

150

Diseción coronaria espontánea tipo 2A como causa de infarto agudo del miocardio en mujer posmenopáusicas

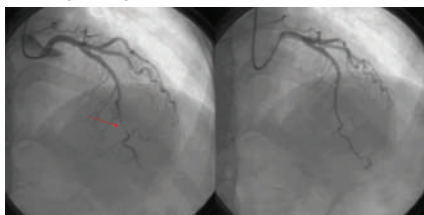
Rayas-Gómez A, Echavarría-Pinto M, González-Rayas JM

Hospital San José de Querétaro

Introducción: La diseción coronaria espontánea (DCE) es una entidad extremadamente rara y poco sospechada. Su prevalencia es del 0.07% al 1.1%. Afecta de forma predominante a mujeres (81-92%) y es la causa de SICA en el 35% de los casos. Clínicamente debe sospecharse en mujeres jóvenes, IMC normal, con pocos o ninguno de los factores de riesgo cardiovascular típicos y con dolor precordial intermitente precedido de estrés físico o emocional, como nadar en aguas frías. Los pacientes afectados tienen cuatro veces más probabilidad de tener tortuosidad coronaria, además de que la afección se relaciona con displasia fibromuscular (60%). El 5% tiene antecedentes familiares de enfermedades del tejido conectivo.

Presentación del caso: Paciente femenino de 64 años de edad, posmenopáusicas, sin factores de riesgo cardiovascular. Hermano con diagnóstico de diseción aórtica. Inicia padecimiento 15 minutos después de comenzar clase de natación. Refirió dolor epigástrico opresivo de 5 minutos de duración acompañado de fatiga extrema. Unos 8 a 10 minutos después, discreto malestar en miembro torácico izquierdo. Tres horas más tarde se realiza determinación de enzimas cardíacas (ligera elevación) y ECG: lesión subepicárdica de 0.5 a 1 mm y onda T negativa de V1-V6 (cambios evolutivos de IM). Ecocardiograma: acinesia y adelgazamiento del ápex, e hipocinesia anterolateral y anteroseptal, FEVI de 50%. Angiografía coronaria: DA con reducción de la luz en segmento medio del 90% y compromiso del flujo anterógrado altamente sugestivo de DCE tipo hematoma intramural (2A); TCI, CX y CD sin anomalías. Por disminución del flujo anterógrado, se trata de manera endovascular con implante directo de *stent* farmacológico, 2.25 x 28 mm, sin complicaciones.

Conclusiones: La norma de referencia para el diagnóstico de DCE es la angiografía coronaria, por lo que la habilidad del intervencionista para reconocer los patrones de diseción, a veces tan sutiles y no "patognomónicos", es preponderante. En casos de incertidumbre es posible confirmar el diagnóstico mediante imagen intracoronaria, aunque estas técnicas incrementan el riesgo para diseción iatrogénica (3.4%) en estos pacientes con gran fragilidad vascular.



151

Diferencia de género en mortalidad y fenómeno de no reflujo en pacientes con SICA CEST

Raymundo-Martínez GIM, Gopar-Nieto R, Loáisiga A, Araiza-Garaygordobil D, Arias-Mendoza A

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Ciudad de México, México

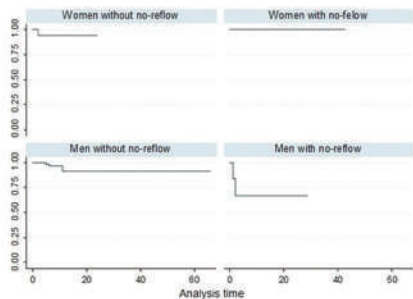
Introducción: Las mujeres con infarto agudo al miocardio tienen peor pronóstico que los hombres.

Objetivos: Determinar la mortalidad intrahospitalaria y fenómeno de no reflujo en mujeres que se presentan con SICA CEST.

Métodos: Estudio de cohorte de paciente con SICA CEST desde abril de 2018 hasta octubre de 2018 en la Ciudad de México y el área metropolitana. Se recabaron datos sociodemográficos y clínicos. Se construyó un modelo de Kaplan-Meier para comparar mortalidad intrahospitalaria y fenómeno de no reflujo.

Resultados: Se analizó a un total de 151 pacientes, 130 hombres y 21 mujeres. En el grupo de mujeres, el 50% tenía antecedente de DM2, 59% de HAS, 18.18% de dislipidemia, 13.64% de IAM y 9% ya había tenido un intervencionismo coronario previo. La mortalidad intrahospitalaria fue mayor en mujeres en comparación con los hombres (14.28% vs. 3.88%, $p < 0.05$). La sobrevida a corto plazo (30 días) se analizó en 119 pacientes, sin diferencias significativas (98.96% vs. 100%, $p = 0.45$, hombres y mujeres, respectivamente). El fenómeno de no reflujo fue más común en mujeres en comparación con los hombres (23.81% vs. 4.69%, $p < 0.009$).

Conclusiones: La mortalidad intrahospitalaria y el fenómeno de no reflujo son más comunes en mujeres que en hombres con diagnóstico de SICA CEST.



152

Taquicardiomiopatía secundaria a taquicardia auricular multifocal incesante en paciente puérpera

Sauce-Pérez AL, Torres-Rosales J, Germán-Arroyo C, López-Gallegos D, Yáñez-Gutiérrez L, Moreno-Ruiz LA

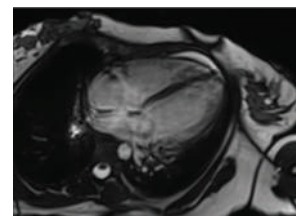
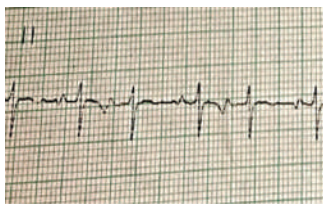
Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Cardiología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Ciudad de México

Introducción: Las taquicardiomiopatías son una causa importante de disfunción del VI y se caracterizan por ser potencialmente reversibles. La fibrilación auricular, la taquicardia auricular y el flúter auricular son las arritmias relacionadas con más frecuencia.

Descripción del caso: Mujer de 24 años, gesta 3, inició un mes posterior al parto con palpitaciones, dolor torácico, diaforesis y disnea. La exploración física mostró arritmia, frecuencia ventricular media de 120 lpm, soplo holosistólico mitral grado I/IV, soplo holosistólico tricuspídeo grado II/IV, estertores crepitantes basales bilaterales. Electrocardiograma con datos de taquicardia auricular multifocal (Fig. 1). Ecocardiograma transtorácico con ventrículo izquierdo con hipocinesia generalizada, fracción de expulsión (FEVI) del 22%, comunicación interauricular tipo *ostium secundum* con cortocircuito de izquierda a derecha, presión sistólica de la arteria pulmonar de 50 mmHg, insuficiencia tricuspídea grave e insuficiencia mitral moderada por dilatación del anillo (Fig. 2).

La resonancia magnética corroboró el daño miocárdico grave de causa no precisada (Fig. 3) y éste se atribuyó a la taquicardia auricular multifocal incesante; se realizó estudio electrofisiológico y ablación exitosa de la extrasístole auricular posteroseptal izquierda, y cursó con mejoría clínica. Ecocardiograma de control con FEVI del 40%.

Conclusión: La taquicardiomiopatía es una forma reversible de disfunción miocárdica causada por arritmias crónicas. El tratamiento de la arritmia conduce a la recuperación de la función miocárdica.



153

Efectos inmunológicos del tratamiento cardioprotector con atorvastatina en pacientes con cáncer de mama tratadas con doxorubicina: un estudio piloto

Ramírez-Torres R, Martínez-Shío EB, López-Quijano JM, Díaz M, Monsiváis-Urenda AE, Escobedo-Urbe CD

Centro de Investigación en Ciencias de la Salud y Biomedicina, Facultad de Medicina, UASLP; Hospital Central Ignacio Morones Prieto

Las antraciclinas tienen un papel importante en el tratamiento del cáncer de mama. Los pacientes que reciben quimioterapia basada en antraciclinas presentan riesgo de desarrollar cardiotoxicidad a largo plazo. Se considera que la inmunorregulación constituye un mecanismo de acción de la terapia cardioprotectora con estatinas.

Objetivo: Determinar si el tratamiento con atorvastatina durante los ciclos de quimioterapia reduce la cardiotoxicidad inducida por antraciclinas (CTIA) con cambios en los valores de linfocitos circulantes, además de una menor producción de citocinas proinflamatorias.

Material y métodos: Se realizó un estudio, ciego simple, controlado con placebo. Se incluyó a dos pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, quienes recibieron tratamiento basado en doxorubicina. Las pacientes se aleatorizaron para recibir 40 mg diarios de atorvastatina contra placebo, el cual se inició tres días antes de los ciclos de quimioterapia y se continuó hasta tres días después de ésta. Se midieron la FEVI y los valores de troponina C, así como las cifras de linfocitos CD4, CD8, células NK y citocinas proinflamatorias en los días 1 y 7 de cada ciclo de tratamiento.

Resultados: Se observó que el tratamiento con atorvastatina induce una menor disminución de la FEVI posterior a quimioterapia. Las pacientes que recibieron atorvastatina muestran un incremento de la población de linfocitos CD4+.

Conclusión: La atorvastatina puede promover alteraciones en las poblaciones de linfocitos CD4 que podrían causar efectos inmunomoduladores, los cuales disminuyan la gravedad de la CTIA.