

34° Congreso Uruguayo de Cardiología

Temas libres premiados

Lunes 3 de diciembre de 2018. Horario: 08:30 – 11:30. Sala Matisse

5 RIESGO DE TROMBOSIS EN BIOPRÓTESIS AÓRTICA Y EVENTOS CLÍNICOS SEGÚN USO DE ANTICOAGULACIÓN. METAANÁLISIS DE LA EVIDENCIA ACTUAL

Julia Tabo¹, Valentina Resquin¹, Analía Souza¹, Leticia Umpi¹, Romina Urrutia¹, Carolina Silveira¹, Víctor Dayan²
1. Facultad de Medicina. 2. Centro Cardiovascular Universitario.

Antecedentes: el beneficio en la colocación de prótesis biológica en posición aórtica radica en no requerir uso de anticoagulación a largo plazo. Con el advenimiento de la colocación transcatóter de dicha prótesis, su uso ha aumentado así como también la evaluación de su función y riesgo de trombosis a mediano plazo. Se ha reportado un riesgo aumentado de trombosis y eventos clínicos en pacientes que reciben bioprótesis luego de sustitución quirúrgica (SVA) o transcatóter (TAVI) y permanecen sin anticoagulación oral (AO).

Objetivo: evaluar el beneficio clínico e imagenológico de la AO en pacientes con prótesis biológica luego de SVA o TAVI. Se comparará la incidencia de eventos clínicos (embolia, sangrado mayor, mortalidad) e imagenológicos (trombosis protésica) en pacientes bajo anticoagulación como mínimo 90 días y sin anticoagulación.

Método: se efectuó una búsqueda de artículos en PubMed, Cochrane Central y Scielo utilizando términos MeSH y conectores booleanos. Los términos de búsqueda fueron: “Anticoagulation AND bioprosthetic aortic valves” y “Anticoagulation AND Transcatheter aortic valve replacement”. Se incluyeron aquellos trabajos que informan acerca de los objetivos planteados. Para el análisis de eventos clínicos se incluyeron solo trabajos con pacientes que recibieron SVA o TAVI aislada o combinada con revascularización miocárdica y se excluyeron aquellos con pacientes con indicación preoperatoria de anticoagulación. Los estadísticos de resumen utilizados fueron odds ratio (OR). Se utilizó un modelo de efectos randomizados para poder calcular el estadístico de resumen y su intervalo de confianza del 95% (IC). Los resultados del metaanálisis se presentaron como diagrama de bosque. Se consideró significativo una $p < 0,05$.

Resultado: se identificaron 233 artículos, de los cuales se seleccionaron ocho. No evidenciamos diferencia significativa en la incidencia de eventos embólicos con el uso de AO (OR=1,01; IC95%: 0,63-1,61, $p=0,98$) ni de mortalidad a corto plazo (OR=1,10; IC95%: 0,77-1,56, $p=0,61$). El análisis global demostró que existe mayor incidencia de sangrado mayor en pacientes que recibieron AO (OR=1,60; IC95%: 1,04-2,48, $p=0,03$). El riesgo de trombosis protésica fue mayor en pacientes que no recibieron AO (OR=5,52; IC95%: 3,37-9,05, $p=0,001$).

Conclusión: el uso de anticoagulación oral en pacientes que reciben SVA o TAVI se asocia a menor riesgo de trombosis protésica pero mayor riesgo de sangrado. No hay diferencia en mortalidad a mediano plazo entre ambos grupos.

28 USO DE NT-PROBNP COMO PREDICTOR DE EVOLUCIÓN EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA

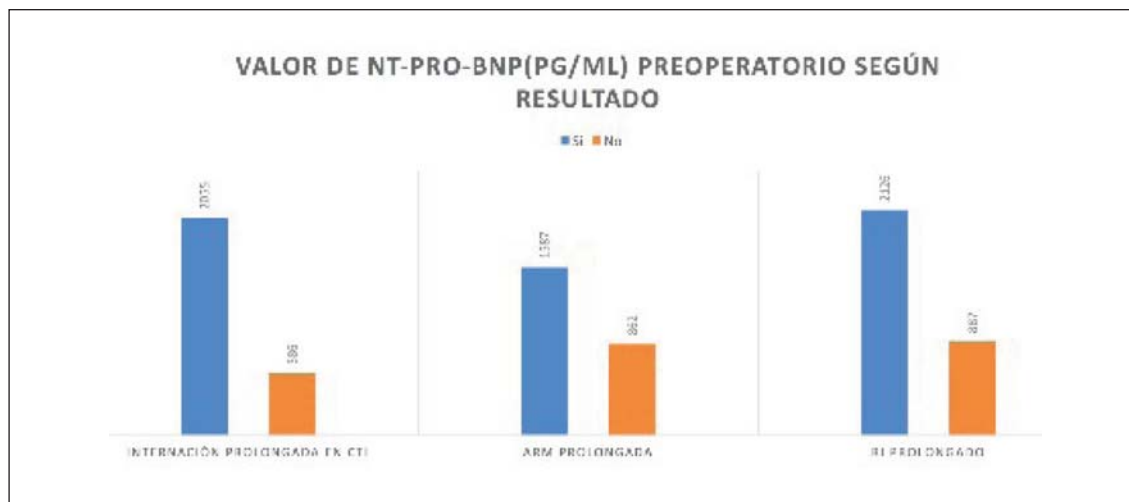
Macarena Lorente¹, Maximiliano Hernández², María José Arocena¹, Facundo Ríos¹, Amparo Fernández¹, Eloísa Silva¹, Diego Pérez Zepa¹, Darío Cabeza², Gerardo Soca¹, Jorge Estigarríbia³, Daniel Brusich², Víctor Dayan¹
1. Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca. 2. Hospital de Clínicas. 3. Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca-Hospital de Clínicas.

Antecedentes: el NT-Pro-BNP es un biomarcador para diagnóstico y pronóstico en insuficiencia cardíaca. Su uso como predictor pronóstico en el posoperatorio de cirugía cardíaca (CC) no está establecido.

Objetivo: nuestra hipótesis es que el valor del NT—pro-BNP en el preoperatorio de CC se asocia a evolución posoperatoria. Objetivo primario: evaluar su asociación con el tiempo de internación prolongada en CTI(IntProlCTI). Objetivos secundarios: asociación con el tiempo de asistencia respiratoria mecánica(ARM), requerimiento de inotrópicos(RI) y la evolución del NT-pro-BNP luego de la circulación extracorpórea (CEC).

Método: estudio multicéntrico prospectivo avalado por el comité de investigación. Se incluyeron pacientes operados desde marzo-agosto de 2018. Se dosificó el NT-pro-BNP durante la inducción anestésica y luego de CEC. Se comparó el NT-Pro-BNP de acuerdo a los factores de riesgo y procedimientos realizados mediante test de t o ANOVA y correlación de Pearson. Mediante análisis de curva ROC se determinó el área bajo de curva (AUC) y se evaluó el punto de corte del NT-pro-BNP en predecir IntProlCTI. Se definió como tiempo de internación en CTI, ARM y RI prolongado como aquella mayor a 2 días, 6 y 24 horas, respectivamente. Mediante logística multivariada se evaluó el valor predictor del NT-pro-BNP para cada una de las anteriores. Se utilizó como significativo un $p < 0,05$.

Resultado: se incluyeron 155 pacientes. La edad, creatininemia y FEVI fue de $65,8 \pm 11,4$; $1,15 \pm 1,10$ y $52,8 \pm 11,9$ respectivamente. La incidencia de sexo femenino, hipertensión, diabetes y dislipemia fue de 30,3%, 77,4%, 25,2% y 50,3%. Operados por coronariopatía aislada fueron 43,4%, insuficiencia aórtica (IAo) 18,7%, insuficiencia mitral (IM) 16,1%, otros 3%. El NT-Pro-BNP preoperatorio fue de 1.335 ± 2.243 pg/ml y el posoperatorio de 1.200 ± 2.171 pg/ml. La edad, creatininemia, FEVI, CFNYHA IV y dislipemia (protector) resultaron predictores del NT-Pro-BNP preoperatorio. En todos los casos hubo una disminución significativa entre el BNP preoperatorio y posoperatorio (diferencia de medias = 135 ± 468 pg/ml, $p < 0,001$). El NT-Pro-BNP preoperatorio fue mayor en pacientes con IntProlCTI, ARM y RI prolongado (figura 1), pero solo resultó ser predictor independiente para IntProlCTI (OR=1,62; IC95%: 1,11-2,35 $p=0,012$). El valor de corte para internación prolongada en CTI fue de 228 pg/ml (AUC=0,68).



Conclusión: el uso preoperatorio de NT-pro-BNP es de utilidad como una herramienta más en predecir evolución posoperatoria. La circulación extracorpórea se asocia a un descenso significativo de dicho marcador.

41 PERFIL CLÍNICO Y ETIOLÓGICO DE PACIENTES OPERADOS CON ENDOCARDITIS ACTIVA. SEGUIMIENTO A 10 AÑOS

Diego Pérez Zepa¹, Amparo Fernández¹, Facundo Ríos¹, Eloísa Silva¹, Macarena Lorente¹, María José Arocena¹, Jorge Estigarribia¹, Gerardo Soca¹, Víctor Dayan¹

¹. Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca.

Antecedentes: la endocarditis infecciosa es una enfermedad con elevada morbimortalidad. El 50% requiere tratamiento quirúrgico. En nuestro medio se desconocen las características clínicas y evolutivas de los pacientes operados con endocarditis activa.

Objetivo: Primario: determinar mortalidad operatoria (MO) y sobrevida a largo plazo. Secundario: definir predictores de embolias, complicaciones locales (CL), MO y endocarditis protésica (EP) en la evolución.

Método: trabajo retrospectivo aprobado por el comité de investigación de la institución. Se identificaron en la base de datos los pacientes sometidos a cirugía por endocarditis activa entre enero de 2006 y diciembre de

2017. Se extrajeron variables demográficas, etiológicas, quirúrgicas, ecocardiográficas y evolutivas. Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar, las categóricas como porcentaje. Las comparaciones se realizaron mediante test de t y chi cuadrado. Mediante regresión logística multivariada se identificaron predictores para los objetivos enunciados. Se ingresaron para el análisis variables con $p < 0,1$ en el univariado. La sobrevida a largo plazo se analizó mediante Kaplan-Meier. Se consideró significativo una $p < 0,05$.

Resultado: se incluyeron 101 pacientes cuyas características se describen en la tabla 1. Los gérmenes más frecuentes fueron: enterococo (14,9%) y estafilococo aureus (14,9%). El cultivo valvular fue positivo en 16,8%. La topografía fue protésica en 20,8%, aórtica 46,5%, mitral 23,8% y mitro-aórtica 13,9%. La MO fue 11,3% y 29,5% ($p=0,025$) para los casos sin y con CL, siendo esta última el único predictor independiente de mortalidad (OR=3,3; IC95%: 1,0-11,3). El 47,5% presentó CL, siendo la más frecuente el absceso (25,7%), los predictores independientes fueron: EP (OR=5,8; IC95%: 1,4-24,3), endocarditis aórtica (OR=2,9; IC95%: 1,1-7,8) y sexo masculino (OR=3,5; IC95%: 1,1-11,4). La incidencia de EP precoz fue 3% y tardía 4%. De los pacientes con EP en la evolución, 85,7% tenía CL ($p < 0,05$) y 28,6% bicuspidismo aórtico ($p < 0,05$). El 31,7% presentaba embolias, fueron predictores independientes: estafilococo aureus (OR=4,6; IC95%: 1,2-18,6) y vegetación en velo mitral posterior (OR=3,2; IC95%: 1,1-10,7). Sobrevida a cinco y diez años: $88,20 \pm 0,04$ y $81,50 \pm 0,05$ años (figura 1).

Variable	
Edad (años \pm DE)	57,9 \pm 15,4
Sexo masculino (%)	78(72,9)
Diabetes (%)	20(23,5)
Hipertension (%)	43(50,6)
Tabaquismo (%)	25 (29,4)
Insuficiencia renal crónica (%)	5 (5,9)
VAB (%)	8 (7,9)
Creatininemia (mg/dl \pm DE)	1,1 \pm 1,0
FEVI (%)	58,5 \pm 10,6
Topografía nativa (no protésica combinada) (%)	
Aórtica	47 (46,5)
Mitral	24 (23,8)
Mitro-aórtica	14 (13,9)
Otros	9 (7,9)
Endocarditis protésica (%)	21 (20,8)
Puerta de entrada (%)	37 (34)
Fiebre al momento de cirugía (%)	18 (17,8)
Días diagnóstico-cirugía (días \pm DE)	19,3 \pm 13,5
Embolias (%)	32(31,7)
Germen (%)	
Estafilococo aureus	15 (14,9)
Enterococo	15 (14,9)
Viridians	12 (11,9)
Otros	31 (31,1)
Cultivo negativo	28 (27,7)
Cultivo valvular positivo (%)	17 (15,8)
Tamaño máximo de vegetación (mm \pm DE)	14,0 \pm 8,6
Complicaciones locales (%)	48 (47,5)

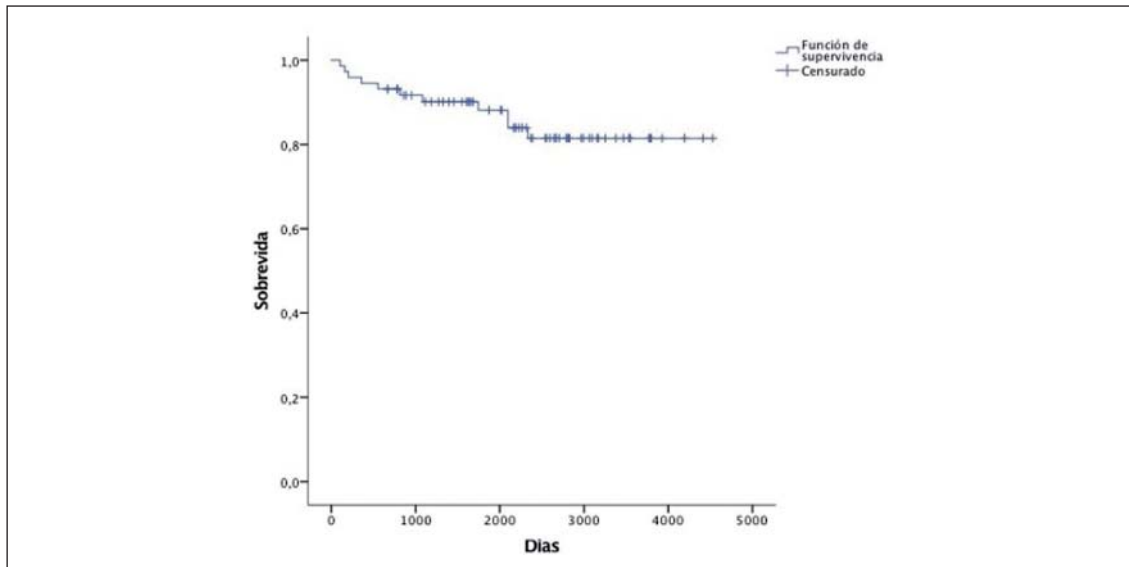


Figura 1

Conclusión: la MO de la endocarditis activa en nuestro medio es alta y similar a la reportada internacionalmente. Las CL y el bicuspidismo aórtico se asocian a EP en la evolución. El diagnóstico precoz evitaría las CL, que es el principal predictor de muerte. La sobrevida a largo plazo es muy buena.

6 PREVALENCIA DE SEPTAL POUCH EN UNA COHORTE DERIVADA PARA ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO

Gimena Loza¹, Carlos Américo¹, Bárbara Janssen¹, Andreina Gómez¹, Arturo Pazos¹, Gabriel Parma¹, Lucía Florio¹
¹. Cátedra de Cardiología, Centro Cardiovascular Universitario, Hospital de Clínicas.

Antecedentes: los defectos del septum interauricular (SIA) son frecuentes e incluyen la CIA, el aneurisma y el foramen oval permeable (FOP). Últimamente se ha identificado una entidad conocida como septal pouch (SP). Datos sobre la prevalencia son escasos, siendo entre 30%-50% en la población general. El rol como fuente de cardioembolia es discutido.

Objetivo: el objetivo primario es determinar la prevalencia y caracterizar el septal pouch; en forma secundaria definir la concordancia interobservador para su diagnóstico.

Método: estudio observacional, descriptivo y analítico. Se reclutaron en forma prospectiva sujetos consecutivos derivados para ETE entre el 20/4/2018 y el 30/8/2018. Se registraron datos patronímicos, antecedentes personales de ACV, ritmo cardíaco y motivo del estudio. Se definió la presencia de SP y se caracterizó como *left-sided septal pouch* (LSSP) o *right-sided septal pouch* (RSSP); se midió profundidad, presencia de trombo en su interior y se completó estudio ecocardiográfico. Las imágenes fueron evaluadas por dos ecocardiografistas ciegos entre sí. Las variables cualitativas se presentan en frecuencia relativa, las cuantitativas en mediana e intervalo intercuartil. La concordancia en el diagnóstico de SP fue evaluada por índice Kappa. Se analizaron asociaciones por test de chi cuadrado.

Resultado: se realizaron 60 ETE, 10 fueron excluidos (tres por tener Amplatz, cinco por no tener registro gráfico, dos estudios por ser segundo ETE). Se incluyeron 50 sujetos. Las características basales se muestran en la tabla 1, y los resultados generales en la tabla 2. La prevalencia de SP fue de 0,5 (FR), 0,46 LSSP y 0,04 RSSP. El índice Kappa interobservador para el diagnóstico de SP es de 0,68, error estándar 0,14 ($p=0,000$); 84% de acuerdo. 14 sujetos tuvieron ACV, en 9 de ellos se diagnosticó SP (chi cuadrado $p=0,23$); 18 pacientes tenían FA/flutter, la mitad de ellos tenían SP (chi cuadrado $p=0,9$).

Tabla 1. Características basales de la población y motivo solicitud ETE (n=50)

Sexo masculino	32 (0,64)*
Edad (años)	57,5 (51,75-67,25)**
Hipertensión arterial	32 (0,64)*
Diabetes mellitus	13 (0,26)*
Dislipemia	16 (0,32)*
Tabaquismo	25 (0,50)*
Alcoholismo	7 (0,14)*
Enfermedad coronaria	12 (0,24)*
FA/Flutter	18 (0,36)*
ACV previo	14 (0,28)*
Descartar/valorar EI*	12 (0,24)*
Previo a cardioversión eléctrica o ablación FA*	9 (0,18)*
Valoración mitral*	9 (0,18)*
Estudio ACV*	7 (0,14)*
Valoración aorta*	6 (0,12)*
Otros*	7 (0,14)*

* N (FR); ** mediana (IQ)

Tabla 2. Resultados ecocardiográficos de la población. n=90

Hallazgos del septum interauricular	
Septal pouch *	25 (0,50)
LSSP*	23 (0,46)
RSSP*	2 (0,04)
Trombo SP*	1((1,02)
Profundidad SP mm**	15 (12,5-21)
FOP*	3 (0,06)
CIA*	1(0,02)
Aneurisma del SIA*	3 (0,06)
Humo Alz/Orejuela izquierda*	16 (0,32)
Trombo Alz/Orejuela izquierda*	6 (0,12)
Velocidad vaciado orejuela izquierda cm/seg**	50 (32,7 – 64,7)
Estenosis mitral*	2 (0,04)
FEVI %**	50 (43,7 – 60)
Área Alz cm ² **	22 (18 – 29,2)
DDVI mm**	49 (45 – 55,5)

* N (FR); ** mediana (IQ)

Conclusión: la prevalencia de SP fue de la mitad de la población (podría considerarse una variable de la normalidad), predominando ampliamente el LSSP, con buena concordancia en su diagnóstico. Se trata de un hallazgo subdiagnosticado, que interesa continuar investigando su posible asociación con ACV. Según nuestros datos, no parece vincularse la presencia de SP con la presencia de FA.

36 REGISTRO DE VALVULOPLASTIAS AÓRTICAS EN UN CENTRO DE MONTEVIDEO, URUGUAY

Juan Albistur¹, Gimena Loza¹, Juan Bachini¹, Pedro Trujillo¹, Rafael Mila¹, Álvaro Niggemeyer¹, Ariel Durán¹, Gustavo Vignolo¹

1. Cátedra de Cardiología, Centro Cardiovascular Universitario, Hospital de Clínicas.

Antecedentes: la EAo es la valvulopatía más frecuente, la sustitución valvular es el único tratamiento eficaz. La valvuloplastia aórtica percutánea (VAP) tiene resultados transitorios, su indicación está restringida a pacientes inestables como terapia puente o paliativa. A nivel nacional existe poca evidencia al respecto de indicación, éxito y complicaciones.

Objetivo: determinar la indicación, eficacia, complicaciones y mortalidad de las VAP realizadas en nuestro centro entre enero 2006-setiembre 2018. Secundariamente, determinar la terapia definitiva y tiempo a la misma.

Método: estudio retrospectivo, descriptivo. Se incluyeron todas las VAP realizadas en el período de estudio. Se revisaron historias clínicas registrando en una base de datos anónima variables de interés. Se definió VAP como puente a la decisión, aquella que se realiza como prueba terapéutica o en presencia de enfermedad extracardíaca con pronóstico desconocido. Las variables cualitativas se presentan en valor absoluto y porcentaje; las cuantitativas en mediana e intervalo intercuartilo. Se utilizó prueba de Wilcoxon para variables dependientes, $p < 0,05$. Para sobrevida se realizaron curvas de Kaplan-Meier. Protocolo enviado a comité de ética.

Resultado: se registraron 28 casos, no hubo casos excluidos. Las características basales se muestran en la tabla 1. El objetivo de la VAP fue: terapia puente a la decisión 11 casos (39,2%); puente al tratamiento definitivo 12 (42,8%), y paliativo 5 (18%). Las indicaciones más frecuentes fueron: IC refractaria 10 casos (35,7%) y shock cardiogénico 9 casos (32,1%). Los datos del procedimiento se muestran en la tabla 2; 19 pacientes fallecieron (67,8%), nueve de ellos durante la internación. La muerte fue cardiovascular en nueve casos (dos *stroke*), cuatro neoplasias preexistentes, dos EPOC, cuatro casos sin datos. La mediana de sobrevida es de 59 días (IQ 412-5). Seis pacientes recibieron tratamiento definitivo, cuatro TAVI y dos CC. La mediana de tiempo (días) de la VAP a la TAVI fue 233 (IQ 135-299) y a la CC 47.

Tabla 1. Características generales de los pacientes (n=28)

Variable	n (%)
Edad años	79,5 (73-85,5)*
Sexo femenino	17 (60,7)
Tabaquista	13 (46,4)
Alcoholismo	2 (7,1)
Diabetes mellitus	9 (32,1)
Hipertensión arterial	24 (85,7)
Dislipemia	7 (25)
Filtrado glomerular mL/min/1,73 m ²	58 (50-79)*
Enfermedad renal en diálisis	2 (7,1)
Arteriopatía obstructiva crónica MMII	1 (3,6)
EPOC	5 (18,5)
Marcapaso	1 (3,6)
Antecedente de IAM	3 (10,7)
Antecedente de stroke	1 (3,6)
FA/flutter	9 (32,1)
CRM previa	2 (7,1)
ATC previa	1 (3,6)
FEVI %	41,5 (31,5-60) *

continúa en la página siguiente

viene de la página anterior

Variable	n (%)
Cáncer	6 (21,4)
Radioterapia torácica	1(3,6)
Quimioterapia	1(3,6)
STS mortalidad	13,4 (5,5-31,6) *
STS morbimortalidad	50,7 (32,7-75,7)*
Estenosis coronarias	13 (46,4)
Sincope	3 (10,7)
Angor	11 (39,3)
CC CF I-II	3 (27,3)
CC CF III-IV	8(72,7)
Disnea	27 (96,4)
NYHA I-II	4 (14,8)
NYHA III-IV	23 (85,2)

* mediana (IQ)

Tabla 2. Datos del procedimiento (n=28)

Variable	Pre VAP	Post VAP	p	% reducción
Gradiente pico a pico mmHg	59 (40,75-103,5)*	35 (20-44,25)*	<0,001	50(35.60)*
Gradiente máximo mmHg	74,5 (62,25-93,5)*	44 (37,5-57)*	<0,001	41,7 (28,2-55,4)*

Variable	n (%)
N° de insuflaciones	2 (2-3)
N° de balones utilizados	1 (1-2)*
Complicaciones	
Stroke	2 (7,1)
Iao severa	2 (7,1)
Éxito del procedimiento	16 (57,1)

* mediana (IQ)

Conclusión: las indicaciones más frecuentes de la VAP fueron la terapia puente al tratamiento definitivo y a la decisión, registrándose una frecuencia similar para ambas indicaciones. La VAP fue exitosa en más del 50%, con complicaciones mayores que marcaron el pronóstico. La mortalidad fue elevada en el seguimiento. Un número reducido de pacientes accedió al tratamiento definitivo (predominantemente TAVI).

40 SEGUIMIENTO CLÍNICO Y ECOCARDIOGRÁFICO DE PACIENTES TRATADOS CON IMPLANTE PERCUTÁNEO DE VÁLVULA AÓRTICA

Mariana Dieste¹, Gustavo Vignolo¹, Ignacio Batista¹, Pablo Vázquez¹, Rodrigo Abreu¹, Santiago Alonso¹, Juan Ignacio Mayol¹, Lorena Viñole¹, Regína Yarza¹, Tomás Dieste¹, Sergio Burguez¹, Ramón Scola¹, Jorge Mayol¹
1. Centro Cardiológico Americano.

Antecedentes: en 2010 comenzó en Uruguay y en nuestro servicio el implante de válvula aórtica percutánea (TAVI) por EAo severa. Se ha cuestionado el resultado a mediano y largo plazo de esta técnica, por lo que es de interés analizar la evolución de nuestra población.

Objetivo: evaluar estado clínico, función protésica y ventricular de una población sometida a TAVI.

Método: estudio descriptivo, con seguimiento prospectivo, transversal, clínico y ecocardiográfico. Se incluyeron todos los pacientes tratados con TAVI sobre válvula nativa desde el primer implante hasta la fecha

del seguimiento. Se realizó ecocardiograma preprocedimiento (EcoPre), posprocedimiento (EcoPost) y seguimiento (EcoSeg). Variables: edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, riesgo quirúrgico, seguimiento: CF, mortalidad, masa ventricular, FEVI, gradiente máximo (G. Máx.), medio (G. Med) en mmHg, área valvular aórtica en cm² (AVAo) e IAo. Las variables continuas se expresan como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartílico; se compararon con test de t de Student en SPSS 25®.

Resultado: se realizó TAVI a 20 pacientes, edad media 81±7 años, sexo masculino n=14 (70%), HTA n=16 (80%), DM n=5 (25%), dislipemia n=5 (45%), tabaquismo n=6 (30%), cardiopatía isquémica previa n=7 (36%). STS (mediana, RIQ) 4,5 (2,7-6,7), Euroscore I 14,4 (9,7-35,0), Euroscore II 4,4 (2,2-7,9). Acceso arterial: femoral n=17 (85%), subclavio n=21 (0%), transaórtico n=1 (5%). Éxito del procedimiento 100%. Prótesis implantadas: n=12 (60%) CoreValve® y n=8 (40%) Evolute R®. Media de seguimiento: 10 meses (RIQ 2,3-31,0), con sobrevida de 13 pacientes (65%), n=9 (69,2%) en CFI, n=1 (7,7%) en CFII (en tres pacientes la CF no era evaluable). En Ecoseg se constató: coeficiente de obstrucción 0,46±0,22; 0 caso de IAo severa o protésica, 9 casos de IAo paraavalvular (6 leves/3 moderadas). No se comprobó ningún caso de disfunción protésica (G. Med.> 20/aumento >10 mmHg/IAo protésica moderada/severa). En Ecoseg se comprobó masa ventricular indexada 135±50 g/m², HVI concéntrica n=6 (46%), HVI excéntrica n=4 (30,2%), remodelación concéntrica n=2 (15,4%), patrón geométrico normal n=1 (8%), llenado ventricular: restrictivo n=5 (38,5%), relajación anormal n=4 (30,1%), pseudonormal n=3 (23%), normal n=1 (7,7%).

Tabla 1. Comparación de parámetros ecocardiográficos preimplante, postimplante y control.

	1-EcoPre	2-EcoPost	3-EcoSeg	p 1vs2	p 2vs3	p 1vs3
FEVI	50,6%±13	52,8%±13	54,4%±14	0,368	0,803	0,499
G. Max.	83,6±22	17,53±5,7	19,45±10	<0,001	0,486	
G.Med.	52,4±17	9,85±3,78	11,34±5,97	<0,001	0,360	
AVAo	0,66±0,15	1,78±0,35	1,48±0,69	<0,001	0,131	

Conclusión: en nuestra población de pacientes tratados con TAVI comprobamos a 10 meses una sobrevida de 65%, buena capacidad funcional, función protésica normal sin variación significativa de gradientes o AVA, estabilidad de FEVI y en la mitad de los casos un patrón predominante de hipertrofia ventricular izquierda concéntrica, con elementos sugestivos de presión capilar pulmonar elevada.

51 INCIDENCIA DE TROPONINA T ULTRASENSIBLE EN RANGO ANORMAL Y SU CORRELACIÓN CON LA ANATOMÍA CORONARIA EN PACIENTES EN VALORACIÓN POR ENFERMEDAD CORONARIA ESTABLE

Ignacio Batista¹, Gustavo Vignolo¹, Pablo Vázquez¹, Santiago Alonso¹, Rodrigo Abreu¹, Mariana Dieste¹, Juan Ignacio Mayol¹, Lorena Viñole¹, Jorge Mayol¹, Tomás Dieste¹

1. Centro Cardiológico Americano.

Antecedentes: se ha observado niveles elevados de troponinas ultrasensibles en pacientes con enfermedad coronaria (EC) estable (ECE), teniendo esto valor pronóstico.

Objetivo: valorar la incidencia de la elevación de TropT ultrasensible (TnTus) en pacientes con ECE y su relación con la complejidad de la EC.

Método: En agosto/septiembre de 2018 se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años con sospecha de EC obstructiva con test funcional (TF) positivo para isquemia miocárdica, programados para CACG electiva. Se determinó la TnTus antes de CACG, definiendo valores elevados como TnTus >14 ng/l (TnTus-Pat). Criterios de exclusión: SCA y/o IAM, isquemia en reposo, enfermedad valvular significativa, hemodiálisis, ClCr <30 ml/min, inestabilidad hemodinámica, EF realizado en 15 días previos a CACG. La complejidad de la EC se determinó mediante el score SYNTAX (SS): bajo 0-22, medio 23-32 y alto >33. Se clasificó la resolución terapéutica luego de CACG, en tratamiento médico (TM), ATC y CRM.

Resultado: se reclutaron 42 pacientes, edad media 64,2±1,7 años, 29 (69,0%) sexo masculino, 37 (88,1%) HA, 20 (37,7%) tabaquismo/extabaquismo, 16 (38,1%) DM, 24 (57,1%) dislipemia y 17 (40,5%) obesidad; 13 pacientes (31,0%) presentaron TnTusPat; 17 (40,5%) pacientes fueron estudiados con PEG, 20(47%) con MIBI y 8(19%) ecoestrés (existió más de un TF/paciente). El SS fue bajo en 33 pacientes (78,6%), moderado en 6 (14,3%) y alto en 3 (7,1%). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre PEG de ries-

go moderado/alto y TnTusPat ($p=0,032$, OR 4,5; IC95%: 1,09-18,37). Para MIBI y ecoestrés fue NS ($p=0,637$ y $0,881$ respectivamente). La incidencia de TnTusPat fue 83,3% (5) entre los pacientes con indicación de CRM, 41,7% (5) para ATC y 12,5% (3) para TM, con $p=0,002$ para la comparación entre grupos. Relación SS y el valor TnTus: SS bajo TnTus $8,98 \pm 0,96$, SS moderado TnTus $18,45 \pm 2,12$, SS alto TnTus $19,42 \pm 3,13$, existiendo una diferencia significativa entre el valor de TnTus para SS bajo y los de las restantes categorías de SS ($p=0,003$). Habiendo una correlación lineal positiva entre ambas variables, R de Pearson 0,738 (R^2 ajustado 0,545. Syntax = $0,4551 + 1,375$ TnTus). TnTusPat tuvo buena sensibilidad/especificidad para SS medio/alto y para TQ (tabla 1).

Tabla 1. Sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de TnTusPat para SS medio y alto y para indicación de cirugía de revascularización.

	<i>TnTusPat vs Syntax</i>	<i>TnTusPat vs TO</i>
Sensibilidad	90,0	83,3
Especificidad	87,5	77,8
VPP	69,2	38,5
VPP	96,6	96,6

Conclusión: aproximadamente un tercio de los pacientes con ECE presentan TnTusPat. Valores elevados de TnTus se asocian con mayor complejidad de la EC, riesgo moderado/alto en PEG y probabilidad de indicación de CRM.

Índice de temas libres y casos clínicos

Temas libres premiados

- 5 Riesgo de trombosis en bioprótesis aórtica y eventos clínicos según uso de anticoagulación. Metaanálisis de la evidencia actual S32
- 28 Uso de NT-ProBNP como predictor de evolución en el posoperatorio de cirugía cardíaca S32
- 41 Perfil clínico y etiológico de pacientes operados con endocarditis activa. Seguimiento a 10 años S33
- 6 Prevalencia de septal pouch en una cohorte derivada para ecocardiograma transesofágico S35
- 36 Registro de valvuloplastias aórticas en un centro de Montevideo, Uruguay S37
- 40 Seguimiento clínico y ecocardiográfico de pacientes tratados con implante percutáneo de válvula aórtica S38
- 51 Incidencia de troponina T ultrasensible en rango anormal y su correlación con la anatomía coronaria en pacientes en valoración por enfermedad coronaria estable S39

Temas libres

Cardiología clínica

- 7 Evaluando la cardiotoxicidad por antraciclinas. Experiencia inicial de una unidad de cardiooncología S41
- 10 Complicaciones cardiovasculares de pacientes víctimas de injuria eléctrica. Revisión de 10 años S42
- 11 Cardiomiopatía takotsubo: ¿cuánto benigna, cuánto maligna? S43
- 12 ¿Es eficaz la cardioversión eléctrica externa para lograr la reversión a ritmo sinusal? S44
- 18 Ambiente inflamatorio sistémico *cross-linking* asociado al síndrome coronario agudo. Primera experiencia en imágenes con PET-TC S45
- 19 Implicancia pronóstica de los estudios de perfusión miocárdica SPECT normales en diferentes grupos etarios S46
- 38 Actitudes y recomendaciones de los cardiólogos uruguayos sobre el consumo de alcohol y la salud cardiovascular S46
- 49 Acceso venoso central ecoguiado para implante de catéteres de marcapaso, doble luz para diálisis y porta cath S47

Cirugía cardíaca

- 30 Evolución a largo plazo del tratamiento quirúrgico de la miocardiopatía hipertrófica obstructiva S48
- 31 Revascularización miocárdica de arteria descendente anterior mediante esternotomía versus toracotomía S49
- 39 Tumores de corazón: tratamiento y evolución S49

Imagen cardíaca

- 13 ¿La ecocardiografía con contraste mejora el cálculo de la masa cardíaca en la miocardiopatía hipertrófica? S50
- 21 Reporte de valores normales de *strain* ventricular sistólico y *strain rate* diastólico del ventrículo izquierdo por *speckle tracking* en una cohorte poblacional de Montevideo sin cardiopatía estructural S51
- 26 Reporte preliminar de *strain* de aurícula izquierda por *speckle tracking* en una población sin cardiopatía estructural S52
- 47 Cardiorresonancia con realce tardío con patrón isquémico en pacientes con CACG sin lesiones coronarias aparentes. Serie de casos S54

Electrofisiología

- 34 Cardiodesfibrilador implantable en prevención primaria de muerte súbita en Uruguay S55

Hemodinamia

- 17 Resultados inmediatos y a 30 días del implante percutáneo de válvula aórtica S56
- 20 Acceso radial distal en la tabaquera anatómica, una alternativa S56
- 22 Oclusión de arteria radial: una complicación frecuente con incidencia poco conocida.
¿Podemos establecer estrategias para reducirla? S57
- 23 Primer año de funcionamiento del Servicio de Hemodinamia del Litoral, primer centro de
cardiología intervencionista del interior del país S57
- 24 Impacto de la apertura del primer servicio de hemodinamia del interior del país en la
estrategia de reperfusión regional del infarto agudo de miocardio con sobre elevación
del segmento ST S58
- 25 Seguimiento de los pacientes tratados con angioplastia coronaria en los primeros
seis meses de trabajo del primer servicio de hemodinamia del interior del país S59
- 44 Impacto de la curva de aprendizaje en los procedimientos de cardiología
intervencionista S60
- 54 La obesidad como predictor de mayor exposición a la radiación durante los
procedimientos de cardiología intervencionista S61

Prevención

- 52 Valor predictivo de las alteraciones electrocardiográficas en relación con la aparición de eventos
cardiovasculares en población general adulta de Uruguay S62

Casos clínicos

Cardiología clínica

- 33 Búsqueda etiológica del infarto agudo de miocardio sin enfermedad coronaria aterosclerótica
obstructiva (MINOCA): el ventrículo derecho, “la cámara cardíaca olvidada” S63
- 48 Vasoespasmo coronario como causa de MINOCA S64

Hemodinamia

- 55 Tratamiento percutáneo de la embolia pulmonar en un paciente con shock cardiogénico S65

Cardiología nuclear

- 43 Diagnóstico de amiloidosis cardíaca mediante centellograma con ^{99m}Tc-pirofosfato con SPECT/CT.
A propósito de un caso clínico S66

Cirugía cardíaca

- 16 Utilidad del ecocardiograma 3D intraoperatorio en el procedimiento de plastia mitral.
A propósito de un caso S67

Imagen cardíaca

- 14 Trombosis masiva de aurícula izquierda con trombosis parcial de bioprótesis mitral S68

Electrofisiología

- 50 Ablación de extrasistolia ventricular inhabitual en paciente joven S69
- 53 Marcapaseo del haz de His para terapia de resincronización cardíaca en una paciente con
miocardiopatía dilatada y bloqueo completo de rama izquierda.
Primer caso en nuestro país S712

Índice de autores

El número corresponde al tema libre

A

Abreu R, 17, 22, 23, 24, 25, 40, 51
Acquistapace F, 38
Albistur J, 36
Albistur S, 44, 47, 54
Alexander B, 38
Alonso S, 17, 22, 23, 24, 25, 40, 51
Américo C, 6, 7, 21, 26, 47
Arocena MJ, 28, 30, 41

B

Bachini J, 36, 44, 54
Banina D, 34
Baranchuk A, 38
Barot P, 52
Barros AL, 22, 23, 24, 25
Batista I, 17, 22, 23, 24, 25, 40, 51
Bigalli D, 31, 39
Boada M, 7
Boggia J, 21, 26
Borgarello L, 21, 26
Bruno A, 52
Brusich D, 28
Burguez S, 17, 22, 23, 24, 25, 40
Burgui G, 10

C

Cabeza D, 28
Cabrera M, 12
Caramés S, 19
Cardozo R, 49
Céspedes L, 12
Corderi F, 12
Cuesta A, 38

D

Dayan V, 5, 28, 30, 41
De Pierris C, 18

Del Pozo JF, 11

Dieste M, 17, 22, 23, 24, 25, 40, 51
Dieste T, 17, 22, 23, 24, 25, 40, 51
Durán A, 36, 44, 54

E

Estigarribia J, 28, 30, 41

F

Fernández A, 28, 30, 41
Florio L, 6, 7, 10, 13, 21, 26, 47

G

Gabe E, 11
Gabielli C, 49
Gómez A, 6, 7, 21, 26, 47
González L, 39
Grosso P, 38
Guatini V, 52
Gutiérrez Pérez F, 39

H

Haseeb S, 38
Hernández M, 28
Heuer A, 39
Hopman W, 38

J

Janssen B, 6, 7, 21, 26, 47
Jubany L, 20

L

Lamas MF, 34
López JL, 13
López R, 38
Lorente M, 28, 30, 41
Loza G, 6, 36

M

Machado F, 12
Manfredi JA, 52
Marelich L, 19
Marichal Á, 31, 39
Martiré MV, 18
Martiré V, 18, 19
Mayol J, 17, 22, 23, 24, 25, 40, 51
Mayol JI, 17, 22, 23, 24, 25, 40, 51
Mila R, 36, 54
Molteni S, 19
Musetti J, 20

N

Niggemeyer Á, 36
Nogara R, 21, 26

O

Olaizola HL, 49, 22, 23, 24, 25, 49
Oldan MP, 7
Oviedo L, 21, 26

P

Pardiñas C, 20
Parma G, 6, 7, 21, 26, 47
Pavlovsky H, 11
Pazos A, 6, 7
Pécora M, 21, 26
Peña Peña ML, 13
Pereyra D, 52
Pérez Zerpa D, 28, 30, 41
Pintos G, 20
Pis Diez E, 18
Ponzo J, 52
Pouso M, 31, 39

R

Ramos C, 13
Rebollo E, 7, 44
Reinoso JC, 39
Resquin V, 5
Ríos F, 28, 30, 41
Rocha A, 10, 20
Russo D, 10

S

Scola R, 17, 22, 23, 24, 25, 40
Silva E, 28, 30, 41
Silveira C, 5
Soca G, 28, 30, 41

Sosa D, 12

Souza A, 5
Spinelli A, 22, 23, 24, 25

T

Tabo J, 5
Tambucho D, 22, 23, 24, 25, 49
Tonelli B, 21
Trujillo P, 36, 44, 47, 54

U

Umpi L, 5
Urrutia R, 5

V

Valín F, 12
Vázquez P, 17, 22, 23, 24, 25,
40, 51
Vignole L, 22, 23, 24, 25
Vignolo G, 17, 22, 23, 24, 25,
36, 40, 44, 51, 54
Viñole L, 17, 40, 51

Y

Yarza R, 40