

Resúmenes de Casos Clínicos presentados en el “Congreso Venezolano de Cardiología 2023”

Summary of Clinical Cases presented in the “Venezuelan Congress of Cardiology 2023”

1. TAQUICARDIA VENTRICULAR EN LA MIOCARDIOPATÍA ARRITMOGÉNICA DEL VENTRÍCULO DERECHO. Urangas-Silva S, Antonini-Chaviel M, Arai KJ, Barrios M, Briceño-Arenas N. UCLA, ASCARDIO. Barquisimeto. Edo. Lara.

Introducción: La Miocardiopatía arritmogénica del VD (MAVD), es una enfermedad del músculo cardíaco caracterizada por pérdida de miocardiocitos y su sustitución por tejido fibroso o fibroadiposo, que puede dar lugar a arritmias, muerte súbita cardíaca e insuficiencia cardíaca, de origen genético autosómico dominante. Con una prevalencia de 0,6 y 4,4 %, y como causa de muerte súbita cardíaca en un 11 %-27 % de los casos de pacientes de edad ≤ 35 años. **Metodología:** Presentación de caso clínico CCR-Ascardio. **Caso clínico:** Masculino de 20 años de edad, quien presentó dolor abdominal a nivel de hipocondrio derecho, con aumento de la circunferencia abdominal, una semana después presenta disnea de moderados esfuerzos y edema en miembros inferiores, acude a consulta de cardiología, durante la misma presenta palpitaciones súbitas, al examen físico hemodinámicamente inestable con PA 80/47 mmHg, signos de congestión sistémica y pulmonar. Al ECG presenta TV monomórfica sostenida a 187 LPM, realizándose cardioversión eléctrica sincrónica con 200 J, revirtiendo a ritmo

sinusal, con evidencia de ondas épsilon. **Conducta:** Ante la sospecha clínica se realiza ecocardiograma transtorácico como estudio de extensión a fin de descartar cardiopatía estructural. Se evidenció cavidades derechas dilatadas y trabeculadas, con disfunción sistodiastólica de VD, PELP TSVD ≥ 32 mm, presencia de trombo en VD. Se solicita cardiorresonancia donde se evidencia dilatación ventricular derecha (62 mm), señal hiperintensa en pared libre del VD, indicativo de infiltración grasa y FEVD 10 %. Se obtienen 4 criterios mayores y 1 menor para MAVD. (Criterios de la Task Force modificados-2010). **Conclusión:** Las arritmias letales en pacientes jóvenes, ameritan una pronta aproximación diagnóstica, de lo contrario el pronóstico es pobre.

2. LIPOMA PERICÁRDICO GIGANTE: UNA CAUSA IMPROBABLE DE DISNEA. Mogollón AC, Arai KJ, Díaz AJ, Graterol PA, Angel JE. CCRCO-ASCARDIO y HCUAMP. Barquisimeto - Edo. Lara.

Introducción: El lipoma es un tumor benigno frecuente, sin embargo, su ubicación cardíaca representa una entidad con incidencia mundial baja (menor a 0,28 %). Usualmente, se localizan en el subendocardio o pericardio, del ventrículo

izquierdo (VI) o la aurícula derecha, como una lesión ocupante de espacio (LOE) encapsulada o rodeada por miocardio. **Metodología:** Presentación de caso clínico del CCRCO-ASCARDIO y HCUAMP. **Caso Clínico:** Masculino de 62 años con palpitaciones, disnea ante moderados esfuerzos, debilidad generalizada e hipotensión arterial. Examen físico con presión arterial normal, sin hallazgos patológicos significativos. Electrocardiograma con complejos QRS hipovoltados, Holter con carga arrítmica ventricular de 3 % y taquicardia ventricular no sostenida. Ecocardiograma transtorácico (ETT) con fracción de eyección VI 63 %, presencia de LOE extracardiaco en relación con la pared lateral del VI, generando colapso parcial del mismo. Tomografía (TC) de tórax confirmó LOE de 13 cm por 6 cm, hipodenso, homogéneo, delimitado por pericardio, libre de contraste, con plano de clivaje en miocardio, colindante a la aurícula izquierda (AI) y VI. **Conducta:** Pericardiotomía mediante toracotomía anterolateral izquierda, con exéresis de LOE de 15 cm por 10 cm, adherido a pericardio parietal y visceral, colindante con VI, AI, seno coronario y emergencia del tronco pulmonar. Biopsia reportó tejido adiposo maduro sin atipias, con márgenes quirúrgicos libres. Evolucionó satisfactoriamente, sin complicaciones. TC control sin evidencia de LOE recurrente. **Análisis:** Los lipomas pueden ser asintomáticos, generar manifestaciones clínicas inespecíficas o en casos severos, conllevar a muerte súbita, como resultado de las alteraciones hemodinámicas generadas por la compresión extrínseca de las cavidades. Su diagnóstico se realiza mediante ETT, TC o resonancia magnética cardíaca y, certificado mediante análisis histopatológico. El tratamiento resolutivo, requiere la resección quirúrgica del LOE.

3. ABLACIÓN DE TAQUICARDIA POR REENTRADA NODAL EN PACIENTE CON INTERRUPCIÓN DE VENA CAVA INFERIOR. Fuenmayor Winterdaal PA, Fuenmayor Arocha AJ, Fuenmayor Winterdaal AL. Instituto de Investigaciones Cardiovasculares “Abdel M. Fuenmayor P.” Sección de Electrofisiología y

Arritmias, ULA, y Clínica Albarregas, Mérida, Edo. Mérida.

Describimos un paciente masculino, de 51 años, quien consultó por presentar palpitaciones que se irradiaban a región anterior del cuello y se acompañaban de debilidad de miembros superiores. En un test de esfuerzo presentó taquicardia supraventricular, que se acompañó de mareo y terminó con un episodio de tos. En el electrocardiograma basal no hubo alteraciones. Para cateterismo electrofisiológico, se colocaron catéteres en vena femoral derecha. Al avanzar el catéter se notó paso al lado izquierdo de la columna. Se hizo flebografía femoral que corroboró interrupción de vena cava inferior y drenaje venoso inferior por vena ácigos desembocando en vena cava superior. Se posicionaron los catéteres en aurícula derecha alta, posición de registro de His, triángulo de Koch, seno coronario y ápex del ventrículo derecho, pero la distribución venosa hacía imposible la ubicación precisa de los catéteres. Se realizó abordaje por vena subclavia izquierda (catéter seno coronario) y yugular interna derecha (catéter de ablación). La función del nodo sinusal se encontró preservada. La estimulación auricular programada indujo una taquicardia supraventricular por reentrada nodal común. La curva de conducción A-V demostró salto nodal y su equivalente. La estimulación ventricular programada demostró activación retrógrada céntrica. Se realizó ablación por delante de la boca del seno coronario, que logró prolongar el refractario efectivo del nodo AV, e impedir la inducción ulterior de arritmia, tanto en situación basal como bajo infusión de adrenalina. **Conclusión:** Este caso demuestra la asociación de taquicardia supraventricular por reentrada nodal común con interrupción de vena cava inferior y la posibilidad de realizar ablación en este tipo de pacientes.

4. STRUMACORDIS PRIMER CASO EN VENEZUELA. Rodríguez G. FM, Miratía C. OV, Pérez T. JJ, Maldonado P. MC, Mardomingo B. HD. Cardiología, Hospital IVSS Miguel Pérez Carreño, Caracas, Distrito Capital.

El struma cordis (tejido tiroideo cardíaco ectópico) es una rara condición que afecta a 1/100 000-300 000 personas, mayormente mujeres (90 % casos), de mediana edad. Es consecuencia de una embriogénesis aberrante en la migración del tiroides primitivo durante la cuarta semana de gestación, asociado a mutaciones genéticas, implantación mecánica por cirugías/traumatismo; siendo las ubicaciones más importantes el septo interventricular y ventrículo derecho con obstrucción del tracto de salida (TSVD). Se reportan pocos casos en la literatura debido a su baja prevalencia, el primer caso fue descrito tras necropsia (1941), otros se reportan en México, España; en Venezuela no se cuenta con casos publicados. Se describe el caso de una femenina de 55 años de edad, con antecedente de tiroidectomía total por Bocio Multinodular (2010), en tratamiento con Levotiroxina 75 µg e HTA, quien presenta en febrero dolor precordial de moderada intensidad, opresivo, irradiado a brazo izquierdo, atenuado con el reposo, es referida al servicio de cardiología. La exploración física y electrocardiograma no revelaron mayores hallazgos, se realiza ecocardiograma TT evidenciando lesión ocupante de espacio (LOE) TSVD (2,6x2,1cm), es intervenida quirúrgicamente para exéresis y la anatomía patológica revela tejido tiroideo ectópico (STRUMA CORDIS) con hiperplasia nodular, metaplasia oxifílica y áreas de involución, manteniéndose en seguimiento. Esta rara afección generalmente no manifiesta síntomas, siendo a menudo un hallazgo incidental imagenológico; en algunos casos cursa con disnea, dolor torácico, embolia pulmonar, arritmia ventricular o muerte súbita. Si bien el tejido tiroideo ectópico es raro y más frecuente a nivel lingual, ante un LOE cardíaco hay que pensarlo como diferencial. El diagnóstico definitivo se realiza mediante biopsia y el tratamiento es quirúrgico, con pronóstico favorable si no hay complicaciones quirúrgicas.

5. CONSTRICTIVA Y DESAFIANTE: UNA EXPLORACIÓN Y REVISIÓN DE LA PERICARDITIS CONSTRICTIVA. Sarmiento C EM, Rodríguez G FM, Páez G JL, Pérez T JJ,

Maldonado P MC. Cardiología Hospital Miguel Pérez Carreño. Caracas Distrito Capital.

La pericarditis constrictiva puede constituir el estadio final evolutivo de muchos de los procesos inflamatorios o traumáticos que afectan el pericardio, aunque en la mayoría de casos de pericarditis constrictiva establecida no se puede identificar una causa etiológica concreta, ni siquiera tras el estudio histológico del pericardio. Cuanto mayor es la antigüedad de la pericarditis y mayor es el grado de calcificación del pericardio, menos probable es que el estudio histológico muestre datos que pudieran señalar a una etiología específica. Se plantea caso clínico de paciente masculino de 33 años quien inicia clínica hace 3 años cuando presenta palpitaciones, disnea clase funcional II/IV según NYHA asociándose episodios sincopales precedidos de esfuerzo físico moderado (trotar) por lo que es evaluado al examen físico presenta signos de insuficiencia cardíaca global, se realiza radiografía de tórax evidenciándose calcificación del pericardio y ecocardiograma Doppler, con una muesca protodiastólica (notch) en el tabique interventricular en el modo M y un marcado predominio diastólico en el flujo de la vena cava inferior y venas suprahepáticas con inversión en el primer latido de la espiración. Pese a la mejor optimización de los métodos diagnósticos, la mayoría de los casos siguen siendo idiopáticos. La pericarditis constrictiva crónica es una enfermedad irreversible, lentamente progresiva y, en principio, tributaria de cirugía, ya que este es el único procedimiento terapéutico eficaz. Sin embargo, la pericardiectomía tiene un riesgo alto que puede llegar a una mortalidad de hasta un 25 %-40 % en pacientes de edad avanzada, pacientes con calcificación pericárdica muy extensa y pacientes en clase funcional III-IV.

6. MALFORMACIÓN VASCULAR, UN RETO CARDIOVASCULAR. Sayago E, Rodríguez M, Mejías R, Jean F, Nasser C. Servicio de Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario de Caracas. Caracas - Distrito Capital.

Introducción: El síndrome de Ehlers Danlos es un grupo heterogéneo de trastornos hereditarios del tejido conectivo caracterizado por síntesis de colágeno anormal que afecta la piel, ligamentos, articulaciones, vasos sanguíneos y otros órganos causado por mutaciones en los genes que codifican el colágeno fibrilar tipo I, III y V, el de tipo vascular también es conocido como tipo equimótico, arterial o tipo Sack-Barabas. Es posiblemente el tipo con mayor incidencia de complicaciones o con complicaciones de mayor gravedad representa el 4 % de todas las formas del síndrome, siendo el de mayor interés en cuanto a las lesiones arteriales, pudiendo ser letal. **Caso clínico:** Se trata de masculino de preescolar de 03 años de edad cuya madre refiere inicio de enfermedad actual hace 7 meses aproximadamente cuando evidencia masa abdominal supraumbilical de aproximadamente 2x2 cm móvil no doloroso a la palpación, con crecimiento rápido según lo referido por la madre por lo que acude a facultativo de donde es referido para evaluación por cirugía pediátrica, angiotac evidencia lesión aneurismática en ambas arterias ilíacas a nivel de su bifurcación; ecocardiograma evidencia dilatación y aneurisma de arteria coronaria izquierda de 4 mm. **Discusión:** La mayoría de los pacientes con síndrome de Ehlers-Danlos suelen manifestar características clínicas similares (laxitud articular o elasticidad cutánea), pero no todos cumplen con los criterios principales de los subtipos; por lo tanto, se encuentra subdiagnosticado. Los pacientes con subtipo vascular deben recibir asesoría, ya que tienen mayor riesgo de padecer complicaciones fatales.

7. MANIFESTACIONES CARDIOVASCULARES DEL HIPOTIROIDISMO EN PEDIATRÍA: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LITERATURA. Benavides LA, Muñoz JC, Salgueiro R del V, Anuel A del C, Querales Raymar V. Servicio de Cardiología Infantil. Centro Cardiovascular Regional Centroccidental. Barquisimeto, Estado Lara.

El hipotiroidismo es una entidad frecuente en pediatría, que se caracteriza por la disminución en la producción o en la función de las hormonas tiroideas sobre los tejidos, especialmente en los

miocitos, lo cual conduce al desarrollo de múltiples mecanismos capaces de originar trastornos tanto morfológicos como funcionales en el sistema cardiovascular. Se reporta el caso de un niño de 10 años de edad con hipotiroidismo primario, quien presentó clínica de edema facial y en extremidades, ascitis, alteraciones electrocardiográficas y derrame pericárdico severo, siendo este último escasamente reportado en la literatura tanto en adultos como niños. Esta complicación cardíaca puede ser la primera manifestación de la enfermedad, por lo que es importante identificarla precozmente. Otras manifestaciones cardiovasculares incluyen intervalo QT prolongado, corazón mixedematoso y alteraciones valvulares, que conllevan al desarrollo de insuficiencia cardíaca. El tratamiento de elección es la terapia sustitutiva con hormona tiroidea, con la cual se resuelven rápidamente las alteraciones cardíacas y no cardíacas. El paciente respondió de manera satisfactoria a la levotiroxina, observándose mejoría casi total del derrame pericárdico.

8. TAQUICARDIA DE QRS ANCHO CON PARTICIPACIÓN DE DOS VÍAS ACCESORIAS EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE. Sánchez Suárez GD, Barroyeta Hurtado RJ, Aragón Barrios M. Servicio de Electrocardiología. CCRCO-ASCARDIO Barquisimeto, Edo. Lara.

Introducción: La coexistencia de dos vías accesorias en pacientes con Síndrome de WPW es una asociación infrecuente y desafiante en el momento del diagnóstico durante el estudio electrofisiológico (EEF). **Método:** Presentación de caso clínico de servicio de electrocardiología de CCRCO-ASCARDIO. **Descripción:** Masculino de 16 años, quien presenta el 19/12/2020 de forma súbita dolor torácico y palpitaciones durante 3 horas. Acude posteriormente a cardiólogo y por hallazgo de preexcitación evidente plantea diagnóstico de Síndrome de WPW y refiere a servicio de Electrofisiología para ablación por radiofrecuencia (RF), la cual es realizada en tres oportunidades, sin éxito, concluyéndose en último EEF taquicardia antidrómica por vía accesoria anterior derecha con participación retrógrada de vía izquierda oculta,

además de taquicardia ortodrómica por vía accesoria posterior izquierda oculta. Durante evolución, presenta múltiples episodios de taquicardia supraventricular, que ameritaron cardioversión eléctrica. Ante esto, se planifica nuevamente el 22/08/2022. Durante protocolo de estimulación en aurícula derecha alta se observa conducción por vía accesoria anterior derecha con PRE de la vía con ciclo de 400/250 m. Al estimular en ventrículo derecho se observa precocidad VA y fusión máxima en región posterior izquierda. Se posiciona catéter de ablación en anillo mitral con inserción ventricular y se aplica RF hasta evidenciar separación VA. Se posiciona catéter en región anterior de anillo tricuspídeo y se aplica hasta evidenciar separación AV y desaparición de preexcitación ventricular. Con protocolos de estimulación con y sin isoproterenol no se observó conducción mediada por vía accesoria AV ni VA ni se indujo taquicardia. **Discusión:** Las taquicardias antidrómicas tienen una baja prevalencia entre 5 %-10 %, siendo la ablación con catéter el tratamiento de primera línea debido a su alta tasa de éxito y su bajo riesgo. Se ha considerado las múltiples vías accesorias, factor de riesgo de muerte súbita, siendo más frecuentes en la anomalía de Ebstein. **Conclusión:** Este informe de caso tuvo como objetivo describir una condición rara, donde las dos vías anómalas se manifiestan durante la misma taquicardia auriculoventricular.

9. ESTENOSIS TRICUSPÍDEA Y SUPRAVALVULAR PULMONAR SEVERAS: UNA INADVERTIDA ASOCIACIÓN CONGÉNITA. Mogollón AC, Estevez LI, Ávila HB, Escalona AC, Flores YM. CCRCO-ASCARDIO. Barquisimeto, Estado Lara.

Introducción: Las valvulopatías derechas primarias son muy infrecuentes, aún más, las lesiones plurivalvulares como la estenosis tricuspídea (ET) con incidencia mundial <3 % y la estenosis pulmonar (EP) con 1 %-2 %. Entre sus causas están la enfermedad reumática, el síndrome carcinoide y las cardiopatías congénitas, sin embargo, la asociación entre ET y EP es tan escasa, que su prevalencia no ha sido descrita. **Metodología:** Presentación

de un caso del CCRCO-ASCARDIO. **Caso Clínico:** Masculino de 49 años sin antecedentes de importancia, con disnea ante moderados esfuerzos, edema en extremidades y mareos. Examen físico con ingurgitación yugular, patrón “onda A gigante”, soplo sistólico pulmonar grado II-IV, segundo ruido único, soplo telediastólico paraesternal izquierdo, grado II-IV. Electrocardiograma con crecimiento biauricular y ventricular derecho (VD), bloqueo auriculoventricular de 1er grado y avanzado de rama derecha. Ecocardiograma transtorácico con FEVI 62 %, volumen auricular derecho 97 mL/m², disfunción sistodiastólica e hipertrofia (10 mm) de VD, tronco y ramas pulmonares dilatadas, la izquierda con flujo de contaminación sistólico sugestivo de colateral sistémico-pulmonar, presencia de membrana supra valvular pulmonar obstructiva con velocidad máxima 4,40 m/seg y gradiente medio (Grad med) 46 mmHg, tricúspide calcificada con estenosis severa (área 0,92 cm², Grad med 6 mmHg) e insuficiencia moderada, cavidades izquierdas sin alteraciones significativas. Actualmente se mantiene en clase funcional NYHA II-IV, recibiendo tratamiento médico. **Análisis:** La ET es una valvulopatía rara, cuyo curso no suele generar repercusión hemodinámica pulmonar significativa, por lo cual, la presencia de disnea progresiva, puede sugerir la coexistencia de anomalías como la EP supra valvular. El diagnóstico temprano y tratamiento quirúrgico oportuno, son elementales para limitar el desarrollo de hipertensión pulmonar severa y falla de VD.

10. MOVIMIENTO ANTERIOR SISTÓLICO DE LA VÁLVULA MITRAL MAS ALLA DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA. Silva R. KA, Pérez T. JJ, Mardomingo B. H, Ochoa C. JC. Cardiología, Hospital IVSS Miguel Pérez Carreño, Caracas, Distrito Capital.

El movimiento sistólico anterior de la válvula mitral o “Systolic anterior motion” (SAM) por sus siglas en inglés, corresponde al desplazamiento anterior de uno o ambos velos mitrales, produciendo obstrucción dinámica del tracto de salida del

ventrículo izquierdo (TSVI). La miocardiopatía hipertrófica (MCH), estrecha el (TSVI) y crea el efecto Venturi durante la sístole arrastrando el velo anterior de la válvula mitral (VM) hacia el (TSVI). La anatomía (VM) consta de un velo anterior y posterior, el aparato subvalvular: cuerdas tendinosas y músculos papilares. La función de la (VM) depende de sus condiciones anatómicas, la estructura global del ventrículo izquierdo (VI) y su contractilidad, cambios en estos elementos pueden generar un (SAM). En el contexto de la (MCH) el (SAM) está relacionado con factores cinéticos: hiperdinamia del (VI), factores geométricos: reducción del ángulo mitroaórtico, anomalías estructurales: dadas por el desplazamiento de músculos papilares, anomalía de las cuerdas tendinosas, entre otras. Se describen dos casos clínicos: paciente femenino de 48 años de edad, con diagnóstico de hipertiroidismo, quien durante evaluación ecocardiografía presenta en el pulsado del TSVI velocidad máxima (Vmax): 5,51 m/s y gradiente máximo (Gmax): 121,3 mmHg. Y paciente masculino de 58 años de edad, en contexto de síndrome coronario agudo con Infarto de miocardio cara anteroseptal, con (Vmax) TSVI 6,73 m/s y Gmax: 181 mmHg. El (SAM) se describe por primera vez hace 3 décadas y se asociaba únicamente a la (MCH), en la actualidad se describen otras causas medicas de (SAM), patologías como la Diabetes Mellitus, donde es el resultando de procesos de isquemia miocárdica e hipertrofia, pos infarto agudo de miocardio: por alteraciones geométricas del VI dados por (oposición de regiones con hipocinesia o hipercinesia).

11. EMBOLIZACIÓN DE FÍSTULA CORONARIO CAVITARIA: REPORTE DE UN CASO. Finizola Flores B, Manfred H, Muñoz JC, Trivilion AG, Pérez L. Servicio de Hemodinamia y Servicio de Cardiología Infantil y cardiopatías congénitas, Centro Cardiovascular Regional Centroccidental, Barquisimeto, Estado Lara.

Las fístulas coronarias son malformaciones congénitas raras con una incidencia de 0,2 % a 1,2 % de todas las anomalías coronarias, generando comunicaciones anómalas con trayectos tortuosos y dilataciones variables, generando

manifestaciones clínicas diversas dependiendo del tamaño y localización de la misma, cursando desde asintomático hasta síntomas de insuficiencia cardíaca. Se presenta el caso de preescolar masculino de 3 años con antecedentes de cierre quirúrgico de Ductus arterioso, a quien se diagnostica posteriormente fístula coronario cavitaria desde arteria coronaria derecha (ACD) hacia ventrículo derecho (VD) con importante repercusión hemodinámica, se le realiza cateterismo diagnóstico confirmando los hallazgos antes mencionados, por lo que se realiza embolización de la misma con dispositivo amplatzer con resolución del caso y mejoría de síntomas.

12. DOBLE LESIÓN TRICUSPÍDEA SECUNDARIA A SÍNDROME CARCINOIDE: UNA ETIOLOGÍA POCO FRECUENTE. León GM, Nava LN, Monsalve SD, Flores YM. CCRCO-ASCARDIO. Barquisimeto, Estado Lara.

Introducción: El síndrome carcinoide cardíaco es una patología muy infrecuente que ocurre en el 50 % de los pacientes con síndrome carcinoide maligno, y es caracterizado por la fibrosis de las válvulas tricúspide y pulmonar, así como del endocardio ventricular derecho, lo cual puede provocar una insuficiencia cardíaca derecha, que repercute directamente en el pronóstico de estos pacientes. **Metodología:** Presentación de caso clínico, consulta de patología valvular del CCRCO-Ascardio. **Caso Clínico:** Paciente femenina de 53 años, con antecedente de trombosis venosa profunda (TVP) en 2010, quien cursó con episodios de diarrea y enrojecimiento facial; desde el mes de junio de 2022 presentó disnea, palpitaciones y epigastralgia; acudiendo a valoración cardiovascular. Examen físico: cifras de presión arterial 140/90 mmHg, soplo holosistólico y mesodiastólico tricuspídeo grado II/IV, sin ingurgitación yugular, ni edema. Electrocardiograma con crecimiento auricular derecho (CAD), bloqueo de la subdivisión anterior de la rama izquierda del Haz de His. Ecocardiograma transtorácico con fracción de eyección del VI 62 %, dilatación severa de aurícula y ventrículo derecho con función sistólica preservada. La válvula tricúspide de aspecto fibrótico e inmóvil,

con insuficiencia tricuspídea severa y estenosis moderada. El ultrasonido de abdomen demostró múltiples lesiones sólidas en ambos lóbulos hepáticos y adenopatías retroperitoneales y mesentéricas. **Análisis:** Los tumores carcinoides se presentan con poca frecuencia; por lo cual la etiología de estas valvulopatías derechas está subdiagnosticada. El pronóstico de los pacientes con enfermedad cardíaca y fallo ventricular es mejor cuando la intervención quirúrgica se desarrolla en forma temprana; sobre todo cuando los síntomas vasomotores y las metástasis están controlados.

13. TÉCNICA CANDY-PLUG EXITOSA COMO REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE LA AORTA TORÁCICA (TEVAR) EN DISECCIÓN AÓRTICA CRÓNICA TIPO B COMPLICADA. REVISIÓN DE CASO CLÍNICO. Olivarez Jiménez MD, García JF, Torres Lameda YA, Martínez Mendoza ML. Médico residente de posgrado de Cardiología. UCLA-ASCARDIO. Barquisimeto- Lara RB de Venezuela.

Antecedentes: La técnica “Candy-plug” fue descrita en 2013 por el grupo de T. Kölbel et al, de la Universidad de Hamburgo, quienes presentaron el procedimiento para conseguir la oclusión de la dilatación aneurismática de la falsa luz secundaria a una disección crónica tipo B. El beneficio temprano de TEVAR es la remodelación positiva aórtica, recuperación de la luz verdadera, trombosis de la luz torácica falsa y diámetro aórtico estabilizado. Existe una mejor supervivencia relacionada con pacientes con TMO + TEVAR. **Descripción:** Masculino de 52 años, hipertenso y con síndrome aórtico crónico (aneurisma de raíz, cayado y aorta descendente) diagnosticado en 2019, consulta por presentar en Febrero 2023, dolor en hemiabdomen derecho de aparición brusca posterior a esfuerzo físico extenuante, fuerte intensidad, transfixiante, intermitente, irradiado a zona lumbar derecha y región inter escapular, que atenúa parcialmente con uso de AINEs. Ingresa a hospitalización hemodinámicamente estable, en el ecocardiograma se evidencia aorta ascendente dilatada, con flap de disección ubicado, en aorta descendente con posible extensión aorta abdominal, impresionando

bifurcación con hematoma y abundante eco-contraste, en Angio TC de aorta gatillada, se constata Disección de Aorta Stanford B aguda desde la subclavia hasta los vasos suprarrenales en toda su extensión. El protocolo intraoperatorio incluyó, vigilancia hemodinámica continua, reparación endovascular de aorta torácica con oclusión de luz falsa mediante la técnica Candy-Plug, con (despliegue exitoso de la endoprótesis, sin reflujo de luz falsa, resultado exitoso, no hubo complicaciones intraprocedimiento, durante el posoperatorio mediato 2 complicaciones lesión renal aguda y extensión de la disección de aorta abdominal, no fue necesario reintervenciones inmediatas. **Discusión:** En estos pacientes se producen beneficios más allá del período perioperatorio inicial y una supervivencia a largo plazo, es de 1 a 3 años, significativamente mejorada con evidencia de remodelación aórtica.

14. ANEURISMA DEL SENO DE VALSALVA ROTO: MANEJO FARMACOLÓGICO DE SOSTÉN A MEDIANO PLAZO PARA PACIENTES CON IMPOSIBILIDAD DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA INMEDIATA. Vásquez A, Juárez J, Escalona A. CCRCO-ASCARDIO. Barquisimeto, Edo. Lara.

La ruptura de un aneurisma del seno de valsalva es una complicación cardiovascular poco frecuente y que requiere resolución quirúrgica inmediata una vez realizado el diagnóstico. Es una alteración de origen congénito, cuya ruptura puede presentarse de forma espontánea en cualquier momento de la vida, o estar asociada a alguna condición secundaria; como por ejemplo traumatismo torácico, endocarditis infecciosa, entre otros. Hasta la fecha, no existe tratamiento farmacológico descrito en la literatura para manejar a este tipo de pacientes a mediano-largo plazo, en quienes no es opción inmediata la resolución quirúrgica. A continuación, presentamos el caso de un paciente masculino de 51 años, con antecedente tabáquico y chimóico importante, quien presenta clínica de forma espontánea de disnea y dolor torácico de 2 meses de evolución, acudiendo a neumólogo quien refiere a cardiología, estableciéndose el diagnóstico por ecocardiograma

y aortografía invasiva de aneurisma de seno de Valsalva roto con drenaje a aurícula derecha. Fue manejado inicialmente con terapia farmacológica por insuficiencia cardíaca aguda, y por imposibilidad económica para resolución quirúrgica inmediata, se egresó con tratamiento médico durante un período de dos años sin deterioro importante de la función cardíaca, hasta ser resuelto de forma satisfactoria.

15. ABLACIÓN DE FASCÍCULO ACCESORIO Y VÍA NODAL LENTA DESDE AMBOS LADOS DEL SEPTUM. Gómez G, Fuenmayor P, Fuenmayor A. Instituto De Investigaciones Cardiovasculares “Dr. Abdel M. Fuenmayor P” Sección de Electrofisiológica y Arritmias, Universidad de Los Andes, Mérida, Edo. Mérida.

Una paciente de 62 años consultó por palpitaciones paroxísticas con mareo, debilidad generalizada y dolor precordial opresivo; el último episodio fue hace un mes. El examen físico no mostró alteraciones. El ECG tenía PR corto, con onda delta negativa en derivaciones de cara inferior, isodifásica en V1 y positiva en el resto de precordiales, AQRS -60°, con morfología de bloqueo de rama derecha del haz de His. El ecocardiograma transtorácico fue normal. Se colocaron catéteres en vena y arteria femoral derecha y vena subclavia izquierda. El intervalo H-V fue negativo (-2 mseg) y la activación ventricular más precoz se encontró en la región posteroseptal izquierda. El período refractario anterógrado del fascículo fue 380 mseg. Se demostró salto nodal. Con estimulación ventricular se detectó activación auricular más precoz en registro del seno coronario a nivel posteroseptal izquierdo. Se realizó ablación por vía aórtica retrógrada, en la región posteroseptal izquierda, con desaparición solamente temporal del patrón de preexcitación. Luego, se ubicó el catéter de ablación en la región anterior al ostium del seno coronario donde se registró un intervalo AV local de 28 mseg y se realizó una segunda ablación, la cual fue exitosa. El intervalo HV se normalizó a 54 mseg y la activación A-V y V-A se hicieron céntricas, lo que demuestra la desaparición de la preexcitación. Se repitió la estimulación programada en condición

basal y bajo infusión de adrenalina y no se indujo arritmia, se prolongó el período refractario anterógrado AV de 350 a 420 mseg y desapareció el salto nodal. **Conclusión:** En esta paciente se hizo ablación de 2 circuitos para arritmia (reentrada nodal común y fascículo posteroseptal izquierdo). La ablación de los fascículos posteroseptales puede ser difícil y la aproximación desde los 2 lados del septum interventricular puede ser una solución en estos casos.

16. INSUFICIENCIA CARDÍACA DERECHA SECUNDARIA A FÍSTULA AORTO – CAVA PATOLOGÍA ASOCIADA A ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL GIGANTE: REPORTE DE CASO. Mejías R, Sayago E, Franceschi J, Nasser Ch, Alvarado F. Hospital Universitario de Caracas. Distrito Capital. Venezuela.

Resumen: La fístula aorto-cava (FAC) es una complicación infrecuente del aneurisma aorta abdominal (AAA) asociada a factores de aterosclerosis, hipertensión arterial, traumáticas e iatrogénicas, asimismo desórdenes del tejido conectivo. La insuficiencia cardíaca puede ser la forma de presentación de la FAC, como el caso que describimos. Paciente femenina de 41 años, con antecedente de hipertensión arterial de recién diagnóstico, quien refiere de 15 días de evolución edema de miembros inferiores acudiendo a facultativo indicando tomografía de abdomen simple (TAC) evidenciando AAA, por lo que es referida a nuestro centro. A la exploración se palpa en mesogastrio masa de 15 cm de diámetro, pulsátil, móvil, no dolorosa con presencia de soplo, en las extremidades se evidencia aumento de volumen de miembros inferiores con pulsos tibial y pedio no palpables. Se evalúa TAC donde se evidencia dilatación de aorta abdominal infrarrenal de 11,2 x 10 cm con compresión extrínseca de vena cava inferior con shunt aorto-cava que condiciona congestión venosa pélvica. Se lleva a mesa operatoria evidenciando aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de 12 cm con compromiso de ilíacas comunes, FAC de 7 cm, ostium de Arteria mesentérica inferior trombosado y congestión

venosa pélvica, se realiza aneurismectomía + cierre de FAC con rafia primaria + bypass aorto-aórtico con prótesis tubular de Dacrón de 24 mm, paciente con evolución clínica satisfactoria, se indica alta médica a los 7 días de posoperatorio. **Discusión:** Las FAC como complicaciones infrecuentes de AAA, las FAC producen una disminución en la resistencia periférica, lo conllevando a otros efectos sistémicos, atribuibles a FAC como método diagnóstico la TAC para una resolución quirúrgica abierta o endovascular.

17. REPORTE DE UN CASO DE TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE FIBRILACION AURICULAR. Méndez R YJ, Rivas K, Vallejo R, Vera J, López L, Cabrera L E, Chirinos L. Médicos Residente de 2do Año de Cardiología Infantil, Jefa del Dpto. de Fundacardín, Dr. Adjunto del Dpto. de Cardiología Infantil del Hospital Militar Universitario Dr. Carlos Arvelo. Distrito Capital.

Resumen: Las taquiarritmias cardíacas en pediatría son poco frecuentes, en España representan una incidencia anual estimada de 13 casos de taquicardia supraventricular en menores de 19 años por cada 100 000 habitantes ¹. Se ha descrito que la fibrilación auricular (FA) representa una arritmia excepcional en la edad pediátrica, en ausencia de cardiopatía congénita compleja o cirugía cardíaca previa, por lo que es poco probable que lleguen a generar una arritmia ². Así como sus complicaciones que conllevan hacia el desarrollo de una taquicardia supraventricular paroxística ²; dada su baja prevalencia en la población, existen pocos datos para tomar conducta y tratamiento. Es por eso que se enfatiza en el inicio del tratamiento a partir del protocolo de taquiarritmias hasta la aplicación de cardioversión farmacológica. Exponemos el siguiente caso de un lactante donde expresa la aparición, evolución y conducta de una taquicardia supraventricular que evoluciona a una fibrilación auricular, sin patología cardíaca previa, evolucionando de manera favorable al protocolo del manejo a pacientes con taquiarritmia, recibiendo

medicamentos vía endovenosa posteriormente vía oral, respondiendo satisfactoriamente su cuadro clínico, planteamos el siguiente caso por su presentación atípica. Se realiza una revisión de la literatura respecto a esta entidad y el protocolo a seguir en Pediatría.

18. MIOCARDITIS POR EHRLIQUIOSIS YBABESIOSIS. APROÓSITO DE UN CASO. Márquez Y, Da Fonseca J, Cermeño J. Municipio Angostura del Orinoco, Parroquia Catedral. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

Antecedentes: La miocarditis es una inflamación del miocardio causada por diferentes agentes infecciosos y no infecciosos, siendo su patogenia un paradigma clásico de lesión cardíaca seguida por la respuesta inmunológica del huésped dando como resultado inflamación miocárdica. **Descripción:** Se trata de paciente masculino de 13 años de edad, procedente de Pariaguán, sin antecedentes patológicos conocidos, en contacto con garrapatas, quien consulta por presentar edema en miembros inferiores y disnea de 3 meses de evolución. Al examen físico se evidencia R3 izquierdo en cadencia de galope. Posterior a ingreso, presenta fibrilación ventricular abortada en 3 oportunidades, desfibrilada con 200 Joules, ameritando ser conectado bajo ventilación asistida durante 12 horas, con posterior extubación; permanece asintomático por 48 horas y posteriormente presenta asistolia, ameritando reanimación logrando revertir a ritmo sinusal. Tomando en cuenta nexo epidemiológico con artrópodos, se realizan serologías para *Ehrlichia* spp y *Babesia* spp con resultado positivo. Posteriormente, se realiza ecocardiograma donde se evidencian cavidades dilatadas, con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) severamente deprimida (17 %), regurgitación tricuspídea y mitral severas y patrón de disfunción diastólica restrictivo. Se indica tratamiento antibiótico a base de ampicilina sulbactam durante 14 días y doxiciclina durante 21 días, además tratamiento para falla cardíaca. Es egresado luego de 2 meses de hospitalización con indicación de trasplante cardíaco. Permanece en

consulta externa de nuestro servicio durante 7 meses, evidenciándose en último control ecocardiográfico FEVI 52 %, con patrón retardado y regurgitación mitral y tricuspídea leve. **Discusión:** Se observa caso de insuficiencia cardíaca con FEVI recuperada posterior a tratamiento dirigido a causa infecciosa y de falla cardíaca.

19. MIXOMAAURICULARIZQUIERDO: GRAN SIMULADOR. Urdaneta I. JM, Ochoa C. JC, Pérez T. JJ, Mardomingo H del V. Cardiología, Hospital IVSS Miguel Pérez Carreño, Caracas, Distrito Capital.

Los tumores del corazón corresponden mayoritariamente a metástasis, siendo los tumores primarios menos frecuentes. Se estima que estos últimos tienen una incidencia entre 0,0017 % y 0,05 % en autopsias. El mixoma cardíaco corresponde al tumor cardíaco primario más frecuente, constituyendo entre 30 % y 50 % en distintas series de tumores primarios que afectan dicho órgano. Su localización más frecuente es la aurícula izquierda. Aunque es un tumor benigno, algunos pueden recurrir e incluso metastatizar. Debido a su localización, puede generar obstrucción al flujo de sangre dentro del corazón o embolizar, siendo por lo tanto potencialmente letal. La importancia de presentar este tipo de tumor cardíaco se debe a que en los últimos meses ha aumentado la incidencia del número de caso reportados en el servicio de cardiología. Es importante resaltar que los tumores cardíacos son grandes simuladores de otras entidades patológicas, por lo que dificulta en ocasiones el diagnóstico oportuno. En la revisión del caso se trata de femenina de 74 años con evolución de 1 año la cual presenta disnea progresiva CF I/IV a III/IV según NYHA la cual acude a múltiples facultativos quienes indican exámenes paraclínicos para descartar patologías respiratorias, manifestando como único síntoma la disnea, como hallazgo incidental y en búsqueda de causas cardíacas, se observa mediante ecocardiografía bidimensional, masa móvil pediculada en Aurícula izquierda de gran tamaño con medidas de 7,3 cm*2,6 cm que protruye a Ventrículo izquierdo y genera aumento de gradientes en Válvula mitral y efecto de pseudoestenosis mitral,

Válvula aórtica esclerocalcificada a predominio de sus cúspides. Se decide en vista de hallazgos plantear ETE y excéresis total de LOE. Se describen que la extirpación total tiene pocas recidivas y buen pronóstico en el seguimiento de estos pacientes.

20. TAQUICARDIA VENTRICULAR POLIMÓRFICA HELICOIDAL ASOCIADA A HIPERALDOSTERONISMO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO. Álvarez A, Belisario F, Montenegro B, Tovar V, Landaeta I. Hospital Universitario de Caracas, Servicio de Cardiología, Caracas – Venezuela.

Resumen

Introducción: El hiperaldosteronismo primario, es una condición clínica que se caracteriza por HTA con diagnóstico a temprana edad, es una de las formas potencialmente curables de la hipertensión, secundaria a la acción de la aldosterona en los riñones. **Presentación de caso:** Femenino de 39 años, con diagnósticos de hipertensión arterial sistémica 6 meses previo, además historia de fatiga, debilidad muscular, parestesias, calambres, cefalea, palpitaciones, polidipsia, poliuria y nicturia. En diciembre 2022 presentó pérdida transitoria del estado de conciencia duración menor a 5 min con recuperación espontánea ad integrum. Telemetría: RNS/Trazo: taquicardia ventricular polimórfica helicoidal. Niveles séricos de Aldosterona: 46 ng/dL. TAC de Abdomen: Glándula suprarrenal izquierda se evidencia imagen nodular de borde bien definidos, hipodensa en rango de partes blandas (20UH), la cual realza con la administración de contraste (70UH), mide 20 x 15 mm de diámetro. **Discusión:** El rol de la aldosterona en la progresión de la enfermedad cardiovascular y renal ha sido descrito, donde se puede evidenciar una respuesta vascular inflamatoria independiente de la elevación de la presión arterial. María Abad-Cardiel et al, realizó un estudio con 157 pacientes, cuyo resultado se relaciona al perfil de nuestra paciente con diagnóstico previo de HTA a edad temprana. Camargo y col. realizaron una publicación de un caso clínico a propósito de masculino de 50 años de edad, con disnea progresiva hasta ortopnea y

edema en miembros inferiores, HTA de difícil control, que se le diagnosticó un tumor suprarrenal, evidenciando similitud al presente caso en cuanto su comportamiento.

21. EFUSIÓN PERICÁRDICA CRÓNICA TUBERCULOSA, A PROPÓSITO DE UN CASO. Rojas O, Siverio J, Cabrera E, Mujica L, Urueta V. Dependencia: Cirugía Cardiovascular y Cardiología Infantil. Institución: Hospital Militar Universitario “Dr. Carlos Arvelo”, Fundación de Cardiología Integral (FUNDACARDIN). Ciudad: Caracas. Estado: Distrito Capital.

Introducción: La Pericarditis Efusiva Crónica es una condición donde la reacción inflamatoria del pericardio estimula acumulación de cantidades apreciables de fluido pericárdico; su mecanismo etiológico no es bien conocido, pero, en raras ocasiones las infecciones pueden ser responsables. Presentándose en 1 % de pacientes que desarrollan tuberculosis, con mortalidad de hasta 40 %. **Descripción:** Preescolar masculino de 5 años, con antecedentes de Neumonía Adquirida en la Comunidad por *Streptococos pneumoniae* en abril de 2023, complicado con derrame pericárdico severo, realizándose pericardiocentesis terapéutica obteniendo 25 cm³ de contenido hemático que reporto Bacilo de Koch(+), *Klepsiella pneumoniae* y *Pseudomona aeruginosa*, iniciando tratamiento antifímico por Neumopediatría de Hospital Dr. José Ignacio Baldó; quienes al no haber mejoría clínica interconsultan con FUNDACARDIN en mayo de 2023, evaluándose y decidiéndose su resolución quirúrgica. Se realiza Esternotomía Media, evidenciando pericardio engrosado, de aproximadamente 0,5 cm; 120 cm³ aproximadamente de líquido purulento, con abundante fibrina, intrapericárdico; corazón de aspecto aframbuesado; adherencias firmes de Ventrículo izquierdo a pericardio; 300 cm³ aproximadamente de líquido cetrino en hemitórax izquierdo. Se realiza Ventana Pleuropericárdica izquierda, toma de cultivo y antibiograma. Permanece 24 horas en Sala de Recuperación Cardioinfantil evolucionando satisfactoriamente, retornando a centro de origen

para continuar tratamiento antifímico y control por consulta externa. **Discusión:** Algunos pacientes con considerable efusión pericárdica pueden desarrollar Taponamiento Cardíaco o Pericarditis Constrictiva. La cirugía está indicada cuando la efusión es persistente posterior a tratamiento médico; pericardio engrosado, o se desarrollan signos de constricción pericárdica.

22. SÍNDROME DE TWIDDLER: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE ESTIMULACIÓN DE MARCAPASOS. Silva C. JR, Hernández R. E. ASCARDIO. Barquisimeto, Estado Lara.

Antecedentes: El síndrome de Twiddler es una complicación infrecuente de consecuencias graves, que ocurre tras el implante de un marcapasos o desfibrilador, causada por rotación del generador sobre su eje axial con posterior desplazamiento de los electrodos de fijación. Se sospecha en los primeros meses posterior al implante ante disfunción de marcapasos o desfibrilador. **Descripción:** Femenino de 80 años, con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo y obesidad, portadora de marcapasos bicameral secundario a disfunción del nodo sinusal, quien 4 meses posterior a implante de dispositivo acudió a urgencias por presentar contracciones repetidas en abdomen y hemitórax derecho, disnea y palpitaciones. Al examen físico, destacaban contracciones rítmicas en abdomen y tórax posterior, resto dentro de normalidad. El electrocardiograma mostró estimulación ventricular sin captura del electrodo auricular. La radiografía de tórax mostró un cable auricular desplazado. La paciente fue llevada a laboratorio de electrofisiología para reimplante de marcapasos, con recolocación del electrodo y fijación del generador a planos musculares, quien evolucionó de forma satisfactoria, sin recurrencias. **Discusión:** El desplazamiento de los cables del marcapasos puede provocar una falla en la detección o captura, lo que puede causar la exacerbación de los síntomas relacionados con los bloqueos cardíacos. Los cables sueltos pueden provocar la estimulación de estructuras no cardíacas, como el diafragma y los músculos de la pared torácica, lo que provoca contracciones

musculares y palpitaciones. Los pacientes de mayor riesgo son mujeres, ancianas y obesas, con tejido subcutáneo laxo, así como por excesiva movilidad del generador, o bolsillo subcutáneo muy amplio. Se desconoce su incidencia precisa, pero se estima que es del 0,07 % en 10 años.

23. NÓDULO DE ARANCIO ANEURISMÁTICO Y PERFORADO COMO CAUSA INUSUAL DE INSUFICIENCIA AÓRTICA SEVERA. Arias Hernández RA, Díaz Velásquez AJ, Rumenoff Soto LP, Soler Briceño ME. CCRCO ASCARDIO, Barquisimeto, Lara.

Antecedentes: Los nódulos de Arancio son pequeñas congregaciones de tejido fibroso ubicadas en el punto medio anatómico de cada cúspide aórtica. En pacientes de edad avanzada, se observa cierto grado de hipertrofia de los nódulos, pero por lo general no impide la correcta coaptación. Describimos el caso de paciente con nódulo de Arancio aneurismático y perforado, como mecanismo de prolapso e insuficiencia aórtica severa (IAo). **Descripción:** Masculino de 70 años, con diagnóstico de hipertensión arterial e IAo severa asintomática, quien consulta a urgencias por presentar disnea de esfuerzo de 3 meses de evolución. Se realiza ecocardiograma transtorácico, apreciándose válvula aórtica trivalva, engrosada, calcificada y prolapso de valva coronaria derecha (VCD) que ocasiona falla de coaptación y cierre incompleto, generando IAo severa. El ventrículo izquierdo y raíz aórtica de diámetros aumentados, con función sistólica preservada. Se corrobora con ecocardiograma transesofágico (ETE) hallazgos de prolapso e IAo severa. Las características anatómicas no eran favorables para la reparación quirúrgica, por lo que se realizó reemplazo valvular aórtico (Bioprótesis porcina FOC medical #25) exitoso; y estudio anatomopatológico que reportó degeneración mixoide en la pars fibrosa de las valvas semilunares con dilatación aneurismática y perforación del nódulo de Arancio de VCD. Se realizó ETE postoperatorio (PO) evidenciando prótesis de valvas y soportes bien posicionados con fuga paravalvular en hora 10 catalogada de grado leve. **Discusión:** Los mecanismos que

influyen en la IAo incluyen retracción, prolapso, perforación y destrucción. Existen descripciones de engrosamiento, agrandamiento y rigidez anormal los nódulos de Arancio, como causa de IAo.

24. VARIANTES ANATÓMICAS QUE IMITAN UNA PATOLOGÍA EN LA ECOGRAFÍA: VÁLVULA DE EUSTAQUIO VS TROMBOS. Martínez M PN, Silva R. KA, Pérez T. JJ, Mardomingo H del V. Cardiología, Hospital IVSS Miguel Pérez Carreño, Caracas, Distrito Capital.

Las variantes anatómicas son particularmente comunes en la aurícula derecha (AD). Durante el desarrollo cardíaco, el seno venoso embrionario se fusiona con el apéndice trabecular de la (AD). La válvula de Eustaquio (VE) es un remanente embrionario del cuerno derecho del seno venoso, que persiste en la desembocadura de la vena cava inferior. Desde el punto de vista ecocardiográfico, es posible distinguir 3 remanentes embrionarios del seno venoso: la crista terminalis (CT), la red de Chiari (RC) y la (VE). La (VE) es una estructura laminar que se origina en el área de la unión de la vena cava inferior con el atrio, para luego cruzar el piso del atrio derecho hacia el área del septum primum. La (VE) tiene una prevalencia desconocida en adultos, pero se han descrito casos de endocarditis y trombosis asociados a ella. Su presencia debe constituir parte del diagnóstico diferencial con otras masas intracavitarias cardíacas más frecuentes, como lo son: mixomas, trombos, metástasis tumorales, o tumores primarios del corazón. Se describe un caso de paciente masculino de 32 años, con diagnóstico de Insuficiencia Aórtica Severa secundaria a dilatación aneurismática de 8 cm de la raíz aórtica, con patrón de disnea habitual II/IV clase funcional NYHA con dos años de evolución quien presenta progresión a NYHA III/IV durante evaluación ecográfica presenta imagen lineal, hipermóvil en desembocadura de vena cava superior inferior (VCI). Se conoce que en el 4 % al 18 % de las embolias pulmonares se describen trombos en el lado derecho del corazón; sin embargo, su presencia en la válvula de Eustaquio es muy inusual. Solo se han reportado 3 casos con este hallazgo: 2 pacientes

en contexto de tromboembolismo pulmonar y 1 que se encontraba asintomático.

25. TUMOR INTRACARDÍACO. Vera Andrade JJ, Cabrera E. Fundacardín, Hospital Militar y docente Dr. Carlos Arvelo, Caracas, Distrito Capital.

Los tumores cardíacos pertenecen a grupos de patologías poco conocidas y se presentan con poca frecuencia. Anteriormente el diagnóstico se lo realizaba post mortem, reportándose algunos casos aislados. En la actualidad con el desarrollo y evolución de los estudios de imagen y técnicas quirúrgicas, se han diagnosticado y se han reportado casos con más frecuencia, aclarando así que esta patología tumoral cardíaca no es tan rara como se creía anteriormente.

Se presenta caso clínico de escolar masculino de 6 años de edad con múltiples masas (rabdomioma) en ventrículo izquierdo, si bien, no generan obstrucción de los tractos de entrada ni salida de los ventrículos (asintomáticos), no deja de ser de suma importancia ya que se presentan con poca incidencia en nuestra consulta y existen pocos casos reportados en nuestro servicio, el estado y el país, el 90 % de ellos son benignos.

Los tumores cardíacos son un importante componente de la práctica clínica cardio-oncológica, el diagnóstico, seguimiento y la actitud terapéutica son de vital importancia.

26. PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA AXILAR, UNA COMPLICACIÓN CRÓNICA DEL TRAUMAVASCULAR DESAPERCIBIDO. Franceschi J, Sayago E, Mejías R, León A, Nasser C. Servicio de Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario de Caracas. Caracas - Distrito Capital.

Introducción: Una lesión de continuidad parcial de la arteria con extravasación de sangre a tejidos adyacentes es el mecanismo responsable del desarrollo de un pseudoaneurisma. Generalmente ocurre posterior a un trauma penetrante o contuso, seguido de la formación de una cápsula fibrosa que carece de íntima, este hematoma localizado tiene

una comunicación directa con la arteria nativa que le brinda pulsatilidad. **Caso clínico:** Femenino de 18 años de edad quien refiere inicio de enfermedad actual hace 6 meses cuando posterior a impacto por proyectil único por arma de fuego en región axilar derecha presenta aumento de volumen no expansivo, pulsátil; el cual en las dos últimas semanas progresa con crecimiento abrupto, concomitante signos de flogosis, dolor y parestesia en miembro superior derecho, acude a emergencia y previo estudios de imagen Angiotomografía y Doppler, se decide resolución quirúrgica; evidenciando aneurisma de arteria axilar de 8x8 cm, apertura del mismo con salida de 720 cm³ de coágulos, se realiza exploración vascular + aneurismectomía de arteria axilar derecha + injerto autólogo de safena invertida. **Discusión:** La incidencia de pseudoaneurismas de la unión subclavio-axilar es muy rara, suelen asociarse a trauma, la celeridad con la que se decida el tratamiento quirúrgico de un pseudoaneurisma roto resulta vital para salvar la extremidad y mejorar la calidad de vida.

Palabras clave: Pseudoaneurisma, injerto, trauma, axilar.

27. ENFERMEDAD DE TRONCO PRINCIPAL CON DESENLAJE INESPERADO. Terraza Martín DA, Tovar Blanco SF, Álvarez Vaamonde JJ, Aponte H, Aponte B, Ruiz Gutiérrez MY. Hospital Militar Universitario de Caracas, Doctor Carlos Arvelo, Caracas Distrito Capital.

La enfermedad de tronco principal en el ámbito de Hemodinamia es una condición cardiovascular crítica que involucra la obstrucción o estrechamiento significativo de dicho segmento. Esta enfermedad representa un desafío clínico debido a su alta mortalidad y riesgo de eventos cardiovasculares adversos. La identificación temprana y el manejo adecuado de esta patología son fundamentales para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes afectados. Se presenta el caso de un paciente masculino de 49 años de edad que ingresó a la sala de emergencia presentando un cuadro de dolor torácico típico y cifras tensionales en emergencia

hipertensiva, se le administra terapia médica y se procede a la realización de electrocardiograma donde reveló una elevación en la derivación aVR y un infradesnivel del segmento ST en más de 6 derivaciones, lo que sugirió una obstrucción significativa en la arteria tronco principal. Ante estos hallazgos, se decidió llevar al paciente a la sala de hemodinamia para evaluar y tratar la enfermedad en vista de la enfermedad de tronco principal. Se procedió a la colocación de nitroglicerina, lo que resultó en una mejora inmediata de los síntomas del paciente y una reducción de la obstrucción en la arteria afectada, concluyéndose como vasospasmo del tronco principal. Esta intervención fue seguida por un tratamiento médico adecuado la identificación temprana y el manejo adecuado de esta condición son fundamentales para mejorar los resultados clínicos y reducir el riesgo de eventos cardiovasculares adversos. Además, este caso resalta la efectividad de la nitroglicerina como una medida temporal para aliviar los síntomas y mejorar el flujo sanguíneo coronario. Se requieren más estudios y seguimiento a largo plazo para evaluar la respuesta al tratamiento médico y determinar la evolución clínica a largo plazo de estos pacientes.

28. ANEURISMAS CORONARIOS POS INFECCIÓN POR SARS-CoV-2: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. Querales Escalona RV; Díaz Pérez DY. Servicio de Cardiología Pediátrica. Centro Cardiovascular Regional Centro Occidental. Barquisimeto, Estado Lara.

La infección por SARS-CoV-2 en pediatría representa 10 % del total de casos. La infección aguda en niños y adolescentes tiene características más leves, menores porcentajes de hospitalización (2,04 %) y de letalidad (0,07 %), sin embargo, han sido reportados cuadros clínicos de gravedad variable con compromiso hemodinámico y de otros órganos, asociándose algunos elementos de enfermedad de Kawasaki, emergiendo como una nueva entidad nosológica con sustrato de hiper respuesta inflamatoria. El estudio cardiovascular es recomendado en estos pacientes, siendo urgente la ecocardiografía transtorácica en pacientes con

elementos clínicos o de laboratorio sugerentes de daño miocárdico y shock. Se reporta el caso de lactante masculino de 4 meses de edad, quien posterior a infección por SARS-CoV-2 presenta vasculitis caracterizada por aneurismas coronarios gigantes bilaterales, evidenciados por ecocardiograma transtorácico y corroborados por Angiotomografía computarizada, ameritando anticoagulación y seguimiento estrecho por consulta cardiológica. Se ha descrito que pacientes portadores de aneurismas gigantes persistentes se asocian con alto riesgo de complicaciones cardiovasculares tardías, como trombosis, estenosis y calcificación, que pueden conducir a infarto de miocardio y una mortalidad tardía significativa. El pronóstico de pacientes en riesgo de isquemia miocárdica por las causas anteriormente descritas, dependerá del uso adecuado de la tromboprolifaxis y la vigilancia para identificar estenosis en evolución, incluso pudieran requerir procedimientos de revascularización invasivos quirúrgico o percutáneo.

29. AORTA BICÚSPIDE ASOCIADA A COARTACIÓN POSTDUCTAL: UNA CAUSA CONGÉNITA DE SÍNCOPE EN ADULTOS JÓVENES. Ávila HB, Sánchez FM, Mogollón AC, Vásquez AG, Flores YM. CCRCO-ASCARDIO. Barquisimeto. Estado Lara.

Introducción: La aorta bicúspide (VAB), es la anomalía valvular congénita más común, la coexistencia de esta con otras anomalías como coartación de aorta (CoA) es poco frecuente (7 %), asociándose a mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares (CV), describiendo una supervivencia media de 35 años. **Metodología:** Presentación de caso clínico, consulta de patología valvular del CCRCO-Ascardio. **Caso clínico:** Paciente masculino de 55 años, hipertenso desde los 30 años, quien cursó con síncope, acudiendo a valoración cardiovascular. Examen físico: cifras de presión arterial 140/90 mmHg, soplo mesosistólico aórtico grado II/IV, romboidal, áspero, y crepitantes finos bibasales. Electrocardiograma con bradicardia sinusal y sobrecarga sistólica de ventrículo izquierdo (VI). Radiografía torácica con índice cardio-torácico: 52 %, crecimiento de VI, signo

de 3 y signo de Roesler. Holter reportó fibrilación auricular (FA) paroxística. Tomografía cerebral, demostró isquemia temporoparietal izquierda. Ecocardiograma transtorácico con fracción de eyección del VI 62 %, remodelado concéntrico del VI, válvula aórtica desestructurada, con doble lesión: estenosis (EA) severa e insuficiencia (IA) moderada, CoA posductal (Velocidad: 4,2 m/s, Gradiente: 70 mmHg), presión sistólica estimada del ventrículo derecho: 43 mmHg, hallazgo concordante con Angio Tomografía de tórax que

reportó EA asociada a VAB y CoA, con colaterales sistémico pulmonares. **ANÁLISIS:** La aparición de síncope en adultos jóvenes, se asocia con arritmias ventriculares, infraestimando la EA severa por etiologías congénitas como la VAB, que puede presentarse aislada o coexistente con entidades como la CoA, esta última, altamente probable, en casos que cursan con hipertensión a edad temprana, y signos radiológicos como el de Roesler. No obstante, arritmias como la FA pueden aumentar el riesgo de eventos CV.