

# REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

## 106.<sup>a</sup> Reunión de la Sociedad Castellana de Cardiología

Aranjuez, 21 y 22 de junio de 2019

### COMUNICACIONES FINALISTAS\*

#### 001. TRATAMIENTO PERCUTÁNEO EN TEP DE ALTO RIESGO, CUANDO PUEDES VER Y MEDIR LA MEJORA DEL PACIENTE (Primer premio)

S. Díaz, L. Expósito, R. Ramos, M. Cubells, A. Prieto, Á. Pinar, N. Vallejo y V. Ferrer

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

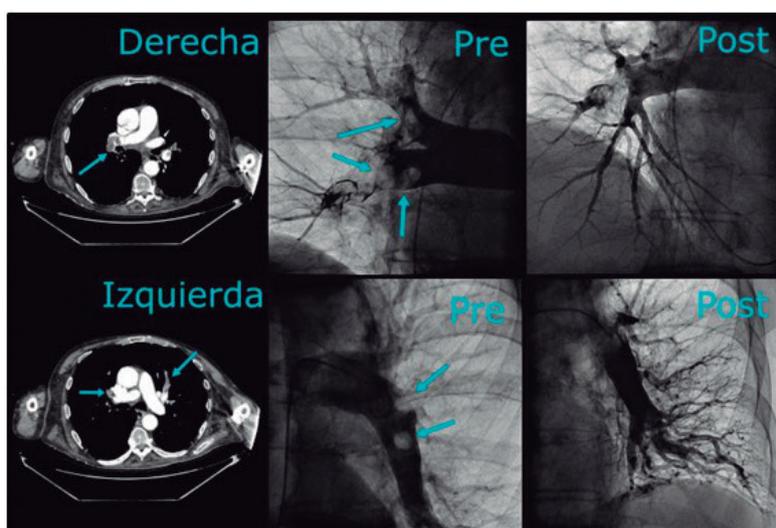
**Introducción:** Varón de 70 años con antecedentes a destacar como un ingreso hace menos de un mes por hematuria y uropatía obstructiva litiásica complicada con fracaso renal agudo y un shock hipovolémico secundario a hemorragia digestiva por ulcus duodenal que requirió politransfusión y tratamiento local con hemoclips.

**Métodos:** Acude a urgencias por disnea progresiva de 5 días, hipotenso y desaturado. Se inicia soporte respiratorio con mascarilla reservorio y resucitación con cristaloides y noradrenalina en dosis crecientes. En analítica destaca acidosis metabólica hiperlactacémica, dímero-D 2300 y troponina

elevada. En el angioTAC pulmonar se observan defectos de repleción en arteria pulmonar derecha que está prácticamente ocluida, defecto parcial en arteria principal izquierda, lobares inferiores y segmentarias. El ecocardiograma muestra afectación funcional de ventrículo derecho. Todo ello establece el diagnóstico de tromboembolia pulmonar bilateral de alto riesgo con shock obstructivo. Ante la contraindicación para trombólisis sistémica por su antecedente reciente, se contacta con hemodinámica para tratamiento percutáneo. Se realiza cateterismo derecho por vena cefálica, la presión media pulmonar (PMP) era de 50 mmHg (80/35 mmHg) y el gasto cardiaco (GC) 4l/min. Se realiza fragmentación, aspiración y trombólisis local con 10 mg de rtPA. Se deja colocado catéter para perfusión continua de rtPA 1 mg/h y se completa la anticoagulación con perfusión de heparina sódica.

**Resultados:** Mejoría progresiva respiratoria y hemodinámica consiguiendo retirar aminas en las siguientes 10 horas. Control angiográfico con mejoría radiológica, de presiones (media 28 mmHg) y gasto (5,5 l/min).

**Conclusiones:** Ante la buena evolución, se le da de alta a planta de hospitalización bajo tratamiento con heparina de bajo peso molecular.



\*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.

## O02. TAPONAMIENTO PERICÁRDICO POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A LA METICILINA ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD (Accésit)

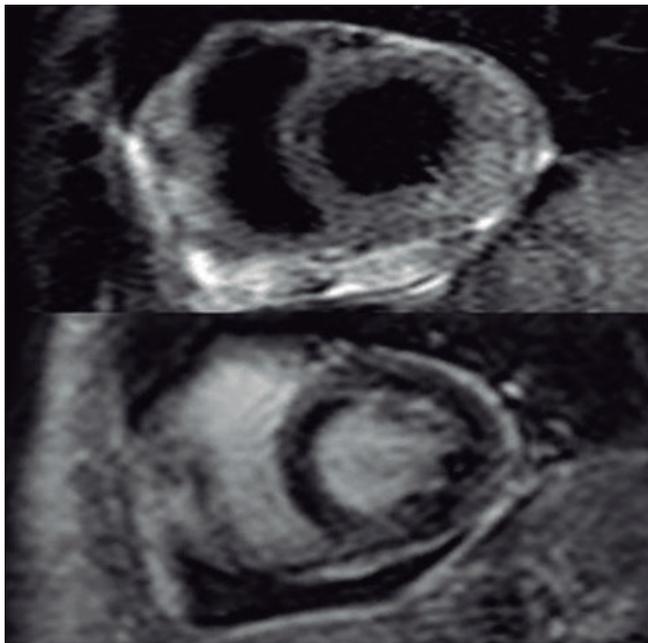
R. Luna-López, T. Segura, A. Postigo, I. Martín de Miguel, J.C. López-Azor, E. Zatarain y F. Fernández-Avilés

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Introducción:** Presentamos el caso de una mujer de 58 años que acudió a urgencias con un cuadro de fiebre y dolor pleurítico. Había sido recientemente diagnosticada de liposarcoma, en tratamiento con quimioterapia de forma ambulatoria. Durante su estancia en urgencias desarrolló shock séptico con necesidad de soporte vasoactivo y antibioterapia de amplio espectro. La analítica mostraba leucopenia con neutrofilia, PCR elevada, láctico de 5,2 mmol/l, y elevación de marcadores de daño miocárdico.

**Métodos:** Se objetivó derrame pericárdico sin disfunción ventricular, iniciándose de tratamiento con ácido acetilsalicílico y colchicina. Pese a ello presentó un nuevo empeoramiento clínico con datos ecocardiográficos de taponamiento y disfunción ventricular moderada, precisando pericardiocentesis, con estabilización posterior. Se obtuvo un líquido purulento con aislamiento de *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (MRSA), tras lo cual se inició tratamiento con daptomicina y fosfomicina durante 4 semanas con recuperación de la función ventricular.

**Resultados:** Se realizó una resonancia magnética cardiaca que mostró inflamación pericárdica y un patrón de realce tardío sugestivo de etiología infecciosa, descartando otras causas de disfunción como la sepsis o toxicidad por antraciclinas.



**Conclusiones:** La pericarditis purulenta es una causa rara de taponamiento, suponiendo menos del 1% de los casos en occidente, habiéndose descrito solo 6 casos por SARM adquirido en la comunidad hasta el momento. Supone una urgencia vital requiriendo de un diagnóstico y tratamiento precoz y suele precisar de intervención quirúrgica con elevado riesgo de constricción posterior. Hay que destacar también el papel de la resonancia magnética cardiaca en el diagnóstico diferencial de la disfunción ventricular aguda en este contexto.

## O03. MUJER CON DISFAGIA DE LARGA DURACIÓN. LA IMPORTANCIA DE LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (Accésit)

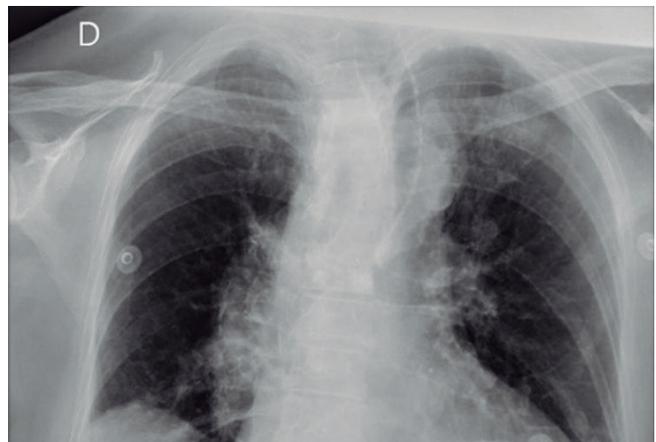
A. Venegas, L. Nieto, A. Cambor, L. Esteban, Á. Aceña, A. Pello y X. Raci

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

**Introducción:** Una mujer de 82 años con antecedentes médicos de hipertensión, dislipemia, fibrilación auricular (FA) paroxística e hipotiroidismo autoinmune acudió al servicio de Urgencias porque presentaba desde hacía 2 semanas disnea de mínimos esfuerzos.

**Métodos:** A su llegada TA 170/100 mmHg, FC 160-180 lpm, saturación oxígeno 98%. En exploración física presentaba datos de insuficiencia cardiaca. Se solicitó ECG con FA a 165 lpm sin otras alteraciones y radiografía de tórax compatible con fallo cardiaco. Ingresó en Cardiología para control de FC, pero la paciente revirtió espontáneamente a ritmo sinusal. Historia da en planta refería dificultad para tragar de larga evolución que se había acentuado en las últimas semanas y estridor.

**Resultados:** Tras revisar radiografía de tórax apreciamos desviación traqueal a la izquierda e importante ensanchamiento mediastínico. Por este motivo, ante la sospecha de bocio intratorácico, solicitamos un TC de tórax el cual describió un arco aórtico derecho con arteria subclavia aberrante originándose desde el divertículo de Kommerell.

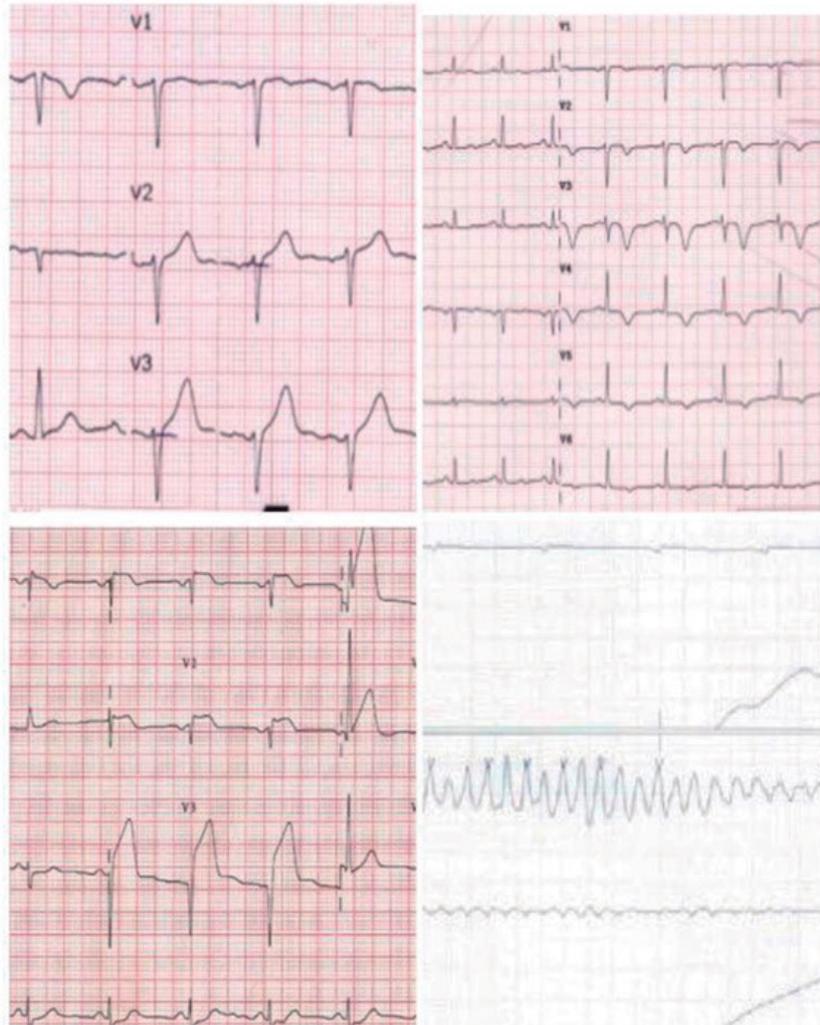


**Conclusiones:** Esta anomalía congénita del desarrollo de los arcos aórticos es infrecuente en la población y consiste en un remanente del arco aórtico distal derecho del embrión del que se origina una dilatación aneurismática (divertículo de Kommerell) que da lugar a una subclavia izquierda aberrante generando un anillo vascular que comprime el esófago, lo que justificaría la clínica de estridor y de disfagia (disfagia lusoria). Constituye una posibilidad diagnóstica a tener en cuenta en pacientes con esta sintomatología y ensanchamiento mediastínico en la radiografía. Debido a la edad de la paciente se decide de forma conjunta tratamiento conservador.

## O04. FIBRILACIÓN VENTRICULAR SECUNDARIA A VASOESPASMO POR PROBABLE SÍNDROME DE KOUNIS TIPO I

C. Urraca, L. Expósito, R. Ramos, A. Prieto, M. Cubells, V. Ferrer, S. Díaz y M.I. Barrionuevo

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete.



Comunicación O04 Figura

**Introducción:** Mujer de 32 años alérgica a la lactosa sin factores de riesgo cardiovascular con antecedentes de asma e IAMSEST anterior por vasoespasmos que consultó por dolor torácico que remitió con nitratos. En los ECG iniciales se evidenció ascenso del ST de V2 a V4 con rectificación posterior y negativización de ondas T.

**Métodos:** La paciente ingresó en la unidad coronaria tratándose con calcioantagonistas y nitratos. Se intentó suspender la nitroglicerina pero la angina recurrió con nueva elevación del ST de V2 a V4 y en cara inferior. Además, presentó sin dolor torácico previo, un episodio de TV polimorfa-FV sin alteraciones iónicas. Se evidenció eosinofilia y puesto que era alérgica a la lactosa, se suspendieron los fármacos con dicho excipiente, barajándose el diagnóstico de síndrome de Kounis tipo I.

**Resultados:** Posteriormente en tratamiento con calcioantagonistas y nitratos quedó asintomática. Ante la posibilidad de presentar nuevos episodios alérgicos que pudieran desencadenar vasoespasmos, habiendo sufrido ya una TV polimorfa-FV, se decidió implantar un DAI en prevención secundaria. Posteriormente permaneció asintomática sin arritmias ni terapias en los chequeos del DAI.

**Conclusiones:** El síndrome de Kounis se define como la aparición simultánea de eventos coronarios agudos y reacciones alérgicas. Se produce durante una reacción alérgica en pa-

cientes sin factores de riesgo cardiovascular ni lesiones coronarias (Kounis tipo I) que induce un espasmo coronario microvascular. Debe sospecharse en pacientes con angina vasoespástica, asma bronquial y alergias. El tratamiento es el de la reacción alérgica asociado a nitratos y calcioantagonistas evitando los bloqueadores beta y siendo cautelosos con la morfina que puede inducir la desgranulación de los mastocitos.

#### O05. PROYECTILES EN VENTRÍCULO DERECHO. ¿SIN PUERTA DE ENTRADA?

G. Pinillos<sup>1</sup>, A. Gutiérrez<sup>1</sup>, L. Álvarez<sup>1</sup>, I. Ruiz<sup>1</sup>, M. Gómez<sup>2</sup>, E. Sufrate<sup>1</sup>, L. Alonso<sup>1</sup> y P.M. Azcárate<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Cardiología, Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja. <sup>2</sup>Departamento de Cardiología, Hospital Universitario de Burgos, Burgos.

**Introducción:** Varón de 39 años atendido en urgencias por herida por arma de fuego a la altura del cuello mientras cazaba. A la exploración física destaca la existencia de múltiples orificios de entrada a nivel hemicara y hemicuello derecho y alguno por encima de la línea de cintura escapular, el resto del tórax y abdomen no presentaban lesiones cutáneas.

**Métodos:** Se realiza tomografía axial objetivando múltiples perdigones en cara, cuello y 2 perdigones intracardiacos en ventrículo derecho. No presentaba neumotórax ni alteraciones pericárdicas. Es intervenido por hematoma cervical derecho y alteraciones en vena yugular interna derecha, siendo necesaria la enucleación del ojo derecho. La valoración ecocardiográfica objetiva en plano apical 4 cámaras la presencia de un cuerpo pequeño hiperecogénico con sombra acústica posterior localizado en porción medioapical de septo interventricular. En plano paraesternal grandes vasos se apreciaba una estructura similar, alojada en anillo tricuspídeo, sin afectar al funcionamiento de la válvula.

**Resultados:** Dada la trayectoria del disparo y a la ausencia de complicaciones torácicas, el mecanismo más probable es la «embolización» desde la vena yugular.



**Conclusiones:** La presencia de proyectiles en estructuras cardiacas puede producirse por impacto directo en tórax, siendo mucho más infrecuente que lleguen a las cavidades cardiacas por impacto de proyectiles en otra localización anatómica, afectando estructuras vasculares y embolizando hasta el endocardio. Se trató al paciente de manera conservadora con buena evolución. No hay evidencia que apoye la actitud terapéutica que debe seguirse en estos casos. Si existe estabilidad clínica, el tratamiento conservador con seguimiento periódico es una opción adecuada.

#### O06. UN SOPLO VALE MÁS QUE MIL PALABRAS

P. Sánchez-Aguilera, A. Martínez, H. Contreras, A. Cebollada, J. Sánchez-Prieto, M.Á. Sastre, M. Baquero y C. Maicas

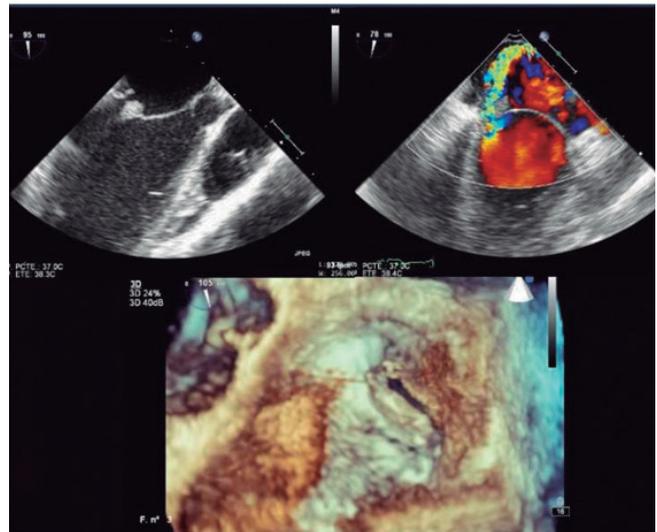
Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo.

**Introducción:** Se describe el caso de un varón de 19 años con fiebre en picos de 2 meses de evolución sin síndrome constitucional ni semiología infecciosa focal. Tumefacción, eritema y aumento de temperatura en pie derecho secundarias a infección de partes blandas; y soplo pansistólico mitral. Había realizado un ecocardiograma 4 meses antes como cribado de rutina en deportistas, siendo un estudio normal sin valvulopatías.

**Métodos:** Se realiza ecocardiograma que muestra una insuficiencia mitral grave excéntrica con jet único dirigido a la pared lateral de la aurícula con efecto Coanda por rotura del velo anterior mitral (A3) y rotura del festón comisural postero-medial con probable vegetación adosada a la porción de velo roto; compatible con endocarditis infecciosa (EI) subaguda sobre válvula nativa mitral normal. En hemocultivos se aislaron *Streptococcus gordonii* (grupo *viridans*). Se decidió completar ciclo de antibioterapia y plantear posibilidades de reparación valvular posterior.

**Resultados:** La EI sobre un corazón aparentemente sano es infrecuente pero la incidencia ha aumentado en los últimos

años, con un perfil microbiológico más virulento y mayores tasas de complicación; sin estar claro el mecanismo fisiopatológico involucrado: posible afectación valvular infradiagnóstica (predominantemente prolapso mitral), consumo de drogas vía parenteral o lesiones valvulares por flujos turbulentos en hipertensos mal controlados, enfermedad renal en hemodiálisis o apneas del sueño: condiciones más frecuentes en hombres, de mayor edad, diabéticos, con afectación tricúspide y aórtica secundarias a estafilococo o enterococo.



**Conclusiones:** El estudio de pacientes con endocarditis sobre válvula nativa aparentemente normal es necesario para un conocimiento más completo de la entidad.

#### O07. UN HALLAZGO FUERA DE CATÁLOGO

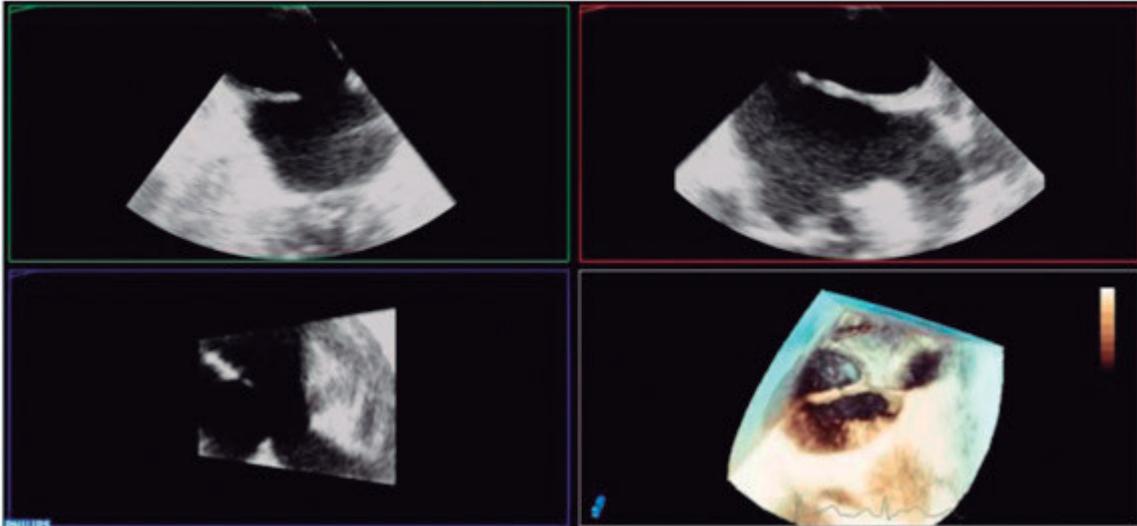
Á. Montes, A. Cecconi, A. Rojas, J. Perich, C. de Rueda, Á. Gamarra, L.J. Jiménez Borreguero y F. Alfonso

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

**Introducción:** Una mujer de 51 años dislipémica sin historia cardiológica previa consulta por dolor torácico de características atípicas. Dentro de los estudios complementarios se realiza un ecocardiograma transtorácico que muestra una estructura aparentemente membranosa que divide la aurícula izquierda transversalmente en 2 cámaras distintas, sin generar gradientes obstructivos, compatible con *cor triatriatum*, por lo que se solicita un ecocardiograma transesofágico para caracterizar mejor anatómicamente dicho hallazgo.

**Métodos:** Mediante el uso del 3D se observa que la estructura es verdaderamente una banda de apariencia fibromuscular con inserción en el septo interauricular y en la cara lateral de la aurícula izquierda, donde se inserta mediante una pequeña membrana por encima de la orejuela, a nivel del ligamento de Marshall, como puede apreciarse en la figura. El resto de la prueba no mostró alteraciones estructurales de interés.

**Resultados:** El *cor triatriatum* es una cardiopatía congénita poco frecuente consistente en una aurícula dividida en 2 cámaras por un septo fibromuscular. La teoría embriológica más aceptada es la de la «malincorporación» de la vena pulmonar común, asociando en ocasiones drenaje anómalo de venas pulmonares y CIA ostium secundum.



Comunicación O07 Figura

**Conclusiones:** Existen varias clasificaciones y ninguna de ellas describe una estructura como la hallada en nuestra paciente, que probablemente se trate de un estadio incompleto dentro del espectro de esta cardiopatía. La tecnología 3D ha ayudado a revelar la morfología en este caso, por lo que parece necesaria una actualización de dichas clasificaciones incorporando nuevos datos aportados por esta herramienta.

#### O08. ASCENSO EN LA CARRERA

V. González, J. Górriz, J. García, B. Izquierdo, M.J. Espinosa, B. Alcón, A. Fraile y J. Alonso

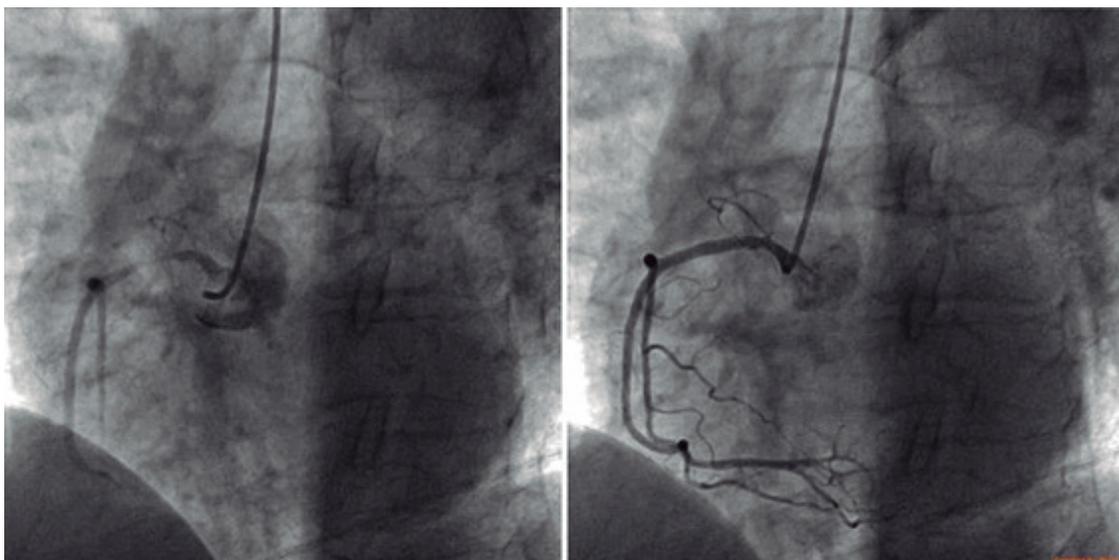
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid.

**Introducción:** Mujer de 57 años, con dislipemia y artritis reumatoide en tratamiento con leflunomida. Comienza con clínica de angina de esfuerzo en enero de 2019, por la que se inicia tratamiento médico.

**Métodos:** Ingresa en su hospital de referencia, se realiza ecocardiograma que evidencia ausencia de cardiopatía estructural y ergometría que resulta eléctricamente negativa y clínicamente positiva únicamente al máximo esfuerzo, se la diagnostica de angina de buen pronóstico e iniciando seguimiento ambulatorio. Un mes más tarde sufre un síncope precedido de dolor torácico y empeoramiento de clase funcional los días previos, por lo que se realiza cateterismo que no muestra lesiones angiográficas significativas. Es diagnosticada de probable angina microvascular y citada para ergo-MIBI.

**Resultados:** Al realizar esta segunda ergometría, se evidencia elevación ST inferior y de V4-V6 y BAV completo transitorio, alteraciones que normaliza con el reposo. Se traslada para coronariografía. En la misma se objetiva lesión significativa en CD proximal, que revierte completamente tras un comprimido de nitroglicerina sublingual, sin otras lesiones.

**Conclusiones:** Es diagnosticada de vasoespasma coronario, por lo que se inicia tratamiento con antagonistas del calcio, con desaparición de la clínica hasta el momento actual.



Comunicación O08 Figura

### O09. UN CASO ATÍPICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA: CARDIOPATÍA CARCINOIDE

R. Mateos-Gaitán<sup>1</sup>, E. Zatarain-Nicolas<sup>1</sup>, R. Prieto Arévalo<sup>1</sup>, A. Calvo-Ferrándiz<sup>2</sup>, L. Rodríguez-Bachiller<sup>3</sup>, J.C. Percovich<sup>4</sup>, R. Fortuny<sup>5</sup> y F. Fernández-Avilés<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CiberCV, Instituto de Investigación Biomédica Gregorio Marañón, Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Oncología Médica, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Cirugía General, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Endocrinología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. <sup>5</sup>Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Introducción:** Mujer de 46 años, sin antecedentes de interés. Consulta por disnea, edemas, palpitaciones y sofocos. Hallazgo de soplo sistólico suave en foco tricúspide, se iniciaron diuréticos y se solicitó ecocardiograma.

**Métodos:** Hallazgo de válvula tricúspide con insuficiencia libre y válvula pulmonar con doble lesión ligera, ambas con engrosamiento y retracción, ventrículo derecho (VD) dilatado, normocontráctil y con sobrecarga de volumen. Se realizó resonancia cardíaca comprobando normofunción del VD. Con la sospecha de síndrome carcinoide (SC) con afectación valvular se comprobaron metanefrinas, cromogonina A y 5-hidroxiindolacético elevados en suero y tumor primario en íleon con extensa afectación metastásica hepática. Se confirmó con biopsia hepática tumor neuroendocrino bien diferenciado de bajo grado (TNBG) y por tanto la sospecha de SC con afectación valvular grave.

**Resultados:** Se consensuó tratamiento en sesión multidisciplinar. Se realizó doble sustitución valvular biológica tricúspide y pulmonar previa profilaxis de síndrome serotoninérgico. Anticoagulación con enoxaparina sc hasta cirugía abdominal laparoscópica de resección del TNBG primario y de metástasis hepáticas izquierdas. Pendiente actualmente de radioembolización de metástasis hepáticas derechas y cirugía curativa.

**Conclusiones:** Los TNBG son más frecuentes en aparato gastrointestinal y respiratorio, presentando metástasis el 75% al

diagnóstico. El SC es secundario a la sobreproducción hormonal en el 20-30% de casos. Más del 50% presentan afectación cardíaca: casi todos tricúspide, 50% pulmonar y 90% dilatación de cavidades derechas. El momento de la sustitución valvular, la prótesis elegida, la anticoagulación, el control sintomático mediante análogos de somatostatina, la prevención de crisis serotoninérgicas y la coordinación con la cirugía tumoral son clave para el éxito.

### O10. AMILOIDOSIS AL CARDIACA. LA IMPORTANCIA DE PERSEVERAR EN EL DIAGNÓSTICO

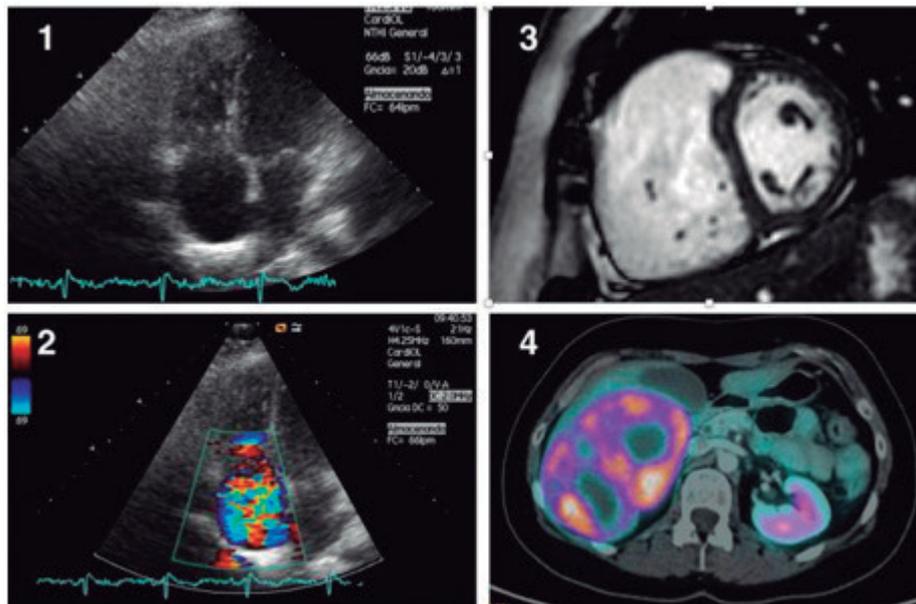
A. Carta Bergaz, C. Ortiz-Bautista y F. Fernández-Avilés

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

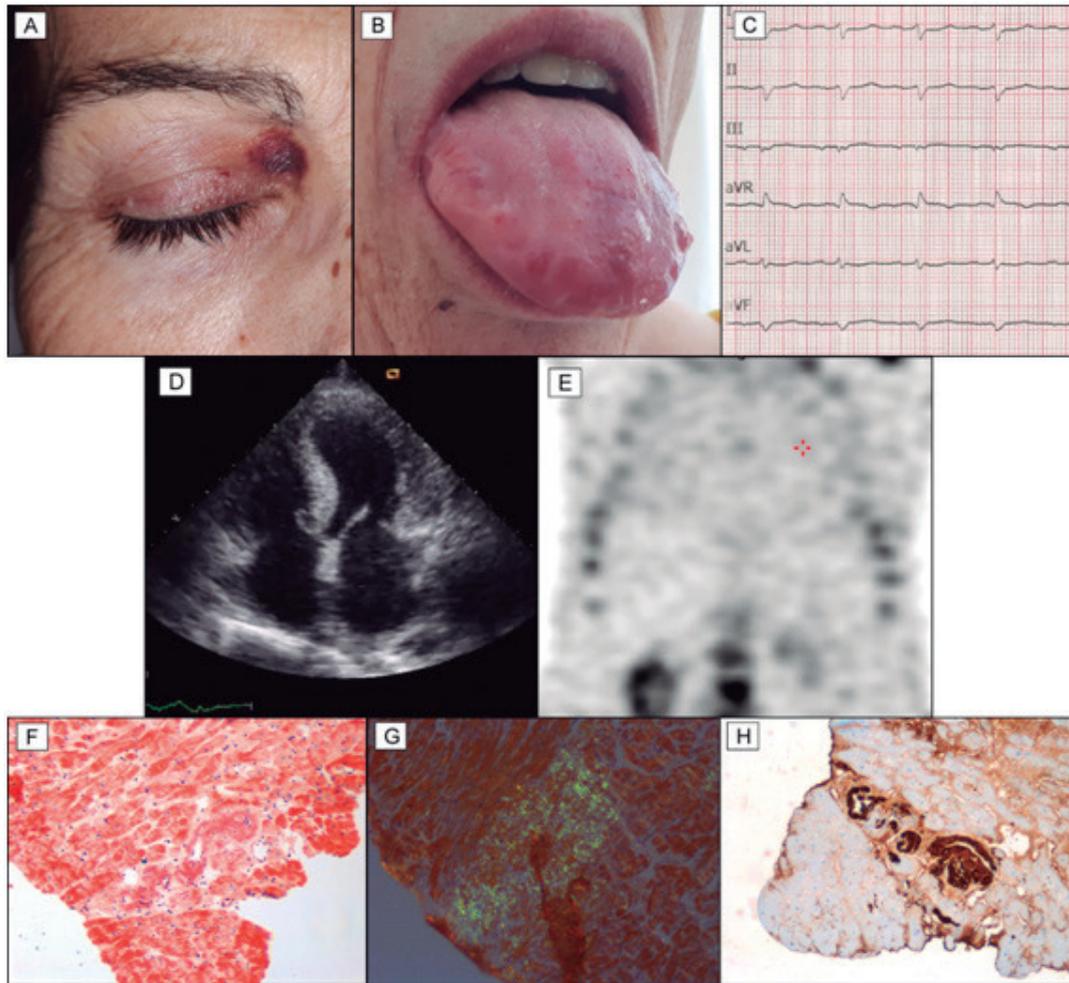
**Introducción:** Se describe el caso de una mujer de 71 años que ingresó en nuestro centro por un segundo episodio de insuficiencia cardíaca aguda (ICA). A la exploración física presenta crepitantes bibasales, edemas en miembros inferiores, signo de Kussmaul, macroglosia y equimosis periorbitarias bilaterales (figura A-B).

**Métodos:** El ECG evidenciaba un QRS con bajos voltaje en derivaciones bipolares (figura C). La paciente había ingresado por primer episodio de ICA en otro hospital recientemente y tenía antecedente de un síndrome de túnel carpiano y una gammapatía monoclonal de significado incierto. Cuando ingresó por primera vez, el ecocardiograma evidenció un ventrículo izquierdo con espesores parietales aumentados (figura D) y una fracción de eyección preservada con datos de fisiología restrictiva. Se realizaron aspirados de médula ósea esternal y biopsias de grasa abdominal y mucosa gástrica, no existiendo células plasmáticas neoplásicas y descartándose la amiloidosis.

**Resultados:** En nuestro centro la paciente mejoró con diuréticos pero permaneciendo sintomática. Se detectó una paraproteína IgG-lambda en orina y suero y, salvo por anemia leve, proteinuria y biomarcadores cardíacos elevados, el resto de análisis eran anodinos. Amén de haberse descartado la amiloidosis, siendo otras etiologías improbables y el cuadro



Comunicación O09 Figuras 1 y 2 (ETT: 4 cámaras y Doppler color): retracción de velos e insuficiencia tricúspide libre. Figura 3 (RM, eje corto): rectificación del septo interventricular. Figura 4 (PET-TC, corte abdominal): captación extensa en metástasis hepáticas.



Comunicación O10 Figura

clínico estereotípico de amiloidosis, se realizó un SPECT-pirofosfato-tecnecio que no mostraba captación miocárdica (figura E) y una biopsia de médula ósea diagnóstica de mieloma múltiple.

**Conclusiones:** Siguiendo la navaja de Occam, se realizó una biopsia endomiocárdica que mostró depósitos amiloide rojo-Congo con birrefringencia verde-manzana bajo luz polarizada; la inmunohistoquímica para cadenas ligeras tipo lambda confirmó la amiloidosis AL (figura F-H).

### O11. ¿MIOCARDITIS?

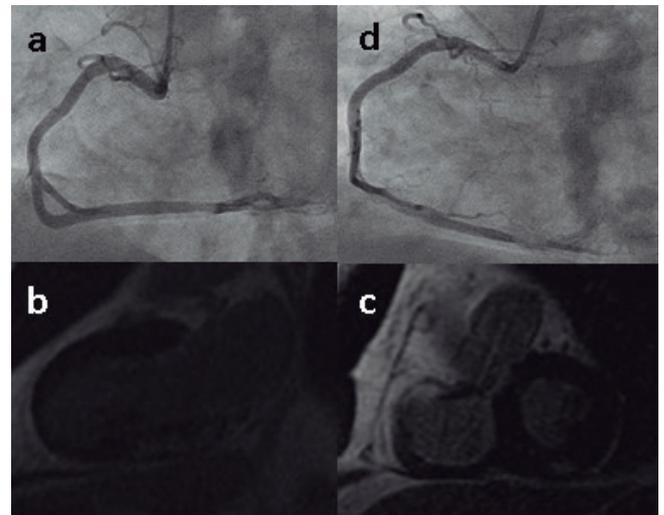
C. Marco, I. González, V. Espejo, V. Artiaga, E. Magallanes-Ribeiro, E. Batlle y P. Robles

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid.

**Introducción:** Varón de 61 años, HTA, fumador, derivado por los servicios de emergencias como código IAM por dolor torácico típico para cardiopatía isquémica de unas 10 horas de evolución con corriente de lesión subepicárdica inferoposterolateral y Q inferior en ECG.

**Métodos:** Administran carga de AAS y clopidogrel. En coronariografía emergente no se aprecian lesiones reseñables (a). Presenta pico enzimático de troponina I 9 ng/ml y CPK 345 U/L. En ecocardiograma, FEVI normal, sin alteraciones segmentarias. En la resonancia cardíaca presenta realce tardío con capta-

ción medio-basal posteroinferior de epicardio y mesocardio, sugestivo de miocarditis focal (b y c). Se sospecha entonces mio-pericarditis.



**Resultados:** Tres meses después reingresa nuevamente con dolor torácico típico para cardiopatía isquémica y corriente de lesión subepicárdica inferoposterolateral en ECG. Ecocar-

diograma urgente con FEVI conservada, aunque acinesia sin adelgazamiento medio-basal inferior. En coronariografía urgente se objetiva lesión suboclusiva en coronaria derecha distal (d). Se implantan 2 stents farmacoactivos en ramo posterolateral en T con IVP. Pico enzimático de 5,6 ng/ml troponina I y 182 U/L CPK. Se revisa coronariografía de ingreso previo, observándose hiperclaridad en la misma zona de la actual lesión suboclusiva de coronaria derecha, lo que podría corresponder (visto a posteriori) con una placa con carga trombótica que se recanalizó tras carga de doble antiagregación, tratándose el episodio actual de un reinfarto.

**Conclusiones:** Este caso clínico es un ejemplo muy interesante para recordar que siempre debemos evaluar al paciente en su conjunto y que las pruebas complementarias son solo complementarias, pudiendo llevarnos a engaño hasta las más sensibles y específicas.

#### O12. ASINCRONÍA GENERADA TRAS IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER, ¿SIEMPRE SIN RELEVANCIA?

C. Dejuán Bitriá, D. Carballeira Puentes, R. Concepción Suárez, D. Brau Queralt, R. Gómez y D. Martí Sánchez

Servicio de Cardiología, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid.

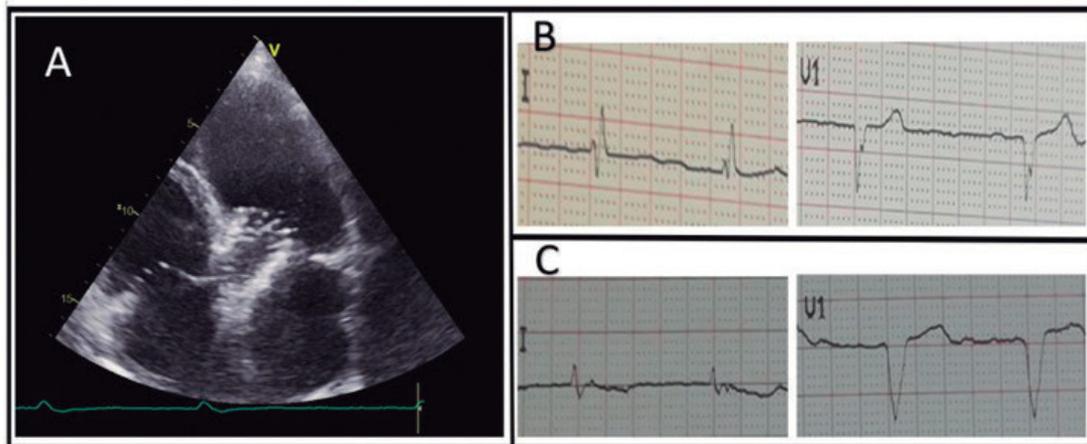
**Introducción:** Varón de 86 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y FA permanente, así como portador de válvula biológica aórtica desde el año 2004. Ingresa en planta de cardiología en febrero 2018 por empeoramiento

progresivo de la clase funcional objetivándose disfunción de la prótesis biológica por degeneración y prolapso de los velos causando IAo grave, manteniendo FEVI normal. Tras valorar su caso en un equipo multidisciplinar, se decide implante valvular aórtica transcáteter (TAVI) autoexpandible Evolut R programado para junio 2018.

**Métodos:** Se realiza implante de TAVI que se complica con un ictus isquémico, requiriendo tratamiento rehabilitador en un centro especializado, con buen resultado final. Acude a revisión 3 meses más tarde refiriendo discreta mejoría de la clase funcional. El ecocardiograma de control objetiva implante bajo de TAVI asociado a regurgitación holodiastólica periprotésica moderada, y en el electrocardiograma se observa alteración de la conducción intraventricular de nueva aparición. Posteriormente el paciente reingresa en 2 ocasiones por descompensación de insuficiencia cardiaca, destacando marcada asincronía secundaria al nuevo BCRIHH que causaba disfunción grave del VI (30% por Simpson).

**Resultados:** Dada la situación del paciente, se programó para implante de dispositivo de resincronización cardiaca en abril 2019. La evolución clínica posterior ha sido favorable.

**Conclusiones:** Es frecuente encontrar alteraciones de la conducción de nueva aparición tras el implante de una TAVI autoexpandible, siendo lo más frecuente un BRI. Este caso pone de manifiesto el impacto que esto puede generar tanto a nivel hemodinámico (importante deterioro de la FEVI por la asincronía generada) como en el empeoramiento de la clase funcional, suponiendo mayores tasas de reingresos por insuficiencia cardiaca y necesidad de implante de otros dispositivos como un resincronizador cardiaco.



Comunicación O12 Figura. A: Imagen ecocardiográfica (plano 5 cámaras) que muestra un implante bajo de la válvula aórtica autoexpandible Evolut R. B: Derivaciones I y V1 del ECG basal del paciente, preimplante de TAVI. C: Derivaciones I y V1 del ECG del paciente tras el implante de TAVI, objetivándose ensanchamiento del QRS con BCRIHH (DQRS 170 ms).