



XXXVIII Congreso Nacional de Medicina Interna

CARDIOLOGÍA

0088 Determinantes de disfunción endotelial en pacientes mexicanos

Ramírez S,¹ Carranza J²

¹ Clínica Hospital Zamora, ISSSTE

² Clínica Cardiometabólica, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Introducción: la disfunción endotelial (DE) es la primera etapa de la aterosclerosis, la cual es la primera causa de muerte en el mundo. No existen datos acerca de los principales factores que determinan DE en nuestro medio. **Material y métodos:** se estudiaron 523 pacientes, divididos en 167 con DE y 356 con función endotelial normal (FEN), en un diseño observacional, analítico, retrospectivo y transversal de la base de datos de una clínica cardiometabólica. La función endotelial se midió por el método de vasodilatación dependiente de flujo en la arteria humeral, se registraron historia médica, antropometría, química sanguínea, perfil de lípidos, resistencia a la insulina

(RI), índice tobillo/brazo (IT-B) e íntima-media carotídea (I-MC). Se realizó estadística descriptiva, t de student, chi cuadrada, razón de momios y coeficiente de correlación en función del tipo de datos analizados, se consideraron significativos los valores de $p < 0.05$. **Resultados:** los sujetos con DE tuvieron promedios mayores de peso, IMC, cintura, índice cintura estatura, PAS, índice tobillo/brazo, HbA1c, íntima-media carotídea y menor de C-HDL. Tuvieron porcentajes mayores de hombres, obesidad por IMC, obesidad abdominal, DM, HAS, PAS, PAD, índice tobillo/brazo anormal, hipoalfalipoproteíнемia, hipercolesterolemia, hipetrigliceridemia, disglucemia, intolerancia a la glucosa, hiperinsulinemia, resistencia a la insulina, hiperuricemia, microalbuminuria y aterosclerosis carotídea. Los factores asociados a mayor riesgo de DE fueron obesidad central y la hipertensión sistólica. **Conclusión:** los sujetos con DE tienen un mayor número de factores de riesgo cardiometabólico pero

los determinantes principales de DE parecen ser la obesidad abdominal y la hipertensión sistólica.

0111 Obtención de metas de control cardiometabólico en una clínica universitaria mediante un modelo asistencial educativo

Carranza J,¹ Gómez C,² López S²

¹ Hospital General Dr. Miguel Silva, SSA

² Clínica Cardiometabólica, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Introducción: se ha implementado en una Clínica Universitaria un modelo de atención en base a la participación de estudiantes y pasantes de medicina, enfermería, salud pública y nutriología. Son entrenados para la recolección de datos clínicos en formatos diseñados con un fin docente y para la educación de los pacientes. Las decisiones diagnósticas y terapéuticas las toma un Médico Especializado en el manejo de problemas cardiometabólicos. **Objetivo:** determinar el porcentaje de

*El contenido científico y editorial de estos resúmenes no es responsabilidad de Medicina Interna de México.

pacientes de la clínica cardiometabólica universitaria que alcanzan las metas de control de factores de riesgo cardiovascular recomendadas. **Material y métodos:** se diseñó un estudio observacional, analítico, longitudinal, retrospectivo de 858 expedientes de pacientes diagnosticados con Obesidad, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Dislipidemia, que han acudido a la Clínica Cardiometabólica Universitaria y que han recibido tratamiento por lo menos un año. Se establecieron los siguientes puntos de corte de control: IMC ≥ 25 kg/m², Perímetro Abdominal: Hombres ≥ 90 cm, Mujeres ≥ 80 cm, Glucemia de ayuno (GA) ≥ 100 mg/dl, Glucemia postprandial (GPP) ≥ 140 mg/dl, Hemoglobina glucosilada (HbA1c) $\geq 6.5\%$, PAS ≥ 40 mmHg, PAD ≥ 100 mmHg, TG ≥ 150 mg/dl, c-LDL ≥ 100 mg/dl, c-HDL < 40 mg/dl. **Resultados:** se encontraron 214 pacientes con HAS, 190 con DM y 310 con alguna dislipidemia, la mayor parte de la población es obesa tanto por IMC y por perímetro abdominal, además de tener frecuencias elevadas de disglucemia, intolerancia a la glucosa, hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia. En el cumplimiento de metas tras las intervenciones terapéuticas, en los pacientes diabéticos hubo un alcance en GA del 24.7%, GPP del 44.7%, HbA1c del 51.5%. De acuerdo a los pacientes hipertensos el alcance de metas en PAS del 63.8%,

PAD del 92.9%. En pacientes diagnosticados con dislipidemias el alcance de metas es en c-LDL del 51.2%, Triglicéridos del 60.9%, c-HDL del 60%. **Conclusión:** el modelo de atención utilizado ha conseguido un alcance de metas de control cardiometabólico superiores a las grandes encuestas nacionales y a las reportadas por grupos de especialistas médicos, por lo que proponemos su utilización o implementación incluso en las instituciones de seguridad social en donde además los pacientes tendrían el beneficio de la gratuidad del tratamiento farmacológico.

0206 Hemangioma cardiaco

Díaz D

Hospital Ángeles del Carmen

Introducción: el hemangioma cardiaco (HC) es un tumor raro, benigno, más común en 5ª década de vida. Clínica depende de múltiples factores.

Descripción del caso: masculino 72 años, con fibrilación auricular, insuficiencia cardiaca y cirugía de bypass coronario hace 12 años, meses después en segunda intervención se detecta tumor cardiaco sin realizar intervención terapéutica. Valorado en febrero 2015, en resonancia magnética (RM) con tumor compatible con HC en pericardio. Se decide manejo conservador por comórbidos, evolución clínica y comportamiento del HC. **Discusión y Conclusión:** tumores

estables, tamaño promedio 4.4 cm, tasa de crecimiento 1-2 mm/año, predominio en hombres, pericardio localización inusual. Ecocardiograma estudio no invasivo inicial, RM permite diagnóstico diferencial. Tratamiento quirúrgico controversial, conservador es efectivo con β -bloqueadores, esteroides, radioterapia y/o anti-VEGF; decisión en base a síntomas, riesgo embolismo, ruptura y muerte súbita. Mortalidad 6.5%.

0241 Efecto de atorvastatina sobre los niveles de biopterinas y la relación BH4/BH2 en pacientes diabéticos

Rubio A,⁴ Vargas H,¹ Del Valle L,³ Lozano J,⁴ Vargas G,⁴ Rodríguez L,⁴ Escalante B²

1Otra, CINVESTAV DF, 2Otra, CINVESTAV Monterrey, 3SSA, Instituto Nacional de Cardiología, 4SSA, Hospital General de Ticomán

La tetrahidrobiopterina (BH4) es un cofactor esencial para la síntesis de óxido nítrico, la disminución de su síntesis o su oxidación a dihidrobiopterina (BH2) provoca disfunción endotelial. El índice BH4/BH2 es más importante que los valores de BH4 para mantener una adecuada función endotelial. Nuestro grupo encontró que el índice BH4/BH2 mantiene una relación inversa con la progresión de la aterosclerosis. Las estatinas han mostrado que mejoran la función endotelial y

disminuyen el riesgo cardiovascular del diabético, por lo que las guías recientes recomiendan administrar un estatina a todo paciente diabético mayor de 40 años con al menos otro factor de riesgo cardiovascular. El objetivo de este estudio es evaluar el efecto de atorvastatina sobre los niveles de biopterinas y el índice BH4/BH2 en pacientes con diabetes tipo 2. **Material y método:** 20 pacientes con diabetes tipo 2, sin tratamiento previo con estatinas ni inhibidores del eje renina-angiotensina, recibieron atorvastatina 10 mg una vez al día por 3 meses. En todos ellos BH4 y BH2 se midieron por cromatografía líquida de fase reversa con fluorescencia al inicio y el final del estudio. Los pacientes fueron evaluados mensualmente y se registró presión arterial, glucemia de ayuno, perfil de lípidos y efectos adversos. El análisis estadístico se realizó con las pruebas de Shapiro-Wilk y Wilcoxon. **Resultados:** El manejo con atorvastatina aumentó los niveles de BH4 (5.4 a 9.1, $p=0.047$) y redujo los de BH2 (7.4 a 6.99, $p=0.60$), y mejoró significativamente el índice BH4/BH2 (0.83 a 1.85 $p=0.016$). Ningún paciente presentó efectos adversos. **Conclusión:** Nuestros Resultados muestran que atorvastatina brinda un beneficio sobre los niveles de las biopterinas, llevándolo a un patrón protector con predominio de las acciones de BH4. Esto explica, al

menos en parte, los efectos favorables de las estatinas, no relacionados con sus acciones hipolipemiantes, en pacientes diabéticos, que disminuyen su riesgo cardiovascular.

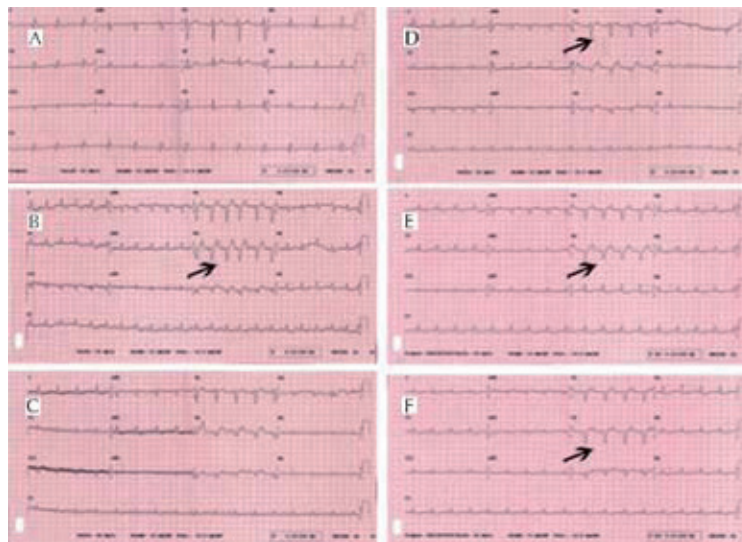
0243 Choque cardiogénico secundario a infusión de rituximab

Cruz J, Carrillo R, Peña C, Romero J, Flores O, Sánchez H Privado Fundación Clínica Médica Sur

Algunos de los agentes quimioterapéuticos que se asocian a Infarto Agudo del Miocardio (IAM) son: taxanos, alcaloides de la vinca, 5-fluorouracilo, cisplatino, carboplatino, bevacizumab, sorafenib, y erlotinib. El Rituximab es un agente comúnmente utilizado en el tratamiento de leucemias CD20+. Se ha implicado como causa de arritmias cardíacas en 8%

de los pacientes tratados para linfoma.¹ Menos del 0,1% de infusiones de rituximab se han asociado con Síndrome Coronario Agudo (SCA). El mecanismo etiopatogénico del SCA después de la terapia con rituximab no se ha dilucidado. Armitage y cols² describieron 3 casos con trastornos linfoproliferativos que experimentaron SCA asociados con la infusión inicial de rituximab. En este trabajo se describe y analiza el caso de un enfermo que presentó choque cardiogénico asociado a rituximab.

0261 Prevalencia de los síndromes isquémicos coronarios agudos y de factores de riesgo cardiovasculares en pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca, de 2013 al 2014



Aceves G, Ramos G, Calvo C
SSA, Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca, servicio de Medicina Interna.

Introducción: Los síndromes isquémicos coronarios agudos son problema de salud pública a nivel mundial debido al gran impacto de morbilidad y mortalidad que representan, afectan al 1% de la población. En el mundo, cada 4 segundos ocurre un infarto agudo del miocardio. En nuestro país es una de las primeras causas de muerte desde la década de los 90, representando actualmente el 26.2%; en México en la población adulta hay más de 17 millones de hipertensos, 14 millones con dislipidemia, 6 millones con DM2, 35 millones con sobrepeso u obesidad y más de 15 millones con tabaquismo, collevando con esto a un alto riesgo cardiovascular. **Objetivo:** Conocer la prevalencia y factores de riesgo cardiovascular en la población atendida en el servicio de Medicina Interna.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal realizado entre enero del 2013 a diciembre 2014, en el servicio de Medicina Interna del Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca. Muestreo no probabilístico, se incluyó a pacientes que cumplieran con la tercera definición del infarto de miocardio, se elaboró un instrumento de registro con datos socio demográficos esenciales, factores

de riesgo cardiovasculares, características clínicas, electrocardiográficas, bioquímicas, tratamiento y complicaciones.

Resultados: N= 234 casos reportados con SICA, 143 con elevación del ST, 91 sin elevación del ST ambos sexos, hombres=61%, mujeres=39%, media 62 años, promedio de edad en hombres 61 y mujeres 67. El 80% de la población presento hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2 y tabaquismo, como factores de riesgo cardiovascular. A su ingreso se identifico sintomatología clásica de isquemia en 86%. El tratamiento utilizado fue Ácido acetilsalicílico, tienopiridinas, heparina de bajo peso molecular, betabloqueadores e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina en un 90%. La angioplastia fue realizada en un 19% mientras que la fibrinólisis en 12.6%. La mortalidad hospitalaria global fue del 3.8%. **Conclusión:** los Resultados obtenidos son muy similares a los descritos a nivel mundial y coincide con descripciones hechas en México. Los hombres presentan el evento 6 años antes que las mujeres. Factores de riesgo cardiovascular modificables tales como DM2, HAS y tabaquismo están presentes en un 80% de la población con enfermedad aterotrombotica. Mortalidad 3.8%.

0303 Detección clínica de obesidad; ¿cuál es el mejor método?

Carranza J,1 Valencia E2
1SSA, Hospital General Dr. Miguel Silva, 2Otra, Clínica Cardiometabólica, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

La obesidad metabólica se define como el depósito ectópico y disfuncional de grasa, es decir grasa visceral. Su medición objetiva se hace con técnicas de imagen costosas y fuera del alcance de la mayoría de los clínicos. Con el objeto de determinar que método de diagnóstico de obesidad refleja mejor alteraciones metabólicas y vasculares se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, prospectivo en 735 pacientes que acudieron a una Clínica Cardiometabólica. Se determinó obesidad por Índice de Masa Corporal (IMC), perímetro abdominal (PA) e Índice Cintura-Estatura (ICE), se caracterizaron antecedentes, metabolismo de glucosa-insulina, perfil lipídico, presión arterial (PA), microalbuminuria, (MA), función endotelial mediante vasodilatación dependiente de flujo y medición del espesor de la íntima-media carotídea. Se realizó estadística descriptiva, prueba de t de student para comparar promedios de variables numéricas, prueba de chi cuadrada para comparar variables categóricas, coeficiente de correlación y razón de riesgos con intervalo de confianza del 95%, se consideraron significativos los valores de $p <$

0.05. Se detectaron 290 obesos por IMC, 602 por PA y 645 por ICE. La correlación entre IMC y PA fue de $r = 0.67$ y entre IMC y ICE fue de $r = 0.72$, mientras que entre PA e ICE fue de $r = 0.84$. El PA fue mejor para detectar diferencias en promedios en cuanto a PA, perfil de lípidos, metabolismo de la glucosa, resistencia a la insulina, MA, disfunción endotelial y aterosclerosis carotídea, en segundo lugar fue el ICE y luego el IMC. En detección de porcentajes de alteraciones en la PA, metabolismo de la glucosa-insulina, perfil de lípidos, MA, disfunción endotelial y aterosclerosis carotídea no hubo diferencia entre los 3 **Métodos**. En cuanto a determinación de riesgos, solamente el ICE mostró una ventaja en la probabilidad de disfunción endotelial respecto a los otros dos indicadores. **Conclusiones:** La detección de obesidad mediante PA e ICE parece tener mayor confiabilidad en la detección de alteraciones metabólicas y vasculares que el IMC en nuestra población.

0314 Efectos sobre el ácido úrico de las combinaciones de losartán con hidroclorotiazida o con amlodipina en pacientes hipertensos

Rubio A,¹ Garro A,¹ Elizalde C,¹ Suárez J,² Durán M¹
1SSA, Hospital General de Ticomán, 2ISSSTE, Centro Médico
20 de Noviembre.

La hiperuricemia se asocia a disfunción endotelial, y parti-

cipa en los mecanismos que favorecen el desarrollo de hipertensión, síndrome metabólico, aterosclerosis y enfermedad cardiovascular, los antihipertensivos pueden modificar los niveles séricos de ácido úrico, ya sea aumentando (tiazidas) o disminuyendo (losartán) la uricemia, sin embargo, hay muy pocos estudios que evalúen el efecto de las combinaciones de antihipertensivos sobre tales niveles séricos. **Objetivo:** Evaluar el efecto de dos combinaciones de losartán, con amlodipina o con hidroclorotiazida, sobre los niveles séricos de ácido úrico en pacientes hipertensos. **Métodos:** Se evaluaron 60 pacientes hipertensos con hipertensión arterial descontrolada, quienes se aleatorizaron en 2 grupos de 30 pacientes c/u. Uno de ellos (LA) recibió la combinación losartán/amlodipina (100/5mg), el segundo grupo (LH) recibió losartán/hidroclorotiazida (100/12.5 mg), en ambos casos por 3 meses. En todos los pacientes se determinó ácido úrico y creatinina sérica antes y después del tratamiento. El método estadístico usado fue ANOVA. **Resultados:** En ambos grupos se logró una reducción significativa de la presión arterial, sin diferencias significativas entre ellos (LH de 157/92 a 124/78 mm Hg, LA 155/94 a 123/79). El grupo LA mostro una reducción significativa de los niveles séricos de ácido úrico después del tratamiento, (6.5 a 4.6 mg/

dl $p = 0.048$) mientras que en el LH se presentó un aumento no significativo de los mismos (5.72 a 5.75 mg/dl, $p > 0.05$). Al comparar ambos grupos, hay una diferencia significativa ($p < 0.005$) en la reducción de la uricemia a favor del grupo LA. **Conclusiones:** Ambos manejos antihipertensivos son igualmente eficaces para reducir las cifras de presión arterial, sin embargo, la combinación de losartán con el calcioantagonista resultó en una reducción significativa de los niveles séricos de ácido úrico, lo que disminuye el riesgo metabólico y cardiovascular de los pacientes hipertensos, y explican, al menos en parte, las ventajas reportadas de las combinaciones de inhibidores del eje renina angiotensina con calcioantagonistas, sobre las combinaciones con hidroclorotiazida.

0315 Síndrome del corazón roto, a propósito de un caso

Ortiz A

SSA, Hospital Universitario de Saltillo

Antecedentes: También conocido como síndrome de Takotsubo, discinesia medio apical transitoria del ventrículo izquierdo, cardiomiopatía por estrés, se trata de una entidad que es muy similar en su presentación clínica al síndrome coronario agudo. **Objetivo de estudio:** Dar a conocer esta patología para evitar sea subdiagnosticada ya que a largo

plazo su pronóstico es bueno.

Informe de caso: Masculino de 30 años, con tabaquismo positivo de 1.5 paquetes año y etilismo cada 8 días a razón 113 gr de alcohol. Niega enfermedades crónico degenerativas. Ingresa a urgencias con dolor precordial tipo opresivo de intensidad 9 de 10, acompañándose de diaforesis. Con duración mayor a 30 minutos. Presión arterial de 140/100 mmHg, frecuencia cardíaca de 80 y respiratoria de 24. Presentando un supra desnivel del ST en cara inferior a su ingreso y 12 hrs después de V4, V5 y V6. CPK 334 IU/L, CK MB 58 IU/L, troponina 0.2 ng/ml. Se maneja como síndrome coronario agudo. Se realiza ecocardiograma observando hipocinesia mínima medio apical, fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) de 70% posteriormente la coronariografía reporta arterias epicárdicas angiográficamente sin lesiones, con hipocinesia severa septo apical e ínfero apical con FEVI de 55%. Se egresa 5 días después con mejoría clínica.

Conclusiones: El síndrome de Takotsubo forma parte del diagnóstico diferencial del paciente que acude a urgencias con dolor precordial. Se estima que el 2% de todos los diagnosticados como síndrome coronario agudo corresponde a este síndrome. La etiología exacta es desconocida. Aunque es más frecuente en mujeres post menopáusicas, el ser género masculino no excluye

el diagnóstico. Es frecuente la presencia de un factor de estrés desencadenante, de ahí su denominación de miocardiopatía por estrés. La Clínica Mayo menciona los siguientes criterios diagnósticos: discinesia del segmento medio con o sin involucre apical del ventrículo izquierdo de forma transitoria, ausencia de obstrucción coronaria en angiografía, cambios electrocardiográficos o elevación de troponinas y ausencia de feocromocitoma o miocarditis. El tratamiento es de soporte y es importante mencionar que es reversible. Podemos concluir que en nuestro medio puede ser más frecuente de lo esperado sin embargo estar subdiagnosticado.

0328 Insuficiencia cardíaca derecha como factor de riesgo para evento vascular cerebral en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Bozada K

SSA, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Dr. Ismael Cosío Villegas.

Antecedentes: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una entidad con elevada morbi-mortalidad a nivel mundial. La proyección de mortalidad por EPOC para el año 2020 se estima en el tercer puesto. Los pacientes con EPOC tienen un mayor riesgo de morbi-mortalidad por causas cardiovasculares como: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca (IC), ar-

teriopatía periférica, diabetes mellitus, depresión, enfermedad tromboembólica, hipertensión pulmonar, insuficiencia renal, arritmias cardíacas y obesidad. La prevalencia de IC en pacientes con EPOC es de 27 %.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de eventos vasculares cerebrales (EVC) en pacientes con IC derecha y determinar si ésta es factor de riesgo para desarrollar EVC en pacientes con EPOC.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo, se enrolaron 90 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de EPOC, del año 1999 a julio del 2015. Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico de EPOC confirmado por espirometría e IC derecha confirmada mediante ecocardiograma y el EVC mediante TAC de cráneo y ecocardiografía. Los pacientes con fibrilación atrial fueron excluidos. Se realizó una t student para muestras independientes con la finalidad de observar las diferencias de los pacientes con y sin EVC. Para evaluar el riesgo de presentar EVC en IC derecha, se realizó una regresión logística. **Resultados:** Se evaluaron 90 pacientes (edad: 74.74 ± 7.40 años). Las diferencias entre los pacientes que con y sin EVC fueron: diabetes mellitus (53.8 % vs 25.4 %, $p=0.010$), tromboembolia pulmonar (69.2 % vs 28.1 %, $p=0.001$), cardiopatía isquémica (8 % vs 32.8 %, $p=0.016$), hiperreactividad bronquial (38.5 % vs 14.1 %, $p=0.010$), enfermedad

vascular periférica (65.4% vs 21.9%, $p=0.001$), hipertensión arterial pulmonar (88.5% vs 50%, $p=0.001$) insuficiencia cardíaca (96.2% vs 78.1%, $p=0.038$), IC derecha (83.33 % vs 27.87 %, $p < 0.001$). PCR (3.4 [3.4-4.2] vs 2.3 [2.3 - 2.97], $p < 0.001$). Los pacientes con IC derecha tuvieron mayor riesgo de EVC [RR; 35.93 (IC: 3.21 - 401.49, $p=0.004$)] dicho valor ajustado por edad, sexo, diabetes mellitus, hemoglobina y enfermedad vascular periférica.

Conclusión: La Insuficiencia Cardíaca derecha es un factor de riesgo independiente para EVC probablemente debido a la estasis cerebral por congestión de la vena cava superior.

0340 Asociación de ictus isquémico con la presencia de polimorfismo -1131T>C del gen de apolipoproteína A-V en pacientes del Hospital General Regional No. 1 del IMSS, México, DF

Benitez M,¹ Escobedo J,³ Cruz M,² González E³

¹IMSS Hospital General se Subzona con Medicina Familiar No.15, Tonalá, Chiapas, ²IMSS, Unidad de Investigación en Bioquímica, Centro Médico Nacional Siglo XXI, México, DF, ³IMSS, Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital General Regional No.1 Carlos Macgregor Sánchez Navarro, México, DF

Antecedentes: El ictus isquémico es la principal causa de

discapacidad neurológica del adulto y tercera causa de años perdidos a nivel mundial. Presentó un incremento del 12 % en los últimos 10 años. Se han identificado factores de riesgo genéticos asociados con un incremento en la incidencia de ictus isquémico. El polimorfismo de nucleótido único (SNP) -1131T>C del gen de la apolipoproteína A-V (APOA-V) se asocia a un incremento de riesgo cardiovascular y a una mayor incidencia de fenotipos finales como ictus isquémico. **Objetivo de estudio:** Determinar si la presencia del polimorfismo -1131T>C de APOA-V se asocia con incremento en la ocurrencia de ictus isquémico. **Material y Métodos.** Se realizó un estudio de casos (ictus isquémico) y controles (sin ictus isquémico) pareados por edad y género en 504 pacientes de un Hospital General Regional del IMSS. Se registraron los factores de riesgo por cada paciente y posteriormente se determinó la presencia del SNP -1131T>C de APOA5, mediante amplificación de las regiones conocidas por PCR en tiempo real, mediante el primer con referencia AY422949 aplicando tecnología TaqMan para el rs662799, con dos fluorocromos. Se realizó análisis univariado y estadística descriptiva. Se calculó la razón de momios pareada (RM), con IC al 95%, valor alfa al 0.05 y se aplicó el modelo de regresión logística condicional multivariado de ajuste y explicativo,

para medir la asociación de la presencia del polimorfismo -1131T>C con ictus isquémico, ajustado por edad, sexo, presión arterial sistólica, diabetes mellitus tipo 2 y niveles de hemoglobina. **Resultados.** La frecuencia del homocigoto de la variante (CC) se expresó en 1.7% en los controles y 2.5% para los casos. Se determinó para los casos una RM= 1.67, IC 95% 1.02-2.76, $p=.04$ para el heterocigoto de la variante (alelo TC) y una RM= 1.54, IC 95% 0.27-8.6, $p= 0.61$ para el homocigoto de la variante (alelo CC). LR $\chi^2 = 47.26$; $P= < 0.00001$; $R^2=0.16$ (ajustado por edad, género, presión arterial sistólica, niveles de hemoglobina y diabetes mellitus tipo 2). **Conclusión:** Se demostró asociación positiva de la variante del polimorfismo -1131T>C del gen de la apolipoproteína A5, con un incremento del riesgo de ictus isquémico en la población mexicana.

0346 Endocarditis infecciosa causada por *Streptococcus acidominimus*: reporte de caso

Suárez A,¹ Meraz M,² Fonseca S,¹ Sánchez M²

¹SSA, Hospital Metropolitano Bernardo Sepúlveda, ²Privado, Hospital San José, Tec de Monterrey.

Introducción: La mortalidad debida a endocarditis infecciosa ha disminuido. El *S. aureus* y *S. viridians* son los principales microorganismos causantes de

dicha enfermedad¹. El *Streptococcus acidominimus* es un organismo raro en infecciones a humanos y no se han reportado casos que lo relacionen con endocarditis infecciosa en adultos². **Descripción del caso:** Masculino de 78 años de edad portador de marcapasos bicameral, con fiebre intermitente en los últimos 4 meses. Procedimiento dental 5 meses previo, niega actividades ganaderas. Presenta soplo diastólico en foco aórtico III/VI y 3 lesiones de Janeway localizadas en pie derecho. Ecocardiograma transesofágico: imagen de 3 mm, móvil, cerca de la valva anterior mitral; 2 imágenes basculantes en el cable del marcapasos ventricular a nivel de la válvula tricuspídea. Hemocultivos positivos para *Streptococcus acidominimus*. Se inicia antibioticoterapia, se programa para recambio de cables de marcapasos y se egresa a domicilio. **Comentarios:** Debido a los nuevos organismos patógenos emergentes y al aumento a la resistencia a los antibióticos se requieren de nuevos esquemas de tratamiento para cubrir estas infecciones. **Conclusiones:** *Streptococcus acidominimus* es un microorganismo raro en humanos, haciendo difícil determinar su relevancia epidemiológica y clínica. Se deben crear criterios diagnósticos apropiados y técnicas laborales precisas para su detección. **Bibliografía:** 1.- Brachlow, A.; Awadallah,

S. and Chatterjee, A. Endocarditis Due to *Streptococcus acidominimus*. *Pediatr Cardiol* 24:161–163, 2003. 2.- Wu, C., et. al. *Streptococcus acidominimus* causing invasive disease in humans: a case series. *Journal of Medical Case Reports* 2014. Obtenido de: <http://www.jmedicalcasereports.com/content/8/1/57>

0360 Síndrome de Takotsubo o miocardiopatía por estrés. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Morales A,¹ Valdez L,¹ Pérez R²
1Privado, Hospital Ángeles Clínica Londres, 2SSA, Hospital Juárez de México.

Síndrome Tako-Tsubo se caracteriza por angina y elevación del ST que simula infarto agudo al miocardio (IAM) y se distingue por ausencia de obstrucción coronaria en fase aguda, discinesia anteroapical con hipercinesia basal reversible y evolución electrocardiográfica típica. Descarga exagerada de actividad simpática, espasmo de las coronarias y disfunción microvascular. Aunque la presentación clínica simula un IAM, la arteriografía coronaria resulta sin lesiones obstructivas. Femenino de 44 años, educadora, antecedente hipertensión arterial sistémica. Inicia padecimiento 12 horas previas a su ingreso, posterior a periodo de estrés emocional, presenta dolor torácico de tipo opresivo, intensidad 8/10

irradiado miembros torácicos, duración 20 minutos, remitiendo al reposo, posteriormente vuelve dolor de mismas características intensidad 10/10, acompañado de diaforesis, disnea, náusea, vomito, acude a unidad medicina familiar donde se realiza electrocardiograma (ECG) observándose lesión subendocárdica de V1 a V6, se indica tratamiento antiisquémico. Acude a urgencias de esta unidad, se realiza ECG: Ritmo sinusal FC 87 lpm, Eje QRS 10°, onda P 120ms, intervalo PR 160ms, complejo QRS 60ms, presencia de ondas q de 1mv en DI, AvL, segmento ST de 4mv en VI a V6. Ingresa a unidad de cuidados coronarios con TA: 190/94, resto de exploración física sin alteraciones. Ecocardiograma: Anillo 14mm, aurícula izquierda 35x42x44mm, tracto de salida ventrículo derecho 24mm, septum 9mm, pared posterior 9mm, patrón de llenado normal, movilidad del ventrículo izquierdo con discinesia apical, FEVI: 45%, TAPSE 15mm, aurícula derecha 31x41mm, pericardio sin derrame. Radiografía tórax: sin cardiomegalia, hipertensión venocapilar grado I. **Laboratorios:** Leucos 9900, Hb 14.2, Hct 40, Plaquetas 186000, Glucosa 100, Urea 12.6, Cr .89, K 4.8, Na 139, CPK 1290, Mb 117, Troponina i 1.0. Diagnóstico: Síndrome coronario agudo tipo IAM con elevación del segmento ST en cara antero-

septal, no complicado. Al no realizarse trombolisis temprana, se realiza cateterismo cardiaco: Arteria coronaria derecha e izquierda, sin alteraciones importantes. Resonancia magnética ventrículo izquierdo: edema miocárdico, probable cardiomiopatía por estrés. Al no encontrar lesiones importantes en arterias coronarias, así como mejoría paulatina de las condiciones de la paciente, se diagnostica síndrome de Tako-Tsubo.

0382 Caso de amiloidosis cardiaca como causa de hipertrofia miocárdica

Paredes J

Privado, Hospital Zambrano Hellion

Antecedentes: La amiloidosis cardiaca es dada por infiltración extracelular de amiloide de mal pronóstico, que su detección oportuna puede mejorarlo. Se confirma con biopsia cardiaca positiva para amiloide o un engrosamiento del ventrículo izquierdo (VI) > 12 mm en ausencia de hipertensión arterial o alguna causa potencial de hipertrofia de VI con biopsia positiva en algún otro órgano. Para su diagnóstico es necesario la sospecha clínica, basado en datos de falla cardiaca que progresa rápido, acompañado de bajo voltaje en EKG y engrosamiento miocárdico en ecocardiograma (ETT), estos últimos dos hallazgos se observan en el 74% de los

casos confirmados con biopsia. En resonancia magnética se ve realce tardío miocárdico como característica de proceso infiltrativo. Los tipos son: amiloidosis por cadenas ligeras, familiar, sistémica senil, auricular aislada y secundaria. El tratamiento y pronóstico son distintos dependiendo del tipo, por lo que es importante su diferenciación. **Objetivo.** Describir características clínicas sugestivas de amiloidosis como causa de hipertrofia miocárdica. **Informe del caso.** Hombre de 72 años que acude por disnea de esfuerzo de 3 meses, siendo de grandes esfuerzos durante el ejercicio. Progresa disnea y se agrega fatiga. ETT con hipertrofia severa de VI de predominio septal, presión sistólica de arteria pulmonar de 55 mmHg y BNP de 1227 pg/mL. Refiere pérdida de 8 kg en 1 año y edema de miembros pélvicos. Exploración física con S4 presente. EKG con bajo voltaje en plano frontal y sobrecarga de presión de VI. Resonancia magnética con realce tardío en las zonas anteroseptal, anterior y apical. Prueba de esfuerzo negativa. Cateterismo cardiaco con presión arterial pulmonar media 52 mmHg, presión cuña 30 mmHg, gasto cardiaco 5.8 L/min, angiografía coronaria sin lesiones significativas. En este momento se sospecha de infiltración miocárdica. Biopsia endomiocárdica con hipertrofia moderada de fibras sin evidencia de necrosis, rojo

congo positivo. Electroforesis de proteínas en suero globulina Alfa 1 y 2 elevadas. Cadena ligera lambda elevada. **Conclusiones.** La amiloidosis cardiaca se considera de mal pronóstico. Se debe sospechar en pacientes con datos de falla cardiaca, bajo voltaje en EKG e hipertrofia VI en ETT. El diagnóstico es realizado con biopsia y la tipificación es importante para dar tratamiento específico.

0402 Estimación del riesgo cardiovascular a 10 años y su asociación con calidad de vida relacionada con la salud en pacientes asintomáticos

Rodríguez A,¹ Bozada K,³ Ricano K,³ Fomperoza A,² Herrera L³

¹Privado, Servicio de Medicina Interna, Centro Médico ABC, ²PEMEX, Hospital Regional de PEMEX, Minatitlán, ³Universitario, Universidad Veracruzana, campus Minatitlán.

Introducción: Existen diversas ecuaciones para la estimación de desenlaces cardiovasculares en diversos contextos clínicos y geográficos, sin embargo existe poca información sobre la asociación entre el riesgo estimado y el deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud (HRQL). **Objetivo:** Estimar la correlación entre la estimación de riesgo cardiovascular y HRQL. **Material y métodos:** Estudio transversal de pacientes asintomáticos en consulta externa de un hospital de segundo nivel de la ciudad

de Minatitlán, Veracruz durante abril y agosto de 2015, se recolectaron variables socio-demográficas, clínicas, estudios de laboratorio y estimación de riesgos a 10 años por ecuación de Framingham (IF) para enfermedad cardiovascular (CVD), enfermedad coronaria (EC), enfermedad vascular cerebral (EVC) y adicionalmente ecuaciones ASSIGN, BNF/JBS2 y AHA/ACC 2013 y HRQL con EuroQol-5D (EQ5D). **Resultados:** Se incluyeron 142 pacientes con edad 59.8 ± 11.9 años, 50% varones, mediana de escolaridad de 9 (RIQ 6 – 12) años, ingreso socioeconómico de 15813 ± 5602 pesos al mes, IMC 30.82 ± 5.59 kg/m², perímetro abdominal 96 ± 13.2 cm, tabaquismo 26.1%, IT = 6.18 ± 17.3 paquetes/año, alcoholismo 21.8%, tensión arterial media 76.82 ± 9.13 mm Hg, diabetes mellitus tipo 2 en el 33.8%; colesterol total 191 ± 47 mg/dl, colesterol HDL 45 ± 9 mg/dl, triglicéridos 182 ± 110 mg/dl, HbA1c $6.6 \pm 1.6\%$, TFG por CKD-EPI de 91.04 ± 29.3 ml/min, EQ5D de 0.78 ± 0.23 puntos y escala visual análoga (EVA) de 79.77 ± 13.9 ; riesgo de EC por IF = 11.52 (IC95% = 10.13 – 12.91 IAM - IF = 6.06 (IC95% = 5.07 - 7.06 EVC por IF = 2.81 (IC95% = 2.40 - 3.22 CVD - IF = 17.60 (IC95% = 15.56 - 19.64 muerte por EC por IF = 2.9 (IC95% = 2.37 - 3.53 muerte por CVD por IF = 4.61 (IC95% = 3.73 - 5.49), CVD por BNF/JBS2 = 14.31

(IC95% = 12.61 - 16.01 riesgo CVD por ecuación ASSIGN = 18.40 (IC95% = 15.97 - 20.82 riesgo AHA/ACC 2013 = 13.63 (11.57 - 15.69). Las correlaciones de EQ5D: riesgo de EVC por IF, $r = -0.18$ ($p = 0.032$ para la EVA de EQ5D con muerte CVD y AHA/ACC 2013 fueron de $r = -0.20$ ($p = 0.13$), $r = -0.19$ ($p = 0.02$), respectivamente. **Conclusiones:** La población estudiada cursa con elevado riesgo cardiovascular a 10 años, existe correlación entre el deterioro de la HRQL y el aumento de riesgo de EVC y muerte cardiovascular.

0430 Correlación entre péptido natriurético B y fracción de eyección ventricular para insuficiencia cardíaca en pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal en el Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez

González M, Flores M, Infante H, Luna T, Maya L

SSA, Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez.

Antecedentes: La principal causa de morbilidad y mortalidad en la enfermedad renal crónica (ERC) es de origen cardiovascular. La determinación de marcadores diagnósticos de insuficiencia cardíaca (IC), permitirá implementar acciones preventivas y terapéuticas. **Objetivo.** Evaluar la correlación entre los niveles de péptido natriurético tipo B (BNP) y la

fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI), para IC en pacientes con ERC en diálisis peritoneal (DP). Describir la frecuencia de alteraciones cardíacas y prevalencia de disfunción ventricular. **Metodología.** Estudio descriptivo, transversal y prospectivo en 15 pacientes en diálisis peritoneal ambulatoria del Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez; con determinación de niveles plasmáticos de BNP y datos ecocardiográficos de disfunción ventricular. **Resultados.** Se demostró afección estructural y funcional cardíaca en el 93.3% de los pacientes. El 13.3% presentó disfunción sistólica, 26.6% disfunción diastólica y 33.3% ambas. El 66.9% de los pacientes presentó niveles de BNP mayores de 200 pg/ml, y en el 46.9% se determinó FEVI menor a 50%. De los pacientes con BNP mayor de 200 pg/ml, el 70% presentó disfunción sistólica. En los pacientes con BNP menor a 200 pg/ml (33.3%), el 100% presentó FEVI conservada. Se encontró una dependencia funcional entre ambas variables ($p = 0.026$). Los niveles séricos elevados del BNP se correlacionaron significativamente con la disminución de la FEVI ($\rho = -0.7$ $p = 0.004$). **Conclusiones.** Los niveles séricos elevados del BNP se correlacionan de manera significativa con la disminución de la FEVI. La alta prevalencia de alteraciones cardíacas en la población con

ERC en DP hace imperiosa la determinación de marcadores diagnósticos de IC para establecer medidas terapéuticas efectivas que disminuyan la morbilidad y mortalidad de causa cardiovascular.

0449 Efecto del bosentan sobre la presión pulmonar y el péptido atrial natriurético en pacientes con neumopatía obstructiva crónica e hipertensión pulmonar grave

Rodríguez LO, Sánchez RO, Vargas GO, Juárez RO, Rubio A1
0. IMSS Hospital General de Zona 27; 1. SSA Hospital General de Ticomán

La hipertensión pulmonar aumenta el trabajo del ventrículo derecho e incrementa la mortalidad de aquellos sujetos con valores superiores a los 25 mm Hg, el ecocardiograma es un método útil para medir las cifras de presión de la arteria pulmonar. El péptido natriurético auricular es un marcador de falla cardíaca, sus cifras séricas elevadas ($>$ de 100 pg/ml) se asocian a mayor mortalidad cardiovascular. El bosentan es un bloqueador de receptores de endotelina que se ha utilizado con éxito en el manejo de la hipertensión pulmonar. **Objetivo.** Evaluar el efecto del bosentan sobre las cifras de presión pulmonar y los valores séricos del péptido natriurético auricular en pacientes mexicanos. **Mate-**

neumopatía obstructiva crónica e hipertensión pulmonar severa (presión pulmonar mayor a 45 mm Hg), en todos ellos se realizó prueba de tolerancia a la caminata de 6 minutos, ecocardiograma y determinación de valores séricos de péptido natriurético atrial antes del estudio y al término del mismo un año después. En todos los pacientes se administró bosentan 62.5 mg cada 12 horas durante un mes y posteriormente 125 mg cada 12 horas los 11 meses restantes, los pacientes fueron evaluados mensualmente para dar seguimiento a su evolución y detectar efectos adversos. El método estadístico usado fue ANOVA. **Resultados:** Incluimos 9 pacientes del sexo masculino y 9 femeninos, con edad promedio de 63 ± 18 años, todos manifestaron percibir subjetivamente una mejoría importante de la sintomatología y de la tolerancia al ejercicio en la prueba de caminata de 6 minutos. La presión pulmonar disminuyó significativamente ($p=0.026$) de 65.8 ± 11 mm Hg a 57.8 ± 9 mm Hg, mientras que los valores del péptido natriurético atrial se redujeron de 65.5 ± 41 pg/ml a 56.7 ± 36 pg/ml, $p=0.51$. Cuando evaluamos las modificaciones del péptido natriurético atrial en los 6 sujetos con valores basales por encima de lo normal, encontramos una disminución significativa de los mismos ($p=0.023$), de 109.1 ± 12 a 94.6 ± 4.8 pg/ml. **Conclusiones:** El bosentan mejora la

sintomatología y la tolerancia al ejercicio en sujetos con hipertensión pulmonar grave, reduciendo significativamente las cifras de presión pulmonar, y disminuyendo los valores de péptido natriurético atrial en pacientes con cifras basales del mismo por arriba de lo normal.

0456 Síncope recurrente secundario a alteración carotídea tipo kinking un reto diagnóstico

Jiménez SO, Rodríguez J1, Graziano P1, Mateos H1, Gutiérrez J1, García M1

0.Otra Centro Médico ISSE-MYM Toluca; 1.Otra

Introducción: Las alteraciones anatómicas de las arterias carótidas se dividen en tortuosidades, torsión (kinking) y espiral (coiling), existe una forma congénita y otra relacionada a aterosclerosis, se asocian a isquemia cerebral transitoria y síncope. **Caso clínico:** Femenino de 78 años, antecedentes de DM2, HAS, bloqueo aurícula ventricular de 3er grado. Cuadro clínico de síncope recurrente atribuido a BAV requiriendo colocación de marcapasos definitivo, 1 año



posterior presenta 2 nuevos episodios en donde se descarta disfunción de marcapasos, USG doppler carotideo: imagen hiperecogénica en carótida común izquierda, disminución de flujo, diagnóstico ecográfico: enfermedad ateromatosa de arteria carótida común izquierda. Angio TAC: alteración tipo kinking de arteria carótida común derecha. **Conclusiones:** esta alteración anatómica es poco frecuente en la edad adulta, en este caso se atribuyó la alteración anatómica como etiología del síncope, el tratamiento es quirúrgico.

0505 Síndrome QT largo familiar, desencadenado por trimetoprim sulfametoxazol.

Trinidad AO, Mouret UO

O.SSA Belisario Domínguez

El síndrome de QT largo (SQTL) es una canalopatía arritmogénica que ocasiona inestabilidad eléctrica del corazón predisponiendo a muerte súbita al presentar arritmias ventriculares malignas. La prevalencia e incidencia en México no es conocida debido a que la enfermedad está subdiagnosticada. El SQTL es responsable de un número significativo de las muertes en la gente joven sin enfermedad estructural cardíaca. Se calcula que presenta una incidencia tan alta como 1 de cada 2500 personas. Presentamos a paciente masculino de 20 años de edad quien refiere antecedentes de muerte súbita

en la familia por rama materna, madre, abuelo a edades tempranas (menores de 45 años). Fue diagnosticado con Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), con tratamiento de base y profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX) la cual inicio 3 semanas previas al ingreso. Inicia 20 minutos previos al ingreso a servicio de urgencias con presencia de pérdida súbita del estado de alerta por 2 minutos, con dolor precordial y síntomas de descarga adrenérgica, refiriendo cuadros sincopales de 2 semanas de evolución sin haber buscado atención médica. Se evidencia por monitoreo cardíaco trazo electrocardiográfico con taquicardia ventricular e imagen sugerente de Torsade de Pointes, se realiza cardioversión eléctrica respondiendo adecuadamente a la misma. En el electrocardiograma con prolongación QT de 500 milisegundos(ms) y corregido en 480ms, sin algún otro dato patológico. Sin elevación de enzimas cardíacas. Se realiza ecocardiograma transtorácico sin demostrar lesiones estructurales. Se inicia tratamiento con betabloqueador y monitoreo holter con periodos de taquicardia supraventricular y taquicardia ventricular, solicitándose apoyo a otra unidad hospitalaria por antecedentes familiares, realizándose tamizaje genético encontrando mutaciones en la región transmembranal de *kcnq1*, diagnosticándose

con esto síndrome de QT largo tipo 1, retirándose TMP-SMX e iniciándose dapsona, con reducción del QT en 40ms previo a colocación de desfibrilador, tras la colocación del cual no presento nuevos datos de bajo gasto cardíaco. Esta alteración puede ser congénita y con frecuencia tener un patrón hereditario, puede ser desencadenado con el uso de algunos medicamentos, como es el caso de nuestro paciente ya que no presentaba ningún otro factor previo a sintomatología.

0525 Miocardiopatía de Takotsubo, el síndrome del “corazón roto”: reporte de un caso en paciente adulto mayor

García JO, Iniestra FO, Valle H1, Briceño FO

0.IMSS Hospital de Especialidades CMN La Raza; 1.IMSS Hospital de Especialidades CMN La Raza

Introducción: La miocardiopatía de Takotsubo se caracteriza por una disfunción sistólica transitoria del ventrículo izquierdo, principalmente de sus segmentos apical y medial, que simula un infarto agudo al miocardio, en ausencia de enfermedad arterial coronaria. Suele afectar mujeres, postmenopáusicas, entre la séptima y octava década de la vida. Los mecanismos incluyen exceso de catecolaminas tras un evento estresante (por enfermedad o estrés emocional), vasoespasma coronario y disfunción micro-



vascular, con arterias coronarias sin lesiones en estudios de imagen. El tratamiento consiste en tratar la causa desencadenante, así como fármacos que mejoren la función cardíaca. El pronóstico, con tratamiento adecuado, es bueno, con una mortalidad documentada del 1 al 8 %.

Contenido: Femenino de 79 años, ingresa por presentar dolor torácico, opresivo, irradiado a brazo izquierdo, acompañado de disnea, náusea y vómito. Se documenta elevación de troponinas y Electrocardiograma con desnivel positivo del segmento ST en región anteroseptal, manejada como Síndrome Isquémico Coronario Agudo tipo Infarto al Miocardio, no trombolizado por tiempo de evolución. Además presentó hiperglucemia, acidosis metabólica y cetonuria, compatible con cetoacidosis diabética. Fué ingresada a la Unidad de Terapia Intensiva, recibiendo tratamiento anti isquémico óptimo e insulínico, con mejoría del cuadro. Una vez estabilizada, se realiza Coronariografía, reportando arterias coronarias sin lesiones, con buen llenado. Ventriculograma con acinesia anteroapical e hipocinesia anteroseptal, con contracción de pared lateral normal. Posteriormente se realiza Ecocardiograma, que reporta FEVI conservada, concluyendo como diagnóstico final Miocardiopatía de Takotsubo. **Conclusión:** La disfunción ventricular transitoria,

sin afectación de la circulación coronaria, caracteriza a la Miocardiopatía de Takotsubo. En este caso se cumplen con los criterios establecidos para dicha entidad (cambios en el ST, elevación de troponinas, Hipocinesia de pared anterior, ausencia de lesiones en arterias coronarias). El tratamiento oportuno de la afectación cardíaca, así como resolución del factor desencadenante, conlleva un buen pronóstico en estos pacientes, quienes pueden recuperar función ventricular de 1 a 4 semanas posterior al evento.

0531 Evento vascular cerebral en foramen oval permeable y cierre con dispositivo Amplatzer.

López A0

0.ISSSTE Hospital Regional Adolfo López Mateos

Hombre de 28 años de edad con los siguientes **Antecedentes:** hipertensión arterial sistémica de 8 meses tratamiento con IECA, Dislipidemia con hipertrigliceridemia hace 8 meses tratamiento con estatina, Hiperuricemia de 8 meses tratamiento con alopurinol. Evento vascular Cerebral hace 8 meses en región del lóbulo cerebeloso izquierdo. Etilismo positivo por 10 años. Motivo de ingreso : Inicio hace 10 días con Cefalea parietoccipital opresiva, plenitud otica bilateral, sensación de vértigo. Acude al servicio de urgencias. TAC de Cráneo : EVC

cerebeloso izquierdo antiguo mas evento vascular cerebral en región occipital derecha. Ingreso al servicio de medicina interna. EF: TA: 130 /90, FC 80, FR 12, Peso 80 Kg, Talla: 1.70 m Paciente conciente orientado , Glasgow de 15, Neurológico: funciones mentales superiores conservadas, Fondo de ojo sin alteraciones, movimientos oculares con limitación de a la abducción de ojo izquierdo, nistagmo horizontal a la mirada extrema bilateral, no agotable, pupilas Isocóricas 4mm, Desviación de la úvula a la izquierda, Tono y trofismo conservado, FM 5/5, No babinsky. Disimetría leve derecha sin diadococinesias. Cardio-pulmonar: Ruidos cardíacos sin alteraciones, murmullo vesicular conservado. Resto sin alteraciones. Estudios de laboratorio y gabinete: BH, QS, ES sin alteraciones. Imagen por resonancia magnética: datos compatibles con lesión de tipo isquémico subaguda occipital derecha en territorio de la arteria cerebral posterior ipsilateral. Cerebelomalacia izquierda por lesión isquémica antigua. Variantes anatómicas del polígono de Willis. Mega cisterna magna. Campimetría: Defecto campimétrico secundario con hemianopsia homónima. Laboratorio: Antitrombina III 96.3 (73-112 %), Factor V leiden 2.2 (2.18-3.38%), Proteína C de la coagulación 112 (69-134%). ANCA C Negativo, ANCA P Negativo. Antifosfolípido nega-

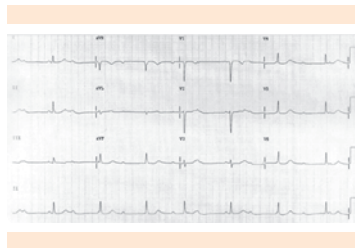
tivo, Anticardiolipina negativo, antiglicoproteína negativo. Doppler Carotideo. Sin evidencia de Enfermedad Carotidea. Ecocardiograma transesofágico: Septum interatrial delgado y aneurismático con foramen oval permeable. IDX: 1) Foramen Oval permeable 35 mm. 2) Evento vascular cerebral de tipo isquémico en territorio de la arteria cerebral posterior. 3) Hipertensión arterial sistémica Estadio 1. **Tratamiento:** Cateeterismo Cardíaco : Cierre de foramen oval con Dispositivo Aplatzer 35 mm.

0578 Paciente femenina embarazada con bradicardia

Reyes F

SSA, Hospital General Dr Manuel Gea González

Caso clínico: Paciente femenina de 34 años de edad quien cuenta con antecedente de Púrpura Trombocitopénica Inmune, intolerancia a los carbohidratos. Inició padecimiento actual, de forma incidental al notar frecuencia cardíaca de 40 latidos por minuto. Se realizó ECG donde se evidenció bloqueo AV de tercer grado. Se realizó Ecocardiograma sin evidencia de lesiones estructuras, FEVI 69%. **Discusión:** Bloqueo AV de tercer grado también se observa un pico en edad pediátrica (bloqueo AV congénito). Ocurre con una incidencia de uno por cada 22 000 nacimientos. Se asocia comúnmente a madres con anticuerpos anti SSA o SSB



circulantes durante el embarazo. Tiene una preponderancia con el sexo femenino (60%). En la literatura, existen pocos casos documentados acerca de pacientes con bloqueo AV de tercer grado asintomático, por ende, solo existen recomendaciones. **Conclusiones:** Por clínica, en ausencia de alteraciones estructurales por ecocardiograma, se trata de bloqueo AV congénito.

0581 Cardiotoxicidad inducida por antraciclinas y choque séptico secundario a colitis neutropénica

Pérez S, Miranda T

Privado, Hospital Christus Muguerza de Alta Especialidad.

Femenina 53 años, portadora de cáncer de mama ECIII.1° ciclo de quimioterapia con doxorubicina, 7 días previos a su ingreso. A las 96 horas de administrada la QTX presenta dolor abdominal difuso tipo cólico 10/10, náusea y vómito de características fecaloideas, así como constipación, ataque al estado general y disnea de medianos esfuerzos. A su ingreso SV: TA 60/40 mmHg, FC 135', FR 29', Temp 35.8°C, SpO2 98% (30%). Consciente, orientada, polip-

néica, taquicárdica, facies de dolor, mucosas mal hidratadas. RCR sin agregados, campos pulmonares bien ventilados, lesión ulcerada en CSE mama derecha. Abdomen distendido, dolor a la palpación superficial difuso, peristalsis, rebote +. Extremidades sin edema, llenado capilar > 3'. Laboratorio: Hb 14.5, GB 0.15 K/uL, neutrófilos 19, linfocitos 109, monocitos 19, PLT 116 mil. Glucosa 165 mg/dl, creat 1.2 g/dl, BUN 43.1, ácido úrico de 1.7, TGO, TGP nls, albumina 4.2 y P en 6.2. GSV: pH 7.29, PCO2 38, HCO3 18.3, SvO2: 64.0 %, lactato 5.6, procalcitonina 59.62. TAC de abdomen con distensión de asas de intestino delgado y grueso, diámetro 8.8 cm, con presencia de niveles hidroaéreos. Se inicia reanimación hídrica dirigida por metas y medición de la presión abdominal en 15. Se inicia norepinefrina a 0.5 mcg/kg/min y vasopresina a 0.03 UI/min, hidrocortisona 50 mg cada 6 h. Meropenem, anidulafungina, metronidazol y Filgrastim 300 mcg/ml SC DU. Durante su 1er día cursa con oliguria, y evacuaciones abundantes líquidas y fétidas, en promedio 7 por día con Toxina A y B de Clostridium difficile negativa. Continúa con SvcO2 de 35, por lo que pide un Pro BNP de 4855 pg/ml y un ETT documentándose una hipoquinesia global con FEVI del 28%. Se inicia Levosimendan 0.1 mcg/kg/min y seguimiento con monitoreo hemodinámico con Vigileo. Troponina I positiva 0.60, resto

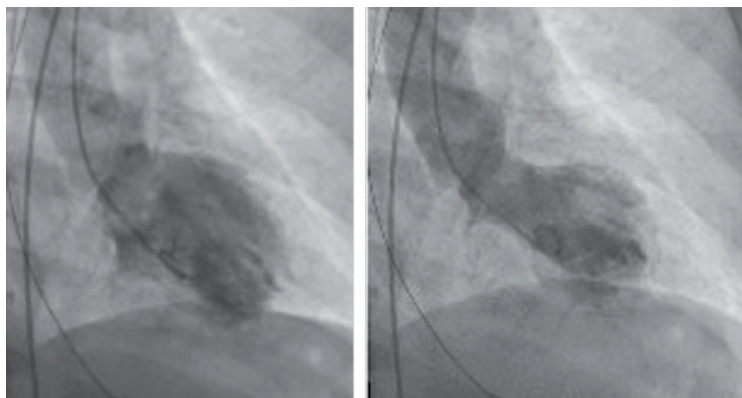
normales. Se documenta fiebre tomándose cultivos los cuales son negativos. Se inicia NPT al 4to día, se suspenden presores, mejora la diuresis y disminuye el número de evacuaciones al día. Se agrega vancomicina 1 gr cada 12 h por persistencia de la fiebre. En su 5to día, 48 horas después del inicio de levosimendan, se suspende; repitiéndose Pro BNP 1668, y ETE con mejoría en la sinergia de contracción y FEVI del 40%. Se inicia dieta oral tolerándola. Al 7º día pasa a Cuidados Intermedios y se egresa del hospital al 10mo día.

0588 Reporte de caso de síndrome de Tako-Tsubo: Enfermedad del corazón roto

Garzón K0, Guerrero R0, Martínez I0

0.SSA, Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Femenina de 58 años con antecedente de artritis reumatoide, diabetes mellitus e insuficiencia venosa de 4 años de evolución. Presentó celulitis en muslo derecho y absceso perirrenal ipsilateral, que requirió drenaje quirúrgico y tratamiento antibiótico. En su recuperación presentó disnea, taquipnea, taquicardia, uso de músculos accesorios de la respiración; se realizó electrocardiograma, que evidenció elevación del segmento ST en derivaciones V1, V2 y V3; así como aumento de enzimas cardíacas. Se realizó coronariografía y ventriculografía la cual descartó enfermedad



Cateterismo con ventriculografía izquierda: Discinesia medio ventricular transitoria: **A)** Diástole; **B)** Final de la Sístole

coronaria obstructiva y mostró alteraciones segmentarias de la contractilidad con imagen de trampa japonesa para pulpos sugestiva de síndrome Tako-tsubo. Esta cardiomiopatía primaria tiene baja incidencia en América Latina, se presenta predominantemente en mujeres posmenopáusicas con factores estresantes físicos y emocionales. En este caso la paciente requirió manejo inotrópico, con posterior resolución del cuadro.

0645 Corazón de porcelana: descripción de caso

Mandujano I, Rodríguez M, Delgado G, Ibarra H, Pacheco A, Galarza D

Universitario Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL.

Antecedentes: La pericarditis constrictiva tiene incidencia en México de 1 a 2 casos por año.

Informe de caso: Masculino de 48 años, con alcoholismo,

hipertensión, y hepatopatía crónica. Acude por disnea. Se detecta Fibrilación auricular rápida, cardiomegalia grado III y derrame pleural bilateral, hepatomegalia y ascitis. El US cardíaco reportó: Disfunción severa global, fracción de eyección 20%, Ventriculo derecho TAPSE 12mm; TAC de tórax muestra corazón de porcelana. Se diagnostica pericarditis constrictiva, se realiza cateterismo con posterior pericardiectomía. **Discusión:** En México la etiología es tuberculosis, la imagen de corazón calcificado se encuentra en 40% de los casos. El tratamiento de elección es quirúrgico. **Conclusión:** La pericarditis constrictiva es rara, debe sospecharse en pacientes con corazón de porcelana.

0649 Beneficio pronóstico del tratamiento con beta bloqueadores en el síndrome coronario agudo con función sistólica conservada

Almanza J, Díaz C

SSA, Hospital Juárez de México.

Antecedentes: El beneficio del tratamiento con Beta Bloqueadores, en los enfermos portadores de Síndrome Coronario Agudo (SCA) se encuentra sólidamente fundamentada en estudios previos a la era de la Revascularización Coronaria y en los pacientes con Disfunción Ventricular. **Objetivo:** Analizar la existencia del Beneficio pronostico del Tratamiento con Beta Bloqueadores en los pacientes portadores de SCA con Función Ventricular Conservada (FVC). **Material y métodos:** Estudio de cohortes, Retrospectivo que incluyo a 1363 pacientes, ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios y Post-Quirúrgicos de Corazón, de la División de Medicina Critica del Hospital Juárez de México de la Secretaría de Salud del 29/07/2010 al 29/07/2015. De los cuales 1077 se consideraron como portadores de SCA y de ellos solo 378 con fracción de eyección del ventrículo izquierdo > 50%. Se analizó mediante propensity score y posteriormente se obtuvieron dos grupos de 188 pacientes con tratamiento con beta bloqueadores y sin el. El valor Pronostico de mortalidad se analizo mediante análisis multivariable de regresión de Cox. **Resultados:** Durante el estudio hubo 156 defunciones (11.44 %). El grupo de pacientes tratados con Beta

Bloqueadores tuvo menos Mortalidad 10.2 % VS 26.8%; $p < 0.001$. El tratamiento con Beta Bloqueadores resulta un Factor Protector Independiente según el análisis multivariable de regresión de Cox (hazard ratio = 0.68; intervalo de confianza del 95% , 0.46 - 0.89; $p < 0.001$).

Conclusiones: El tratamiento con Beta Bloqueadores en los pacientes portadores de síndrome coronario agudo aun con función ventricular conservada se asocio con menor mortalidad a corto, mediano y largo plazo.

0656 Insuficiencia cardiaca aguda como presentación de cardiomiopatía periparto; reporte de un caso y revisión de la literatura

Machuca M0, Centeno L1
OSSA, Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca; 11MSS, Unidad de Medicina Familiar No. 178.

Antecedentes: La miocardiopatía periparto se caracteriza por desarrollo de falla cardiaca durante el último mes del embarazo o un mes posterior al mismo, en ausencia de otra causa. Generalmente se presenta con disfunción sistólica y fracción de expulsión de Ventrículo Izquierdo < 45%. Su incidencia va de 1:2289 a 1:4000 nacidos vivos. La etiología es desconocida, aunque se considera multifactorial, involucrando vías que llevan a daño endotelial y disfunción miocárdica. Como factor de

riesgo se considera edad > 30 años, ascendencia africana, embarazos múltiples, historia de preeclampsia, eclampsia, uso de cocaína y terapia con terbutalina **Objetivo:** Presentar caso clínico y revisión de la literatura. **Resumen clínico:** Femenina de 29 años, sin crónico degenerativas ni antecedentes de importancia. Que en el último trimestre de su quinto embarazo desarrolla preeclampsia, motivo por el que se interrumpe vía abdominal a las 38SDG. Siendo valorada en consulta 2 semanas posteriores a evento obstétrico y es ingresada por presentar incremento gradual de disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna y edema de extremidades inferiores de 5 días de evolución. A su ingreso TA: 140/74mmHg, FC: 119 lpm FR: SaO2: con datos de dificultad respiratoria, IY de 5 cm, RHY (+), derrame pleural bilateral del 20% aproximadamente y edema extremidades pélvicas Godet +++ tercio proximal tibial. EKG: taquicardia sinusal, no isquemia, necrosis ni lesión. Exámenes sin alteraciones en la Química Sanguínea, Biometría Hemática, Función Hepática. Serologías (VHC, VHB, VIH) negativas. Se realiza Ecocardiograma Trastorácico reportando: cardiomiopatía dilatada con Fracción de Expulsión de Ventrículo Izquierdo de 39%. Por lo que se inicia manejo para Falla Cardiaca con IECA, Inotrópico, Diuréticos ahorrador de potasio y de Asa, así como



anticoagulación con enoxaparina. Se egresa paciente y se envía a rehabilitación cardíaca. En el seguimiento paciente con mejoría de Clase Funcional, actualmente en Estadio II. **Conclusiones:** La cardiomiopatía postparto es una forma rara de insuficiencia cardíaca con causa desconocida. El 20% de las mujeres mueren tempranamente (< 1 año) y sobreviven el 10% a los 2 años y 6% a los 5 años. El tratamiento a base de vasodilatadores, inotrópicos, diuréticos y anticoagulantes; en algunos casos se requiere trasplante. El tratamiento temprano mejora el pronóstico.

0667 Trauma cardíaco. Reporte de un caso con secuelas en el sistema de conducción cardíaco.

Montes H1, Pacchiano L1, Palafox G0, González E1

0 ISSSTE, Hospital Regional Gral. Ignacio Zaragoza, 1 ISSSTE, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos.

Antecedentes: La importancia del trauma cardíaco radica en su letalidad y baja incidencia. Debido a la baja incidencia, no hay muchas series de casos de esta patología. Las manifestaciones clínicas cardiológicas pueden ser variadas desde dolor torácico, síncope, tamponade cardíaco, costocondritis, bradiarritmias, ruptura septal, disfunciones valvulares, miocarditis, fibrosis endomiocárdica y pericarditis constrictiva. **Objetivo de estudio:**

El objetivo de este caso es mostrar la evolución de una patología con de baja incidencia. Se muestra además una revisión bibliográfica. **Informe de caso:** Se trata de paciente masculino de 51 años, policía federal de profesión. Como antecedentes personales patológicos presenta trastorno de ansiedad de 5 meses de diagnóstico en tratamiento con imipramina. Inicia su padecimiento actual al realizar persecución policíaca en motocicleta cuando el paciente cae de la motocicleta y recibe traumatismo contuso en el tórax con manubrio. El paciente se incorpora y continúa persecución, sin embargo inicia sintomatología de dolor precordial de tipo opresivo intensidad 10/10, acompañado de descarga adrenérgica y vasovegetativa. Por este motivo acude a servicio de urgencias donde se documentan a su ingreso bradicardia sintomática con ritmo de la unión en electrocardiograma (FC 35 lpm) por lo que requiere manejo con soporte aminérgico en terapia intensiva. El paciente con curva enzimática para síndrome coronario agudo por lo que se ingresa a cateterismo cardíaco, el cual no muestra lesiones angiográficamente significativas. Se realiza ecocardiograma, el cual no muestra trastornos de la relajación ni disfunción valvular. **Resultados** Se egresa a paciente con cita a cardiología. Se realiza Holter por

la consulta externa, el cual muestra bradicardia sinusal de 30 lpm. En la consulta externa, el paciente refiere síncope en dos ocasiones, por lo que se coloca de marcapaso. **Conclusión:** Presentamos un caso de trauma cardíaco, el cual cursa con síndrome coronario agudo. Sin embargo, al realizarse cateterismo cardíaco el paciente no muestra lesiones ni disección coronaria. El paciente queda con secuelas y daño a nivel de sistema de conducción con bradicardia sintomática. Es posible que la etiología sea por fibrosis endomiocárdica. Reportamos un caso con afección a sistema de conducción crónica sin presentar afección coronaria o valvular.

0693 Efecto de los antagonistas de receptores de mineralocorticoides sobre la presión arterial pulmonar en los pacientes con insuficiencia cardíaca

Cintora C

SSA, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas

Introducción: Los antagonistas de receptores mineralocorticoides (ARM) en hipertensión arterial pulmonar (HAP) están descritos a nivel experimental. Estos han demostrado atenuación de la resistencia vascular y disminución de la remodelación vascular pulmonar y ventricular derecha. En ensayos clínicos se ha demostrado que disminuye la presión arterial pulmonar

(PAP) cuando se administra de manera conjunta con otros tratamientos en pacientes con hipertensión arterial pulmonar e Insuficiencia Cardíaca (IC). Sin embargo, se desconoce el efecto de los ARM sobre la PAP en IC. **Objetivo:** Evaluar el efecto de los ARM sobre la PAP secundaria a IC. **Material y métodos:** Se realizó un estudio trasversal, con pacientes con diagnóstico de IC. Criterio de inclusión: mayores de 18 años con diagnóstico de IC de acuerdo con ecocardiograma. Se realizó una regresión lineal múltiple con el objetivo de evaluar el efecto de los ARM sobre la PAP.

Resultados: Se evaluaron 615 pacientes, de los cuales 55.12 % fueron hombres, de 62.82 $\pm$ 16.17 años, las comorbilidades más frecuentes fueron; hipertensión 72.68 %, diabetes mellitus 45.37 %, dislipidemias 50.89 %, cardiopatía isquémica 34.13 % e hipertensión arterial pulmonar 90.13 %. Al evaluar el efecto de los ARM sobre la PAP se observó que por cada miligramo de ARM (espironolactona 25 mg por semana en promedio) utilizado, se reduce 0.91 mm Hg la PAP, esto ajustado por sexo, edad, dosis de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, beta bloqueadores, cardiopatía dilatada, fracción de eyección del ventrículo derecho, ángulo de fase (con bioimpedancia eléctrica por análisis vectorial).

Conclusiones: En pacientes con Insuficiencia Cardíaca e

hipertensión pulmonar los ARM reducen de manera considerable la PAP.

0701 Atrial fibrillation in a patient with albuterol-induced lactic acidosis induced by albuterol

Reyes A

Universitario, Hospital Universitario Dr José Eleuterio González, UANL

A 59-year-old male with a 48-year history of persistent partly controlled Asthma and a recent hospitalization for asthma exacerbation, presented to the Emergency Department with 3-day history of dry cough, tachypnea, and shortness of breath and audible wheezing. He refers that only had home-based treatment and occasionally inhaled ipratropium bromide/albuterol sulfate. He reported minimal chest pain, and denied associated fever. Initially during the asthma exacerbations, he was treated with four doses of albuterol (two of 5mg, and two of 10mg) and one dosis of ipratropium/albuterol (2.5/0.5mg) delivered by micronebulizer, and intravenous hydrocortisone. After the initial management, he showed no improvement. It was also accompanied by lactic acidosis, demonstrated through arterial blood gases. During the cardiac rhythm monitorization, he suddenly develop atrial fibrillation with rapid ventricular response (Afib with RVR,

CHADS2.-VASc of 0 points and the stroke risk was 0.2%, and HASBLED risk of 0 points, risk was 0.9% [16] . Then we initiate endovenous bolus of Amiodarone dose 150mg, and infused unfractionated heparin, achieving normal heart rhythm. Echocardiogram demonstrate a left ventricular remodeling with concentric left atrium and right cavities with normal dimensions. Left ventricular ejection fraction (LVEF) of 55%, with no contractility defects. Systolic and diastolic was preserved in the right ventricle. There were no episodes of hypotension, he made a rapid recovery during this hospitalization and was discharged home days later. Hyperlactatemia that develops in patients due to salbutamol (B-adrenergic) in asthmatic patients is considered a characteristic lift of drug administration, and should not be taken as an indicator of the asthmatic severity of symptoms; however creates a paradoxical situation where the bronchodilation exist helping the initial symptoms of asthma but worse tachypnea, as a compensatory mechanism of acidosis. During acidosis and hyperlactataemia developed atrial fibrillation; there is a clear association between atrial fibrillation and acidosis due to the altered resting membrane potential in the muscle fibers. Hyperlactatemia without acidosis in a large percentage of patients in hospitalized patients with status



asthmaticus did not portend a poor prognosis.

0706 Tromboembolismo pulmonar en el puerperio e hipertensión arterial pulmonar suprasistémica: reporte de un caso

Gil Velázquez, Escobar Torres, Sánchez Hernández

IMSS, Hospital General Regional No. 25

Objetivo: Describir las características clínicas de hipertensión arterial pulmonar crónica en el puerperio, así como su abordaje diagnóstico. **Presentación del caso.** Femenino de 31 años de edad, originaria y residente del Distrito Federal, sin antecedentes de importancia, solamente refiere disnea de grandes a medianos esfuerzos desde hace 3 años, no precordialgia, gestas 4, partos 4, último parto 14/08/14 de 40 semanas de gestación ameritando inducción del parto vía vaginal sin complicaciones siendo egresada al siguiente día. Reingresa el 23/08/14 por disnea progresiva hasta ortopnea, adicionándose precordialgia 6/10, evidenciando hipotensión 60/30, desaturación 50%, dificultad respiratoria requiriendo ventilación mecánica e infusión con norepinefrina mejorando hemodinámicamente logrando retiro de ventilador y aminas al siguiente día. Se realiza Ecocardiograma y Angiotomografía evidenciando tromboembolismo pulmonar. Se realiza ecocardiograma transtorácico reportando dilatación ventricular dere-

cha, insuficiencia tricuspídea, acinesia del septum interventricular, colapso de pared libre ventricular izquierda, presión sistólica pulmonar 140mmHg, FEV1 78%, trombo distal en rama izquierda pulmonar a 5 cm de su bifurcación, se manejó con enoxaparina, sildenafil y dobutamina por 48hrs, con adecuada respuesta. Se egresa con anticoagulación oral, enviada a hemodinámica para valoración de tratamiento quirúrgico. **Comentario.** Puede manifestarse insuficiencia cardíaca derecha por hipertensión pulmonar secundaria a tromboembolismo pulmonar crónica en el puerperio, estando indicado manejo con oxigenoterapia, aminas, anticoagulación e inhibidores de fosfodiesterasa como fue en este caso. **Conclusiones.** La mayoría de las muertes ocurren en el puerperio precoz, y en su mayoría se deben a un incremento brusco en las resistencias vasculares pulmonares, no obstante también puede manifestarse como hipertensión crónica e insuficiencia cardíaca derecha secundaria a tromboembolismo crónico en el puerperio.

0742 Angiodisplasia intestinal asociada a estenosis aórtica

Mouret U, Trinidad A, Villalobos F

SSA, Hospital de Especialidades Belisario Domínguez

El síndrome de Heyde es una asociación entre estenosis aórtica y sangrado por an-

giodisplasia intestinal. Se desconoce la incidencia ya que los casos reportados han sido aislados por la falta de conocimiento de la patología y el subdiagnóstico. Se presenta el caso de una mujer de 70 años con antecedentes personales de hipertensión, enfermedad renal crónica sin tratamiento sustitutivo de la función renal con una uresis residual de 500ml al día con diurético, así como antecedente de cardiopatía reumática, que acude a urgencias por la presencia de falla cardíaca por transgresión hídrica destacando a la exploración soplo sistólico en foco aórtico con irradiación a carótidas, así como con datos de requerimiento de diálisis en agudo, realizándose manejo avanzado de la vía aérea por fatiga muscular, se realiza ecocardiograma que reporta la presencia de doble lesión mitral y válvula aórtica calcificada y área efectiva de 0,5 cm², se ingresa con hemoglobina de 8.8g/dl, se coloca catéter e inicio diálisis peritoneal, con mejoría clínica de falla cardíaca y renal, se logra extubación exitosa con evolución hacia la mejoría. Un día previo al egreso presenta evacuaciones de tipo melena en 6 ocasiones con disminución de niveles de hemoglobina 2 gramos sobre la basal, se realiza tomografía computarizada abdominal con contraste, endoscopia oral y colonoscopia, evidenciándose la presencia de angiodisplasia de colon transversal y proxi-

mal, con punto de sangrado en ángulo hepático por lo que se realiza manejo con láser de argón, resangrado en dos ocasiones más decidiéndose manejo quirúrgico con resección colónica de ángulo hepático con reconexión y egresando. Paciente reingresa 2 semanas después por cuadro de melena con hemoglobina de ingreso de 5.0mg/dl, se inicia transfusión así como nueva colonoscopia que muestra nuevo punto de sangrado en ángulo esplénico manejo con láser de argón, sin nuevos datos de sangrado. Se presenta el caso al servicio de hemodinamia al asociarse estenosis aórtica y sangrado por angiodisplasia intestinal realizándose valvuloplastia percutánea al no contar con cirugía de recambio valvular en la unidad, desde hace 3 meses se mantiene en consultas de seguimiento sin presentar nuevo sangrado hasta el momento actual. La importancia del caso radica en la valoración integral del paciente senil con sangrado y anemia cuyo no está claramente establecido.

0751 En el infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST, la extensión del área de miocardio salvado y el área de la remodelación ventricular pueden predecirse en base a la expresión de los niveles séricos de PGC1-alfa

Almanza J, Díaz C

Privado Ángeles Metropolitano

Antecedentes: El coactivador de 1 alfa del receptor activado gamma del proliferador de peroxisoma (PGC 1 alfa) es un regulador metabólico (Metabolismo Oxidativo) que se libera durante la Isquemia Miocárdica en el Infarto Agudo del Miocardio con elevación del segmento ST y hay evidencias de que previene el Remodelamiento del Ventrículo Izquierdo en "Modelos Animales". Su nivel de actividad puede estudiarse en pacientes portadores de Síndrome Coronario Agudo (SCA) del tipo del Infarto Agudo del Miocardio con elevación del segmento ST. **Objetivo:** Analizar el valor predictivo de los niveles séricos de PGC 1 alfa en la extensión del área de necrosis miocárdica y en el área de remodelamiento ventricular en los pacientes con SCA del tipo del Infarto Agudo del Miocardio con elevación del segmento ST. **Material y métodos:** Estudio prospectivo, de 20 pacientes con evidencia de un primer evento de infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST, de localización anterior y con criterios de reperfusión miocárdica exitosa. Se determino la expresión de PGC 1 alfa sérica al ingreso y a las 72 horas, se evaluó su correlación con el daño miocárdico y el volumen ventricular y la función sistólica a los 6 meses. En la primera semana del evento isquémico mediante

estudio de Resonancia Magnética Cardíaca se estimó la extensión del área de edema y necrosis miocárdica. A los 6 meses se evaluó por este método el tamaño del infarto y la remodelación ventricular. Definida como el incremento > 10% del volumen teledistólico del ventrículo izquierdo. Definido como Miocardio Salvado a la diferencia entre las áreas de edema y de necrosis.

Resultados: Se apreció mayor área de miocardio salvado en los pacientes con expresión de PGC 1 alfa detectable al ingreso (19.2 % VS 4.2%) de PGC 1 alfa a las 72 horas se correlacionó con una mayor área de remodelación ventricular (variación del volumen teledistólico del ventrículo izquierdo a los 6 meses, el 31.2% VS 1.3). **Conclusiones:** El grado de expresión basal de PGC 1 alfa y una respuesta atenuada o disminuida del sistema después del infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST se asoció con una mayor área de miocardio salvado y predijo menor área de remodelación del ventrículo izquierdo.

0763 Evento vascular cerebral paradójico simultáneo con tromboembolia pulmonar en paciente con foramen oval permeable

Ramos M

IMSS, Hospital General Regional No. 1 Dr. Carlos McGregor Navarro

Se trata de paciente femenino de 43 años con antecedente



de Diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con Insulina NPH, Cáncer cervicouterino diagnosticado en enero 2015, reporte histopatológico de carcinoma escamoso moderadamente diferenciado infiltrante, EC 1B2, recibe 4 ciclos de Quimioterapia con Platino, con poca tolerancia, por lo que continua manejo con radioterapia externa 50 Gy en 25 sesiones. El día 29.06.15 presenta déficit neurológico por lo que acude al servicio de Urgencias donde se evidencia afasia motora y hemiparesia derecha, se realiza resonancia magnética el día 01.07.15 la cual es reportada como Evento vascular cerebral tipo isquémico en territorio de arteria cerebral media izquierda, que se acompaña de edema leve y desplazamiento de la línea media de 4 mm. El día 03.07.15 presenta disnea súbita y desaturación, con PO₂ de 36mmHg, por lo que se decide manejo avanzado de la vía aérea, e inicio de manejo con vasopresores por inestabilidad hemodinámica. A la exploración física sin datos de trombosis venosa profunda, Ruidos cardíacos rítmicos, desdoblamiento de 2do ruido. Se realiza TAC de tórax que reporta tromboembolia pulmonar masiva, con contraindicación absoluta

para trombolisis, por lo que se decide realizar trombectomía, encontrando en arteriograma oclusión del 90% de la arteria pulmonar derecha y oclusión segmentaria de arteria pulmonar izquierda, con mediciones de presión asistólica pulmonar de 60 mmHg, además de hallazgo por auriculografía de shunt derecha a izquierda. Se estima que en el 30% de los Eventos vasculares cerebrales isquémicos se presenta Foramen oval permeable y se asocia como factor de riesgo para accidentes cerebrovasculares criptogénicos. En un meta-análisis de 9 estudios de casos y controles que involucran 566 pacientes y 458 controles sin evento vascular cerebral, los pacientes jóvenes con EVC presentaban un odds ratio de 3,1 para foramen oval permeable. Aunque no hay un tratamiento establecido para los pacientes con Evento vascular cerebral y foramen oval permeable, las opciones terapéuticas incluyen agentes antiplaquetarios, anticoagulantes, el cierre quirúrgico, o el cierre percutáneo. En este caso la paciente contaba como factor de riesgo para tromboembolismo la neoplasia, sin embargo se presentó simultáneamente EVC y TEP masiva, y como hallazgo durante el cateterismo Foramen oval permeable.

0783 Desección aguda de la aorta: ¿es fácil el diagnóstico? Presentación de un caso

Dueñas H, Dominguez G, Bustillos M

ISSSTE, Hospital Regional ISSSTE Monterrey.

La disección aguda de la aorta (DAAo) es una situación crítica y de rápida evolución que se manifiesta con síntomas y signos que hacen pensar en otras entidades. Se genera por una falsa luz en la capa media del vaso con un desgarro de la íntima produciendo una disección que se extiende longitudinalmente. La distensión de la falsa luz llega a producir estenosis de la luz verdadera. Las manifestaciones clínicas dependen del grado de extensión. Los antecedentes clínicos generalmente aportaran información hacia otras patologías, favoreciendo retraso en el diagnóstico y tratamiento. **Objetivo:** presentar el caso de un paciente masculino con dolor abdominal, urgencia hipertensiva, paraparesia, paraplejia inferior, y a las 24 horas datos de insuficiencia arterial aguda de ambas piernas. **Conclusiones:** la DAAo es una emergencia médica que requiere una alta presunción diagnóstica y que puede, ser confundida. Requiere alta sospecha para su diagnóstico y tratamiento oportunos.