García Corrales y J.M. Nogales Asensio

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Badajoz.

Introducción: En la actualidad sabemos que el infarto de miocardio con arterias coronarias sin lesiones obstructivas

(MINOCA) es una entidad frecuente (en torno a un 6% de todos los infartos de miocardio según se describe en una reciente revisión). En la literatura, el perfil de los pacientes con MINOCA es diferente de aquellos pacientes con infarto de miocardio y lesiones coronarias obstructivas. Nuestro objetivo es describir y caracterizar ambas poblaciones.

Métodos: para ello hemos realizado un análisis retrospectivo de los 4892 pacientes diagnosticados de infarto agudo de miocardio en los que se realizó coronariografía en nuestro centro en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2009 y el 1 de enero de 2019.

Resultados: la incidencia de MINOCA fue del 9% (440 pacientes) y la forma de presentación más habitual fue un SCASEST. Los pacientes con MINOCA eran significativamente más jóvenes y con menos prevalencia de factores clásicos de riesgo cardiovascular. Las mujeres representaban un 45,5% entre la población MINOCA frente al 24,6% entre los no MINOCA. Realizamos además un análisis multivariante (regresión logística binaria) donde las variables relacionadas con mayor incidencia de MINOCA fueron: menor edad (OR: 0,97; IC95%: 0,96 a 0,98; $p < 0,001$), ausencia de consumo de tabaco (OR: 1,78; IC95%: 1,36 a 2,32; $p < 0,001$), SCASEST (OR: 3,43; IC95%: 2,74 a 4,28; $p < 0,001$), sexo femenino (OR: 2,95; IC95%: 2,37 a 3,67; $p < 0,001$) y ausencia de diabetes (OR: 2,18; IC95%: 1,67 a 2,85; $p < 0,001$).

Características clínicas diferenciales de los pacientes MINOCA y no MINOCA

	MINOCA (n = 440)	No MINOCA (n = 4.452)	
Edad	63,4 ± 14,4	65,4 ± 12,8	0,007
Sexo femenino	200 (45,5%)	1.095 (24,6%)	< 0,001
HTA	241 (54,8%)	2.596 (58,3%)	0,151
Fumador	109 (24,8%)	1.445 (32,5%)	0,001
Exfumador	45 (10,2%)	597 (13,4%)	0,059
Dislipemia	191 (43,4%)	2.020 (45,4%)	0,430
DM	82 (18,7%)	1.259 (28,3%)	< 0,001
AF	94 (21,4%)	885 (19,9%)	0,458
EVP	8 (1,8%)	116 (2,6%)	0,316
Ictus previo	13 (3,0%)	152 (3,4%)	0,610
Infarto previo	50 (11,4%)	638 (14,3%)	0,088
Tipo de SCA			
SCAEST	138 (32,2%)	2.519 (58,0%)	< 0,001
SCASEST	291 (67,8%)	1.827 (42,0%)	< 0,001

Conclusiones: En nuestro medio la incidencia y el perfil de los pacientes MINOCA es similar a lo descrito en la literatura, presentado diferencias con respecto a aquellos pacientes con infarto y lesiones coronarias obstructivas.

13. LA ECOCARDIOGRAFÍA EN LA ENFERMEDAD DE STEINERT. ¿PODRÍA SER TAN IMPORTANTE COMO EL ECG Y EL HOLTER?

Z. Kounka, B. Roque Rodríguez, M.J. Romero Castro, D.A. Chipayo Gonzáles, P. Pérez-Espejo, A.I. Fernández-Chamorro, L.E. Lezcano Gort y G. Marcos Gómez

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres.

Introducción: La enfermedad de Steinert (ES) o distrofia miotónica tipo 1 se caracteriza por manifestaciones sistémicas entre ellas la cardíaca, especialmente frecuente los trastor-

nos de la conducción o del ritmo. El objetivo de nuestro trabajo fue estudiar la afectación cardíaca como la disfunción sistólica y diastólica (menos estudiada en la literatura) por ecocardiografía transtorácica (ETT).

Métodos: Estudio observacional transversal en el que estudiamos las características ecocardiográficas de 53 pacientes afectados de ES. Los parámetros ecocardiográficos fueron medidos e interpretados según las "Recomendaciones para la Cuantificación de las Cavidades Cardíacas por Ecocardiografía en Adultos" y la función diastólica según las "Recomendaciones para la Evaluación de la Función Diastólica del Ventrículo Izquierdo por Ecocardiografía" ambas avaladas por la Asociación de Ecocardiografía de la Sociedad Interamericana de Cardiología (ECOSIAC).

Resultados: La edad media de la muestra estudiada fue de 52,43 ± 11,58 años (el 50,9% eran varones). El 40,4% presentaban hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI) y el 10,8% dilatación de ventrículo izquierdo (DVI). La presión sistólica pulmonar estimada media era de 33,5 ± 10,42 mmHg (mínimo 20 mmHg y máximo 50 mmHg) y la PCWP media estimada por fórmula de Nagueh era de 11,11 ± 7,65 mmHg. El 86,4% de los pacientes tenían una FEVI normal (> 52%), FEVI levemente disminuida (41-52%) el 6,8%; FEVI moderadamente disminuida (30-40%) el 2,3% y FEVI severamente disminuida (< 30%) el 4,5%. La disfunción diastólica estaba presente en el 26% de los pacientes. Por último, en el 21,7% de los pacientes se observó dilatación de la aurícula izquierda.

Conclusiones: Un porcentaje no despreciable de los pacientes afectados de ES presentan algún grado de disfunción sistólica y hasta una cuarta parte de estos pacientes presentan disfunción diastólica, por lo que se debería protocolizar el uso de la ETT en el seguimiento de estos pacientes.

14. MORTALIDAD HOSPITALARIA Y A LARGO PLAZO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

A.I. Fernández-Chamorro, J.J. Gómez-Barrado, M.J. Romero Castro, D. Chipayo González, P. Pérez-Espejo, B. Roque Rodríguez, P. Gómez-Turégano y Z. Kounka

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres.

Introducción: El síndrome coronario agudo (SCA) es una causa importante de morbimortalidad hospitalaria por lo que su conocimiento en el medio hospitalario propio nos puede ayudar a mejorar su pronóstico. **Objetivos:** Analizar las características clínicas, el manejo y la mortalidad de los pacientes con un SCA ingresados en un hospital de referencia provincial.

Métodos: Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de dos años en 166 pacientes consecutivos ingresados en el Servicio de Cardiología durante un periodo de 6 meses (desde el 1 de abril de 2015 hasta el 30 de Septiembre de 2015). Los resultados fueron analizados con el programa SPSS Statistics 20.00.

Resultados: La edad media fue de 68,72 ± 13,53 años. El 33,1% eran mujeres. Presentaron un SCA con elevación del ST (SCACEST) el 41,6%, sin elevación del ST (SCASEST) el 51,8%, y un SCA indeterminado el 6,6%. Se realizó coronariografía al 92,1%. Se realizó ACTP/stent al 70%, ACTP/balón al 1,9%, cirugía al 4,4% y fibrinólisis al 0,6%. La estancia media hospitalaria fue de 7,82 ± 5,30 días y la mortalidad hospitalaria del 5,4%. Al año la mortalidad fue del 10,7%; mientras que la mortalidad a los dos años fue del 4,3%. Los únicos predictores de mortalidad hospitalaria se recogen en la tabla.

Variable	p
Killip > 1	0,003
Crusade > 40	0,031
Diabetes mellitus	0,043

Conclusiones: A pesar de los avances en el tratamiento y la mejora en el pronóstico, el SCA sigue siendo una entidad con una elevada mortalidad tanto hospitalaria (5,4%) como en el seguimiento a 1 año (10,7%) como a los 2 años (4,3%). Las características que se asocian con una mayor mortalidad son el desarrollo de insuficiencia cardíaca durante el ingreso, una puntuación Crusade > 40 y el ser diabético.

15. PREVALENCIA DE OTROS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA

P. Gómez-Turégano, C. Ortiz-Cortés, A. Fernández-Chamorro, J.J. Gómez-Barrado, A. González Andrés, P. Pérez-Espejo y B. Roque Rodríguez

Unidad de Insuficiencia Cardíaca, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Cáceres.

Introducción: La diabetes mellitus (DM) es un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) muy prevalente y que confiere un muy mal pronóstico a los pacientes con cardiopatía isquémica, tanto aguda como crónica. **Objetivos:** Estudiar en una población de 668 pacientes consecutivos con cardiopatía isquémica crónica (CIC) vistos en una consulta de cardiología general durante un periodo de 24 meses, las diferencias en el resto de FRCV entre diabéticos y no diabéticos.

Métodos: Estudio epidemiológico y transversal. Período 2017-2018. Determinaciones: peso, talla, IMC y perímetro abdominal.

Resultados: Edad media 68,50 ± 11,17 años frente a 63,71 ± 12,35 (p < 0,0001). El 21,2% frente al 18,3% eran mujeres (p = ns).

Conclusiones: Los pacientes diabéticos con CIC son de más edad que los no diabéticos, sin diferencias de género. Tienen un IMC significativamente más elevado; padecen más obesidad los diabéticos, y más sobrepeso los no diabéticos. La obesidad abdominal es más prevalente en diabéticos. Los diabéticos son más hipertensos, tienen más dislipemias, más arteriopatía periférica y más enfermedad cerebrovascular, pero fuman en un porcentaje similar a los no diabéticos.

16. ¿QUÉ PUEDE DECIR EL CARDIÓLOGO DE LA ENFERMEDAD DE STEINERT? TRASTORNOS DEL RITMO Y OTROS HALLAZGOS

B. Roque Rodríguez, Z. Kounka, M.J. Romero Castro, D.A. Chipayo Gonzáles, P. Pérez-Espejo, A.I. Fernández-Chamorro, L.E. Lezcano-Gort y J.J. Gómez-Barrado

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: La distrofia miotónica tipo 1 o enfermedad de Steinert (ES) es la distrofia muscular más frecuente en adultos que cursa con afectación multisistémica siendo la afectación cardíaca la segunda causa de muerte después de la respiratoria. El objetivo de nuestro trabajo fue analizar las características epidemiológicas y clínicas en pacientes afectados de enfermedad de Steinert (ES).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo obteniendo información clínica y epidemiológica de 53 pacientes con ES diagnosticados entre los años 1976 y 2018.

	Tipo	Porcentaje
Ritmo	Sinusal	76,4%
	Fibrilación auricular	9,8%
	Marcapasos	11,7%
	Taquicardia supraventricular	1,9%
Bloqueo auriculoventricular	1.º grado	34%
	2.º grado Mobitz I	2,1%
	2.º grado Mobitz II	0%
	3.º grado	4,3%
Alteraciones de la conducción intraventricular	Bloqueo de rama izquierda	6,3%
	Bloqueo de rama derecha	4,3%
	Hemibloqueo anterior	10,6%
	Hemibloqueo posterior	0%
	Bloqueo Bifascicular (BRD+HBAlHH)	8,5%
	Trastornos inespecíficos de la conducción intraventricular	6,4%

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 52,43 ± 11,58 años y el 50,9% eran varones. El 11,3% eran hipertensos, el 15,1% diabéticos, el 18,9% dislipémicos y el 22,6% fumadores activos. La edad de diagnóstico estaba comprendida entre los 9 y los 57 años, con una edad media de diagnóstico de 33,35 ± 14,24 años.

Póster 15 Tabla

	Diabéticos	No diabéticos	p
Peso	79,38 ± 15,63	77,64 ± 14,13	ns
Talla	163,83 ± 9,23	165,87 ± 9,30	0,006
IMC	29,41 ± 4,55	28,09 ± 4,05	< 0,0001
Sobrepeso (IMC, 25-29,9)	41,7%	50,4%	0,03
Obesidad (IMC, ≥ 30)	44,1%	28,8%	< 0,0001
Perímetro abdominal	104,23 ± 11,05	100,17 ± 9,89	< 0,0001
HTA	74,2%	56,4%	< 0,0001
Dislipemia	74,7%	61,0%	< 0,0001
Tabaquismo			ns
Fumadores	15,5%	16%	
No fumadores	28,5%	26,6%	
Exfumadores	56,1%	57,4%	
AF de CI precoz	34,2%	39,1%	n.s
Arteriopatía periférica	16,2%	6,4%	< 0,0001
Enfermedad cerebrovascular	9,6%	5,7%	0,05

La afectación familiar estaba presente en el 79,4% de los pacientes. El 96,2% tenían al menos un ECG (tabla) y el 71,7% al menos un holter. El 32% eran portadores de marcapasos de los cuales el 82,3% eran VVI y el 17,7% DDD. Solo un 7,6% presentaron sintomatología cardíaca (mareo 3,8%, síncope 1,9% y disnea 1,9%) frente al 92,4% que permanecieron asintomáticos en las revisiones. En el momento del análisis el 28,3% habían fallecido, ninguno de forma súbita y ninguna de las muertes fue relacionada con eventos cardíacos como causa directa.

Conclusiones: La mortalidad de los pacientes con ES es alta, y aunque en nuestra experiencia ninguna de las muertes fue por causa cardíaca directa, las alteraciones del ritmo son muy frecuentes precisando implante de marcapasos en más de un tercio de ellos, de aquí la importancia del seguimiento protocolizado de estos pacientes.

17. REPRODUCIBILIDAD DEL STRAIN GLOBAL DE LA AURÍCULA IZQUIERDA POR ECOCARDIOGRAFÍA BIDIMENSIONAL SPECKLE TRACKING

P. Márquez Lozano, M. Yuste Domínguez, M.V. Millán Núñez, J.M. Nogales Asensio y M.E. Fuentes Cañamero

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Badajoz.

Introducción: La valoración de la función de la aurícula izquierda (AI) mediante *speckle tracking* permite cuantificar la deformación del miocardio auricular y constituye un método novedoso para determinar la mecánica auricular. EL objetivo de nuestro estudio es evaluar la reproducibilidad interobservador e intraobservador del *strain* longitudinal auricular para poder aplicarlo en diferentes campos.

Métodos: La reproducibilidad del *strain* longitudinal auricular fue realizada por dos evaluadores mediante el análisis de imágenes de ecocardiografía de una muestra aleatoria de 32 estudios ecocardiográficos realizados previamente en la Unidad de Imagen de nuestro hospital. Se obtuvieron el pico de *strain* longitudinal auricular (PSLA) y el pico de *strain* de la contracción auricular (PSCA). El análisis de la concordancia entre las mediciones intra e interobservador se analizó mediante el coeficiente de variación y el coeficiente de correlación intraclase y el análisis de acuerdo mediante el método de Bland y Altman.

Resultados: La reproducibilidad interobservador de las medidas globales del PSLA y del PSCA mostró un coeficiente de variación del 2 y del 4%, respectivamente, y un coeficiente de correlación intraclase del 0,998 (IC95%: 0,995-0,999) y del 0,995 (IC95%: 0,990-0,998), respectivamente. La reproducibilidad intraobservador de las medidas globales del PSLA y del PSCA del evaluador 1 mostró un coeficiente de variación del 2% y del 6%, respectivamente, y las del evaluador 2 fue del 3% y del 6%, respectivamente.

Conclusiones: Este estudio muestra que las medidas de *strain* global de la AI, en concreto las analizadas, realizadas por *speckle tracking* son reproducibles tanto a nivel interobservador como intraobservador, pudiendo ser una técnica factible para la evaluación de la deformación miocárdica de la AI, con las implicaciones clínicas que conllevaría en diferentes campos de interés.

18. SÍNDROME DE KOUNIS O ANGINA VASOESPÁSTICA ALÉRGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A.M. Macías Quijano¹, G. Escudero Sánchez¹, M. Clemente Lorenzo², S.A. Sáez Jiménez², H. Gervás Pabón² y Z. Kounka²

¹Servicio de Medicina Interna; ²Servicio de Cardiología, Hospital Virgen del Puerto, Plasencia.

Caso clínico: Hombre de 75 años, fumador activo y DM; precisando AINE por dolores musculares desde los 15 días previos

al cuadro que nos ocupa. Horas después de la ingesta de melón y cacahuetes, presentó una reacción anafiláctica. Tras administración de glucocorticoides, durante el traslado en ambulancia a Urgencias, presentó molestias torácicas con cortejo vegetativo acompañante. En el ECG realizado, se objetivó elevación ST en cara inferior y lateral, con descenso en V1-3. Se administraron nitratos y dosis de carga de AAS. A su llegada a Urgencias, persistían clínica y ECG, por lo que se decidió fibrinólisis. En la exploración física destacaba eritema generalizado, así como hipoventilación. El paciente presentó curva típica de enzimas cardíacas. Tras el ingreso se realizó coronariografía, apreciándose ateromatosis difusa sin lesiones severas ni alteraciones regionales de la contractilidad. Además, presentó elevación de triptasa sérica, que se normalizó en menos de 24 horas. El paciente fue diagnosticado de SCACEST (IAM inferoposterior fibrinolizado), en el contexto de un síndrome de Kounis.

Discusión: Entre las causas de dolor torácico isquémico, destacamos el síndrome coronario agudo (SCA), la angina de esfuerzo, y el vasoespasmio coronario. Dentro de la angina vasoespástica, se encuentra el subtipo angina vasoespástica alérgica o Síndrome de Kounis, el cual se presenta como un síndrome coronario agudo inmunomediado. Entre otras entidades, se han relacionado con el síndrome de Kounis: la miocardiopatía de Tako-Tsubo (inducida por estrés), la vasculopatía coronaria en trasplante alogénico cardíaco, y la miocardiitis por hipersensibilidad. Esta última, puede ser clínicamente indistinguible del síndrome de Kounis, precisando para el diagnóstico diferencial otras pruebas como resonancia magnética cardíaca, y en ocasiones, biopsia cardíaca. En el síndrome de Kounis, debemos asociar al tratamiento del infarto tratamientos dirigidos a la anafilaxia, tales como antihistamínicos, adrenalina, corticoides y estabilizadores de los mastocitos.

19. TODO COMENZÓ CON UN SIMPLE SCREENING FAMILIAR

Z. Kounka¹, B. Roque Rodríguez¹, M.V. Mogollón Jiménez¹, M.J. Romero Castro¹, D.A. Chipayo González¹, P. Pérez-Espejo¹, A.I. Fernández-Chamorro¹ y S. Moyano Calvente²

¹Servicio de Cardiología; ²Servicio de Radiología Intervencionista, Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres.

Introducción: Los defectos Interauriculares tipo seno venoso (SV) representan el 10% de todas las CIA, encontrándose casi siempre asociados a drenaje venoso pulmonar anómalo parcial (DVPAP). Pueden cursar de forma asintomática hasta edad avanzada por lo que su diagnóstico precoz sigue siendo un reto.

Métodos: Descripción de un caso clínico y revisión de bibliografía.

Resultados: Presentamos el caso de una mujer de 48 años, dislipémica y exfumadora. Fue derivada a Cardiología para estudio familiar por hermano con displasia arritmogénica del ventrículo derecho (DAVD). En el ETT se objetivó dilatación de VD con función sistólica conservada sin imágenes aneurismáticas y FOP con test de burbujas positivo confirmado con ETE sin clara visualización de CIA. La PSAP estimada era normal. Se realizó resonancia magnética cardíaca (RMC) que confirmó la dilatación de VD con disminución ligera de FEVD, sin objetivar flujos turbulentos que sugirieran alteraciones valvulares o CIA. Se realizó estudio genético identificándose una variante genética de patogenicidad desconocida sobre MYBPC3. El ECG y el Holter eran normales. Aunque el estudio realizado no sugería DAVD se mantuvo un seguimiento estrecho de la paciente. En la siguiente revisión permanecía

asintomática, aunque se evidenció un aumento de la PSAP a 43 mmHg por lo que se solicitó Angio-TC. El angio-TC evidenció DVPAP con desembocadura de la vena pulmonar superior derecha a nivel de la VCS en las proximidades de la unión cavoatrial y con CIA tipo SV de 10 mm, tratándose de una forma atípica de DVPAP. La paciente finalmente fue intervenida quirúrgicamente con éxito.

Conclusiones: En las cardiopatías congénitas del adulto es importante mantener un alto índice de sospecha debido a su curso clínico indolente, pudiendo ayudarnos la imagen multimodal para su diagnóstico.

20. UTILIDAD DE LA ECOCARDIOGRAFÍA EN EL CRIBADO DE LA AMILOIDOSIS CARDIACA

M.J. Romero Castro, A.I. Fernández-Chamorro, Z. Kounka, D.A. Chipayo Gonzáles, P. Pérez-Espejo, B. Roque Rodríguez, L.E. Lezcano Gort y J.J. Gómez-Barrado

Hospital Universitario San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: La afectación cardíaca por amiloidosis determina un peor pronóstico de la enfermedad. Los avances en las técnicas diagnósticas en los últimos años permiten un diagnóstico cada vez más precoz. Describir las técnicas diagnósticas disponibles y la utilidad de la ecocardiografía (ETT) en el cribaje de la afectación cardíaca por amiloidosis es nuestro objetivo.

Métodos: Estudio de cohortes históricas que incluyó 31 pacientes, de ellas 11 eran mujeres, la edad media fue de $70,8 \pm 11$ años, con alta sospecha ecocardiográfica de afectación por depósito de amiloide, desde el 2003 a febrero de 2019.

Resultados: El motivo más frecuente de petición ecocardiográfica fue por insuficiencia cardíaca (48,4%) seguido del síndrome nefrótico (17,9%). Otras manifestaciones clínicas menos frecuentes fueron ictus, síndrome constitucional y/o discrasia sanguínea. En 2 de los pacientes no se pudo confirmar afectación cardíaca amiloidótica con otras pruebas por éxitus. El 25,8% tenía realizado "SGL" con patrón característico en diana. Se realizó biopsia en el 77% de los pacientes, la localización más frecuente biopsiada fue renal (29%), seguido de grasa abdominal (17%) y la biopsia cardíaca junto con la rectal (13%). Otras localizaciones fueron médula ósea, mucosa gástrica, párpados, nervio sural y laringe. 8 pacientes fueron estudiados con gammagrafía con ^{99m}Tc -DPD, 5 de ellos tenían captación de grado 0 y 1 de la clasificación de Perugini confirmándose por biopsia afectación por amiloidosis primaria y 3 pacientes con grados 2 y 3 con infiltración por TTR. Se realizó cardi resonancia magnética a 7 de los pacientes,

siendo negativa en 2 de ellos, que sí tenían amiloidosis confirmada en el estudio histopatológico.

Conclusiones: La ETT constituye un pilar diagnóstico fundamental para realizar cribaje de amiloidosis cardíaca y dirigir el estudio hacia otras pruebas más sofisticadas y/o invasivas.

21. VARIABLES RELACIONADAS CON EL SÍNDROME DE TAKO-TSUBO Y PRONÓSTICO SEGÚN EL SEXO EN NUESTRO MEDIO

E. Galindo Fernández, J. Pérez Cervera, J.C. Fernández Camacho, I. Gómez Sánchez, A.M. Martínez Carapeto, E. Suárez Corchuelo, M. Sánchez Sánchez y J.M. Nogales Asensio

Hospital Universitario de Badajoz.

Introducción: El síndrome de Tako-Tsubo (SmT) es una miocardiopatía aguda reversible de incidencia en aumento, que simula un infarto agudo de miocardio. Nuestro objetivo fue describir las variables referentes a las complicaciones intrahospitalarias, y, evolutivas de los pacientes.

Métodos: Estudiamos de forma retrospectiva durante una media de 58 meses, un total de 129 pacientes diagnosticados de SmT en nuestro centro, de los cuales 90 eran mujeres (69.7%) y 39 hombres (30.3%), analizando variables referentes a las complicaciones intrahospitalarias y evolutivas.

Resultados: Durante su estancia hospitalaria, se analizaron las siguientes complicaciones: insuficiencia cardíaca (ICC; 27% total), necesidad de ventilación mecánica (VMI; 12,2% del total), uso de inotrópicos (13,9% del total) y muerte (2,6% total). Al alta, el 60% del total de los pacientes recuperó las alteraciones segmentarias de la contractilidad, con prescripción domiciliar de tratamiento betabloqueante en el 86,1% de los casos. En el seguimiento tras el alta, un 18,8% presentaron eventos cardíacos mayores (ECM), siendo la aparición de ICC durante el ingreso, el factor de riesgo que más se asoció al desarrollo de los mismos. Un 1,8% de los pacientes presentó recurrencia del SmT.

Conclusiones: El SmT en varones se asocia a un peor pronóstico intrahospitalario, con mayor necesidad de VMI e inotrópicos, siendo todos los fallecidos durante su estancia hospitalaria varones. Se objetivó una completa recuperación en la mayoría de los pacientes. La inmensa mayoría de los pacientes se dieron de alta con beta bloqueantes pautados, con recurrencia ulterior del síndrome en un 1,8% del total. El desarrollo de ICC durante el ingreso, se relacionó con un peor pronóstico y aparición de ECM durante el seguimiento.