



# Imágenes.26

2 y 3 de JULIO 2026  
La Rural, Predio Ferial  
de Buenos Aires

## CASOS CLÍNICOS



Sociedad Argentina de Cardiología

# Índice

0008 /	REVERSIÓN DEL REMODELADO CARDÍACO TRAS RESECCIÓN DE MIXOMA AURICULAR IZQUIERDO: REPORTE DE UN CASO	9
0009 /	MÁS ALLÁ DEL TUMOR PRIMARIO: COMPROMISO CARDIOVASCULAR EN CÁNCER DE PULMÓN AVANZADO	10
0011 /	ENDOCARDITIS DERECHA NO VALVULAR POSTERIOR A EXTRACCIÓN DE MARCAPASOS	11
0012 /	ANEURISMA GIGANTE DE INJERTO DE VENA SAFENA SIMULANDO UNA MASA EN LA AURICULA IZQUIERDA	12
0013 /	MALPOSICIÓN CORREGIDA DE LOS GRANDES VASOS ASOCIADA A YUXTAPOSICIÓN IZQUIERDA DE APÉNDICES AURICULARES EN ADULTO JOVEN ASINTOMÁTICO	13
0014 /	ENDOCARDITIS MITRAL EN PACIENTE CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA AVANZADA EN PLAN DE TRASPLANTE CARDÍACO	14
0016 /	ISQUEMIA INFRECLENTE: CUANDO LA ANATOMÍA DEFINE EL RIESGO	15
0019 /	INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL PUERPERIO MEDIATO IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ	16
0020 /	ROTURA DE SENO DE VALSALVA ASOCIADA A COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR RESIDUAL EN PEDIATRÍA	17
0021 /	COR TRIARIATUM SINISTRUM: DOS CASOS, DOS ANATOMÍAS, UN MISMO DESAFÍO DIAGNÓSTICO	18
0029 /	ENDOCARDITIS MITRAL POR NEISSERIA SICCA EN ADULTO CON TETRALOGÍA DE FALLOT NO CORREGIDA: EVALUACIÓN POR IMÁGENES MULTIMODALES	19
0030 /	OBSTRUCCIÓN MULTINIVEL DEL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN EL SÍNDROME DE WILLIAMS: EVALUACIÓN POR ECOCARDIOGRAFÍA TRIDIMENSIONAL	20
0033 /	DISFUNCIÓN DE LA CIRCULACIÓN DE FONTAN: DE LA OCLUSIÓN DEL GLENN A LA ENFERMEDAD LINFÁTICA AVANZADA	21
0035 /	QUISTE TÍMICO GIGANTE EN UNA PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA: A PROPÓSITO DE UN CASO	22
0037 /	UN CASO DE CORAZÓN "AHORCADO" - SÍNDROME DE TAKOTSUBO EN EDAD PEDIÁTRICA	23
0038 /	AL BORDE DEL COLAPSO: RECUPERACIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO TRAS TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO	24
0042 /	CUANDO LA ANATOMÍA DECIDE: ESTRATEGIA GUIADA POR IMAGEN EN CIA CON BORDES DESFAVORABLES	25
0044 /	UNIDAD DE DOLOR PRECORDIAL: UTILIDAD DE LA PERFUSIÓN MIOCÁRDICA GATED SPECT	26
0047 /	MANEJO ENDOVASCULAR DE SÍNDROME AÓRTICO AGUDO MEDIANTE ENDOPRÓTESIS RAMIFICADA Y EVALUACIÓN MULTIMODAL DE COMPLICACIÓN NEUROLÓGICA	27
0049 /	TROMBOSIS DE VÁLVULA MECÁNICA AÓRTICA CON DISFUNCIÓN SEVERA RESUELTA CON TROMBOLISIS A MITAD DE DOSIS: REPORTE DE CASO	28
0050 /	ENFERMEDAD CORONARIA OBSTRUCTIVA Y DISFUNCIÓN MICROVASCULAR: EVIDENCIA DE UN MECANISMO MIXTO MEDIANTE APREMIO FARMACOLÓGICO CON GATED-SPECT	29
0053 /	DEL INFARTO AL REMODELADO: ANEURISMA VENTRICULAR IZQUIERDO DIAGNOSTICADO TRAS REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA	30
0054 /	"CUANDO LA AORTA SIMULA". SÍNDROME MEDULAR Y MIOCARDIOPATÍA POR ESTRÉS, COMO FORMAS DE PRESENTACIÓN DE SÍNDROME AÓRTICO AGUDO	31
0060 /	EVENTOS EMBÓLICOS EN TAKOTSUBO: MÁS ALLÁ DE LO QUE VEMOS	32
0064 /	UNA CAPTACIÓN QUE CAMBIÓ EL RUMBO: AMILOIDOSIS CARDÍACA POR TRANSTIRETINA INCIDENTAL EN CENTELLOGRAMA ÓSEO; A PROPÓSITO DE UN CASO Y UN TÉCNICO ATENTO	33

# Índice

0066 /	REPARACIÓN PERCUTÁNEA: NUEVA FRONTERA EN LA INSUFICIENCIA MITRAL SECUNDARIA	34
0068 /	CARCINOMA HEPATOCELULAR GIGANTE EN PACIENTE ADULTO CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA COMPLEJA: COMPLICACIÓN TARDÍA DE LA CIRCULACIÓN DE FONTAN	35
0071 /	ENFRENTANDO LA PERICARDITIS CONSTRICTIVA	36
0072 /	MIXOMA CARDÍACO	37
0073 /	DISFUNCIÓN DE PROTESIS MITRAL MECÁNICA: ROL DEL ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO EN EL DIAGNÓSTICO DE TROMBOSIS PROTÉSICA OBSTRUCTIVA	38
0074 /	ANOMALÍA CONGÉNITA BIVENTRICULAR DEL APARATO SUBVALVULAR Y TRABECULADO PARIETAL: TRIPLE INSERCIÓN PAPILAR DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y BANDA SEPTOMARGINAL ANÓMALA DEL VENTRÍCULO DERECHO	39
0077 /	INFARTO DE MIOCARDIO DE PROBABLE ORIGEN EMBÓLICO EN CIRCULACIÓN DE FONTAN ATRIOPULMONAR: ROL DE LA ESTASIS AURICULAR EN AUSENCIA DE TROMBOSIS EVIDENTE	40
0078 /	ANTICOAGULACIÓN EN SÍNDROME AÓRTICO SUBAGUDO: CUANDO LAS IMÁGENES HABILITAN LO CONTRAINDICADO	41
0079 /	CUANDO EL MIXOMA IMITA UNA ESTENOSIS: OBSTRUCCIÓN DEL TSVI Y SÍNCOPE	42
0081 /	UNA ENFERMEDAD ANTIGUA EN UN MUNDO MODERNO	43
0083 /	TROMBO FLOTANTE AÓRTICO: MÁS ALLÁ DE LO ESPERADO	44
0085 /	ENFERMEDAD CARDÍACA CARCINOIDE: HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS Y CASO CLÍNICO DE AFECTACIÓN VALVULAR DERECHA	45
0090 /	CENTELLOGRAMA PULMONAR COMO HERRAMIENTA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN TEP CRÓNICO	46
0091 /	SUPRADESNIVEL ST EN AVR + PERFUSIÓN HOMOGÉNEA: UNA COMBINACIÓN DE ALTO RIESGO	47
0092 /	ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR DE ORIGEN ACTÍNICO: UN DAÑO SILENTE CON CONSECUENCIAS CARDIOVASCULARES TARDÍAS	48
0093 /	EL APEX EN CRISIS DE IDENTIDAD: ENDOMIOCARDIOFIBROSIS VS MIOCARDIOPATÍA HIPERTROFICA APICAL EN UNA LIPODISTROFIA TIPO IV	49
0096 /	ANOMALÍA DEL ORIGEN DE LA ARTERIA CORONARIA IZQUIERDA: UN HALLAZGO INESPERADO QUE IMPLICA RIESGO DE MUERTE SÚBITA EN UNA NIÑA APARENTEMENTE SANA	50
0100 /	PSEUDOANEURISMA DE LA FIBROSA MITROAÓRTICA COMO COMPLICACIÓN DE ENDOCARDITIS PROTÉSICA: APORTES DE LA MULTIMODALIDAD EN UN ESCENARIO DIAGNÓSTICO COMPLEJO	51
0103 /	DESPUÉS DEL NEUMOCOCO, LA CONSTRICCIÓN: ROL DECISIVO DE LA RMC EN LA DECISIÓN TERAPÉUTICA	52
0104 /	AURÍCULA GIGANTE	53
0106 /	¿RECIDIVA DE FIBROMA O SEGUNDO TUMOR?	54
0107 /	CUANDO LA PERFUSIÓN ENGAÑA: NO TODO DEFECTO FIJO ES NECROSIS	55
0108 /	DESAFÍO DIAGNÓSTICO: PSEUDOANEURISMA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO EN PEDIATRÍA. REPORTE DE UN CASO	56
0112 /	DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA EN EL DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: VALOR INCREMENTAL DE LA EVALUACIÓN MULTIMODAL	57
0113 /	PSEUDOANEURISMA MITROAÓRTICO EN VÁLVULA PROTÉSICA: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y UTILIDAD DEL PET CON 18F-FLUORODESOXIGLUCOSA EN LA TOMA DE DECISIONES	58

# Índice

0114 /	DISECCIÓN AÓRTICA TIPO B COMPLICADA CON FENÓMENO DE PSEUDOCOARTACIÓN	59
0116 /	INSUFICIENCIA AÓRTICA SEVERA SECUNDARIA A PROLAPSO DE VALVA AÓRTICA: EVALUACIÓN MULTIMODAL POR IMÁGENES	60
0121 /	CAPTACIÓN CARDIACA INCIDENTAL Y SINDROME DEL TUNEL CARIANO: ¿SEÑALES QUE ANTICIPAN LA HISTORIA NATURAL DE LA AMILOIDOS CARDIACA POR TRANSTIRETINA?	61
0122 /	TROMBOSIS SILENTE DE PRÓTESIS AÓRTICA MECÁNICA: EL VALOR DE LA MULTI-IMAGEN EN EL DIAGNÓSTICO Y ÉXITO TERAPÉUTICO CON USO DE TENECTEPLASE	62
0123 /	CARDIOPATÍA CARCINOIDE SECUNDARIA A TUMOR NEUROENDOCRINO METASTÁSICO: ROL DE LAS MULTIMÁGENES EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO	63
0124 /	TEJIDO VALVULAR MITRAL ACCESORIO COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN AL TRACTO DE SALIDA DEL VI: A PROPÓSITO DE UN CASO	64
0125 /	RECONSTRUCCIÓN DE VÁLVULA PULMONAR CON OREJUELA DERECHA EN PACIENTE CON TETRALOGÍA DE FALLOT: EVALUACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA 3D	65
0126 /	OBSTRUCCIÓN DEL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO POR MEMBRANA SUBAÓRTICA EN PACIENTE ADULTA CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA TRATADA EN LA INFANCIA: EVALUACIÓN MULTIMODAL Y RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA	66
0133 /	INVISIBLE AL CATETERISMO CARDÍACO, EVIDENTE EN LA TOMOGRAFÍA: ORIGEN ALTO DE LA CORONARIA DERECHA	67
0134 /	CARDIOPATÍA CONGÉNITA Y ADQUIRIDA EN EL ADULTO MAYOR: IMÁGENES CARDIOVASCULARES COMO EJE DIAGNÓSTICO	68
0135 /	CUANDO EL CORAZÓN ENGAÑA: TAQUICARDIA VENTRICULAR "IDIOPÁTICA"	69
0136 /	RESOLVIENDO EL ENIGMA: MIOCARDITIS OCULTA TRAS UNA VARIANTE ANATÓMICA EXCEPCIONAL	70
0137 /	PSEUDOANEURISMA VENTRICULAR IZQUIERDO COMO COMPLICACIÓN MECÁNICA: IMPORTANCIA DE LA IMAGEN MULTIMODAL EN LA PLANIFICACIÓN TERAPEUTICA	71
0139 /	COMUNICACIÓN AORTO-AURÍCULA DERECHA POST REEMPLAZO DE VÁLVULA AÓRTICA: DIAGNÓSTICO ECOCARDIOGRÁFICO	72
0140 /	CUANDO LA ESTRUCTURA DEFINE LA ARRITMIA: APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA EN PACIENTE JOVEN	73
0142 /	FÍSTULA AORTO-AURICULAR DERECHA COMO COMPLICACIÓN DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA: APORTE DE LA ESTRATEGIA MULTIMODAL	74
0144 /	ESTENOSIS SUPRA VALVULAR AÓRTICA Y DE ARTERIA PULMONAR EN PACIENTE CON SÍNDROME DE WILLIAMS	75
0147 /	CUANDO LA ARTERIA NO ES LA CULPABLE: ISQUEMIA MIOCÁRDICA POST TRATAMIENTO ONCOLÓGICO	76
0148 /	ARCAPA: NACIMIENTO ANÓMALO DE LA ARTERIA CORONARIA DERECHA	77
0149 /	DEFECTO GERBODE ADQUIRIDO POST CIRUGÍA DE BENTALL. UN DESAFÍO QUIRÚRGICO	78
0150 /	CARACTERIZACIÓN ANATÓMICO-FUNCIONAL POR IMAGEN MULTIMODAL EN EBSTEIN TARDÍO: IMPLICANCIAS EN LA SELECCIÓN DE TÉCNICA QUIRÚRGICA	79
0151 /	UN HALLAZGO INCIDENTAL CON IMPLICANCIAS DIAGNÓSTICAS MAYORES: ¿ANEURISMA, PSEUDOANEURISMA O AGENESIA PARCIAL DE PERICARDIO IZQUIERDO? EL ROL DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA	80
0156 /	¿DÓNDE ESTÁ LA CORONARIA DERECHA? HALLAZGO INCIDENTAL DE CORONARIA ÚNICA Y EL ROL DECISIVO DE LA TOMOGRAFÍA CORONARIA	81

# Índice

0158 /	NO TODO ES RECHAZO EN EL TRASPLANTE CARDÍACO: CUANDO EL PROBLEMA NO ES EL MIOCARDIO	82
0159 /	CUANDO LA IMAGEN SUGIERE ENDOCARDITIS	83
0160 /	SÍNDROME MENINGOENCEFÁLICO COMO FORMA DE INICIO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA	84
0163 /	DESAFÍO EN LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DEL PROLAPSO MITRAL ARRITMOGÉNICO: DISYUNCIÓN ANULAR EXTENSA Y SIGNO DE PICKELHAUBE EN UN DEPORTISTA ASINTOMÁTICO	85
0164 /	MULTI - IMAGEN EN EL MANEJO DE COMPLICACION GRAVE DE LA ANGIOPLASTIA DE TRONCO: ENDOCARDITIS Y PSEUDOANEURISMA	86
0167 /	"LA GRAN IMITADORA". IMPORTANCIA DEL ABORDAJE DE IMAGEN MULTIMODAL	87
0178 /	COMPROMISO CARDÍACO EN SÍNDROME ANTISINTETASA: DIAGNÓSTICO DE MIOCARDITIS MEDIANTE MULTIMODALIDAD DE IMAGEN	88
0181 /	DE LA IMAGEN INVASIVA A LA EVALUACIÓN FUNCIONAL: ROL DE LA CUANTIFICACIÓN DEL FLUJO MIOCÁRDICO CON PET/TC EN LA VIGILANCIA DE LA VASCULOPATÍA POST TRASPLANTE	89
0184 /	"AORTA EN LLAMAS": EL SÍNDROME DE AORTA SHAGGY COMO DIAGNÓSTICO INESPERADO	90
0185 /	IMÁGENES QUE HABLAN: DIAGNÓSTICO DE PSEUDOANEURISMAS DEL ANILLO MITRAL MEDIANTE IMAGEN MULTIMODAL	91
0187 /	TROMBO EN TRÁNSITO EN CAVIDADES DERECHAS: UN HALLAZGO INFRECIENTE QUE REDEFINE EL RIESGO EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO	92
0190 /	ESTENOSIS AÓRTICA POR RESTRICCIÓN MECÁNICA EXTRAVALVAR: APORTE DE LA MULTIMODALIDAD EN LA PLANIFICACIÓN DE TAVI	93
0192 /	MÁS ALLÁ DE LA HIPERTENSIÓN: VALORACIÓN MULTIMODAL EN UNA MIOCARDIOPATÍA DILATADA	94
0194 /	SÍNDROME DE AORTA MEDIA EN PACIENTE ADOLESCENTE	95
0196 /	HEMANGIOMA CAVERNOSO DE LA AURÍCULA IZQUIERDA QUE SIMULA UN MIXOMA DE AURÍCULA DERECHA: PERSPECTIVAS DESDE LA IMAGEN MULTIMODAL	96
0197 /	18F-FDG-PET / CT EN ENDOCARDITIS INFECCIOSA: EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO	97
0198 /	TROMBO INTRAVENTRICULAR: NO TODO ES LO QUE PARECE	98
0199 /	ABORDAJE INTEGRAL, CIRUGIA DE REEMPLAZO Y ANGIOPLASTÍA PERIFÉRICA EN DISECCIÓN STANFORD TIPO B	99
0201 /	CALCIFICACIÓN CASEOSA DEL ANILLO MITRAL: ¿UNA ENTIDAD BENIGNA? ABORDAJE DE IMAGEN MULTIMODAL	100
0208 /	MULTIMAGEN EN LA CORRECCIÓN BIVENTRICULAR EN TRANSPOSICIÓN DE GRANDES VASOS CONGÉNITAMENTE CORREGIDA CON ATRESIA PULMONAR Y COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR	101
0210 /	EL DELICADO EQUILIBRIO... ENTRE LA HEMORRAGIA, EL TEP Y TROMBO EN TRANSITO	102
0213 /	TORRENTA PERFECTA CARDIOVASCULAR: TRONCO CORONARIO ÚNICO DE ORIGEN ECTÓPICO AÓRTICO CON TRAYECTO INTERARTERIAL ASOCIADO A ATEROMATOSIS SIGNIFICATIVA EN ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR Y DILATACIÓN DE AORTA ASCENDENTE TUBULAR	103
0214 /	ENDOCARDITIS INFECCIOSA COMPLICADA CON PSEUDOANEURISMAS AÓRTICOS EN CARDIOPATÍA CONGÉNITA: UTILIDAD DEL ENFOQUE MULTI-IMAGEN EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	104
0221 /	UNA COMPLICACION SILENCIOSA: HEMATOMA INTRAMURAL VENTRICULAR DERECHO TRAS CORRECCIÓN DE EBSTEIN; DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO MULTIMODAL	105

# Índice

0222 /	CIRCULACIÓN UNIVENTRICULAR DE FONTAN-KREUTZER: CUANTIFICACIÓN DE RESERVA MICROVASCULAR PULMONAR MEDIANTE IMAGEN CON INTELIGENCIA ARTIFICIAL – EQUIVALENCIA CON MÉTODO MANUAL Y CORRELACIÓN CON DIMERO D	106
0223 /	SÍNDROME CARCINOIDE: EL ROL DE LA ECOCARDIOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE UNA CAUSA INFRECUENTE DE INSUFICIENCIA CARDÍACA DERECHA	107
0226 /	INSUFICIENCIA MITRAL Y TRICUSPÍDEA SOSPECHOSAS	108
0227 /	ROCKING MOTION EN PRÓTESIS AÓRTICA	109
0228 /	MASA INTRACARDÍACA DERECHA EN PACIENTE ONCOLÓGICO: APORTE DE LA IMAGEN MULTIMODAL	110
0230 /	LUCES Y SOMBRAS EN LA PRÓTESIS: CUANDO LA IMAGEN MULTIMODAL ES LA CLAVE	111
0232 /	SCREENING FAMILIAR TRAS MUERTE SÚBITA: ROL DE LAS IMÁGENES EN LA DETECCIÓN DE MIOCARDIOPATÍAS	112
0234 /	MÁS ALLÁ DEL GRADIENTE: TOMOGRAFÍA COMPUTADA EN LA CARACTERIZACIÓN DE DISFUNCIÓN DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA	113
0235 /	“ISQUEMIA DEL TRONCO ERRANTE”	114
0241 /	HALLAZGO INCIDENTAL DE ESTRUCTURA CORONARIA PARTICULAR	115
0242 /	UNA MASA EN TAVI: EL DESAFÍO DE LA CARACTERIZACIÓN MULTIMODAL	116
0243 /	PLANIFICACIÓN PREQUIRÚRGICA DEL REEMPLAZO VALVULAR PULMONAR MODELADO EN 3D MEDIANTE RECONSTRUCCIÓN DESDE EL FORMATO DICOM DE ESTUDIO TOMOGRÁFICO Y RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR: APLICACIÓN EN CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO CON ANATOMÍA COMPLEJA	117
0247 /	MASA EN AURÍCULA IZQUIERDA COMO HALLAZGO INCIDENTAL: ¿ES SIEMPRE NECESARIA LA MULTIMODALIDAD?	118
0248 /	ENDOCARDITIS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN TETRALOGÍA DE FALLOT CORREGIDA: COMPROMISO MULTIVALVULAR CON AFECTACIÓN PROTÉSICA PULMONAR Y NATIVA	119
0249 /	TETRALOGÍA DE FALLOT ASOCIADA A COR TRIARIATUM, A PROPÓSITO DE UN CASO	120
0250 /	DOLOR PRECORDIAL Y ORIGEN ANÓMALO DEL TCI: EVALUACIÓN MULTIMODAL CON ANGIO-TC Y SPECT PARA LA VALORACIÓN DE ISQUEMIA	121
0251 /	ENDOCARDITIS DE LIBMAN-SACKS SOBRE VÁLVULA AÓRTICA NATIVA	122
0253 /	“DEHISCENCIA DE PARCHE DE CIA, DIAGNÓSTICO CON MULTIIMAGEN”	123
0254 /	ARTERITIS DE TAKAYASU EN PACIENTE ADOLESCENTE. EVOLUCIÓN TÓRPIDA A ENFERMEDAD CORONARIA MULTIVASO	124
0259 /	FÍSTULA DE ARTERIA CORONARIA DERECHA A AURÍCULA DERECHA ASOCIADA A ANEURISMA E INFARTO DE MIOCARDIO: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA	125
0260 /	PSEUDOANEURISMA VENTRICULAR IZQUIERDO: APORTE DE LAS MULTIMAGENES	126
0263 /	CUANDO LA ANATOMÍA SORPRENDE: HALLAZGO INCIDENTAL EN ANGIOTOMOGRAFÍA CARDÍACA	127
0264 /	INCÓGNITA EN EL VENTRÍCULO DERECHO: CUANDO EL TROMBO NO ES EL PRINCIPAL PROTAGONISTA	128
0266 /	CUANDO EL TIEMPO SE AGOTA: DISECCIÓN AÓRTICA TIPO A CON EXTENSIÓN ILIOFEMORAL. EL PAPEL CRUCIAL DE LA TROMPA DE ELEFANTE CONGELADA (FET)	129
0269 /	ENDOCARDITIS DE LÖFFLER: FENOTIPO APICAL TROMBOEMBÓLICO	130

# Índice

0270 /	SHOCK CARDIOGÉNICO SECUNDARIO A OBSTRUCCIÓN DEL TRACTO DE SALIDA DE VENTRÍCULO DERECHO: PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE LINFOMA NO HODGKIN	131
0271 /	MÁS ALLÁ DE LA ANATOMÍA: SIMULACIÓN COMPUTACIONAL DE FLUIDOS Y NAVEGACIÓN 3D EN LA OPTIMIZACIÓN DE LA CIRUGÍA DE YASUI	132
0275	DISOCIACIÓN CLÍNICO- ANATÓMICA EN ENFERMEDAD CORONARIA: SCORE DE CALCIO EXTREMO Y ENFERMEDAD MULTIVASO EN PACIENTE JOVEN SIN FACTORES DE RIESGO TRADICIONALES	133
0276 /	CARACTERIZACIÓN ANATÓMICA POR ANGIOTOMOGRAFÍA CORONARIA Y SU RELEVANCIA PRONÓSTICA EN EL ORIGEN ANÓMALO DEL TRONCO CORONARIO IZQUIERDO: A PROPÓSITO DE UN CASO	134
0278 /	ANEURISMA GIGANTE DE LA ARTERIA HEPÁTICA COMÚN COMO CAUSA INFRECUENTE DE COLESTASIS EXTRAHEPÁTICA	135
0280 /	UN INFARTO QUE NO FUE: DIAGNÓSTICO MULTIMODAL DEL SÍNDROME DE TAKOTSUBO CON RESONANCIA CARDÍACA	136
0282 /	CARDIOPATÍA CONGÉNITA COMPLEJA Y EMBARAZO: EVOLUCIÓN DESFAVORABLE DE UNA PRÓTESIS MECÁNICA	137
0283 /	MASA MEDIASTÍNICA EN PEDIATRÍA: EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO DE UN CASO	138
0285 /	MIOCARDITIS AGUDA EN PEDIATRÍA, DESDE LA SOSPECHA CLÍNICA A LA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA	139
0286 /	HERNIA PERITONEO PERICÁRDICA	140
0288 /	ESTENOSIS DEL TRONCO CORONARIO IZQUIERDO NO ATEROSCLERÓTICA: APORTE DE LA ANGIOTOMOGRAFÍA EN EL CAMBIO DE CONDUCTA	141
0289 /	FÍSTULA CORONARIA DESDE ARTERIA CIRCUNFLEJA HACIA SISTEMA BRONQUIAL: DIAGNÓSTICO POR IMAGEN MULTIMODAL Y TRATAMIENTO PERCUTÁNEO	142
0290 /	CRÓNICA DE RESISTENCIAS EN SERIE: COARTACIÓN DE AORTA NATIVA Y ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE EN UN OCTOGENARIO	143
0291 /	ENTRE SOPLOS Y DECISIONES: EL DESAFÍO DE UNA VALVULOPATÍA DOBLE	144
0293 /	CARACTERIZACIÓN POR RESONANCIA MAGNÉTICA DE MASA PERICÁRDICA QUÍSTICA DE ETIOLOGÍA	145
0295 /	MIOCARDIOPATÍA POR ENFERMEDAD DE FABRY: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO	146
0296 /	DESAFÍO MULTIMODAL EN ATRESIA PULMONAR CON SEPTUM INTACTO: DE LA PALIACIÓN UNIVENTRICULAR AL TRASPLANTE CARDÍACO	147
0298 /	REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE INSUFICIENCIA MITRAL SEVERA A NIVEL COMISURAL POSTERIOR EXITOSA CON DISPOSITIVO DRAGONFLY	148
0300 /	MASA DE MEDIASTINO ANTERIOR ASOCIADO A DERRAME PERICARDICO SEVERO: REPORTE DE CASO	149
0307 /	EL ORIGEN DEL TROMBO: PSEUDOANEURISMA VENTRICULAR IZQUIERDO DE PRESENTACIÓN CARDIOEMBÓLICA	150
0309 /	ENDOCARDITIS INFECCIOSA, DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS. EL PAPEL DE LA IMAGEN MULTIMODAL	151
0312 /	"RESOLUCIÓN PERCUTÁNEA SIMULTÁNEA DE COARTACIÓN AÓRTICA SEVERA Y DUCTUS ARTERIOSO PERMEABLE MEDIANTE IMPLANTE DE STENT EN EDAD PEDIÁTRICA"	152
0313 /	ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN PACIENTE CON TETRALOGÍA DE FALLOT NO CORREGIDA: IMPORTANCIA DE LA IMAGEN EN LA CONDUCTA TERAPÉUTICA	153
0314 /	"MASA EN AURÍCULA DERECHA EN PACIENTE ONCOLÓGICO, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO"	154
0315 /	CORAZONES SIN PUNTA: EL DESAFÍO DE DIAGNOSTICAR UNA MIOCARDIOPATIA "SIN NOMBRE"	155

# Índice

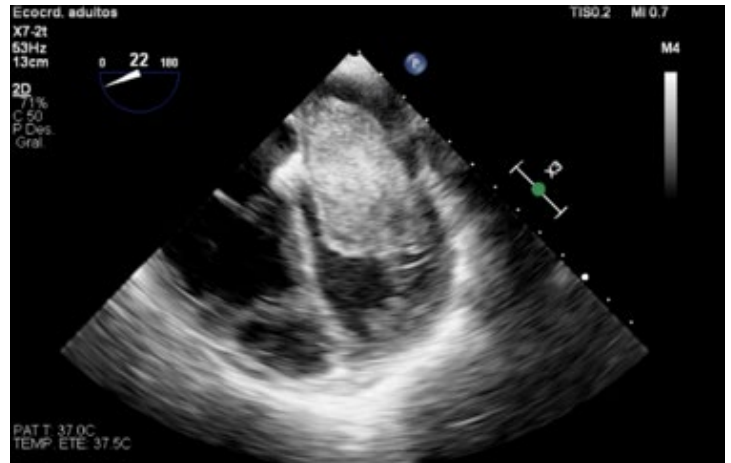
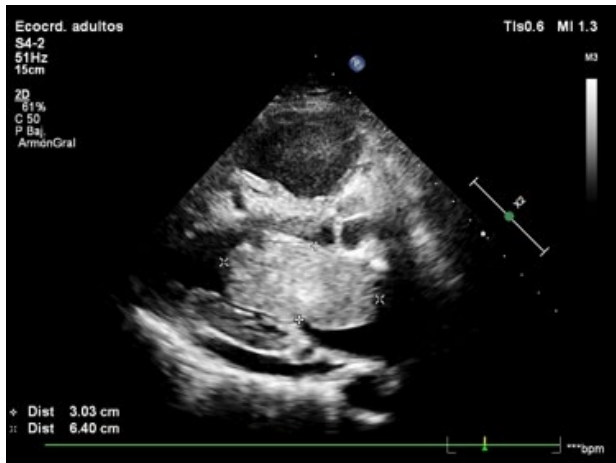
0319 /	MÁS ALLÁ DEL SARCÓMERO: CUANDO LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA ES SOLO EL COMIENZO	156
0320 /	DEL SOPLO AL DIAGNÓSTICO: INTEGRACIÓN DE IMÁGENES MULTIMODALES EN LA VALORACIÓN DE LA DISFUNCIÓN PROTÉSICA	157
0321 /	SÍNDROME MIOPERICARDICO POR DENGUE	158
0324 /	JUEGO DE PROBABILIDADES: MIXOMA VS METÁSTASIS EN PACIENTE CON HALLAZGO IMAGENOLÓGICO Y ANTECEDENTE DE ADENOCARCINOMA DE COLON	159
0326 /	MASA EN AURICULA DERECHA: ¿RESABIO EMBRIOLÓGICO VS TUMOR O ENDOCARDITIS?	160
0327 /	UTILIDAD DEL ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO EN LA PREVENCIÓN DE EMBOLISMO VENOSO AÉREO DURANTE LAS INTERVENCIONES NEUROQUIRÚRGICAS	161
0328 /	ANEURISMA VALVULAR AÓRTICO: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE Y DEVASTADORA DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA	162
0330 /	IMAGEN QUE DEFINE RIESGO: TROMBO EN TRÁNSITO EN EL TEP AGUDO	163
0331 /	MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO	164
0332 /	MASA INTRACARDIACA EN PACIENTE CON TUMOR DE SACO VITELINO, UNA EVALUACIÓN POR IMAGEN MULTIMODAL	165
0333 /	MIOCARDIOPATIA HIPERTROFICA OBSTRUCTIVA, IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA MIOSINA	166
0335 /	ANEURISMAS CORONARIOS: BAJA PREVALENCIA, ALTO IMPACTO TROMBOEMBÓLICO	167
0337 /	ENDOCARDITIS FÚNGICA PROTÉSICA TEMPRANA CON COMPROMISO BIVALVULAR: UNA COMBINACIÓN INFRECUENTE Y DE ALTO RIESGO	168
0338 /	DE LA IMAGEN A LA CIRUGÍA: ROL CLAVE DEL ECOCARDIOGRAMA EN LA VENTANA AORTOPULMONAR ASOCIADA A SÍNDROME VACTERL	169
0339 /	EL AURA CARDÍACA	170
0340 /	DEL DERRAME PERICÁRDICO SEVERO A LA CONSTRICCIÓN PERICÁRDICA. QUÉ EVALUAR SEGÚN EL MOMENTO EVOLUTIVO PARA UN DIAGNÓSTICO ACERTADO Y LA TOMA DE CONDUCTA TERAPÉUTICA	171
0341 /	ANATOMÍA VASCULAR INESPERADA EN SECUESTRO PULMONAR: EL VALOR DE LAS IMÁGENES EN UN CASO COMPLEJO	172
0342 /	ORIGEN ANÓMALO CORONARIO: ALTO RIESGO ANATÓMICO, ¿ALTO RIESGO CLÍNICO?	173
0343 /	MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA MEDIOAPICAL CON ANEURISMA APICAL: VALOR DEL ABORDAJE MULTIMODAL POR IMÁGENES	174
0347 /	ENDOCARDITIS INFECCIOSA COMPLICADA: PSEUDOANEURISMA Y DOBLE COMPROMISO VALVULAR. APORTE DE LA IMAGEN MULTIMODAL	175

## REVERSIÓN DEL REMODELADO CARDÍACO TRAS RESECCIÓN DE MIXOMA AURICULAR IZQUIERDO: REPORTE DE UN CASO

Unidad Temática: INSUFICIENCIA CARDÍACA · Unidad Temática 2: ECOCARDIOGRAFÍA

TRIONE, Augusto | PINTO TAMES, Rafael Jesús | UGARTE, Roger Benjamín | DEGENHARDT, Leonel Damián | MENDIETA, Leonardo Fabián

► H.Z.G.A.A.  
Balestrini



### INTRODUCCIÓN

Las masas intracardíacas son una causa infrecuente de insuficiencia cardíaca de novo, pero representan un modelo excepcional para estudiar la plasticidad hemodinámica. El mixoma auricular izquierdo, al generar una obstrucción mecánica intermitente, permite evaluar la capacidad de reversión del remodelado cardíaco y de la hipertensión pulmonar severa tras la eliminación de la noxa. Este reporte destaca la recuperación estructural y funcional completa en una paciente joven, subrayando el impacto del diagnóstico precoz mediante imagen cardiovascular

### DESCRIPCIÓN

Mujer de 39 años, sin antecedentes relevantes, consultó por disnea progresiva, ortopnea y edema de miembros inferiores. Al examen presentaba signos de congestión pulmonar y periférica. El ecocardiograma evidenció dilatación biauricular y se observa una masa intracavitaria de aproximadamente 3 × 6,4 cm, con prolapso hacia el ventrículo izquierdo a través de la válvula mitral, compatible con mixoma. Las cavidades derechas se encontraban dilatadas, con leve deterioro de la función sistólica. La válvula mitral mostraba apertura conservada pero con flujo restringido por la masa, con estenosis mitral intermitente e insuficiencia tricuspídea moderada, con una PSAP estimada de 114 mmHg. Se realiza resección quirúrgica donde se obtuvo una masa intracardíaca única. A los ocho meses posterior a la intervención quirúrgica, se realiza ecocardiograma que mostró normalización completa de las cavidades. Aurícula izquierda de tamaño normal y el ventrículo izquierdo conservaba los diámetros y la motilidad con la función sistólica preservada PSAP estimada de 35 mmHg. La insuficiencia cardíaca secundaria a masas intracardíacas puede generar compromiso hemodinámico a través de mecanismos obstructivos, alteraciones del llenado ventricular y disfunción

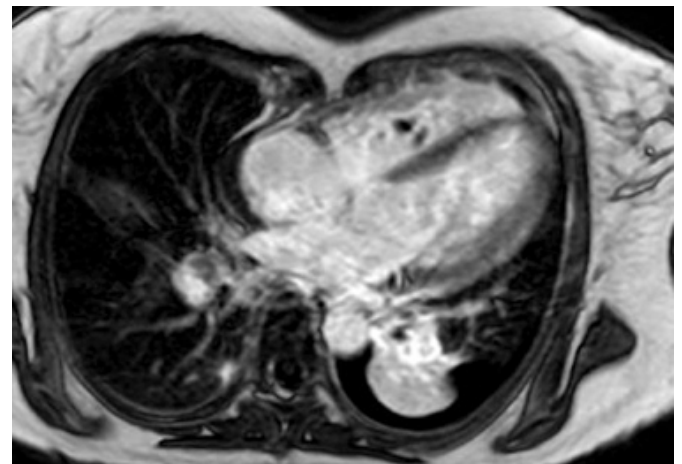
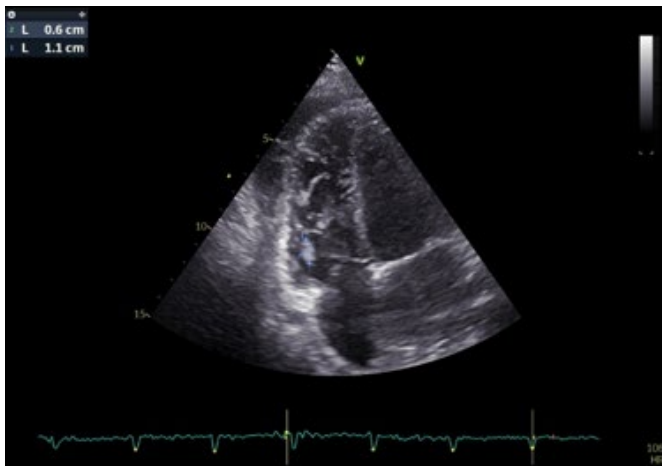
sistólica secundaria, simulando otras etiologías más prevalentes de insuficiencia cardíaca. Clásicamente producen tres tipos de manifestaciones de la tríada clásica: síntomas y signos cardíacos resultantes de una obstrucción intracardíaca; signos de embolización sistémica; y síntomas sistémicos o constitucionales. En el caso clínico presentado, una forma de presentación poco habitual condicionó el desarrollo de un cuadro agudo de insuficiencia cardíaca de novo. El mecanismo fisiopatológico involucrado fue predominantemente mecánico. La masa prolapsaba durante la diástole a través del orificio mitral, comportándose funcionalmente como una estenosis mitral severa intermitente. Esta obstrucción al llenado ventricular izquierdo condiciona un aumento sostenido de la presión telediastólica del ventrículo izquierdo, que se transmite retrógradamente a la circulación pulmonar, dando lugar a hipertensión pulmonar venosa poscapilar, edema pulmonar y dilatación progresiva de las cavidades derechas, con desarrollo de insuficiencia tricuspídea funcional. Este caso destaca que, cuando el daño miocárdico primario es mínimo y la insuficiencia cardíaca se origina por un mecanismo obstructivo completamente reversible, la recuperación estructural y funcional del corazón puede ser rápida y completa. La notable reducción de la presión sistólica pulmonar subraya la capacidad de reversión de la hipertensión pulmonar secundaria a obstrucción mecánica, un hallazgo que contrasta con la evolución típica de la valvulopatía mitral crónica, en la que la hipertensión pulmonar frecuentemente persiste debido a remodelado microvascular y a un componente precapilar reactivo, incluso tras la corrección quirúrgica de la válvula. En conclusión, este reporte aporta evidencia adicional de que el mixoma auricular izquierdo puede generar un cuadro hemodinámico severo, plenamente reversible tras la extirpación del tumor, y refuerza la importancia del diagnóstico precoz en esta entidad potencialmente tratable con recuperación hemodinámica completa tras su resección.

## MÁS ALLÁ DEL TUMOR PRIMARIO: COMPROMISO CARDIOVASCULAR EN CÁNCER DE PULMÓN AVANZADO

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN · Unidad Temática 2: CARDIO-ONCOLOGÍA

LITWAK, Nahuel | VERRUNO, María Leticia

 Hospital Güemes



### INTRODUCCIÓN

El compromiso cardíaco en pacientes oncológicos puede tener diferentes manifestaciones, incluyendo derrame pericárdico, compromiso miocárdico, trombosis intracardiaca o metástasis cardíacas. Se presenta el caso de una paciente joven con cáncer de pulmón avanzado, que desarrolló compromiso cardíaco en el contexto de trombofilia y enfermedad metastásica.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de 41 años, con antecedentes de tabaquismo y trombofilia diagnosticada en 2012 en el contexto de dos abortos espontáneos, sin seguimiento posterior. Presentaba además antecedente de trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar, encontrándose en tratamiento anticoagulante con rivaroxabán. Consultó por un cuadro de disnea en clase funcional II y tos, inicialmente interpretado como neumonía adquirida en la comunidad. En la evaluación ambulatoria se realizó un ecocardiograma transtorácico que evidenció función sistólica del ventrículo izquierdo en el límite inferior normal y un derrame pericárdico moderado a severo, motivo por el que se internó en otro centro. Se indicó una tomografía tórax, abdomen y pelvis que informó una masa pulmonar de 32 × 36 mm en contacto con la silueta cardíaca, infiltrados en vidrio esmerilado en el segmento laterobasal, derrame pericárdico significativo y múltiples adenopatías supra e infra diafragmáticas. La angiotomografía resultó negativa para tromboembolismo pulmonar. Por estos hallazgos fue derivada a nuestra institución. Al ingreso se encontraba taquicárdica e hipotensa. El electrocardiograma mostró microvoltaje y alternancia eléctrica. El ecocardiograma evidenció derrame pericárdico severo con colapso de cavidades, compatible con taponamiento cardíaco, por lo que se realizó pericardiocentesis y drenaje. El análisis del líquido pericárdico mostró características de exudado; los cultivos bacteriológicos

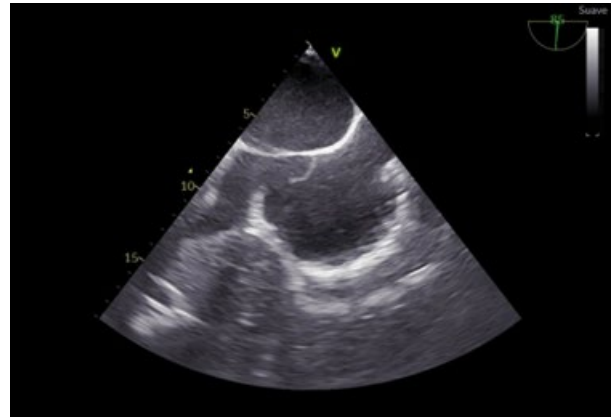
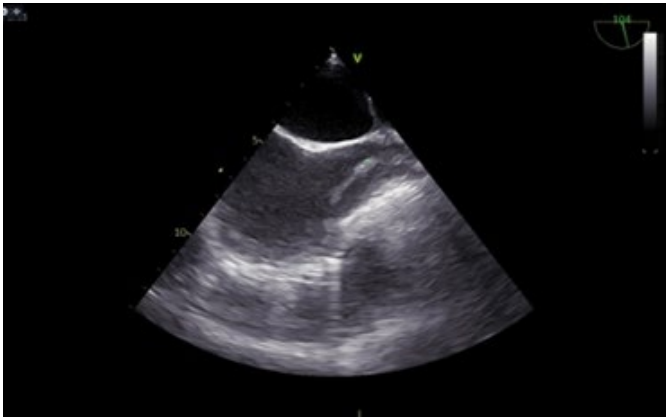
fueron negativos y el estudio anatomopatológico no evidenció células malignas. Ante la sospecha de neoplasia pulmonar primaria, se realizó videotoracoscopia con biopsia de adenopatía mediastinal (congelación positiva para atipia) y ventana pleuropericárdica. Evolucionó favorablemente y fue dada de alta para continuar estudios de forma ambulatoria. El estudio anatomopatológico estableció el diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (adenocarcinoma), ALK positivo, estadio IV, con compromiso ganglionar y óseo múltiple. Posteriormente, la paciente es reinternada por lumbalgia severa, asociada a paraparesia y alteración del control esfinteriano. Se realizaron tomografía y resonancia magnética de columna, que evidenciaron múltiples lesiones blásticas en columna dorsolumbar y una lesión intradural e intramedular a nivel T12-L1. Por tal motivo, se efectuó artrodesis posterior T11-L2 con exéresis parcial de la lesión tumoral. Se realizó un ecocardiograma control con derrame pericárdico leve y se observó además deterioro leve a moderado de la función sistólica del ventrículo izquierdo (FEVI en 38% y SLG -11,4%), asociado a deterioro leve de la función sistólica del ventrículo derecho. Se identificaron múltiples masas móviles, heterogéneas, en relación con el aparato subvalvular tricuspídeo, planteándose el diagnóstico diferencial entre trombo intracardiaco y metástasis. Para profundizar el estudio, se realizó una resonancia magnética cardíaca que demostró masas avasculares, sin captación ni realce tardío con gadolinio, compatibles en primera instancia con trombos intracardiacos. Dada la disfunción ventricular izquierda subclínica, se inició tratamiento con betabloqueantes y antagonistas del receptor de angiotensina-nepilisina. Finalmente, se inició tratamiento sistémico con lorlatinib, inhibidor de tirosina-quinasa ALK de tercera generación, asociado a ácido zoledrónico como terapia antirresortiva ósea, y se indicó radioterapia focal posoperatoria. La paciente presentó evolución clínica estable, otorgándose el alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio.

## ENDOCARDITIS DERECHA NO VALVULAR POSTERIOR A EXTRACCIÓN DE MARCAPASOS

Unidad Temática: **ECOCARDIOGRAFÍA**

BOBADILLA, Julio Leandro | LITWAK, Nahuel | SAUCEDO OJEDA, Agustina  
| RUIZ HOLGUIN, Marlon Alfonso | FIORI, Evelyn Anabella

► Hospital Güemes



### INTRODUCCIÓN

La endocarditis infecciosa (EI) continúa siendo una entidad de elevada morbimortalidad, con cambios epidemiológicos en las últimas décadas caracterizados por un aumento de los casos asociados a dispositivos intracardíacos implantables. En este contexto, la endocarditis derecha representa entre el 5% y el 10% de los casos y se asocia frecuentemente a la presencia de marcapasos, catéteres y otros dispositivos intravasculares. La EI relacionada a dispositivos puede presentarse como una forma de endocarditis no valvular, comprometiendo cables intracardíacos o estructuras venosas centrales, sin afectación primaria de válvulas cardíacas. Estas formas suelen plantear desafíos diagnósticos, especialmente por su presentación clínica inespecífica. La ecocardiografía transesofágica (ETE) constituye la herramienta diagnóstica de elección, con mayor sensibilidad para la detección de vegetaciones en cables y estructuras de difícil evaluación, como las venas cavas. Los estafilococos, particularmente los coagulasa negativos, son los microorganismos más frecuentemente implicados en este tipo de infecciones. El tratamiento requiere un enfoque combinado con antibioticoterapia prolongada y extracción completa del dispositivo, siendo el momento del reimplante un aspecto clave en la evolución clínica.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 45 años con antecedente de bradicardia sintomática que requirió implante de marcapasos DDDR en septiembre de 2025, consulta por cuadro de aproximadamente diez días de evolución caracterizado por secreción seropurulenta a nivel del bolsillo subclavio izquierdo del dispositivo. En la evaluación inicial se realiza ecografía de partes blandas que evidencia una colección hipocogénica con trayecto fistuloso hacia plano cutáneo en relación con el sistema de marcapasos, interpretán-

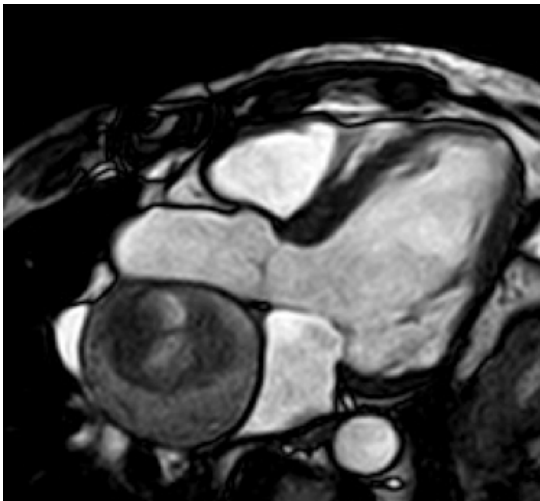
dose el cuadro como infección del sitio del generador. Ingresó hemodinámicamente estable, sin síntomas cardiovasculares asociados, iniciándose antibioticoterapia empírica de amplio espectro y toma de hemocultivos. Se realizó durante la internación ecocardiograma transesofágico evidenciándose vegetación asociada a cables de dispositivo. Por dicho motivo, se decidió la extracción completa del sistema de marcapasos en febrero de 2026. Posteriormente, el paciente presenta bradicardia que requiere soporte con infusión de isoproterenol. Los estudios microbiológicos evidencian aislamiento de *Staphylococcus epidermidis* meticilino resistente en hemocultivos por lo que se realiza tratamiento dirigido. Luego de la extracción del dispositivo, evoluciona con registros febriles persistentes por lo que se realiza ecocardiografía transesofágica de control, en la cual se identifica una imagen lineal, serpinginosa, móvil, compatible con vegetación asociada a una vaina de fibrina residual dentro de la vena cava superior, sin evidencia de compromiso valvular, interpretándose el cuadro como endocarditis infecciosa no valvular derecha. Se evaluó el caso de forma multidisciplinaria con infectología. Dado que no presentaba gran tamaño, signos de embolia pulmonar, compromiso valvular asociado y tuvo adecuada respuesta al tratamiento antibiótico, se consensuó completar esquema antibiótico intravenoso dirigida durante al menos dos semanas previas a la reimplantación de un nuevo dispositivo. El paciente evolucionó clínicamente favorable, con resolución de la fiebre y negativización de los cultivos, aunque con intercurencia de neutropenia atribuida a antibioticoterapia, que se maneja con medidas de soporte y ajuste del tratamiento. Tras completar el esquema antibiótico indicado y en ausencia de signos clínicos y microbiológicos de infección activa, se procede al reimplante de un nuevo marcapasos bolsillo subclavio contralateral, sin complicaciones inmediatas. El paciente evolucionó favorablemente, afebril y con adecuado funcionamiento del nuevo dispositivo al momento del alta.

## ANEURISMA GIGANTE DE INJERTO DE VENA SAFENA SIMULANDO UNA MASA EN LA AURICULA IZQUIERDA

Unidad Temática: **MEDICINA VASCULAR** · Unidad Temática 2: **MULTI-IMAGEN**

MARTINEZ, Vanina Gisela | AYUSO, Sebastián | BERLATO, Juan Martin

▶ INOVA



### INTRODUCCIÓN

Los aneurismas del injerto de vena safena son una complicación tardía y rara (0.07%) de la cirugía coronaria aunque su verdadera frecuencia se desconoce. A veces los síntomas se exteriorizan por embolización distal, drenaje fistuloso, efecto de masa sobre estructuras aledañas e incluso ruptura con el consiguiente compromiso hemodinámico. Varios informes de casos los han descrito descubiertos en imágenes cardiacas, simulando una imagen en la aurícula derecha. Presentamos un caso de aneurisma de injerto venoso que invaginaba a la aurícula izquierda simulando una masa en imágenes ecocardiografías transtorácicas. Dicho hallazgo se confirmó por resonancia y tomografía cardiaca.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de 79 años, hipertenso, diabético, con antecedente de cirugía de revascularización miocárdica (puente mamario izquierdo a la arteria descendente anterior, puente safeno venoso a la circunfleja y puente safeno venoso a coronaria derecha) en el año 1996, que consulta por presentar palpitaciones y disnea de esfuerzo de al menos tres meses de evolución. Al examen físico se constata regular estado general, normocárdico, normotenso, ingurgitación yugular, cianosis y edema en cara, predominantemente con el decúbito dorsal. En electrocardiograma presenta ritmo de fibrilación auricular, normopasaje, con secuela qR inferior. En el ecocardiograma transtorácico se visualiza sobre la cara posterior de la aurícula izquierda, una imagen de bordes regulares, heterogénea, redondeada, de 4 x 4 cm. Dado este hallazgo se realiza RMN cardiaca en la cual se observa en el mediastino, posterior a la aorta y anterior a la rama derecha de la arteria pulmonar, una tumoración redondeada, de 6 x 6 cm, de bordes definidos, he-

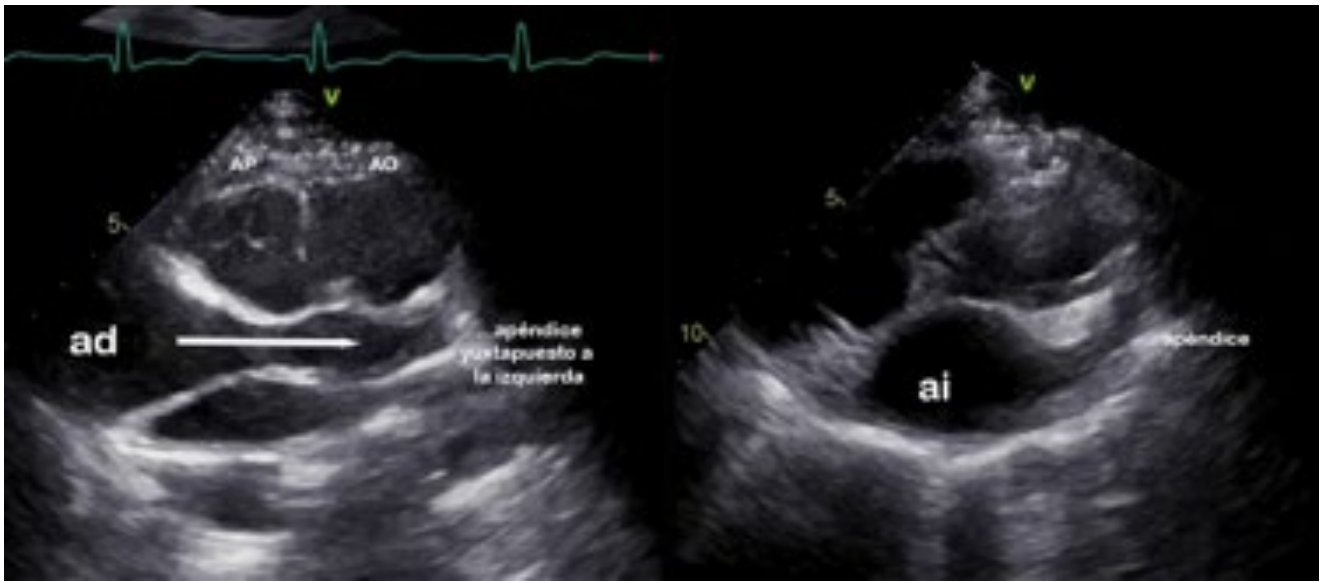
terogénea, que no realiza luego de la administración de contraste y que comprime parcialmente a la aurícula izquierda sobre su cara posterosuperior, así como también a la vena cava superior. Ante la sospecha de que este en relación a una estructura vascular, se solicita angiografía torácica definiendo que en el segmento proximal de un puente safeno venoso se reconoce la imagen redondeada, principalmente compuesta por trombo, que comprime ambas aurículas, la rama derecha de la arteria pulmonar, el retorno venoso del pulmón derecho, y la vena cava superior, sin reconocerse el segmento distal del bypass. Se confirma así la presencia de un aneurisma del puente venoso que genera efecto mecánico compresivo en varias estructuras aledañas. Después de mucha discusión sobre las potenciales alternativas terapéuticas, revascularización intervencionista o estrategias quirúrgicas, y dada a la negativa del paciente, se decidió continuar con el máximo tratamiento médico. Actualmente permanece en seguimiento clínico, estable en cuanto a su dase funcional y síntomas. **Conclusión:** El uso de tejido venoso para acomodar el flujo arterial de alta presión a lo largo del tiempo conduce al debilitamiento de las paredes venosas y a la potencial dilatación en áreas de debilidad, particularmente en los sitios de válvulas venosas. Los aneurismas ocurren en un promedio de 10 años después de la cirugía, y pueden encontrarse incidentalmente en pacientes asintomáticos o bien, sintomáticos. La presentación más común ha sido como una masa mediastínica. Se afirma que a menudo se requieren múltiples técnicas de imagen para establecer la naturaleza de la masa, el tamaño de aneurisma y el área perfundida por el puente afectado para aclarar el cuadro. El aspecto relevante de nuestro caso es la presentación clínica como masa intracardiaca dentro de la AI y el uso de la multiimagen cardiaca que demuestra la naturaleza vascular de la masa.

## MALPOSICIÓN CORREGIDA DE LOS GRANDES VASOS ASOCIADA A YUXTAPOSICIÓN IZQUIERDA DE APÉNDICES AURICULARES EN ADULTO JOVEN ASINTOMÁTICO

Unidad Temática: ECOCARDIOGRAFÍA · Unidad Temática 2: CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO

VARGAS, Mario | ALEGRE, Raúl

► Clínica San Felipe

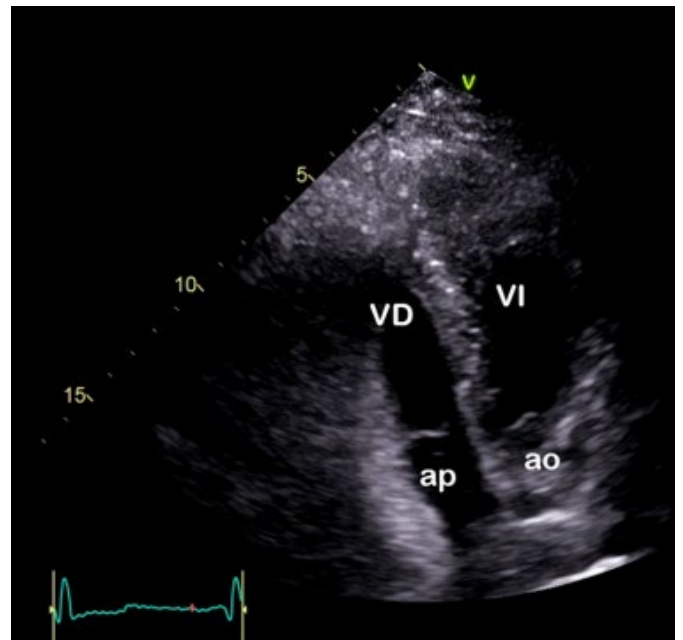


### INTRODUCCIÓN

La malposición corregida (no transposición corregida) es una malformación muy infrecuente en la que los grandes vasos nacen lado a lado en paralelo, pero cada uno de su ventrículo original, muy rara vez es asintomática pues se asocia con frecuencia con obstrucción subaórtica debida a presencia de cono muscular subaórtico y comunicación interventricular o con malformaciones complejas.

### DESCRIPCIÓN

Presentamos el caso de un varón de 19 años, asintomático que acude por presentar un soplo discreto. El examen físico es negativo salvo la presencia de un soplo corto paraesternal izquierdo. En el electrocardiograma se observó hemibloqueo anterior izquierdo. El ecocardiograma demostró situs solitus con conexiones concordantes, cavidades normales con función biventricular normal, discontinuidad mitro aórtica por presencia de cono muscular subaórtico y yuxtaposición izquierda de apéndices auriculares y nacimiento lado a lado de los grandes vasos con la aorta a la izquierda de la pulmonar, demostrables en la vista de eje corto y apicales. El paciente rehusó hacerse más pruebas. La asociación con la yuxtaposición y la ausencia de obstrucción subvalvular hacen de este caso más inusual. El ecocardiograma definió muy bien las características anatómicas (*ver imágenes*) No hay hasta marzo de 2026 otro caso similar reportado.

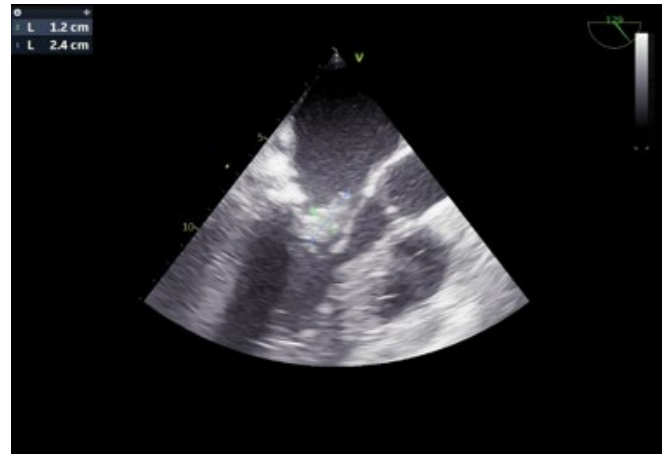
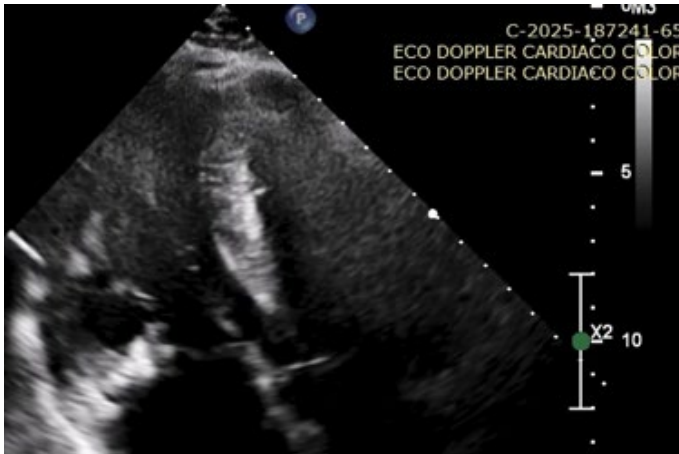


## ENDOCARDITIS MITRAL EN PACIENTE CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA AVANZADA EN PLAN DE TRASPLANTE CARDÍACO

Unidad Temática: **ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA** · Unidad Temática 2: **INSUFICIENCIA CARDÍACA**

SAUCEDO OJEDA, Agustina | LITWAK, Nahuel

► Hospital Guemes



### INTRODUCCIÓN

La endocarditis infecciosa en la miocardiopatía hipertrófica es poco frecuente, aunque el riesgo aumenta en presencia de compromiso estructural avanzado. En pacientes en lista de trasplante cardíaco, constituye un escenario de alta complejidad, en el que la estrategia terapéutica requiere una cuidadosa valoración multidisciplinaria.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de sexo femenino de 42 años, con antecedentes de miocardiopatía hipertrófica no obstructiva con marcada hipertrofia septal (espesor máximo 32mm), presencia de puentes musculares en territorio de la arteria descendente anterior y sus ramas, fibrilación auricular paroxística e implante de cardiodesfibrilador en prevención de muerte súbita tras un episodio de taquicardia ventricular no sostenida durante una internación previa. Además, presentaba antecedentes de eventos embólicos (accidente cerebrovascular isquémico en 2018 con afasia de expresión y oclusión bilateral de la arteria central de la retina en 2020), por lo que se encontraba bajo tratamiento anticoagulante y se le había realizado un cierre percutáneo de un foramen oval permeable en el 2021. Dado que persistía sintomática con disnea y angor refractarios al tratamiento médico, estaba en lista electiva de trasplante cardíaco. En el marco de la evaluación pretrasplante, contaba con un ecocardiograma reciente con función sistólica conservada, signos de disfunción diastólica significativa, e insuficiencia mitral leve a moderada; cateterismo derecho con presiones de llenado elevadas e índice cardíaco en el límite inferior, sin hipertensión pulmonar fija; además de prueba de ejercicio cardiopulmonar con limitación funcional severa. Comienza su cuadro clínico actual con malestar general y fiebre de 5 días de evolución, por lo que consulta al departamento de emergencias. Negaba otros síntomas asociados. En el laboratorio se destacaba marcada leucocitosis (GB: 26780/

ml). Se decidió su internación en clínica médica. Se realizó una tomografía de tórax sin hallazgos patológicos y se tomaron hemocultivos, con aislamiento de *Gemella morbillorum*. Se realizó ecocardiograma transtorácico que evidenció ventrículo izquierdo con diámetros conservados, marcada hipertrofia septal asimétrica y función sistólica preservada. A nivel mitral se observó una válvula engrosada especialmente en el velo anterior, con múltiples imágenes adheridas del lado auricular, irregulares, heterogéneas y móviles, con signos de destrucción valvular que generaban una insuficiencia mitral moderada a severa con jet complejo, además de imagen compatible con perforación. Además, presentaba insuficiencia tricuspídea moderada de mecanismo funcional y posiblemente relacionada a los cables del dispositivo implantado. Se completó el estudio con un ecocardiograma transesofágico para mejor caracterización, evidenciándose una vegetación de aproximadamente 24 mm de longitud máxima. Se confirmó una insuficiencia mitral de grado moderado a severo, secundaria a la destrucción valvular y la presencia de perforación a nivel del segmento medio del cuerpo de la valva anterior. No se observaron signos locales de complicación como absceso o pseudoaneurisma, ni compromiso de otras válvulas, cables del cardiodesfibrilador ni del dispositivo de cierre del foramen oval. Se discutió el caso de forma multidisciplinaria. Dado que la paciente se encontraba afebril, con hemocultivos de control negativos bajo tratamiento efectivo con ampicilina y gentamicina, sin signos clínicos de insuficiencia cardíaca ni evidencias de embolias sépticas a distancia, y contemplando tanto el elevado riesgo infectológico y embólico, como el alto riesgo perioperatorio -incluida la eventual necesidad de reesternotomía en caso de un futuro operativo de trasplante-, se decidió inicialmente conducta conservadora con tratamiento médico antibiótico y estrecha vigilancia clínica. Luego de un mes de internación en unidad coronaria sin interurrencias, se llevó a cabo trasplante cardíaco ortotópico, con buena evolución postoperatoria.

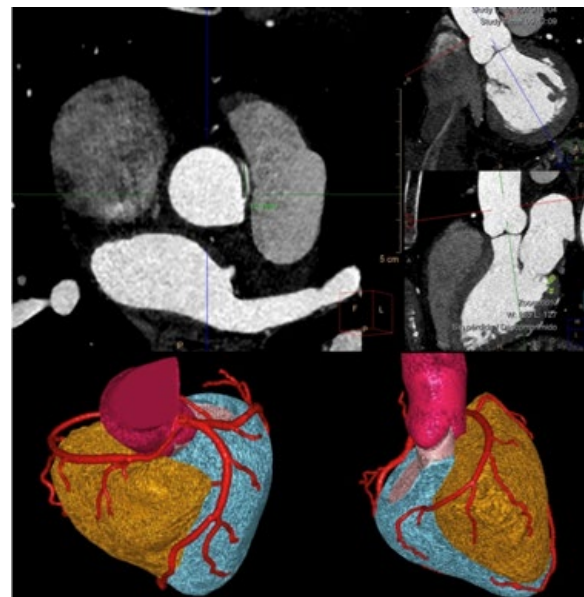
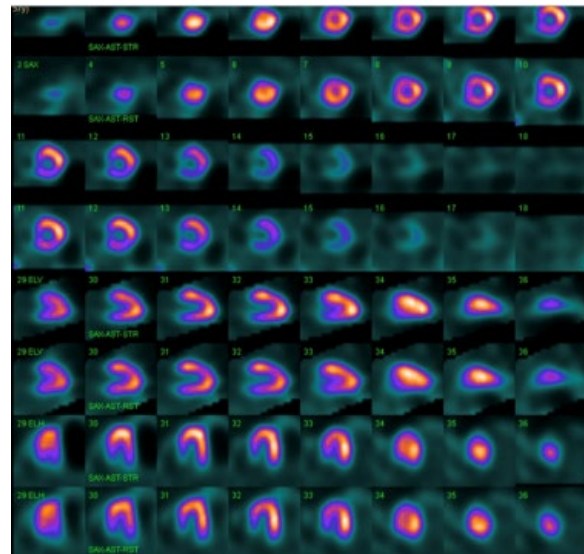
## ISQUEMIA INFRECUENTE: CUANDO LA ANATOMÍA DEFINE EL RIESGO

Unidad Temática: **CARDIOPATÍA ISQUÉMICA** · Unidad Temática 2: **MULTI-IMAGEN**BORTMAN, Lucia | ROVEDA, Guido | MELON RAMIREZ, Nahuel | PARCERISA, María Florencia  
| FALCONI, Mariano Luis▶ Hospital Italiano  
de Buenos Aires**INTRODUCCIÓN**

El origen aórtico anómalo de las arterias coronarias constituye una entidad poco frecuente y de elevada complejidad. No obstante, su tasa diagnóstica ha aumentado en los últimos años, en relación con la creciente utilización de técnicas de imagen cardiovascular. Puede presentarse de forma aislada o asociada a cardiopatías congénitas y enfermedades hereditarias del tejido conectivo. Esta entidad abarca un amplio espectro de variantes anatómicas. Los mecanismos de isquemia miocárdica pueden obedecer tanto a componentes fijos como dinámicos. En particular, el trayecto interarterial suele asociarse a un segmento intramural dentro de la pared aórtica o del miocardio, lo que posiciona a esta variante como de alto riesgo. El tratamiento se establece de forma individualizada, considerando el mecanismo fisiopatológico de la isquemia y las características anatómicas. En este contexto, el abordaje quirúrgico constituye la estrategia de elección, particularmente mediante la técnica de unroofing en casos con trayecto intramural; sin embargo, en pacientes asintomáticos o de bajo riesgo puede optarse por una conducta conservadora, con seguimiento clínico estrecho (watchful waiting).

**DESCRIPCIÓN**

Paciente de sexo femenino de 57 años, sin antecedentes cardiovasculares relevantes, que consulta para evaluación cardiológica por dolor precordial opresivo de esfuerzo, de 4 meses de evolución, sin cambios en su intensidad ni frecuencia en el último período. Al examen físico presentaba signos vitales dentro de parámetros normales, sin hallazgos clínicos de relevancia. El electrocardiograma no evidenció alteraciones significativas y el ecocardiograma transtorácico no demostró cardiopatía estructural. Por angor típico se interpretó el cuadro como angina crónica estable. Se decidió iniciar tratamiento médico anti isquémico (aspirina y estatinas a altas dosis) y avanzar con una angiografía coronaria (Angio-TC) para la evaluación anatómica. La Angio-TC evidenció el origen anómalo de la arteria coronaria derecha a partir del seno coronario izquierdo, con trayecto interarterial, sin evidencia de lesiones obstructivas en la luz coronaria. La reconstrucción tridimensional (3D) permitió caracterizar con mayor detalle el curso proximal del vaso, confirmando su trayecto entre la aorta y el tronco de la arteria pulmonar, así como su relación espacial con los grandes vasos. Dado este hallazgo, se solicitó un estudio de perfusión miocárdica mediante SPECT, el cual demostró un defecto perfusivo en los segmentos inferoseptal, inferior e inferolateral basal y medio, compatible con isquemia miocárdica en relación con el nivel de esfuerzo alcanzado (10,2 METS). Se procedió a la optimización del tratamiento médico instaurado, con mejoría clínica sintomática. En



paralelo, el caso fue presentado al servicio de cirugía cardiovascular para la evaluación de una eventual resolución quirúrgica. Debido a la complejidad y atipicidad del caso, la conducta terapéutica definitiva continúa en discusión multidisciplinaria. La isquemia miocárdica en ausencia de enfermedad coronaria obstructiva obliga a considerar etiologías no convencionales. Las anomalías del origen coronario con trayecto interarterial representan una entidad de alto riesgo, donde la integración de técnicas de imagen anatómicas y funcionales resulta clave para la estratificación pronóstica y la toma de decisiones terapéuticas individualizadas.

## INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL PUERPERIO MEDIATO IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ

Unidad Temática: **CORAZÓN Y MUJER** · Unidad Temática 2: **MIOCARDIOPATÍAS**

BRITEZ, Bárbara Soledad

► Clínica Figueroa Paredes



### INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca en el período periparto constituye una entidad clínica de presentación potencialmente grave, fisiopatológicamente es de etiología multifactorial, en la que convergen mecanismos hormonales, inflamatorios, vasculares y genéticos que conducen a disfunción sistólica ventricular en mujeres previamente sanas hacia el final del embarazo o en los meses posteriores al parto. Su reconocimiento precoz resulta fundamental, dado que puede evolucionar rápidamente hacia compromiso hemodinámico significativo si no se instaura tratamiento oportuno.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 31 años sin factores de riesgo cardiovascular con antecedentes obstétricos de dos gestas previas y dos cesáreas, cursando puerperio mediato de 10 días. Consulta por cuadro de disnea progresiva, inicialmente clase funcional II, que evoluciona a clase IV, asociada a edemas en ambos miembros inferiores, ortopnea y disnea paroxística nocturna, de aproximadamente una semana de evolución. Al examen físico se evidenció paciente lúcida, sin signos de foco neurológico agudo, respiratorio se auscultaban crepitantes bilaterales desde bases hasta campos medios, Cardiovascular ruidos cardíacos normofonéticos, sin soplos audibles. Presentaba edemas en miembros inferiores 2/6. El abdomen blando, depresible, no doloroso, con ruidos hidroaéreos presentes

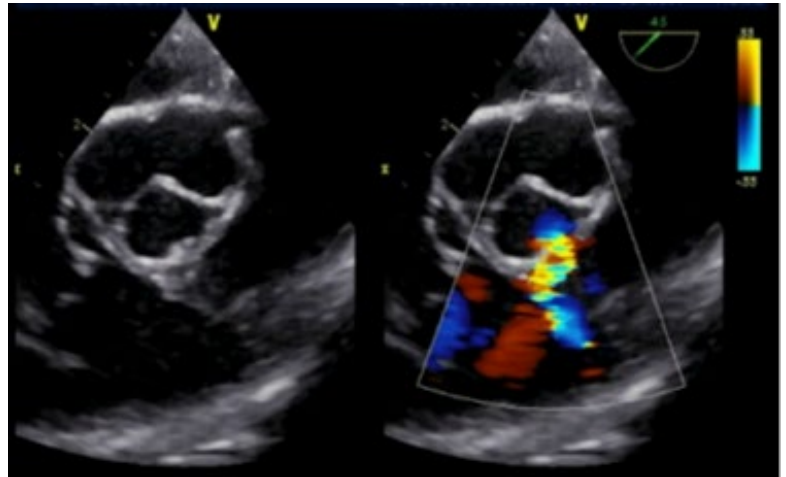
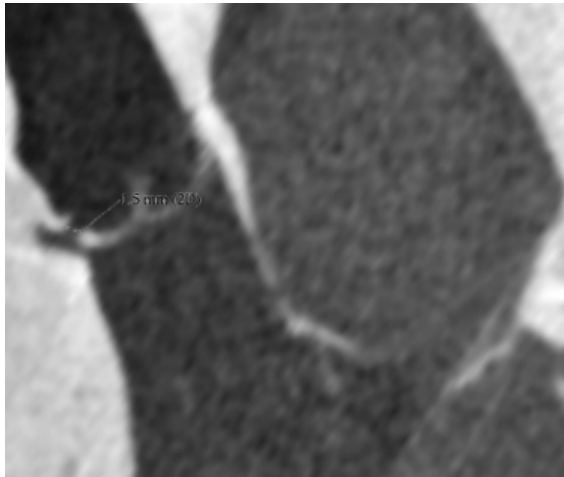
y diuresis conservada. Signos vitales de ingreso hemodinámicamente estable, con tensión arterial de 120/75 mmHg, saturación de oxígeno del 90% al aire ambiente, taquipneica, con frecuencia respiratoria de 25 respiraciones por minuto y frecuencia cardíaca de 100 latidos por minuto. Se realizaron estudios complementarios: laboratorio, electrocardiograma y tomografía de tórax. Laboratorio; eab, 7,32/30/56/-1,2/21/90%/ Láctico 1,2 Proteinuria al acecho y 24hs Negativo. Electrocardiograma evidencia ritmo sinusal regular, con frecuencia cardíaca de 80 lpm, QRS de 80 ms, eje de +45°, sin alteraciones del segmento ST ni trastornos de la conducción auriculoventricular. La tomografía de tórax congestivo + derrame pleural bilateral, a predominio derecho. Angiotac de tórax descarta Tep. Ecocardiograma Doppler ventrículo izquierdo levemente dilatado (DDVI 56 mm), con deterioro severo de la función sistólica (fracción de eyección del 27%) e Hipoquinesia difusa. Válvula mitral: estructuralmente normal, se observa insuficiencia mitral de grado moderado, atribuible a dilatación del anillo. Con estos hallazgos, y descartando complicaciones propias del puerperio se asume cuadro clínico de cuadro como insuficiencia cardíaca con disfunción sistólica severa en el contexto de puerperio. Se instauró tratamiento médico dirigido para balance hídrico negativo, con adecuada respuesta clínica. Luego de cuatro días de internación, la paciente presentó mejoría sintomática, por lo que se decidió el alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio por el servicio de cardiología.

## ROTURA DE SENO DE VALSALVA ASOCIADA A COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR RESIDUAL EN PEDIATRÍA

Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA** · Unidad Temática 2: **ECOCARDIOGRAFÍA**

BASAVILBASO BERNATZKY, Valentina | OLIVETTI, María Eugenia | STELMASZEWSKI, Érica Victoria | DIEZ MORI, Fernando Andrés | MOURATIAN, Diana Mariela

► Hospital de Pediatría  
J P Garrahan



### INTRODUCCIÓN

La rotura del seno de Valsalva es una entidad poco frecuente, definida por la comunicación anómala entre un seno aórtico y una cavidad cardíaca, generalmente derecha. En la mayoría de los casos es de origen congénito y se asocia a otras cardiopatías, especialmente la comunicación interventricular (CIV). Genera un cortocircuito continuo desde la aorta hacia la cavidad receptora, de magnitud variable según el tamaño del defecto. Puede presentarse con signos de sobrecarga de volumen y falla cardíaca, aunque no es infrecuente su hallazgo en pacientes asintomáticos. Su evolución natural implica riesgo de aumento del shunt, deterioro hemodinámico, insuficiencia aórtica y endocarditis.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 7 años, con antecedente de corrección quirúrgica de CIV subarterial a los 8 meses de vida, que concurre a control. Se encontraba asintomática, en clase funcional I.

Al examen físico se auscultó un soplo sistólico-diastólico de baja intensidad en mesocardio. El ecocardiograma Doppler inicial sugirió la presencia de una CIV residual y sospecha de rotura de seno de Valsalva. Para la caracterización anatómica, se completó la evaluación mediante ecocardiografía transesofágica (ETE), tomografía computarizada (TC), confirmando la comunicación entre el seno de Valsalva coronario derecho y ambos ventrículos, asociada al defecto septal. A pesar de la estabilidad clínica y la ausencia de dilatación de cavidades, se decidió conducta quirúrgica. Se realizó el cierre quirúrgico de la rotura del seno de Valsalva con prolene y de la CIV residual con parche de pericardio, con buena evolución y sin complicaciones en el postoperatorio inmediato. Conclusiones: Este caso subraya la importancia del seguimiento estricto post-cierre de CIV y el rol fundamental de las imágenes multimodales (TC/RM) en el diagnóstico de patologías poco frecuentes. La intervención precoz en la rotura de seno de Valsalva, incluso en ausencia de síntomas, es una estrategia válida para prevenir complicaciones graves a largo plazo.

## COR TRIARIATUM SINISTRUM: DOS CASOS, DOS ANATOMÍAS, UN MISMO DESAFÍO DIAGNÓSTICO

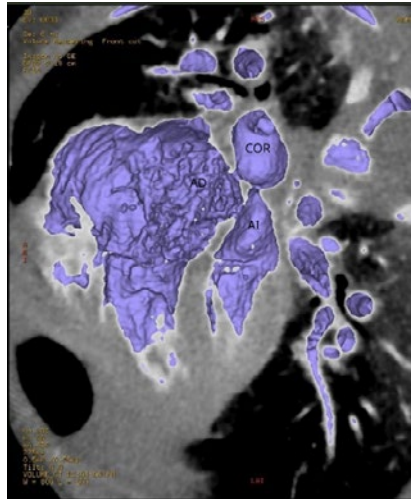
Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA** · Unidad Temática 2: **MULTI-IMAGEN**

VITAVER, Alan | ROLDÁN, Gisela N. | SEPULVEDA, Sandra | DIEZ MORI, Fernando Andrés | PIBERNUS, José Luis

► Hospital de Pediatría  
J P Garrahan

### INTRODUCCIÓN

El cor triatriatum sinistrum es una cardiopatía congénita muy infrecuente, caracterizada por una membrana fibromuscular que divide la aurícula izquierda en dos cámaras, una proximal que recibe el drenaje venoso pulmonar y una distal que contiene la válvula mitral y la orejuela. Las manifestaciones clínicas dependen del grado de obstrucción al retorno venoso pulmonar y de las anomalías asociadas. En lactantes puede manifestarse con hipertensión pulmonar severa, insuficiencia cardíaca y dificultad respiratoria, simulando otras formas de obstrucción al retorno venoso pulmonar. La ecocardiografía Doppler color constituye el método diagnóstico inicial, mientras que la tomografía cardíaca permite definir con mayor precisión la anatomía de la membrana, sus comunicaciones, el drenaje venoso pulmonar y las lesiones asociadas, aportando información clave para la estrategia quirúrgica. Presentamos dos lactantes con cor triatriatum sinistrum y anatomías diferentes, en quienes el abordaje multimágenes fue determinante para el diagnóstico y tratamiento.



### DESCRIPCIÓN

Se presentan dos lactantes con cor triatriatum sinistrum y anatomías complejas. El primero, de 2 meses, ingresó con clínica de shock cardiogénico e hipertensión pulmonar sistémica. El ecocardiograma mostró las venas pulmonares drenando a una cámara posterior a la aurícula izquierda, con una comunicación obstructiva hacia la cámara anterior con gradiente medio de 18 mmHg y otra comunicación tipo CIA seno venoso superior hacia la aurícula derecha, asociando además una comunicación interauricular tipo ostium secundum. La angiotomografía confirmó anomalía parcial del retorno venoso pulmonar de la vena pulmonar superior derecha a vena cava superior y un cor triatriatum con tres bocas, dos hacia aurícula derecha (CIA seno venoso + CIA OS con lámina con pasaje a través de los dos extremos, uno en relación a la cámara de alta presión de I a D y otro en relación a la cámara de baja presión de D a I) y una hacia aurícula izquierda. Se realizó resección completa de la membrana y septación auricular,

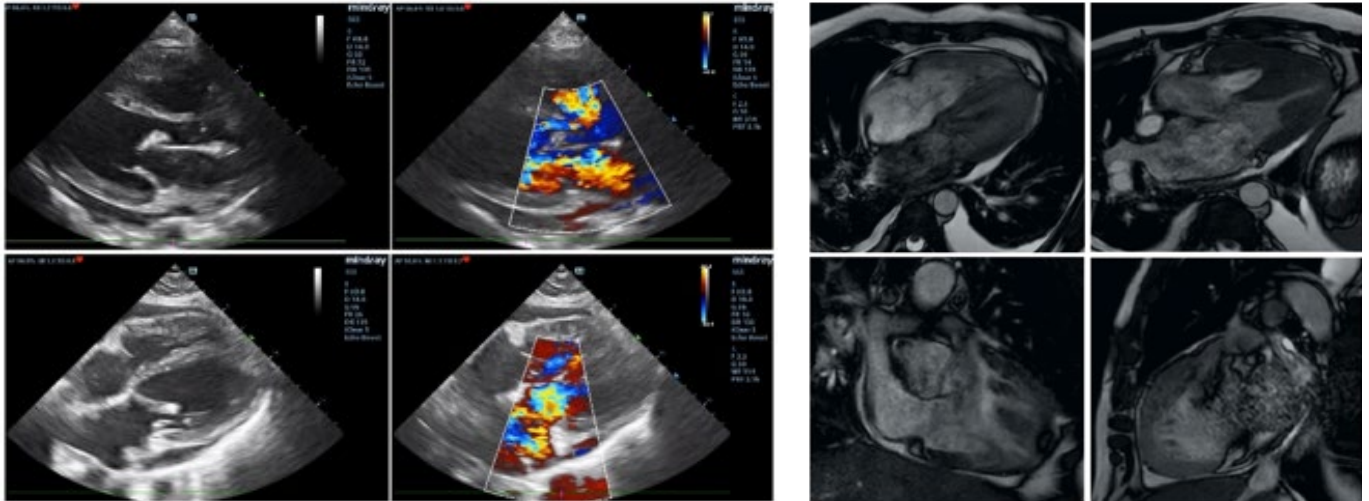
con buena evolución, sin gradiente residual y con normalización de la presión pulmonar. El segundo caso, de 1 mes, fue derivado con diagnóstico presuntivo de anomalía total del retorno venoso pulmonar, en ARM sin requerimiento de inotrópicos. El ecocardiograma evidenció conexión de tres venas pulmonares derechas y de una vena pulmonar izquierda inferior a un cor triatriatum sin comunicación con la aurícula derecha y con un pasaje obstructivo a la aurícula izquierda, con descompresión a través de una vena vertical hacia vena innominada, presentando estrechamiento del colector venoso, hipertensión pulmonar suprasistémica, cavidades derechas dilatadas y un ventrículo izquierdo pequeño por interdependencia. La angiotomografía confirmó esta anatomía inusual, delimitó el colector retroauricular y su descompresión por vena vertical hacia vena innominada y vena cava superior, mostró que en dicho colector drenaban además dos venas pulmonares izquierdas e identificó el sitio obstructivo en su trayecto ascendente, aportando información clave para la estrategia quirúrgica. La cirugía consistió en resección de la membrana del cor, resección de parte del SIA, amplia comunicación de las venas pulmonares con la aurícula izquierda, septación auricular y ligadura de la vena vertical. El paciente presentó buena evolución postquirúrgica. Podemos concluir que ambos casos demuestran el valor del abordaje multimágenes en el cor triatriatum para reconocer variantes anatómicas infrecuentes, comprender el mecanismo de obstrucción al retorno venoso pulmonar y definir la estrategia quirúrgica.

## ENDOCARDITIS MITRAL POR NEISSERIA SICCA EN ADULTO CON TETRALOGÍA DE FALLOT NO CORREGIDA: EVALUACIÓN POR IMÁGENES MULTIMODALES

Unidad Temática: **CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO** · Unidad Temática 2: **MULTI-IMAGEN**

LABORATTO, Loreley Eugenia | GONDA, María Fernanda | RANCATI, Julieta Anahí |  
BALLETTI, Lorena Romina | COLLA, Carlos Julián

► Hospital De Agudos  
Dr. Cosme Argerich



### INTRODUCCIÓN

Los avances en el diagnóstico prenatal y neonatal, así como en las técnicas de cirugía cardíaca congénita, han reducido significativamente la prevalencia de Tetralogía de Fallot no corregida en la edad adulta. Se estima que sólo alrededor del 5 % de estos pacientes alcanza una expectativa de vida igual o mayor a 40 años. La endocarditis infecciosa puede presentarse en pacientes con esta cardiopatía congénita, independientemente de si han recibido corrección quirúrgica, y habitualmente compromete estructuras del corazón derecho. En este contexto, la endocarditis mitral por *Neisseria sicca* constituye una presentación excepcional.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de sexo masculino de 29 años de edad con antecedentes de Tetralogía de Fallot no corregida, cursó internación en Unidad Coronaria por endocarditis infecciosa de válvula mitral nativa por *Neisseria sicca*, que complicó con insuficiencia mitral aguda severa y fenómenos embólicos sépticos sistémicos a nivel cerebral, esplénico, renal y con embolización arterial en miembro superior izquierdo. El ecocardiograma transtorácico evidenció comunicación interventricular subaórtica amplia con cabalgamiento de la raíz aórtica y shunt bidireccional, hipertrofia ventricular derecha con función sistólica conservada y estenosis pulmonar severa. Asimismo, se observó insuficiencia mitral severa asociada a imagen ecogénica móvil de 17 mm adherida a la valva anterior mitral compatible con vegetación, con jet regurgitante excéntrico y flujo reverso en venas pulmonares. Se completó estudio con resonancia magnética cardíaca que confirmó los hallazgos previamente mencionados y estimó una relación QP/QS de 0,8. Posteriormente, evolucionó con shock séptico y cardiogénico refractario a soporte vasopresor e inotrópico, con desenlace fatal.

## OBSTRUCCIÓN MULTINIVEL DEL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN EL SÍNDROME DE WILLIAMS: EVALUACIÓN POR ECOCARDIOGRAFÍA TRIDIMENSIONAL

Unidad Temática: **CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO** · U.T. 2: **ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA**

LABORATTO, Loreley Eugenia | GONDA, María Fernanda | BALLETTI, Lorena Romina  
| BECK, Martín Alejandro | LAX, Jorge Alberto

► Hospital De Agudos  
Dr. Cosme Argerich



### INTRODUCCIÓN

El síndrome de Williams-Beuren es un trastorno genético multisistémico causado por una microdelección en la región 7q11.23 del cromosoma 7, que incluye el gen de la elastina. La haploinsuficiencia de esta proteína da lugar a una arteriopatía difusa caracterizada por estenosis arteriales de distintos territorios. Las anomalías cardiovasculares se presentan en hasta el 80 % de los pacientes, siendo la estenosis supravalvular aórtica y la estenosis de las arterias pulmonares las manifestaciones más frecuentes. Estas alteraciones constituyen la principal causa de morbimortalidad y se asocian a un mayor riesgo de isquemia miocárdica, arritmias y muerte súbita.

### DESCRIPCIÓN

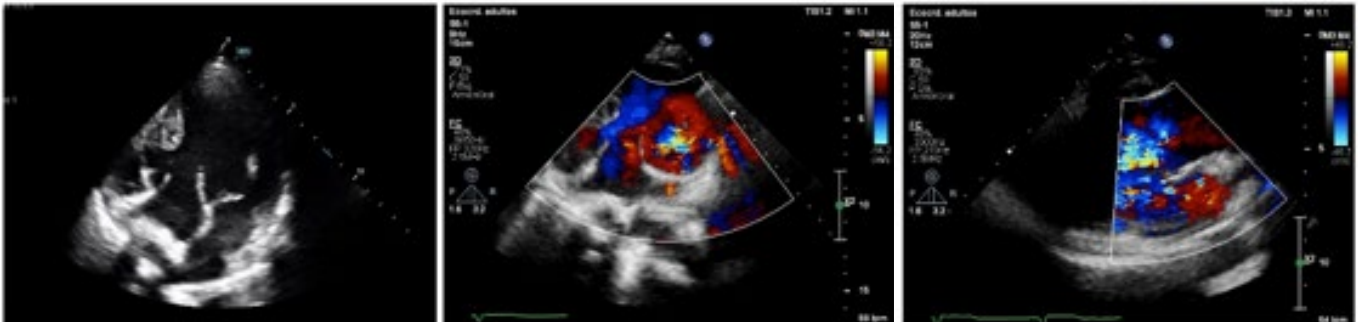
Paciente de sexo femenino de 41 años de edad, con antecedentes de síndrome de Williams, con corrección quirúrgica en la infancia por estenosis aórtica supravalvular y estenosis pulmonar valvular. El ecocardiograma transtorácico evidenció ventrículo izquierdo moderadamente dilatado con hipertrofia excéntrica y función sistólica preservada, asociado a dilatación severa de aurícula izquierda. Se identificaron membranas sub- y supravalvular, cada una ubicada a 8 mm del plano valvular aórtico, junto con válvula aórtica trivalva engrosada y con apertura restringida. El Doppler color evidenció aceleración significativa del flujo en niveles subvalvular, valvular y supravalvular, con gradientes máximo y medio de 105 y 63 mmHg, compatibles con estenosis severa. Se constató además insuficiencia aórtica severa con flujo reverso holodiastólico en aorta abdominal distal. La ecocardiografía transesofágica tridimensional permitió caracterizar con mayor precisión ambas membranas, confirmando la presencia de obstrucción multinivel del tracto de salida del ventrículo izquierdo.

## DISFUNCIÓN DE LA CIRCULACIÓN DE FONTAN: DE LA OCLUSIÓN DEL GLENN A LA ENFERMEDAD LINFÁTICA AVANZADA

Unidad Temática: **CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO**

LABORATTO, Loreley Eugenia | RANCATI, Julieta Anahí | GONDA, María Fernanda |  
BALLETTI, Lorena Romina | NAPOLI LLOBERA, Mariano Ezequiel

► Hospital De Agudos  
Dr. Cosme Argerich

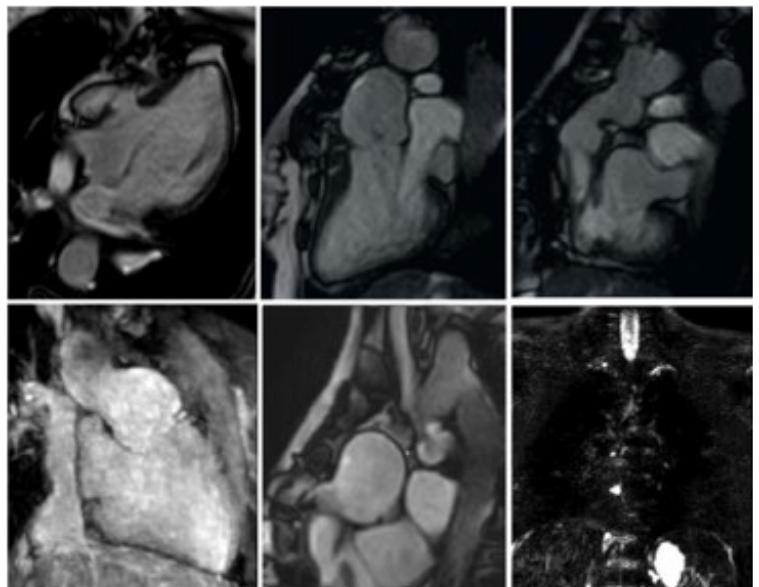


### INTRODUCCIÓN

La circulación de Fontan representa la etapa final de la paliación en pacientes con fisiología univentricular y se basa en la derivación pasiva del retorno venoso sistémico hacia el lecho pulmonar en ausencia de un ventrículo subpulmonar. Este modelo hemodinámico permite una sobrevida prolongada, aunque se encuentra condicionado por un delicado equilibrio entre la presión venosa central, la resistencia vascular pulmonar y la función ventricular, dentro de un sistema intrínsecamente caracterizado por la limitación del gasto cardíaco. La alteración de cualquiera de estos componentes, junto con la presencia de obstrucciones en el circuito cavopulmonar o el desarrollo de circulación colateral, puede conducir a un deterioro progresivo de la eficiencia del sistema. En este contexto, la congestión venosa crónica y el aumento sostenido de presiones favorecen el compromiso del sistema linfático, cuya afectación se reconoce actualmente como un factor clave en la evolución hacia la falla de Fontan. Las técnicas avanzadas de imágenes, en particular la resonancia magnética cardiovascular, permiten una evaluación integral y no invasiva del circuito, esencial para la detección de complicaciones y la toma de decisiones terapéuticas.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de sexo femenino de 24 años de edad, con antecedentes de doble entrada de ventrículo izquierdo, que requirió cirugía de cerclaje pulmonar en el período neonatal, Glenn bidireccional y Damus-Kaye-Stansel a los 5 meses de vida y, posteriormente, cirugía de Fontan con tubo extracardiaco fenestrado a los 2 años de edad. La resonancia magnética cardíaca evidenció oclusión del Glenn derecho y permeabilidad del Glenn izquierdo con imagen sugestiva de trombosis en su confluencia con la arteria



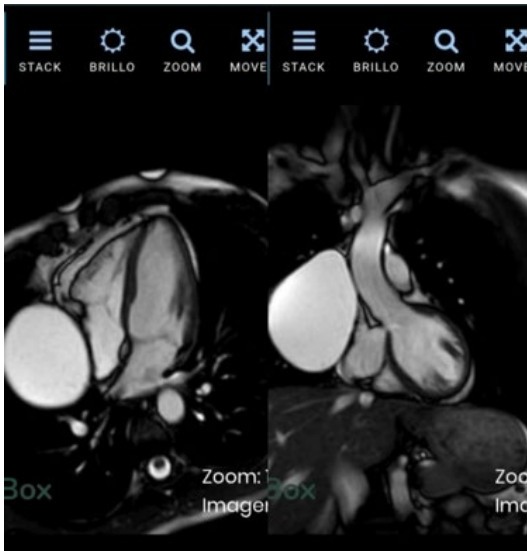
pulmonar izquierda; conducto extracardiaco con discreta estenosis proximal; desarrollo de circulación colateral venosa hacia el sistema ácidos/hemiácidos, representando aproximadamente el 20 % del flujo; compromiso linfático avanzado (clasificación Biko-Dori tipo 3), con proliferación de canales linfáticos mediastinales; función sistólica del ventrículo único levemente reducida (fracción de eyección: 47 %) y dilatación severa de la neo-aorta con insuficiencia valvular moderada a severa. Actualmente, la paciente presenta restricción de la capacidad funcional, evidenciada en la prueba de ejercicio cardiopulmonar, la cual resultó patológica, con finalización precoz por agotamiento a los 300 kgm, respuesta cronotrópica inadecuada al esfuerzo y disminución del consumo máximo de oxígeno (VO<sub>2</sub> pico) y del pulso de oxígeno, hallazgos compatibles con limitación del gasto cardíaco en el contexto de circulación de Fontan disfuncionante. Se encuentra en seguimiento multidisciplinario estrecho, en plan de eventual reemplazo de la neo-aorta.

## QUISTE TÍMICO GIGANTE EN UNA PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN · Unidad Temática 2: CARDIO-ONCOLOGÍA

ALONSO, Valentina Maria<sup>1</sup> | SÁNCHEZ, Francisco Javier<sup>2</sup>

► Halsá-Centro Medico Cervantes<sup>1</sup>;  
Clínica De Cuyo<sup>2</sup>



### INTRODUCCIÓN

Los quistes tímicos son lesiones congénitas infrecuentes, habitualmente localizadas en el mediastino anterior. Su localización intrapericárdica es excepcional, y puede plantear desafíos diagnósticos, especialmente en pacientes oncológicos, en quienes la presencia de masas paracardíacas obliga a descartar compromiso metastásico.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de 45 años que consulta para evaluación prequirúrgica en el contexto de cuadrantectomía por cáncer de mama derecha, receptor hormonal positivo, HER2 negativo. Antecedente de extabaquismo, sin otros factores de riesgo cardiovascular. El electrocardiograma evidenció ritmo sinusal con bloqueo incompleto de rama derecha, sin otras alteraciones. El examen físico no presentó hallazgos relevantes. En el ecocardiograma Doppler color (03/2024) se observó función sistólica ventricular izquierda conservada, identificándose una imagen redondeada de probable origen extracardiaco, adyacente a cavidades derechas. La radiografía de tórax mostró una masa paracardíaca derecha, sin cardiomegalia ni signos de congestión pulmonar. Se realizó res-

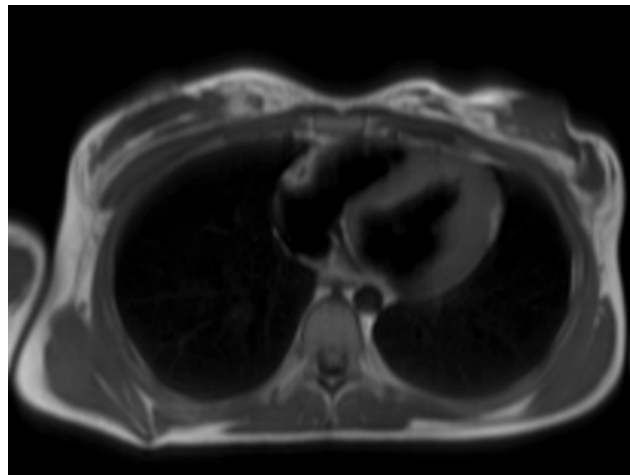
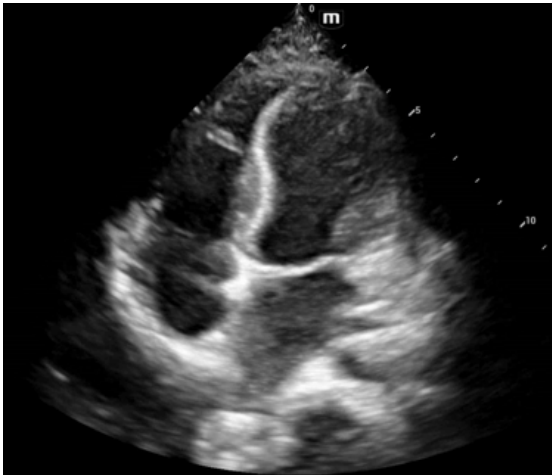
onancia magnética cardíaca, que evidenció una estructura paracardíaca de aproximadamente 9 × 7 cm, con características compatibles con quiste pericárdico. Se constató función biventricular conservada, sin evidencia de fibrosis miocárdica (mapping T1 en límites superiores) ni edema o inflamación activa (mapping T2), y sin realce tardío focal. En julio de 2024 se realizó esternotomía mediana con resección completa de la lesión sin circulación extracorpórea. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de quiste tímico. Discusión: La identificación de masas pericárdicas en pacientes con cáncer de mama representa un desafío diagnóstico, siendo fundamental diferenciar lesiones benignas de compromiso metastásico. La resonancia magnética cardíaca cumple un rol clave en la caracterización tisular, permitiendo orientar el diagnóstico hacia lesiones quísticas benignas. Sin embargo, en casos de incertidumbre diagnóstica o lesiones de gran tamaño, la resección quirúrgica continúa siendo el estándar para confirmación y tratamiento. Conclusión: El quiste tímico es una entidad extremadamente infrecuente que debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de masas paracardíacas, incluso en pacientes oncológicos. Su reconocimiento adecuado mediante técnicas de imagen avanzadas permite evitar diagnósticos erróneos y optimizar la toma de decisiones terapéuticas.

## UN CASO DE CORAZÓN "AHORCADO" - SÍNDROME DE TAKOTSUBO EN EDAD PEDIÁTRICA

Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA** · Unidad Temática 2: **MIOCARDIOPATÍAS**

FRIAS, Julieta | RUIZ GUIÑAZÚ, Francisco María

► Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "D. V. Tetamanti" (Hiemi)



### INTRODUCCIÓN

La miocardiopatía aguda por estrés o síndrome de Takotsubo es una entidad caracterizada por disfunción ventricular izquierda severa y transitoria, asociada a alteraciones segmentarias de la motilidad que exceden la distribución de un territorio coronario, en ausencia de enfermedad coronaria obstructiva. Afecta predominantemente a mujeres postmenopáusicas, generalmente en el contexto de estrés emocional intenso. En la población pediátrica es infrecuente, aunque en los últimos años se han incrementado los casos reportados, sobre todo en adolescentes y adultos jóvenes. En este grupo etario suele asociarse con mayor severidad clínica y con desencadenantes tanto emocionales como físicos, incluyendo enfermedades sistémicas graves y trastornos neurológicos o psiquiátricos. La evolución es habitualmente favorable, con recuperación completa de la función ventricular en días a semanas, y baja mortalidad intrahospitalaria. No obstante, representa un desafío diagnóstico, ya que frecuentemente simula síndromes coronarios agudos u otras causas de disfunción ventricular. El diagnóstico se basa en la integración de hallazgos clínicos, bioquímicos (elevación moderada de troponinas y NT-proBNP), electrocardiográficos e imagenológicos. La evaluación multimodal por imágenes es fundamental. El ecocardiograma doppler color es de gran utilidad como valoración inicial, permitiendo identificar alteraciones características de la motilidad parietal, siendo el patrón más frecuente el balonamiento apical con aquinesia o disquinesia de segmentos apicales y medio-ventriculares, e hiperquinesia basal. Existen variantes morfológicas menos frecuentes, como las formas medio-ventricular, basal (invertida) y focal. Debe descartarse enfermedad coronaria mediante angiografía coronaria o angiotomografía. La resonancia magnética cardíaca representa el gold standard para la caracterización tisular miocárdica y el diagnóstico diferencial con otras miocardiopatías, evidenciando

edema miocárdico transmural, típicamente sin realce tardío con gadolinio, lo que permite diferenciarla de la afectación miocárdica de origen isquémico.

### DESCRIPCIÓN

Se presenta el caso de una paciente femenina de 14 años de edad, sin antecedentes de relevancia, que ingresa en terapia intensiva pediátrica tras intento de suicidio por ahorcamiento. Requiere ventilación mecánica y soporte con inotrópicos. En la valoración inicial con ecocardiograma doppler color destaca la disfunción ventricular izquierda severa con FEY 30%. Resulta llamativa la afectación miocárdica aislada con elevación de troponinas, NT proBNP y trastorno de la repolarización en el ECG, sin afectación de otros sistemas y tras descartar lesión hipóxico isquémica con TC de cerebro normal. Como hallazgo, la paciente presenta diagnóstico COVID + durante su internación. Se realiza revisión de ecocardiogramas secuenciales en los que se detecta evolución de hiperquinesia basal con disquinesia medioventricular e hipertrofia concéntrica de VI. Se solicita resonancia magnética cardíaca en la cual se evidencia hiperintensidad en secuencia STIR a predominio de segmentos medios (septales, inferiores, laterales y anteriores) sin realce tardío con Gadolinio, altamente sugestivo de miocardiopatía de Takotsubo. A los 7 días de su ingreso presenta función de ventrículo izquierdo normalizada. Inicia tratamiento de soporte con Enalapril y Carvedilol según recomendaciones para la población adulta. Al seguimiento, 4 meses posteriores a su hospitalización, la paciente permanece asintomática con persistencia de trastorno de la repolarización en ECG. Dada su baja incidencia en edad pediátrica y su presentación potencialmente grave, el reconocimiento precoz de sus hallazgos imagenológicos resulta clave para un diagnóstico oportuno y manejo adecuado.

## AL BORDE DEL COLAPSO: RECUPERACIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO TRAS TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO

Unidad Temática: **ECOCARDIOGRAFÍA**

CUZCO MACIAS, Ashley Carolina | BATASTINI, Sofía | DELPIANI, Micaela | OYOLA CABRERA, Luis Enrique | RODRIGUEZ ALEMPARTE, Máximo Alberto

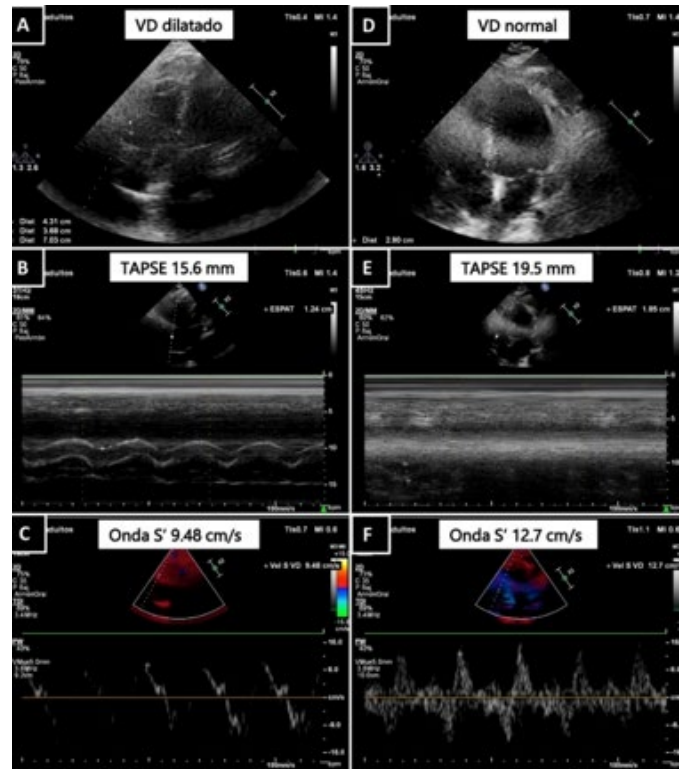
► Hospital General de Agudos Juan A. Fernández

### INTRODUCCIÓN

La tromboembolia pulmonar aguda (TEP) representa el tercer síndrome cardiovascular agudo más frecuente, después del infarto de miocardio y el ictus. El TEP de alto riesgo se caracteriza por inestabilidad hemodinámica y abarca manifestaciones clínicas como paro cardíaco, shock obstructivo e hipotensión persistente. La sobrecarga y disfunción del ventrículo derecho constituyen determinantes pronósticos clave, asociándose con una mortalidad que puede alcanzar el 65% en pacientes hemodinámicamente inestables. El manejo de estos pacientes incluye estrategias de reperfusión, como la trombólisis sistémica, las terapias dirigidas por catéter y la embolectomía quirúrgica, cuya elección depende de la gravedad clínica y las características individuales del paciente.

### DESCRIPCIÓN

Se presenta el caso de una paciente femenina de 49 años de edad con antecedente de sobrepeso y de viaje prolongado reciente, quien fue derivada de otra institución por cuadro de disnea súbita asociado a deterioro del sensorio; la cual evolucionó con un paro cardiorespiratorio con retorno a la circulación espontánea tras 5 minutos de reanimación y posterior requerimiento de sostén vasopresor, inotrópico y asistencia respiratoria mecánica. Posteriormente se realizó angiotomografía de tórax que evidenció defecto de relleno endoluminales en arterias pulmonares derecha e izquierda con extensión a ramas lobares superior, media e inferior y ramas segmentarias, interpretándose como TEP de alto riesgo, por lo cual, se realizó tratamiento fibrinolítico con estreptoquinasa, dada su evolución tórpida se derivó a nuestro centro para eventual trombolectomía mecánica. A su ingreso a Unidad Coronaria se realizó un ecocardiograma transtorácico que evidenció un ventrículo derecho de dimensiones aumentadas, con diámetro longitudinal de 70 mm, basal de 43 mm y medio de 37 mm, septum paradójal. La función sistólica del ventrículo derecho se encontraba disminuida, con una excursión sistólica del anillo tricuspídeo (TAPSE) de 15,6 mm y una velocidad sistólica del anillo tricuspídeo (onda S' por Doppler tisular) de 9,48 cm/s. Para una mejor valoración hemodinámica, se colocó catéter de Swan Ganz que evidenció un perfil hemodinámico compatible con hipovolemia, por lo cual se inició tratamiento con fluidoterapia con buena respuesta terapéutica, llegando al destete de vasoactivos. En un control posterior se realizó un nuevo ecocardiograma transtorácico, en el cual se observó normalización de las dimensiones del ventrículo derecho, con diámetro basal de 29 mm. Asimismo, se evidenció mejoría de la función sistólica del ventrículo derecho, con incremento



del TAPSE a 19,5 mm y de la velocidad sistólica del anillo tricuspídeo a 12,7 cm/s (Figura 1). Dada la evolución clínica favorable, se otorgó el alta hospitalaria, tras la transición a anticoagulación oral con apixabán 5 mg cada 12 horas. El presente caso evidencia una respuesta favorable al tratamiento fibrinolítico, con recuperación de la función sistólica del ventrículo derecho. Además, resalta el valor del ecocardiograma como herramienta accesible, reproducible y de alto impacto clínico, que puede guiar la toma de decisiones y eventualmente evitar intervenciones más invasivas. Figura 1. Ecocardiograma transtorácico: Vista 4 cámaras apical. 16/01/2026: A. Medición de diámetros del ventrículo derecho (VD): diámetro longitudinal de 70 mm, diámetro basal de 43 mm y diámetro medio de 37 mm. B. Medición de la excursión sistólica del plano del anillo tricuspídeo (TAPSE): 15,6 mm. C. Doppler tisular del anillo tricuspídeo lateral, evidenciando la velocidad sistólica (onda S') del VD de 9,48 cm/s. 26/02/2026: D. Medición de diámetros del ventrículo derecho: diámetro basal de 29 mm. E. Medición de la excursión sistólica del plano del anillo tricuspídeo (TAPSE): 19,5 mm. F. Doppler tisular del anillo tricuspídeo lateral, evidenciando la velocidad sistólica (onda S') del VD de 12,7 cm/s.

## CUANDO LA ANATOMÍA DECIDE: ESTRATEGIA GUIADA POR IMAGEN EN CIA CON BORDES DESFAVORABLES

Unidad Temática: **CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO** · U.T. 2: **ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA**

NOVIELLI, Diego | OLMEDO, Pablo | PAVLOVSKY, Hernán | SPALA, José Alberto | ZABALO, Jeremías Augusto

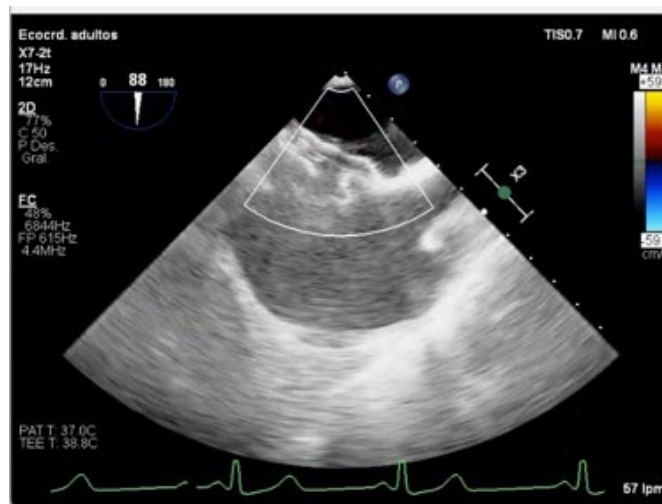
► Hospital Cuenca  
Alta Cañuelas

### INTRODUCCIÓN

La comunicación interauricular tipo ostium secundum constituye la forma más frecuente de defecto del septum interauricular. La indicación y estrategia de cierre dependen no solo de la magnitud del cortocircuito, sino también de las características anatómicas del defecto, siendo la imagen cardiovascular multimodal una herramienta clave en la toma de decisiones.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 52 años con antecedente de accidente isquémico transitorio en 2022, en estudio etiológico sin hallazgos en neuroimágenes, monitoreo electrocardiográfico ni Doppler de vasos de cuello. El ecocardiograma transtorácico evidenció cavidades derechas levemente dilatadas y aneurisma del septum interauricular con flujo compatible con comunicación interauricular. El ecocardiograma transesofágico confirmó defecto tipo ostium secundum de 10 x 15 mm, con cortocircuito izquierda-derecha (Qp/Qs 1.8:1), asociado a aneurisma septal, borde aórtico reducido y borde posterior laxo. El estudio hemodinámico mostró presiones pulmonares normales y coronarias sin lesiones significativas. Dada la anatomía desafiante del defecto, se realizó discusión por Heart Team, decidiéndose cierre percutáneo. Durante el procedimiento, la evaluación con balón de sizing confirmó defecto de 16 mm, lográndose cierre exitoso con dispositivo ocluidor, guiado por ecocardiografía transesofágica, sin complicaciones. La evolución clínica fue favorable, con alta precoz y sin eventos adversos.

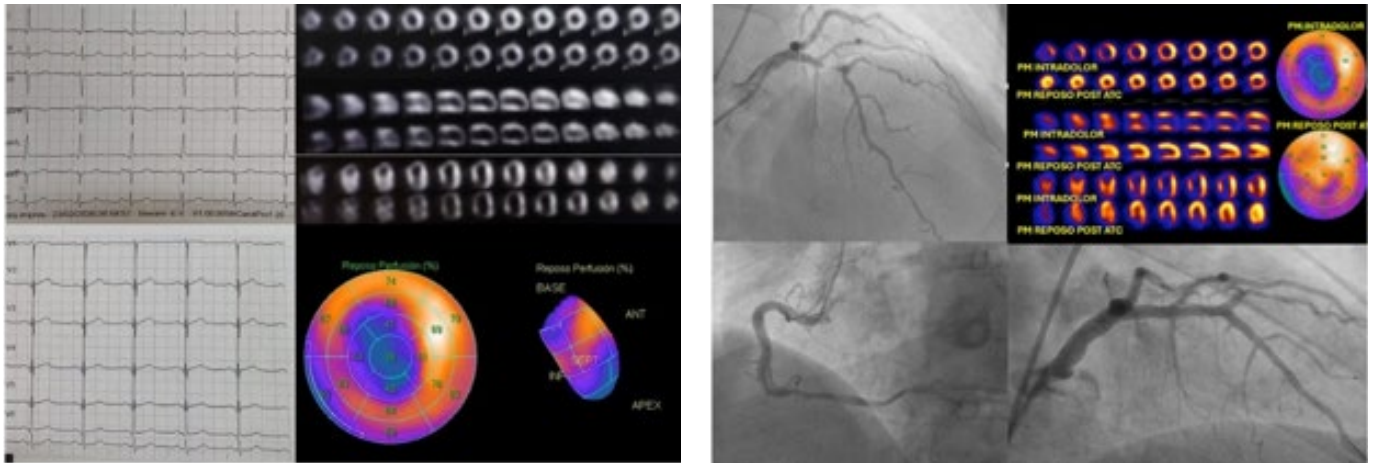


## UNIDAD DE DOLOR PRECORDIAL: UTILIDAD DE LA PERFUSIÓN MIOCÁRDICA GATED SPECT

Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA NUCLEAR** · Unidad Temática 2: **CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**

ROJAS VALERA, Rafael Bernardo | HERRERO, Jessica Anahí |  
MACIEL, Neiva | CASUSCELLI, Jorge Francisco | TRAVERSO, Sonia

► Hospital De Agudos  
Dr. Cosme Argerich



### INTRODUCCIÓN

La valoración del dolor precordial en guardia representa un desafío clínico, debiendo ser la estratificación del riesgo en estos casos rápida y precisa; en este contexto la prueba de perfusión miocárdica GATED SPECT (PMGS) realizada en reposo "intradolor" constituye una herramienta de alto valor clínico, ya que permite detectar alteraciones en la perfusión miocárdica en el momento de expresión de los síntomas, favoreciendo la detección precoz de eventos isquémicos, especialmente en pacientes con electrocardiograma (ECG) y biomarcadores no concluyentes.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 85 años, con FRCV: obesidad y sedentarismo. Consulta con su médico por cuadro de aproximadamente 4 horas de evolución caracterizado por dolor precordial tipo puntada prolongado, intermitente, en CF IV, no irradiado. Al momento de la consulta sintomático. Se realiza un ECG que presenta ritmo sinusal, sin alteraciones agudas ni secuenciales del ST-T. Se solicitan biomarcadores con un primer resultado en el límite superior del rango de normalidad, sin curva, por lo que no resulta concluyente. Se decide la realización de una PMGS en reposo intradolor, la cual evidencia defectos de perfusión en los territorios probables de las arterias DA y CD (SRS 19), con deterioro leve de la fracción

de eyección (FEY 51%). Se jerarquizan los hallazgos de la PMSG como probable isquemia por lo que se procede a la realización de cinecoronariografía (CCG), la misma informa lesión suboclusiva en el tercio medio de la arteria DA, y lesión severa en el ramo DP de la arteria CD, de fino calibre. Se realiza angioplastia exitosa de DA con un stent liberador de drogas. Ramo DP no revascularizable por vía endovascular. El paciente presenta una evolución favorable, con ecocardiograma de control post-revascularización que informa FEY preservada (65%), sin alteraciones de la motilidad, se realiza nueva PMGS en reposo que no evidencia defectos de perfusión, por lo que se puede interpretar que los defectos de perfusión de la PMGS intradolor eran compatibles con isquemia miocárdica. **CONCLUSIÓN** La realización de una prueba de PMGS intradolor no constituye una indicación rutinaria actualmente, sino una herramienta en escenarios seleccionados de dolor precordial con diagnóstico incierto. Posee una alta S y alto VPN, lo que contribuye a la toma de decisiones oportuna y adecuada en el manejo de estos pacientes, reduciendo las internaciones y estudios invasivos de manera innecesaria. La PMGS intradolor presenta limitaciones como su poca disponibilidad de acceso en los servicios de urgencias, y el no poder definir si los defectos de perfusión observados (sin comparar con el reposo) constituyen realmente isquemia o secuela de necrosis.

## MANEJO ENDOVASCULAR DE SÍNDROME AÓRTICO AGUDO MEDIANTE ENDOPRÓTESIS RAMIFICADA Y EVALUACIÓN MULTIMODAL DE COMPLICACIÓN NEUROLÓGICA

Unidad Temática: **MEDICINA VASCULAR** · Unidad Temática 2: **MULTI-IMAGEN**

SILVA VILLALBA, Juan Manuel | MESA BELLUCCI, Juan Pablo | QUIROGA ANGULO, Oriana Lía | MENDOZA RODRIGUEZ, Camila Sofía | TOSCANO, Francisco

► Complejo Medico Policial Churrucá Visca



### INTRODUCCIÓN

El síndrome aórtico agudo (SAA) representa uno de los desafíos más formidables en la medicina cardiovascular contemporánea. Históricamente, la clasificación de Stanford ha servido como piedra angular, pero resulta insuficiente para describir casos que involucran el arco pero respetan la aorta ascendente, conocidos como disección "Non-A Non-B". El tratamiento endovascular en la zona 2 de Ishimaru asume riesgos neurológicos, pero la aparición de endoprótesis ramificadas ha transformado este paradigma al preservar la patencia de los troncos supraaórticos. No obstante, la sofisticación técnica acarrea el riesgo de complicaciones embólicas. Se presenta un caso donde el enfoque multiimagen (Angio-TC, ecocardiografía y Resonancia Magnética) fue fundamental para la planificación terapéutica y el diagnóstico fisiopatológico.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 53 años con hipertensión arterial, tabaquismo y sobrepeso. Ingresó por dolor torácico de inicio súbito, intensidad 10/10, desgarrante e irradiado al dorso. A su ingreso se evidenció una emergencia hipertensiva (190/110 mmHg), sudoración, sin déficit neurológico ni clínica de malperfusión periférica inicial. La evaluación por multiimagen estratificó la gravedad. La Angio-TC (imagen 1) demostró disección aórtica tipo B con entrada en zona 3, extendiéndose hasta las arterias ilíacas comunes. Se evidenció perfusión del tronco celíaco y arteria renal derecha desde la luz

verdadera, pero la mesentérica superior y renal izquierda nacían de la luz falsa, implicando alto riesgo de isquemia visceral. Simultáneamente se observó un hematoma intramural (54 UH) retrógrado hacia el arco y aorta ascendente, configurando un cuadro "Non-A Non-B". El ecocardiograma transtorácico confirmó función ventricular conservada, aorta proximal de 4.49 cm y leve derrame pericárdico reaccional, descartando insuficiencia valvular. Ante la extensión retrógrada y la anatomía desafiante, se realizó reparación endovascular (TEVAR) con endoprótesis tipo Castor. El dispositivo se ancló en zona 2 cubriendo la arteria subclavia izquierda (ASI), mientras su rama lateral mantuvo el flujo hacia dicha arteria. La angiografía confirmó exclusión del desgarro, expansión de la luz verdadera y ausencia de endofugas A las 24 horas, la paciente desarrolló paresia braquio-cubital izquierda. La TC de encéfalo descartó hemorragia aguda. La Resonancia Magnética (RM) reveló lesiones hiperintensas (DWI/FLAIR) en región frontal derecha, hemisferio cerebeloso izquierdo y lóbulos frontales bilaterales. Este infarto isquémico multiterritorial confirmó un mecanismo embólico masivo por manipulación del arco aórtico friable. Tras manejo médico de soporte, la paciente evolucionó con recuperación motora progresiva y remodelación aórtica tomográfica favorable al egreso. rango de normalidad, sin curva, por lo que no resulta concluyente. Se decide la realización de una PMGS en reposo intradolor, la cual evidencia defectos de perfusión en los territorios probables de las arterias DA y CD (SRS 19), con deterioro leve de la fracción

# TROMBOSIS DE VÁLVULA MECÁNICA AÓRTICA CON DISFUNCIÓN SEVERA RESUELTA CON TROMBOLISIS A MITAD DE DOSIS: REPORTE DE CASO

Unidad Temática: **ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA** · Unidad Temática 2: **VALVULOPATÍAS**

URRUTIA, María Sofía | SCATULARO, Crithian Emmanuel |  
FERNÁNDEZ, Martín | GUAZZONE, Analía Laura | GRANCELLO, Hugo Omar

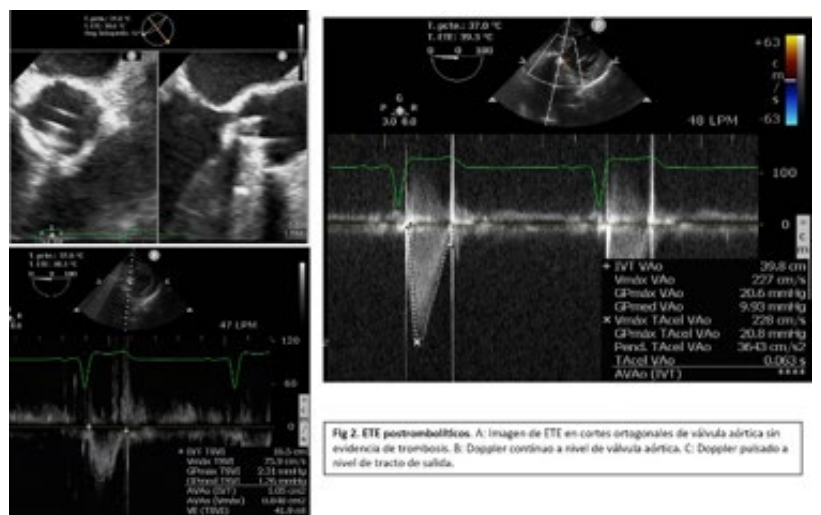
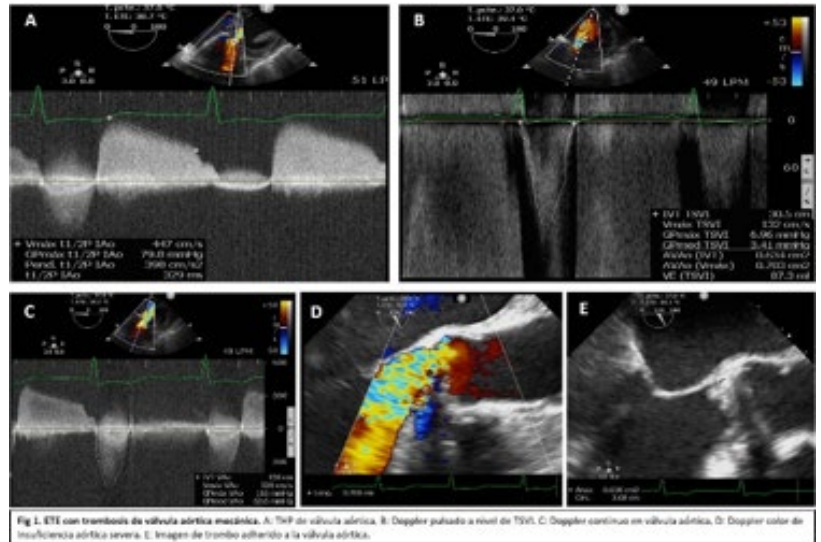
▶ Sanatorio de la  
Trinidad Palermo

## INTRODUCCIÓN

La trombosis de válvulas mecánicas es una complicación poco frecuente (0.3–1.3% por paciente por año) pero con elevada mortalidad. Su presentación clínica incluye disfunción valvular, insuficiencia cardíaca aguda y fenómenos embólicos. El diagnóstico se basa en la integración de ecocardiografía transtorácica y transesofágica, radioscopia y tomografía. El tratamiento incluye cirugía urgente o trombolisis, cuya elección depende del riesgo clínico. Este caso ilustra el rol determinante de la ecocardiografía en la detección y seguimiento de la trombosis valvular, y la utilidad de la trombolisis a dosis reducida en pacientes frágiles.

## DESCRIPCIÓN

Se reporta el caso de una paciente femenina de 82 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia e hipotiroidismo, con reemplazo valvular aórtico mecánico (St Jude #21) 16 años previos a la internación, por estenosis aórtica severa. Recibía anticoagulación crónica con acenocumarol, con controles ambulatorios de RIN lábiles. Ingresó por neumonía adquirida en la comunidad bilateral, asociada a insuficiencia cardíaca descompensada e insuficiencia renal aguda. Presentaba como otros hallazgos anemia leve. Durante la internación se estudió con un ecocardiograma transtorácico que mostró disfunción severa de la prótesis (gradiente pico 101 mmHg, gradiente medio 58 mmHg, área valvular 0.72 cm<sup>2</sup>; insuficiencia aórtica grave con flujo reverso holodiastólico). Función sistólica biventricular conservada. Patrón de relajación pseudonormal. PSAP 44 mmHg. En este contexto, dada la fragilidad de la paciente, se decidió en primera instancia estudiarse con radioscopia la cual mostró reducción de movilidad en un disco y ausencia en el otro. Así mismo se realizó la reconstrucción biplanar de una angiotomografía que se realizó durante su evaluación en guardia de emergencia para descartar TEP donde se evidenció una imagen hipointensa adherida al disco posterior de la prótesis. Por dichos hallazgos, ante la elevada sospecha de trombosis valvular, se continuó el estudio con ecocardiograma transesofágico el cual confirmó la presencia de material ecogénico que inmovilizaba el disco posterior y generaba movilidad reducida del anterior, ha-



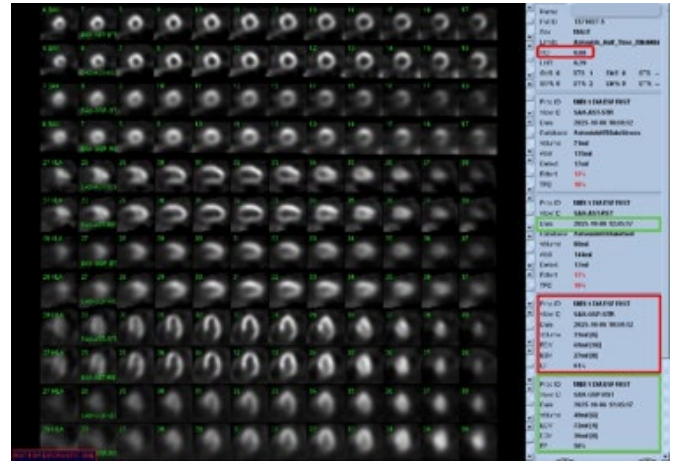
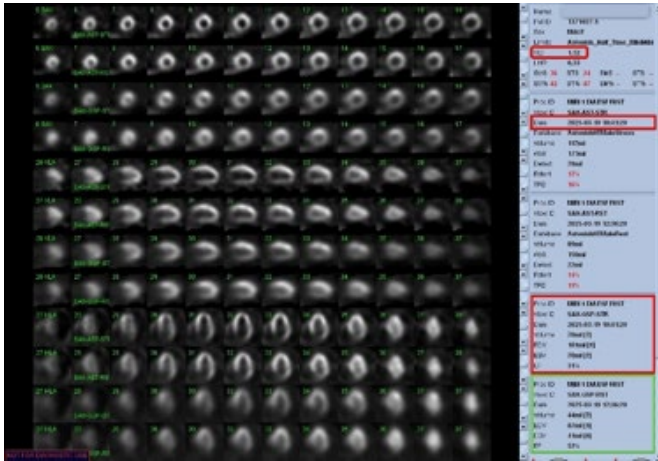
llazgos compatibles con trombosis protésica obstructiva. La paciente evolucionó con edema agudo de pulmón hipertensivo, con regular respuesta al tratamiento médico (NTG, VNI y diuréticos endovenosos). Por presentar elevada fragilidad para cirugía de urgencia, se decidió la indicación de trombolisis intravenosa con rTPA en dosis reducida (50 mg), con respuesta clínica favorable. Un control con ecocardiograma transesofágico posterior mostró disminución de los gradientes (37/19 mmHg), aumento del área valvular a 1.14 cm<sup>2</sup> y mejoría de la insuficiencia aórtica. La paciente evolucionó estable, sin complicaciones neurológicas ni sangrados.

## ENFERMEDAD CORONARIA OBSTRUCTIVA Y DISFUNCIÓN MICROVASCULAR: EVIDENCIA DE UN MECANISMO MIXTO MEDIANTE APREMIO FARMACOLÓGICO CON GATED-SPECT

Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA NUCLEAR** · Unidad Temática 2: **CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**

ROCELLA, Giuliana | MEZA, Camila Yazmin | LEWKOWICZ, Manuel |  
SOSA LIPRANDI, Álvaro | MERETTA, Alejandro

► Güemes



### INTRODUCCIÓN

La coexistencia de enfermedad coronaria obstructiva y disfunción microvascular puede generar respuestas isquémicas desproporcionadas respecto del grado de obstrucción epicárdica.

### DESCRIPCIÓN

Se presenta un hombre de 74 años con hipertensión arterial, diabetes tipo 2, dislipidemia, obesidad y antecedente de tabaquismo, que consultó por disnea progresiva en clase funcional II-III. Se encontraba en tratamiento con: metformina 2g/día, enalapril 20 mg/día, atorvastatina 10 mg/día y los parámetros de laboratorio fueron: glucemia: 122 mg/dl, HbA1c: 6.6%, CT 208, HDL 32, LDL 136, TG 202. El ECG mostró ritmo sinusal, bloqueo completo de rama derecha y hemibloqueo anterior izquierdo. El ecocardiograma evidenció fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) de 63% con hipocinesia septoapical y apical. Se realizó estudio de perfusión miocárdica con dipiridamol y gated-SPECT, que mostró isquemia inferior e inferolateral de 11%, dilatación transitoria del ventrículo izquierdo (TID 1,32), incremento de volúmenes ventriculares y caída de la FEVI de 52% a 31%, hallazgos compatibles

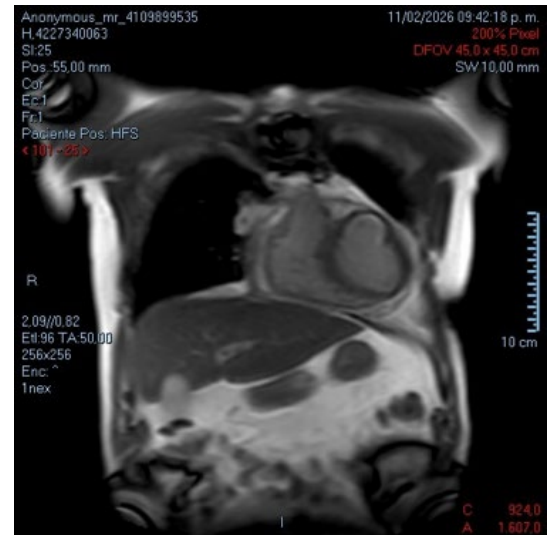
con estudio de alto riesgo. La cinecoronariografía reveló lesión severa (90%) del tercio distal de la coronaria derecha con calcificación difusa, además de enfermedad no obstructiva en tronco de coronaria izquierda y descendente anterior. Se realizó angioplastia exitosa con implante de dos stents liberadores de droga en la arteria posteroventricular. A los 6 meses, bajo tratamiento médico intensificado y control de factores de riesgo, el paciente presentó mejoría clínica, normalización de la motilidad segmentaria y un nuevo estudio de perfusión con esfuerzo sin defectos de perfusión ni alteraciones de la función ventricular (FEVI reposo 50% y esfuerzo 61%). Comentario: La marcada caída de la FEVI y la dilatación transitoria observadas durante el apremio farmacológico suelen asociarse a enfermedad obstructiva multivaso. Sin embargo, en este caso coexistían una única lesión obstructiva significativa y enfermedad coronaria difusa, lo que sugiere disfunción microvascular reversible como mecanismo adicional. La vasodilatación inducida por dipiridamol habría desenmascarado la combinación de pérdida de presión de perfusión por enfermedad epicárdica y alteración de la reserva microvascular.

## DEL INFARTO AL REMODELADO: ANEURISMA VENTRICULAR IZQUIERDO DIAGNOSTICADO TRAS REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA

Unidad Temática: **CARDIOPATÍA ISQUÉMICA** · Unidad Temática 2: **MULTI-IMAGEN**

BOBADILLA, Julio Leandro | SAUCEDO OJEDA, Agustina | RUIZ HOLGUIN, Marlon Alfonso  
| LITWAK, Nahuel | FIORI, Evelyn Anabella

► Güemes



### INTRODUCCIÓN

El aneurisma ventricular izquierdo es una complicación mecánica del infarto agudo de miocardio (IAM), secundaria a necrosis transmural y remodelado ventricular adverso, que se desarrolla en días a semanas posteriores al evento. Aunque su incidencia ha disminuido en la era de la reperfusión precoz, persiste en pacientes con IAM evolucionado o enfermedad coronaria extensa. La revascularización miocárdica mejora el pronóstico global, pero no modifica la evolución del miocardio necrótico, por lo que el aneurisma puede evidenciarse durante el seguimiento. Clínicamente, se asocia a disfunción ventricular, arritmias y riesgo tromboembólico. El diagnóstico se basa en métodos de imagen, siendo la resonancia magnética cardíaca el estudio de referencia para su caracterización y para la diferenciación con pseudoaneurisma. El tratamiento incluye terapia médica optimizada, anticoagulación en casos seleccionados y abordaje quirúrgico en situaciones específicas.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 59 años, con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial y sedentarismo), que ingresó por infarto agudo de miocardio inferior evolucionado. El ecocardiograma transtorácico inicial evidenció deterioro leve de la función sistólica del ventrículo izquierdo, con fracción de eyección del 42% y trastornos de la motilidad segmentaria en relación con

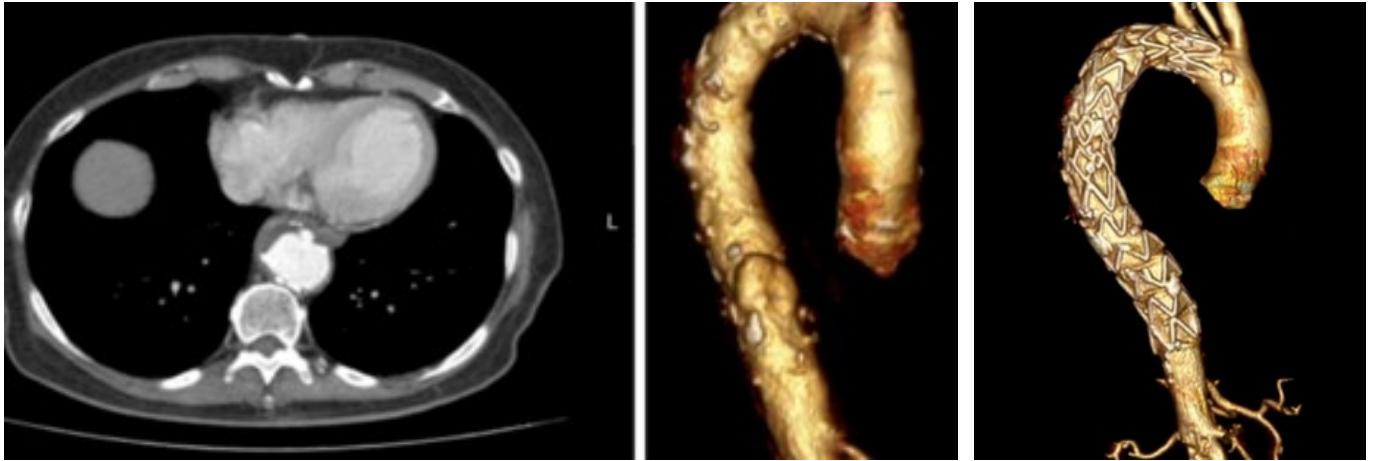
el territorio isquémico, sin valvulopatías significativas. La cinecoronariografía demostró enfermedad coronaria de múltiples vasos, por lo que se indicó revascularización quirúrgica. Se realizó cirugía de revascularización miocárdica con injerto de arteria mamaria interna izquierda a arteria descendente anterior y puentes venosos a arterias circunfleja y descendente posterior. En el postoperatorio inmediato presentó sangrado significativo que requirió reintervención quirúrgica para su control, evolucionando posteriormente en forma hemodinámicamente estable y sin requerimiento de soporte vasoactivo. Durante el seguimiento, un nuevo ecocardiograma transtorácico evidenció deterioro severo de la función sistólica ventricular izquierda, con extensos trastornos de la motilidad segmentaria, incluyendo áreas de aquinesia y discinesia de localización anteroseptal y apical, asociado a movimiento paradójico del septum interventricular y a la presencia de una imagen compatible con aneurisma ventricular izquierdo. Con el objetivo de una adecuada caracterización anatómica y tisular, se realizó resonancia magnética cardíaca, que confirmó la presencia de aneurisma ventricular izquierdo de localización anterior y anteroseptal, con adelgazamiento parietal, disquinesia y ausencia de signos de rotura contenida, descartándose pseudoaneurisma. En este contexto, y considerando el riesgo tromboembólico asociado, se inició anticoagulación con antagonistas de la vitamina K. El paciente evolucionó clínicamente estable, sin signos de insuficiencia cardíaca, permaneciendo en seguimiento por cardiología para optimización del tratamiento médico y control evolutivo.

## “CUANDO LA AORTA SIMULA”. SINDROME MEDULAR Y MIOCARDIOPATÍA POR ESTRÉS, COMO FORMAS DE PRESENTACIÓN DE SINDROME AÓRTICO AGUDO

Unidad Temática: VASCULAR · Unidad Temática 2: TOMOGRAFÍA COMPUTADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA

QUIROGA ANGULO, Oriana Lía | SILVA VILLALBA, Juan Manuel |  
MINISINI, Ezequiel | ZOLORSA, Sergio | TOSCANO, Francisco

► Complejo Medico Policial  
Churruca Visca



### INTRODUCCIÓN

Los síndromes aórticos agudos representan emergencias cardiovascular de alta mortalidad, con presentaciones clínicas variadas que muchas veces dificultan su diagnóstico temprano. La aparición de síntomas neurológicos o cardiovasculares atípicos puede retrasar la sospecha inicial. Siendo el dolor torácico súbito, intenso y de carácter desgarrador el síntoma principal. Presentamos el caso de una paciente con un síndrome aórtico agudo complicado, cuya forma de presentación incluyó un síndrome medular y una miocardiopatía por estrés.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de 79 años con antecedentes de hipertensión arterial, tabaquismo crónico, accidente cerebrovascular isquémico transitorio, artritis reumatoidea y comorbilidades digestivas. Ingresó con dolor epigástrico, de características transfixiantes de 8 horas de evolución, irradiado al tórax y acompañado de hipoestesia de miembros inferiores. Inicialmente se descartó evento cerebrovascular agudo, y en la angiotomografía de aorta presenta un aneurisma sacular (72 × 47 mm) con hematoma excéntrico torácico, compatible con un Síndrome Aórtico Agudo. Fue internada y tratada con labetalol EV, evolucionando con paresia bilateral en miembros inferiores. Evoluciona con cambios electrocardiográficos y elevación de biomarcadores cardíacos, realizándose catete-

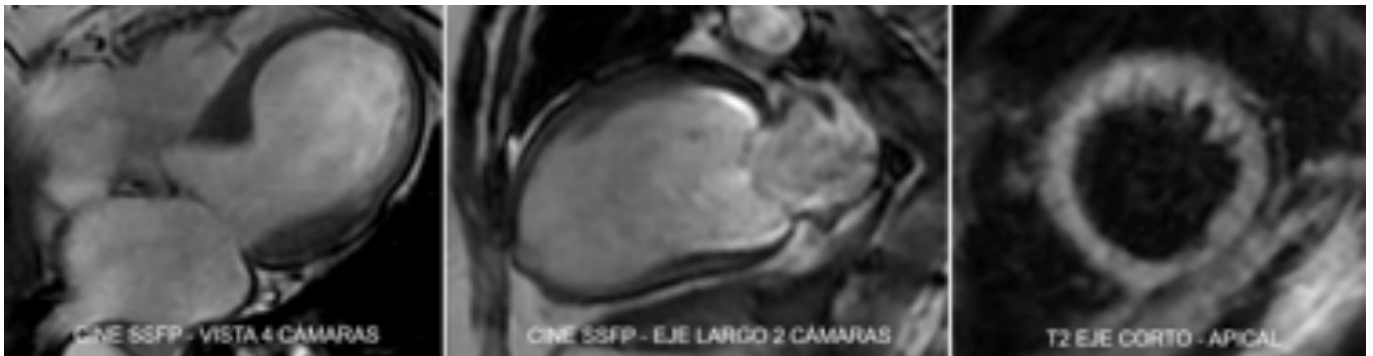
rismo cardíaco, sin hallazgos de lesiones coronarias significativas. Ecocardiograma con hipoquinesia apical con hipercontractilidad basal, compatible con miocardiopatía por estrés (síndrome de Takotsubo), probablemente desencadenada por el estrés fisiológico del Síndrome Aórtico Agudo. Por cuadro neurológico, se realizó una resonancia magnética de columna, que mostró una lesión extensa desde T5 a T8, compatible con isquemia medular. Frente a este escenario clínico, y dada la edad y comorbilidades de la paciente, se optó por una reparación endovascular con colocación de dos endoprótesis torácicas (TEVAR). El procedimiento se realizó sin complicaciones, y la paciente se mantuvo estable desde el punto de vista hemodinámico. El ecocardiograma posterior mostró función ventricular izquierda preservada sin trastornos de motilidad. Sin embargo, el daño neurológico fue irreversible, y persistió la paraplejía. Este caso destaca la capacidad de los SAA para simular otras patologías, y la importancia de mantener un alto índice de sospecha diagnóstica ante síntomas neurológicos súbitos asociados a dolor torácico o abdominal. La coexistencia de Takotsubo complica aún más el diagnóstico, ya que puede simular un infarto agudo de miocardio. Se resalta la relevancia del abordaje multidisciplinario y la elección del tratamiento endovascular en pacientes de alto riesgo, buscando minimizar la morbimortalidad frente a la cirugía abierta, aunque el pronóstico neurológico pueda permanecer comprometido.

## EVENTOS EMBÓLICOS EN TAKOTSUBO: MÁS ALLÁ DE LO QUE VEMOS

Unidad Temática: **MIOCARDIOPATÍAS** · Unidad Temática 2: **MULTI-IMAGEN**

MARTINEZ, Valois | OTERO GÓMEZ, Lucas Adrián | MEZZALIRA, Anabella  
| PASTORINO, Ana | DEKETELE, Felipe

► Hospital Alemán



### INTRODUCCIÓN

El síndrome de Takotsubo es una miocardiopatía reversible caracterizada por disfunción ventricular izquierda y frecuentemente desencadenada por estrés. Se ha demostrado su asociación con múltiples complicaciones, incluyendo eventos tromboembólicos sistémicos, además de una tasa de recurrencia significativa. La incidencia de trombo en ventrículo izquierdo (VI) es de hasta el 8% y de eventos embólicos hasta 14%. Si bien la formación de trombo intracavitario se considera el principal mecanismo, se han descrito eventos cardioembólicos en ausencia de trombo detectable, lo que sugiere mecanismos adicionales vinculados a la aquinesia segmentaria y el estado protrombótico transitorio. Las complicaciones embólicas afectan con mayor frecuencia el territorio cerebral y suelen presentarse precozmente, dentro de la primera semana del cuadro. La identificación temprana de pacientes de alto riesgo resulta clave para guiar el tratamiento.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de sexo femenino de 73 años, diabética no insulino-requiriente, con antecedente de síndrome de Takotsubo (hace 3 años) complicado con disfunción miocárdica y paro cardíaco reanimado. Posteriormente, evolucionó con recuperación de la fracción de eyección, sin otras complicaciones. Se encontraba en tratamiento farmacológico dirigido para disfunción ventricular izquierda. Acude al servicio de emergencias por presentar angor de reposo. Electrocardiograma sin cambios isquémicos agudos y troponinas elevadas con cambio dinámico. Se realizó cinecoronariografía en donde no se observaron lesiones significativas. ETT con buena función biventricular, sin valvulopatías. Se interpretó como MINOCA, y por su evolución favorable, se otorgó el egreso hospitalario con indicación de RMN cardíaca de forma ambulatoria. Semanas más tarde, durante la realización de dicho estudio,

presentó episodio de ataque de pánico seguido de dolor precordial que obligó a suspender la RMN y trasladarla a unidad coronaria. El electrocardiograma no evidenció signos de isquemia aguda pero sí nueva elevación de troponinas. El ETT mostró deterioro moderado de la función ventricular izquierda, con hipoquinesia apical e hipercontractilidad basal. En la RMN cardíaca se observó volúmenes incrementados del VI, deterioro moderado de la FEy (38%) y leve aumento de señal en secuencias potenciadas en T2 a nivel de segmentos medio-apicales, sugestivo de edema (imagen 1). Si bien no se realizaron secuencias específicas, no se evidenció signos de trombosis en VI. Se interpretó el cuadro como recurrencia de síndrome de Takotsubo, probablemente desencadenado por estrés emocional. Durante la evolución intrahospitalaria presentó un episodio de déficit neurológico focal en forma de afasia, con resolución completa en 24 horas. La RMN cerebral informó múltiples lesiones córtico-subcorticales frontoparietales izquierdas, compatibles con eventos isquémicos agudos de probable origen embólico (imagen 2). Doppler carotídeo sin lesiones significativas. Un nuevo ETT descartó la presencia de trombos intracavitarios. Se realizó discusión multidisciplinaria con los servicios de hematología y neurología. A pesar de no haberse evidenciado trombo intracavitario en los estudios de imagen, la distribución de las lesiones en sistema nervioso central altamente sugestiva de mecanismo embólico en el contexto de disfunción ventricular severa y balonamiento apical, llevó a la decisión de iniciar anticoagulación. Evolucionó favorablemente, sin nuevas complicaciones, otorgándose el egreso hospitalario con anticoagulación oral. Conclusión: El síndrome de Takotsubo puede asociarse a eventos tromboembólicos aun en ausencia de trombo ventricular izquierdo detectable, lo que plantea un desafío diagnóstico y terapéutico. Nuestro caso refuerza la importancia de una evaluación clínica integral más allá de la evidencia imagenológica, especialmente cuando existen limitaciones para estudios complementarios.

## UNA CAPTACIÓN QUE CAMBIÓ EL RUMBO: AMILOIDOSIS CARDÍACA POR TRANSTIRETINA INCIDENTAL EN CENTELLOGRAMA ÓSEO; A PROPÓSITO DE UN CASO Y UN TÉCNICO ATENTO

Unidad Temática: TÉCNICOS EN PRÁCTICAS CARDIOLÓGICAS · Unidad Temática 2: CARDIOLOGÍA NUCLEAR

PASCUAL, Silvina Andrea | MENDOZA, Karen | PABSTLEBEN, Nadia | MASOLI, Osvaldo H.

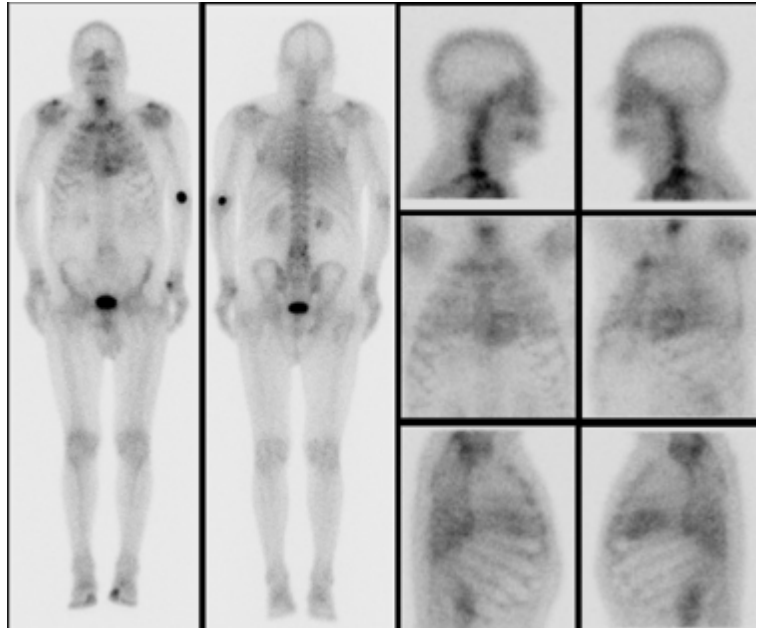
TCba

### INTRODUCCIÓN

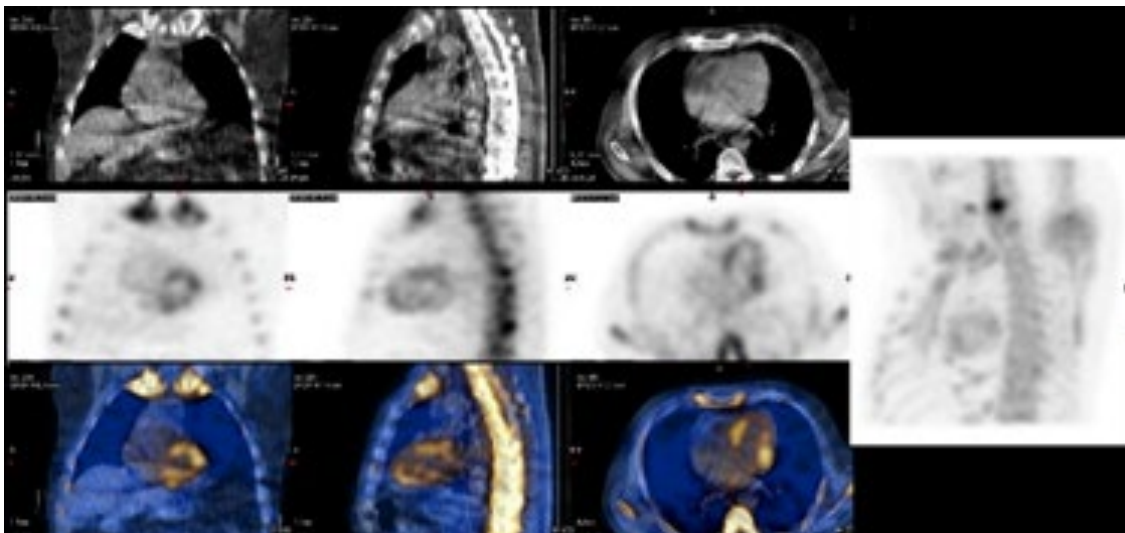
Los radiofármacos difosfonatos marcados con  $^{99m}\text{Tc}$ , como el HMDP, presentan afinidad no solo por el tejido óseo sino también por depósitos de calcio en tejidos blandos. Esta propiedad permite la detección incidental de hallazgos fuera del objetivo primario del estudio, entre ellas la amiloidosis cardíaca por transtiretina (ATTR), entidad frecuentemente subdiagnosticada cuyo reconocimiento precoz impacta en el pronóstico. En este contexto, la adecuada observación durante la adquisición de imágenes resulta fundamental.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 73 años, asintomático, derivado para centellograma óseo corporal total en el contexto de estadificación de cáncer de próstata de reciente diagnóstico. Se administró HMDP- $^{99m}\text{Tc}$  (25 mCi EV), realizándose adquisición a las 2 horas. Durante el estudio, el técnico en medicina nuclear evidenció una captación aumentada del radiotrazador a nivel de la silueta cardíaca, hallazgo no esperado que motivó la consulta inmediata con el equipo médico. Se decidió ampliar la evaluación en el mismo acto mediante imágenes planares focalizadas de tórax, SPECT/TC gatillado y electrocardiograma, evidenciándose un patrón de captación miocárdica difusa con score de Perugini 3, altamente sugestivo de ATTR. Este hallazgo permitió la derivación precoz a cardiología para evaluación especializada y manejo dirigido. Este



caso resalta el valor de una observación sistemática durante la adquisición de estudios en medicina nuclear, así como el rol clave del técnico en la detección de hallazgos incidentales. La detección precoz de una patología potencialmente subdiagnosticada como la amiloidosis cardíaca permitió optimizar el proceso diagnóstico en un único acto, evitando estudios adicionales, reinyección de radiotrazador y demoras en el inicio del abordaje clínico.

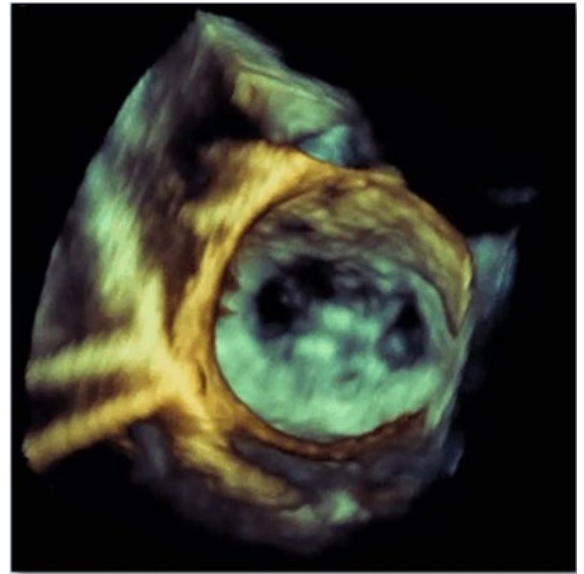
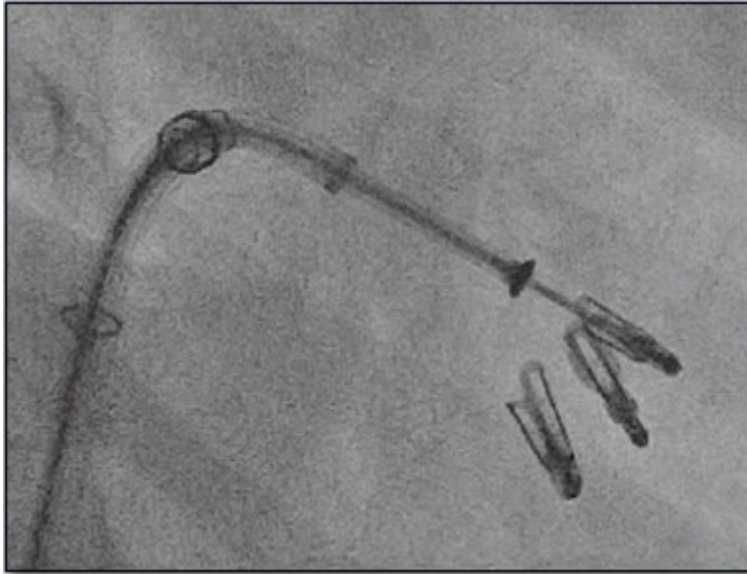


## REPARACIÓN PERCUTÁNEA: NUEVA FRONTERA EN LA INSUFICIENCIA MITRAL SECUNDARIA

Unidad Temática: : VALVULOPATÍAS · Unidad Temática 2: CARDIO-ONCOLOGÍA

LOGARZO, Camila | LAX, Jorge Alberto | BECK, Martín Alejandro |  
PUENTE, Luciana Jimena | BLANCO, Rodrigo Ignacio

► Hospital De Agudos  
Dr. Cosme Argerich



### INTRODUCCIÓN

La insuficiencia mitral secundaria es una complicación frecuente y de mal pronóstico en el contexto de la insuficiencia cardíaca avanzada. Su fisiopatología, vinculada al remodelado ventricular y su impacto sobre el aparato subvalvular, determina un alto riesgo quirúrgico, particularmente en pacientes con cardiotoxicidad por radioterapia o quimioterapia, quienes suelen presentar disfunción miocárdica, valvulopatías y enfermedad coronaria concomitantes. En esta población de alta comorbilidad, disponer de alternativas menos invasivas resulta de especial relevancia. La reparación percutánea borde a borde con MitraClip cuenta con indicación clase IA en pacientes seleccionados refractarios al tratamiento médico óptimo, según la guía de valvulopatías de la ESC publicada en el año 2025. Existen muy pocas publicaciones que reporten el uso de MitraClip en pacientes oncológicos.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 68 años con antecedentes de miocardiopatía inducida por radioterapia con fracción de eyección reducida (en el contexto de cáncer de mama tratado con quimioterapia cardiotoxicidad y radioterapia en el año 2011), fibrilación auricular permanente anticoagulada e insuficiencia mitral moderada-severa secundaria sintomática para disnea y astenia en clase funcional II-III, pese al tratamiento médico óptimo. Se internó de manera programada en plan de implante de MitraClip. El ecocardiograma Doppler transtorácico previo al procedimiento evidenció hipo-

quinesia global con FEVI del 37%, insuficiencia mitral moderada con dos jets (uno excéntrico y uno central), secundaria a dilatación del anillo mitral (41 mm) y restricción de la valva posterior (OREA 0,23 cm<sup>2</sup>, volumen regurgitante 39 ml), aurícula izquierda dilatada y disfunción sistólica del ventrículo derecho (TAPSE 15 mm). El 20/01/2026 se realizó implante de MitraClip mediante punción transeptal por acceso femoral derecho, bajo guía ecocardiográfica transesofágica 3D y fluoroscópica. Se implantaron tres dispositivos (G4 XT, G4 XTW y G4 NT), con reducción de la insuficiencia mitral a grado leve-moderado y onda V final de 21 mmHg. Evolucionó favorablemente en la Unidad Coronaria y se otorgó el alta a los dos días. En el seguimiento ambulatorio presentó mejoría de la clase funcional. El ecocardiograma de control al mes evidenció dispositivos normoposicionados, insuficiencia mitral residual moderada con estenosis mitral leve (gradiente medio 7-9 mmHg). La evidencia disponible respalda la reparación percutánea con MitraClip como una alternativa eficaz y segura en pacientes con insuficiencia mitral secundaria sintomática refractaria al tratamiento médico óptimo, con especial beneficio en aquellos con insuficiencia mitral desproporcionada y alto riesgo quirúrgico, como quienes presentan cardiotoxicidad por radioterapia o quimioterapia. La adecuada selección clínica y anatómica resulta determinante para optimizar los resultados. Persisten interrogantes sobre el impacto pronóstico a largo plazo de la insuficiencia mitral residual y la elevación de los gradientes transmitrales post-procedimiento, lo que subraya la necesidad de mayor evidencia en esta población.

## CARCINOMA HEPATOCELULAR GIGANTE EN PACIENTE ADULTO CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA COMPLEJA: COMPLICACIÓN TARDÍA DE LA CIRCULACIÓN DE FONTAN

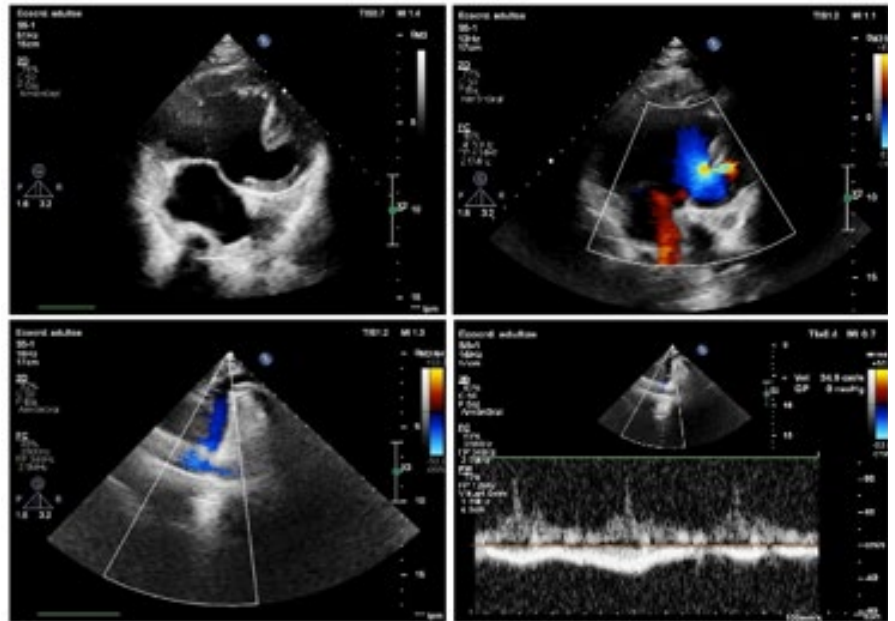
Unidad Temática: **CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO**

LABORATTO, Loreley Eugenia | BALLETTI, Lorena Romina | GONDA, María Fernanda  
| KOSLOWSKI, Paola Teresa | LAX, Jorge Alberto

► Hospital De Agudos  
Dr. Cosme Argerich

### INTRODUCCIÓN

Aunque la cirugía de Fontan ha mejorado significativamente la supervivencia a largo plazo de pacientes con fisiología univentricular, las modificaciones hemodinámicas que genera predisponen a múltiples complicaciones sistémicas, especialmente hepáticas. La enfermedad hepática asociada a Fontan (FALD) se desarrolla de manera universal y puede progresar a fibrosis, cirrosis o carcinoma hepatocelular, así como a hemorragia variceal, ascitis y encefalopatía. Su desarrollo se relaciona con hipertensión venosa sistémica, congestión esplácnica y disminución del retorno linfático, fenómenos que comprometen la perfusión hepática y provocan daño progresivo. La evaluación periódica mediante técnicas de imagen multimodal permite caracterizar tempranamente estas alteraciones y es esencial para guiar el seguimiento y manejo oportuno de estos pacientes.



### DESCRIPCIÓN

Paciente de sexo masculino de 33 años de edad, con antecedentes de atresia tricuspídea en estadio de circulación de Fontan asociada a transposición congénitamente corregida de las grandes arterias. Cursó internación en Sala de Cardiología por masa abdominal asociada a vómitos, dolor abdominal y pérdida de peso, con valores marcadamente elevados de alfafetoproteína (> 80.000 ng/mL). El ecocardiograma transtorácico evidenció ventrículo sistémico morfológicamente izquierdo, severamente dilatado y con deterioro severo de la función sistólica (fracción de eyección: 29 %), comunicación interauricular amplia y circuitos de Glenn y Fontan normofuncionantes. La tomografía computada trifásica de abdomen mostró hepatomegalia con voluminosa masa hepática sólida de 20 × 12 × 16 cm, hipervascular en fase arterial, con lavado portal y pseudocápsula, compatible con carcinoma hepatocelular, asociada a esplenomegalia y circulación colateral. Debido a las características anatómicas del tumor y a la cardiopatía congénita



compleja con deterioro severo de la función ventricular, se consideró al paciente no candidato a tratamiento quirúrgico ni terapias oncológicas específicas, indicándose manejo paliativo con control sintomático y seguimiento por Servicio de Cuidados Paliativos.

## ENFRENTANDO LA PERICARDITIS CONSTRICTIVA

Unidad Temática: ECOCARDIOGRAFÍA · Unidad Temática 2: MIOCARDIOPATÍAS

SAUCEDO OJEDA, Agustina | RUIZ HOLGUIN, Marlon Alfonso | FIORI, Evelyn Anabella  
| LITWAK, Nahuel | BOBADILLA, Julio Leandro

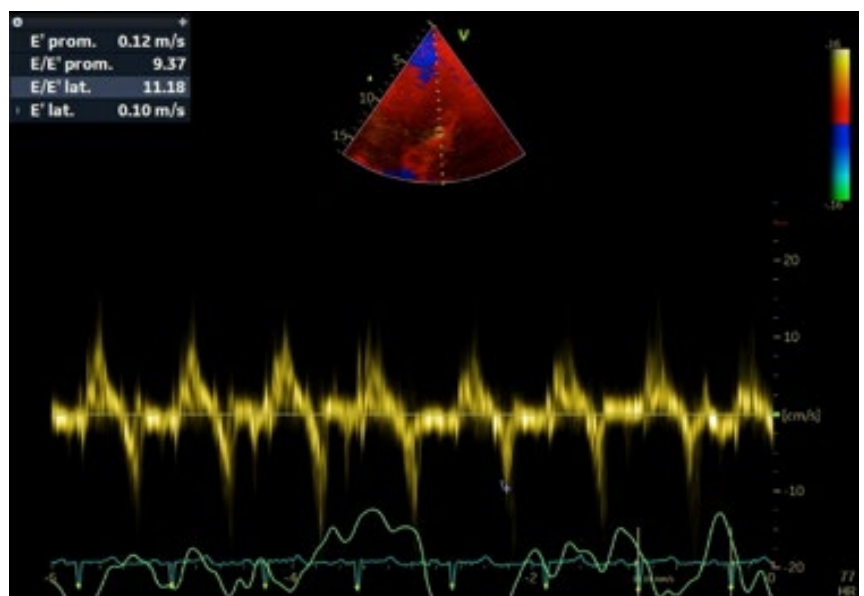
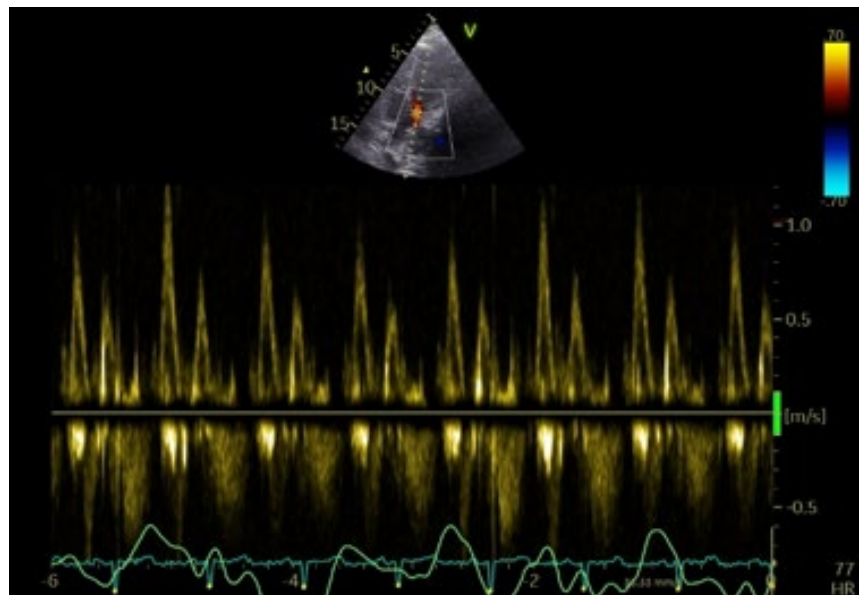
► Güemes

## INTRODUCCIÓN

La pericarditis constrictiva constituye una entidad poco frecuente pero clínicamente relevante, caracterizada por la pérdida de la elasticidad pericárdica secundaria a procesos inflamatorios crónicos o cicatrizales. Esta rigidez impide el llenado diastólico adecuado de los ventrículos, generando un cuadro de insuficiencia cardíaca derecha de difícil diagnóstico diferencial frente a otras patologías como la miocardiopatía restrictiva. A pesar de los avances en métodos de imagen y terapias médicas, la pericardiectomía continúa siendo el único tratamiento definitivo, con pronóstico variable según la etiología y la oportunidad de intervención.

## DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 42 años de edad con antecedente de lupus eritematoso sistémico diagnosticado en el año 2021 en seguimiento por el servicio de reumatología. Dado que evoluciona con disnea progresiva hasta clase funcional II-III, asociado a fatiga y edemas progresivos en miembros inferiores es valorada por el servicio de cardiología. Se realiza inicialmente un ecocardiograma transtorácico con función sistólica de ambos ventrículos conservada, sin valvulopatías significativas, signos de disfunción diastólica grado III y evidencia de movimiento anormal del septum interventricular caracterizado por septal bounce y septal shift respiratorio, además de signos de engrosamiento pericárdico basal. Por dichos hallazgos, se realiza resonancia magnética nuclear cardíaca evidenciándose pericardio levemente engrosado con realce tardío positivo, septal bounce y vena cava inferior dilatada, hallazgos sugestivos de pericarditis constrictiva. Ante dichos hallazgos se ajustó el tratamiento médico con diuréticos y se decidió infusión de pulsos de corticoides endovenosos (metilprednisolona Solumedrol 250 mg x3) con buena tolerancia a los mismos.



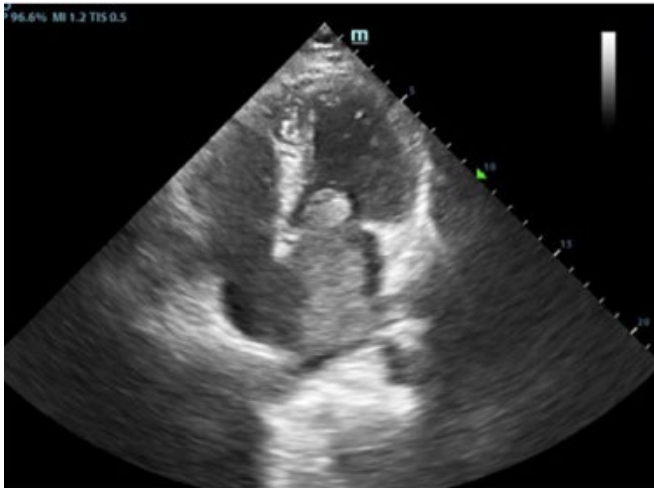
Evoluciona con mejoría sintomática. Actualmente se encuentra en seguimiento estricto por servicio de reumatología y el equipo de insuficiencia cardíaca sin presentar nuevas interurrencias.

## MIXOMA CARDÍACO

Unidad Temática: **CARDIO-ONCOLOGÍA** · Unidad Temática 2: **ECOCARDIOGRAFÍA**

CAREAGA CORTES, Sandra Noelia

 Hospital Cesar Milstein



### INTRODUCCIÓN

Los tumores primarios del corazón y el pericardio tienen una incidencia de 0,001 % a un 0,33 %. La tumoración cardíaca más frecuente (20-30 %) de los tumores intracardíacos, es el Mixoma, suponen el 80-90 % de los tumores cardíacos primarios de aurícula izquierda del adulto. Se origina a partir de nidos subendocárdicos de células mesenquimatosas primitivas que se diferencian hacia otras células, entre ellas células endoteliales y lipídicas. En países desarrollados, su incidencia es de 0,5-0,7 por millón de habitantes y prevalencia menor de 5/10.000. Edad promedio: 50 años (casos esporádicos). Predominancia femenina 2:1. La forma de presentación es 90-95% casos esporádicos y 5-10% formas familiares (Síndrome de Carney). Localización más frecuente es la AI con el punto de anclaje en el septo auricular: zona del limbo de la fosa oval. Aunque benigno, puede causar obstrucción intracardíaca, embolias, arritmias y muerte súbita. Cuadro clínico: Se manifiesta con la triada clásica: 1. Obstrucción Flujo AV (Mitral): Disnea, ortopnea, síncope posicional, edema, shock obstructivo. 2. Embolización: Embolias sistémicas cerebrales (ACV, AIT), coronarias, viscerales o pulmonares según localización. 3. Síntomas constitucionales: Fiebre, fatiga, pérdida de peso, anemia. Exámenes complementarios: La ecocardiografía Doppler transtorácica presenta una sensibilidad del 90-95% y especificidad cercana al 95% para el diagnóstico de mixoma cardíaco, permitiendo identificar masas intracavitarias móviles, generalmente pediculadas y con inserción en el septum interauricular. La resonancia magnética cardíaca ofrece alta precisión en la caracterización tisular, diferenciando tumores de trombos mediante patrones de señal y realce con contraste.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 72 años de edad, refirió cuadro clínico caracterizado por disnea CF II de 1 año de evolución que progre-

so a CF III hace 5 meses por lo cual se realizó ecocardiograma Doppler que evidencia masa en aurícula izquierda. Por lo que acudió a cardiólogo de cabecera quien confirma hallazgo por ETE. Antecedentes CV: Enfermedad coronaria severa con requerimiento de Angioplastia programada a circunfleja 1 stent y coronaria derecha ocluida. Antecedentes CIQx: Fiebre reumática, migraña MH: Enalapril 10mg/día, Bisoprolol 5 mg/día, Amlodipina 2.5 mg/día, Aspirina 100 mg/día, Trimetazidina 50 mg/día, Rosuvastatina 20 mg/día, Glimpirida 4 mg/día, Divalproato sódico 500 mg/día. Ecocardiograma transesofágico informe: VI no dilatado. FEY por Simpson: 56%. AO: 32mm AI: 35 mm. Diámetros y motilidad global y regional del ventrículo izquierdo conservados con espesor parietal normal. Válvula aórtica, tricuspídea y pulmonar sin alteraciones con flujo conservado en forma y velocidad sin reflujo. Lenado mitral obstaculizado por protrusión intermitente de una gran masa tumoral desde aurícula izquierda de 45 mm x 45mm, que genera un gradiente transvalvular de 20 mmHg, y medio 13 mmHg, con un área estimada por THP de 1.02 cm<sup>2</sup>. La misma masa interfiere con cierre valvular provocando insuficiencia mitral difícil de cuantificar. Aurícula izquierda con imagen en su interior heterogénea de 45 mm x 45 mm que ocupa la mayor parte de la aurícula izquierda y se implanta en el septum interauricular pero provoca una obstrucción del VI e interfiere con el mecanismo de cierre valvular. Pericardio normal, Orejuela derecha e izquierda libre de trombos. PSAP estimada en 37 mmHg. En ese contexto se decide resolución quirúrgica por el servicio de cirugía cardiovascular, se realizó exéresis de masa cardíaca, intra procedimiento se aborda la aurícula izquierda, se extrae tumor con su base de implante en la fosa oval, la base de implante es amplia y excede la fosa exigiendo resección parcial de paredes de aurícula izquierda. Se reconstruye el septum con parche de pericardio bovino. Posteriormente paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta institucional.

## DISFUNCIÓN DE PROTESIS MITRAL MECÁNICA: ROL DEL ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO EN EL DIAGNÓSTICO DE TROMBOSIS PROTÉSICA OBSTRUCTIVA

Unidad Temática: ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA · Unidad Temática 2: VALVULOPATÍAS

DIAZ MACIEL, Deysi | DZEMBROWSKI, Leonel Gustavo | ALONSO, Fernando |  
BASCONCEL, Mauro | PALACIOS, Karina

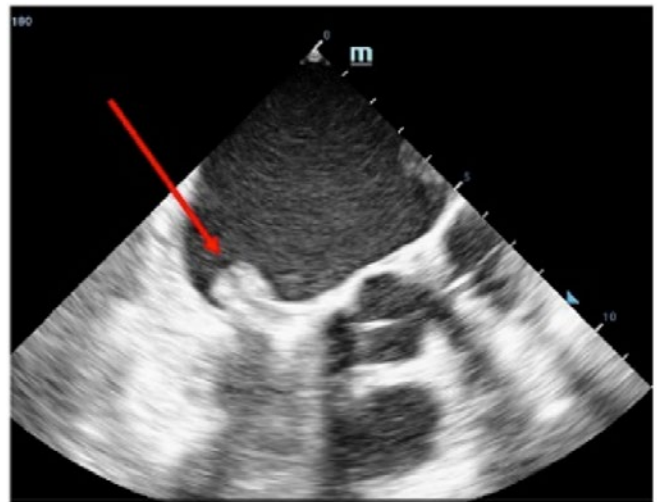
► Hospital General de  
Agudos Dr. T. Álvarez

### INTRODUCCIÓN

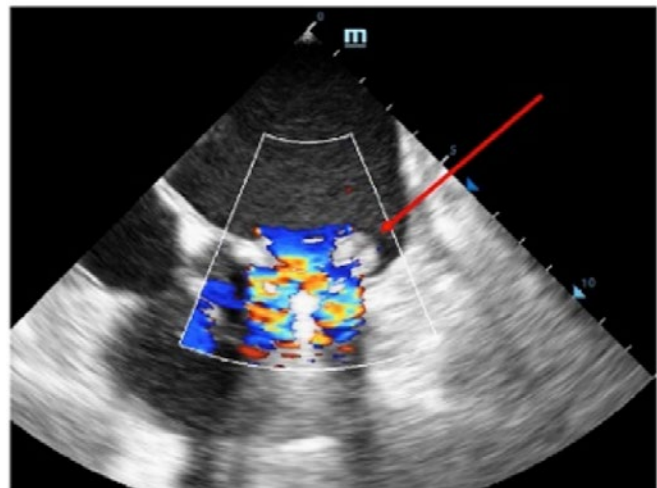
La trombosis de prótesis valvulares mecánicas es una complicación grave asociada a alta morbimortalidad. El diagnóstico por imágenes, particularmente mediante ecocardiograma transesofágico, resulta fundamental para diferenciarla de otras causas de disfunción protésica y orientar la conducta terapéutica.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 55 años, con factores de riesgo cardiovascular: ex tabaquista, sedentaria, ex consumidora de sustancias ilícitas. Antecedentes cardiovasculares: valvulopatía reumática con recambio valvular mitral mecánico en 2022 y fibrilación auricular en tratamiento anticoagulante con mala adherencia. Ingresó a la guardia externa por fibrilación auricular de alta respuesta ventricular en contexto de neumonía adquirida en la comunidad cumplió tratamiento antibiótico en sala de clínica médica. Durante la internación, ante la persistencia de la arritmia y signos de insuficiencia cardíaca, ingresó a unidad coronaria, donde se encontraba hemodinámicamente compensada, sin requerimiento de vasoactivos, en ventilación espontánea con requerimiento de oxígeno de bajo flujo por cánula nasal. Cumplió antibioticoterapia con ampicilina-sulbactam y claritromicina por foco pulmonar, y se realizó balance hídrico con diuréticos endovenosos. Se efectuó ecocardiograma transtorácico que evidenció prótesis mitral normoinserita con sospecha de disfunción, sin adecuada valoración hemodinámica. Ante la persistencia del cuadro clínico, se realizó ecocardiograma transesofágico que mostró una prótesis mecánica mitral disfuncionante con imagen ecogénica de 19.8 x 7.2 mm, con centro hipoecoico, compatible con trombo, que interfería con la movilidad del disco posterior, asociado a leve insuficiencia protésica. La paciente evolucionó con edema agudo de pulmón, requiriendo soporte ventilatorio no invasivo y tratamiento médico intensivo. Se inició anticoagulación con heparina sódica endovenosa, con posterior estabilización clínica y derivación a centro de mayor complejidad para evaluación quirúrgica.



Ecocardiograma transesofágico: imagen compatible con trombo en prótesis mitral



Ecocardiograma Transesofágico: Alteración de la movilidad del disco protésico

## ANOMALÍA CONGÉNITA BIVENTRICULAR DEL APARATO SUBVALVULAR Y TRABECULADO PARIETAL: TRIPLE INSERCIÓN PAPILAR DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y BANDA SEPTOMARGINAL ANÓMALA DEL VENTRÍCULO DERECHO

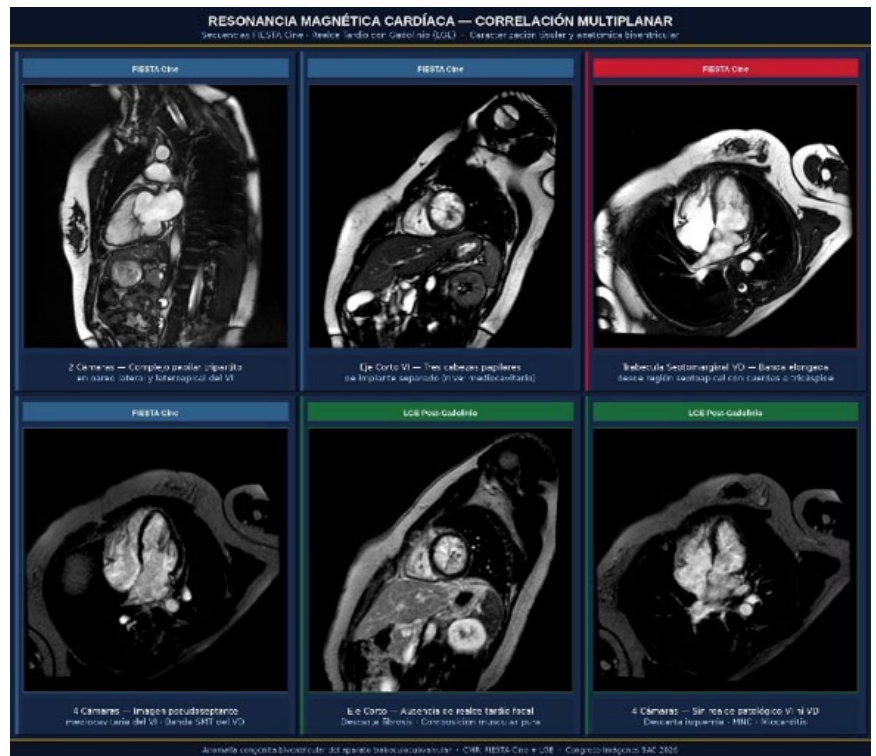
Unidad Temática: MULTI-IMAGEN · Unidad Temática 2: CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO

MENINI, Alberto E.<sup>1</sup> | CANTARINI ECHEZARRETA, María Belén<sup>1</sup> |  
SCIOLINI, Sabrina<sup>2</sup> | STRATTA, Vanina Soledad<sup>2</sup>

► Clínica y Maternidad Suizo Argentina<sup>1</sup>;  
Sanatorio de la Trinidad de San Isidro<sup>2</sup>

### INTRODUCCIÓN

Las anomalías del aparato subvalvular cardíaco y el trabeculado parietal engloban un espectro de entidades congénitas cuya caracterización morfológica precisa constituye un desafío diagnóstico de primer nivel. Su origen radica en alteraciones del proceso de compactación miocárdica que ocurre entre la 5ª y 8ª semana de gestación: un arresto parcial de este proceso puede generar músculo papilar supernumerario, bandas intracardiacas aberrantes, o hipertrabeculado, dependiendo del ventrículo y del nivel afectado. Este caso clínico demuestra, mediante correlación multimodal completa, la coexistencia de dos anomalías congénitas independientes del aparato subvalvular en ambos ventrículos de una paciente adulta asintomática – una combinación de rareza excepcional en la literatura médica mundial.



### DESCRIPCIÓN

Paciente de 36 años. Sin factores de riesgo cardiovascular y sin cardiopatía clínica conocida. Asintomática. Soplo sistólico 2/6 paraesternal izquierdo detectado en evaluación cardiológica (enero 2025), en el contexto de neumonía izquierda resuelta. Se solicita Ecodoppler cardíaco que revela dimensiones cardíacas y función sistólica biventriculares normales. El hallazgo cardinal fue la descripción de anomalía de músculo papilar con inserción en el septum interventricular y gradiente intraventricular no significativo bidireccional sistodiastólico. No se detectaron anomalías del VD. Se efectuaron sucesivamente CMR y MSTC. La CMR reveló un complejo papilar tripartito en la pared lateral y lateroapical del VI, con de implante separadas e independientes. En sístole confluyen conformando una masa muscular única que genera una imagen de pseudo tabicado medio ventricular. Las trabeculaciones apicales son prominentes, pero no cumplen los criterios diagnósticos de Grothoff y Petersen de miocardiopatía no compactada. En VD se evidencia una banda septo marginal hipertrófica y elongada, originada en la región septo apical, que emite cuerdas tendinosas directas hacia el aparato subvalvular de la válvula tricúspide. Esta estructura constituye el sustrato anatómico causal de la insuficiencia tricúspide leve documentada en el ecocar-

diograma sin signos de obstrucción al TSVD. La secuencia de realce tardío con gadolinio en múltiples planos demostró ausencia completa de realce tardío focal en el miocardio del VI y del VD. El complejo papilar tripartito muestra señal homogénea sin áreas de fibrosis intramuscular al igual que la banda septo marginal. La secuencia T1 axial confirma señal miocárdica homogénea sin infiltración tisular. La angioTAC coronaria proporcionó la confirmación anatómica definitiva. En eje corto medio cavitario se visualizan las tres unidades de implante separadas con morfología ramificada característica. La densidad tisular en Unidades Hounsfield (~60-80 UH) confirma composición muscular pura. Arterias coronarias epicárdicas normales. Score de calcio 0.8 UH. Trabeculaciones apicales presentes sin conformar criterios de no compactación. Tanto la CMR (secuencias FIESTA, LGE eje corto y T1 axial) como la TAC cardíaca evidencian ausencia de una estructura del músculo papilar posteromedial del VI. La asimetría del aparato subvalvular mitral – con tres cabezas papilares de inserción anterolateral bien definidas y ausencia/hipoplasia del grupo posteromedial – generaría un desequilibrio en la tensión de cuerdas tendinosas explica funcionalmente la insuficiencia mitral leve documentada en el ecocardiograma, sin requerir patología valvular intrínseca.

## INFARTO DE MIOCARDIO DE PROBABLE ORIGEN EMBÓLICO EN CIRCULACIÓN DE FONTAN ATRIOPULMONAR: ROL DE LA ESTASIS AURICULAR EN AUSENCIA DE TROMBOSIS EVIDENTE

Unidad Temática: **CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO**

LABORATTO, Loreley Eugenia | RANCATI, Julieta Anahí | GONDA, María Fernanda  
| PAPANTONIOU, Alonso | BALLETTI, Lorena Romina

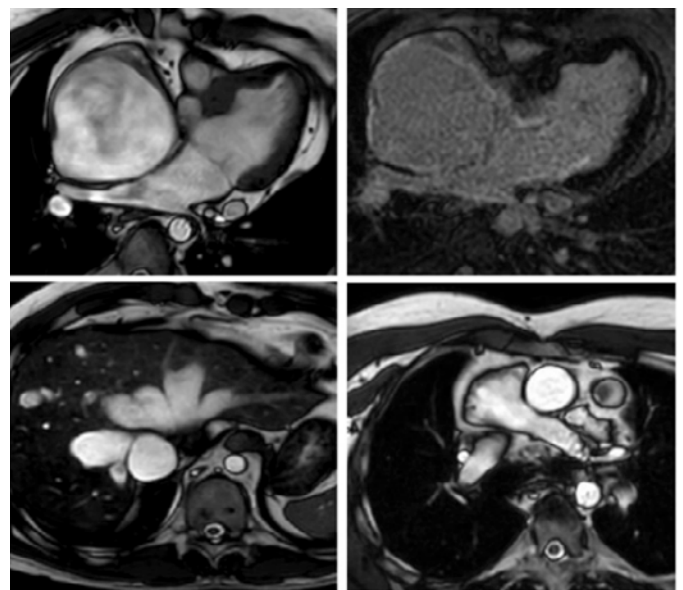
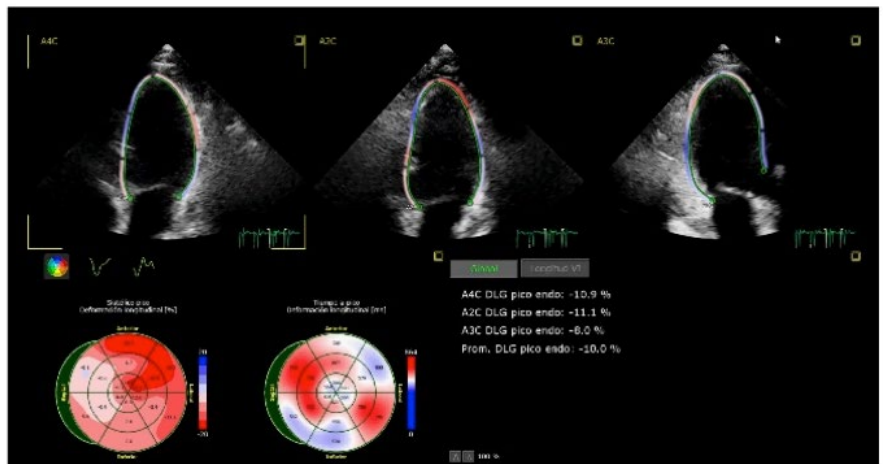
► Hospital De Agudos  
Dr. Cosme Argerich

### INTRODUCCIÓN

La circulación de Fontan constituye la estrategia paliativa definitiva para pacientes con cardiopatías congénitas complejas con fisiología univentricular. La técnica original, conocida como conexión atriopulmonar, establece la unión directa entre la aurícula derecha y la arteria pulmonar. Si bien este procedimiento representó un hito en la cirugía cardiovascular, su evolución a largo plazo ha demostrado una elevada incidencia de complicaciones, lo que ha llevado a su reemplazo progresivo por variantes quirúrgicas más modernas. Aunque los eventos embólicos suelen relacionarse con trombos intracavitarios, existe evidencia de que la estasis auricular severa puede generar fenómenos embólicos incluso en ausencia de trombosis detectable, lo que subraya la necesidad de un seguimiento cuidadoso y multimodal para identificar complicaciones silenciosas en estos pacientes.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 30 años, con antecedente de atresia tricuspídea tipo IB, sometido en la infancia a cirugía de Fontan atriopulmonar, derivado para realización de resonancia magnética cardíaca (RMC) de control con el objetivo de evaluar la función ventricular y descartar trombosis intracavitaria. La RMC evidenció un bypass cavopulmonar total tipo Fontan atriopulmonar sin signos de obstrucción en el circuito. Se observó dilatación severa de la aurícula derecha (volumen indexado: 202 mL/m<sup>2</sup>), asociada a marcada estasis sanguínea, sin evidencia de trombos intracavitarios, junto con dilatación significativa de la vena cava inferior y venas suprahepáticas. El ventrículo único, de morfología izquierda, presentó volúmenes dentro de rangos esperables para la patología, con fracción de eyección reducida (35%), adelgazamiento parietal e hipoquinesia en los segmentos lateral medio-ventricular y apical. En la caracterización tisular mediante



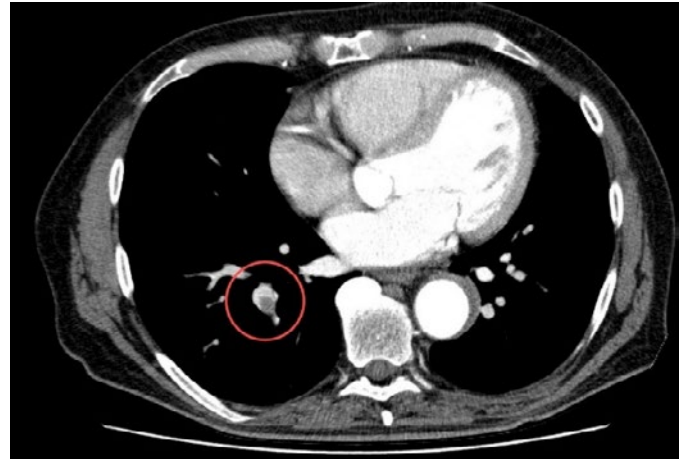
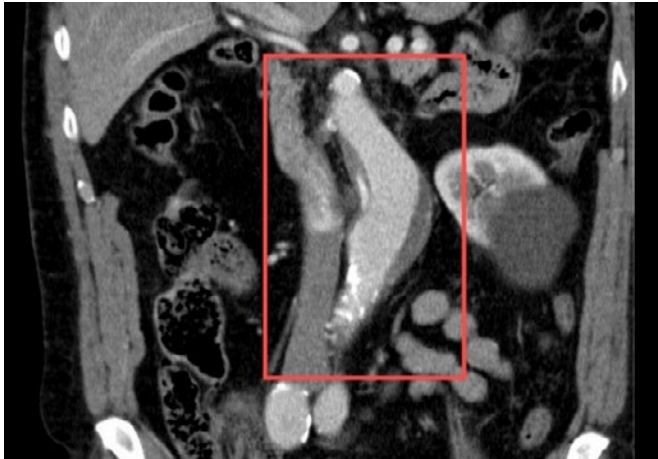
secuencias de realce tardío se identificó un área de realce subendocárdico lateral apical (< 50 % del espesor parietal), de pequeña extensión, compatible con infarto de probable origen embólico.

## ANTICOAGULACIÓN EN SÍNDROME AÓRTICO SUBAGUDO: CUANDO LAS IMÁGENES HABILITAN LO CONTRAINDICADO

Unidad Temática: TÉCNICOS EN PRÁCTICAS CARDIOLÓGICAS · Unidad Temática 2: VASCULAR

BOSA, Pablo Nicolás | GENTILE, Antonio | CIAFARDONI, Mario |  
PRIOTTI, Mauricio Alcides | LUCERO, Martin

► Instituto De Cardiología De Rosario  
"Dr. L. Gonzalez Sabathié"



### INTRODUCCIÓN

La disección aórtica constituye una entidad de alto riesgo, cuya evolución natural se asocia a una elevada mortalidad en las primeras horas si no se instaura un tratamiento adecuado. Su abordaje inicial se basa en el control estricto de la presión arterial y la reducción de la frecuencia cardíaca, con el objetivo de disminuir el estrés parietal aórtico, pudiendo requerir intervención endovascular o quirúrgica según la evolución clínica e imagenológica. En este contexto, el uso de anticoagulantes ha sido tradicionalmente evitado debido al potencial riesgo de progresión de la disección o ruptura aórtica. Sin embargo, en la práctica clínica pueden coexistir condiciones que constituyen una indicación formal de anticoagulación, generando un escenario de conflicto terapéutico. En este marco surge un interrogante clave: ¿Se trata de una contraindicación absoluta o puede ser reinterpretada en función de la estabilidad clínica y, fundamentalmente, de los hallazgos en las imágenes cardiovasculares?

### DESCRIPCIÓN

Se presenta el caso de un paciente masculino de 69 años, ex tabaquista, sedentario, con antecedentes de hipertensión arterial y dilatación de aorta ascendente en tratamiento con losartán, que consulta por dolor epigástrico súbito, intenso, de características lacerantes, asociado a cifras de hipertensión arterial severa (210/120 mmHg). Al ingreso, el electrocardiograma evidenció ritmo sinusal con extrasístoles ventriculares frecuentes, sin alteraciones isquémicas, y biomarcadores cardíacos negativos. Ante la sospecha de síndrome aórtico agudo, se realizó angiotomografía de tórax, abdomen y pelvis que evidenció disección aórtica tipo B, con compromiso de aorta abdominal desde la emergencia de

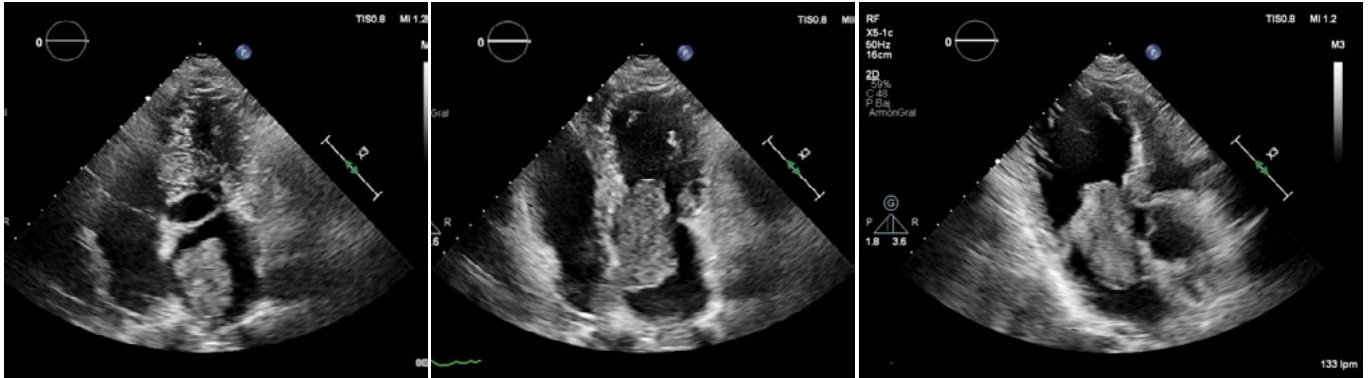
la arteria mesentérica superior hasta el segmento infrarrenal, sin afectación de ramas viscerales ni signos de complicación. El ecocardiograma Doppler descartó compromiso de la aorta ascendente y evidenció función ventricular preservada. En base a los hallazgos clínicos e imagenológicos, se interpretó como disección aórtica no complicada, indicándose tratamiento médico con control estricto de la presión arterial y frecuencia cardíaca, con evolución favorable y sin eventos durante la internación. En el seguimiento a los dos meses, una nueva angiotomografía mostró estabilidad morfológica de la disección, sin progresión del diámetro aórtico, asociada a trombosis de la falsa luz. En forma incidental, se identificaron defectos de relleno en ramas segmentarias de la arteria pulmonar derecha, compatibles con tromboembolismo pulmonar agudo, en ausencia de síntomas respiratorios y sin signos de sobrecarga del ventrículo derecho. Este hallazgo planteó un dilema terapéutico en relación con la indicación de anticoagulación en el contexto de un síndrome aórtico agudo reciente. La caracterización imagenológica resultó determinante para la toma de decisiones: la estabilidad de la disección, la ausencia de signos de progresión y la presencia de falsa luz trombosada, sugirieron un menor riesgo de complicación aórtica, permitiendo priorizar el tratamiento del evento tromboembólico. Se decidió iniciar anticoagulación sistémica, con monitoreo clínico e imagenológico estrecho. En forma complementaria, y considerando el contexto de patología aórtica reciente con potencial riesgo hemorrágico, se realizó colocación de filtro de vena cava inferior como estrategia preventiva adicional. El presente caso destaca el rol central de las imágenes cardiovasculares no solo en el diagnóstico, sino también en la estratificación del riesgo y en la toma de decisiones terapéuticas en escenarios clínicos complejos, donde coexisten patologías con estrategias potencialmente contrapuestas.

## CUANDO EL MIXOMA IMITA UNA ESTENOSIS: OBSTRUCCIÓN DEL TSVI Y SÍNCOPE

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN · Unidad Temática 2: ECOCARDIOGRAFÍA

NAVARRO, Candela Belén | GUZMÁN MARTINEZ, Gabriela  
| BRET-ZURITA, Montserrat

 Hospital Universitario  
La Paz



### INTRODUCCIÓN

Los mixomas son los tumores cardíacos primarios benignos más frecuentes en el adulto, representando aproximadamente el 50% de estas neoplasias. En alrededor del 75% de los casos se originan en la aurícula izquierda, habitualmente a nivel del septum interauricular, en la región de la fosa oval. Su presentación clínica es variable y depende fundamentalmente del tamaño, la movilidad y la localización del tumor. Clásicamente pueden manifestarse con una tríada de síntomas obstructivos intracardíacos, fenómenos embólicos y manifestaciones constitucionales. Cuando son pediculados y móviles, pueden prolapsar a través de la válvula mitral durante la diástole, generando un grado variable de obstrucción al flujo transmitral y simulando fisiopatológicamente una estenosis mitral. En raras ocasiones, su movilidad puede incluso condicionar fenómenos obstructivos dinámicos más complejos y manifestaciones clínicas como síncope o presíncope.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 55 años sin antecedentes patológicos pero con historia de presíncope y síncope de repetición sobre todo al levantarse con rapidez y con cambios posturales bruscos, presentando el último hace 3-4 meses por lo que fue valorado por Cardiología en consultas donde se solicitó ecocardiograma transtorácico (ETTX). Dos meses después de la consulta se realiza ETTX de forma ambulatoria donde se objetiva masa pediculada en aurícula izquierda con base en septo interauricular compatible con probable mixoma (5.7cm x 2.7cm) que protruye hacia el ventrículo en diástole, condicionando una estenosis mitral severa por lo que se decide internación en unidad coronaria. Al momento del

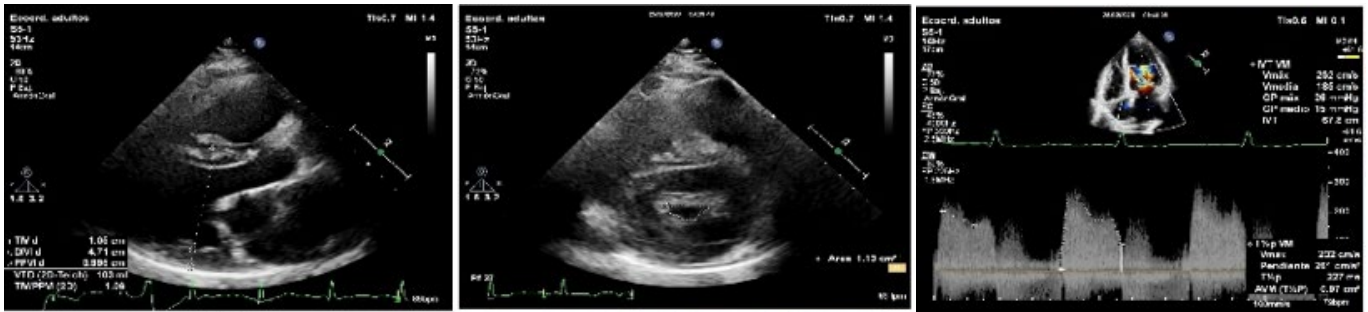
ingreso: Talla: 1.64 - Peso: 80 kg - IMC 26 - TA: 120/75 mmHg FC: 67 l/m - Sat o<sub>2</sub>: 94% - T°: 35.5 ~Laboratorio: Hb 12 g/dL, Hto 37%, Plaquetas 217.000/μL, Leucocitos 6870/μL, TP 12 s / 86%, INR 1.1, Fibrinógeno 530 mg/dL, TTPa 26 s / ratio 1.01, Glucemia 96 mg/dL, Cr 0.9 mg/dL, Filtrado >90 mL/min, Proteínas 6.7 g/dL, Troponina I (hs-TnI) 8.3 ng/L, NT-proBNP 432 pg/mL, PCR 19.9 mg/L, ionograma y hpt normal. ~Ecocardiograma transefágico: Se visualiza gran masa pediculada de bordes irregulares, de 43x39 mm de diámetro, dependiente del septo interauricular (porción basal, desde fosa oval hacia parte posterior de raíz aórtica) que ocupa la aurícula izquierda y en diástole desciende obstruyendo la válvula mitral originando estenosis severa (Gmedio 10 mmHg) y llegando hasta septo interventricular. Insuficiencia mitral ligera-moderada, no valorable por presencia de mixoma. Se solicita TC cardíaco para valoración prequirúrgica donde se objetiva la masa descrita previamente en eco, localizada en septo interauricular que parece situarse en porción superior y anterior de la fosa oval y presenta un vaso intratumoral que parece originarse en la arteria del nodo sinusal, con dirección cráneo-caudal. En el control tardío (3 min) se aprecia un realce homogéneo, con menor captación de contraste que el miocardio sano. Arterias coronarias epicárdicas sin lesiones. Se realiza resección de masa auricular izquierda y sustitución de válvula mitral por prótesis mecánica OnX 27. En el ETTX postquirúrgico se observa ventrículo izquierdo con función preservada, prótesis mecánica bidisco en posición mitral, normoposicionada, sin insuficiencia y con gradiente medio de 4 mmHg. Tabique interauricular íntegro, sin evidencia paso de flujo por doppler color. El paciente fue extubado precozmente, manteniéndose estable hemodinámicamente y sin registrarse complicaciones. Es dado de alta a los 7 días del ingreso a la espera de la anatomía patológica.

## UNA ENFERMEDAD ANTIGUA EN UN MUNDO MODERNO

Unidad Temática: VALVULOPATÍAS · Unidad Temática 2: MULTI-IMAGEN

CARRIZO, Sebastián Oscar | STREITENBERGER, Gisela |  
D'ORTO, María Celeste | LERECH, Ezequiel | REYES, Graciela

► Hospital de Alta Complejidad  
en Red "El Cruce" - SAMIC

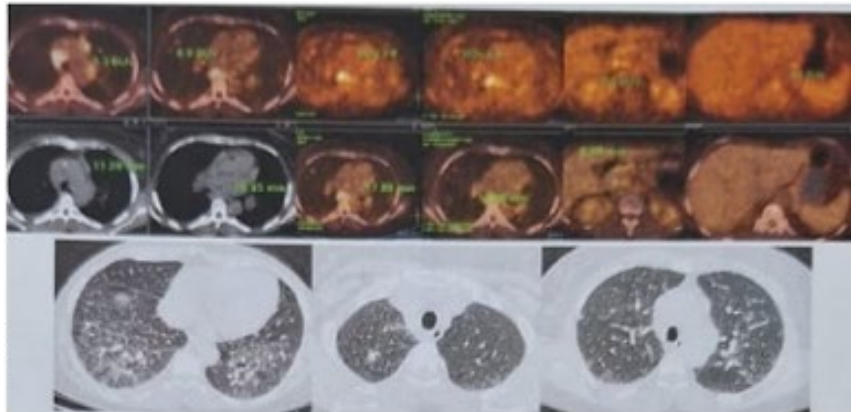


### INTRODUCCIÓN

La estenosis mitral reumática (EMR) es una causa clásica pero cada vez menos frecuente de disnea, hemoptisis y fenómenos embólicos, lo que contribuye a que sus manifestaciones clínicas se atribuyen inicialmente a patologías más "modernas" como enfermedad pulmonar primaria o tromboembolismo, retrasando el diagnóstico valvular de base. La EMR es la secuela más frecuente de la fiebre reumática y se caracteriza por una obstrucción progresiva al flujo diastólico entre la aurícula izquierda y el ventrículo izquierdo que genera un aumento sostenido de la presión auricular izquierda, que se transmite retrógradamente hacia la circulación pulmonar, originando congestión vascular y manifestaciones clínicas como disnea progresiva y hemoptisis. Con el avance de la enfermedad, la dilatación auricular predispone al desarrollo de trombos intracavitarios y episodios embólicos sistémicos, siendo el ACV una de sus complicaciones más temidas.

### DESCRIPCIÓN

**CASO CLÍNICO** Paciente de 46 años, hipertensa y tabaquista, con ACV isquémico en 08/2024, dos internaciones por hemorragia alveolar difusa manifestada por hemoptisis (10/2024 y 07/2025) con ANCA P positivo, tratada con corticoides. Disnea CF II de 2 años evolución. Ante perfil reumatológico negativo se sospecha patología oncológica por TACAR y PET con múltiples ganglios con captaciones patológicas nodulares y ganglionares. Solicitan evaluación prequirúrgica para realizar biopsia pulmonar y ganglionar. Presenta descompensación por disnea progresiva CF IV con signos de IC descompensada. Perfil hemodinámico: húmedo-tibio. Ingres a UCO para estudio y tratamiento: TA 200/100 mmHg. IY y RHY+. Rales crepitantes bibasales. edemas de ambos MMII. Signos de congestión pulmonar severa.



Respuesta favorable a diuréticos de asa y vasodilatadores endovenosos. Mejoría de congestión y valores tensionales. ETT: Estenosis mitral reumática severa, con área valvular mitral de 1,1 cm<sup>2</sup> por planimetría y 0,97 cm<sup>2</sup> por T½P, gradiente medio de 15 mmHg, presión sistólica estimada de la arteria pulmonar de 53 mmHg, aurícula izquierda dilatada (volumen 59 ml/m<sup>2</sup> y área 28 cm<sup>2</sup>), insuficiencia mitral moderada-severa e insuficiencia tricuspídea moderada-severa (vena contracta 6,6 mm), con función ventricular derecha conservada (FEVI/TAPSE conservados) Cateterismo derecho: Hipertensión pulmonar precapilar y poscapilar severa con resistencias sistémicas y pulmonares elevadas y gasto cardíaco conservado. Cinecoronariografía sin lesiones significativas. Biopsia de ganglio cervical: sin atipia. Se programa ETE 3D para Reemplazo valvular mitral por Score de Wilkins no favorable para Valvuloplastia. **MENSAJES CLAVES** Este caso ilustra cómo la estenosis mitral reumática —cada vez menos frecuente en regiones con baja prevalencia de fiebre reumática— puede permanecer inadvertida como causa unificadora de disnea, hemoptisis y fenómenos embólicos. La disminución de su incidencia y el cambio en el perfil de valvulopatías contribuyeron a que no se sospechara en el abordaje inicial, demorando el reconocimiento de que todos los síntomas respondían a una misma fisiopatología valvular.

## TROMBO FLOTANTE AÓRTICO: MÁS ALLÁ DE LO ESPERADO

Unidad Temática: TOMOGRAFÍA COMPUTADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA · Unidad Temática 2: MULTI-IMAGEN

NAVARRO, Candela Belén | DALMAU GONZALEZ-GALLARZA, Regina  
| GUZMÁN MARTINEZ, Gabriela

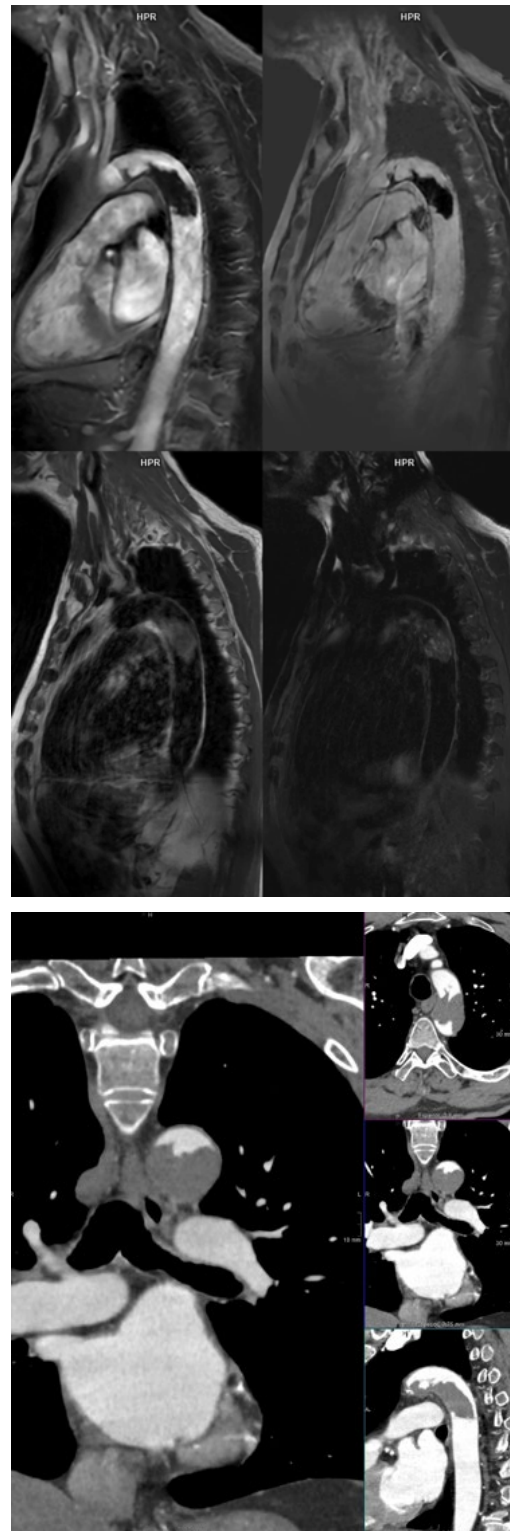
► Hospital Universitario  
La Paz

### INTRODUCCIÓN

Los trombos flotantes de la aorta torácica representan una entidad poco frecuente, asociada a un elevado riesgo de embolización sistémica. Suelen presentarse en pacientes sin enfermedad aterosclerótica significativa, lo que plantea desafíos diagnósticos y terapéuticos. La etiología es variable e incluye estados protrombóticos, procesos inflamatorios y, en raras ocasiones, infiltración tumoral. En este contexto, la caracterización adecuada de la lesión resulta fundamental para diferenciar trombos recientes de otras entidades como masas tumorales o trombos organizados, con implicancias directas en la conducta terapéutica.

### DESCRIPCIÓN

~Antecedentes patológicos: HTA, DLP, Exfumador. ~Descripción: Paciente masculino de 68 años acude por sus propios medios a urgencias de nuestro hospital luego de alta voluntaria tras permanecer un día ingresado en otro nosocomio por dolor súbito en miembro superior derecho que no se asocia al movimiento ni a traumatismos, junto con hipertensión arterial, donde se le diagnostica un trombo en cayado aórtico distal y aorta torácica descendente con estenosis de la luz distal y se lo trata con enoxaparina. Al llegar a nuestro hospital persiste con dolor y se le realiza nuevo angio-TC que describe hallazgos compatibles con trombo flotante adherido a la pared caudal de cayado distal (a 5 mm distal de la arteria subclavia izquierda) y con extensión a la aorta descendente proximal adherido a la pared anterolateral izquierda con una estenosis aproximada del 70%. Los marcadores tumorales dieron negativos y el perfil trombofílico no se realizó por venir previamente anticoagulado. Se trató con pulso e infusión continua de heparina y a las 48hs se rotó a enoxaparina. El paciente evolucionó clínicamente estable y sin signos de sangrado activo. Once días después del ingreso y del tratamiento anticoagulante se le realizó una angio-RMN donde se objetiva la imagen descrita previamente que no muestra perfusión de contraste, ni realce precoz y tardío, sugestivo de trombo flotante adherido de la aorta de cronología reciente-subagudo, con ligera disminución de tamaño de la porción más proximal respecto a TC previa. Se realizó resección de trombo de aorta torácica por medio de toracotomía izquierda y colocación de endoprótesis vascular TEVAR. La anatomía patológica informó hallazgos compatibles con linfoma B de células grandes asociado a virus de Epstein Barr en el seno de un trombo (90% necrosis y fibrina, 10% células atípicas).

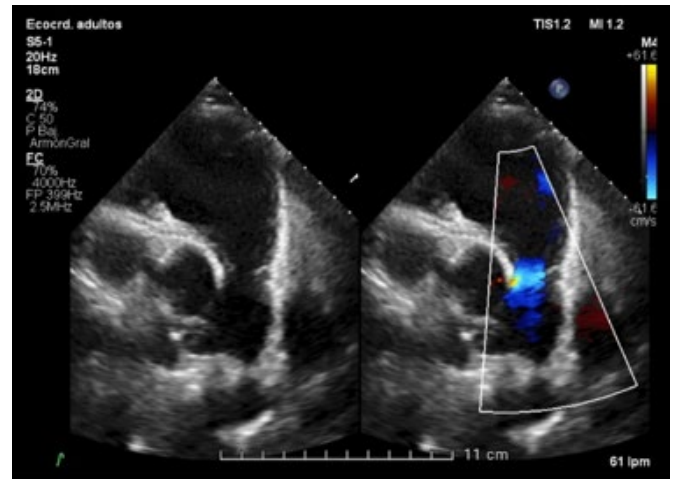
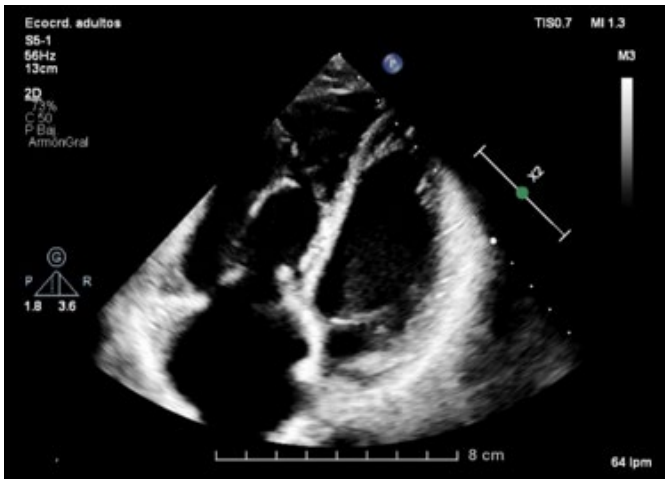


## ENFERMEDAD CARDÍACA CARCINOIDE: HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS Y CASO CLÍNICO DE AFECTACIÓN VALVULAR DERECHA

Unidad Temática: **ECOCARDIOGRAFÍA** · Unidad Temática 2: **VALVULOPATÍAS**

CASTRO SAYAT, Eugenia Lisette | REY PRIETO, Lourdes | SALMO, José Fabián

 Fundación Favaloro



### INTRODUCCIÓN

El síndrome carcinoide es un conjunto de síntomas producido por tumores neuroendocrinos con metástasis hepáticas. La incidencia global de tumores carcinoides se estima entre 2 a 5 casos por cada 100.000 habitantes/año, siendo los productores de serotonina responsables de alrededor del 15% de los casos. Estos tumores pueden secretar hormonas como la serotonina, que al llegar a la circulación sistémica generan síntomas como rubor facial, diarrea, broncoespasmo y compromiso cardíaco. La afectación cardíaca se presenta en aproximadamente el 70% de los pacientes, y se debe a los depósitos fibróticos en forma de placas que comprometen preferentemente el endocardio y las válvulas derechas (tricúspide y pulmonar), ocasionando principalmente insuficiencia tricúspide y/o enfermedad pulmonar. El compromiso valvular izquierdo es infrecuente, pero suele asociarse a cortocircuitos de derecha a izquierda o al carcinoide de localización broncopulmonar. Estas complicaciones empeoran notablemente el pronóstico a largo plazo por el riesgo de insuficiencia cardíaca y aumento de la morbilidad independientemente de la progresión del tumor, por lo que el reemplazo valvular en pacientes sintomáticos constituye la intervención más efectiva. La ecocardiografía transtorácica se posiciona como el método de elección tanto para el diagnóstico, la evaluación del compromiso valvular, el apoyo en la toma de decisiones terapéuticas y el seguimiento de la cardiopatía carcinoide.

### DESCRIPCIÓN

Mujer de 54 años con tumor neuroendocrino de intestino delgado y múltiples metástasis hepáticas diagnosticado en 2022. Inicia desde el año previo con síntomas de diarrea, rubor facial y palpitaciones, lo que motiva la consulta. Mediante estudios de imágenes (ecografía, RMN y centellograma) se identificó una lesión ileal mesentérica de 31×49 mm y múltiples lesiones hepáticas hipervasculares. Se realizó una enterectomía parcial y resección hepática con confirmación histológica de tumor productor de serotonina, por lo que se indicó tratamiento con lanreótide. En el ecocardiograma se evidenció dilatación de aurícula y ventrículo derechos con disfunción sistólica leve (TAPSE 17 mm) y aplanamiento diastólico septal. Las válvulas tricúspide (Figura 1) y pulmonar se encontraban engrosadas con marcada restricción de la movilidad de sus valvas y falta de coaptación, generando insuficiencia tricúspide y pulmonar severas (Figura 2). Cateterismo derecho sin hipertensión pulmonar significativa (aurícula derecha 14/16 mmHg, arteria pulmonar 15/4 mmHg). La paciente evolucionó estable clínicamente, sin disnea ni signos de insuficiencia cardíaca, permaneciendo en seguimiento por cardiología y equipo multidisciplinario con conducta quirúrgica expectante. Conclusión: La cardiopatía carcinoide puede generar afectación valvular derecha severa, siendo la ecocardiografía transtorácica fundamental para la evaluación anatómica y funcional. El manejo óptimo requiere un enfoque multidisciplinario, y la detección temprana de la disfunción valvular permite planificar intervenciones oportunas y mejorar el pronóstico a largo plazo. Este caso resalta la importancia de integrar hallazgos clínicos e imagenológicos para guiar decisiones terapéuticas en pacientes con síndrome carcinoide.

## CENTELLOGRAMA PULMONAR COMO HERRAMIENTA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN TEP CRÓNICO

Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA NUCLEAR** · Unidad Temática 2: **MULTI-IMAGEN**

PINTO SAHONERO, Gerania Esteffy | CARVELLI, María Victoria |  
GOBBO, Magali | MERETTA, Alejandro Horacio | MASOLI, Osvaldo H.

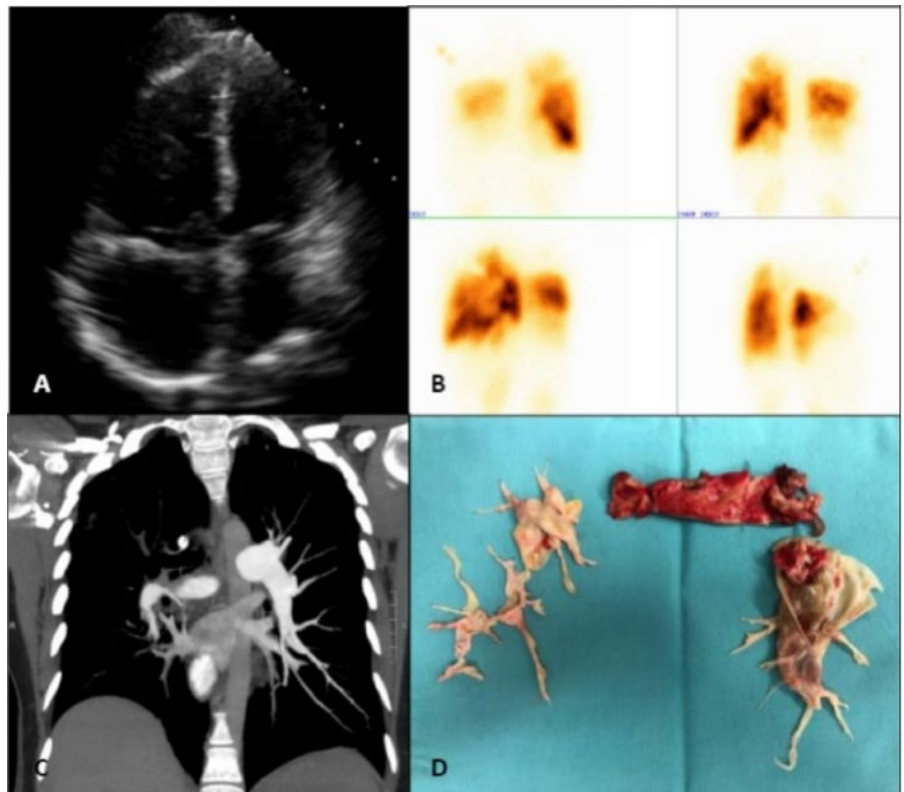
► Instituto Cardiovascular  
de Buenos Aires

### INTRODUCCIÓN

La mayoría de los pacientes se recuperan después de un episodio de tromboembolismo pulmonar (TEP), sin embargo, en un pequeño porcentaje, los coágulos residuales permanecen adheridos, lo que lleva al desarrollo de fibrosis, aumentando la resistencia de la vasculatura pulmonar que resulta en hipertensión pulmonar tromboembólica crónica. Los síntomas en estos pacientes son inespecíficos y pueden permanecer asintomáticos durante varios años, antes de recibir el tratamiento necesario, siendo la conducta quirúrgica la que disminuye la alta tasa de mortalidad en estos pacientes. La angiografía pulmonar es el estándar para el diagnóstico de TEP, siendo el centellograma V/Q la modalidad de cribado de primera línea, con sensibilidad del 97% y especificidad del 90-95%, al evidenciar defecto de perfusión con ventilación conservada (mismatch). En nuestra experiencia el centellograma junto a la angiotomografía pulmonar fueron de utilidad para el abordaje quirúrgico, realizar el seguimiento y evaluar la respuesta al tratamiento. Presentamos un caso de multimagen diagnóstica en una paciente con hipertensión pulmonar tromboembólica crónica.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 39 años, sin factores de riesgo, ni antecedentes cardiovasculares, con anticoncepción oral de larga data y anticoagulación por trombosis venosa profunda, habiéndose descartado trombofilia. Posteriormente presentó disnea en CF II progresiva. Se realizó ecodoppler cardíaco que evidenció dilatación de cavidades derechas, deterioro de la función sistólica del ventrículo derecho (TAPSE 15 mm) e hipertensión pulmonar (PSAP 80 mmHg), (Figura 1A). El centellograma pulmonar V/Q, informó defectos severos de perfusión en ambos lóbulos inferiores y superiores, con ventilación conservada, (Imagen 1B). AngioTC (Imagen 1C) y angiografía pulmonar concordantes, confirmando tromboembolismo pulmonar crónico bilateral. El cateterismo cardíaco derecho mostró hipertensión pulmonar se-



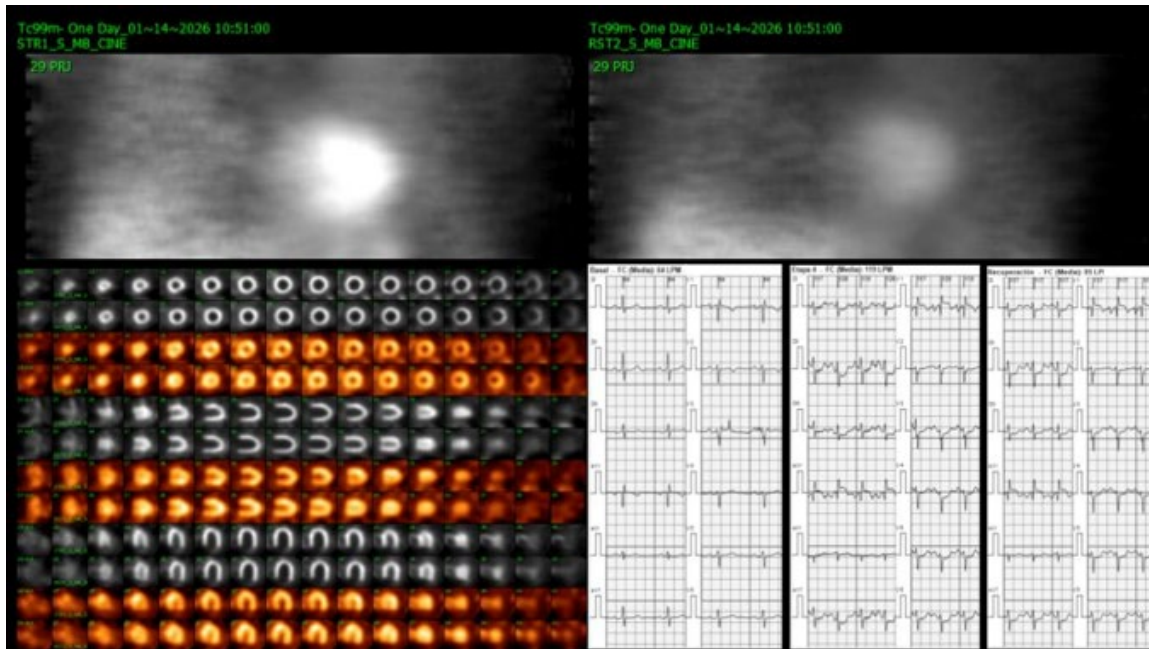
vera (PAPm 52 mmHg, PCP 12 mmHg, RVP 14 UW). Intercurre con hemoptisis donde evolucionó con shock cardiogénico y falla del ventrículo derecho. Se realizó angioplastia con balón a arteria pulmonar, requirió ARM prolongada y fue derivada a nuestro centro para resolución quirúrgica. Se realizó tromboendarterectomía bilateral sin complicaciones, (Imagen 1D). Evolucionó de manera favorable con reducción de dimensiones de cavidades derechas observadas en ecodoppler cardíaco de control. Posteriormente se otorgó el alta sanatorial con anticoagulación. A los 6 meses de control el centellograma V/Q evidenció aperfusión del lóbulo superior derecho con mejoría del resto de los segmentos pulmonares (Imagen 2) y se observó reducción de la PAPm (28 mmHg) en cateterismo cardíaco derecho. El acceso inicial a centellograma V/Q fue clave para realizar el diagnóstico de TEP crónico, además de evaluar el terreno vascular junto con la angio TC permitiendo planificar el abordaje quirúrgico optimizando los tiempos acorde a la extensión del defecto de perfusión.

## SUPRADESNIVEL ST EN AVR + PERFUSIÓN HOMOGÉNEA: UNA COMBINACIÓN DE ALTO RIESGO

Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA NUCLEAR** · Unidad Temática 2: **CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**

PONTI ULIANA, Gabriel | GOBBO, Magali | CARVELLI, María Victoria |  
MERETTA, Alejandro Horacio | MASOLI, Osvaldo H.

 Instituto Cardiovascular  
de Buenos Aires



### INTRODUCCIÓN

La Cardiopatía isquémica posee diversas presentaciones, siendo en algunos casos difícil arribar a una única interpretación. En este caso clínico se cita un paciente el cual presenta antecedente de CRM y posteriormente Supradesnivel del segmento ST en AVR durante PEG en contexto de SPECT.

### DESCRIPCIÓN

A continuación se presenta el caso de un paciente varón de 71 años de edad, 90 kg, 160 cm, como factor de riesgo cardiovascular dislipemia. Antecedentes cardiovasculares: Portador de Fibrilación Auricular persistente, 2012 CRM LIMA-DA, RIMA-Cx-Cx por lesión severa de 3 vasos en contexto de Angina de reciente comienzo con PEG positiva para Infradesnivel-ST 2mm. Luego de 14 años acude derivado de consultorio externo a servicio de Medicina Nuclear para realizar perfusión miocárdica con Esfuerzo por presentar dolor anginoso subintrante de semanas de evolución. Al momento de su ingreso se encontraba asintomático, en tratamiento con Allopurinol, Rosuvastatina, Amiodarona, Acenocumamol, Pantoprazol, Bisoprolol. Se realizó estudio de perfusión mediante SPECT con apremio cicloergométrico hasta 600 Kgm/min a 4,6 Mets, ITT 20740 (FC.Máx 122, TAS.Máx 170) siendo positivo a máximo apremio para Angor con Infradesnivel del ST descendente de 2mm en precordiales y Supradesnivel ST en AVR

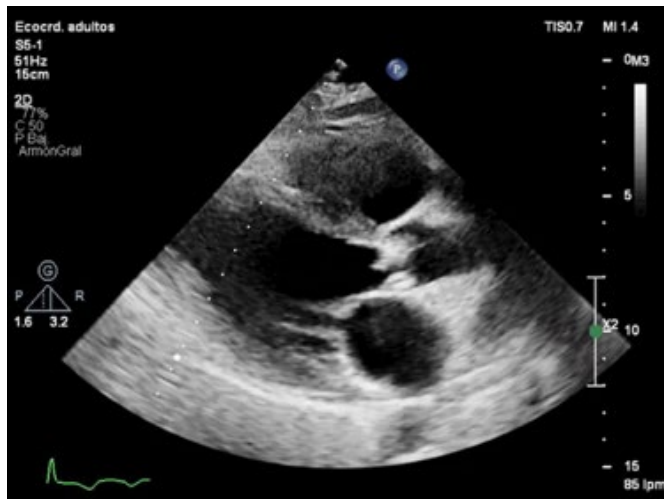
persistente hasta recuperación tardía. En la imagen de perfusión no se evidenció desarrollo de isquemia ni secuela de necrosis, Fey conservada en Esfuerzo 76% y en Reposo 78% sin dilatación transitoria; sin embargo se observó captación pulmonar de MIBI como criterio de alto riesgo. Se derivó a Guardia Médica donde se realizó CCG que evidencia RIMA a CX ocluida con ATC a CX nativa fallida, por lo que se instauró puente con Tirofiban. Durante la evolución presentó IAMSEST decidiéndose CRM puente venoso Cx-Cx, con requerimiento de bomba de circulación extracorpórea por dificultad de completar disección mediastinal. Evolucionó con Shock mixto, Séptico + Cardiogénico, con falla de VD, con buena respuesta al tratamiento antibiótico, inotrópico y vasoactivo (Noradrenalina y Vasopresina). Conclusiones: El caso presentado ilustra la complejidad en el diagnóstico y manejo de la cardiopatía isquémica, especialmente en pacientes con antecedentes de revascularización. La presencia de supradesnivel del segmento ST en aVR con perfusión homogénea no debe subestimarse; La captación pulmonar de MIBI actuó como predictor de eventos, su reconocimiento junto a la clínica y ECG permitió una rápida derivación a Guardia Médica. Este caso subraya la importancia de una interpretación integral de los hallazgos clínicos, electrocardiográficos y de perfusión miocárdica en pacientes de alto riesgo, así como la necesidad de una rápida actuación diagnóstica y terapéutica para optimizar los resultados en la cardiopatía isquémica compleja.

## ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR DE ORIGEN ACTÍNICO: UN DAÑO SILENTE CON CONSECUENCIAS CARDIOVASCULARES TARDÍAS

Unidad Temática: **CARDIO-ONCOLOGÍA** · Unidad Temática 2: **CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**

LOGARZO, Camila | LAX, Jorge Alberto | PAPANTONIOU, Alonso |  
BECK, Martín Alejandro | COLLA, Carlos Julián

► Hospital De Agudos  
Dr. Cosme Argerich



### INTRODUCCIÓN

La radioterapia es administrada a más del 50% de los pacientes oncológicos y representa un pilar esencial en el tratamiento del cáncer. Sin embargo, se asocia a complicaciones cardiovasculares significativas –tanto agudas como crónicas– que incrementan la morbimortalidad en los supervivientes. El linfoma de Hodgkin y el cáncer de mama son las patologías más frecuentemente vinculadas a cardiotoxicidad por irradiación torácica, cuyas principales manifestaciones incluyen enfermedad coronaria, valvulopatías y disfunción miocárdica, pudiendo presentarse años o décadas después del tratamiento. Una vez instaladas, el diagnóstico frecuentemente tardío y la magnitud de su compromiso cardiovascular condicionan un pronóstico desfavorable, con escaso margen terapéutico en los casos más avanzados. Por ello, la estratificación del riesgo, el seguimiento estructurado y la detección precoz resultan fundamentales para modificar el curso de la enfermedad en esta población.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 42 años con antecedente de linfoma de Hodgkin tratado con quimioterapia y radioterapia cervical y torácica a los 21 años (2002). En 2020, en contexto de angina crónica estable, se realizó angioplastia con implante de stents en arteria descendente anterior y coronaria derecha, con enfermedad residual en arteria circunfleja. En el año 2025 acude a consultorios externos por disnea y angor en clase funcional II de seis me-

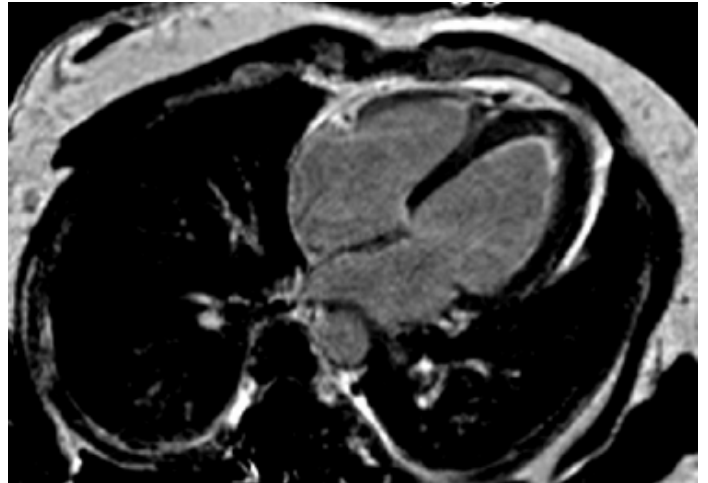
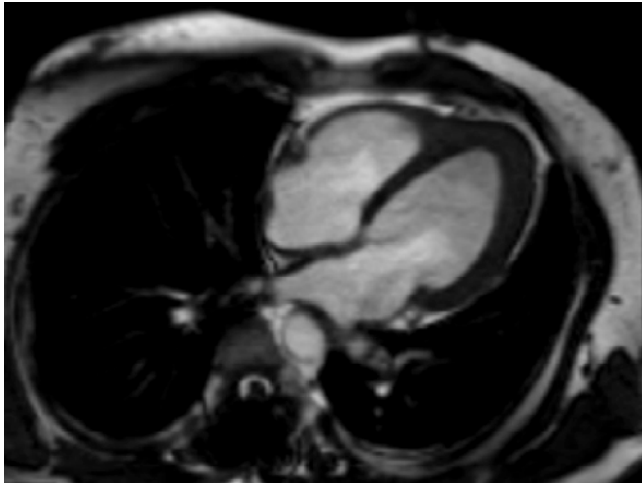
ses de evolución, decidiéndose su internación para evaluación por Heart Team. Durante la misma se realizó ecocardiograma Doppler transtorácico y resonancia magnética cardíaca, que evidenciaron función sistólica conservada, enfermedad aórtica severa con fibroelastoma papilar adherido a valva coronariana derecha, insuficiencia mitral severa secundaria a restricción de la valva posterior (OREA 0,37 cm<sup>2</sup>, volumen regurgitante 67 ml) y derrame pericárdico laminar. Se optimizó el tratamiento médico e inició anticoagulación por el fibroelastoma. Se realizó cinecoronariografía control que evidenció permeabilidad de los stents previos y nueva lesión ostial severa (80%) en arteria circunfleja. En Heart Team se decidió realizar reemplazo valvular aórtico y mitral combinado con revascularización quirúrgica de arteria circunfleja. La paciente evolucionó en el postoperatorio inmediato con shock mixto refractario al tratamiento médico, constatándose su óbito dentro de las 24 horas posteriores a la intervención. La cardiotoxicidad secundaria a radioterapia constituye una complicación grave y frecuentemente subestimada en supervivientes de cáncer, con un período de latencia que puede superar las dos décadas. Si bien los tratamientos percutáneos representan una alternativa prometedora para el manejo de la enfermedad coronaria o valvular aislada, la coexistencia de múltiples lesiones cardiovasculares y la edad de presentación fueron determinantes en la indicación de cirugía combinada en nuestra paciente. Este caso refuerza la necesidad de un seguimiento activo, multidisciplinario e individualizado en todos los pacientes con antecedentes de irradiación torácica.

## EL APEX EN CRISIS DE IDENTIDAD: ENDOMIOCARDIOFIBROSIS VS MIOCARDIOPATÍA HIPERTROFICA APICAL EN UNA LIPODISTROFIA TIPO IV

Unidad Temática: MIOCARDIOPATÍAS · Unidad Temática 2: MULTI-IMAGEN

ALCARAZ, Diego Martín Nicolás | CARRERO, María Celeste |  
DE STEFANO, Luciano | STUTZBACH, Pablo Guillermo

► Sanatorio  
Las Lomas



### INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de una paciente joven con antecedente de lipodistrofia parcial tipo 4 y hallazgos de engrosamiento apical.

### DESCRIPCIÓN

Se presenta el caso de una paciente de 47 años con factores de riesgo cardiovascular hipertensión arterial, diabetes no insulino dependiente, dislipemia, sobrepeso, enfermedad renal crónica y antecedente de padre con síndrome coronario a los 47 años. La paciente refería lipodistrofia parcial tipo IV e hipotiroidismo. En contexto de riesgo quirúrgico para un hemitiroidectomía (quistes), se le solicitan estudios complementarios- Se realiza un electrocardiograma que demuestra ritmo sinusal con signos de HVI. En el ecocardiograma presenta dimensiones y función sistólica de ambos ventrículos preservada con un llamativo engrosamiento difuso de los segmentos apicales del ventrículo izquierdo (lateroapical 13 mm segmento septal medio 13 mm) y disfunción diastólica grado III con dilatación leve de aurícula izquierda. Ante dichos hallazgos con posibles diagnósticos diferenciales de miocardiopatía hipertrófica apical vs endomiocardiopatía se decidió solicitar una resonancia cardíaca. Dicho estudio demostró volúmenes y fracción de eyección de ambos ventrículos conservados y corroboró el aumento de los espesores apicales de ambos ventrículos. En la caracterización tisular se evidencia imagen de trombo en ventrículo derecho. Además presentaba T1 mapping nativo prolongado y realce tardío de gadolinio subendocárdico apical. Dichos hallazgos si bien eran compatibles con fibrosis endomiocárdica, no se des-

carta miocardiopatía hipertrófica apical con trombo. En base a los antecedentes clínicos y a los hallazgos de imágenes dado el antecedente de un síndrome cardiometabólico complejo asociado a lipodistrofia parcial tipo IV, la presencia de engrosamiento apical del ventrículo izquierdo planteó inicialmente el diagnóstico diferencial entre miocardiopatía hipertrófica apical y endomiocardiopatía. Si bien la morfología ventricular podría sugerir un fenotipo hipertrófico, la caracterización tisular mediante resonancia magnética cardíaca demostró hallazgos menos compatibles con miocardiopatía hipertrófica clásica, destacándose el realce tardío subendocárdico apical, el T1 mapping prolongado y la presencia de trombosis intracavitaria, elementos que orientan hacia compromiso endocárdico fibrótico con fisiopatología restrictiva más que hacia hipertrofia miocárdica primaria. Existe bibliografía que describe que el estado metabólico proinflamatorio y profibrótico asociado a la lipodistrofia (resistencia insulínica severa, lipotoxicidad y remodelado extracelular) podría favorecer el desarrollo de fibrosis endomiocárdica y remodelado ventricular apical, generando un fenotipo estructural imitador de miocardiopatía hipertrófica. En este contexto, se reinterpretó como diagnóstico más probable la fibrosis endomiocárdica apical. Conclusión: En esta paciente la integración de los hallazgos clínicos con multimodal sugiere que la hipertrofia apical observada representa una pseudo-hipertrofia secundaria a fibrosis endomiocárdica más que una miocardiopatía hipertrófica verdadera. Este caso ilustra cómo las enfermedades metabólicas raras pueden generar fenotipos cardiomiopáticos imitadores y destaca el rol central de la resonancia cardíaca en la caracterización tisular y la toma de decisiones clínicas.

## ANOMALÍA DEL ORIGEN DE LA ARTERIA CORONARIA IZQUIERDA: UN HALLAZGO INESPERADO QUE IMPLICA RIESGO DE MUERTE SÚBITA EN UNA NIÑA APARENTEMENTE SANA

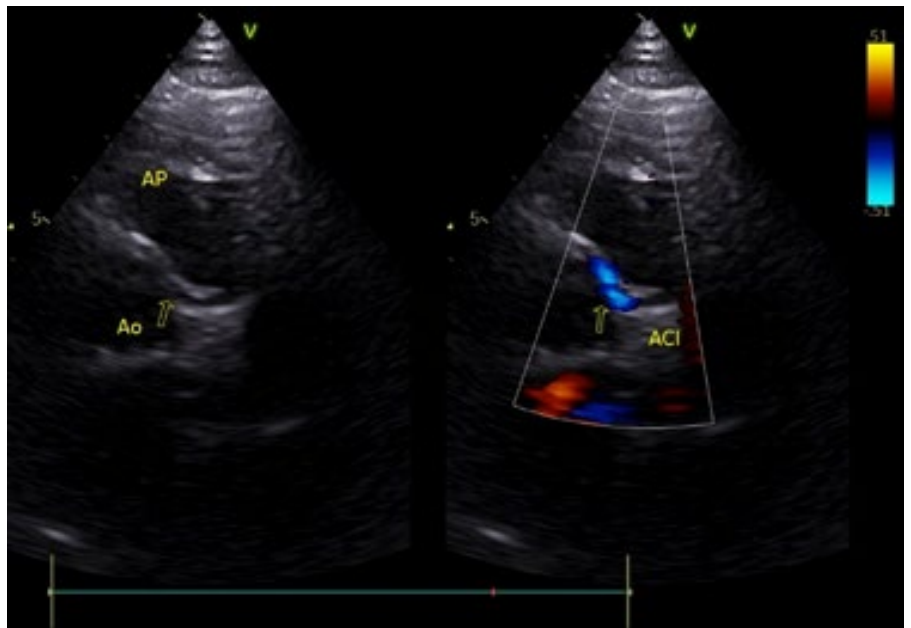
Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA** · Unidad Temática 2: **MULTI-IMAGEN**

CERRUTI, Daniel | EITO, Ignacio Roberto | MIRANDA, Rita María Paula |  
LOPEZ DANERI, Mariana Alejandra | GUTIÉRREZ, Augusto Jorge

Hospital  
Universitario Austral

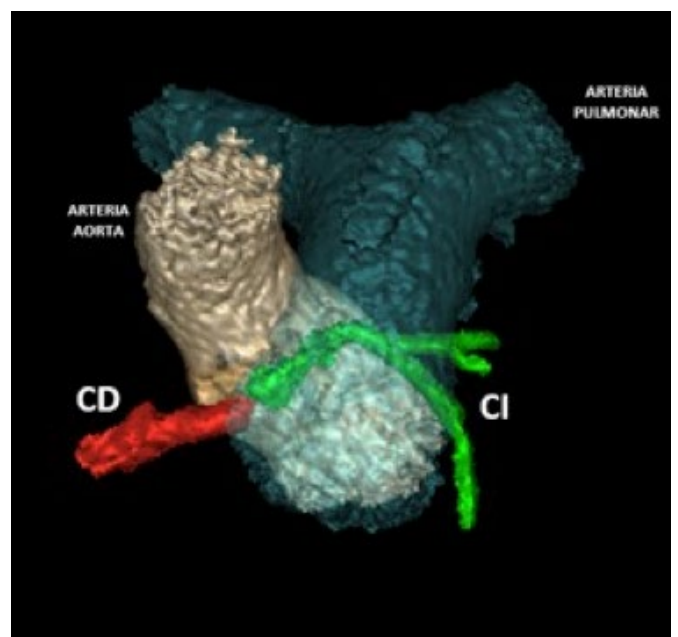
### INTRODUCCIÓN

El origen anómalo aórtico de la arteria coronaria izquierda (Anomalous aortic origin of the coronary arteries (AAOCA)), es una anomalía cardíaca congénita poco frecuente, pero de mucha relevancia clínica por el riesgo de muerte súbita que implica en atletas jóvenes. Después de la miocardiopatía hipertrófica, es una de las causas más frecuentes de muerte súbita, representando el 8.5 % de las mismas. Existen características de mayor riesgo, como puede ser el trayecto interarterial o intramural de la arteria coronaria, ostium en hendidura, o ángulo agudo en el recorrido arterial. Durante el esfuerzo físico se genera compresión extrínseca de la arteria coronaria, generando isquemia y arritmias ventriculares.



### DESCRIPCIÓN

Se presenta el caso clínico de una paciente de 11 años de edad, que concurre a control cardiológico predeportivo. No presenta antecedentes cardiovasculares personales ni familiares de relevancia, asintomática para angor y disnea, con buena capacidad funcional. Examen físico cardiovascular normal, ECG con ritmo sinusal, índice de Sokolow-Lyon de 40mm, por lo que se realiza ecocardiograma Doppler color (Equipo GE Vivid T8) Se observa arteria coronaria izquierda originándose del seno derecho, con trayecto interarterial vs intramural. Resto del estudio sin particularidades. Se solicita AngioTAC coronaria para caracterización de la lesión. La misma confirma arteria coronaria izquierda originándose del seno derecho en ángulo agudo de 38° con trayecto interarterial entre la aorta y el tronco pulmonar. Da origen a la descendente anterior y a la arteria circunfleja. Se completa evaluación con ecocardiograma bajo estrés de ejercicio con cicloergómetro con resultado normal, sin isquemia ni arritmias. Por tratarse de una paciente asintomática con anomalía de coronaria izquierda y anatomía desfavorable (CI originándose de seno coronario derecho en ángulo agudo y trayecto interarterial) tiene indicación de corrección IIA, nivel de evidencia C. Este caso destaca la importancia de, al realizar un ecocardiograma doppler color, no olvi-



dar evaluar esquemáticamente el patrón coronario, como una forma de prevención de muerte súbita, siendo este método, el primer estudio por imágenes que puede acercarse al diagnóstico.

## PSEUDOANEURISMA DE LA FIBROSA MITROAÓRTICA COMO COMPLICACIÓN DE ENDOCARDITIS PROTÉSICA: APORTES DE LA MULTIMODALIDAD EN UN ESCENARIO DIAGNÓSTICO COMPLEJO

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN · Unidad Temática 2: ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA

MECCO, Juan Ignacio | BARBIERI, María Alejandra | MARIGO, Claudio  
| MARTIN, Ma. Celeste | ABRAHAM, Marcelo

► Hospital Provincial  
de Rosario

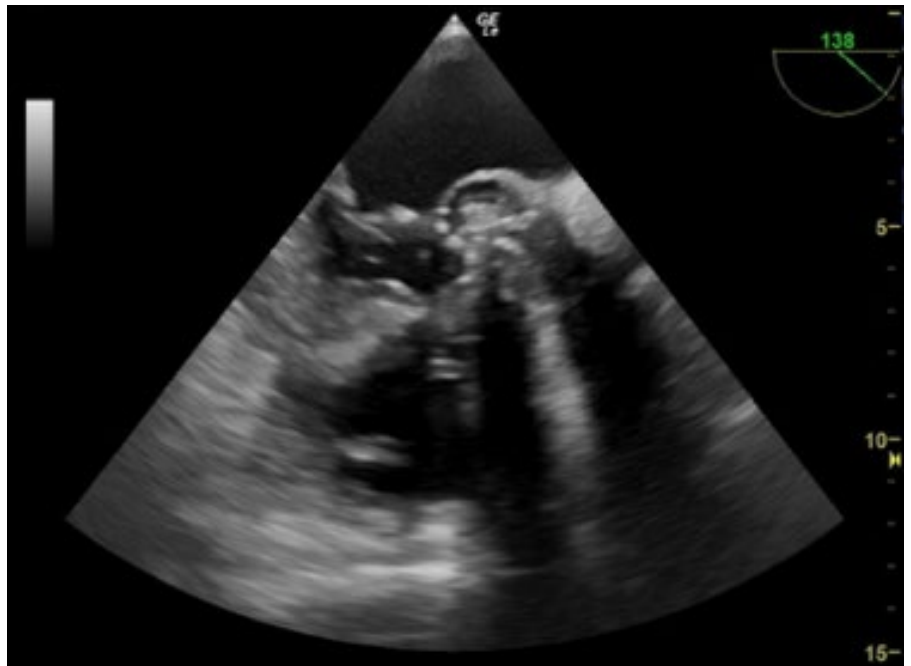
### INTRODUCCIÓN

La endocarditis infecciosa sobre prótesis valvulares continúa siendo una entidad de alta morbimortalidad, especialmente cuando se asocia a complicaciones perivalvulares. La identificación precoz de abscesos y pseudoaneurismas resulta fundamental, aunque puede verse limitada por artefactos en métodos convencionales. Presentamos un caso donde la multimodalidad en imágenes permitió caracterizar una complicación infrecuente con implicancias terapéuticas urgentes.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 57 años, con antecedentes de hipertensión arterial y reemplazo valvular aórtico mecánico en 2023 mediante procedimiento de Bentall, reintervenido 2 meses después por endocarditis protésica con absceso perivalvular.

Consulta por disnea súbita en clase funcional IV, en contexto de síndrome anémico y melena de un mes de evolución. Al ingreso presenta anemia moderada (Hb 7.9 g/dl), leucocitosis con neutrofilia, reactantes de fase aguda elevados y coagulopatía significativa. Se realiza angio-TC de tórax que descarta tromboembolismo pulmonar, evidenciando como hallazgo relevante imagen sacular de 44 x 15 mm en aorta ascendente próxima a la raíz, asociada a flap sugestivo de disección y hematoma perilesional con extensión mediastinal, generando compresión extrínseca del tronco de la arteria pulmonar. Se observan además múltiples infartos esplénicos en diferentes estadios evolutivos. El ecocardiograma transtorácico informa prótesis aórtica normofuncionante sin hallazgos concluyentes. Evolucionó con registro febril, iniciándose antibioticoterapia empírica tras toma de hemocultivos, los cuales resultan positivos para *Enterococcus faecalis*. Ante sospecha de endocarditis infecciosa se solicitó ecocardiograma transesofágico,



el cual evidencia pseudoaneurisma de la fibrosa mitroaórtica con material en su interior compatible con absceso perivalvular con drenaje espontáneo al tracto de salida del ventrículo izquierdo. Se interpreta el cuadro como endocarditis protésica complicada con pseudoaneurisma de la continuidad mitroaórtica, absceso perivalvular drenado, embolias sépticas esplénicas y compromiso estructural de la raíz aórtica. Evolucionó con trastornos de conducción de reciente aparición (bloqueo auriculoventricular de primer grado asociado a bloqueo completo de rama derecha), reforzando la sospecha de compromiso perivalvular. Se reinterpreta el cuadro como endocarditis protésica complicada con pseudoaneurisma de la continuidad mitroaórtica, absceso perivalvular drenado, embolias sépticas esplénicas y compromiso estructural de la raíz aórtica. El paciente fue derivado para resolución quirúrgica urgente. Durante el acto operatorio se confirmó la extensa destrucción de la raíz aórtica y de la continuidad mitroaórtica previamente sugerida por las imágenes, resultando técnicamente irreparable, con evolución a óbito intraoperatorio.

## DESPUÉS DEL NEUMOCOCO, LA CONSTRICCIÓN: ROL DECISIVO DE LA RMC EN LA DECISIÓN TERAPÉUTICA

Unidad Temática: TOMOGRAFÍA COMPUTADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA

MOREL, Iván | LOZA ROSSI, Gimena | LEQUINI, Nahia | RAMOS MALCUORI, Camila | FLORIO, Lucía

► Unidad Académica Cardiología, Hospital de Clínicas

### INTRODUCCIÓN

La pericarditis constrictiva (PC) es una entidad caracterizada por el engrosamiento, fibrosis y/o calcificación del pericardio que pierde su distensibilidad normal, limitando el llenado ventricular y generando insuficiencia cardíaca derecha progresiva con presiones de llenado elevadas e igualadas. Las causas infecciosas bacterianas representan una minoría de los casos en el mundo occidental, siendo *Streptococcus pneumoniae* el agente más frecuente. Esta es excepcional en la era antibiótica, y frecuentemente se desarrolla en el contexto de pericarditis purulenta con mortalidad muy elevada. La cardiorenancia magnética cardíaca (C-RNM) se ha consolidado como el estándar de referencia para el diagnóstico de la PC, con elevada sensibilidad y especificidad. Permite demostrar el engrosamiento pericárdico y elementos de fisiología constrictiva, como también detectar inflamación pericárdica activa, información crítica para guiar la conducta terapéutica: en presencia de inflamación residual, el tratamiento médico intensivo puede revertir la constrictión antes de plantear pericardiectomía.

### DESCRIPCIÓN

Hombre de 55 años, con antecedente de enfermedad de Parkinson, sin factores de riesgo cardiovascular. Consulta por dolor torácico y anasarca. El electrocardiograma es compatible con pericarditis aguda; se realiza ecocardiograma transtorácico (ETT) inicial que evidencia derrame pericárdico severo, circunferencial (22 mm) sin colapso de cavidades derechas, vena cava inferior (VCI) 24 mm sin colapso inspiratorio. Se realiza pericardiocentesis de urgencia y posterior ventana pericárdica, obteniéndose líquido pericárdico purulento; el cultivo desarrolla *Streptococcus pneumoniae* multisensible. Se diagnostica pericarditis bacteriémica purulenta de adquisición comunitaria, comienza antibioticoterapia dirigida. Durante la internación prolongada en cuidados moderados, a los 28 días del ETT inicial, presenta reingreso a unidad de cuidados intensivos por insuficiencia cardíaca derecha. Se realiza ETT que evidencia elementos de fisiología constrictiva (figura 1). Se diagnostica pericarditis constrictiva y se inicia tratamiento antiinflamatorio con Colchicina, Prednisona e Ibuprofeno, con adecuada respuesta

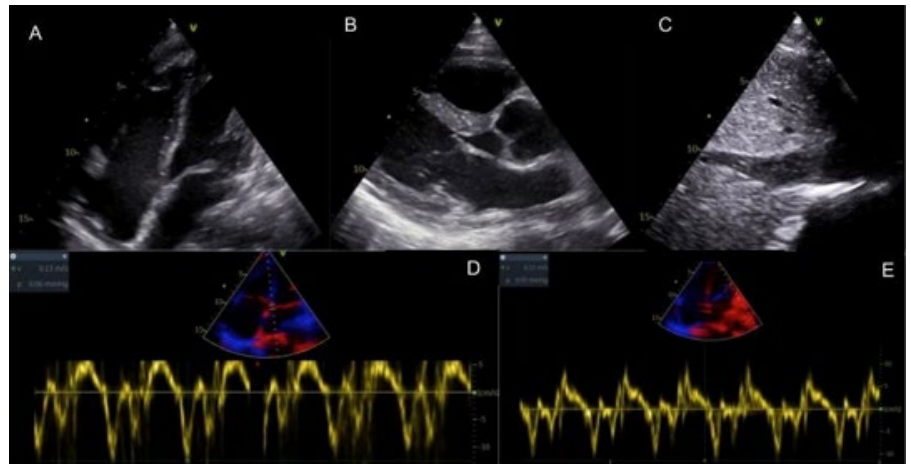


Figura 1. Ecocardiograma transtorácico: A y B) Se evidencia rebote septal C) VCI 30 mm sin colapso inspiratorio D y E) fisiología constrictiva dado por annulus reversus

clínica, recibiendo el alta hospitalaria a los 51 días del ingreso inicial. Recibe antibioticoterapia dirigida por 5 semanas con buena evolución. Se realiza C-RNM en equipo de 1,5 Tesla con protocolo completo (cine en eje corto, 2, 3 y 4 cámaras; secuencias T1, T2, perfusión y realce tardío) a los 60 días del evento inicial, que evidencia (Figura 2): pericardio levemente engrosado (máximo 4,6 mm), con VCI dilatada (27 mm). En las secuencias de cine presenta rebote septal como signo directo de constrictión. Las secuencias T2 muestran aumento de la intensidad de señal pericárdica, y las de realce tardío con gadolinio demuestran captación pericárdica difusa, ambos hallazgos compatibles con inflamación pericárdica residual activa. No se observa edema miocárdico ni realce tardío en el miocardio. El estudio confirmó el diagnóstico de pericarditis constrictiva postinfecciosa e identificó un hallazgo de implicancia terapéutica crítica: la existencia de inflamación pericárdica residual activa. Esta distinción entre constrictión con inflamación activa versus constrictión fibrótica establecida no es accesible por ninguna otra modalidad de imagen con la misma precisión, y define un punto de bifurcación terapéutica entre tratamiento médico antiinflamatorio intensivo con posibilidad de reversión versus resolución quirúrgica a través de pericardiectomía. En este paciente, dichos hallazgos determinaron la adopción de una conducta expectante bajo tratamiento médico con control ecocardiográfico a los 3 meses. Este caso ilustra el rol insustituible de la C-RNM en la pericarditis constrictiva postinfecciosa: no como herramienta de confirmación diagnóstica, sino como árbitro terapéutico que puede evitar una cirugía mayor en el paciente adecuado.

## AURÍCULA GIGANTE

Unidad Temática: **ECOCARDIOGRAFÍA** · Unidad Temática 2: **MIOCARDIOPATÍAS**

QUINTANA SIMON, Bárbara Inés<sup>1</sup> | SCATTINI, Gabriel<sup>2</sup> |  
DEL CASTILLO, Santiago Luis<sup>3</sup> | CABRAL, Julián Pablo<sup>2</sup>

▶ Hospital de Agudos Dr Cosme Argerich<sup>1</sup>;  
Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento S.a.<sup>2</sup>;  
Hospital Italiano de Buenos Aires<sup>3</sup>

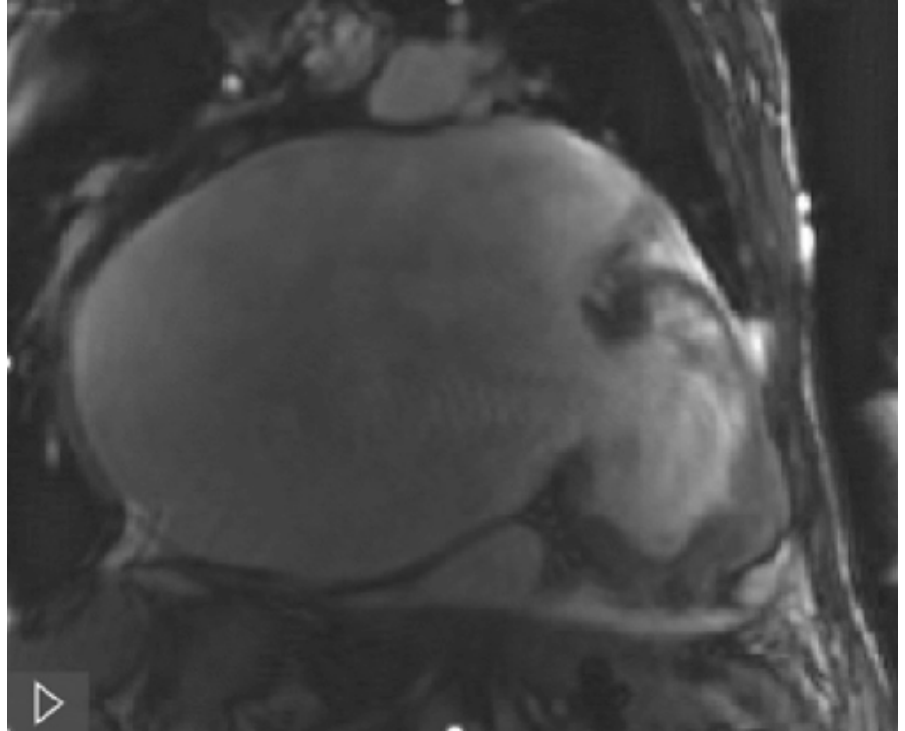
### INTRODUCCIÓN

Aurícula gigante o megaurícula se considera a aquellas aurículas mayores a 6,5 o 10 cm o cuando existe una relación cardio-torácica en RX de tórax  $> 0.7$  y generalmente consecuencia de patología valvular reumática.

### DESCRIPCIÓN

Presentamos el caso de un paciente de 78 años con antecedentes de fibrilación auricular crónica, anticoagulado, severa osteoartritis en miembros inferiores con marcada limitación funcional. Se internó por hemorragia digestiva baja sin compromiso hemodinámico. RX de tórax con severa cardiomegalia. Ecocardiograma: Hipertrofia ventricular izquierda con función conservada FEY: 70%, severa dilatación biauricular, dilatación de VD con deterioro de la función, Válvula mitral con prolapso bivalvar. Insuficiencias mitral y tricúspidea moderadas, PSAP:

40 mmhg. CIA restrictiva con flujo de izquierda a derecha. Se realizó RNM que permitió estimar el volumen de AI en 2015 ml (1070 ml/m<sup>2</sup>). Hipertrofia de VI y patrón de realce tardío compatibles con miocardiopatía hipertrófica apical. El paciente negó la realización de más estudios. Alta con heparina de bajo peso molecular. Se desconoce evolución. El interés del presente caso está



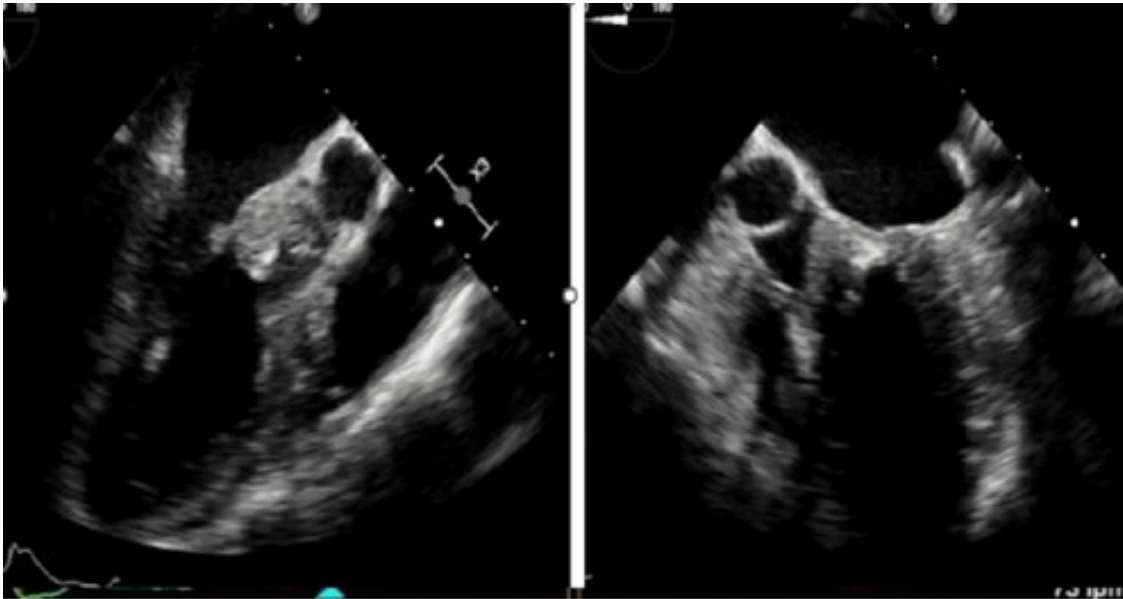
dado por las dimensiones excepcionales de ambas aurículas ya que existe un solo reporte de aurícula izquierda de mayor tamaño, 2800ml, medida con RNM. Por otra parte, esta paciente no tenía antecedentes, ni hallazgos compatibles con patología reumática, como en la mayor parte de reportes de aurículas gigantes.

## ¿RECIDIVA DE FIBROMA O SEGUNDO TUMOR?

Unidad Temática: **ECOCARDIOGRAFÍA** · Unidad Temática 2: **CARDIO-ONCOLOGÍA**

CABRAL, Julián Pablo | SCATTINI, Gabriel | VARELA OTERO, María Del Pilar |  
MACHAIN, Héctor Alejandro | DE STEFANO, Luciano

► Instituto Argentino de  
Diagnóstico y Tratamiento S.A.



### INTRODUCCIÓN

El fibroma cardíaco es un tumor benigno muy poco frecuente, aunque en niños ocupa el segundo lugar en frecuencia después del rhabdomioma. Está descrita la recidiva.

### DESCRIPCIÓN

Presentamos el caso de una paciente de 66 años que en el año 2022 consultó por un episodio sincopal. Se constató en el ecocardiograma una tumoración pediculada de bordes bien definidos que determinaba obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo. El hallazgo fue corroborado con resonancia magnética. La caracterización tisular de la misma resulta: hipointensa en las secuencias de CINE, hiperintensa en T2, isointensa en T1, sin captación de gadolinio en su primer paso (perfusión negativa), con realce tardío positivo tras 10 minutos de espera. Por la localización y características tisulares impresionó tumor benigno. Se realizó ex-

cérsis quirúrgica por vía tranvalvular aórtica quedando solo un pequeño pedículo fibroso. La anatomía patológica informó fibroma. En un control posterior 18 meses después de la cirugía se constata una formación ecodensa de textura muy diferente al tumor original por debajo del plano mitral, a nivel lateral e inferolateral sin un claro plano de equipaje respecto del miocardio subyacente. Se plantea tratamiento quirúrgico y la paciente prefiere realizarlo en el extranjero. Al momento de la evaluación en el centro donde se va a operar, aparentemente se constató una nueva masa tumoral. El interés del presente caso reside en varios aspectos. En primer lugar: el fibroma es un tumor frecuente en niños, pero muy raro en adultos. El caso de mayor edad reportado es de 61 años y nuestra paciente tenía 63 años al momento del diagnóstico. Las recidivas, si bien descritas, son muy infrecuentes y generalmente se dan en el sitio de resección, y en este caso es una localización sin relación con el original. Existe la posibilidad de que se trate de otro tumor diferente ya que su aspecto es muy distinto al primitivo.

## CUANDO LA PERFUSIÓN ENGAÑA: NO TODO DEFECTO FIJO ES NECROSIS

Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA NUCLEAR**

CARVELLI, María Victoria | CORNELI, Mariana | GOBBO, Magali |  
MERETTA, Alejandro Horacio | MASOLI, Osvaldo H.

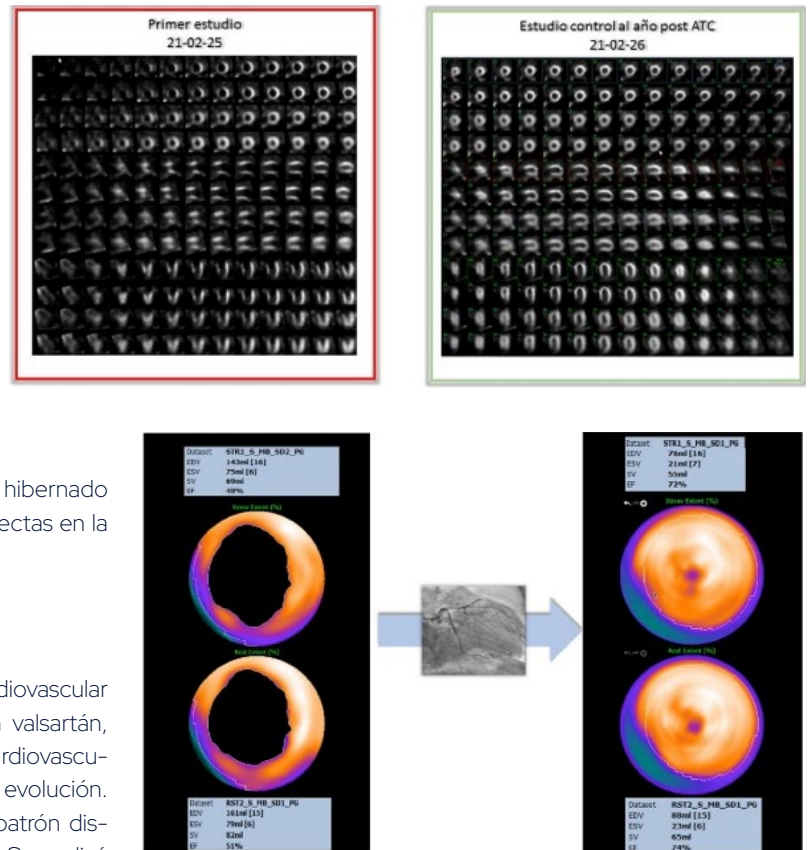
► Instituto Cardiovascular  
de Buenos Aires

### INTRODUCCIÓN

El miocardio hibernado constituye una forma de disfunción ventricular reversible secundaria a hipoperfusión crónica, en la cual el tejido miocárdico conserva viabilidad a pesar de presentar contractilidad deprimida. Su identificación es clínicamente relevante, ya que la revascularización puede asociarse a recuperación funcional y mejoría pronóstica. En pacientes añosos, la presentación suele ser atípica y las pruebas funcionales convencionales pueden no evidenciar isquemia inducible. En este contexto, los defectos fijos en estudios de perfusión miocárdica, frecuentemente interpretados como necrosis irreversible, pueden en realidad corresponder a miocardio viable. La diferenciación entre necrosis y miocardio hibernado continúa siendo un desafío clínico, con implicancias directas en la toma de decisiones terapéuticas.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de 80 años con factores de riesgo cardiovascular hipertensión arterial y dislipemia, en tratamiento con valsartán, hidroclorotiazida y atorvastatina, sin antecedentes cardiovasculares. Consultó por disnea progresiva de 4 meses de evolución. El electrocardiograma evidenció secuela septal, con patrón disquinético y trastornos de la repolarización ventricular. Se realizó una prueba de perfusión miocárdica con ejercicio. Durante la ergometría no presentó síntomas ni cambios en el segmento ST. Sin embargo, el estudio de perfusión reveló un defecto predominantemente fijo en el territorio de la arteria descendente anterior, asociado a isquemia leve peri-necrosis y dilatación aneurismática. Los parámetros funcionales mostraron fracción de eyección ventricular izquierda de 48–51%, con volúmenes ventriculares aumentados. El análisis de fase evidenció desincronía mecánica regional en el territorio comprometido. En este contexto se decidió avanzar con la realización de cinecoronariografía. La misma evidenció tronco de la coronaria izquierda sin lesiones significativas; arteria descendente anterior de gran calibre, que da vuelta el ápex, con obstrucción subtotal en su segmento medio; arteria circunfleja con lesiones severas en los segmentos medio y distal; y arteria coronaria derecha dominante sin lesiones. Se realizó angioplastia coronaria en la descendente anterior y circunfleja, logrando revascularización completa. Al año, el control evidenció un cambio significativo: normalización completa de la perfusión miocárdica en el territorio previamente comprometido, junto con recuperación de la fracción de eyección ventricular izquierda y reducción



de los volúmenes ventriculares, evidenciando remodelado reverso (Imagen 1 y 2). Asimismo, desapareció el patrón disquinético previamente observado y el análisis de fase mostró normalización de la sincronía ventricular. Este caso demuestra que un defecto fijo extenso con apariencia necrótica puede corresponder a miocardio hibernado y no necesariamente a necrosis irreversible. La reversión completa del defecto de perfusión, junto con la recuperación funcional y el remodelado reverso, constituye evidencia directa de viabilidad miocárdica. La presencia de desincronía mecánica inicial y su posterior normalización tras la revascularización refuerzan esta interpretación, evidenciando que la alteración de la sincronía era de carácter funcional y reversible. Este hallazgo sugiere que el análisis de fase puede aportar valor incremental en la caracterización de defectos fijos. En conjunto, estos hallazgos refuerzan el concepto de que no todo defecto fijo corresponde a necrosis y destacan el valor de un abordaje multimodal que integre información de perfusión, función y sincronía mecánica —y, cuando está disponible, metabólica— para una caracterización tisular más precisa y una mejor toma de decisiones terapéuticas.

## DESAFÍO DIAGNÓSTICO: PSEUDOANEURISMA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO EN PEDIATRÍA. REPORTE DE UN CASO

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN · Unidad Temática 2: CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA

BENAVIDES, Laura Candela | JEREZ, Rodrigo Leandro | BIANCOLINI, Julio | RANCATI, Julieta Anahí | ACKERMAN, Judith

► Hospital Pedro de Elizalde

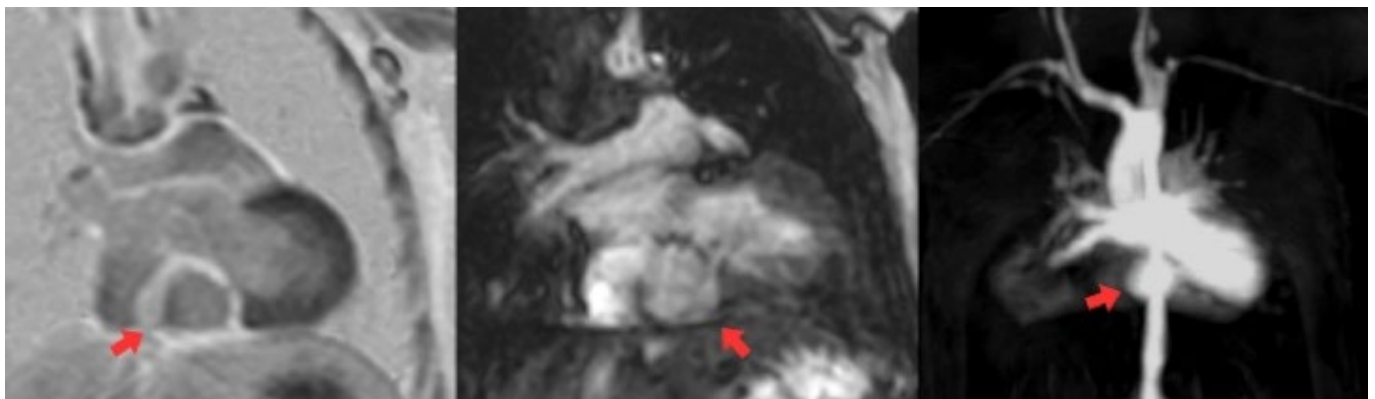
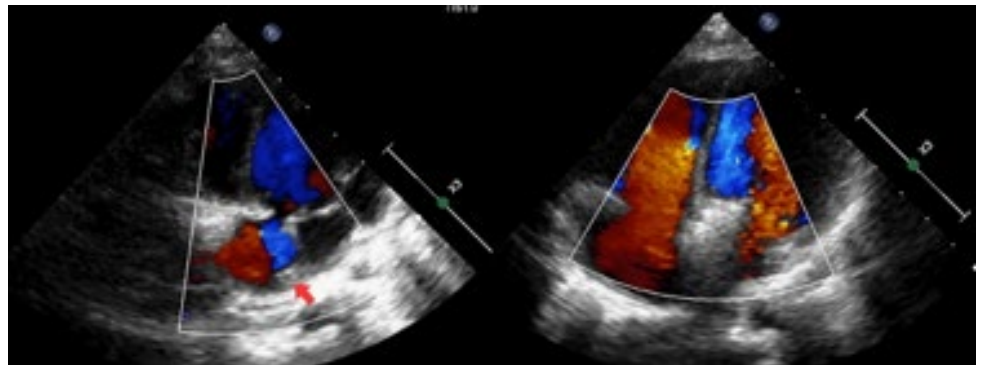
### INTRODUCCIÓN

El pseudoaneurisma de ventrículo izquierdo (PSVI) es una entidad poco frecuente en la población pediátrica. A diferencia del aneurisma verdadero, carece de endocardio y miocardio, estando contenido solo por pericardio o tejido fibroso. Su etiología suele ser postquirúrgica, infecciosa o traumática. El diagnóstico puede representar un desafío y requiere un alto índice de sospecha clínica. Los PSVI se caracterizan por presentar un cuello estrecho que se conecta el saco aneurismático con el ventrículo. Por Doppler color, puede observarse el aumento de velocidad al nivel de la entrada. La presencia de una cavidad globular, un cuello estrecho, la transición brusca de miocardio normal a lesión aneurismática y la discontinuidad en la pared ventricular son características de los pseudoaneurismas, siendo todas adecuadamente identificables por resonancia magnética cardíaca (RMC). Presentamos el caso de un paciente de 2 años donde la integración de múltiples métodos de imagen permitió el diagnóstico preciso y la guía para un tratamiento mínimamente invasivo exitoso.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 2 años derivado para valoración preanestésica. Antecedentes personales: atresia esofágica tipo III corregida durante período neonatal, complicada por mediastinitis posquirúrgica y paro cardiorrespiratorio secundario a taponamiento cardíaco. Múltiples internaciones por causa respiratoria, con aislamiento microbiológico en la mayoría de los episodios y

requerimiento de antibioticoterapia en varias oportunidades. Se realiza ecocardiograma Doppler que reveló una estructura sacular adyacente a la desembocadura del seno coronario, con cuello de 3 mm y flujo sistodiastólico desde el ventrículo izquierdo (VI). Ante el diagnóstico diferencial de aneurisma vs PSVI y para mejor caracterización de la lesión se realizó un abordaje multimodal. Angiografía: Confirmó la cavidad en relación a la pared posterior del VI, sin compromiso de las arterias coronarias. Tomografía computada (TC) multislice: fue fundamental por la alta resolución espacial y para la valoración de la relación con estructuras extracardíacas. RMC: Delimitó con precisión la solución de continuidad con el miocardio, con una boca pequeña, la ausencia de realce tardío en miocardio sano y presencia de realce tardío en la pared del PSVI, la cual tenía continuidad con el pericardio, confirmando el diagnóstico. Debido a la localización de la lesión y los antecedentes previamente mencionados, se decidió abordaje percutáneo. El control angiográfico y ecocardiográfico inmediato y a mediano plazo mostró la oclusión completa del defecto, sin interferencia con la función valvular ni compromiso coronario.

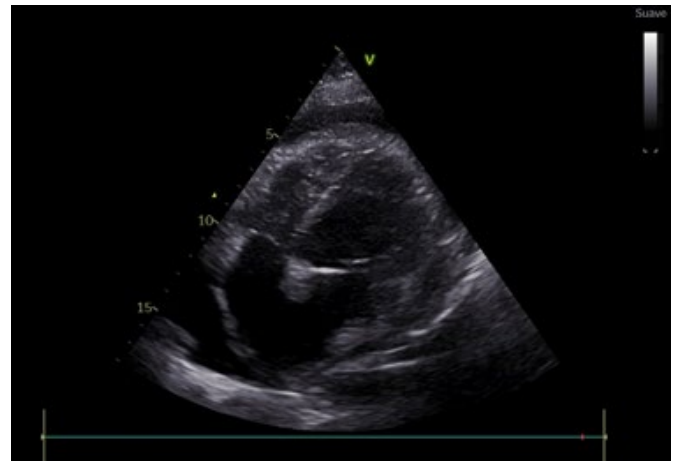
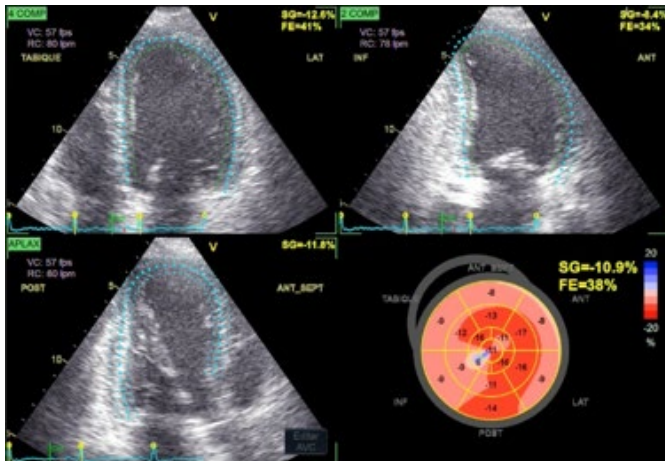


## DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA EN EL DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: VALOR INCREMENTAL DE LA EVALUACIÓN MULTIMODAL

Unidad Temática: **CORAZÓN Y MUJER** · Unidad Temática 2: **MIOCARDIOPATÍAS**

RUIZ HOLGUIN, Marlon Alfonso | SAUCEDO OJEDA, Agustina |  
FIORI, Evelyn Anabella | LITWAK, Nahuel | BOBADILLA, Julio Leandro

► Güemes



### INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune multisistémica asociada a un incremento significativo del riesgo cardiovascular. El compromiso miocárdico puede manifestarse como miocarditis inmunomediada o fibrosis inflamatoria, condicionando el desarrollo de disfunción ventricular izquierda.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 39 años, sin antecedentes clínicos de relevancia, que consultó al departamento de emergencias por cuadro clínico de 2 meses de evolución caracterizado por poliartalgias y disnea en clase funcional variable asociado a astenia, pérdida de peso no cuantificada y aparición de hematomas espontáneos. Al ingreso se encontraba hemodinámicamente estable sin signos clínicos de insuficiencia cardíaca. Los estudios de laboratorio evidenciaron bicitopenia (anemia normocítica normocrómica y plaquetopenia), hipocomplementemia (C3 y C4 disminuidos), Coombs directo positivo, VDRL positiva y proteinuria en rango nefrótico. Se completó su evaluación con una tomografía de tórax que mostró múltiples adenopatías axilares bilaterales y derrame pericárdico significativo. Se decidió su internación en sala de clínica médica. Por los hallazgos en la tomografía, se realizó un ecocardiograma transtorácico bedside que evidenció derrame pericárdico severo circunferencial con colapso parcial de cavidades derechas, realizándose pericardiocentesis diagnóstica y terapéutica. En base a estos hallazgos se interpretó el cuadro clínico como debut de lupus eritematoso sistémico con compromiso multisistémico e índice de actividad de la enfermedad de 22 puntos. Durante la internación se iniciaron pulsos de metilprednisolona endovenosa e hidroxicloroquina, con adecuada tolerancia, y se realizó biopsia renal para caracterización del compromiso nefrológico. Se realizó un ecocar-

diograma de control posterior al drenaje de líquido pericárdico que mostró deterioro leve de la función sistólica ventricular izquierda (FSVI) con fracción de eyección del 40%, hipocinesia global a predominio septal basal, strain longitudinal global disminuido (-10,9%), diámetros ventriculares en límite superior y disfunción diastólica grado I. Dada la actividad sistémica elevada y hallazgos de derrame pericárdico severo y deterioro de la función sistólica con sospecha de compromiso miopericárdico inflamatorio en paciente con debut lúpico generalizado, se realizó resonancia magnética cardíaca (RMC) que mostró ventrículo izquierdo con volúmenes aumentados, hipocinesia global a predominio septal basal, sin evidencia de hiperintensidades a nivel del miocardio en secuencias ponderadas en T1 y T2 que indiquen la presencia de reemplazo graso o edema respectivamente y sin evidencia de realce tardío de contraste en miocardio ni en estructuras adyacentes. Aunque la RMC no evidenció edema miocárdico ni realce tardío de gadolinio, hallazgos típicos de miocarditis activa o fibrosis establecida, se interpretó que la disfunción temprana puede ser predominantemente funcional, secundaria a inflamación intersticial difusa o disfunción microvascular, sin alcanzar el umbral de detección de las secuencias convencionales, dando como resultado una disfunción miocárdica secundaria a actividad inflamatoria sistémica. Dado el alto grado de actividad inflamatoria, la presencia de proteinuria y el compromiso cardíaco, se inició tratamiento inmunosupresor con ciclofosfamida, asociado a leuprolide con el objetivo de preservar la función ovárica. Asimismo, se instauró tratamiento médico específico para la disfunción sistólica. La paciente presentó buena respuesta clínica y adecuada tolerancia al tratamiento. Ante la evolución favorable, se decidió el egreso hospitalario, con indicación de seguimiento ambulatorio multidisciplinario. En el seguimiento, se observó franca mejoría clínica y en el ecocardiograma control se observó mejoría de la función sistólica y ausencia de derrame pericárdico.

## PSEUDOANEURISMA MITROAÓRTICO EN VÁLVULA PROTÉSICA: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y UTILIDAD DEL PET CON 18F-FLUORODESOXIGLUCOSA EN LA TOMA DE DECISIONES

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN · Unidad Temática 2: ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA

LLORET, Emma María | FERNÁNDEZ, Martín | RICAPITO, María de La Paz | SCATULARO, Cristhian Emmanuel | GUAZZONE, Analía Laura

Sanatorio de La Trinidad Palermo

### INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de endocarditis infecciosa, particularmente en portadores de prótesis valvulares, representa un desafío clínico. El enfoque diagnóstico multimodal, integrando ecocardiografía, angiotomografía y tomografía por emisión de positrones (PET-TC) cardíaco con F18-fluorodesoxiglucosa mejora la sensibilidad y especificidad diagnósticas, permitiendo identificar infección activa y complicaciones periprotésicas que permiten la toma de decisiones terapéuticas.

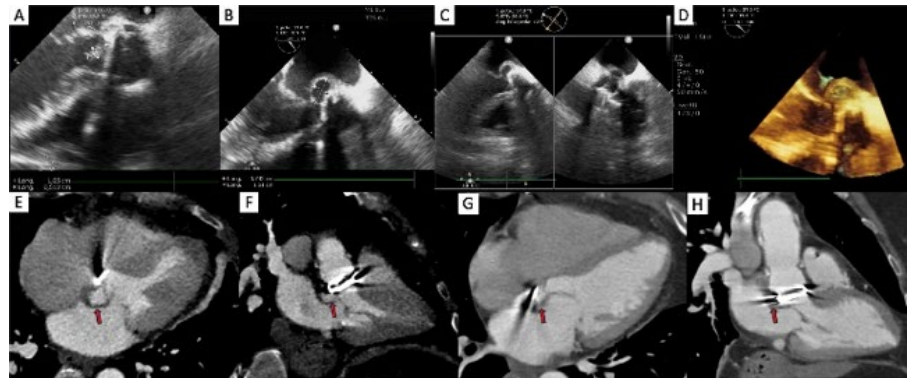


Figura 1. A: ETE que muestra vegetación en prótesis V10 en marzo del 2025 de 10.5x0,5 mm, en relación a la fibrosa mitroaórtica. B: ETE que muestra pseudoaneurisma hallado en marzo del 2026 de 15,1x7,4 mm. C y D: imágenes de ETE de pseudoaneurisma en Xplair y reconstrucción 3D. E y F: reformaciones multiplanares de angioTAC cardíaca en 4 y 3 cámaras reconstruidas en fase sistólica. La flecha roja muestra la presencia del pseudoaneurisma subaórtico con expansión en sístole. G y H: imágenes multiplanares de angioTAC cardíaca en 4 y 3 cámaras reconstruidas en fase diastólica. La flecha roja muestra la presencia del pseudoaneurisma subaórtico con menor volumen y de difícil valoración por el artefacto de la prótesis valvular. ETE: ecocardiograma transesofágico. AngioTAC: angiotomografía.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de sexo femenino de 59 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 no insulino dependiente. En marzo de 2024 fue sometida a reemplazo valvular aórtico con prótesis mecánica ATS N°22, reemplazo de aorta ascendente con tubo de Dacron y miectomía septal, en el contexto de estenosis aórtica severa sobre válvula bicúspide asociada a dilatación de aorta ascendente. Evolucionó en marzo de 2025 con endocarditis infecciosa sobre prótesis valvular por *Streptococcus faecium* (figura 1), complicada con infarto esplénico de origen embólico, requiriendo esplenectomía y reintervención con reemplazo valvular aórtico mediante prótesis mecánica Medtronic Open Pivot N°22. Consultó un año después de la última intervención por fiebre de 24 horas de evolución, sin otros síntomas asociados. Al examen físico se encontraba clínica y hemodinámicamente estable. Se constató mala salud bucodental con signos de gingivitis, sin evidencia de fenómenos embólicos ni manifestaciones inmunológicas compatibles con endocarditis. En los estudios iniciales se objetivó leucocitosis y proteína C reactiva de 15,3 mg/L. Se obtuvieron tres hemocultivos, con desarrollo en 3/3 de *Streptococcus* del grupo viridans sensible a penicilina, iniciándose tratamiento con ampicilina. Dada la limitada ventana acústica, se realizó ecocardiograma transesofágico que evidenció prótesis valvular aórtica normofuncionante, sin insuficiencia ni leak paravalvular. A nivel de la fibrosa mitroaórtica se identificó una cavidad comunicada compatible con pseudoaneurisma, de 15 x 7,4 mm, con cuello de 3,9 mm, sin vegetaciones asociadas (figura 1). La angiotomografía cardíaca confirmó en fase sistólica la presencia de una neocavidad periprotésica en la región mitroaórtica de características similares, compatible con pseudoaneurisma (figura 1). Considerando el antecedente de endocarditis, la localización previa de la vegetación, la ausencia de un ecocardiograma transesofágico postoperatorio que permitiera descartar la preexistencia del pseudoaneurisma y en el contexto de

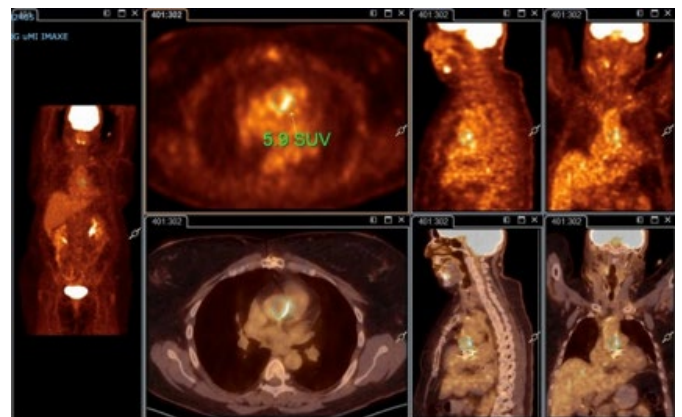


Figura 2. PET-TC cardíaco que evidenció captación del radiotrazador a nivel de la prótesis valvular aórtica, interpretado como artefacto por corrección de la atenuación, sin hallazgos sugestivos de actividad metabólica patológica.

la toma de decisiones entre tratamiento médico versus quirúrgico, el caso fue evaluado por Heart Team. Se decidió la realización de PET cardíaco con 18F-fluorodesoxiglucosa con el objetivo de identificar infección activa dado el alto riesgo quirúrgico de la paciente (STS Risk Score de mortalidad 8,8%, morbimortalidad 28% y EuroSCORE II 7,43%). El PET evidenció captación del radiotrazador a nivel de la prótesis valvular aórtica, interpretado como artefacto por corrección de la atenuación, sin hallazgos sugestivos de infección activa (figura 2). Un nuevo ecocardiograma transesofágico no mostró cambios respecto al estudio previo. En el contexto de evolución clínica favorable y negativización de hemocultivos bajo tratamiento antibiótico, se decidió en forma multidisciplinaria entre cardiología, cirugía cardiovascular e infectología tomar conducta conservadora, con antibioticoterapia prolongada y resolución de foco odontológico. Como conclusión, este caso enfatiza la importancia de la valoración multi-imagen y multidisciplinaria, especialmente con PET-TC, ante casos de sospecha de endocarditis protésica compleja.

## DISECCIÓN AÓRTICA TIPO B COMPLICADA CON FENÓMENO DE PSEUDOCOARTACIÓN

Unidad Temática: VASCULAR · Unidad Temática 2: TOMOGRAFÍA COMPUTADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA

COSENZA, Florencia Belén | BARRIONUEVO, Esteban | VAZQUEZ, Gastón Ariel  
| MARTINO, Guillermo Raúl | CIVITARESE, Andrés

► Sanatorio Juncal

### INTRODUCCIÓN

La disección aórtica tipo B puede evolucionar hacia complicaciones hemodinámicas que condicionan el manejo del paciente. En algunos casos, la compresión de la luz verdadera genera un fenómeno de "pseudocoartación", con repercusión clínica significativa. La evaluación por imágenes resulta clave para el diagnóstico y la toma de decisiones terapéuticas.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 65 años con antecedentes de HTA, tabaquismo severo y diagnóstico conocido de disección aórtica tipo B en seguimiento. Consulta por disnea y crisis hipertensiva severa (220/110 mmHg), de difícil control farmacológico. Dado el antecedente, se realiza angio-TC de aorta evidenciando progresión de la disección previamente conocida (Diámetro aórtico abdominal de 42 mm, con una luz verdadera de 15 mm, evidenciando colapso significativo de la misma por expansión de la luz falsa, configurando un fenómeno de pseudocoartación funcional. La arteria mesentérica inferior es la única rama que emerge de la luz falsa). Durante la internación, evoluciona con hipertensión refractaria (requiere múltiples fármacos) y deterioro de función renal (CICr 23 ml/min). Esto plantea un compromiso hemodinámico secundario a la disección. Se decide tratamiento endovascular (TEVAR). Evoluciona favorablemente. Es importante destacar que la angio-TC no mostró únicamente una disección, sino que permitió identificar el mecanismo fisiopatológico responsable del deterioro clínico, guiando de forma directa la conducta terapéutica.



## INSUFICIENCIA AÓRTICA SEVERA SECUNDARIA A PROLAPSO DE VALVA AÓRTICA: EVALUACIÓN MULTIMODAL POR IMÁGENES

Unidad Temática: VALVULOPATÍAS · Unidad Temática 2: MULTI-IMAGEN

VALDÉS, Ana Belén | DOMENECH, Pilar | ANTUNEZ, Ramiro | BLURO, Ignacio | FALCONI, Mariano Luis

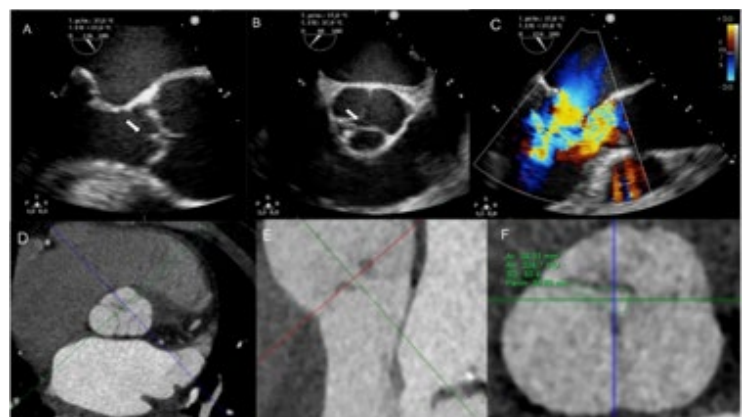
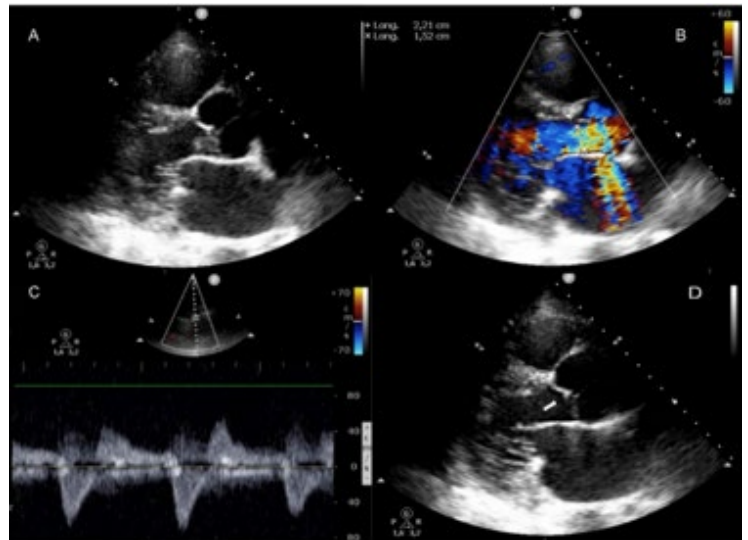
Hospital Italiano de Buenos Aires

### INTRODUCCIÓN

El prolapso de las valvas aórticas es un mecanismo poco frecuente de insuficiencia aórtica, reportado en series de casos entre el 1-2%. La valva coronariana derecha es la más frecuentemente afectada, seguida por la no coronariana, con mayor prevalencia en válvulas bicúspides. Presentamos el caso de un paciente con signos y síntomas de insuficiencia cardíaca y progresión de valvulopatía preexistente.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 62 años con antecedentes de plástica mitral por prolapso valvular, insuficiencia aórtica (IAo) leve a moderada y dilatación de raíz aórtica, aorta ascendente y cayado aórtico. Consulta en la unidad de emergencias por disnea de 5 días de evolución, progresiva hasta clase funcional IV (NYHA), asociada a ortopnea, disnea paroxística nocturna y edemas de miembros inferiores. Al examen físico se encontraba hemodinámicamente estable, con tensión arterial de 110/42 mmHg, frecuencia cardíaca de 65 latidos por minuto, presencia de pulso en martillo de agua, crepitantes bilaterales hasta campos medios, soplo holodistólico en foco aórtico y edemas de miembros inferiores 2/6. Se realizó un ecocardiograma transtorácico (ETT) que evidenció diámetro diastólico del ventrículo izquierdo de 6,06 cm (3,07 cm/m<sup>2</sup>) y fracción de eyección del 54%. Se observó IAo severa con jet excéntrico dirigido hacia la valva anterior mitral con imagen redondeada adherida a la valva no coronariana, dilatación de raíz aórtica y aorta ascendente (diámetros similares a los previos). En la revisión retrospectiva de las imágenes se observó además imagen sugestiva de prolapso de la valva coronariana derecha. (Imagen 1. A: imagen redondeada adherida a la valva no coronariana; B: relación jet/TSVI >65%; C: flujo reverso holodistólico en aorta descendente; D: prolapso de valva coronariana derecha hacia el TSVI). Se decidió su internación en unidad coronaria por cuadro de insuficiencia cardíaca congestiva en contexto de IAo severa y sospecha de endocarditis infecciosa. Se extrajeron hemocultivos seriados, se inició antibioterapia empírica y tratamiento con diuréticos. Posteriormente se realizó un ecocardiograma transesofágico (ETE) que evidenció válvula aórtica tricúspide con prolapso del borde libre de la valva coronariana derecha hacia el TSVI, con IAo severa, sin evidencia de vegetaciones (Imagen 2 A-C). Complementariamente, la angiogramografía valvular evidenció engrosamiento de la valva coronariana derecha con imagen compatible con rotura valvar y prolapso



del borde libre hacia el TSVI en fases diastólicas, generando un déficit de coaptación con un área de orificio regurgitante efectivo anatómico de 38 mm<sup>2</sup> (Imagen 2 D-F). Ante hemocultivos sin rescate microbiológico y marcadores inflamatorios negativos, se suspendió la antibioterapia. El caso se interpretó como insuficiencia aórtica severa secundaria a rotura espontánea de la valva coronariana derecha con prolapso de la misma. Evolucionó favorablemente y fue dado de alta con programación de fecha quirúrgica. Conclusión: El prolapso por rotura de una valva aórtica es una causa poco frecuente de insuficiencia aórtica. La integración de ETT, ETE y angiogramografía fue determinante para establecer el mecanismo, descartar endocarditis y planificar la conducta quirúrgica. La coexistencia de prolapso mitral, dilatación aórtica progresiva y rotura valvar espontánea plantea el interrogante sobre una posible enfermedad del tejido conectivo subyacente.

## CAPTACIÓN CARDIACA INCIDENTAL Y SINDROME DEL TUNEL CARPIANO: ¿SEÑALES QUE ANTICIPAN LA HISTORIA NATURAL DE LA AMILOIDOS CARDIACA POR TRANSTIRETINA?

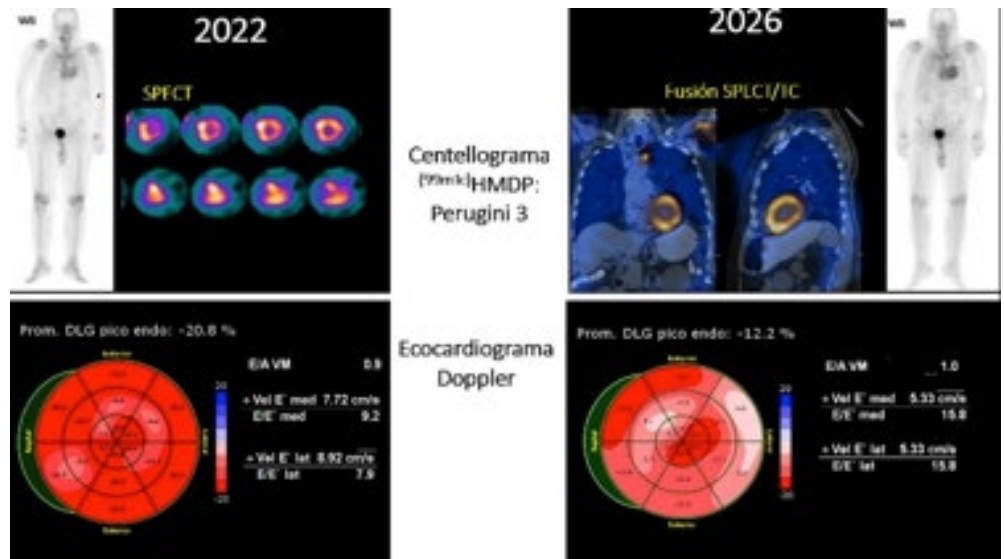
Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA NUCLEAR** · Unidad Temática 2: **ECOCARDIOGRAFÍA**

MERANI, María Fernanda | TRAVERSO, Sonia | CASSELLA, Guillermo | SCATTINI, Gabriel | CAMPISI, Roxana

► Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento S.A.

### INTRODUCCIÓN

La captación cardíaca de fosfonatos en un centellograma óseo puede detectarse no solo en estudios dirigidos al diagnóstico de amiloidosis cardíaca por transtiretina (ACTTR), sino también de forma incidental en pacientes con indicación de patología no cardíaca. Cuando este hallazgo incidental se presenta en pacientes con "banderas rojas", la probabilidad de compromiso cardíaco por amiloidosis aumenta significativamente.



### DESCRIPCIÓN

Masculino de 78 años, con factores de riesgo cardiovascular de hipertensión arterial y sobrepeso. Antecedente: cirugía de Túnel carpiano bilateral en 2010, ca de próstata diagnosticado en 2017. Derivado en 2020 a nuestro servicio para control de patología oncológica, se realiza centellograma óseo con (99mTc)HMDP que informa como hallazgo relevante captación miocárdica del radio-trazador (confirmado con SPECT); ante dicho hallazgo se realiza ECG y ecocardiograma que fueron informados como dentro de parámetros normales, por lo que se interpreta como hallazgo incidental. En septiembre de 2022 intercorre con BAV completo con requerimiento de marcapasos definitivo y en nuevo centellograma óseo con (99mTc)HMDP como seguimiento de su antecedente oncológico se observa persistencia de captación cardíaca; se realiza control cardiológico con ecodoppler cardíaco que informa: hipertrofia ventricular izquierda basal, dilatación leve de la aurícula izquierda, FEV 60%, movimiento anómalo del septum interventricular, strain longitudinal global (SLG) conservado. Debido a que la captación cardíaca ya se encontraba desde 2020 y el ecodoppler no mostraba cambios significativos con respecto al previo, el paciente decide no progresar con estudios cardiológicos. Ante la persistencia de la captación cardíaca en nuevo Centellograma óseo realizado en febrero de 2026 asociado con marcados cambios estructurales en nuevo ecodoppler cardíaco: Disminución del SLG <13 %, aurícula izquierda dilatada, área: 26 cm<sup>2</sup> - VOL: 50 ml/m<sup>2</sup>, flujo mitral con patente pseudonormal. E/e' 15, se solicita resonancia cardíaca magnética e inmunofijación sérica y urinaria

de cadenas livianas por sospecha de ACTTR. Resonancia cardíaca: Espesor parietal aumentado a predominio septal basal y medio (16mm), T1 mapping prolongado, realce difuso intramiocárdico a nivel septal medio y apical, compatible con la presencia de fibrosis de origen no isquémico necrótico, pudiendo ser secundario a miocardiopatía infiltrativa, por ejemplo, amiloidosis. Se recibe laboratorio que descarta gammapatía monoclonal. Con diagnóstico de ACTTR, se solicita estudio genético. Discusión: El síndrome del túnel carpiano bilateral constituye uno de los predictores más importantes de amiloidosis por transtiretina, con un riesgo significativamente aumentado y una latencia típica de 5-10 años antes del diagnóstico del compromiso cardíaco. Asimismo, la presencia de captación cardíaca incidental en centellogramas óseos representa una oportunidad diagnóstica crítica que debe ser reconocida e investigada. El síndrome del túnel carpiano y la captación cardíaca incidental en centellogramas óseos con HMDP constituyen señales de alarma tempranas, cuya interpretación adecuada puede modificar significativamente el pronóstico de la enfermedad. En este paciente, la falta de interpretación adecuada de hallazgos tempranos condicionó un diagnóstico tardío, cuando ya se había desarrollado compromiso estructural cardíaco. (figura 1) Figura 1: Estudios comparativos 2022-2026: Panel superior: centellogramas óseos con 99mTc HMDP: ambos informan Perugini grado 3. Panel inferior se observan ecocardiogramas Doppler que evidencian cambios en STRAIN y relación E/E'.

## TROMBOSIS SILENTE DE PRÓTESIS AÓRTICA MECÁNICA: EL VALOR DE LA MULTI-IMAGEN EN EL DIAGNÓSTICO Y ÉXITO TERAPÉUTICO CON USO DE TENECTEPLASE

Unidad Temática: VALVULOPATÍAS · Unidad Temática 2: MULTI-IMAGEN

VIOLA HIDALGO, Patricio | ESPEJO, Luis Ignacio | GANUM, Guillermo E. Gerardo

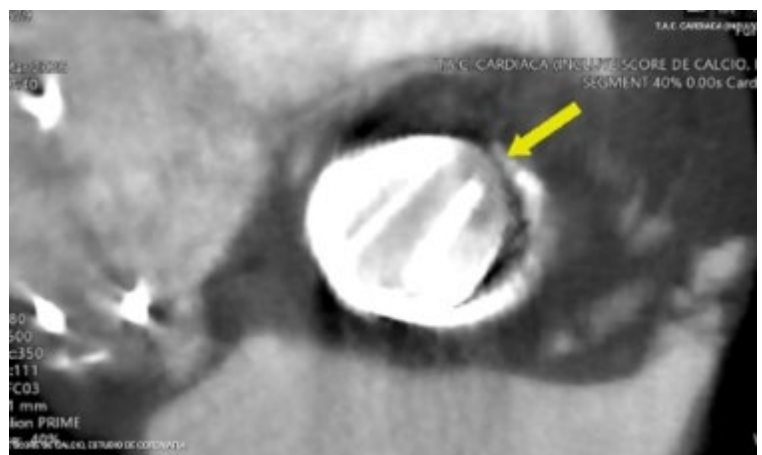
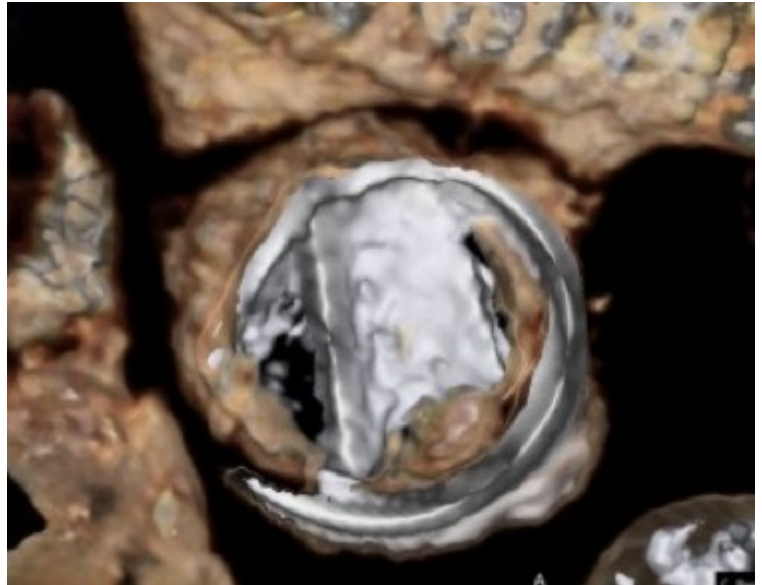
Fundación Favalaro

### INTRODUCCIÓN

La trombosis de válvula protésica es una complicación grave con una incidencia anual de hasta el 5.7% en prótesis mecánicas. Su presentación clínica puede ser insidiosa, manifestándose de forma asintomática y detectándose únicamente por cambios hemodinámicos en estudios de control. El diagnóstico temprano mediante un abordaje de multi-imagen (ecocardiografía, fluoroscopia y tomografía computarizada) es fundamental para diferenciarla de la formación de pannus o vegetación y permitir una estrategia terapéutica adecuada, y en algunos casos farmacológica, como la fibrinólisis, evitando reintervenciones quirúrgicas de alta morbimortalidad.

### DESCRIPCIÓN

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 63 años con antecedentes de hipertensión arterial y estenosis aórtica severa sobre válvula bicúspide. En diciembre de 2019 se realizó reemplazo valvular aórtico con prótesis mecánica St. Jude Masters #23 y banding de aorta ascendente. Se encontraba anticoagulado con acenocumarol. El paciente ingresó en marzo del 2026 derivado de consultorios por hallazgos ecocardiográficos compatibles con trombosis protésica. Se encontraba asintomático, normotenso, con soplo sistólico 3/6 en foco aórtico, sin signos de insuficiencia cardíaca. En el laboratorio, presentaba RIN de 1.69. Se realizó ecocardiograma doppler transtorácico que informó: Aumento de gradientes transprotésicos, (Gradiente máximo 68 mmHg, medio 40 mmHg, vel. máx 4.1 m/seg), e insuficiencia aórtica moderada-severa. La fluoroscopia evidenció un disco fijo y el restante con motilidad disminuida. Para mejor caracterización, se procedió a realizar angiotomografía (TC) cardíaca con reconstrucción 3D que confirmó el hallazgo de prótesis mecánica bidisco en posición aórtica, disfuncionante, con falta de excursión del disco posterior con imagen hipodensa en la cara aórtica de la prótesis rodeando el borde interno del anillo protésico en semiluna con extensión hacia la cara ventricular y el tracto de salida del ventrículo izquierdo en contacto con el sitio de implante de la valva anterior mitral, compatible con trombo de 7x5mm aproximadamente. Ante el diagnóstico de trombosis obstructiva, se decidió en Heart Team, realizar trombolisis farmacológica con Tenecteplase (30 mg en bolo). El proce-



dimiento fue exitoso, documentándose a las pocas horas, mediante ecocardiografía la normalización de los gradientes valvulares (Gradiente máximo 30 mmHg, medio 20 mmHg, vel. máx 2.7 m/seg) y la desaparición de la insuficiencia valvular. El paciente evolucionó favorablemente, continuando tratamiento con anticoagulación vía oral con warfarina. Este caso subraya el importante rol de las imágenes cardiovasculares, tanto para el diagnóstico de la trombosis valvular protésica, como para su caracterización y seguimiento. Además, impacta directamente en la elección terapéutica, permitiendo estrategias menos invasivas en pacientes seleccionados.

# CARDIOPATÍA CARCINOIDE SECUNDARIA A TUMOR NEUROENDOCRINO METASTÁSICO: ROL DE LAS MULTIIMÁGENES EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN · Unidad Temática 2: CARDIO-ONCOLOGÍA

CHAVES, Sara | STUPENENGO, Guido | TRINGALI POLEGRITTI, Lía Martina | CINCA, Luis Damián | SALAZAR, Federico

► Hospital Privado de Comunidad. Mar del Plata

## INTRODUCCIÓN

Los tumores neuroendocrinos (NET) son neoplasias raras con una incidencia de 2,5 a 5 casos por cada 100.000 habitantes, originándose frecuentemente en el tracto gastrointestinal. El síndrome carcinoide ocurre cuando las metástasis hepáticas permiten que sustancias vasoactivas alcancen la circulación sistémica, derivando en una cardiopatía carcinoide (CC) en el 20% al 50% de estos pacientes. Fisiopatológicamente, la exposición crónica a niveles elevados de serotonina (5-HT) activa los receptores 5-HT<sub>2B</sub> en el corazón, induciendo la proliferación de miofibroblastos y el depósito de placas fibrosas en el endocardio y las válvulas, predominantemente en las cavidades derechas. Dado que la presencia de CC representa un factor pronóstico negativo independiente, las guías actuales enfatizan la necesidad de un diagnóstico precoz y un manejo interdisciplinario, donde las imágenes cardiovascularmente juegan un rol central para detectar el engrosamiento y retracción valvular característicos.

## DESCRIPCIÓN

Presentamos el caso de una paciente femenina de 79 años de edad sin factores de riesgo cardiovascular conocidos con diagnóstico de metástasis hepáticas de tumor neuroendocrino (NET) bien diferenciado grado 2 (Ki67 5%), con probable primario en cabeza pancreática. La misma se mantuvo en observación desde diciembre de 2019 hasta junio de 2024, momento en el que inició tratamiento con octreótide debido a progresión hepática. Un año después presenta edemas en miembros inferiores por lo que es derivada al servicio de Cardiología. Al interrogatorio dirigido la paciente refiere disnea en clase funcional (CF) II de reciente comienzo, negando angor, palpitaciones u otros síntomas asociados. Al momento de la primera consulta se encontraba normo-

tensa (120/80 mmHg), con una frecuencia cardíaca regular de 75 lpm, sin signos francos de insuficiencia cardíaca aguda, habiendo cumplido 10 días de tratamiento diurético con furosemida. Se realizaron los siguientes estudios complementarios. - Laboratorio: se destaca una elevación de proBNP (1035 pg/ml) y alteración de las enzimas hepáticas (GTP 120 U/l, GOT 74 U/l, FAL 120 U/l), con el resto de los parámetros sin alteraciones. Posteriormente se realiza dosaje de Acido 5-hidroxi-indol acético en orina de 24 hs resultando de 220.30 mg/24 hs (elevado). - Ecocardiograma Doppler (ETT): reveló cavidades derechas dilatadas (AD 18 cm<sup>2</sup>, VD basal 47 mm) con buena función sistólica del ventrículo derecho (TAPSE 25 mm). Se observó una insuficiencia tricuspídea severa por déficit severo de coaptación valvular (anillo dilatado de 43 mm, VC 12 mm e inversión de flujo en venas suprahepáticas) e hipertensión pulmonar moderada (PSAP estimada de 55 mmHg) - Resonancia Magnética Cardíaca (RMN): confirmó la dilatación de la aurícula y el ventrículo derecho con fracción de eyección preservada. Se objetivó engrosamiento y retracción de la válvula tricúspide, hallazgos compatibles con afección valvular secundaria a síndrome carcinoide. También se identificó estenosis pulmonar leve y derrame pericárdico leve, sin evidencia de realce tardío intramiocárdico. - Ecocardiograma transesofágico: Permitió evaluar con más detalle la afectación morfológica y hemodinámica de las válvulas. Terapéutica y evolución: se optimizó el tratamiento médico para insuficiencia cardíaca con la administración de furosemida 20 mg/día, inicio de espironolactona 25 mg/día y dapagliflozina 10 mg/día. La paciente presentó una mejoría clínica significativa bajo este esquema. Actualmente, se encuentra bajo seguimiento multidisciplinario para evaluar la necesidad de intervenciones avanzadas considerando el factor pronóstico negativo que representa la cardiopatía carcinoide en estos pacientes.

## TEJIDO VALVULAR MITRAL ACCESORIO COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN AL TRACTO DE SALIDA DEL VI: A PROPÓSITO DE UN CASO

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN · Unidad Temática 2: CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO

FARRANDO, Soledad | NIELLA, Marcela Beatriz | NIELLA, Natalia | SÁNCHEZ, Francisco Javier

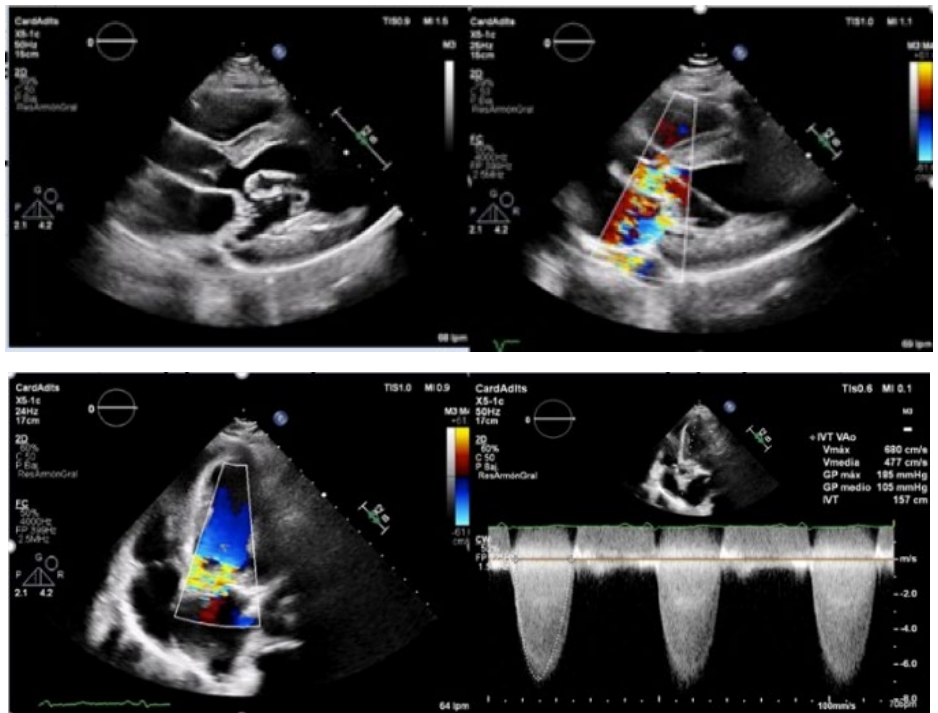
► Clínica de Cuyo

### INTRODUCCIÓN

El Tejido valvular mitral accesorio (TVMA) es una entidad poco frecuente, de origen congénito, que suele verse acompañado de otras malformaciones congénitas cardiacas. Muchas veces es asintomático y el diagnóstico es incidental, pero la obstrucción al tracto de salida del VI (OTSVI) es una de las causas más frecuentes de síntomas y suele requerir tratamiento quirúrgico. Las imágenes juegan un rol muy importante en el diagnóstico, seguimiento y toma de conducta terapéutica.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de sexo femenino de 29 años, con diagnóstico de complejo de Shone incompleto al nacer (membrana subaórtica, coartación de aorta, válvula mitral en paracaídas). Fue intervenida quirúrgicamente de la coartación de aorta en el primer año de vida. Consulta por presentar disnea CF II-III de meses de evolución, con empeoramiento progresivo. Al examen físico presenta soplo sistólico aórtico 3/6, sin signos de insuficiencia cardíaca. En el ecocardiograma se observa deterioro leve de función sistólica de ventrículo izquierdo. Imagen móvil adherida a borde libre y aparato subvalvular de valva anterior mitral, con características y ecogenidad compatibles con tejido valvular mitral accesorio, que se extiende hacia el TSVI en sístole generando OTSVI con un gradiente medio de 105 mmHg. En la RM: válvula aórtica bicúspide con insuficiencia leve. Imagen sugestiva de membrana subaórtica con aceleración del flujo en el tracto de salida. Ausencia de músculo papilar posteromedial, tejido valvular mitral excesivo redundante que compromete el trato de salida del VI. Con diagnóstico de TVMA con severa OTSVI sintomática, se indica cirugía para resección de tejido accesorio. Actualmente en plan quirúrgico. DISCUSIÓN: El TVMA es una cardiopatía congénita poco frecuente, y hay que tenerla presente para diagnosticarla. Habitualmente se asocia a otras cardiopatías congénitas, sobre todo aquellas



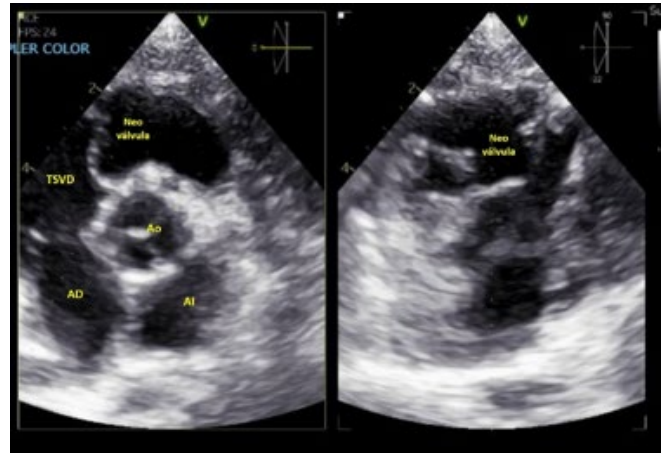
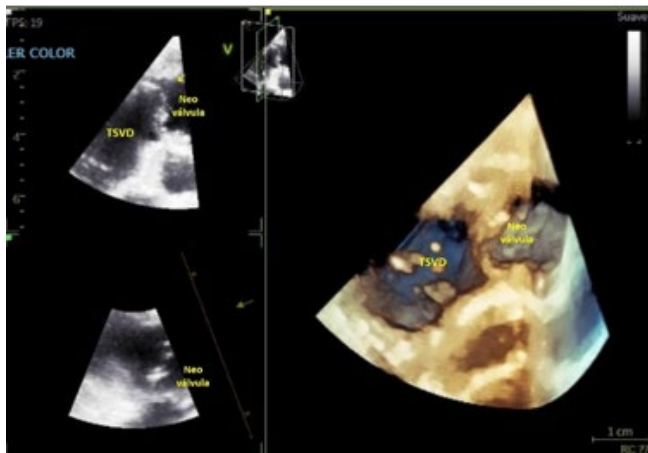
derivadas de la alteración en el desarrollo de los cojines endocárdicos. La OTSVI es una de las principales causas de síntomas en esta entidad, si bien estos pueden variar según la localización del tejido accesorio. Se clasifican en 3 tipos de TVMA según si este se adhiere por encima (tipo I) por debajo (tipo III) o a la altura de la válvula mitral (tipo II a y b). El ecocardiograma transtorácico constituye la clave para el diagnóstico, y el apoyo de otras técnicas de imagen es indispensable para el diagnóstico diferencial y abordaje quirúrgico. CONCLUSIÓN: El TVMA es una cardiopatía congénita infrecuente, que plantea un desafío diagnóstico si no se la tiene en cuenta. Suele asociarse a otras cardiopatías congénitas por lo que es muy importante hacer un estudio exhaustivo en búsqueda de asociaciones una vez que lo encontramos. Las diferentes técnicas de imágenes son complementarias y colaboran con el diagnóstico, pero la ecocardiografía es el gold standard. Cuando hay síntomas suelen asociarse a OTSVI o a embolias en su mayoría. El tratamiento es quirúrgico en pacientes sintomáticos y suele representar un desafío, por lo que se debe realizar en centros experimentados.

## RECONSTRUCCIÓN DE VÁLVULA PULMONAR CON OREJUELA DERECHA EN PACIENTE CON TETRALOGÍA DE FALLOT: EVALUACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA 3D

Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA** · Unidad Temática 2: **ECOCARDIOGRAFÍA**

SARZURI, Ana Cecilia | FOTI, Mariel Lilian | STELMASZEWSKI, Érica Victoria  
| BERRA, Ignacio | MOURATIAN, Diana Mariela

 Hospital Garrahan



### INTRODUCCIÓN

La tetralogía de Fallot (TOF) es un espectro de cardiopatías congénitas con una morfología central consistente, pero con una presentación y un manejo variables, que dependen de la anatomía exacta del tracto de salida del ventrículo derecho (TSVD) y las ramas pulmonares (RP). La cirugía transformó los resultados para los pacientes con TOF, de modo que ahora la supervivencia temprana para aquellos que se someten a reparación durante el primer año de vida es de aproximadamente 98%, con una supervivencia a 25 años de más del 90%. Una de las complicaciones a mediano y largo plazo es la insuficiencia pulmonar, su prevención es fundamental en la reparación de la TOF. Se han desarrollado diversas técnicas para la construcción de válvulas con diferentes materiales para el TSVD: parche transanular (pericardio autólogo, pericardio bovino, Dacron, Politetrafluoroetileno), parche con monocúspide (Goretex, pericardio), conducto valvulado (homoinjertos, conducto contegra). En este caso, mostramos la confección de una neo válvula pulmonar con tejido auricular derecho autólogo que surge como una alternativa para preservar la función valvular, principalmente disminución de insuficiencia pulmonar, preservación de la función del ventrículo derecho, menor riesgo de arritmias ventriculares, retraso en la necesidad de reemplazo valvular, potencial de crecimiento, sin necesidad de anticoagulación. Las técnicas de imagen, particularmente el ecocardiograma Doppler con la modalidad 3D, permite una visualización superior de la morfología valvular, evaluación precisa de las valvas simultáneamente, y mejor cuantificación de la insuficiencia y estenosis pulmonar en comparación con la ecocardiografía 2D convencional, las reconstrucciones son fundamentales para el seguimiento.

### DESCRIPCIÓN

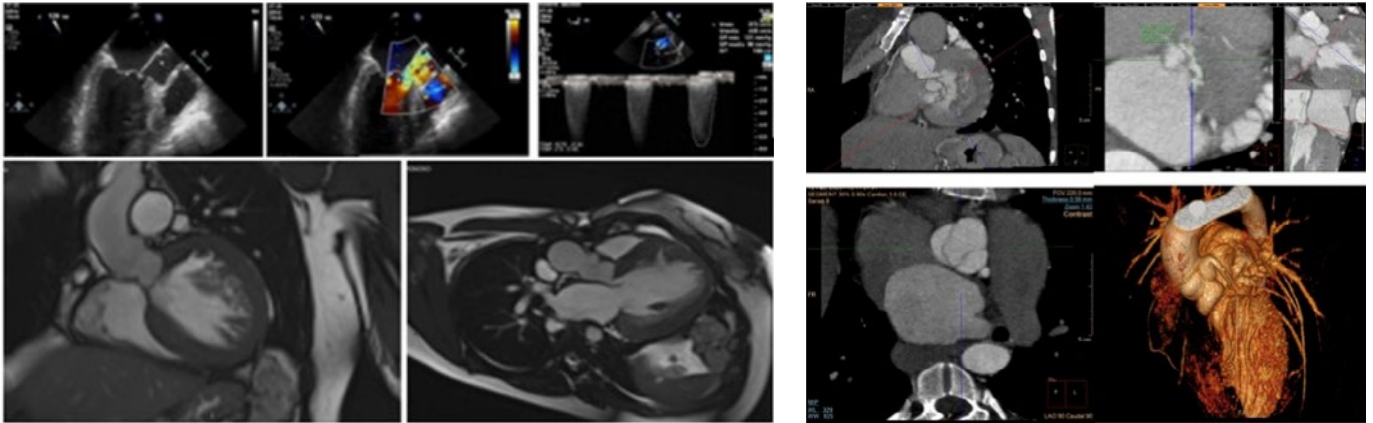
Paciente con diagnóstico de TOF severa, nacida de 32 semanas, peso de nacimiento 1750 g, diagnóstico posnatal de cardiopatía. Ingres a nuestro hospital con 1 mes de vida con peso 2170 gr y saturación de 85% con ecocardiograma Doppler inicial donde se observa TSVD con estenosis a nivel medio ventricular e infundibular, anillo pulmonar hipoplásico 3 mm (zs -5), gradiente total máximo instantáneo de 80 mmHg, RP confluentes, levemente hipoplásicas a predominio izquierdo. RP derecha 4 mm (zs -0.3). RP izquierda 3 mm (zs -1.7). A los 3 meses de vida, se realizó la reparación total, cierre de comunicación interventricular, se reseca tejido auricular derecho de 2 x 2 cm y se confecciona válvula bicúspide de tejido auricular autólogo en posición pulmonar y se preservan los dos leaflets posteriores de la válvula pulmonar nativa. Como complicaciones postoperatorias presentó shock séptico por *Klebsiella pneumoniae*, falla multiorgánica con requerimiento de diálisis peritoneal y egresa con estenosis pulmonar moderada a nivel valvular pulmonar gradiente 50 mmhg y disfunción leve del ventrículo derecho (VD). En el seguimiento ambulatorio presenta estenosis pulmonar en el TSVD leve con gradiente anterógrado 30 mmhg e insuficiencia pulmonar leve. Presenta reflujo desde las RP hacia el fondo de saco producido por las valvas de la neopulmonar con VD levemente dilatado y función conservada. Como conclusión, este caso nos muestra que la técnica quirúrgica con confección de una neo válvula con tejido auricular autólogo en posición pulmonar, representa una alternativa quirúrgica innovadora para minimizar la insuficiencia pulmonar en pacientes con TOF. El ecocardiograma Doppler y su modalidad 3D resulta la herramienta indispensable en el seguimiento longitudinal, permitiendo caracterizar la morfología, evolución hemodinámica postoperatoria, la progresión de la estenosis residual y la función ventricular, orientando el manejo terapéutico, programar controles cardiológicos y posibles intervenciones futuras. El seguimiento a largo plazo de esta técnica es limitado.

## OBSTRUCCIÓN DEL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO POR MEMBRANA SUBAÓRTICA EN PACIENTE ADULTA CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA TRATADA EN LA INFANCIA: EVALUACIÓN MULTIMODAL Y RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN · Unidad Temática 2: CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO

FIORI, Evelyn Anabella | ANTUNEZ, Ramiro | CASTAÑO, Benjamín | ORELLANO, Anabella | BAROLO, Ramiro

► Hospital Italiano de Buenos Aires



### INTRODUCCIÓN

La estenosis subaórtica por membrana es un etiología infrecuente de obstrucción fija del tracto de salida del ventrículo izquierdo, representando del 6 al 10% de las obstrucciones subvalvulares y cerca del 1 al 2% de las cardiopatías congénitas. Se caracteriza por la presencia de un tejido fibroso subvalvular que genera un gradiente obstructivo progresivo, asociado a hipertrofia ventricular izquierda. A pesar del tratamiento quirúrgico, a largo plazo puede recidivar de la obstrucción, con prevalencia del 10 al 30%, especialmente en pacientes pediátricos y con resección incompleta o intervención precoz. La multimodalidad en imágenes resulta clave para su caracterización anatómica y planificación terapéutica.

### DESCRIPCIÓN

Femenina de 28 años con antecedente de cierre quirúrgico de comunicación interventricular y resección de membrana subaórtica en la infancia, derivada a un centro de alta complejidad por presentar disnea en clase funcional II. Al ingreso se realizó ecocardiograma transtorácico el cual evidenció una función biventricular conservada, hipertrofia septal basal y obstrucción crítica del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) por una estructura compatible con membrana subaórtica circunferencial e insuficiencia mitral moderada a severa. Para una mejor caracterización tisular y evaluación de las relaciones anatómicas, se solicitó una resonancia magnética y una angiotomografía valvular. La resonancia magnética cardíaca confirmó la hipertrofia anteroseptal basal, la presencia de una cripta anteroseptal y membrana subvalvular aórtica con extensión hacia la unión mitroaórtica y estructuras subvalvulares mitrales, generando una obstrucción significativa del TSVI. Se diagnosticó estenosis subaórtica severa (vel pico 6.0 m/s en secuencias de contraste de fase en el TSVI), fibrosis miocár-

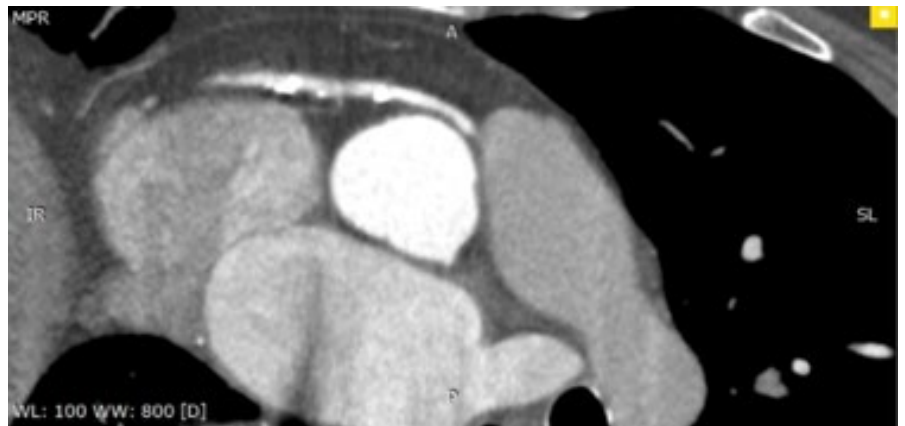
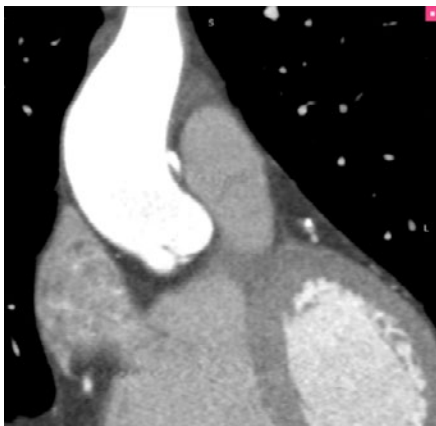
dica no isquémica a nivel del septum interventricular y anomalías venosas sistémicas, incluyendo probable ausencia de vena cava inferior con drenaje por sistema ácigos. La angiotomografía valvular permitió visualizar que la membrana subaórtica emerge de septum interventricular a unos 11 mm bajo el plano valvular aórtico y se conecta con la fibrosa mitroaórtica y valva anterior a través de cuerdas o tabiques que traccionan la fibrosa mitroaórtica y la valva anterior mitral (engrosada), generando déficit de coaptación valvar a nivel de A1, A2 y A3 en fases sistólicas. Se estimó un área del TSVI en fases de 1.05 cm<sup>2</sup>. A su vez, aportó información anatómica adicional, anomalía de la arteria coronaria derecha con trayecto interarterial, válvula aórtica bicúspide, alteraciones del retorno venoso sistémico y dilatación del tronco de la arteria pulmonar. Se decidió la resolución quirúrgica y en el procedimiento se confirmó que la membrana subaórtica era circunferencial y retraía la valva anterior mitral. Se intentó una resección de la misma pero se observó una banda muscular hipertrófica en localización septal, lo que obligó a la apertura del tracto de salida del ventrículo derecho y la realización de una septostomía con cierre posterior con parche de pericardio. Se resecó la membrana y se intentó una reparación mitral con anillo pero no fue efectiva por la tracción hacia el ventrículo de los festones posteriores y mala superficie de coaptación, por lo cual se realizó reemplazo valvular mitral mecánico. En la evolución postoperatoria intercurrió con síndrome de bajo volumen minuto, requerimiento de soporte inotrópico, vasopresor y diurético, con respuesta favorable. Posteriormente presentó buena evolución clínica y alta sin interurrencias. **CONCLUSIÓN:** Se resalta el valor de la evaluación multimodal en la caracterización integral de la obstrucción del TSVI, permitiendo definir la extensión anatómica, el compromiso valvular asociado, las anomalías concomitantes y la planificación quirúrgica.

## INVISIBLE AL CATETERISMO CARDÍACO, EVIDENTE EN LA TOMOGRAFÍA: ORIGEN ALTO DE LA CORONARIA DERECHA

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN · Unidad Temática 2: CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO

STRATTA, Vanina Soledad | SCIOLINI, Sabrina | CANTARINI ECHEZARRETA, María Belén  
| MENINI, Alberto

▶ Sanatorio  
Trinidad Mitre



### INTRODUCCIÓN

Las anomalías de origen de las arterias coronarias constituyen un subgrupo de cardiopatías congénitas con una prevalencia estimada del 0,3% al 1% en series angiográficas, cuya relevancia clínica excede ampliamente su frecuencia. Dentro de este espectro, el nacimiento de la arteria coronaria derecha desde la aorta ascendente por encima de la unión sinotubular representa una variante de particular interés por su potencial implicancia en isquemia miocárdica dinámica y muerte súbita cardíaca, especialmente cuando se asocia a trayecto interarterial y ángulo de salida agudo.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de sexo femenino, 59 años, con factores de riesgo cardiovascular que incluyen hipertensión arterial y tabaquismo activo. Bajo tratamiento médico con perindopril. Acude a guardia por presentar astenia, adinamia y mareos; donde se realiza un electrocardiograma inicial que registra bradicardia sinusal con frecuencia cardíaca de 40 lpm, hallazgo nuevo, en comparación con registros previos de 2022, que no mostraban bradicardia. Ante este evento, se indicó una prueba graduada de esfuerzo, realizada en consultorios externos, que confirmó el diagnóstico de bradicardia sinusal, incompetencia cronotrópica, asociada a bloqueo completo de rama izquierda inducido por esfuerzo y un episodio de hipotensión arterial con recuperación ad integrum. Lo que motivó la internación

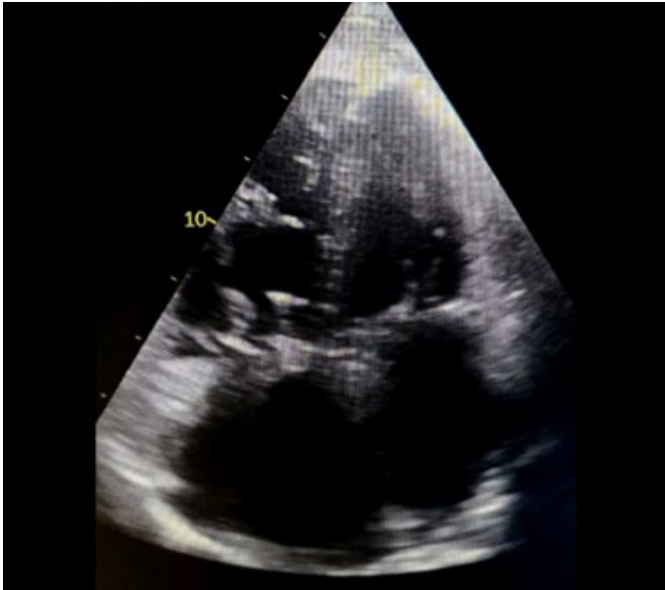
en unidad coronaria con diagnóstico de disfunción del nodo sinusal y la necesidad de realizar inicialmente estudios complementarios para descartar etiología isquémica. En primera instancia se realizó un ecodoppler cardíaco color que informó diámetros y función sistólica del ventrículo izquierdo conservados, sin trastornos de la motilidad parietal global y segmentaria, sin valvulopatías significativas. Posteriormente, se realizó una cinecoronariografía, por vía radial, que no evidenció lesiones angiográficamente significativas en el territorio izquierdo – lesión moderada en la arteria descendente anterior –, sin embargo, no permitió la evaluación de la arteria coronaria derecha por razones técnicas relacionadas con su origen anatómico. Este hallazgo negativo motivó la solicitud de una angiotomografía coronaria, que resultó diagnóstica, confirmando el origen anómalo de arteria coronaria derecha desde aorta ascendente a aproximadamente 13 mm de la unión sinotubular, asociado a anatomía de alto riesgo, ya que presentaba curso interarterial y ángulo agudo de salida; y lesión del 60–70% en la arteria descendente anterior. La coexistencia en esta paciente de tres entidades cardiovasculares independientes –enfermedad del nodo sinusal, anomalía coronaria de origen de alto riesgo y ateromatosis coronaria con lesión moderada a severa en la arteria descendente anterior– requirió una evaluación por el Heart Team de la institución, decidiéndose finalmente el implante de un marcapasos definitivo DDD y quedando en plan de realizar una evaluación funcional de manera ambulatoria. Se dio egreso a las 24hs, sin complicaciones.

## CARDIOPATÍA CONGÉNITA Y ADQUIRIDA EN EL ADULTO MAYOR: IMÁGENES CARDIOVASCULARES COMO EJE DIAGNÓSTICO

Unidad Temática: **CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO** · Unidad Temática 2: **VALVULOPATÍAS**

LEGARDON, Juan Andrés | STUPENENGO, Guido

► Hospital Privado de Comunidad. Mar del Plata



### INTRODUCCIÓN

Ante el creciente número de adultos con cardiopatía congénita (CC) no diagnosticada, el caso ilustra una entidad infrecuente: la doble cámara del ventrículo derecho (DCVD), presente en el 0,5–2% de las CC, en la que haces musculares hipertrofiados dividen el ventrículo derecho en dos cámaras con gradiente de presión. En este contexto, la insuficiencia pulmonar emerge como complicación fisiopatológicamente relevante: dado que la válvula pulmonar posee un mecanismo de cierre puramente pasivo, cualquier alteración del gradiente diastólico puede generar reflujo hacia el VD sin patología valvular intrínseca. El caso destaca el rol central de las imágenes cardiovasculares para redefinir el diagnóstico cuando coexisten patología congénita y enfermedad adquirida.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 77 años, sin factores de riesgo cardiovascular conocidos, con diagnóstico previo de estenosis pulmonar congénita, probable comunicación interventricular, estenosis aórtica severa, insuficiencia tricuspídea moderada a severa y fibrilación auricular permanente bajo anticoagulación. Consulta por primera vez para control cardiológico con escaso conocimiento de su enfermedad y estudios previos discordantes. Refiere disnea progresiva de 8 meses de evolución, clase funcional III (NYHA), sin ortopnea ni disnea paroxística nocturna. Al examen físico se constata síndrome congestivo biventricular: rales crepitantes bibasales, ingurgitación yugular a dos tercios con reflujo hepatoyugular positi-

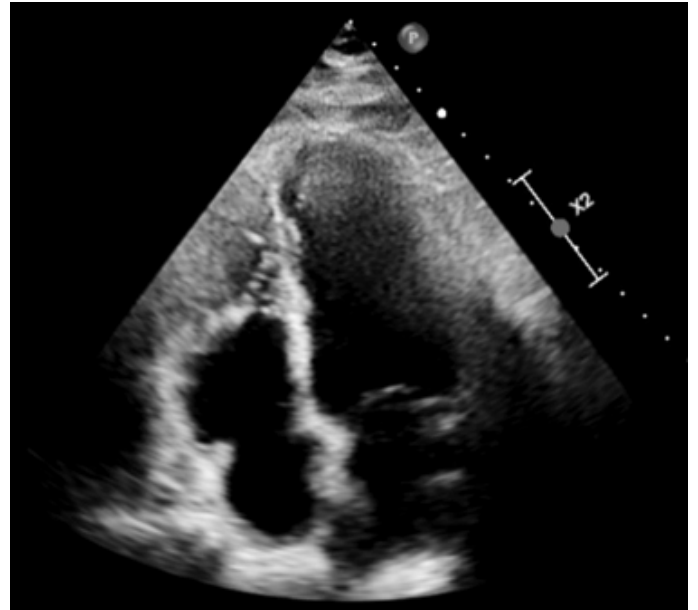
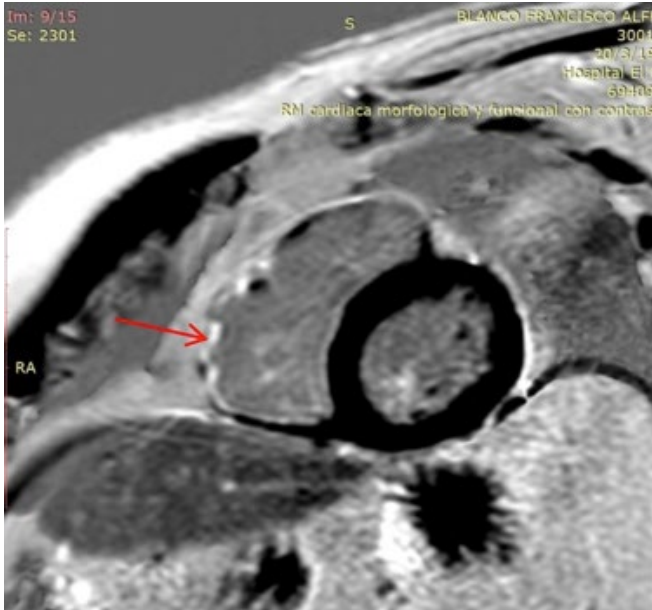
vo y soplo mesosistólico eyectivo 3/6 en foco aórtico. Se decide internación para tratamiento y estudio. Se reevalúa el diagnóstico original con el ecocardiograma, evidenciando una confusión en el diagnóstico inicial de estenosis pulmonar al constatar la presencia de una doble cámara del ventrículo derecho con comunicación interventricular perimembranosa restrictiva, cavidades derechas dilatadas con hipertrofia ventricular derecha e insuficiencia pulmonar severa por prolapso valvar (flail) con función sistólica del VD conservada. Además, la función sistólica del ventrículo izquierdo se encontraba conservada (FEVI 65%), con remodelado concéntrico, dilatación de la raíz aórtica y una estenosis aórtica esclerodegenerativa de grado severo. La insuficiencia pulmonar, en este caso, es probablemente secundaria al daño generado por la exposición de la válvula a de forma prolongada a un gradiente aumentado dado por su patología congénita. Se realizó tratamiento diurético intensivo con balance acumulado de -13.000 ml (peso al ingreso 85,4 kg; peso al egreso 67 kg). La evolución fue favorable, con resolución del cuadro congestivo y sin nuevas complicaciones. Actualmente, se encuentra en evaluación ambulatoria para abordaje quirúrgico de su patología cardíaca. Imagen 1: Cuatro cámaras. Se observa dilatación de cavidades derechas e hipertrofia ventricular con haces musculares que al análisis con Doppler evidencian aceleración del flujo dentro del ventrículo derecho. Imagen 2: Paraesternal eje largo modificado hacia tracto de salida del ventrículo derecho. Se observa la válvula pulmonar flail, que con el análisis Doppler se evidencia una insuficiencia pulmonar significativa.

## CUANDO EL CORAZÓN ENGAÑA: TAQUICARDIA VENTRICULAR “IDIOPÁTICA”

Unidad Temática: **ECOCARDIOGRAFÍA** · Unidad Temática 2: **ARRITMIAS Y ELECTROFISIOLOGÍA**

MONTERO SÁNCHEZ, Christian Albert | STREITENBERGER, Gisela  
| REYES, Graciela | GRECCO, Karen Yamila

► Hospital de Alta Complejidad en  
Red “El Cruce” - SAMIC



### INTRODUCCIÓN

La Miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (MAVD) se caracteriza por una atrofia miocárdica progresiva con reemplazo fibroadiposo en el miocardio del VD. Puede presentarse con taquicardia ventricular (TV) aun en ausencia de dilatación o deterioro global del VD. En estos casos, la integración entre ecocardiografía transtorácica (ETT) y resonancia magnética cardíaca (RMC) resulta clave para identificar alteraciones regionales y orientar el diagnóstico.

### DESCRIPCIÓN

Caso clínico: Paciente masculino de 53 años, con antecedente familiar de muerte súbita a edad precoz (hija) y angina de reciente comienzo. Consultó por dolor precordial, palpitaciones y diaforesis. ECG inicial mostró taquicardia regular de QRS ancho a 140 lpm, que revirtió con amiodarona. Ante sospecha inicial de causa isquémica, se realizó cinecoronariografía, la cual descartó enfermedad coronaria significativa. ETT bed side sin trastornos de motilidad del VI, se decide ETT dirigido y RMC Estudios complementarios: ETT: Ventrículo izquierdo (VI) no dilatados, con función sistólica (FS) VI global conservada. Acinesia del segmento basal de la pared lateral del VD. Adelgazamiento parietal con morfología a-

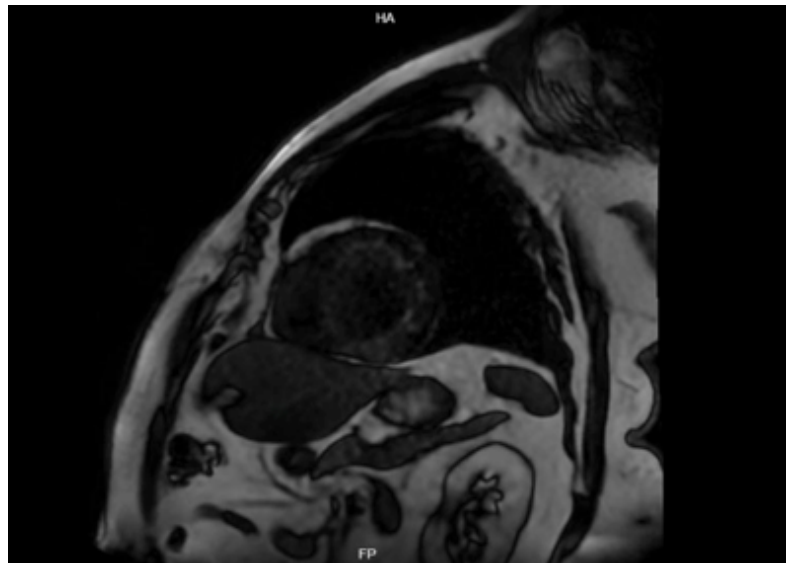
neurismática, compatible con “bulging” subtricuspidé. VD en límite superior de tamaño (41 mm) con deterioro leve de la FS (TAPSE 16 mm, onda S' 8 cm/s). Strain pared libre del VD -18%. ECG con TV y con reversión a ritmo sinusal con onda ÉPSILON RMC: VD no dilatado y con FS global conservada, con alteración regional de la pared lateral de la cámara de entrada: Aquinesia de los segmentos basal y medio de la pared lateral del VD. Hiperintensidad en secuencias T2 con supresión grasa en dichos segmentos. Realce tardío transmural localizado en la misma región, compatible con fibrosis. Ausencia de realce tardío o trastornos segmentarios en el VI. Evolución: Tanto el ETT como la RMN previa a la colocación del cardiodesfibrilador implantable bicameral en prevención secundaria permitió el diagnóstico morfológico de MAVD que luego fue confirmada por estudio genético molecular positivo para una variante patogénica en el gen DSG2 c.137G>A (p.Arg46Gln). El paciente evolucionó sin nuevas arritmias durante la internación, y fue externado con betabloqueantes y seguimiento por electrofisiología. Conclusiones: La MAVD puede debutar como TV con coronarias normales y VD “globalmente conservado”: no descartar sin imágenes multimodales. El ETT detecta lo regional; la RMC revela lo tisular: juntos, son el binomio diagnóstico que ninguno logra solo. Una variante patogénica en Desmogleina 2 (DSG2) obliga al estudio familiar: la muerte súbita de la hija no fue casual, fue una señal.

## RESOLVIENDO EL ENIGMA: MIOCARDITIS OCULTA TRAS UNA VARIANTE ANATÓMICA EXCEPCIONAL

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN · Unidad Temática 2: MIOCARDIOPATÍAS

CABREJOS, Martina María | BROZZONI, Guido | COLELLA PAGELLA,  
Luciano Gastón | GARCIA, Tomás Joaquín | HAHN, Milagros

► Hospital General de Agudos  
Juan A. Fernández



### INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de un varón de 57 años con sospecha de infarto y el hallazgo excepcional de agenesia de la arteria circunfleja. Ante la complejidad del cuadro, el uso de imágenes multimodales resultó indispensable para diferenciar esta rara anomalía anatómica de la verdadera etiología del daño miocárdico, permitiendo un diagnóstico preciso y un enfoque terapéutico adecuado.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 57 años con factores de riesgo cardiovascular, que consultó por dolor precordial opresivo en clase funcional II de una hora de evolución, irradiado a ambos miembros superiores y asociado a disnea, con remisión tras el reposo. Refirió un cuadro similar hace cuatro días en otra institución, donde se documentó troponina I ultrasensible de 406 ng/L y un electrocardiograma con signos de secuela en cara inferior. Al ingreso a nuestro centro se realizó electrocardiograma sin cambios respecto al previamente mencionado, así como dosaje de troponinas ultrasensibles con valor de 460 ng/L. Se interpretó como infarto evolucionado e ingresó a Unidad Coronaria. A su ingreso a Unidad Coronaria se obtuvo ecocardiograma transtorácico que evidenció dilatación de ventrículo izquierdo con fracción de eyección del 25% y trastornos de la motilidad con acinesia inferior basal y medio e hipocinesia en el resto de los segmentos. La cinecoronariografía evidenció ausencia de lesiones obstructivas angiográficamente significativas y agenesia de la arteria circunfleja, confirmada mediante aortograma. Frente a la discordancia entre los hallazgos

de los estudios complementarios y la presencia de una miocardiopatía dilatada de etiología no filiada se incentivó la realización de una cardioponancia magnética, la que mostró una miocardiopatía dilatada severa con fracción de eyección del 24% con realce tardío de gadolinio de distribución subepicárdica en los segmentos anterolateral, septal e inferior. Estos hallazgos, sumados a la expansión del volumen extracelular en las secuencias de mapping, sugirieron un proceso inflamatorio compatible con miocarditis. El caso descrito subraya la complejidad diagnóstica del dolor torácico y la relevancia crítica de la evaluación multiimagen para alcanzar un diagnóstico etiológico preciso. Mientras que la clínica y los biomarcadores sugerían un evento isquémico, la discordancia entre la cinecoronariografía, el ecocardiograma transtorácico y el electrocardiograma obligó a trascender la anatomía coronaria. La cardioponancia magnética, mediante la caracterización tisular y el patrón de realce tardío subepicárdico, permitió reclasificar el cuadro como una miocarditis subaguda, diferenciándola de la isquemia con coronarias normales. Esta precisión diagnóstica es el pilar fundamental para establecer un tratamiento médico específico, permitiendo el inicio temprano de terapias dirigidas a la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida y evitando intervenciones innecesarias. Asimismo, la cuantificación de la fibrosis y el edema mediante secuencias de mapping resulta determinante para definir el pronóstico y anticipar posibles complicaciones, tales como el riesgo de arritmias ventriculares malignas o la progresión hacia una miocardiopatía dilatada irreversible, optimizando así la vigilancia y el seguimiento a largo plazo del paciente.

## PSEUDOANEURISMA VENTRICULAR IZQUIERDO COMO COMPLICACIÓN MECÁNICA: IMPORTANCIA DE LA IMAGEN MULTIMODAL EN LA PLANIFICACIÓN TERAPEUTICA

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN · Unidad Temática 2: CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

PASTORI, Yanina A. | SALMO, José Fabián | GANUM, Guillermo E. Gerardo |  
BANCHIO DAL BÓ, María Josefina | REY PRIETO, Lourdes

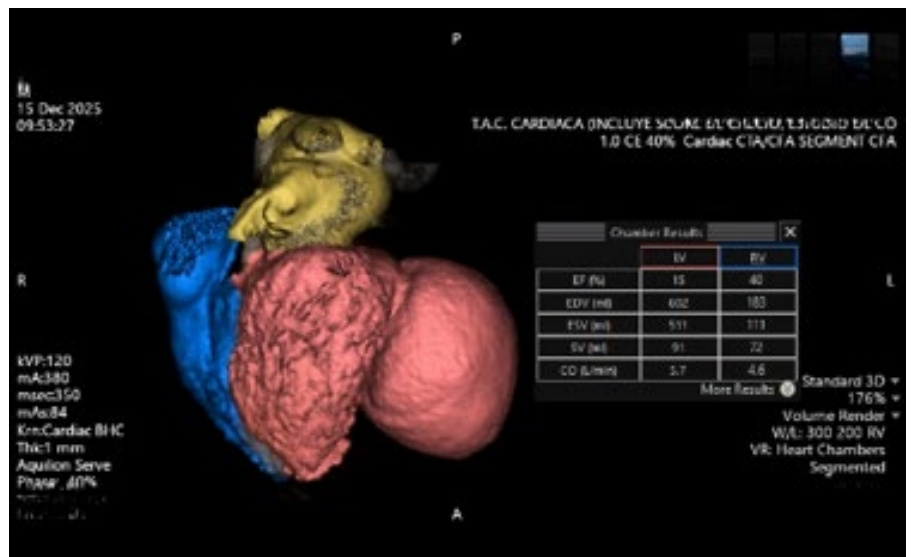
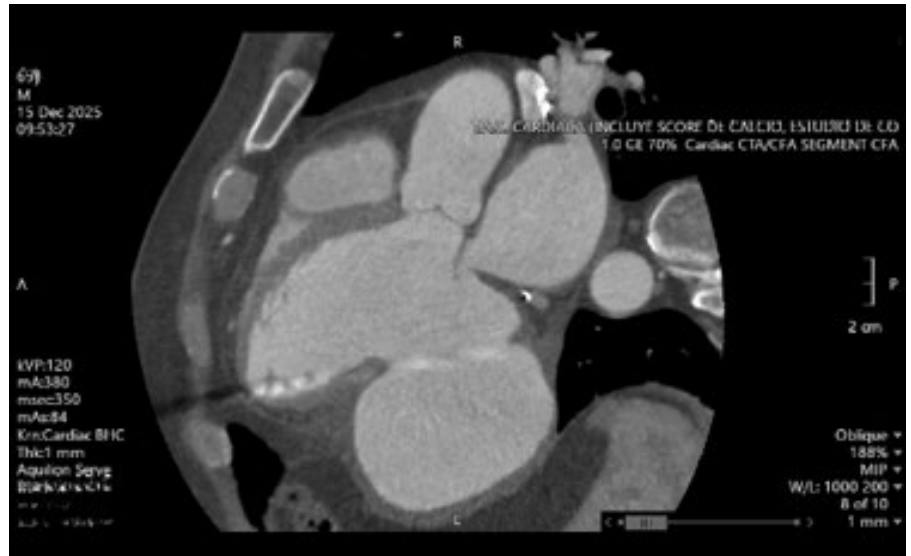
 Fundación Favalaro

### INTRODUCCIÓN

El pseudoaneurisma ventricular izquierdo es una complicación mecánica infrecuente del infarto agudo de miocardio, secundaria a una rotura contenida de la pared libre, y se asocia a un alto riesgo de ruptura. La identificación precisa mediante modalidades de imagen complementarias, como Ecocardiografía, Tomografía Computada y Resonancia Magnética, es fundamental para el diagnóstico y la planificación de la estrategia terapéutica.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 69 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, obesidad e infarto agudo de miocardio en julio de 2025, tratado con angioplastia desarrolla miocardiopatía dilatada isquémica-necrótica con deterioro severo de la función sistólica ventricular izquierda que requiere adicionalmente Terapia de Resincronización Cardíaca. Estudios de control muestran dilatación severa del ventrículo izquierdo y trastornos de contractilidad en segmentos inferior e inferolateral. La Resonancia Magnética y la Tomografía cardíaca evidencian una solución de continuidad en la pared inferolateral con formación sacular compatible con pseudoaneurisma de gran tamaño (82 mm) y cuello amplio (50×43 mm), asociado a trombo mural. Se decide resolución quirúrgica. El Ecocardiograma Transesofágico intraoperatorio confirma estos hallazgos. Se realiza resección del pseudoaneurisma y endoaneurismorrafia con parche de Dacrón, con evolución postoperatoria sin complicaciones, CONCLUSION / TAKE-HOME MESSAGE Este caso destaca la utilidad de la imagen multimodal en la evaluación de pseudoaneurismas ventriculares, permitiendo caracterizar de manera precisa la anatomía y la extensión de la lesión, identificar complicaciones asociadas como trombo mural o compromiso valvular, y guiar la estrategia quirúrgica en una entidad con elevado riesgo de ruptura y alta mortalidad.



## COMUNICACIÓN AORTO-AURÍCULA DERECHA POST REEMPLAZO DE VÁLVULA AÓRTICA: DIAGNÓSTICO ECOCARDIOGRÁFICO

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN

GARAY, Roxana Anahí | CINCA, Luis Damián | STUPENENGO, Guido | TRINGALI POLEGRITTI, Lía Martina | SALAZAR, Federico

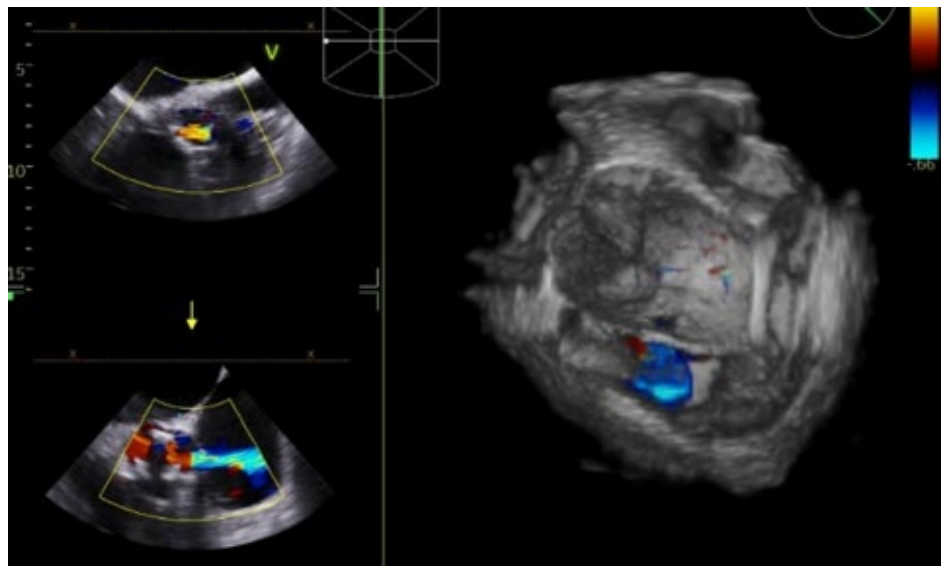
Hospital Privado de Comunidad. Mar del Plata

### INTRODUCCIÓN

Las fístulas aorto auriculares son canales vasculares anómalos que se dan desde cualquiera de los tres senos de valsalva hacia aurículas. Pueden ser congénitas o adquiridas, siendo estas últimas las más frecuentes, asociadas a endocarditis o reemplazo de válvula aórtica. En general la mayoría de las fístulas se dan post procesos infecciosos-inflamatorios que forman un aneurisma de los senos de valsalva que luego deriva en la comunicación entre aorta y aurícula. La mayoría de los pacientes pueden ser asintomáticos, pero se han reportado casos de palpitaciones, disnea de esfuerzo e infecciones respiratorias a repetición. También se pueden presentar como insuficiencia cardíaca e hipertensión pulmonar. El diagnóstico es principalmente ecocardiográfico, ya sea transtorácico o transesofágico. Frente al diagnóstico es importante valorar la relación riesgo/beneficio para plantear el cierre de la comunicación, por vía quirúrgica o endovascular. Generalmente es un procedimiento con baja tasa de complicaciones y su beneficio radica en prevenir la sobrecarga de volumen, endocarditis, la formación de aneurismas, la rotura espontánea, etc.

### DESCRIPCIÓN

Se presenta el caso de un paciente masculino de 77 años con hipertensión, dislipidemia, hipotiroidismo y fibrilación auricular permanente. Con antecedente de reemplazo de válvula aórtica secundario a estenosis aórtica severa en 2019 (se colocó una válvula Protésica biológica Hancock N25). Presenta controles cardiológicos normales y sin complicaciones desde 2019 a 2024 con estudios ecocardiográficos que informan buena función sistólica del ventrículo izquierdo (FSVI), hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo (HVI). Dilatación de aurícula izquierda (DAI) leve y válvula aórtica protésica con gradientes dentro de la normalidad, sin insuficiencia. Enfermedad actual: El paciente concurre a control cardiológico en noviembre de 2025. Se refiere asintomático para angor, disnea o palpitaciones. Al examen físico presenta dos ruidos cardíacos en los cuatro focos precordiales con ritmo irregular. Se ausculta un nuevo soplo sistólico holosistólico, de intensidad



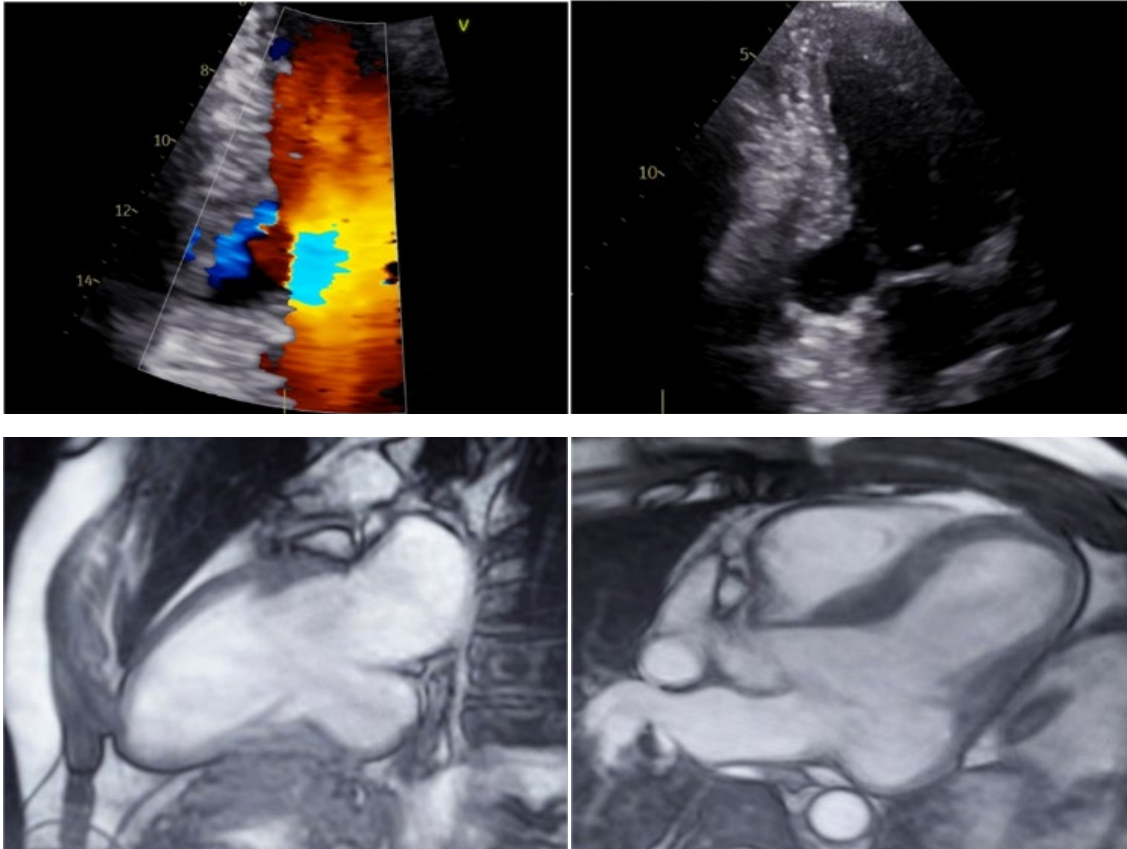
III/VI, panfocal sin irradiación. No se objetivan signos de fallo agudo de bomba. Al interrogatorio dirigido refiere que aproximadamente 6 meses antes de la consulta presentó episodio febril por el cual concurre a la guardia de su pueblo donde se le indicó 14 días de tratamiento antibiótico vía oral por foco infeccioso no especificado. Se realiza ecocardiograma transtorácico que informa: prótesis normoinsera con shunt desde seno derecho a aurícula derecha compatible con fístula aorto-auricular. Dilatación de AD, insuficiencia tricuspídea leve con PSAP 58 mmHg. Buena FSVI, HVI. DAI moderada Para una mejor caracterización se realiza ecocardiograma transesofágico, donde se visualiza una solución de continuidad de 4 mm en seno no coronario (hora 9) con flujo de alta velocidad hacia aurícula derecha compatible con fístula aorto-auricular (imagen 1). Se solicita angiotomografía que evidencia fístula aorto-auricular derecha originada a partir de seno no coronario a 4.5 mm del plano valvular aórtico, con un cuello de 5.7 mm y una pequeña dilatación pseudoaneurismática de 10 mm de diámetro. A nivel de arterias coronarias se observan lesiones significativas en arterias descendente anterior (con signos de vulnerabilidad por componente blando) y en coronaria derecha por placa mixta predominantemente cálcica en tándem, con un score de calcio coronario total de 2679 UA. CAD RADS 2.0 4A/P4/HRP (imagen 2). Se presentó al paciente en el ateneo del servicio de cardiología y cirugía cardiovascular, decidiendo el cierre percutáneo de la fístula aorto-auricular luego de valoración y eventual tratamiento por cinecoronariografía de las lesiones coronarias.

## CUANDO LA ESTRUCTURA DEFINE LA ARRITMIA: APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA EN PACIENTE JOVEN

Unidad Temática: ARRITMIAS Y ELECTROFISIOLOGÍA · U.T. 2: CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO

FRANKE, Roció Milagros | SOSA, Juan Manuel | MAIDANA PROCH, Esteban Adrián |  
FLEITAS PAEZ, Maximiliano | SALVADOR, Fabiana Soledad

▶ Hospital Escuela de Agudos  
Dr. Ramón Madariaga



### INTRODUCCIÓN

Las arritmias ventriculares en pacientes jóvenes sin cardiopatía estructural evidente representan un desafío diagnóstico y terapéutico. En este grupo, la identificación de anomalías estructurales poco frecuentes, como aneurismas ventriculares no isquémicos, resulta crucial debido a su potencial como sustrato arrítmico y desencadenante de muerte súbita, destacando la importancia de una evaluación multimodal y el tratamiento dirigido al sustrato en estos escenarios.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 27 años, deportista, sin antecedentes patológicos previos. Inicia a la edad de 11 años con primer evento cardíaco presentado como síncope, continuando con episodios autolimitados de dolor precordial y palpitaciones. En el año 2021, intercorre con episodio de taquiarritmia con QRS ancho, autolimitada; iniciando estudios (ergometría, Holter, ECG y ecocardiograma) sin hallazgos significativos. En 2023, presenta nuevo episodio de taquiarritmia, sin descompensación hemo-

dinámica, recibiendo cardioversión farmacológica, se repite en esta ocasión (EEF) sin inducción de arritmia por estar bajo tratamiento farmacológico. Intercorre en 2025 con evento de muerte súbita reanimada, requiriendo de cardioversión eléctrica y asistencia respiratoria mecánica, indicándose cardiodesfibrilador implantable (CDI) como prevención secundaria. Se repite durante esta internación estudios complementarios: EEF sin interferencia farmacológica, induciendo taquicardia ventricular monomórfica sostenida; ecocardiograma con hallazgo clave: Acinesia postero-inferior con formación aneurismática de Cuello amplio (17mm), con Fey preservada; confirmándose mediante resonancia magnética cardíaca: Aneurisma ventricular inferior basal (32 x 22 mm), sin realce tardío. La etiología isquémica fue descartada mediante cinecoronariografía; y, las causas secundarias, mediante laboratorio con perfil autoinmune y serologías con resultados negativos. Orientando a etiología congénita. En el contexto de evaluación interdisciplinaria (Heart Team), se realizó aneurismectomía ventricular izquierda, con evolución postoperatoria favorable, manteniéndose el CDI como prevención secundaria.

## FÍSTULA AORTO-AURICULAR DERECHA COMO COMPLICACIÓN DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA: APORTE DE LA ESTRATEGIA MULTIIMAGEN

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN

COSTA, Ariel Esteban<sup>1</sup> | ALVAREZ, Francisco<sup>2</sup> | FORTUNATO, German Alberto<sup>3</sup> | MORENO ZURBARAN, María Nazareth<sup>4</sup> | VAZQUEZ, Gastón Ariel<sup>2</sup>

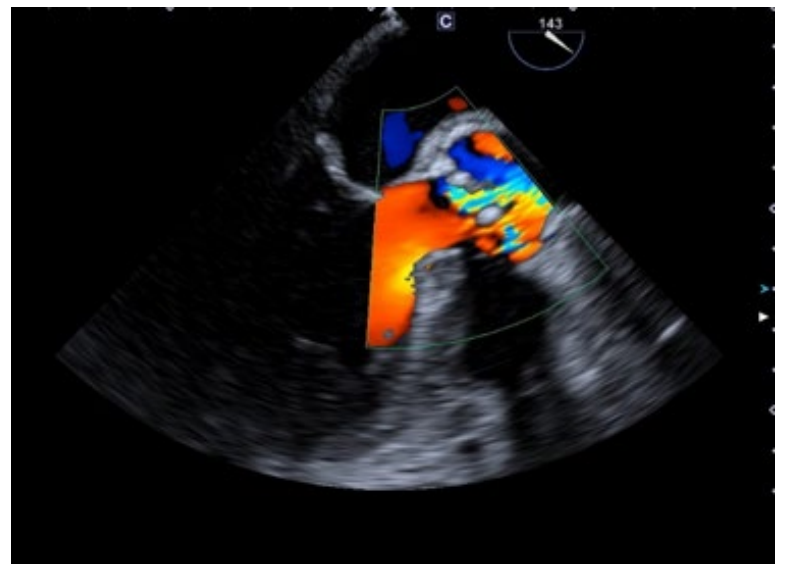
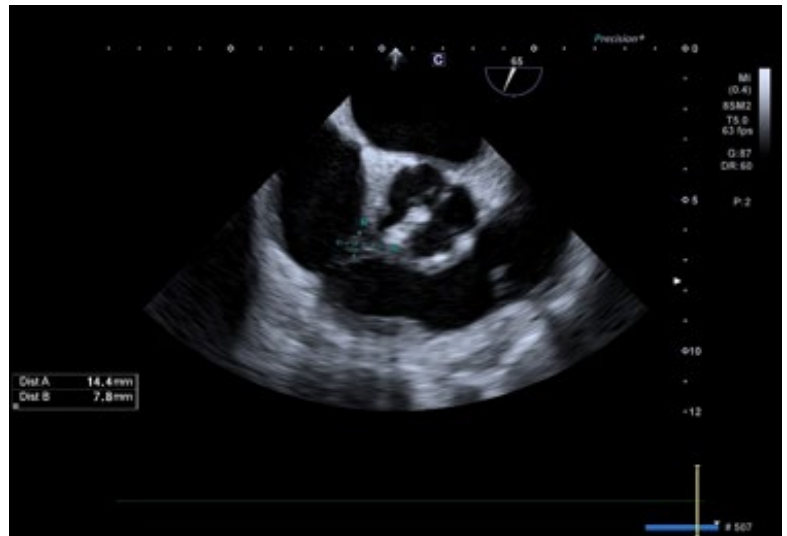
▶ Sanatorio Juncal<sup>1</sup>; Sanatorio Juncal<sup>2</sup>; Sanatorio Juncal<sup>3</sup>; Sanatorio Juncal<sup>4</sup>

### INTRODUCCIÓN

Las complicaciones perianulares de la endocarditis infecciosa constituyen un desafío diagnóstico y terapéutico. En este contexto, la integración de ecocardiografía transesofágica y angiotomografía cardíaca permite no solo detectar el compromiso valvular, sino también definir con mayor precisión la extensión anatómica de las lesiones y su relación con estructuras adyacentes, aportando información relevante para la resolución quirúrgica.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 74 años con antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica en hemodiálisis trisemanal, anemia crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y antecedentes de infección asociada a catéter. Cursaba internación en sala general por endocarditis infecciosa en tratamiento dirigido con vancomicina donde se realiza ecocardiografía transesofágica que evidenció válvula aórtica tricúspide calcificada con restricción de apertura e imagen móvil de 3 mm sobre la cara aórtica de la valva coronariana derecha, sugestiva de vegetación, asociada a engrosamiento de la fibrosa mitroaórtica. A nivel tricuspídeo se observó una imagen móvil de 13 x 6 mm sobre la valva septal, compatible con vegetación. Adyacente a esta lesión se identificó una solución de continuidad sobre la pared aórtica en su porción sinusal, contigua a la comisura entre la valva no coronariana y la coronariana derecha, con flujo desde la aorta hacia la aurícula derecha, compatible con fístula aorto-auricular derecha. Un segundo ecocardiograma transesofágico confirmó estos hallazgos sin cambios significativos. La angiotomografía cardíaca agregó valor al diagnóstico al confirmar la sospecha de fistulización y delimitar con mayor precisión la anatomía de la complicación, permitiendo una mejor caracterización preoperatoria de la región aórtica comprometida y contribuyendo a la planificación quirúrgica. Además, mostró calcificación valvular aórtica importante y enfermedad coronaria calcificada no extensa, circunscrita a la descendente anterior. Se realizó tratamiento quirúrgico con reemplazo valvular aórtico por bioprótesis, plástica del anillo aórtico con parche pericárdico y vegetectomía tricuspídea. El



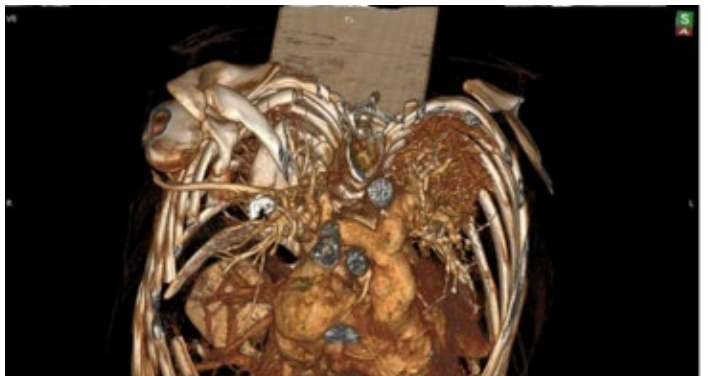
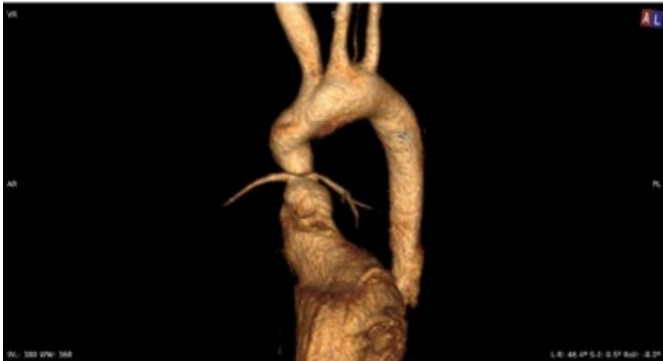
ecocardiograma transesofágico postoperatorio mostró prótesis aórtica normoimplantada y normofuncionante, con leak periprotésico leve, sin imágenes residuales sugestivas de vegetaciones y sin hallazgos ecocardiográficos de complicaciones inmediatas mayores. Actualmente cursa postoperatorio de reemplazo valvular aórtico con bioprótesis N.º 19, plástica del anillo aórtico con parche pericárdico y vegetectomía tricuspídea, continúa esquema antibiótico dirigido con evolución clínica favorable en sala general.

## ESTENOSIS SUPRA VALVULAR AÓRTICA Y DE ARTERIA PULMONAR EN PACIENTE CON SÍNDROME DE WILLIAMS

Unidad Temática: **CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO** · Unidad Temática 2: **VASCULAR**

CASTILLO MENDOZA, Efraín Sebastián | PALACIOS, Rodrigo Uriel |  
MONTERUBIANESI, Luisina | PIN LOOR, Josefa Mercedes | CORONEL, Roberto D.

► Sanatorio  
Sagrado Corazón



### INTRODUCCIÓN

El síndrome de Williams es un trastorno de microdelección relativamente raro que se presenta en hasta 1 de cada 7500 individuos. Surge debido al apareamiento incorrecto de elementos repetitivos de ADN de baja copia durante la meiosis. El trastorno resultante afecta a múltiples sistemas, como el gastrointestinal, nervioso central, endocrino y sobre todo el cardiovascular, donde presenta característicamente estenosis de las grandes arterias y con más frecuencia, estenosis aórtica supra valvular, además presentan una apariencia craneofacial distintiva y un perfil cognitivo y conductual específico que incluye discapacidad intelectual e hipersociabilidad.

### DESCRIPCIÓN

Se presenta el caso de una paciente femenina de 25 años de edad, portadora de síndrome de Williams, con factor de riesgo cardiovascular únicamente positivo para sedentarismo y antecedente cardiovascular de corrección quirúrgica de estenosis supra valvular aórtica a los 8 años de edad. Manteniéndose asintomática,

presenta en controles por ambulatorio, reestenosis supra valvular aórtica, agregando estenosis de tronco de arteria pulmonar. Aporta ETT: VI diámetro y motilidad conservados, FEY 71%, VD diámetro y función conservada, válvula aórtica bicúspide sin estenosis. Flujo turbulento a nivel supra valvular aórtico, que genera un GP de 101 mmHg, GM de 60 mmHg y VP de 4.84 m/s. Arco aórtico con disminución de calibre de aorta ascendente de 8 mm, que genera gradiente de 26 mmHg. Válvula mitral ligeramente displásica con IM leve a moderada. Además Angio TC de aorta: Válvula aórtica de 17.6mm, apertura conservada. Ligeramente engrosamiento de valva no coronariana. Estenosis supra valvular aórtica severa en reloj de arena a 21 mm del plano valvular a nivel de la unión sinotubular, la zona de estenosis inmediatamente superior al nacimiento de ambas coronarias. La relación STJ/Anillo: 0.57. Se observa en zona de estenosis severo engrosamiento concéntrico difuso de la pared (Grosor de pared entre 4.5-8.5mm). Estenosis en reloj de arena del tronco de la arteria pulmonar en igual zona de la estenosis aórtica. Arborización distal normal. Motivo por el que se encuentra en plan de cirugía cardiovascular.

## CUANDO LA ARTERIA NO ES LA CULPABLE: ISQUEMIA MIOCÁRDICA POST TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

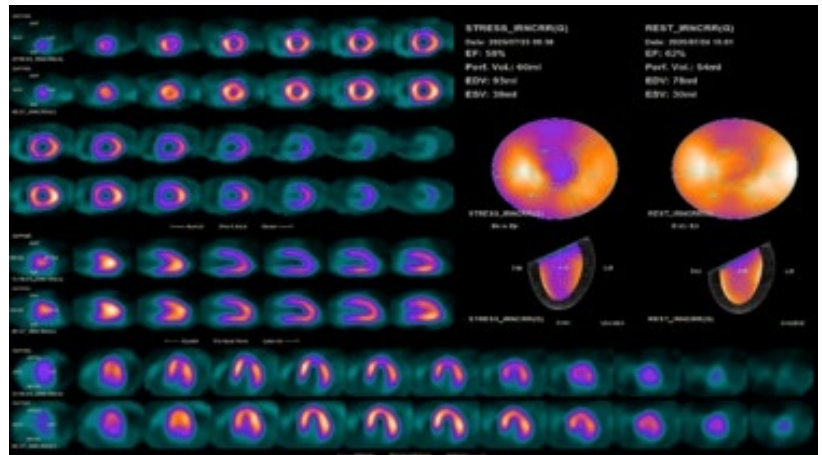
Unidad Temática: **CARDIO-ONCOLOGÍA** · Unidad Temática 2: **CARDIOLOGÍA NUCLEAR**

PEREYRO, Hernán Luis<sup>1</sup> | MINISINI, Ezequiel<sup>2</sup> | METTINI, Silvana<sup>2</sup> |  
CAMPANELLI, Hugo Héctor<sup>3</sup> | LAPRESA, Susana Beatriz<sup>4</sup>

► Hospital Español de Buenos Aires<sup>1</sup>;  
Complejo Medico Policial Churruca Visca<sup>2</sup>;  
Hospital Alemán<sup>3</sup>; Hospital María Curie<sup>4</sup>

### INTRODUCCIÓN

La población de pacientes con patología oncológica tiene un riesgo aumentado de presentar eventos cardiovasculares. Estos pueden estar vinculados al proceso evolutivo de su neoplasia, a efectos tóxicos secundarios a las terapéuticas antineoplásicas o a la progresión de enfermedad coronaria subclínica vinculada a sus factores de riesgo preexistentes. Es conocida la cardiotoxicidad de ciertos fármacos antineoplásicos, aunque existe una elevada variabilidad de eventos adversos cardiovasculares asociados a éstos. El uso de radioterapia en el tórax, recurso terapéutico en ciertos tumores (mama, linfomas, timoma, etc.), se asocian a un aumento de enfermedad cardiovascular que puede tardar en desarrollarse como complicación en forma tardía años o décadas luego del tratamiento. A continuación, se detallará el caso clínico de una paciente con diagnóstico de cáncer de mama izquierda que recibió tratamiento quimioterápico y radioterápico, con posterior desarrollo de cardiotoxicidad años después.



### DESCRIPCIÓN

Se comenta el caso clínico de una femenina de 56 años, con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial controlada con amlodipina y diabetes gestacional), sin antecedentes cardiovasculares conocidos y con otros antecedentes (múltipara y cáncer de mama izquierda ductal infiltrante a los 44 años, tratado con cuadrantectomía + linfadenectomía, radioterapia y quimioterapia con: doxorubicina, ciclofosfamida, paclitaxel y trastuzumab) que acudió para reiniciar control por Cardiología. Electrocardiograma con ritmo sinusal, con trastorno de la repolarización anterolateral. Negaba síntomas anginosos, palpitaciones o síncope. Ecocardiograma con diámetros del ventrículo izquierdo conservados, hipertrofia septal (13 mm) asimétrica, función sistólica preservada (fracción de eyección 66%), sin trastornos de la motilidad, relajación prolongada, E/e' 6.7, aurícula izquierda levemente dilatada (35 mL/m<sup>2</sup>), cavidades derechas conservadas, sin valvulopatías significativas. Perfusión miocárdica reposo/esfuerzo con hipoperfusión anterior de ápex a base de grado moderado en ejercicio que normaliza en las imágenes de reposo, sin caída de la función sistólica, compatible con desarrollo de isquemia anterior moderada (SSS 6, SRS 1, SDS 5). Se realizó cinecoronariografía, que informó arterias coronarias epicárdicas sin lesiones angiográficamente

significativas. Se interpretó isquemia miocárdica con arterias coronarias no obstructivas (INOCA). La radioterapia es un factor de riesgo independiente para la enfermedad microvascular endotelial, afectando principalmente a pacientes más jóvenes, sin otros factores de riesgo habituales, manifestándose usualmente 5 a 10 años luego de radioterapia, comprometiendo todo el árbol vascular coronario. Las antracilinas, las drogas antitubulina, los anticuerpos monoclonales y los agentes alquilantes se caracterizan por presentar cardiotoxicidad, efecto que es aditivo entre los diferentes grupos farmacológicos e incluso al daño radioinducido, afectando principalmente a mujeres respecto a enfermedad coronaria. Los pacientes de sexo femenino enviados a cinecoronariografía presentan menos incidencia de enfermedad coronaria obstructiva, lo que implica un riesgo biológico oculto, con un fenotipo menos susceptible a la revascularización. En el INOCA existe una combinación variable de mecanismos estructurales y funcionales en la disfunción microvascular. A pesar de encontrarse libre de enfermedad oncológica, resulta imprescindible que los pacientes presenten seguimiento cardiovascular a largo plazo. Las técnicas de imagen constituyen una herramienta indispensable en el seguimiento de los tratamientos oncológicos.

## ARCAPA: NACIMIENTO ANÓMALO DE LA ARTERIA CORONARIA DERECHA

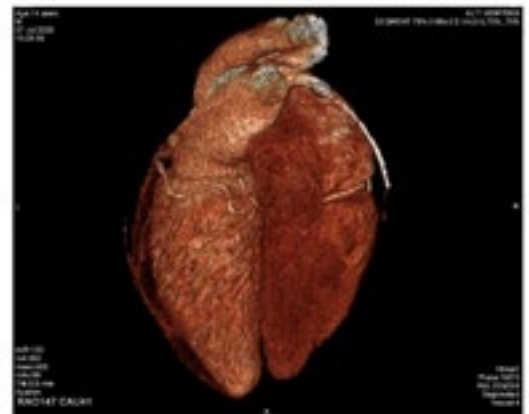
U. T.: TOMOGRAFÍA COMPUTADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA · U.T.2: CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO

DIAZ, Elena María Rosa | TORRES, Dafnee Paola | ALBORTA, Candela  
| SARJANOVICH, Rodolfo

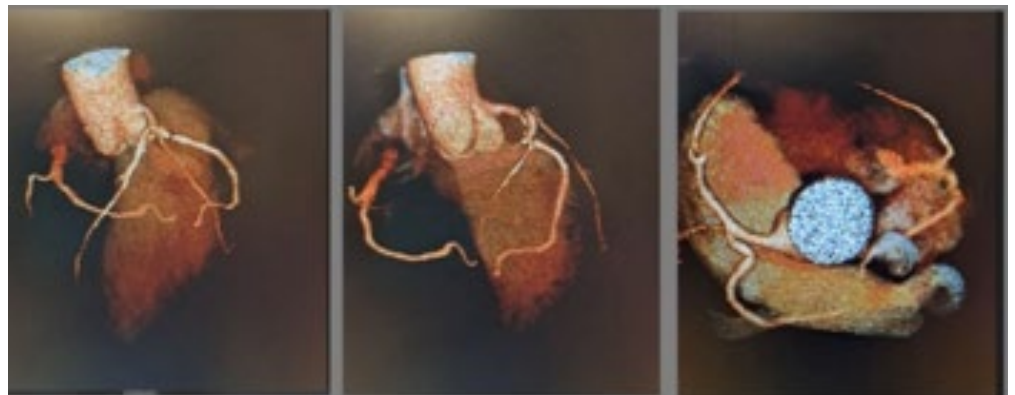
► Hospital Privado  
Universitario de Córdoba

### INTRODUCCIÓN

Las anomalías de las arterias coronarias (AAC) incluyen varias afecciones congénitas caracterizadas por el origen o el curso anormal de cualquiera de las tres arterias coronarias epicárdicas principales presentadas en menos del 1% de la población. Con la creciente aplicación de las variantes técnicas de reconstrucción por tomografía computarizada como método estándar para pacientes con dolor torácico agudo, los profesionales sanitarios se encontrarán con mayor frecuencia con anomalías y variantes de las arterias coronarias. La mayoría de estas anomalías y variantes no tienen relevancia clínica; sin embargo, algunas pueden causar isquemia miocárdica debido a los efectos limitantes del flujo sanguíneo de la arteria anómala.



### TAC MULTICORTE CORONARIA



### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 14 años, es derivado de centro regional con diagnóstico de síndrome coronario agudo/infarto agudo de miocardio de cara inferior evolucionado. El paciente refiere comenzar con dolor precordial atípico tipo punzante durante partido de fútbol de intensidad 7/10 sin irradiación de una hora de duración aproximadamente por lo que decide consultar en centro de salud de la localidad, donde se realiza ECG objetivando supradesnivel del segmento ST en cara inferior, por lo que deciden su internación. Posteriormente a las 48 hs del evento se deriva a centro de mayor complejidad. Paciente ingresa a UTI pediátrica estable hemodinámicamente, sin requerimiento de drogas vasoactivas ni oxigenoterapia suplementaria, afebril, lucido, asintomático desde el punto de vista cardiovascular, niega angor y equivalentes anginosos. Al examen físico presentaba signos estables, con parámetros

neuroológicos, cardiovasculares, respiratorios y digestivos sin alteraciones. El ECG de ingreso se presentó fibrosis incompleta de cara inferior con T negativas. La resonancia magnética cardíaca objetivó masa de apariencia quística en pared del ventrículo derecho y fibrosis inferior. La tomografía multicorte coronaria objetivó el hallazgo de nacimiento anómalo de la arteria coronaria derecha en segmento infravalvular de arteria pulmonar (Síndrome de ARCAPA). El ecocardiograma Doppler muestra una insuficiencia pulmonar leve, con diámetros y volúmenes conservados. Se realizó una cirugía de revascularización miocárdica con RIMA a la arteria coronaria derecha bajo circulación extracorpórea a bajo flujo, clipando posteriormente a nivel proximal. Curso el postoperatorio en unidad coronaria sin interurrencias siendo dado de alta.

## DEFECTO GERBODE ADQUIRIDO POST CIRUGÍA DE BENTALL. UN DESAFÍO QUIRÚRGICO

Unidad Temática: **ECOCARDIOGRAFÍA** · Unidad Temática 2: **MULTI-IMAGEN**

VICUÑA, Kevin | PRANTEDA, Jazmín Aldana | PALACIOS, Rodrigo Uriel |  
CORONEL, Roberto D. | SOLIS, Claudio Esteban

► Sanatorio  
Sagrado Corazón

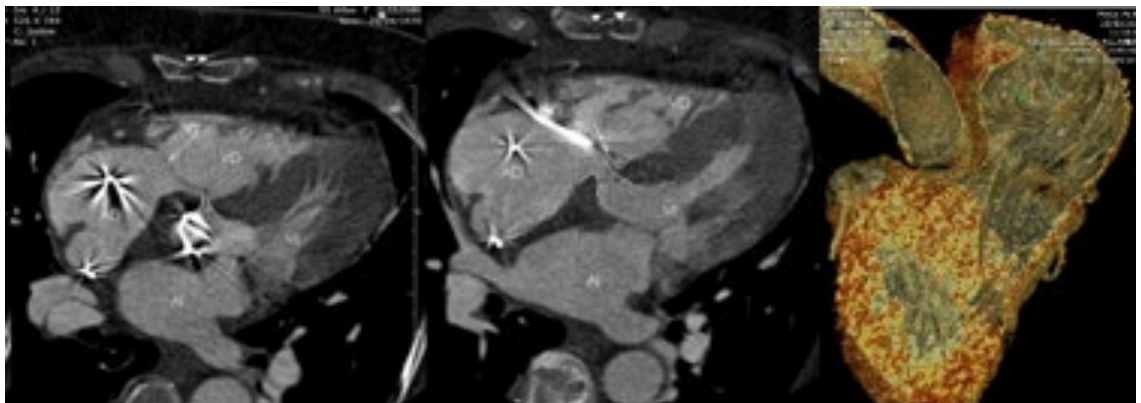
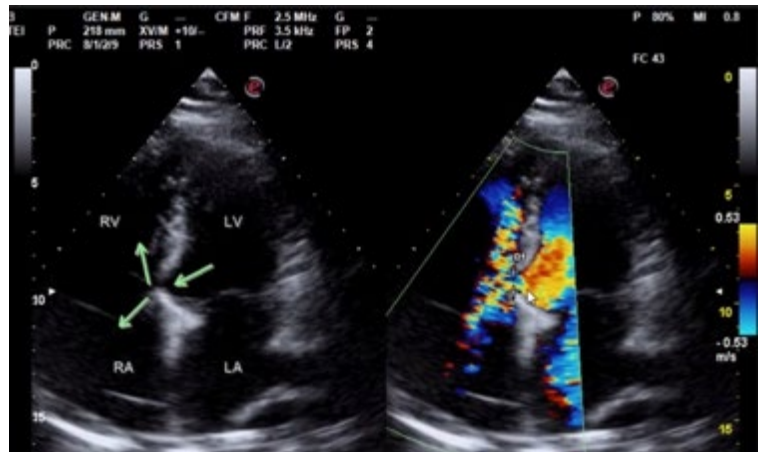
### INTRODUCCIÓN

El defecto de Gerbode, es una condición muy rara que consiste en una comunicación desde el ventrículo izquierdo (VI) hacia la aurícula derecha (AD) o ventrículo derecho (VD), debido a un defecto septal, que puede ser congénito o adquirido (secundario a endocarditis, cirugía de reemplazo de válvula, infarto agudo de miocardio o traumatismo torácico). Se produce una derivación de una cámara de alta presión a una cámara de baja presión, aumentando el volumen y la presión de las cámaras derechas, lo que puede provocar fallo circulatorio mixto debido a la disfunción de estas cavidades derechas y disminución del volumen sistólico. La ecografía cardíaca es el estándar de oro en el estudio y diagnóstico de esta patología. Se puede clasificar según la relación que guarda el defecto con referencia a la válvula tricúspide: supraválvular (tipo I), infraválvular (tipo 2) y mixto (tipo 3) y según la relación del shunt con las cámaras cardíacas: directo (Shunt VI-AD) indirectos (Shunt VI-VD-AD). El defecto Gerbode es una anomalía estructural poco frecuente y de difícil diagnóstico, por lo cual el tratamiento quirúrgico continúa siendo una opción adecuada, sin embargo en casos seleccionados se han preferido terapias percutáneas con buenos resultados.

### DESCRIPCIÓN

Se presenta paciente femenina de 55 años de edad, portadora de insuficiencia aórtica severa sintomática y dilatación de raíz aórtica, quien cursa postoperatorio mediato de cirugía de Bentall de Bono (reemplazo valvular aórtico mecánico N° 21, reemplazo de aorta ascendente con tubo valvulado N°26, reimplante de ostiums coronarios y resección de membrana subaórtica) presentando bloqueo

auriculoventricular completo con requerimiento de marcapasos bicameral y shock cardiogénico asociado a dilatación con disfunción del ventrículo derecho, por lo que requirió terapia dirigida por catéter de Swan-Ganz con doble soporte inotrópico y vasopresor. A la exploración física presento soplo sistólico grado III. Ecocardiograma control evidenció dos defectos en el tabique interventricular membranoso, tanto supra como infratricúspideo, cortocircuito global de izquierda a derecha significativo (QP:QS >2), con dilatación de cavidades derechas y desplazamiento septal hacia el lado izquierdo. Se complementó con estudio de Angio TC coronaria que informo defecto a nivel del septum membranoso de aprox. 6.7 x 5.6 mm, con comunicación entre el VI-AD. Gerbode I asociada a pequeña comunicación infratricúspideo (VI-VD). Durante evolución complicó con derrame pericárdico severo con requerimiento de pericardiocentesis y drenaje pericárdico, con posterior hematoma pericárdico residual con colapso pasivo del VD. Se plantea conducta híbrida, quirúrgica y percutánea, para resolución del cuadro.



## CARACTERIZACIÓN ANATÓMICO-FUNCIONAL POR IMAGEN MULTIMODAL EN EBSTEIN TARDÍO: IMPLICANCIAS EN LA SELECCIÓN DE TÉCNICA QUIRÚRGICA

Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA** · U.T. 2: **TOMOGRAFÍA COMPUTADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA**

CAMBIASO, Carolina | SARRIES VIÑAS, Francisco | ROSSO, Andrés Javier |  
MOLTENI MORALES, Walter | CONEJEROS PARODI, Willy

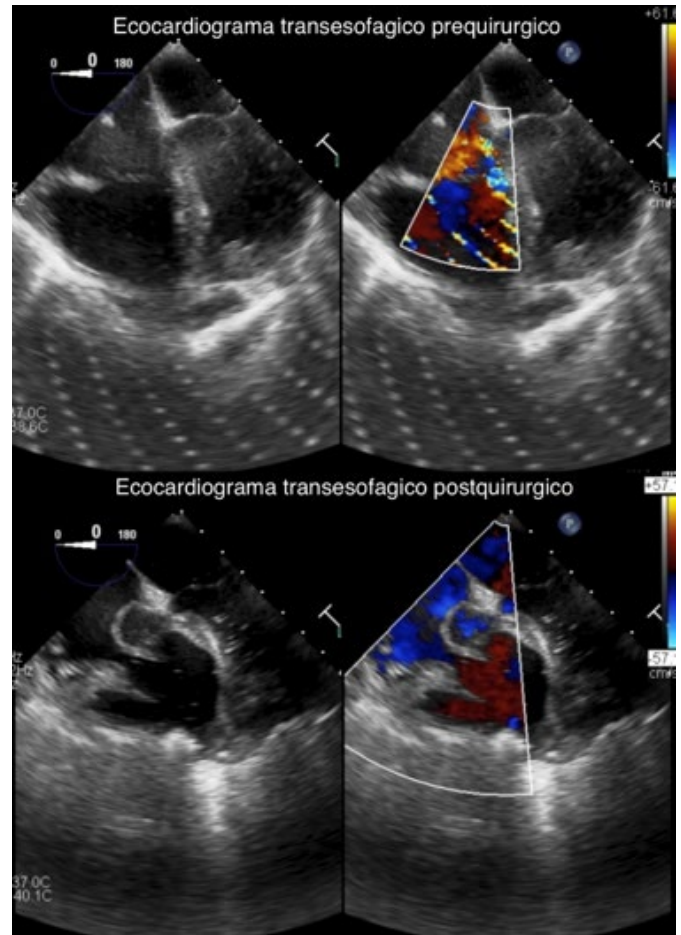
Hospital De Niños  
"Dr. Ricardo Gutiérrez"

### INTRODUCCIÓN

La anomalía de Ebstein es una patología con gran variabilidad anatómica y funcional. Las recomendaciones actuales del consenso de 2025 de American Association for Thoracic Surgery (AATS) enfatizan la indicación precoz de cirugía. La caracterización precisa del ventrículo derecho (VD) funcional mediante imágenes multimodales es clave para orientar la estrategia quirúrgica.

### DESCRIPCIÓN

Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 20 años de edad con diagnóstico de anomalía de Ebstein y antecedente de síndrome de Wolf Parkinson White ablacionado a los 14 años de edad, en clase funcional I. La ecocardiografía transtorácica y transesofágica evidenció dilatación de aurícula derecha y del anillo tricuspídeo e insuficiencia tricuspídea (IT) severa. Durante el seguimiento presentó aleteo auricular inducido por el ejercicio en ergometría. La resonancia magnética cardíaca mostró aurícula derecha dilatada (20 ml/m<sup>2</sup>, 31 ml/m<sup>2</sup> incluyendo VD atrializado), VD con volumen de 100 ml (60 ml/m<sup>2</sup>), representando un 67% de ventrículo derecho funcional, con una fracción de eyección de VD de 45%. Se confirmó desplazamiento de valvas septal y posterior, con IT severa (fracción regurgitante 46%) y función ventricular izquierda conservada (FEVI 57%). A pesar de presentar criterios de intervención quirúrgica (IT severa y arritmias), la cirugía fue diferida por causas sociales. Finalmente, se realizó valvuloplastia tricuspídea con técnica de Cono Da Silva, plicatura del VD atrializado y cierre de comunicación interauricular, sin derivación cavopulmonar. La evolución postoperatoria fue favorable, con IT mínima y función ventricular derecha levemente disminuida al alta. Discusión: Este caso evidencia un retraso en el tiempo quirúrgico pese a la presencia de IT severa, dilatación de cavidades derechas y arritmias inducidas (criterios actualmente aceptados de intervención por AATS). La resonancia magnética y el ecocardiograma transesofágico permitieron una adecuada caracterización del VD funcional, favoreciendo una estrategia biventricular sin necesidad de descarga tipo Glenn (FEVD mayor a 25%, vol VD menor a 250ml/m<sup>2</sup>, función del VI conservado y ausencia de VI con D-shape). La técnica de cono demostró excelentes resultados hemodinámicos inmediatos. Conclusión: La imagen multimodal es determinante no solo para definir el momento quirúrgico oportuno, sino también para individualizar la estrategia en la anomalía de Ebstein. Aún en escenarios tardíos, la reparación con técnica de cono puede lograr resultados favorables en pacientes seleccionados con reparación biventricular, evitando procedimientos adicionales.



## UN HALLAZGO INCIDENTAL CON IMPLICANCIAS DIAGNÓSTICAS MAYORES: ¿ANEURISMA, PSEUDOANEURISMA O AGENESIA PARCIAL DE PERICARDIO IZQUIERDO? EL ROL DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA

Unidad Temática: TOMOGRAFÍA COMPUTADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA · U.T. 2: MULTI-IMAGEN

CANTARINI ECHEZARRETA, María Belén | MENINI, Alberto E. | PAGÉS, Marisa |  
ORQUERA, Daniel | TABORDA, Francisco Ricardo

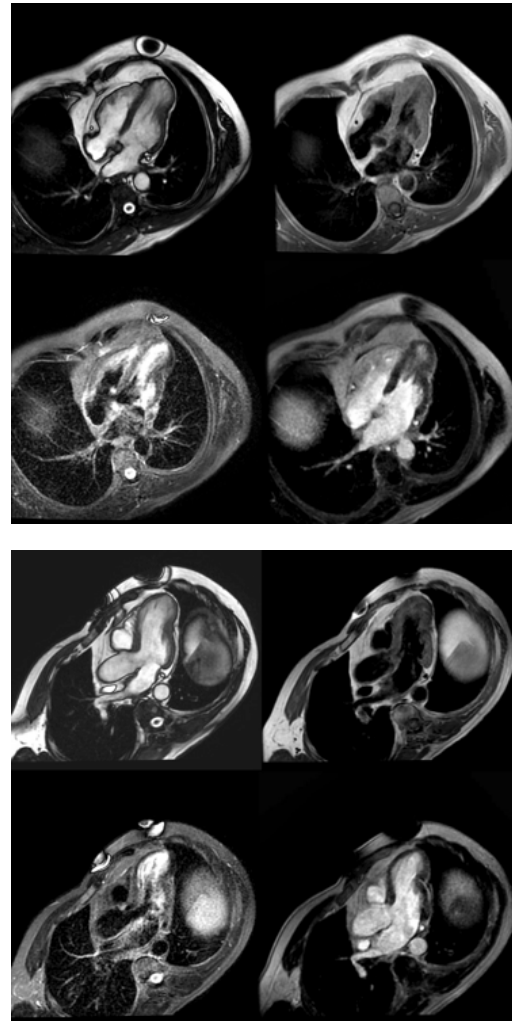
▶ Sanatorio Colegiales

### INTRODUCCIÓN

La agenesia congénita de pericardio es una malformación cardíaca infrecuente, con una prevalencia estimada entre aproximadamente 0.002% a 0.004%. Su forma parcial izquierda, puede manifestarse como arritmias supraventriculares, dolor torácico, síncope o constituir un hallazgo incidental en estudios de imagen realizados por otras indicaciones.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 65 años. Factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, ex-tabaquismo, sobrepeso. Antecedente de arritmia no filiada en 2022. Medicación habitual: Losartán 25 mg/24h y Bisoprolol 5 mg/24h. Consulta por cuadro de cuatro semanas de evolución con palpitaciones y disnea progresiva. El electrocardiograma evidenció una fibrilación auricular de alta respuesta ventricular, indicándose internación en UCO. Durante las primeras horas ocurrió la reversión espontánea a ritmo sinusal. Se inició amiodarona con buena tolerancia. El ecocardiograma Doppler evidenció función sistólica conservada con una imagen apical sacular con motilidad preservada y el interrogante diagnóstico entre agenesia parcial de pericardio y pseudoaneurisma, con recomendación de completar el estudio con TAC o RMC cardíaca. Resonancia Magnética Cardíaca con Contraste El estudio fue realizado en resonador de alto campo 1.5 Tesla GE Signa Creator, con gatillado electrocardiográfico mediante electrodos no ferromagnéticos. El protocolo fue diseñado para responder de forma simultánea a las tres hipótesis diagnósticas planteadas desde la realización del ecocardiograma: aneurisma apical, pseudoaneurisma y agenesia pericárdica. Secuencias Cine (2C, 4C, 3C, eje corto): Presencia de una leve rotación axial cardíaca hacia la izquierda. Durante la diástole se observa un adelgazamiento focal de la pared a nivel del apex propiamente dicho (espesor aproximado de 3 mm), con una leve restricción a la expansión diastólica del segmento lateroapical, otorgando a la zona del apex una morfología ligeramente prominente hacia el parénquima pulmonar de un aspecto sacular. La contracción sistólica está conservada, sin movimiento paradójico. La posición del apex permaneció fija durante el ciclo completo, apoyando el diagnóstico de una agenesia parcial de pericardio a nivel lateral izquierdo, con posible herniación apical (sin compromiso de la orejuela izquierda), sin poder descartar una constricción pericárdica localizada que restringe la expansión diastólica del segmento lateroapical, aunque con menor probabilidad. Secuencias Black Blood T1, Triple IR y Realce Tardío de Gadolinio: En secuencias BB T1 se observa interrupción focal y circunscrita de la línea hipointensa pericárdica en la región lateroapical izquierda, con



contacto directo entre el miocardio ventricular y el parénquima pulmonar adyacente. El defecto se extiende desde el segmento lateral medio hasta el ápex ventricular, compatible con una agenesia parcial izquierda de pericardio. La ausencia de edema miocárdico en STIR con ausencia completa de realce tardío en cualquier distribución – subendocárdica, transmural, intramiocárdica, subpicárdica – incluyendo el segmento lateroapical comprometido, descarta el aneurisma verdadero, el pseudoaneurisma y la miocarditis activa. La ausencia de edema pericárdico en STIR y de realce tardío pericárdico descarta la presencia de pericarditis activa y constricción inflamatoria. La conducta propuesta incluyó la realización de una tomografía computarizada cardíaca, Holter de 48 horas para la detección de arritmias ventriculares, y evaluación en conjunto con cirugía cardiovascular, para eventual resolución quirúrgica.

## ¿DÓNDE ESTÁ LA CORONARIA DERECHA? HALLAZGO INCIDENTAL DE CORONARIA ÚNICA Y EL ROL DECISIVO DE LA TOMOGRAFÍA CORONARIA

U.T.: TOMOGRAFÍA COMPUTADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA · U.T. 2: CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO

GILARD, Dominique<sup>1</sup> | FERNÁNDEZ, Lucía<sup>1</sup> |  
 BRIANO OXLEY, María Victoria<sup>1</sup> | LOZA ROSSI, Gimena<sup>2</sup>

► Unidad Académica de Cardiología, Extensión Tacuarembó, Universidad De La República<sup>1</sup>; Unidad Académica Cardiología, Hospital De Clínicas<sup>2</sup>



Figura 1. Angiografía coronaria. Árbol coronario sin estenosis angiográficamente significativas. Hallazgo de arteria coronaria única que emerge del seno coronario izquierdo; se observa la continuación de la arteria circunfleja hacia el trayecto de la coronaria derecha.

### INTRODUCCIÓN

Las anomalías coronarias son alteraciones congénitas poco frecuentes en el origen, trayecto o distribución de las arterias coronarias. Generalmente se trata de hallazgos incidentales, diagnosticados por métodos imagenológicos como angiografía y angiotomografía coronaria. Algunas variantes pueden asociarse a isquemia miocárdica, arritmias o muerte súbita según su trayecto anatómico. Presentamos el caso de un hombre de 38 años que se presenta con un infarto agudo de miocardio. La angiografía coronaria evidenció la presencia de una arteria coronaria única izquierda, con una arteria coronaria derecha originada como continuación distal de la arteria circunfleja, sin lesiones significativas. La angiotomografía coronaria caracterizó el trayecto coronario anómalo y evidenció el curso anatómico de la coronaria derecha, descartando elementos de alto riesgo para muerte súbita.

### DESCRIPCIÓN

Hombre de 38 años, sin antecedentes cardiovasculares conocidos, tabaquista y consumidor de cocaína y alcohol. Consulta en servicio de emergencia por dolor torácico de reciente comienzo, de características anginosas, irradiado a miembro superior izquierdo, que aparece luego de consumo de cocaína. El electrocardiograma evidenció un supradesnivel del segmento ST anterolateral. Al examen físico no presentaba signos de insuficiencia cardíaca ni otros hallazgos patológicos a destacar. Con diagnóstico de infarto agudo de miocardio con elevación del ST anterolateral Killip y Kimbal I, y dado que su centro de salud se encontraba a más de 120 minutos del centro de hemodinamia más cercano, se realizó

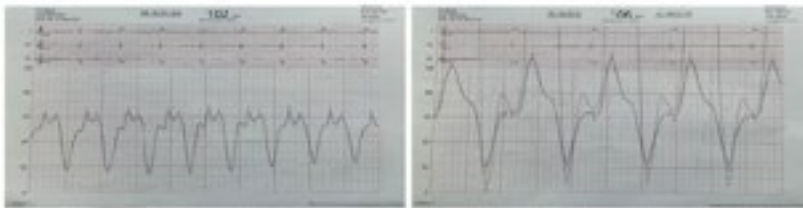
tratamiento fibrinolítico, seguido de traslado para continuar con estrategia fármaco-invasiva. La cineangiocoronariografía (CACG) evidenció un árbol coronario sin estenosis angiográficamente significativas, y el hallazgo de una arteria coronaria única saliendo del seno coronario izquierdo, con un trayecto de la coronaria derecha como continuación de la arteria circunfleja (figura 1). Se planteó como diagnóstico más probable infarto agudo de miocardio secundario a vasoespasmos por consumo agudo de cocaína (tipo II, según la 4ª definición Universal de Infarto de Miocardio). Con el objetivo de caracterizar la anatomía coronaria, la relación con otras estructuras y evaluar el riesgo de isquemia y muerte súbita, se realizó una Angio Tomografía (Angio-TAC) coronaria que confirma el hallazgo de la CACG y descarta elementos de riesgo en la anatomía. La angiotomografía coronaria constituye la técnica de elección para la evaluación de las anomalías coronarias, al permitir definir con precisión el origen, trayecto y relación con las estructuras adyacentes mediante una caracterización tridimensional integral, superior a la angiografía invasiva para este propósito. Además, posibilita la identificación de marcadores anatómicos de alto riesgo de isquemia y muerte súbita, como trayecto interarterial o intramural, ostium en hendidura y estrechamiento proximal, fundamentales para la estratificación pronóstica y la toma de decisiones terapéuticas. De acuerdo con lo expuesto, y según las características imagenológicas, el caso presentado se considera una variante de bajo riesgo tanto para isquemia como muerte súbita, clasificada como "hiperdominancia coronaria" según Rigatelli et al., caracterizada por la irrigación miocárdica completa a partir de un único ostium coronario siguiendo un trayecto similar al observado en una arteria coronaria originada en el seno coronario derecho.

## NO TODO ES RECHAZO EN EL TRASPLANTE CARDÍACO: CUANDO EL PROBLEMA NO ES EL MIOCARDIO

Unidad Temática: INSUFICIENCIA CARDÍACA · Unidad Temática 2: MULTI-IMAGEN

MALBRÁN ALCONADA, Joaquín José | GIUFFRÀ, Néstor Nicolás |  
DE SANTOS, Mariela | PASQUEVICH, Laura Viviana | REYES, Graciela

► Hospital de Alta Complejidad en  
Red "El Cruce" - SAMIC



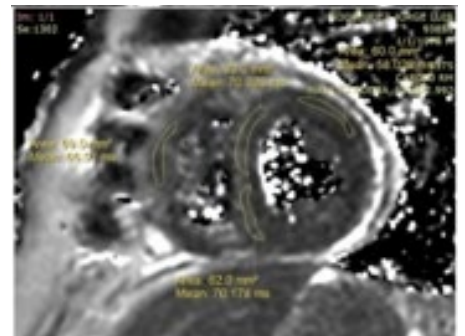
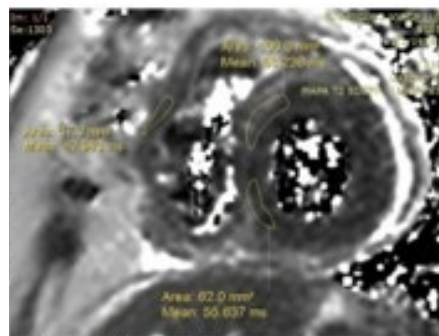
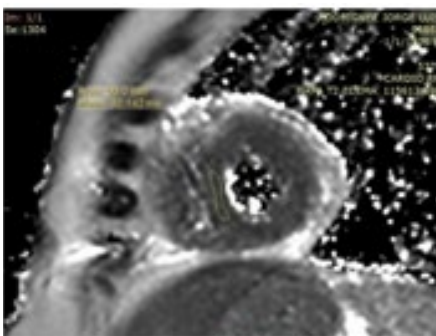
### INTRODUCCIÓN

• La pericarditis constrictiva (PC) es una complicación infrecuente en el trasplante cardíaco (1,4–3,9%). • Se asocia a inflamación recurrente: rechazo, mediastinitis o derrames persistentes en el postoperatorio • Se presenta con insuficiencia cardíaca derecha, simulando falla del injerto. • Desafío clave: diferenciar constricción de causas miocárdicas. • La imagen multimodal es fundamental para el diagnóstico y la toma de decisiones.

### DESCRIPCIÓN

• Varón 45 años: HTA, ERC, miocardiopatía dilatada. • Trasplante (2016) > re-trasplante (2017) por rechazo. • Postoperatorio complicado: falla VD + shock hemorrágico > reintervención. • Consulta por IC descompensada derecha. • Hallazgos: ingurgitación

yugular, edemas, congestión pulmonar. • Laboratorio: Pro BNP elevado + deterioro renal. IMÁGENES • Eco: septal bounce + patrón restrictivo con variación respiratoria + engrosamiento pericárdico. FEy 56% • Estenosis en VCI (gradiente 6 mmHg). • RMC: engrosamiento pericárdico + limitación de cavidades derechas + edema (T2 ↑). FEy izq 54%. FEy derecha 59% • Cateterismo: equalización de presiones + "raíz cuadrada" + onda auricular en "W". • TC: calcificación y engrosamiento pericárdico localizado. • Biopsia: rechazo 1R > descarta causa miocárdica significativa. CONCLUSIÓN • La PC post-trasplante es infrecuente aunque potencialmente reversible. • Debe sospecharse ante IC derecha refractaria en pacientes trasplantados. • La imagen multimodal permite diferenciarla de rechazo y otras causas. • La pericardiectomía temprana es el tratamiento definitivo y mejora el pronóstico.



T2 miocárdico

## CUANDO LA IMAGEN SUGIERE ENDOCARDITIS

Unidad Temática: **ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA** · Unidad Temática 2: **ECOCARDIOGRAFÍA**

MARTINEZ, Valois | MEZZALIRA, Anabella | OTERO GÓMEZ, Lucas Adrián |  
GUERRERO, Edgar | DEKETELE, Felipe

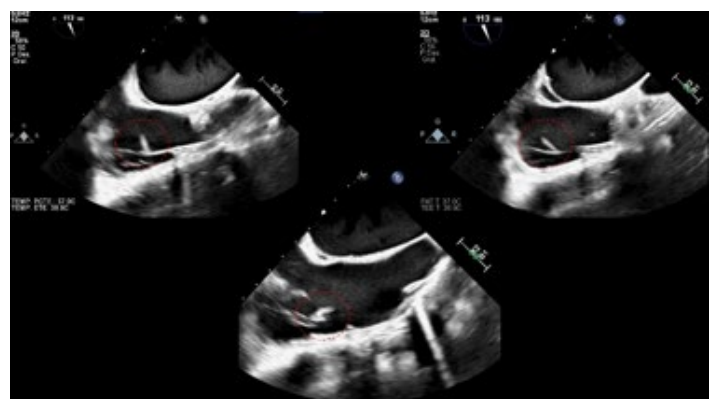
► Hospital Alemán

### INTRODUCCIÓN

La endocarditis sobre válvulas protésicas y dispositivos intracardíacos es una entidad con alta morbimortalidad y dificultad diagnóstica. Hasta un 25% presenta hemocultivos negativos, ya sea por antibióticos previos o microorganismos de difícil aislamiento, aunque también puede corresponder a etiologías no infecciosas. Su diagnóstico diferencial sigue siendo un desafío y requiere un enfoque multimodal.

### DESCRIPCIÓN

Caso clínico: Paciente de 74 años acudió a control clínico por disnea progresiva de un año de evolución. Negó fiebre y otros síntomas asociados. Como antecedente de relevancia es portadora de prótesis valvular biológica en posición mitral (12 años atrás) y de marcapasos bicameral. Recibía anticoagulación por fibrilación auricular. Se encontraba hemodinámicamente estable con adecuada perfusión periférica y con ritmo de fibrilación auricular. Se auscultó soplo holosistólico en foco mitral con irradiación a axila y presentó signos de insuficiencia cardíaca. Laboratorio sin leucocitosis con marcadores inflamatorios normales. Fue ingresada a unidad coronaria. Se inició balance negativo con furosemida endovenosa con adecuada descongestión. Se realizó ETT en donde se observó diámetros y función biventricular conservados con prótesis biológica en posición mitral con buena motilidad valvar e insuficiencia mitral moderada periprotésica. Tanto en prótesis en posición mitral y cables endocavitarios, se observaron masas que podrían corresponder a vegetaciones. En el ETE la prótesis mitral presentó adecuada motilidad valvar y se observó, sobre el anillo protésico y en posición topográfica de P3, la presencia de una masa pedunculada de 5 mm (imagen 1 B), asociado a jet excéntrico y posterior de insuficiencia mitral moderada, imagen 1 A. Ventrículo derechos de diámetros y función conservados, evidenciándose sobre catéteres endocavitarios una masa pedunculada y muy móvil, de 15 mm, correspondiente a la Imagen 2. Ambas masas fueron interpretadas como vegetaciones, planteándose el diagnóstico de endocarditis infecciosa posible sobre válvula protésica y asociada a dispositivo. Se tomaron hemocultivos en múltiples oportunidades que fueron negativos, se realizó PET-TC que no presentó captación significativa compatible con la sospecha diagnóstica y estudios de impactos sépticos que fueron negativos. Se inició tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona y ampicilina. En base a disfunción protésica mitral sintomática e imágenes compatibles con vegetaciones asociadas a dispositivo y en válvula protésica se decidió su resolución quirúrgica. Cine-



coronariografía sin lesiones significativas. Se realizó extracción de foco odontógeno previo a cirugía. Se realizó cirugía de reemplazo valvular mitral biológico Hancock N°25, cierre auricular con parche pericárdico, extracción de cables de marcapasos endocavitarios y re-colocación de cables epicárdicos y generador VVI. Macroscópicamente la válvula protésica presentaba signos de degeneración con endurecimiento valvar y déficit de coaptación en línea media, y adosada a los cables de marcapasos se observaron vegetaciones múltiples y pequeños trombos. Evolucionó favorablemente. Hemocultivos negativos; cultivo de válvula protésica y cables de marcapasos sin relevamientos para gérmenes comunes y atípicos (Malbrán). Se discutió nuevamente la interpretación diagnóstica. Frente a la ausencia de marcadores inflamatorios positivos, PET-TC no concluyente, cultivos negativos y ausencia de fiebre o infección previa, se decidió la suspensión de tratamiento antibiótico. Se encuentra pendiente el resultado de la anatomía patológica. Conclusión: Este caso pone de manifiesto la complejidad diagnóstica que presentan los pacientes con prótesis valvular y dispositivos intracardíacos, donde los hallazgos imagenológicos pueden generar una fuerte sospecha diagnóstica de endocarditis infecciosa aun en ausencia de correlato clínico o microbiológico.

## SÍNDROME MENINGOENCEFÁLICO COMO FORMA DE INICIO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Unidad Temática: ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA

LEGAZ, Jano Matías | PICONE, Demis | SCIOLINI, Sabrina | DIAZ, Florencia Danila | PARDO SOTO, Karem

Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia

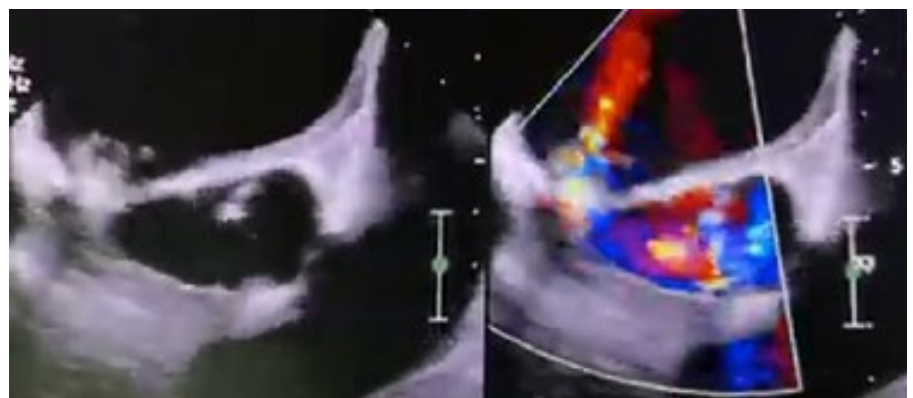
### INTRODUCCIÓN

La endocarditis infecciosa por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SAMR) constituye una de las variantes más virulentas de infección endocárdica, asociada a elevada tasa de complicaciones locales y sistémicas, con mortalidad intrahospitalaria que puede alcanzar el 40–50%. Su presentación puede ser atípica cuando predominan manifestaciones neurológicas, lo que retrasa el diagnóstico etiológico. En este escenario, la ecocardiografía transesofágica (ETE) se posiciona como método de referencia diagnóstica, con una sensibilidad del 90–100% para la detección de vegetaciones y complicaciones estructurales, superior al ecocardiograma transtorácico. Las recomendaciones actuales de la European Society of Cardiology (2023) establecen indicación Clase I de ETE en todo paciente con bacteriemia por *S. aureus*, independientemente de los hallazgos iniciales en el ecocardiograma transtorácico.

### DESCRIPCIÓN

Varón de 55 años con antecedentes de HTA, dislipidemia y diabetes tipo 2, consulta por fiebre de 72 h asociada a cefalea, rigidez de nuca y deterioro del sensorio. Se interpreta inicialmente como meningoencefalitis bacteriana. LCR con pleocitosis (96 células/mm<sup>3</sup>, predominio PMN) y hemocultivos positivos para SAMR. Durante intubación por Glasgow 8/15 se constata bloqueo AV completo con ritmo de escape nodal, sugiriendo extensión perianular. Ecocardiografía transesofágica evidencia vegetación mitral de gran tamaño (23×12 mm) en valva posterior con perforación, pseudoaneurisma y compromiso de la fibrosa mitroaórtica, además de una vegetación menor en valva

anterior, con disfunción mitral significativa. Se diagnostica endocarditis infecciosa mitral por SAMR complicada (extensión perianular, BAV completo y compromiso neurológico). Se inicia tratamiento con vancomicina y linezolid y se plantea cirugía urgente. Evoluciona desfavorablemente con múltiples ACV isquémicos cardioembólicos, falla multiorgánica y paro cardiorrespiratorio irreversible.



## DESAFÍO EN LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DEL PROLAPSO MITRAL ARRITMOGÉNICO: DISYUNCIÓN ANULAR EXTENSA Y SIGNO DE PICKELHAUBE EN UN DEPORTISTA ASINTOMÁTICO

Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA DEL EJERCICIO** · Unidad Temática 2: **MULTI-IMAGEN**

AGUIAR, Ayeen Daniela | URBANO, Pablo José | BONORA, Federico  
| SANCHEZ, Gustavo Aníbal

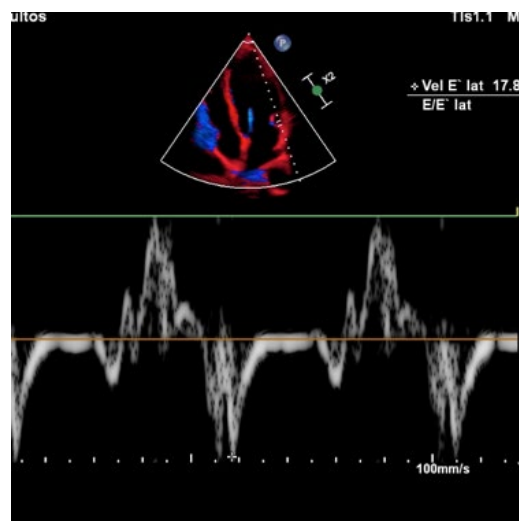
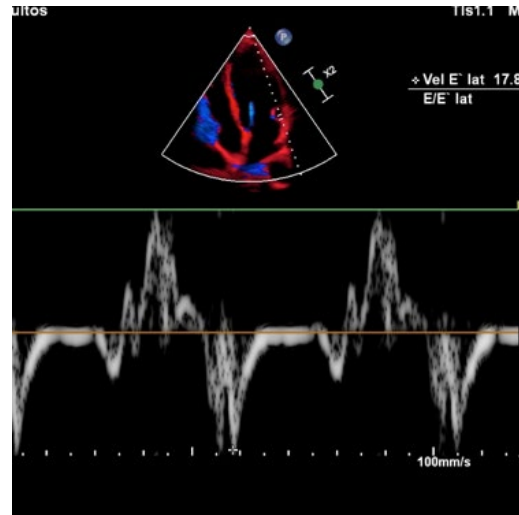
► Centro de Estudios Médicos e  
Investigaciones Clínicas- CEMIC

### INTRODUCCIÓN

El síndrome de prolapso valvular mitral (PVM) arritmogénico se define por la presencia de PVM asociado a arritmias ventriculares y características estructurales específicas detectadas por imagen multimodal. La disyunción anular mitral (DAM) y el desplazamiento sistólico marcado del anillo (signo de Pickelhaube) son marcadores de estrés mecánico crónico que pueden derivar en fibrosis miocárdica y muerte súbita. La detección de estos hallazgos en deportistas asintomáticos con pruebas funcionales normales plantea un dilema clínico y terapéutico de alta complejidad.

### DESCRIPCIÓN

Se presenta el caso de un paciente masculino de 38 años, deportista activo (fútbol de alta intensidad), sin factores de riesgo cardiovasculares ni antecedentes de relevancia, concurre a una evaluación de rutina para aptitud física. Se encontraba asintomático y el examen físico fue normal. En primera instancia, se efectuó un ECG de 12 derivaciones que mostró ritmo sinusal con intervalos PR y QT normales, sin trastornos de la repolarización en cara inferior. Simultáneamente, se realizó una prueba ergométrica graduada bajo protocolo de Bruce, que demostró adecuada FC máxima de 170 LPM sin evidencias de isquemia ni arritmias en la fase de esfuerzo; únicamente se registraron EV monomorfas aisladas y poco frecuentes durante la recuperación. El ecocardiograma Doppler color evidenció una función sistólica conservada con una fracción de eyección del 59% y una función diastólica normal. No obstante, el estudio reveló un prolapso de ambos velos mitrales con insuficiencia valvular de tipo II (doble jet) de grado leve, asociado a una disyunción anular mitral significativa, con una distancia de 13 mm en el segmento inferolateral basal (imagen 1) y 15 mm en el anterolateral durante la telesístole. Asimismo, se registró una excursión sistólica tisular lateral del anillo mitral mayor a 16 cm/seg (signo de Pickelhaube). Ante el hallazgo de estos marcadores ecocardiográficos de riesgo, se decidió profundizar la evaluación mediante un Holter de 24 horas y una resonancia magnética cardíaca (RMC). El monitoreo Holter no reportó eventos arrítmicos de jerarquía, pero la RMN confirmó una DAM de gran con un desplazamiento máximo de 13 mm y disfunción sistólica leve del ventrículo izquierdo (Fey 47%). En las secuencias de realce tardío con gadolinio, se objetivó una hiperintensidad intramiocárdica inferolateral basal de escasa extensión, hallazgo sugestivo de fibrosis miocárdica secundaria al estrés mecánico valvular. A partir de la identificación de este fenotipo de alto riesgo (DAM extrema, signo de Pickelhaube y fibrosis miocárdica), se estableció el manejo integral del paciente continuando con sus



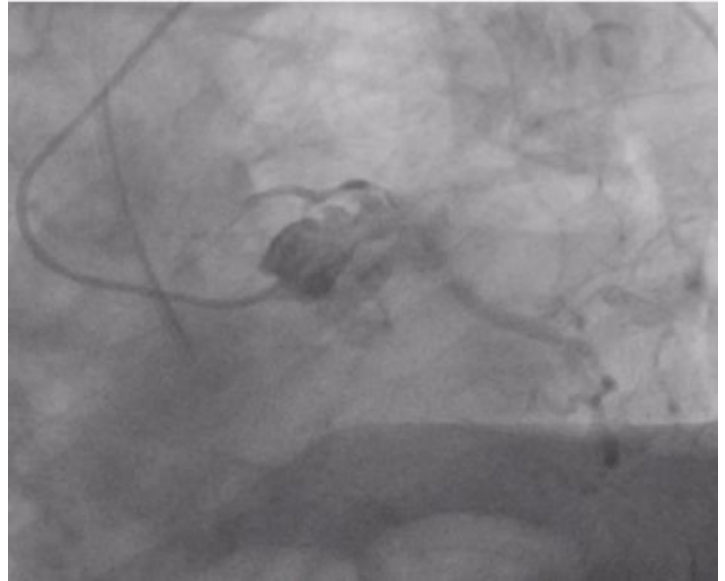
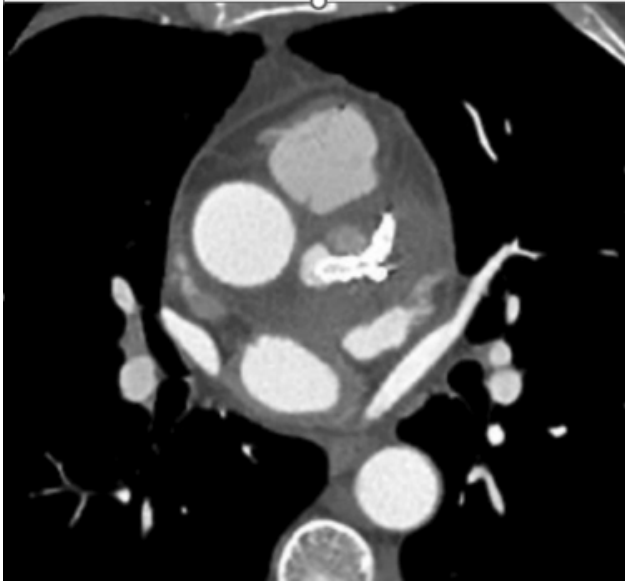
controles anuales de forma rutinaria para monitorizar la estabilidad de la función ventricular y la posible progresión de la fibrosis o la carga arrítmica. Actualmente asintomático continúa realizando actividad física de la misma intensidad bajo vigilancia médica estrecha. En conclusión, este caso resalta que el síndrome de prolapso valvular mitral arritmogénico puede presentarse con un fenotipo de riesgo maligno incluso en individuos con alta capacidad funcional y asintomáticos. La disociación entre el rendimiento deportivo y los hallazgos estructurales graves subraya la importancia de una estratificación de riesgo basada en la imagen multimodal. La integración de la medicina del deporte con técnicas avanzadas de imagen permite un seguimiento estrecho que garantiza la seguridad del deportista sin comprometer su calidad de vida.

## MULTI – IMAGEN EN EL MANEJO DE COMPLICACION GRAVE DE LA ANGIOPLASTIA DE TRONCO: ENDOCARDITIS Y PSEUDOANEURISMA

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN · Unidad Temática 2: TÉCNICOS EN PRÁCTICAS CARDIOLÓGICAS

GONZALEZ, Juan Pablo | GOULD, Nicole | FORCLAZ, Camila |  
CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz | ANDERSEN, Gustavo Federico

► Clínica Bazterrica



### INTRODUCCIÓN

Los pseudoaneurismas coronarios en general y particularmente los del tronco coronario izquierdo, son una complicación muy infrecuente y potencialmente letal de las intervenciones coronarias percutáneas ya que se asocian a trombosis, embolización distal y ruptura. Presentamos el caso de un paciente que presentó un pseudoaneurisma de tronco asociado a una endocarditis bacteriana post angioplastia cuyo diagnóstico y manejo requirieron un abordaje interdisciplinario y multimodal.

### DESCRIPCIÓN

Varón de 68 años, Hipertenso y Diabético al que se le realizó angioplastia del tronco coronario izquierdo distal y ostium de circunfleja con implante de dos stents. A los pocos días post alta presentó fiebre e inflamación en la zona de la punción radial asociado a lesiones cutáneas distales. Evolucionó con sepsis, falla multiorgánica y pseudoaneurisma radial, que requirió resolución quirúrgica. Los hemocultivos fueron positivos para *Staphylococcus aureus* y en el ecocardiograma transesofágico se evidenció una imagen móvil en la valva anterior mitral compatible con vegetación con insuficiencia mitral leve. Tuvo buena evolución infectológica tras 48 hs. con antibióticos endovenosos. Además presentó trombosis venosa

profunda (TVP) proximal que requirió anticoagulación. A los 5 días intercurrió con angor y disnea, electrocardiograma con ondas T negativas anteriores que cedió con nitroglicerina, deterioro severo de la función ventricular izquierda en un nuevo ecocardiograma y se halló una neocavidad adyacente al seno coronario izquierdo sugestiva de pseudoaneurisma. La cinecoronariografía evidenció accidente de placa en arteria descendente anterior que requirió colocación de stent y una formación aneurismática del tronco coronario izquierdo con pasaje de contraste al espacio periarterial lo que fue confirmado por angiotomografía que agregó información acerca del tamaño (2.1cmx2cm) y de la extensión hacia los segmentos proximales de las coronarias. Se colocó filtro de vena cava y se realizó angioplastia con implante de stent forrado en el tronco coronario izquierdo, logrando la exclusión del pseudoaneurisma. Evolucionó favorablemente, con recuperación parcial de la función ventricular y pudo ser externado. En el seguimiento a 5 meses se le realizó SPECT que mostró isquemia extensa en territorio de la descendente anterior. La nueva cinecoronariografía mostró stent de tronco permeable sin flujo hacia el pseudoaneurisma, con reestenosis severa de stent en descendente anterior y circunfleja por lo cual se indicó cirugía de revascularización miocárdica (LIMA-DA y puente venoso a circunfleja). Desde entonces, no ha presentado nuevas complicaciones y se mantiene asintomático.

## “LA GRAN IMITADORA”. IMPORTANCIA DEL ABORDAJE DE IMAGEN MULTIMODAL

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN · Unidad Temática 2: MIOCARDIOPATÍAS

CANTORA, Florencia | SCARPONI, Camila | TONSO, Sebastián |  
DEL CASTILLO, Santiago Luis | PÉREZ DE ARENAZA, Diego

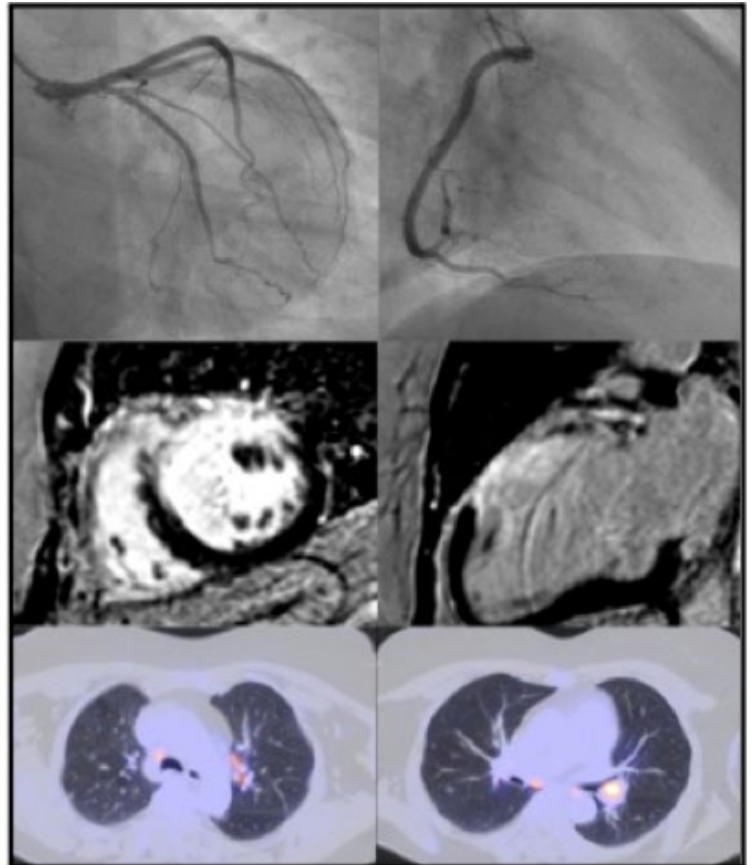
Hospital Italiano  
de Buenos Aires

### INTRODUCCIÓN

La sarcoidosis cardíaca representa un desafío diagnóstico debido a su presentación clínica heterogénea y a su capacidad para imitar diversas enfermedades cardiovasculares incluyendo el infarto de miocardio en pacientes sin enfermedad coronaria significativa. El reconocimiento temprano de esta entidad es fundamental, ya que cuenta con tratamiento médico dirigido y en algunos casos puede progresar a trastornos avanzados de la conducción, arritmias malignas y disfunción ventricular. En este contexto, el uso de imágenes multimodales se vuelve esencial para el diagnóstico oportuno y el inicio de tratamiento precoz.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 61 años fue internada en un hospital de alta complejidad por un accidente cerebrovascular isquémico en territorio de la arteria cerebral media derecha. Para estudiar la etiología se realizó un ecocardiograma doppler transtorácico que evidenció aquinesia de los segmentos anteriores y anteroseptales con deterioro leve de la función sistólica del ventrículo izquierdo (FEY 50%), asociada a una imagen compatible con trombo endocavitario, por lo que se interpretó como probable evento embólico y se inició anticoagulación. La cinecoronariografía no mostró lesiones significativas (Imagen 1, parte superior). Con el objetivo de esclarecer la etiología del compromiso miocárdico se realizó una resonancia magnética cardíaca que evidenció dilatación ventricular izquierda con deterioro moderado de la función sistólica y fibrosis en territorios anterior y anteroseptal, con patrón subendocárdico y transmural sugestivo de necrosis (Imagen 1, parte central). No obstante, la ausencia de enfermedad coronaria significativa y de síntomas isquémicos generó incertidumbre diagnóstica. Se interpretó en primera instancia como MINOCA. Un año más tarde la paciente requirió internación por neumonía adquirida en la comunidad grave y en la tomografía de tórax del ingreso se evidenciaron múltiples nódulos pulmonares bilaterales de bordes irregulares, asociados a engrosamiento septal y áreas en vidrio esmerilado. Se realizó un PET/TC para caracterizar dichos nódulos que mostró captación en ganglios mediastinales e hiliares, sin hipermetabolismo en los nódulos pulmonares, orientando a un proceso inflamatorio o autoinmune (Imagen 1, parte inferior). A partir de estos hallazgos se efectuó un lavado broncoalveolar, se estableció el diagnóstico de sarcoidosis pulmonar y se inició



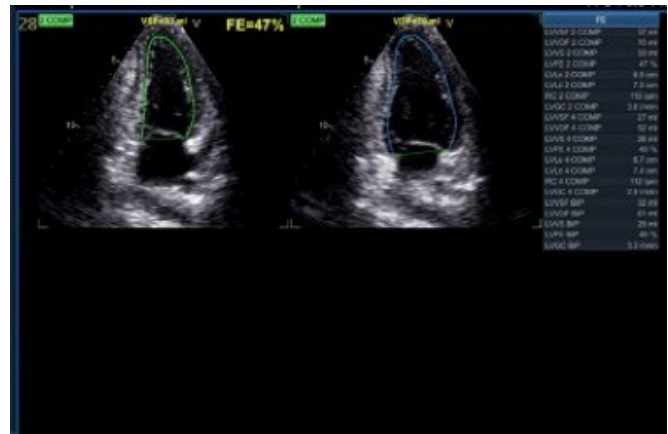
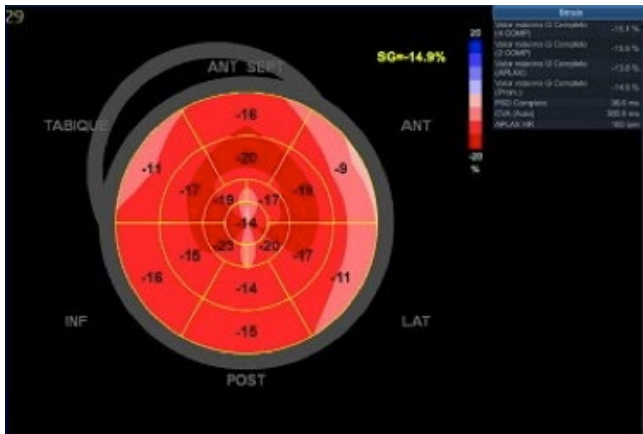
tratamiento con corticoides. Desde el punto de vista cardiológico la paciente evolucionó durante la internación con trastornos de conducción progresivos incluyendo bloqueo completo de rama derecha, hemibloqueo anterior y bloqueo auriculoventricular de segundo grado tipo Wenckebach. Finalmente presentó un episodio de taquicardia ventricular sostenida por lo que se decidió implantar un cardiodesfibrilador en prevención secundaria. Es por ello que se realizó un nuevo PET/TC que evidenció adenopatías hipermetabólicas compatibles con actividad granulomatosa y una captación miocárdica focal sutil, lo que permitió establecer el diagnóstico de compromiso cardíaco por sarcoidosis (Imagen 2). El caso clínico demuestra la importancia de la sospecha diagnóstica de sarcoidosis cardíaca, una manifestación infrecuente de esta enfermedad sistémica que condiciona su pronóstico. Asimismo, resalta la importancia del abordaje multimodal de imágenes en esta entidad para llegar a un diagnóstico oportuno, iniciar tratamiento médico y evitar la progresión a formas graves de presentación.

## COMPROMISO CARDÍACO EN SÍNDROME ANTISINTETASA: DIAGNÓSTICO DE MIOCARDITIS MEDIANTE MULTIMODALIDAD DE IMAGEN

Unidad Temática: ECOCARDIOGRAFÍA · Unidad Temática 2: MIOCARDIOPATÍAS

CONDORI CONDO, Eymi

Hospital General de Agudos "Carlos G. Durand"



### INTRODUCCIÓN

El síndrome antisintetasa es una miopatía inflamatoria idiopática sistémica poco frecuente, caracterizada por miositis o artritis, enfermedad pulmonar intersticial y anticuerpos anti-ARNt sintetasa, siendo el anti-Jo-1 el más frecuente. Sin embargo, la afectación cardíaca—en particular la miocarditis—emerge como una complicación infradiagnosticada, potencialmente fatal y que puede presentarse desde el inicio de la enfermedad. En este contexto, su reconocimiento temprano resulta fundamental para orientar el tratamiento y mejorar la sobrevida de los pacientes. El ecocardiograma constituye el método inicial de evaluación; en este sentido, el análisis de strain miocárdico permite detectar disfunción ventricular subclínica; incluso en presencia de fracción de eyección preservada, posicionándose como una herramienta útil para en el screening temprano. No obstante, la resonancia magnética cardíaca continúa siendo el método de referencia para la confirmación diagnóstica.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 32 años con antecedentes de hipotiroidismo, enfermedad de Raynaud, artritis reumatoide diagnosticada en 2024 sin seguimiento por especialista. Consulta a guardia por dolor articular que le impide desarrollar actividades cotidianas, asociado a mareo, palpitaciones y fiebre, síntomas presentes desde hacía 3 meses. Al examen físico se constata eritema heliotropo, fuerza muscular disminuida (4/5), poliartralgias que compromete ambos hombros, carpo y rodilla derecha. Se decide su internación y se solicitan serologías, cultivos, baciloscopia y panel viral, las cuales informan negativo, se descarta causa infecciosa. En el laboratorio se destaca leucocitosis de 14.320, trombocitosis de 811.000, proteína C reactiva de 10.3, velocidad de eritrosedimentación de 103 y creatinfosfoquinasa de 923. El perfil tiroideo nor-

mal. Se realiza laboratorio con perfil inmunológico con anticuerpos antinucleares positivos 1:160 con patrón AC-31 y 1:16 AC-20, junto con Anti-Ro52 positivo. Estos hallazgos motivan la ampliación del estudio inmunológico y el inicio de pulsos de corticoides ante la sospecha de una enfermedad del tejido conectivo. Debido a la presencia de disnea CF II, palpitaciones y dolor precordial es valorada por cardiología. Al examen cardiovascular se ausculta R1 y R2 en cuatro focos, sin soplos. A nivel palmar se observa piel engrosada y agrietada (manos de mecánico). Se solicita: ecocardiograma que evidencia ventrículo izquierdo con DTI con s'septal de 8 cm/seg y lateral de 10 cm/seg. FEY de 48%. Strain -15%. Relajación prolongada. Derrame pericárdico leve. Holter: Ritmo sinusal con rango cronotrópico conservado, extrasístole ventricular poco frecuente (2%), monomorfa y de presentación aislada y agrupación en duplas. Biomarcadores cardiacos: NT-proBNP de 103 pg/mL y Troponina I ultrasensible de 300 ng/L (límite superior de referencia: 14 ng/L). Con estos hallazgos se interpreta cuadro como miocarditis secundaria a enfermedad autoinmune, se solicita resonancia cardíaca magnética cardíaca. Además se solicita tomografía de tórax que evidenció tractos pleuroparenquimatosos secuelares en vértices, opacidades parcheadas de densidad en vidrio esmerilado en la región subpleural y basal de ambos pulmones asociado a una enfermedad pulmonar intersticial. Ante estos resultados se amplía nuevamente el perfil inmunológico, con resultados positivos para Anti-Jo-1 antibody y anti-Ro52. La capilaroscopia resultó normal. Con la integración de los hallazgos clínicos, inmunológicos y sistémicos se confirma el diagnóstico de síndrome antisintetasa. Se realiza además electromiograma que mostró potenciales de unidad motora de amplitud disminuida, en músculos proximales de hemicuerpo derecho, compatibles con miopía. Debido al compromiso sistémico se progresa el tratamiento a ciclofosfamida, con buena evolución, siendo dada de alta con seguimiento ambulatorio.

## DE LA IMAGEN INVASIVA A LA EVALUACIÓN FUNCIONAL: ROL DE LA CUANTIFICACIÓN DEL FLUJO MIOCÁRDICO CON PET/TC EN LA VIGILANCIA DE LA VASCULOPATÍA POST TRASPLANTE

Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA NUCLEAR** · Unidad Temática 2: **MIOCARDIOPATÍAS**

CALDERON, Laura<sup>1</sup> | PERRONE, Sergio V.<sup>2</sup> | ZEBALLOS SALAZAR, Araceli Mariana<sup>1</sup> | GERONAZZO, Ricardo José<sup>1</sup> | CAMPISI, Roxana<sup>1</sup>

► Diagnóstico Nuclear<sup>1</sup>; Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento S.A.<sup>2</sup>

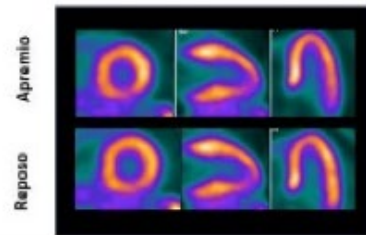
### INTRODUCCIÓN

La enfermedad vascular del injerto (EVI) es una pan-arteriopatía fibroproliferativa que afecta a uno de cada dos receptores de trasplante cardíaco (TxC) constituyendo una de las principales causas de disfunción tardía del injerto. La cuantificación precisa de la carga de enfermedad en la EVI es un desafío debido a la afectación difusa de los vasos epicárdicos y de la microcirculación. La angiografía coronaria invasiva (CCG) y la imagen intravascular (IVUS) constituyen el estándar diagnóstico, pero no permiten evaluar los vasos epicárdicos distales, sus ramas ni la microvasculatura. La tomografía por emisión de positrones (PET/TC) con cuantificación absoluta de flujo miocárdico (FM) es el método no invasivo más sensible para detectar enfermedad coronaria. Existe evidencia creciente que respalda la utilidad diagnóstica y pronóstica del PET en pacientes con TxC, lo que ha impulsado la incorporación de nuevas recomendaciones en las guías para la vigilancia no invasiva de la EVI.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 65 años, dislipémico, con antecedentes de TxC en 2009, padre con TxC y hermano fallecido por miocardiopatía dilatada. En 2014 se realizó CCG que mostró lesiones epicárdicas leves a moderadas, con proliferación miointimal, por lo que se diagnosticó EVI de grado leve (EVI 1). Se optimizó el tratamiento con estatinas y drogas con efecto antiproliferativo y continuó realizándose controles anuales por CCG +/-IVUS, evolucionando asintomático. En junio de 2025 se realizó nueva CCG, en la cual visualmente no se observó progresión de las lesiones epicárdicas, pero se objetivó progresión significativa del volumen de placa subintimal por IVUS (CD: 37% en 2024 a 43% en 2025; DA: 44%), indicando el carácter activo de la EVI. Dada la naturaleza invasiva y con riesgo de complicaciones de la vigilancia anual con CCG, se decidió realizar PET/TC con cuantificación de FM en junio de 2025. Se realizó una adquisición en modo lista con <sup>13</sup>N-Amnio como trazador de perfusión, donde se adquirieron imágenes

Perfusión  
Miocárdica  
Relativa PET/TC  
(N-13 Amnio)



Cuantificación  
Absoluta del Flujo  
Miocárdico

Territorio	REPOSO (ml/min/g)	ESTRES (ml/min/g)	RESERVA de FLUJO
DA	0.89	2.19	2.46
Cx	0.87	2.40	2.77
CD	0.83	2.04	2.47
Global	0.86	2.20	2.56

Cinecoronariografía



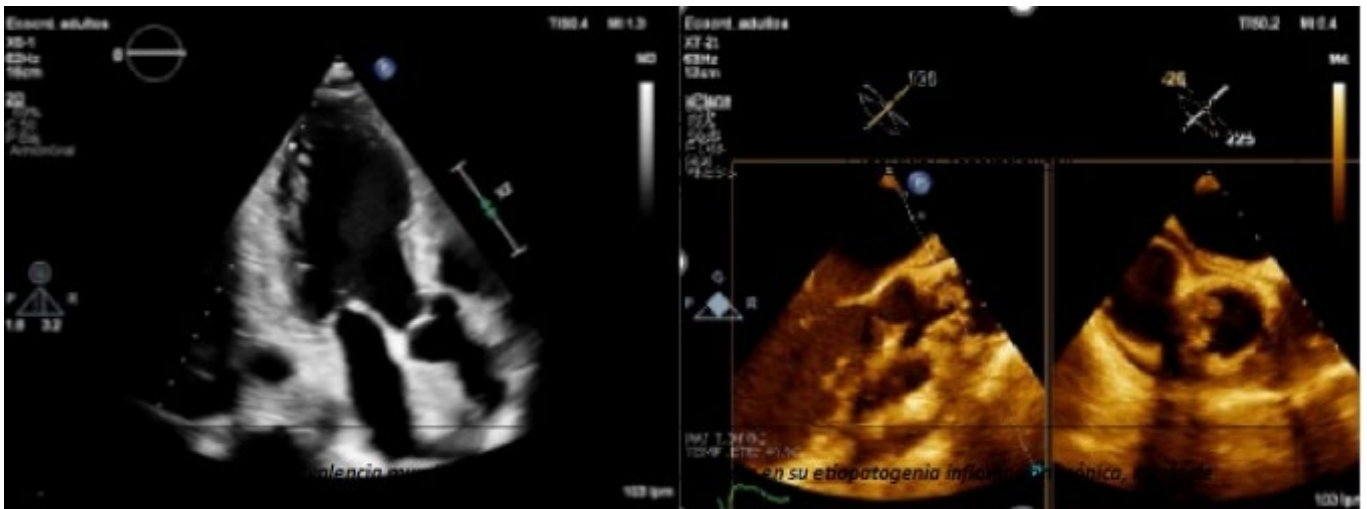
dinámicas, estáticas y gatilladas en reposo y durante el estrés farmacológico con dipiridamol (dosis 0.56 mg/kg en 4 minutos). Las imágenes de perfusión relativa no mostraron defectos de perfusión en reposo ni durante el apremio. La fracción de eyección en reposo fue de 57% y 68% en el pico del estrés. El FM en reposo, en hiperemia y la reserva miocárdica de flujo (RFM) estaban preservadas (ver tabla), lo que sugiere ausencia de EVI fisiológicamente significativa (EVI 0). La ausencia de alteraciones en la cuantificación del FM durante el estrés, junto con una RFM conservada, permitió reclasificar al paciente a un estadio funcionalmente no significativo de la enfermedad, aportando información complementaria a la evaluación anatómica previa y avalando la realización periódica de estudios radioisotópicos con <sup>13</sup>N-Amnio para evaluar la EVI con valor diagnóstico y pronóstico, permitiendo extender los intervalos entre estudios invasivos en pacientes seleccionados.

## “AORTA EN LLAMAS”: EL SÍNDROME DE AORTA SHAGGY COMO DIAGNÓSTICO INESPERADO

Unidad Temática: **ECOCARDIOGRAFÍA** · Unidad Temática 2: **ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA**

CAMBARERI, Diego Martin | AZURDUY BENAVIDES, Daniela Jessica |  
POTITO, Mauricio Antonio | STREITENBERGER, Gisela | REYES, Graciela

► Hospital de Alta Complejidad en  
Red “El Cruce” - SAMIC

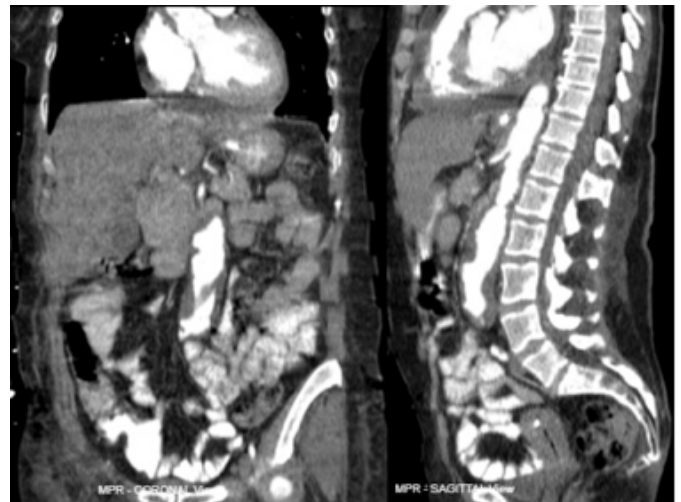


### INTRODUCCIÓN

La Aorta Shaggy, también conocida como aorta vellosa, representa una manifestación extrema de la aterosclerosis aórtica, caracterizada por: -Ateromatosis extensa y grave con úlceras dispersas; -Debilitamiento de la capa arterial media; -Tendencia a la formación de trombos.

### DESCRIPCIÓN

**CASO CLÍNICO** Paciente femenina de 51 años con antecedentes de tabaquismo y dislipemia. Consulta por ángor de intensidad 9/10 de 1 hora de evolución. ECG evidencia supra ST en cara anterior. IAM anterior KKA. ATC primaria a arteria DA con colocación de 2 DES evolucionando con fenómeno de no reflow. -Shock cardiogénico con requerimiento de IOT/ARM + Dobutamina. -Bacteriemia *S. epidermidis*, *E. Cloacae* y *P. Aeruginosa*. -Hematoma en el sitio de punción con caída del Hto por lo que se solicitó TAC de abdomen y pelvis (que evidencia dilatación aneurismática con trombo mural y úlceras). Ecocardiograma transtorácico -Deterioro severo de la FSVI (FEY 30%) -Función sistólica del VD conservada -Derrame pericárdico moderado circunferencial -Trastornos segmentarios en territorio de DA Ecocardiograma transesofágico - A 16 mm del seno CD: múltiples imágenes de ecogenicidad aumentada, móviles y no móviles (aortitis / vegetaciones). Información importante.. **PARA RECORDAR!** El síndrome de aorta Shaggy con incidencia y prevalencia mundiales aún no establecidas, involucra



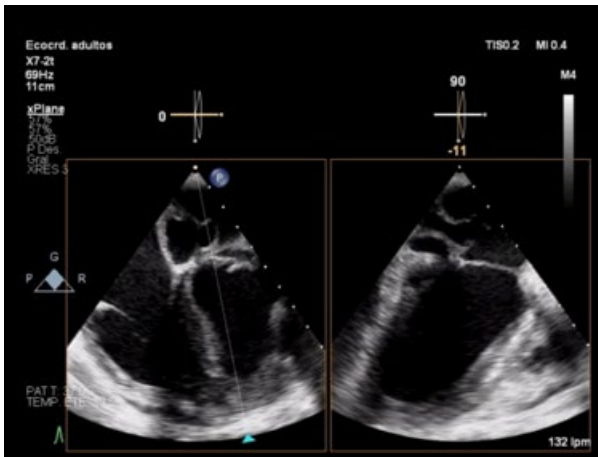
en su etiopatogenia inflamación crónica, estrés de cizallamiento, isquemia parietal y susceptibilidad genética. El diagnóstico multimodal –ETT, ETE y tomografía– es imprescindible: ninguna técnica aislada permite caracterizar la extensión ateromatosa, la trombosis mural y las complicaciones infecciosas sobreagregadas. La ausencia de consenso terapéutico actual no debe subestimar el hallazgo: la aorta Shaggy conlleva un riesgo elevado de mortalidad perioperatoria y a largo plazo, y su identificación debe alertar sobre la necesidad de un abordaje multidisciplinario individualizado.

## IMÁGENES QUE HABLAN: DIAGNÓSTICO DE PSEUDOANEURISMAS DEL ANILLO MITRAL MEDIANTE IMAGEN MULTIMODAL

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN

AZURDUY BENAVIDES, Daniela Jessica | CAMBARERI, Diego Martin |  
ROSSI PRAT, Mauro | KOCIUBINSKY, Pablo | REYES, Graciela

► Hospital de Alta Complejidad en  
Red "El Cruce" - SAMIC



### INTRODUCCIÓN

Los pseudoaneurismas del anillo mitral son una complicación infrecuente, caracterizada por una disrupción contenida del tejido periannular con formación de una cavidad comunicada con el ventrículo izquierdo. Se asocian principalmente a endocarditis infecciosa y cirugía valvular previa.

### DESCRIPCIÓN

1. Presentación del caso Paciente femenina de 21 años, sin factores de riesgo cardiovascular conocidos ni antecedentes relevantes. Como antecedente clínico presenta labio leporino y paladar hendido parcialmente corregidos en la infancia. Consulta por disnea de 2 meses de evolución, inicialmente clase funcional I-II (NYHA), con progresión a clase IV en la última semana. 2. Evaluación inicial Ecocardiograma transtorácico: Ventrículo izquierdo (VI) de tamaño y función sistólica conservados Aurícula izquierda severamente dilatada. Se observan dos imágenes cavitadas a nivel del anillo mitral inferoseptal y lateral, con flujo en su interior, compatibles con pseudoaneurismas valvulares y con insuficiencia mitral severa secundaria a alteración estructural. El pseudoaneurisma medial se extiende hacia el septum interauricular, comprometiendo todo el segmento basal Rotura del pseudoaneurisma inferoseptal hacia la aurícula izquierda 3. Diagnóstico y conducta Se solicita además resonancia magnética cardíaca (RMC) con contraste y realce tardío con gadolinio para mejor caracterización anatómica y considerar diagnósticos alternativos, dado que no se cumplían criterios completos de endocarditis infecciosa. 4. Evolución La RMC mostró volúmenes ventriculares y función sistólica conservados. Se observó un marcado engrosamiento de los músculos papilares del VI, particularmente el anterolateral, con estructuras que lo conectan con las paredes anterior y lateral. Se

identificaron dos cavidades de etiología indeterminada: una anterolateral (22 mm), que se comunica exclusivamente con el VI, y otra inferoseptal (27 mm), compleja, relacionada con la comisura mitral inferoseptal, ubicada en la parte anterior del septum interauricular, esta cavidad se llena en sístole con flujo de alta velocidad desde el VI, a través de un orificio ubicado basal al anillo mitral, genera un jet sistólico hacia la aurícula izquierda dirigido a la valva anteroseptal mitral. Después de la administración de gadolinio, las imágenes de perfusión revelaron áreas hipointensas en el endocardio apical inferoseptal, los músculos papilares y las estructuras descritas anteriormente, así como en el segmento septoapical y el endocardio anteroseptal medio. Las imágenes tardías demostraron una amplia mejora subendocárdica del VI, que también involucra los músculos papilares y las cavidades neoformadas, con una leve mejora endocárdica del VD. Estos hallazgos sugieren posible fibrosis endomiocárdica, aunque sin características morfológicas típicas (sin obliteración apical, atrapamiento trabecular ni trombos intracavitarios), pero con realce endocárdico y aglutinación de músculos papilares. 5. Conclusión El caso se encuentra actualmente en discusión por el Heart Team, programada para esta semana, con el objetivo de definir la mejor estrategia terapéutica. Este caso resalta el valor de la multimodalidad en imágenes en escenarios de incertidumbre diagnóstica y su impacto en la toma de decisiones. La complejidad anatómica, la ausencia de diagnóstico etiológico definitivo y las implicancias terapéuticas justifican la discusión en Heart Team para definir la conducta óptima. Este caso resalta el valor de la multimodalidad en imágenes en escenarios de incertidumbre diagnóstica y su impacto en la toma de decisiones. La complejidad anatómica, la ausencia de diagnóstico etiológico definitivo y las implicancias terapéuticas justifican la discusión en Heart Team para definir la conducta óptima.

## TROMBO EN TRÁNSITO EN CAVIDADES DERECHAS: UN HALLAZGO INFRECLENTE QUE REDEFINE EL RIESGO EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN

PARDO SOTO, Karem | DIAZ, Florencia Danila | MELGAREJO, Diego Junior | CAINZO, Christian José | SCIOLINI, Sabrina

Hospital General De Agudos Bernardino Rivadavia

### INTRODUCCIÓN

El tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo es una emergencia cardiovascular cuya mortalidad depende del riesgo; la guía 2026 AHA/ACC introduce las Categorías Clínicas A-E para mejorar la estratificación pronóstica y terapéutica. La presencia de trombo en tránsito (TT) en cavidades derechas es un marcador de alto riesgo de deterioro cardiopulmonar, ubicando al paciente en categorías C2/D y requiriendo evaluación urgente por un equipo especializado (PERT) con recomendación Clase I. En este escenario, la coexistencia de contraindicaciones para la reperfusión sistémica plantea un importante dilema terapéutico debido a la limitada evidencia disponible.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 50 años con múltiples factores de riesgo cardiovascular (sedentarismo, sobrepeso, diabetes mellitus tipo 2 no insulino requiriente) y antecedentes isquémicos relevantes (infarto intestinal, esplenectomía y várices esofágicas recientes) consultó por disnea súbita y dolor torácico, con presencia de patrón SIQ3T3 en electrocardiograma y elevación de troponinas ultrasensibles, diagnosticándose TEP agudo con trombosis venosa profunda bilateral. Presentaba signos de sobrecarga de ventrículo derecho y trombo en tránsito intracavitario en ecocardiograma, hallazgo de alto riesgo reconocido por la guía 2026 AHA/ACC. La angiotomografía confirmó compromiso de la bifurcación pulmonar,



clasificándose como Categoría C2 con modificador hacia mayor riesgo, con indicación de evaluación urgente por PERT. Debido a contraindicaciones hemorrágicas absolutas, se descartaron trombólisis sistémica y trombectomía quirúrgica, optándose por anticoagulación con heparina de bajo peso molecular y monitoreo estrecho. La paciente evolucionó favorablemente, sin deterioro hemodinámico, y se planificó estudio de trombofilia ambulatorio.

## ESTENOSIS AÓRTICA POR RESTRICCIÓN MECÁNICA EXTRAVALVAR: APOORTE DE LA MULTIMODALIDAD EN LA PLANIFICACIÓN DE TAVI

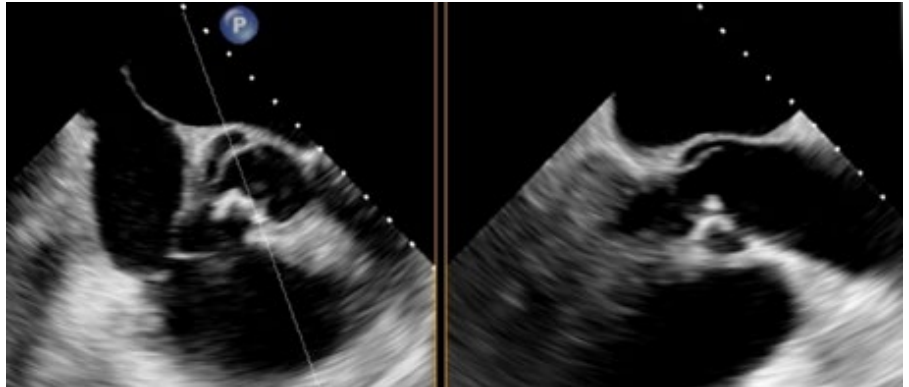
Unidad Temática: VALVULOPATÍAS · Unidad Temática 2: MULTI-IMAGEN

ARROYO MINA, Helmut Enrique | CARRERO, Celeste | DE STEFANO, Luciano | STUTZBACH, Pablo Guillermo

▶ Sanatorio Las Lomas

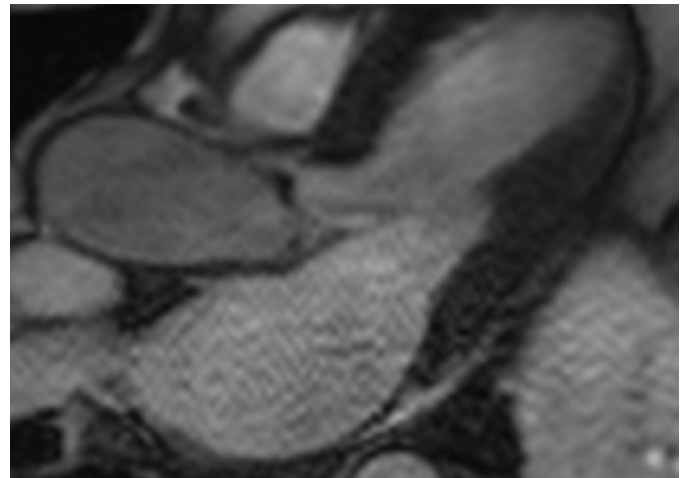
### INTRODUCCIÓN

La evaluación mediante imagen multimodal es una herramienta fundamental en el abordaje de la estenosis aórtica severa. La caracterización anatómica precisa de la válvula aórtica y la raíz aórtica es fundamental, particularmente en pacientes con enfermedad renal avanzada, donde el uso de contraste puede estar limitado. especialmente en pacientes con múltiples comorbilidades, donde la severa calcificación puede generar hallazgos atípicos que alteran la planificación terapéutica de intervenciones estructurales (TAVI).



### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 79 años, con múltiples factores de riesgo cardiovascular (HTA, sedentarismo, edad y sexo) y antecedentes de enfermedad coronaria, ERC estadio V en hemodiálisis trisemanal (desde 2014) diuresis residual, hipotiroidismo primario e hiperhomocisteinemia. Medicado habitualmente con furosemida, complejo B, ácido fólico y levotiroxina. Consulta por disnea de esfuerzo en Clase Funcional III (NYHA). Al examen físico presentaba Soplo sistólico en foco aórtico 3/6, sin signos de fallo de bomba. Laboratorio: Hto 38,9 Hb 12,3 GB 7030 Pla<sub>q</sub> 127500 Ur 124 Cr 7,1 Na 136 K 5 ECG RS, FC 70, P 130 MS, PR 210 MS, QRS 80 MS, EJE QRS -10, ST Rectificado EN DI Y AVL, QT 420 MS RS, BAV 1ER GRADO, SVI Se realiza El ecocardiograma transtorácico (ETT) evidenció hipertrofia ventricular izquierda concéntrica (13 mm), dilatación biauricular, estenosis aórtica (EAo) de grado severo e insuficiencia mitral moderada. En primera instancia, y ante la sospecha de amiloidosis cardiaca, se solicitó centellograma óseo con lo cual se descartó la misma. Se interpreta el cuadro como estenosis aórtica severa sintomática en paciente añoso con múltiples comorbilidades, por lo que se plantea la posibilidad de realizar TAVI. Se inicia evaluación para factibilidad con la precaución de minimizar nefrotoxicidad por contraste para mantener su diuresis (balance hídrico). Se continuo con resonancia magnética cardíaca y aórtica sin contraste evidenció dilatación de cavidades izquierdas, hipokinnesia global y deterioro moderado de la función sistólica (FEVI 49%, FEVD 48%), además de hipertrofia (14 mm). A nivel valvular aórtico se observó engrosamiento con restricción de apertura y flujo excéntrico hacia la pared lateral de la aorta, destacándose una imagen "no móvil" en el seno coronario derecho. Además, se evaluó accesos vasculares. Para caracterizar este hallazgo y com-



pletar evaluación del anillo aórtico se indicó un ecocardiograma transesofágico (ETE). El mismo reveló calcificación nodular con fusión de valvas coronarianas y restricción de su excursión (con movimiento de la valva no coronariana preservado). La valva no fusionada presenta excursión preservada y ausencia de calcificación. Se interpreta como strand aórtico calcificado, extendido entre la valva coronariana derecha y la unión sinotubular, siendo el responsable anatómico de la restricción del movimiento valvular. PSAP 50 mmHg Conclusión: El presente caso resalta la importancia del abordaje ecocardiográfico y por resonancia ante hallazgos valvulares atípicos. En pacientes con alteraciones severas del metabolismo fosfocálcico por ERC terminal, la identificación precisa de estructuras como un strand aórtico calcificado mediante ETE resulta imperativa para comprender el mecanismo de la estenosis y planificar correctamente el recambio valvular. La detección en el proceso de planificación de TAVI de anomalías aórticas infrecuentes, como la de este paciente, permite una correcta planificación de procedimientos a fin de evitar complicaciones.

## MÁS ALLÁ DE LA HIPERTENSIÓN: VALORACIÓN MULTIMODAL EN UNA MIOCARDIOPATÍA DILATADA

Unidad Temática: MIOCARDIOPATÍAS · Unidad Temática 2: MULTI-IMAGEN

OESTEREICHER, Candela Denise | CARRERO, María Celeste |  
DE STEFANO, Luciano | STUTZBACH, Pablo Guillermo

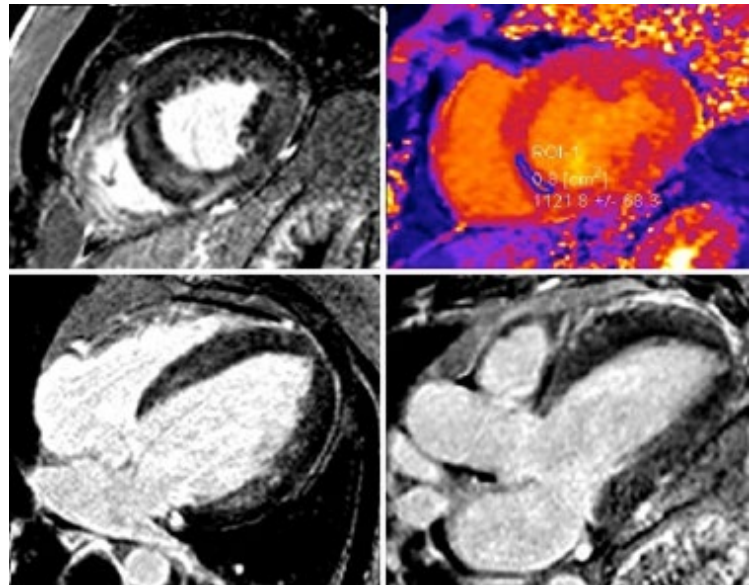
▶ Sanatorio Las Lomas

### INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es una de las principales causas de remodelado ventricular. Sin embargo, la resonancia magnética cardíaca (RMC) permite identificar cambios estructurales y patrones de fibrosis que exceden el fenotipo clásico de miocardiopatía hipertensiva.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 51 años, con antecedentes de hipertensión arterial no controlada, diabetes tipo 2, tabaquismo y obesidad, consulta para evaluación prequirúrgica de urgencia por desprendimiento de retina. En la valoración cardiológica el paciente se encontraba con pérdida de visión derecha, con cifras tensionales de 240/110 mmHg, ingurgitación yugular y edemas en ambos miembros inferiores. El electrocardiograma mostró taquicardia sinusal y bloqueo completo de rama izquierda. El ecocardiograma inicial evidenció dilatación del ventrículo izquierdo con deterioro severo de la función sistólica de novo (FEVI 22%). Se decidió internar al paciente por procedimiento, y se realizó una angiotomografía coronaria previa al mismo que descartó enfermedad coronaria obstructiva (score de calcio 0). Se continuó la evaluación con una RMC, la cual confirmó la dilatación severa del ventrículo izquierdo con deterioro severo de la función (FEVI 33%), la hipertrofia leve y un realce tardío de gadolinio intramiocárdico extenso y circunferencial, con extensión del compromiso al ventrículo derecho. El T1 nativo se encontraba prolongado, sugestivo de fibrosis intersticial difusa. Durante la internación se instauró tratamiento médico óptimo (bisoprolol, ARNI, dapagliflozina, espironolactona y furosemida), evolucionando con mejoría clínica y reducción significativa del proBNP (de 278 a 26 pg/ml). A las 2 semanas, el paciente concurrió a un control ambulatorio donde se evidenció una recuperación parcial de la función ventricular izquierda mediante ecocardiograma (FEVI



40%). Si bien la hipertensión severa no controlada de tiempo evolutivo incierto puede explicar el remodelado ventricular excéntrico en este paciente (aunque es un fenotipo menos frecuente que la hipertrofia concéntrica), la extensión y la distribución del realce tardío de gadolinio observado en la RMC no corresponde al patrón característico del compromiso hipertensivo aislado. Este hallazgo lleva a plantear el diagnóstico diferencial con otras miocardiopatías dilatadas no isquémicas, incluyendo etiologías infiltrativas o inflamatorias. Este caso destaca el valor de la evaluación multimodal y, en particular, de la caracterización tisular por RMC en pacientes con miocardiopatía dilatada de etiología incierta. Para concluir, la RMC permite redefinir el diagnóstico en pacientes con sospecha de miocardiopatía hipertensiva, identificando patrones de fibrosis que amplían el espectro etiológico y conllevan implicancias diagnósticas, terapéuticas y pronósticas.



## SÍNDROME DE AORTA MEDIA EN PACIENTE ADOLESCENTE

Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA**

ESCUADERO, Martin Oscar | MARENGO, Abelardo Ariel | COROMINAS, Lucas Brian |  
LAFUENTE, María Victoria | ORIBE, Rodrigo Javier

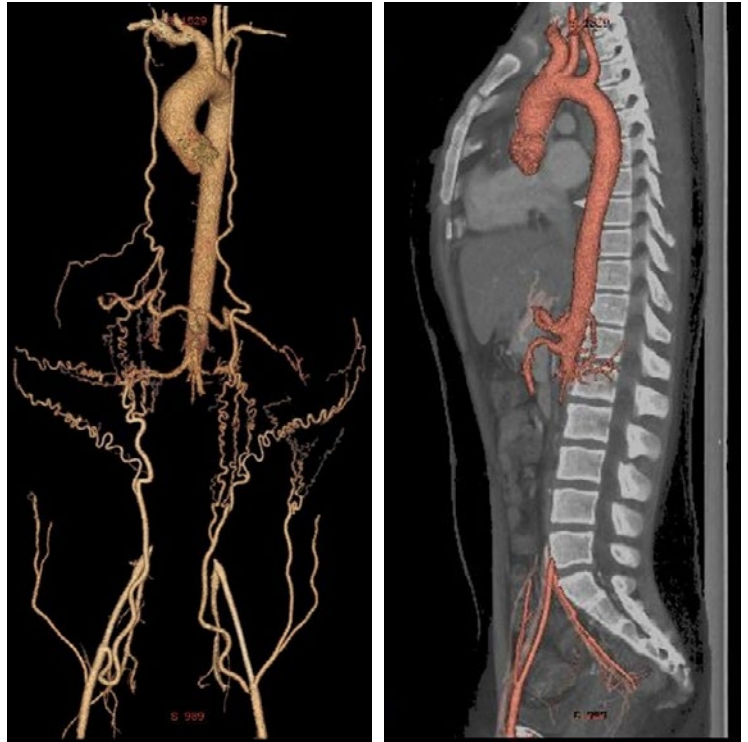
► Hospital de Pediatría  
J P Garrahan

### INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Aorta Media (SAM) es una patología vascular poco común (0,5 al 2% de los casos de coartación aórtica toracoabdominal) caracterizada por el estrechamiento segmentario de la aorta abdominal o torácica distal. En pediatría, su manifestación principal es la hipertensión arterial (HTA) severa o maligna de origen renovascular (presente en hasta el 94% de los casos), la cual suele ser refractaria al tratamiento médico y puede derivar en daño de órgano blanco si no se diagnostica precozmente. La etiología idiopática es la más frecuente en esta patología, mientras que, entre las causas secundarias o adquiridas, la Arteritis de Takayasu representa la causa más relevante, siendo la vasculitis de grandes vasos la más frecuente en niños. Esta entidad cursa con una inflamación granulomatosa crónica que provoca estenosis, oclusiones o dilataciones arteriales. En cuanto a las causas genéticas, la Neurofibromatosis tipo I es la más frecuentemente asociada, seguido de los síndromes de Alagille y Williams. Independientemente de su origen, la historia natural de la enfermedad sin intervención suele cursar con una morbi-mortalidad elevada. El diagnóstico diferencial entre una etiología mecánica-idiopática y una inflamatoria-activa es crítico para definir la terapéutica. En este contexto, el abordaje de multi imagen es fundamental.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 12 años, con antecedentes de obesidad y broncoespasmo en la infancia, que durante un control de salud rutinario, se detectó de forma incidental HTA severa asintomática. Al examen físico de ingreso, presentaba registros tensionales promedio en miembros superiores (MMSS) de 180/120 mmHg y en miembros inferiores (MMII) de 130/83 mmHg. Se constató la presencia de pulsos normales en MMSS, con pulsos femorales y distales ausentes. La estrategia diagnóstica inicial incluyó un ecocardiograma Doppler que descartó coartación de aorta ductal, informando únicamente disfunción leve del ventrículo izquierdo con espesores parietales en el límite superior. Ante la sospecha de patología de la aorta abdominal, se procedió a una caracterización anatómica mediante Angio-TC y Angio-RM. Estos estudios revelaron un compromiso extenso de la aorta abdominal con engrosamiento parietal concéntrico y una marcada disminución del calibre, volviéndose filiforme por debajo de la emergencia de las arterias renales hasta el tercio proximal de ambas ilíacas. Asimismo, se identificó una arteria renal izquierda de menor cali-



bre con engrosamiento de su pared y compromiso segmentario de las arterias mesentéricas, lo que resultó en una asimetría del tamaño renal. Como consecuencia de la obstrucción total de la luz aórtica distal, se evidenció una vasta red de circulación colateral proveniente de las arterias intercostales, mamarias internas, hemorroidales y de la pared abdominal. Para evaluar la actividad de la enfermedad, se realizó un PET-TC que informó ausencia de captación patológica de 18F-FDG en las paredes vasculares, lo que sugirió ausencia de inflamación activa en ese momento. Sin embargo, la sospecha etiológica de Arteritis de Takayasu se mantuvo firme debido a la combinación de los hallazgos estructurales obstructivos, la elevación persistente de reactantes de fase aguda (VSG de hasta 59 mm/h) y la positividad de biomarcadores como el MRP8/14. Esta discrepancia entre el PET y el laboratorio sugirió que la vasculitis podría encontrarse en una fase crónica-fibrótica o con una actividad metabólica por debajo del umbral de detección del estudio funcional. Con el diagnóstico de SAM secundario a probable arteritis de Takayasu, se instauró un tratamiento antihipertensivo combinado con nebivolol y amlodipina, logrando estabilizar los registros tensionales sin evidencia de impacto en otros órganos blanco. La paciente egresó tras 24 días de internación para continuar con un seguimiento ambulatorio multidisciplinario.

## HEMANGIOMA CAVERNOSO DE LA AURÍCULA IZQUIERDA QUE SIMULA UN MIXOMA DE AURÍCULA DERECHA: PERSPECTIVAS DESDE LA IMAGEN MULTIMODAL

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN · Unidad Temática 2: TOMOGRAFÍA COMPUTADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA

DEFELITTO, Octavio | PASTORINO, Ana | GINESI, Agustina | DEKETELE, Felipe | NOGUES, Ignacio

 Hospital Alemán

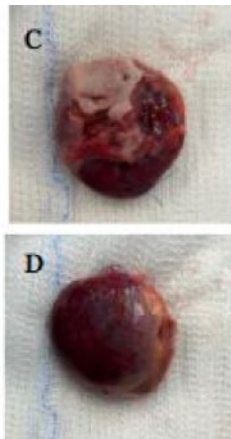
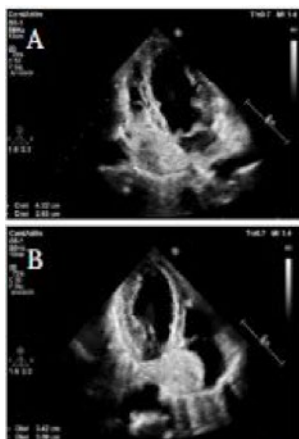


Imagen 1: (A): ventana 4 cámaras donde se visualiza masa en aurícula derecha circunscrita y heterogénea (B) ventana 2 cámaras donde se visualiza dicha masa ocupando cavidad auricular impresionando lado izquierdo (C y D) pieza quirúrgica compatible con masa de márgenes libres, muy vascularizada adherida al septum interauricular.

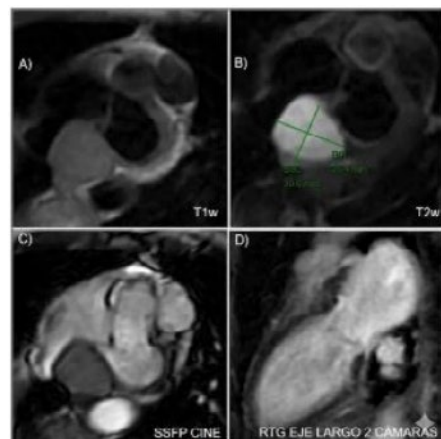


Imagen 2: (A): Masa de ubicación en aurícula izquierda con intensidad de señal intermedia en las imágenes ponderadas en T1, (B) Masa con marcada hiperintensidad en las secuencias ponderadas en T2 y (C y D) masa con realce tardío heterogéneo con gadolinio.

### INTRODUCCIÓN

Los hemangiomas cardíacos primarios son raros y pueden simular mixomas en las imágenes multimodales. Si bien el ecocardiograma transtorácico (ETT) es esencial para la detección inicial, el abordaje con otro estudios diagnóstico como el ecocardiograma transesofágico (ETE) nos aporta mayor información de su ubicación y la resonancia magnética cardíaca (RMC) aporta información adicional mediante una evaluación anatómica detallada y la caracterización tisular. Sin embargo, los hallazgos de imagen pueden superponerse entre tumores cardíacos benignos, lo que limita el diagnóstico preoperatorio definitivo. Este caso destaca tanto las ventajas como las limitaciones del abordaje con cada uno de los estudios complementarios en la evaluación de masas intracardíacas y subraya la importancia de la confirmación histopatológica. El diagnóstico precoz y el tratamiento quirúrgico siguen siendo fundamentales para prevenir posibles complicaciones.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenino de 71 años con antecedentes de hipotiroidismo y neumonías recurrentes, sin factores de riesgo cardiovascular conocidos que presentaba disnea de esfuerzo progresiva (clase II de la NYHA) y palpitaciones durante varios meses. El examen físico y los hallazgos electrocardiográficos fueron normales. La paciente fue remitida desde neumonología para la evaluación mediante ETT de forma ambulatoria. El ETT demostró en la aurícula derecha se observa una masa de contornos redondeados adherida al septum interauricular, con áreas hiperecoicas centrales y bordes bien definidos, de aproximadamente 42 mm x 26 mm, sin evidencia de obstrucción al flujo tricuspídeo, inicialmente interpretada como un mixoma (Imagen 1A y B). El tamaño y la función ventricu-

lar eran normales y no se identificó ningún trombo. Sin embargo, el ETE demostró que la voluminosa masa heterogénea, de 32 mm x 28 mm se encontraba adherida al techo de la aurícula izquierda y desplazaba el septum interauricular hacia la derecha. Para terminar de caracterizar dichos hallazgos se realizó resonancia magnética cardíaca (RMC) que confirmó una masa auricular izquierda bien definida con localización intracavitaria típica. La cine-RM mostró una lesión redondeada adherida al tabique interauricular. La masa presentaba una intensidad de señal intermedia en las imágenes ponderadas en T1 (Figura 2A), una marcada hiperintensidad en las secuencias ponderadas en T2 (Figura 2B) y un realce tardío heterogéneo con gadolinio (Figura 2D), lo que sugiere un tumor vascularizado, aunque no específico del tipo tumoral. Se realizó además angiotomografía computarizada de tórax donde se descartó embolia pulmonar. El paciente se sometió a una resección quirúrgica completa con reconstrucción del tabique interauricular mediante un parche pericárdico. El examen histopatológico reveló una proliferación bien delimitada de espacios vasculares dilatados de gran tamaño, de contornos redondeados e irregulares, revestidos por un endotelio aplanado sin atipia citológica ni figuras mitóticas. Los espacios vasculares contenían eritrocitos y se encontraban separados por un intersticio intervascular laxo, dentro del cual se identificaron histiocitos espumosos dispersos y pequeños acúmulos de linfocitos maduros, sin formación de folículos ni atipia. Se observó focos de esclerosis tumoral. En los márgenes de resección se identificó pared miocárdica con fibras musculares cardíacas normales y sin infiltración por el tumor encontrándose los márgenes libres de lesión, compatible con un hemangioma cavernoso (Imagen 1C y D). Los márgenes quirúrgicos estaban libres de tumor. La paciente fue dada de alta sin complicaciones.

## 18F-FDG-PET / CT EN ENDOCARDITIS INFECCIOSA: EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA NUCLEAR** · Unidad Temática 2: **VALVULOPATÍAS**

HERRERO, Jessica Anahí | CAMPISI, Roxana | GONZALEZ, Christian |  
CORONA, Paola | TRAVERSO, Sonia

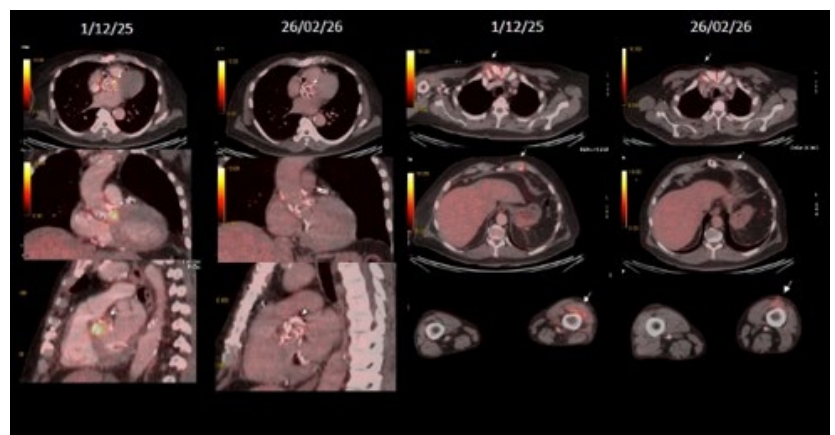
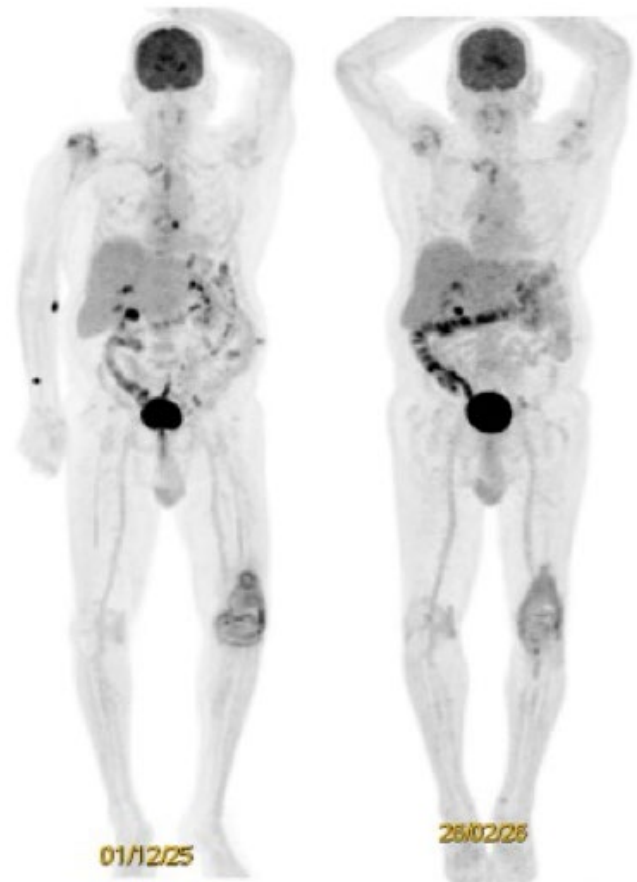
► Diagnóstico Nuclear

### INTRODUCCIÓN

El rol del PET/CT con 18F-FDG en la evaluación de pacientes con endocarditis infecciosa de válvula protésica y embolias sépticas a distancia está avalado por las guías internacionales. No obstante, su utilización en la evaluación de la respuesta al tratamiento anti-biótico aún no está bien establecida.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 66 años, diabético tipo II, con antecedentes de enfermedad coronaria y reemplazo valvular Aórtico (Ao) biológico en mayo del 2025, que presentó endocarditis infecciosa (EI) protésica temprana a los 4 meses de la cirugía con hemocultivos (HC) positivos para *Stafilococo epidermidis* metilicilino resistente con impactos sépticos esplénicos y artritis séptica. Inicia tratamiento antibiótico con vancomicina por 3 meses y es externado. Se re interna a los 20 días por presentar síndrome febril con persistencia de germen en HC. Se solicita PET/CT con 18F-FDG para evaluación de persistencia del compromiso infeccioso valvular protésico y sistémico. El mismo se realizó el 1/12/2025 con preparación previa para supresión miocárdica, evidenciando incremento focal y heterogéneo de captación de FDG a nivel de la válvula protésica en posición aórtica con parámetros cualitativos y semicuantitativos que sugieren endocarditis infecciosa (SUVmax: 12.5 - SUVmax ratio: 7.3). Se observó además aumento de captación de 18F-FDG en articulaciones esternoclavicular derecha, 6° condrocostal izquierda y periprotésica de rodilla ipsilateral, sugestivas de impactos sépticos (artritis séptica). Luego del PET/CT se realiza punción articular de rodilla izquierda donde se rescata un *Stafilococo hominis*, por lo que se agrega tratamiento con rifampicina y continúa con vancomicina. Se repite el PET/CT a los 3 meses, luego de completar el tratamiento antibiótico, en paciente asintomático, evidenciándose significativa reducción de la captación del radiotrazador a nivel peri protésico en la válvula Ao (SUVmax: 2.9-SUVmax ratio: 1.3). Se observa además disminución de la captación de 18F-FDG en las articulaciones esternoclavicular derecha, 6° condrocostal izquierda y periprotésica en rodilla ipsilateral. Este caso ejemplifica la utilidad del PET/CT con 18F-FDG en EI, especialmente en pacientes complejos, tanto para el diagnóstico de EI de válvula protésica persistente con impactos sépticos a distancia, así como en la evaluación de respuesta al tratamiento antibiótico, lo que permite decidir conducta terapéutica.



## TROMBO INTRAVENTRICULAR: NO TODO ES LO QUE PARECE

Unidad Temática: MIOCARDIOPATÍAS

PIOVANO, María Victoria | MELEM, Ignacio Carlos | OTERO, Rosario |  
MELCHIORI, Renzo Eduardo | BARATTA, Sergio Juan

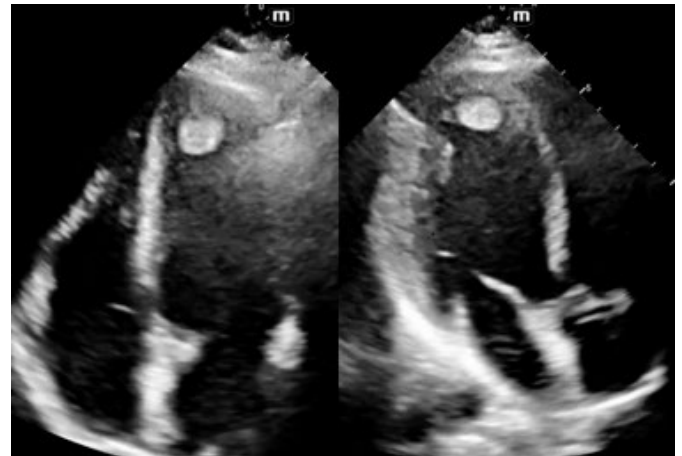
Hospital  
Universitario Austral

### INTRODUCCIÓN

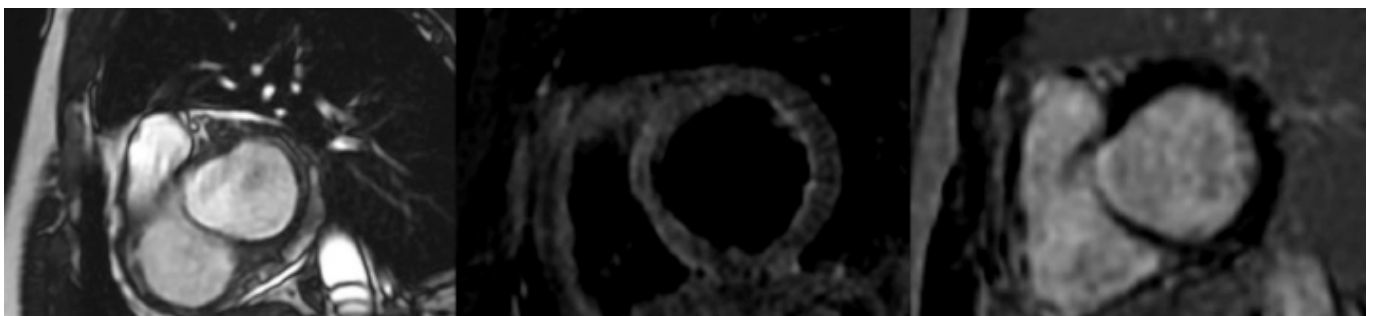
El trombo intraventricular se observa típicamente en el contexto de disfunción ventricular izquierda severa, particularmente posterior a un infarto de miocardio anterior, aunque puede observarse en otras miocardiopatías como la amiloidosis, el síndrome de Takotsubo, la miocardiopatía periparto y la miocarditis eosinofílica. Su incidencia en las últimas décadas ha disminuido gracias a la angioplastia primaria y el régimen antitrombótico utilizado en los pacientes con síndromes coronarios agudos. Sin embargo, esto no aplicaría para los pacientes con miocardiopatía dilatada no isquémica, en los cuales la incidencia de trombo intraventricular se encontraría entre el 2 y el 36%. La ecocardiografía transtorácica es la modalidad inicial más utilizada para el diagnóstico, dada su disponibilidad y costo, pudiendo emplearse agentes de contraste para aumentar su sensibilidad. La resonancia magnética se reserva para los casos en los cuales la ecocardiografía no es diagnóstica y persiste la sospecha clínica.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 31 años, sin antecedentes de relevancia, que ingresa derivado de otro centro con diagnóstico de infarto de miocardio evolucionado asociado a trombo intraventricular. Refiere consulta previa hace cuatro meses por episodio de dolor precordial con irradiación a mandíbula, que fue interpretado como crisis de pánico. Reconsulta actualmente por nuevos episodios de dolor de similares características y disnea clase funcional III. A su ingreso sin signos de insuficiencia cardíaca, ECG ritmo sinusal 75 latidos por minuto, Q V1-V2 y T negativas en cara anterior (V1-V6). Laboratorio con dosaje de troponina I 19pg/ml (valor de referencia hasta 34pg/ml) y proBNP 325pg/ml, ligera leucocitosis 10180/ul, con velocidad de sedimentación de eritrocitos normal (15mm/h). Ecocardiograma de ingreso con deterioro moderado de la función sistólica ventricular izquierda, FEy 40% por método Simpson, con aquinesia de los segmentos apicales



e imagen hiperecogénica, móvil, de 30x20mm a nivel apical, adherida a segmentos aquinéticos. Se inició tratamiento anticoagulante e ingreso a Unidad Coronaria para completar estudio. Se realizó resonancia magnética en la cual se evidenció realce tardío de gadolinio positivo anteroseptal basal y medial y en segmentos apicales, subendocárdico mayor al 50%, con T2 positivo en dichos segmentos. Cinecoronariografía sin evidencia de lesiones. Laboratorios seriados realizados durante su internación que evidencian recuentos de eosinófilos mayores a 1500/ul, por lo que se decide realizar biopsia endomiocárdica e iniciar pulso de corticoides. El paciente evoluciona favorablemente, decidiéndose su egreso con meprednisona 1mg/kg y anticoagulación con enoxaparina 1mg/kg cada 12 horas. La biopsia endomiocárdica evidenció aislada necrosis de miocitos, fibrosis endocárdica e intersticial y trombo fibrino hemático adherido al endocardio. Fue reevaluado al mes, realizándose nuevo ecocardiograma en el cual presentó mejoría de la función ventricular izquierda y la motilidad de los segmentos previamente aquinéticos, FEy 50% por método Simpson, y disminución de tamaño del trombo intraventricular.

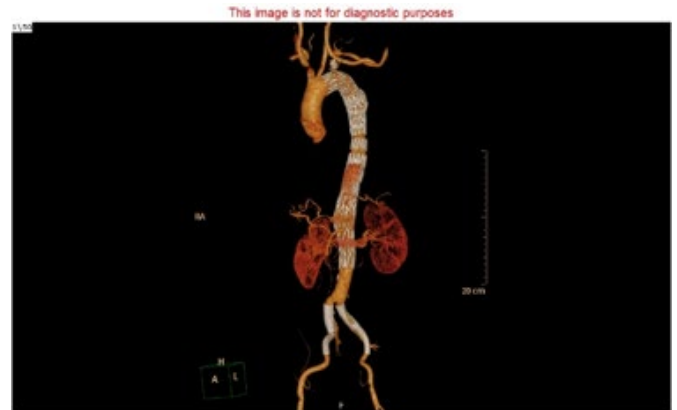


## ABORDAJE INTEGRAL, CIRUGIA DE REEMPLAZO Y ANGIOPLASTÍA PERIFÉRICA EN DISECCIÓN STANFORD TIPO B

Unidad Temática: MEDICINA VASCULAR · U.T. 2: TOMOGRAFÍA COMPUTADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA

GOMEZ LACOSTE, Lucas | CORONEL, Roberto | SAUHING PERALTA, Sergio Daniel | CASTILLO MENDOZA, Efraín Sebastián | QUILLI GUAMAN, Jonathan Javier

► Sanatorio Sagrado Corazón



### INTRODUCCIÓN

La disección aórtica tipo B (Stanford) se define como aquella que compromete la aorta torácica descendente, con puerta de entrada distal a la arteria subclavia izquierda y sin afectación de la aorta ascendente. Constituye una de las presentaciones más frecuentes de los síndromes aórticos agudos y se clasifica temporalmente en aguda (<14 días), subaguda (14-90 días) y crónica (>90 días), diferenciándose además en no complicada y complicada (malperfusión orgánica, rotura contenida, dolor o hipertensión refractaria, o expansión rápida). A pesar del avance en el tratamiento, la morbimortalidad sigue siendo relevante. En la fase aguda no complicada, la mortalidad intrahospitalaria con tratamiento médico óptimo oscila entre el 10-14%. En los casos complicados, la mortalidad puede alcanzar el 50 % si no se realiza intervención oportuna. A largo plazo, hasta el 50 % de los pacientes desarrollan degeneración aneurismática de la aorta descendente, con una supervivencia a 5 años que varía entre el 50-80 %. Hoy en día el tratamiento ha pasado de un enfoque predominantemente conservador a una estrategia más intervencionista guiada por la imagen: TEVAR (Thoracic Endovascular Aortic Repair) se ha convertido en la estrategia de primera línea (Clase I) en disecciones complicadas con anatomía favorable, y se recomienda considerar su realización en fase subaguda (Clase IIa) en pacientes con características de alto riesgo identificadas en angiotomografía o resonancia magnética (diámetro aórtico >40-45 mm, luz falsa permeable >22 mm, desgarró de entrada grande en curvatura menor, entre otros). La cirugía abierta queda reservada para casos con anatomía desfavorable para TEVAR, trastornos del tejido conectivo o complicaciones complejas crónicas, debido a su mayor morbimortalidad. En este contexto, el rol de las imágenes cardiovasculares (ecocardiografía, angio-TC y angio-RM) es fundamental no solo para el diagnóstico precoz y la clasificación, sino especialmente para la estratificación de riesgo, la planificación del timing y la técnica de

intervención, y el seguimiento a corto y largo plazo. A continuación presentamos un caso clínico de disección aórtica Stanford tipo B sub-aguda.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 56 años, hipertenso, ex tabaquista, consultó por dolor abdominal y parestesia en miembro inferior izquierdo. Se realizó angiotomografía con evidencia de dilatación difusa de aorta descendente, acompañada de signos de disección tipo B. Presentando luz falsa de mayor calibre que adopta patrón helicoidal en reconstrucción 3D y simulando en cortes transversales imagen "trilumen" a nivel abdominal con flujo simétrico respecto de la luz verdadera, la misma se extiende distalmente hasta las arterias ilíacas. La luz verdadera alcanzaba un diámetro mínimo de 5 x 7mm a nivel del carrefour. La arteria iliaca primitiva izquierda sin flujo de contraste en su interior con recuperación de flujo distal. Arteria renal izquierda se origina de luz falsa con flujo conservado. Se realizó tratamiento híbrido quirúrgico y endovascular. En primer tiempo By-Pass carótido-axilar izquierdo y en segundo tiempo, por abordaje bi-femoral, implante de tres endoprótesis, la primera torácica de 32mm de diámetro por 142mm de largo liberada distal del arco aórtico, la segunda torácica de 34mm de diámetro por 204mm de largo a continuación de la anterior y finalmente la tercera de 36mm de diámetro por 180mm de largo. A continuación se implantaron dos stents recubiertos en arterias ilíacas primitivas con adecuado control angiográfico posterior. En el control final por angiotomografía se evidencia adecuada exclusión de los trayectos de disección, con luz falsa parcialmente trombosada a nivel torácico e infrarrenal y stents en ambas arterias ilíacas permeables con flujo conservado. 5 días post tratamiento fue otorgado el egreso sanatorial, con recuperación de la parestesia y sin secuelas agudas al momento del alta.

## CALCIFICACIÓN CASEOSA DEL ANILLO MITRAL: ¿UNA ENTIDAD BENIGNA? ABORDAJE DE IMAGEN MULTIMODAL

Unidad Temática: **ECOCARDIOGRAFÍA** · Unidad Temática 2: **VALVULOPATÍAS**

SCARPONI, Camila | CANTORA, Florencia | IROULART, Juan María |  
DEL CASTILLO, Santiago Luis | PÉREZ DE ARENAZA, Diego

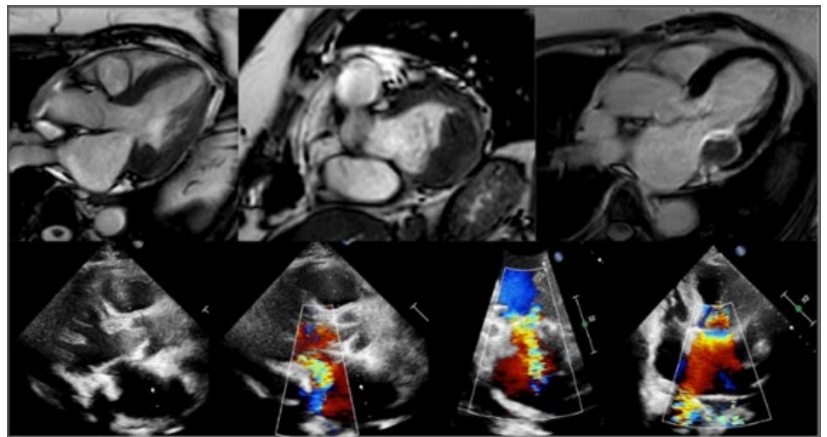
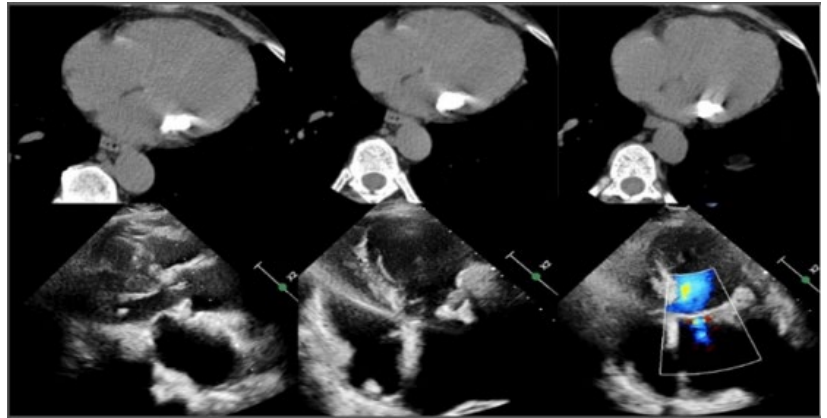
► Hospital Italiano  
de Buenos Aires

### INTRODUCCIÓN

La calcificación caseosa del anillo mitral (CCMA) constituye una variante infrecuente dentro del espectro de la calcificación anular mitral degenerativa (MAC). Se caracteriza por la licuefacción del material calcificado y formación de un contenido central "pastoso" rodeado de una cápsula calcificada. Generalmente se comporta como una entidad benigna por lo que el tratamiento es conservador. Sin embargo, en ocasiones puede aumentar de tamaño y generar insuficiencia mitral significativa, obstrucción al tracto de salida del ventrículo izquierdo, embolias, bloqueo auriculoventricular o simular una masa cardíaca. En este escenario, el uso de técnicas de imagen multimodal como el ecocardiograma doppler transtorácico o transesofágico de primera elección y la tomografía computada o resonancia magnética como complemento, adquiere un rol fundamental para el adecuado diagnóstico diferencial y manejo terapéutico.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 76 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia, se encuentra en seguimiento ambulatorio por cardiología. Se solicita en 2014 una tomografía con score de calcio que evidencia calcificación focal del anillo mitral compatible con MAC como hallazgo y en ecocardiograma doppler transtorácico calcificación del hemianillo posterior de la válvula mitral con apertura valvular conservada y reflujo trivial asociado (Imagen 1). La paciente evoluciona asintomática y 4 años más tarde un nuevo ecocardiograma doppler transtorácico solicitado por control reveló la aparición de una masa con una cápsula hiperrefringente en el hemianillo posterior mitral, asociada a insuficiencia mitral leve, cuyo aspecto atípico planteó diagnóstico diferencial con otras entidades. En este contexto se solicitó una resonancia magnética cardíaca para su caracterización. La misma demostró una lesión redondeada en relación al hemianillo posterior mitral y valva posterior de 25x27 mm, de bordes bien delimitados, que no compromete la apertura de la válvula y genera insuficiencia leve. Dicha masa es hipointensa en T1 y T2, sin realce en las secuencias de perfusión y con realce tardío periférico, hallazgos compatibles con CCMA (Imagen 2, parte superior). Clínicamente la paciente evolucionó asintomática hasta 2025 cuando presentó insuficiencia cardíaca descompensada y fibrilación auricular de alta



respuesta ventricular requiriendo tratamiento médico intensivo y cardioversión eléctrica. Es por ello que se realizó un nuevo ecocardiograma doppler transtorácico que mostró progresión estructural y funcional significativa de la patología, con severa dilatación de la aurícula izquierda, patrón de llenado transmitral restrictivo y desarrollo de enfermedad mitral mixta con restricción leve de su apertura y reflujo complejo, con 2 jets de origen central e insuficiencia severa con flujo reverso en venas pulmonares (Imagen 2, parte inferior). Además evidenció una insuficiencia tricuspídea moderada que permitió estimar psap de 61 mmHg. En función de las manifestaciones clínicas y los hallazgos imagenológicos la paciente fue derivada a cirugía cardiovascular para definir la estrategia terapéutica de la válvula mitral. Este caso demuestra la importancia del rol de la imagen multimodal de la patología mitral tanto para el diagnóstico diferencial como para su seguimiento, evidenciando la progresión de una entidad considerada inicialmente benigna hacia un cuadro con repercusión hemodinámica significativa.

## MULTIMAGEN EN LA CORRECCIÓN BIVENTRICULAR EN TRANSPOSICIÓN DE GRANDES VASOS CONGÉNITAMENTE CORREGIDA CON ATRESIA PULMONAR Y COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR

Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA** · Unidad Temática 2: **MULTI-IMAGEN**

ANGAMARCA, Evelyn | STELMASZEWSKI, Érica Victoria | FOTI, Mariel Lilian | VILLALBA, Claudia | MOURATIAN, Diana Mariela

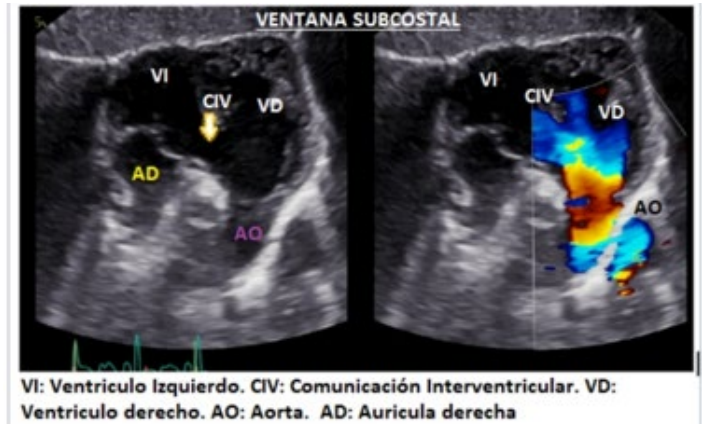
Hospital de Pediatría  
J P Garrahan

### INTRODUCCIÓN

La Transposición de Grandes Vasos Congénitamente Corregida (TCCGV) es una cardiopatía congénita poco frecuente, caracterizada por doble discordancia auriculoventricular y ventriculoarterial. Su evolución clínica depende de las anomalías asociadas, como la comunicación interventricular (CIV), la estenosis o atresia pulmonar (AP), e insuficiencia de la válvula tricúspide, que condicionan a una fisiología compleja y una elevada variabilidad en las estrategias terapéuticas. En el caso de los pacientes con TCCGV con CIV y AP, la resolución quirúrgica definitiva no siempre es factible en etapas tempranas de la vida, debido al inadecuado desarrollo del lecho pulmonar y a las limitaciones anatómicas. Los procedimientos iniciales como la anastomosis sistémico-pulmonar y la cirugía de Glenn bidireccional son estrategias destinadas a promover el crecimiento de las ramas pulmonares, optimizar la hemodinamia y permitir el desarrollo somático para la corrección anatómica definitiva. La técnica de hemimustard - Rastelli permite redirigir el retorno venoso sistémico y restablecer la conexión ventrículo izquierdo-aorta, además de reconstruir la vía de salida del ventrículo derecho hacia la circulación pulmonar, con tasas de supervivencia superiores al 80% a mediano plazo. En este contexto, la imagen cardiovascular multimodal particularmente la ecocardiografía Doppler y la angiotomografía computada desempeñan un rol fundamental, no solo en la caracterización anatómica inicial, sino también en la evaluación evolutiva del lecho vascular y estrategias quirúrgicas escalonadas hasta la corrección biventricular definitiva.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de 3 años con diagnóstico prenatal de Cardiopatía Congénita compleja, confirmado en el período posnatal: TCCGV asociada a CIV amplia y AP. Inició seguimiento en su ciudad de origen (Neuquén) donde por adecuada anatomía de las ramas pulmonares, a los 14 días de vida se realizó una anastomosis sistémico-pulmonar tipo Blalock-Taussig. A los 8 meses fue derivada a nuestra institución para reevaluación integral. Se constató hipoxemia persistente con saturación 74%, clase funcional II, (R2 aumentado y soplo continuo infraclavicular derecho.), el ecocardiograma Doppler confirmó doble discordancia, CIV amplia, aorta anterior y a la izquierda, y AP con ramas confluentes, se evidenció además anastomosis sistémico-pulmonar permeable con probable estenosis distal (gradiente de 65 mmHg). Por presentar hipoxemia severa se decidió realizar una angiotomografía, mostró hipoplasia severa del tronco de la arteria pulmonar (z-score -7) y de la rama pulmonar izquierda proximal (z-score -4.1), en este contexto, se decidió como puente a la cirugía



anatómica definitiva realizar cirugía de Glenn bidireccional asociada a plástica de rama pulmonar izquierda, con buena evolución postoperatoria egresa con saturaciones de 85-86%. Continuó seguimiento hasta los 2 años y 6 meses, manteniéndose en clase funcional conservada y con saturación basal de 86%. Nuevos estudios por ecocardiografía y angiotomografía evidenciaron remodelado favorable de las ramas pulmonares, confluentes y de buen calibre (z-score 0), Glenn derecho permeable (diámetro 10,5 mm), y una CIV amplia (12 mm, con extensión superior de 7,5 mm) relacionada con la aorta, con ventrículos de tamaño y función conservados. En base a estos hallazgos anatómicos, se decidió avanzar a corrección biventricular mediante cirugía de Hemimustard-Rastelli. Evolucionó favorablemente, sin complicaciones significativas, con saturaciones de 96-97%, siendo dada de alta a los 19 días postoperatorios. En el seguimiento ambulatorio actual asintomática, en clase funcional uno, con función ventricular adecuada y sin defectos residuales significativos.

## EL DELICADO EQUILIBRIO... ENTRE LA HEMORRAGIA, EL TEP Y TROMBO EN TRANSITO

Unidad Temática: ECOCARDIOGRAFÍA · Unidad Temática 2: MULTI-IMAGEN

MENDOZA CASADEI, Micaela | WENETZ, Liza María Marcela | ROJAS, Dafne | CHAPARRO, Gonzalo Ramón | LUKESTIK, Leandro

► Hospital Interdistrital Evita Formosa

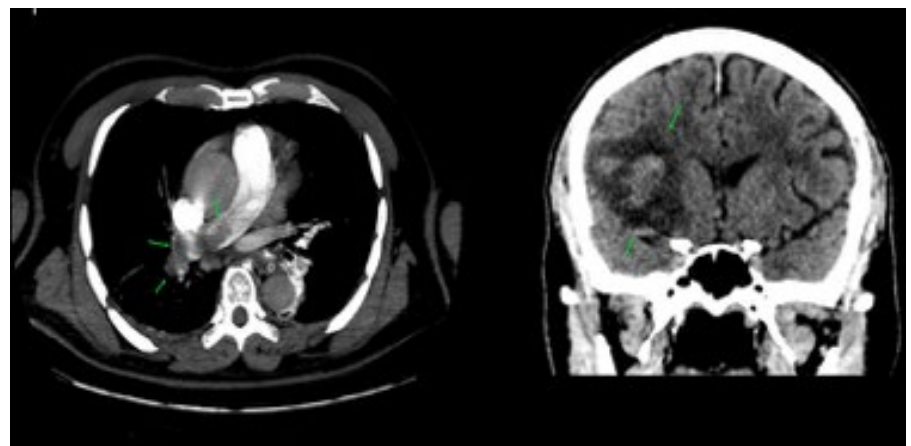
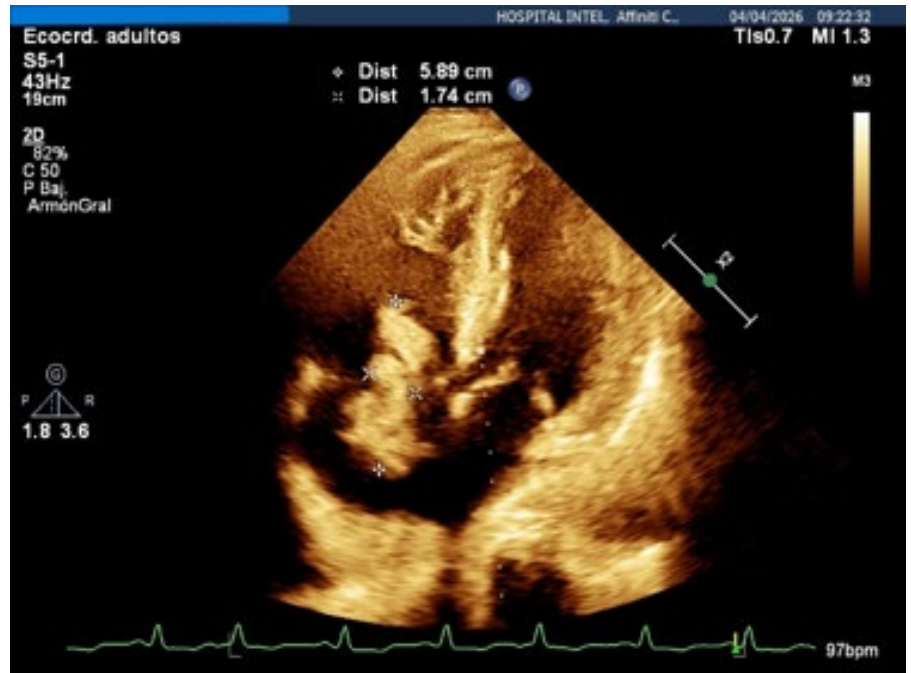
### INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cerebrovasculares representan la tercera causa de muerte, la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) es la principal causa prevenible de muerte hospitalaria, en el contexto de la ETV, y particularmente en el Tromboembolismo de pulmón (TEP), la presencia de trombos en las cavidades derechas y el trombo en tránsito se asocian con mayor desarrollo de shock obstructivo y mortalidad.

### DESCRIPCIÓN

Presentamos el caso de un paciente masculino de 53 años de edad, antecedente de HTA. Es llevado por familiar a la guardia por presentar desorientación, ingresa hipertenso TA 240/120, con afasia de expresión y hemiparesia izquierda TC CEREBRO A nivel frontal con extensión al lóbulo temporal superior derecho área hipodensa heterogénea de ubicación cortico-subcortical cuyo hallazgo sugiere ACV en estadio agudo-subagudo (en el territorio vascular de la arteria cerebral media derecha) con transformación hemorrágica, con discreto efecto de masa con compresión parcial del ventrículo lateral ipsilateral motivo por el cual solicitan derivación continuando internación en sala de Clínica médica donde presenta episodio febril con posterior disnea súbita, taquicardia y desaturación con TC de encéfalo con mayor definición de lesión neurológica y discreto efecto de masa, TC de tórax con protocolo para TEP con defecto de relleno central en rama principal derecha de la arteria pulmonar y sus ramas lobares e interlobares ipsilares; así también a nivel de las ramas lobares superior e inferior del lado izquierdo. Ingres a Unidad coronaria por TEP agudo alto riesgo con contraindicación absoluta de fibrinólisis. En ETT se evidencia Fey 37 % trastornos segmentarios de la motilidad. Ventrículo derecho dilatado con función sistólica deprimida severa Hipertensión Pulmonar y presencia en Aurícula derecha imagen

móvil, serpiginosa, estructuralmente Larga con diámetros 5.8 cm de largo por 1.7 cm de ancho, con movimiento hacia Ventrículo derecho, compatible con trombo en tránsito. Previo a evaluación y consenso multidisciplinario se inicia anticoagulación y solicitud de derivación a centro con mayor complejidad. El paciente intercorre con insuficiencia respiratoria, paro cardiorespiratorio (AESP) maniobras avanzadas de reanimación frustras y óbito.



## TORMENTA PERFECTA CARDIOVASCULAR: TRONCO CORONARIO ÚNICO DE ORIGEN ECTÓPICO AÓRTICO CON TRAYECTO INTERARTERIAL ASOCIADO A ATEROMATOSIS SIGNIFICATIVA EN ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR Y DILATACIÓN DE AORTA ASCENDENTE TUBULAR

Unidad Temática: TOMOGRAFÍA COMPUTADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA

SCIOLINI, Sabrina | CANTARINI ECHEZARRETA, María Belén | STRATTA, Vanina Soledad | MENINI, Alberto E.

▶ Sanatorio de La Trinidad de San Isidro

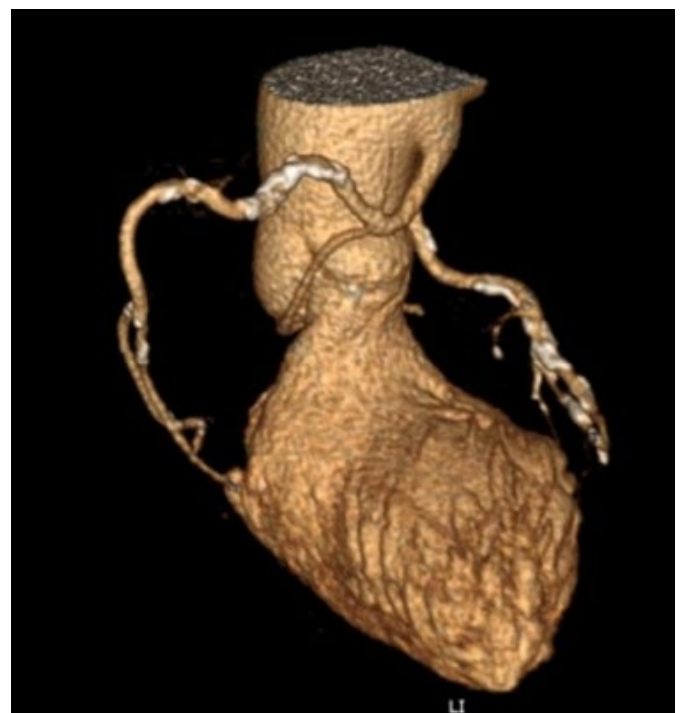
### INTRODUCCIÓN

Las anomalías de origen y trayecto de las arterias coronarias son infrecuentes (0,3–1%), pero clínicamente relevantes. Dentro de este grupo, el trayecto interarterial, entre la aorta ascendente y el tronco de la arteria pulmonar, se asocia a mayor riesgo de isquemia miocárdica y muerte súbita en pacientes jóvenes, con y sin cardiopatía estructural subyacente. La angiotomografía coronaria (CCTA) es el método de referencia para su evaluación, al permitir una caracterización anatómica tridimensional precisa.



### DESCRIPCIÓN

Se presenta el caso de un paciente masculino de 57 años, altura 170 cm, peso 73 kg, superficie corporal 1,86 m<sup>2</sup>, derivado para CCTA en el contexto de dilatación aórtica. El estudio se realizó con tomografía multicorte sincronizada con ECG, obteniéndose reconstrucciones multiplanares y volumétricas. El presente caso muestra una variante anatómica coronaria infrecuente y de alta complejidad: la presencia de un tronco coronario único con origen ectópico en la pared lateral de la porción tubular de la aorta ascendente —a 31 mm del plano del anillo aórtico y a 16 mm de la unión sinotubular—, con trayecto descendente interarterial y arquitectura vascular singular que incluye la arteria circunfleja naciendo de la arteria coronaria derecha con un trayecto retro-aórtico. Arteria Descendente Anterior (ADA) Se origina desde el tronco común, descendiendo por la cara lateral izquierda de la aorta con trayecto interarterial para luego situarse en el surco interventricular anterior. Segmento medio: CAD-RADS 3–4A. Arteria Coronaria Derecha (ACD) Nace del tronco común en la cara lateral izquierda de la aorta tubular. Realiza un trayecto pre-aórtico antes de continuar hacia el surco auriculoventricular derecho. Segmento proximal y medio: CAD-RADS 2. Arteria Circunfleja (ACx) Nace de la arteria coronaria derecha y realiza un recorrido retro-aórtico completo, para ubicarse en el surco auriculoventricular izquierdo. CAD-RADS 0. La medición axial de la aorta ascendente tubular confirma diámetros de 4,30 × 4,13 cm. La raíz aórtica se encuentra dentro de límites normales. Conclusión: La anomalía coronaria con tronco único ectópico y trayecto interarterial constituye la variante de mayor riesgo para muerte súbita dentro del espectro de las cardiopatías coronarias congénitas. El origen en la pared de



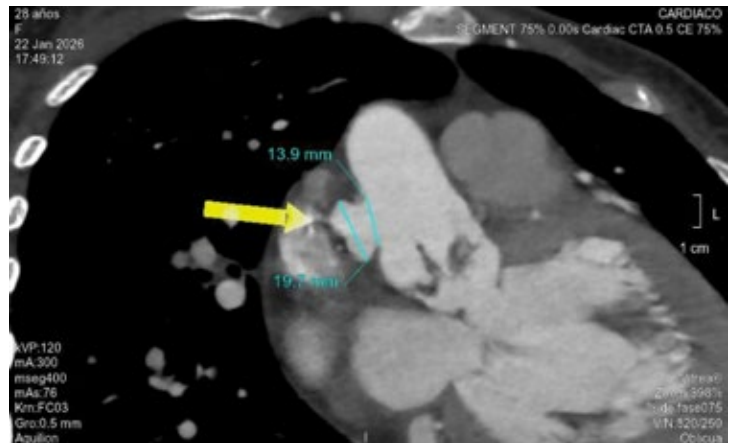
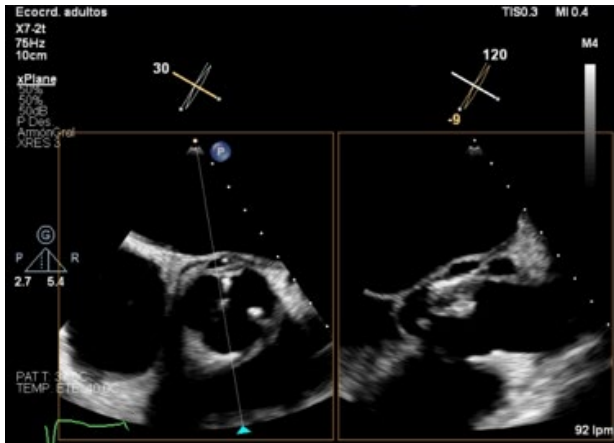
la aorta tubular es una configuración morfológica escasamente documentada en la literatura, con implicancias pronósticas inciertas. La coexistencia de anomalía coronaria congénita y dilatación aórtica en un mismo paciente debe orientar la búsqueda de una aortopatía hereditaria subyacente mediante evaluación genética específica. Estos 3 hallazgos confieren a este caso una complejidad diagnóstica y terapéutica excepcional, que la CCTA permitió caracterizar de manera integral en una única adquisición.

## ENDOCARDITIS INFECCIOSA COMPLICADA CON PSEUDOANEURISMAS AÓRTICOS EN CARDIOPATÍA CONGÉNITA: UTILIDAD DEL ENFOQUE MULTI-IMAGEN EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Unidad Temática: **CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO** · Unidad Temática 2: **MULTI-IMAGEN**

MONZÓN HERRERA, Ramiro Manuel | BREA, Isis | POLLONO, Pablo Maximiliano | JORAJURIA, Alejandro | MANSO, Paula

► Hospital de Alta Complejidad en Red "El Cruce" - SAMIC



### INTRODUCCIÓN

La endocarditis infecciosa (EI) representa un problema grave de salud pública, asociado a una alta morbilidad. Existen factores de riesgo predisponentes (superficie/estructura que puede ser colonizada por bacterias), lo que convierte a los pacientes con cardiopatía congénita en una población con mayor riesgo de EI. El desarrollo de técnicas de imagen ha modificado sustancialmente el abordaje diagnóstico de la EI. La utilización complementaria de ecocardiografía transtorácica y transesofágica, junto con tomografía cardíaca, permite no solo confirmar el diagnóstico, sino también caracterizar con mayor exactitud la extensión de la infección, identificar complicaciones estructurales complejas —como pseudoaneurismas y trayectos fistulosos— y planificar de manera adecuada la estrategia quirúrgica. Este enfoque multimodal resulta clave para optimizar el momento de la intervención y mejorar el pronóstico. El tratamiento quirúrgico está indicado para prevenir la embolización séptica, ante la presencia de insuficiencia cardíaca o infección incontrolada, siendo la formación de pseudoaneurismas un indicio de infección localmente incontrolada.

### DESCRIPCIÓN

Mujer de 28 años con antecedentes de estenosis subaórtica severa (diagnosticada en otro centro en 2022, sin controles posteriores). Consultó en otra institución por cuadro de fiebre asociado a IC a predominio derecho en CF II de 4 meses de evolución que progresó a CF IV en la semana previa a su consulta. Se realizó diagnóstico de EI de válvula aórtica nativa secundaria a membrana subaórtica, complicada con insuficiencia aórtica severa y con

rescate de *Streptococo viridans*. Realizó 38 días de tratamiento antibiótico efectivo, evolucionando con shock cardiogénico, por lo que fue derivada a nuestra institución. Ingresó en shock cardiogénico con requerimientos de dobutamina a 5 mcg/kg/hs por 4 días, evolucionando de manera favorable tras el balance hídrico negativo. Se realizó ecocardiograma transtorácico que evidenció membrana subaórtica a 5 mm del plano valvular con leve hipoplasia del TSVI - diámetro de 16.5 mm con reducción del pasaje a 8 mm por la membrana - estenosis aórtica severa a predominio subvalvular, válvula aórtica tricúspide con múltiples vegetaciones (máxima de 6 mm) con déficit de coaptación que condiciona insuficiencia aórtica severa. Por encima del origen de la coronaria izquierda en cara posterior de la aorta se observa imagen compatible con pseudoaneurisma. Asocia insuficiencia mitral moderada funcional. Se prosiguió evaluación con ecocardiograma transesofágico que informó 3 pseudoaneurismas e insuficiencia mitral moderada a severa, funcional, con jet central. Completó valoración con TC cardíaca que mostró membrana subaórtica concéntrica, múltiples vegetaciones en válvula aórtica y 3 pseudoaneurismas. Fue operada el 4/2/26 donde se realizó resección de membrana subaórtica, Bentall de Bono (con prótesis biológica N°21 y tubo dacron de 24 mm) y anuloplastia mitral. Requerimientos de AVM, inotrópicos y vasopresores por 48 hs. Intercurrió con derrame pericárdico sin compromiso hemodinámico con conducta expectante. Desde lo infectológico, completó tratamiento antibiótico hasta el cierre negativo de los cultivos valvulares y del material quirúrgico remitido. Evolucionó de manera favorable, sin complicaciones, logrando su egreso hospitalario.

## UNA COMPLICACION SILENCIOSA: HEMATOMA INTRAMURAL VENTRICULAR DERECHO TRAS CORRECCIÓN DE EBSTEIN; DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO MULTIMODAL

Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA** · Unidad Temática 2: **MULTI-IMAGEN**

ROLDAN, Gisela Natalí | MENDOZA, Franco Andrés | MEDINA, María Juliana | ROSENAL, Carlos | MOURATIAN, Diana Mariela

► Hospital Garrahan

### INTRODUCCIÓN

El hematoma intramural (HIM) es una complicación poco frecuente que puede presentarse a nivel intramiocárdico en el contexto de infarto agudo de miocardio, trauma, intervenciones coronarias percutáneas, de forma espontánea o secundario a cirugía cardíaca. En la población pediátrica se han reportado algunos casos de HIM asociados a procedimientos quirúrgicos, tales como la cirugía reparadora del canal auriculoventricular completo, el cierre de comunicación interventricular o la corrección de la Anomalía de Ebstein. El diagnóstico se basa fundamentalmente en técnicas de imagen, ya que, dependiendo de su localización y tamaño, puede presentarse desde formas completamente asintomáticas hasta generar alteraciones por ejemplo en las condiciones de carga cardíaca, con potencial evolución a paro cardiorrespiratorio o arritmias refractarias. Las manifestaciones electrocardiográficas pueden estar presentes o no. En este contexto, la ecocardiografía Doppler constituye el método de primera línea para la aproximación diagnóstica inicial, mientras que la angiotomografía cardíaca y angiorresonancia permiten definir con mayor precisión la localización, el tamaño y la relación con las estructuras adyacentes, información clave para la toma de decisiones terapéuticas. Presentamos el caso de un paciente pediátrico que desarrolló como complicación un hematoma intramural posterior a la reparación quirúrgica de anomalía de Ebstein, cuyo diagnóstico y seguimiento se realizaron mediante un abordaje multimodal basado en técnicas de imagen.

### DESCRIPCIÓN

Se presenta el caso de un paciente de 12 años que presentó un hematoma intramural localizado en la pared libre del ventrículo derecho (VD) como complicación posterior a la realización de cirugía correctora de anomalía de Ebstein. Se realizó diagnóstico de la enfermedad de base a los 8 años de edad; tres años más tarde consulta en HG para valoración. El ecocardiograma evidenció anomalía de Ebstein severa, con insuficiencia tricuspídea severa; la resonancia magnética arrojó VD dilatado con volumen de fin de diástole de 260 ml, caída de su función (FEy 39%), índice de Celermajer 0.75, EVRA 55 grados. Electrocardiograma y holter con hallazgo compatible para vía accesoria posterior derecha cuya ablación se realizó previo a la cirugía. Se decidió avanzar con la cirugía correctora; pero en el acto quirúrgico no se logró realizar la clásica técnica de Cono debido al grado de displasia valvular, por lo que se realizó reemplazo tricuspídeo con auriculoplastia y plicatura de porción atrializada del VD. El paciente ingresó en uti postquirúrgico, en asistencia respiratoria mecánica con inotrópicos a dosis habituales. En el ecocardiograma de control se evidenció imagen compatible con HIM localizado en la pared libre del VD que comprometía el llenado de la AD. Se realizó angiotomografía que descartó el compromiso coronario. Posteriormente se realizó angiorresonancia magnética que confirmó el diagnóstico de HIM. El paciente se mantuvo asintomático por lo que de forma interdisciplinaria se decidió mantener conducta expectante y realizar control evolutivo con imágenes seriadas. En dichas imágenes se vio la transformación del hematoma en diferentes estadios de involución; desde una colección homogénea a una quística, luego vacuolada y finalmente heterogénea con disminución de su tamaño, se evidenció además lenta recuperación de la función del VD. El paciente egresó del hospital, sin secuelas mayores.

## CIRCULACIÓN UNIVENTRICULAR DE FONTAN-KREUTZER: CUANTIFICACIÓN DE RESERVA MICROVASCULAR PULMONAR MEDIANTE IMAGEN CON INTELIGENCIA ARTIFICIAL – EQUIVALENCIA CON MÉTODO MANUAL Y CORRELACIÓN CON DíMERO D

Unidad Temática: **CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO** · Unidad Temática 2: **CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA**

JUANEDA, Ernesto<sup>1</sup> | PEIRONE, Alejandro Román<sup>1</sup> |  
JUAREZ, Franco<sup>2</sup> | JUANEDA, Ignacio<sup>1</sup> | KREUTZER, Christian<sup>3</sup>

► Hospital Privado Universitario de Córdoba<sup>1</sup>;  
Disegno Soft<sup>2</sup>; Hospital Universitario Austral<sup>3</sup>

### INTRODUCCIÓN

La circulación de Fontán-Kreutzer (F-K) se caracteriza por presentar presión venosa central crónicamente elevada y bajo gasto cardíaco. La microvasculatura pulmonar es determinante en el gradiente transpulmonar, que cuando se eleva > 6 mmHg o el índice de resistencia vascular pulmonar supera > 3 U/m<sup>2</sup>, se confirma el diagnóstico de hipertensión pulmonar, siendo este hallazgo marcador de enfermedad vascular pulmonar. La microvasculatura pulmonar en cirugía de F-K tiene flujo no pulsátil, por lo que para su imagen, requiere inyección de contraste presurizado y selectiva.

### DESCRIPCIÓN

Entre noviembre de 2024 y agosto de 2025, 4 pacientes con cirugía de F-K (3 mujeres) con edad promedio de 21.75 años (14-31), se realizó cateterismo de rutina, mediante angiografía pulmonar selectiva lobar inferior derecha e izquierda, a 7 cuadros por segundo, con protocolo de sustracción digital y apnea, con inyección de contraste yodado a razón de 25 cc de volumen total inyectado a 15 cc/seg. Se identificó la microvasculatura pulmonar en fase capilar, sobre la cual se superpuso una grilla con celdas de 10 mm<sup>2</sup>, calibrada al diámetro del catéter, delimitando el área de estudio mediante un contorno poligonal. Cuantificación manual: cada celda fue evaluada por el operador según su intensidad de contraste en escala de grises, asignándosele un score 2=negro (alta opacificación), 1=gris (opacificación parcial), 0=blanco (ausencia de contraste). El porcentaje de reserva microvascular (RMVP) se calculó como:  $(\text{score real} / \text{score ideal}) \times 100$ , donde el score ideal

equivale al número de celdas multiplicado por 2. Cuantificación con inteligencia artificial (IA): se implementó un sistema de análisis de imagen basado en modelo de lenguaje de gran escala (Claude, Anthropic), instruido mediante prompt estructurado para identificar el contorno delimitador, detectar la grilla superpuesta y asignar un score a cada celda incluida según la intensidad media de grises de los píxeles interiores al contorno. Los umbrales de clasificación, fijos y uniformes para todos los pacientes, fueron: score 2=<80 (negro, alta opacificación), score 1= 80-160 (gris, opacificación parcial), score 0= > 160 (blanco, sin contraste). Criterio de inclusión de celda: más del 50% de su superficie dentro del área delimitada. El RMVP se calculó con la misma fórmula que el método manual. La severidad del RMVP se estableció arbitrariamente como: leve >66%, moderada 66-33% y severa <33%. Se comparó el RMVP% obtenido manualmente / IA y su diferencia se evaluó con Student t test (p 0.692). Las imágenes se correlacionaron con valores de dímero D, a fin de generar evidencias de trombosis in situ, siendo > 500 ng/ml en 3 de los 4 pacientes estudiados. Conclusión: La cuantificación de la RMVP mediante análisis manual / IA de imagen no tuvo diferencia significativa; la IA tuvo ventajas en reproducibilidad, velocidad y eliminación de variabilidad interobservador. Al observar elevación del dímero D en 3 de 4 pacientes, se generó una hipótesis: la trombosis microvascular silente como mecanismo subclínico de disminución RMVP, potencialmente tratable con anticoagulación. Estos hallazgos, justifican el desarrollo de estudios prospectivos para validar esta metodología como herramienta de seguimiento en circulación univentricular F-K.

## SÍNDROME CARCINOIDE: EL ROL DE LA ECOCARDIOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE UNA CAUSA INFRECUENTE DE INSUFICIENCIA CARDÍACA DERECHA

Unidad Temática: **CARDIO-ONCOLOGÍA** · Unidad Temática 2: **ECOCARDIOGRAFÍA**

MOTTOLA, Agustina | MARAMBIO, Gerardo Manuel | VANNONI, Guido  
| MORALES PIERUZZINI, Agustín | DOPPLER, Eugenia

► Hospital De Agudos  
Dr Cosme Argerich

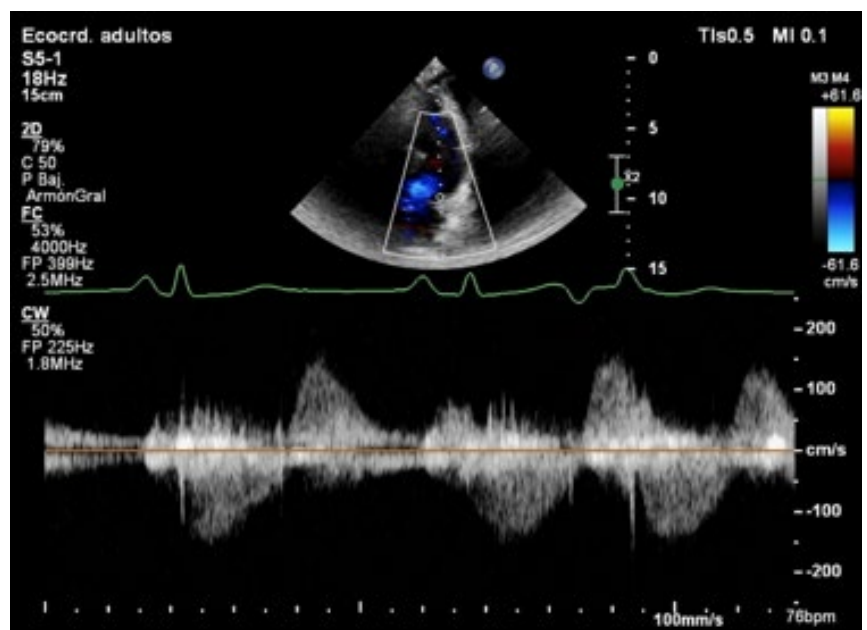
### INTRODUCCIÓN

La afectación cardiovascular en el síndrome carcinoide, generalmente ocurre por tumores neuroendocrinos gastrointestinales y se caracteriza por el depósito de placas de tejido fibrótico sobre la superficie endocárdica o valvular, sin afectar al tejido subyacente. La ecocardiografía constituye el estudio por imagen de elección para evidenciar si existe compromiso a dicho nivel, siendo fundamental su diagnóstico, dada su implicancia pronóstica negativa.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de 73 años con antecedente de tumor neuroendocrino cecal resecado hace tres meses atrás, que ingresa a sala de Clínica Médica por cuadro de insuficiencia cardíaca a predominio derecho asociado a diarrea y flushing de un mes de evolución. Al examen físico se objetiva un soplo sistólico 3/6 en foco tricuspídeo y masa palpable en hipogastrio. Se realiza ecocardiograma transtorácico que evidencia cavidades izquierdas normales y derechas severamente dilatadas con función sistólica conservada, engrosamiento y rigidez de las valvas de la válvula tricúspide con insuficiencias tricuspídea y pulmonar severas, compatible con compromiso carcinoide. Se solicita dosaje de Cromogranina A y pro BNP con resultados de 400 ng/L y 1.318 pg/mL, respectivamente y SPECT-TC de abdomen con octreotide que informa captación del trazador en hígado y ovario. Se interpreta como síndrome carcinoide con compromiso gastrointestinal y cardiovascular con metástasis hepáticas y ováricas. Se inicia tratamiento con octreotide inyectable y diuréticos de asa endovenosos con mejoría clínica y se realiza Heart Team quienes deciden realizar tratamiento endovascular de las valvulopatías. El día 13/03 se realiza implante valvular pulmonar percutáneo exitoso con buena evolución y continúa a la espera de

implante de TricValve. Considerando que el compromiso cardiovascular conlleva una elevada morbimortalidad, es fundamental su diagnóstico y tratamiento precoces, donde se destaca el valor de la ecocardiografía para el abordaje de esta enfermedad.



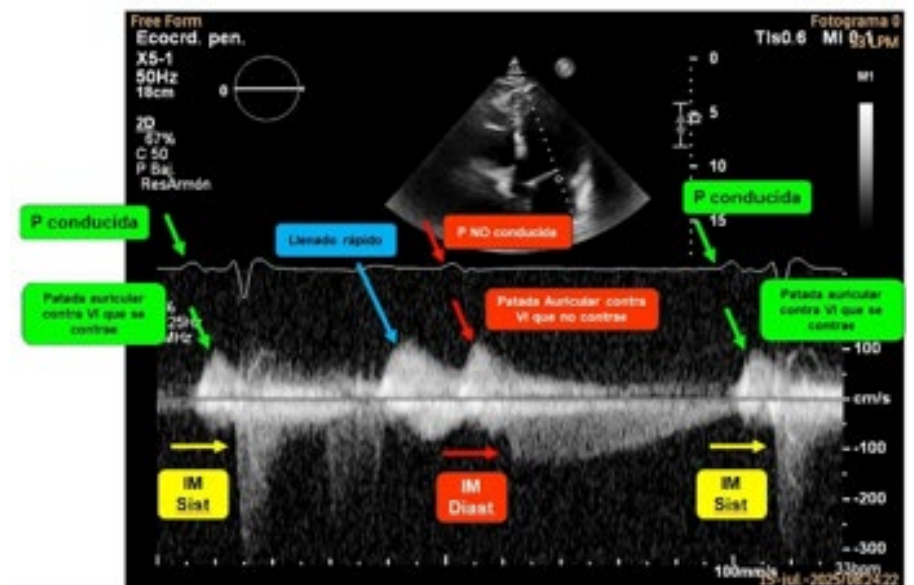
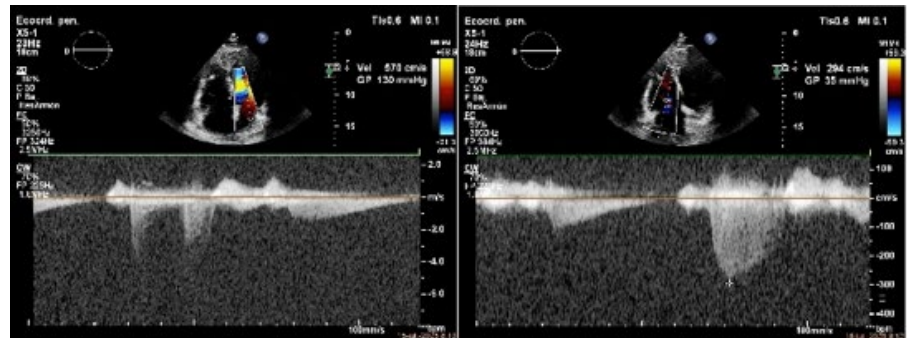
## INSUFICIENCIA MITRAL Y TRICUSPÍDEA SOSPECHOSAS

Unidad Temática: **ECOCARDIOGRAFÍA** · Unidad Temática 2: **VALVULOPATÍAS**KILLINGER, Gisela Mabel | MARTÍNEZ TAYLOR, Solange | CROISSANT,  
Yanina Soledad | BENAVIDES, Juan Carlos | RODRIGUEZ CORREA, Carlos A.► Centro  
Diagnóstico Rossi**INTRODUCCIÓN**

La insuficiencia mitral diastólica (IMD) reconoce varias causas y puede detectarse en el contexto de bloqueo AV de cualquier grado, cuando la contracción auricular no va seguida de una contracción del ventrículo izquierdo (VI) adecuadamente sincronizada. En estas condiciones, el gradiente de presión AV se invierte en diástole ventricular (presiones ventriculares mayores que las auriculares), lo que resulta en IMD en presencia de una válvula mitral parcialmente cerrada. La insuficiencia tricuspídea diastólica (ITD), puede raramente acompañar a la IMD y obedece a mecanismos fisiopatológicos similares en el corazón derecho.

**DESCRIPCIÓN**

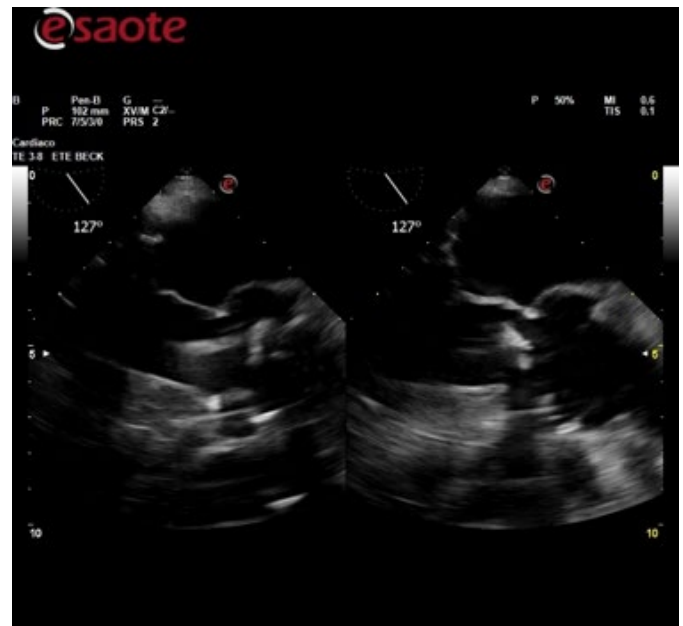
Se presenta el caso de un paciente de 77 años de edad de sexo masculino. Factores de riesgo coronarios positivos: hipertensión arterial, diabetes tipo II, dislipemia. Antecedentes de cirugía de revascularización miocárdica: 2007. En el eco Doppler cardíaco se observa la presencia de IMD e ITD y sus contrapartes habituales en sístole. El ECG mostró la presencia de BAV de segundo grado tipo 2:1. Las insuficiencias diastólicas de válvulas AV no son frecuentes de observar o bien no son consideradas en el razonamiento diagnóstico durante la interpretación de los flujos con los modos Doppler. Representan un fenómeno fisiopatológico particular con inversión del gradiente AV habitual de la diástole. Menos frecuente aún es detectar la regurgitación diastólica del lado derecho en forma simultánea con IMD. El empleo de los modos Doppler para la interpretación fisiopatológica correcta de los



eventos durante el ciclo cardíaco requiere del uso del monitoreo ECG en forma simultánea. **CONCLUSIONES** Se presenta el caso infrecuente de doble regurgitación diastólica de válvulas AV en forma simultánea. Se destaca la importancia de tener presente esta variante de regurgitación en el análisis diagnóstico y la importancia del monitoreo de ECG durante el estudio ecocardiográfico.

## ROCKING MOTION EN PRÓTESIS AÓRTICA

Unidad Temática: ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA · Unidad Temática 2: VALVULOPATÍAS

FIGUEROA ALCORTA, Julián | GALLARDO, María Emilia |  
LAVITOLA, Narella Soledad | BECK, Martín Alejandro | LAX, Jorge AlbertoHospital de Agudos  
Dr Cosme Argerich

## INTRODUCCIÓN

El rocking motion es una complicación de las válvulas protésicas. Corresponde al movimiento de balanceo de la prótesis secundario a su dehiscencia, habitualmente asociado a regurgitación paravalvular. La dehiscencia protésica se define como la separación del anillo de sutura del tejido anular; se trata de un fenómeno con baja incidencia (0,1-1,3% tras reemplazo valvular aórtico), pero de alta relevancia clínica. La etiología más frecuente es la endocarditis infecciosa. El reconocimiento precoz es fundamental dado su mal pronóstico, con una mortalidad que puede alcanzar el 55%.

## DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 59 años con antecedente de reemplazo valvular aórtico (RVAo) mecánico por estenosis aórtica severa

sintomática de etiología bicúspide. Consulta al mes del procedimiento por síndrome febril de 48 horas de evolución. Se realiza ecocardiograma transtorácico sin evidencia de vegetaciones ni disfunción protésica significativa. Se realizan hemocultivos x2 que resultan positivos para *Enterobacter cloacae*. Ante la sospecha de endocarditis infecciosa, se solicita ecocardiograma transesofágico a las 72 horas, que evidencia: dehiscencia valvular aórtica mayor al 50% con fenómeno de rocking motion, asociada a insuficiencia periprotésica severa, con imagen sugestiva de hilos de sutura vs vegetación. Evoluciona con shock mixto (cardiogénico y séptico), por lo que requiere cirugía de urgencia. Presenta deterioro hemodinámico progresivo y se produce su óbito a los 15 días del ingreso. **CONCLUSIÓN:** Se resalta la importancia del ecocardiograma transesofágico como herramienta fundamental para el diagnóstico temprano de esta complicación grave e infrecuente.

## MASA INTRACARDÍACA DERECHA EN PACIENTE ONCOLÓGICO: APORTE DE LA IMAGEN MULTIMODAL

Unidad Temática: TOMOGRAFÍA COMPUTADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA · Unidad Temática 2: MULTI-IMAGEN

CAPDEVILLE, Sofía | RODRIGUEZ EYRAS, Lucia | ASERENY, Diana Jennifer

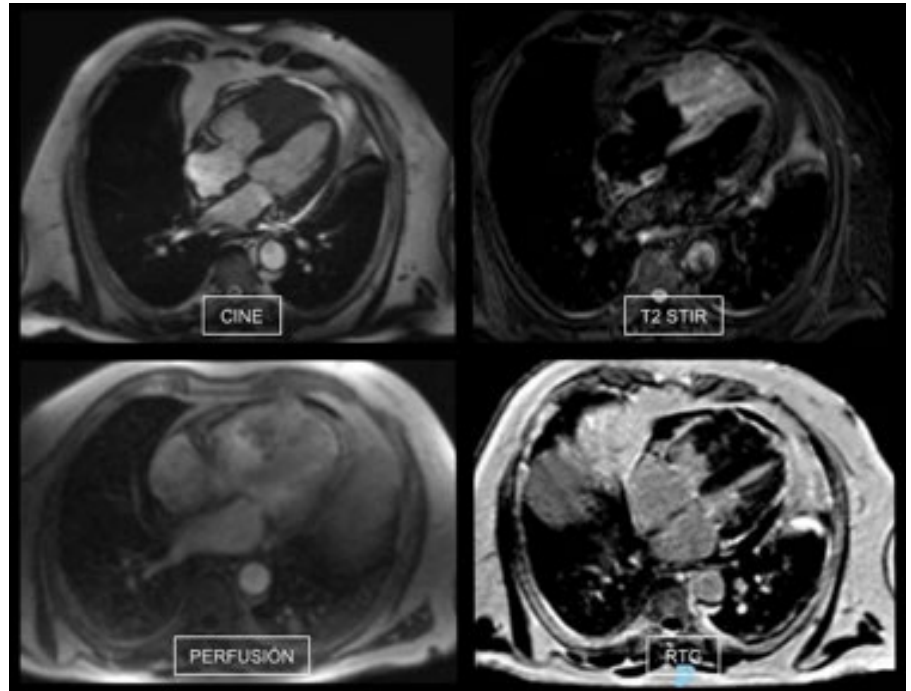
▶ Clínica Colon de Mar del Plata

### INTRODUCCIÓN

Las masas cardíacas representan un desafío diagnóstico, siendo fundamental la caracterización mediante técnicas de imagen multimodal para diferenciar entre trombo, lesiones benignas o tumores malignos.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de 85 años con antecedente de adenocarcinoma de próstata estadio IV con metástasis pulmonares, en tratamiento quimioterápico, que consulta por hemoptisis. Se realiza ecocardiograma transtorácico que evidencia una imagen intracavitaria en ventrículo derecho isoecogénica respecto al miocardio y sin señal por Doppler color, con extensión desde ápex a región medio ventricular, comprometiendo la contractilidad de la pared libre en dichos segmentos con preservación de la función basal (TAPSE 23 mm, onda S TDI 12 cm/s). Ventrículo izquierdo con tamaño y función conservados, aurículas dilatadas y sin valvulopatías significativas. Ante la sospecha de secundarismo cardíaco, se solicita una resonancia magnética. La misma evidencia una masa intracavitaria extensa en ventrículo derecho, de bordes irregulares y señal heterogénea ocupando segmentos medios y ápex con extensión hacia el espacio pericárdico adyacente (imagen 1). Asimismo, se identifica una segunda lesión en el techo de la aurícula derecha en relación con la desembocadura de la vena cava superior (imagen 2). En la caracterización tisular, ambas lesiones presentaron hiperintensidad en



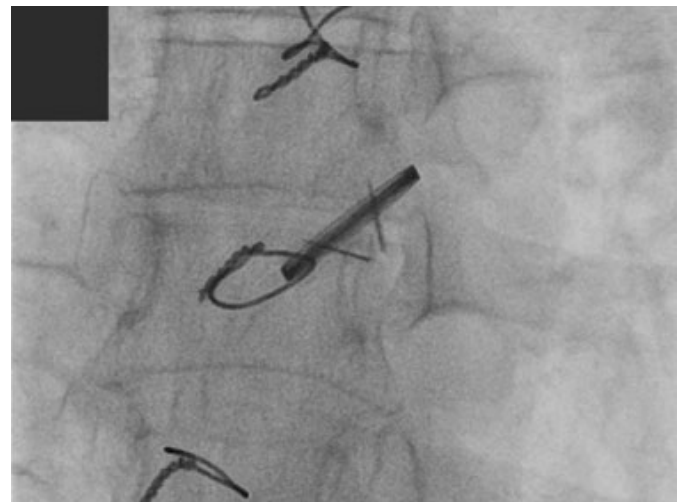
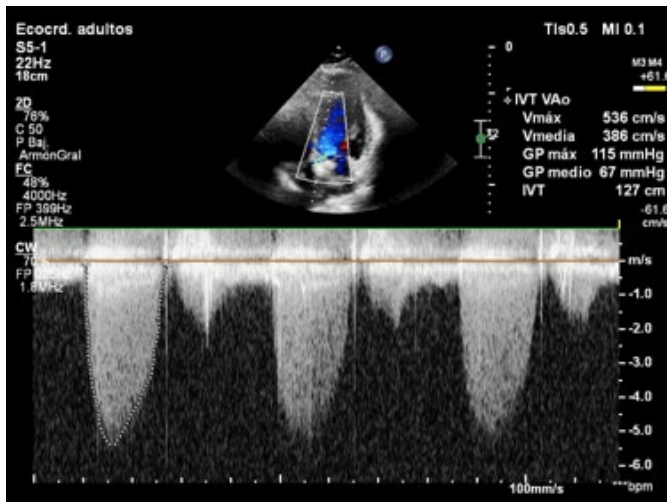
secuencias T2-STIR y valores elevados en mapeo T2, compatibles con alto contenido hídrico. Mostraron perfusión positiva en reposo y realce tardío con gadolinio de patrón heterogéneo, con focos puntuales de retención y extensas áreas sin realce. Estos hallazgos sugieren etiología tumoral secundaria. Este caso resalta el valor de la resonancia magnética cardíaca en la evaluación de masas intracardíacas, permitiendo una adecuada caracterización tisular, así como la detección o el descarte de trombosis asociada, la valoración de la extensión y la identificación de lesiones adicionales.

## LUCES Y SOMBRAS EN LA PRÓTESIS: CUANDO LA IMAGEN MULTIMODAL ES LA CLAVE

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN · Unidad Temática 2: VALVULOPATÍAS

VIALE, Mariana | MORALES PIERUZZINI, Agustín | RIVARA, Pablo |  
MARAMBIO, Gerardo Manuel | LAX, Jorge Alberto

► Hospital de Agudos  
Dr Cosme Argerich



### INTRODUCCIÓN

La trombosis valvular protésica constituye una de las principales causas de disfunción valvular, con una prevalencia significativamente mayor en prótesis mecánicas. Su diagnóstico representa un desafío clínico e imagenológico, especialmente en la diferenciación con el pannus, lo que condiciona la estrategia terapéutica. En este contexto, la evaluación multimodal mediante ecocardiografía transtorácica y transesofágica, cinefluoroscopia y angiotomografía cardíaca resulta fundamental para la evaluación anatómica y funcional de la disfunción protésica, así como para la toma de decisiones terapéuticas. Si bien la cirugía ha sido históricamente el tratamiento de elección, en las últimas décadas la fibrinólisis con esquemas de dosis bajas e infusiones prolongadas ha emergido como una alternativa terapéutica segura y eficaz, particularmente en pacientes con alto riesgo quirúrgico o en centros con elevada morbilidad operatoria, si bien no está exenta de complicaciones.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 39 años de edad con antecedente de reemplazo valvular aórtico mecánico por estenosis aórtica severa sintomática de etiología bicúspide, realizado hace 3 años, consulta por disnea en clase funcional II y astenia de 3 meses de evolución, en contexto de anticoagulación en rango terapéutico. Al examen físico presentaba soplo sistólico 3/6 en foco aórtico. El ecocardiograma transtorácico, seguido de transesofágico, evidenció incre-

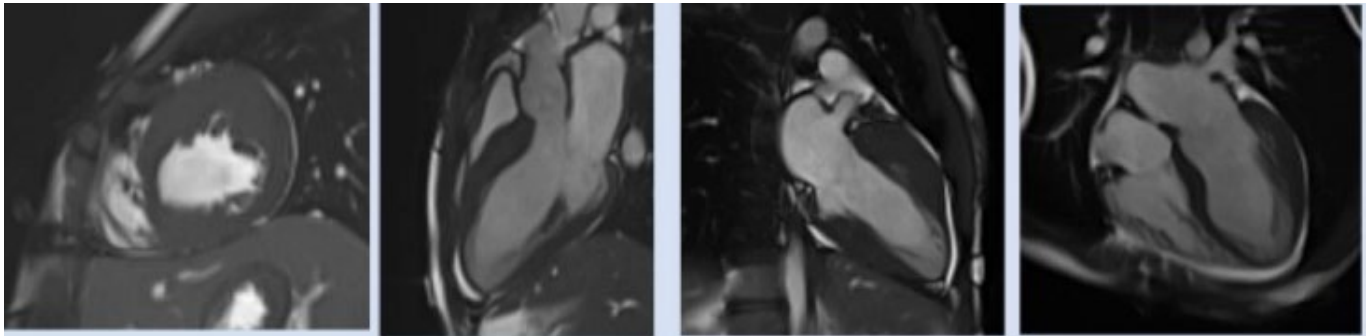
mento severo de los gradientes transprotésicos (velocidad máxima 5.1 m/s, gradiente pico 104 mmHg, gradiente medio 69 mmHg, índice adimensional 0.26) asociado a insuficiencia aórtica leve y a la presencia de una imagen ecodensa periprotésica. Se realizó una angiostomografía cardíaca que no permitió diferenciar entre trombosis y pannus; y una cinefluoroscopia que mostró restricción de la movilidad de ambos hemidiscos, a predominio del posterior, con ángulos de apertura reducidos respecto de los valores esperados para el tipo de prótesis (disco anterior 75°, disco posterior 60°). Durante la internación se indicó anticoagulación con heparina no fraccionada en infusión continua, sin mejoría en los parámetros imagenológicos. Ante la alta sospecha de trombosis valvular protésica obstructiva, se inició tratamiento fibrinolítico con alteplasa en esquema de dosis baja (25 mg) e infusión ultralenta (25 horas). Durante la infusión, complicó con un accidente cerebrovascular isquémico, de probable origen cardioembólico, con restitución ad-integrum. Evolucionó con resolución clínica de la disnea y mejoría significativa de los gradientes transvalvulares (gradiente pico 38 mmHg, gradiente medio 21 mmHg), bajo tratamiento anticoagulante y antiagregante. Este caso destaca el rol central del abordaje multimodal por imágenes en la evaluación de la disfunción valvular protésica, particularmente en la difícil diferenciación entre trombosis y pannus. Si bien la angiostomografía cardíaca es el método por imagen de referencia para el diagnóstico diferencial, puede no ser concluyente en casos seleccionados. La ecocardiografía y la cinefluoroscopia aportan información funcional complementaria que resulta clave para la integración diagnóstica.

## SCREENING FAMILIAR TRAS MUERTE SÚBITA: ROL DE LAS IMÁGENES EN LA DETECCIÓN DE MIOCARDIOPATÍAS

Unidad Temática: MIOCARDIOPATÍAS · U.T. 2: TOMOGRAFÍA COMPUTADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA

MARCHESINI, Marina Belén | STRADA, Franco | BLANCO, Roció |  
PÉREZ DE ARENAZA, Diego

► Hospital Italiano  
de Buenos Aires

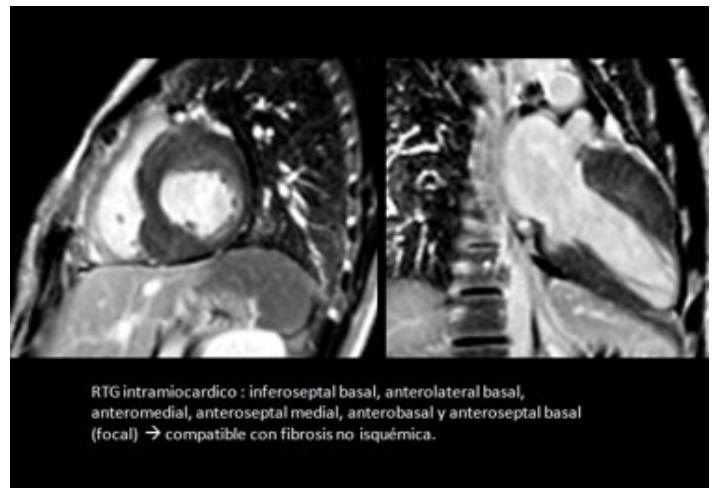


### INTRODUCCIÓN

La muerte súbita de probable origen cardíaco (MSC) constituye una entidad de alto impacto clínico. Las enfermedades asociadas varían según la edad: en adultos mayores predominan las cardiopatías estructurales crónicas (enfermedad coronaria, valvulopatías y falla cardíaca), mientras que en individuos menores de 50 años más del 50% de los casos se relacionan con enfermedades hereditarias, como la miocardiopatía hipertrófica entre otras.

### DESCRIPCIÓN

Se presentan dos pacientes de 19 y 13 años al momento de su primera evaluación, derivados para evaluación por antecedente de muerte súbita en su padre a los 42 años (evento durante el sueño). Ambos pacientes se encontraban asintomáticos al momento de la evaluación inicial. Se realizó screening familiar con electrocardiograma, ergometría, monitoreo Holter de 24 horas y ecocardiograma Doppler. El ecocardiograma inicial no evidenció cardiopatía estructural, con ventrículo izquierdo de dimensiones espesores y función conservadas. El resto de los estudios complementarios tampoco revelaron patología. Como único hallazgo relevante, el paciente 1 presentó en el Holter supradesnivel del punto J y segmento ST en contexto de bajas frecuencias cardíacas, con morfología vagotónica, sin registro de ectopías ni síntomas. Pese a los resultados normales, dos años más tarde, se repitieron los estudios. Esta vez el ecocardiograma evidenció leve engrosamiento septal, con imagen en "reloj de arena", con espesor máximo de 17 mm en el segmento basal anterior del septum interventricular. Como complemento se realizó resonancia magnética cardíaca (RMC), que mostró hipertrofia ventricular izquierda asimétrica, comprometiendo segmento anterior, anteroseptal e inferoseptal en regiones basal, medial y apical, con espesor máximo de 24 mm, función ventricular izquierda conservada y escaso realce tardío con



gadolinio (RTG), compatible con aproximadamente 1% de fibrosis focal. Los valores de T1 nativo se encontraban aumentados, sugiriendo fibrosis difusa. Estos hallazgos fueron compatibles con miocardiopatía hipertrófica asimétrica no obstructiva en paciente 1. Se decidió ampliar estudio de la paciente 2 mediante RMN cardíaca, con resultado normal. El paciente 1 continúa en seguimiento, en su última RMC de seguimiento, realizada tres años después del diagnóstico inicial, se observó progresión de la enfermedad, con hipertrofia ventricular izquierda (espesor máximo de 25 mm) e incremento significativo del RTG. La muerte súbita del padre llevó a intensificar la evaluación cardiológica del paciente, lo que posibilitó el diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica. Este caso destaca la penetrancia variable de la enfermedad, la importancia del screening periódico en familiares de primer grado y el valor de la evaluación multimodal. En particular, la RMC aporta valor incremental mediante la caracterización tisular, permitiendo la detección de fibrosis y mejorando la estratificación del riesgo arrítmico.

## MÁS ALLÁ DEL GRADIENTE: TOMOGRAFÍA COMPUTADA EN LA CARACTERIZACIÓN DE DISFUNCIÓN DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN · Unidad Temática 2: VALVULOPATÍAS

ZAMPAGLIONE, Yanina Micaela | REY PRIETO, Lourdes | SALMO, José Fabián | GANUM, Guillermo E. Gerardo | SCHITTER, Martín Adolfo

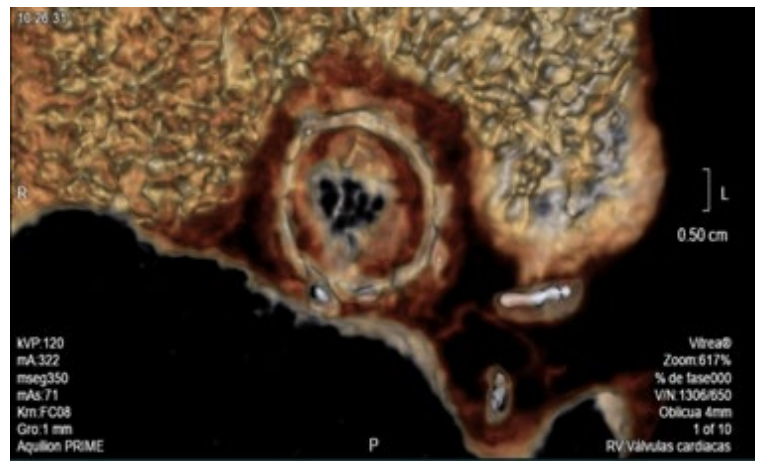
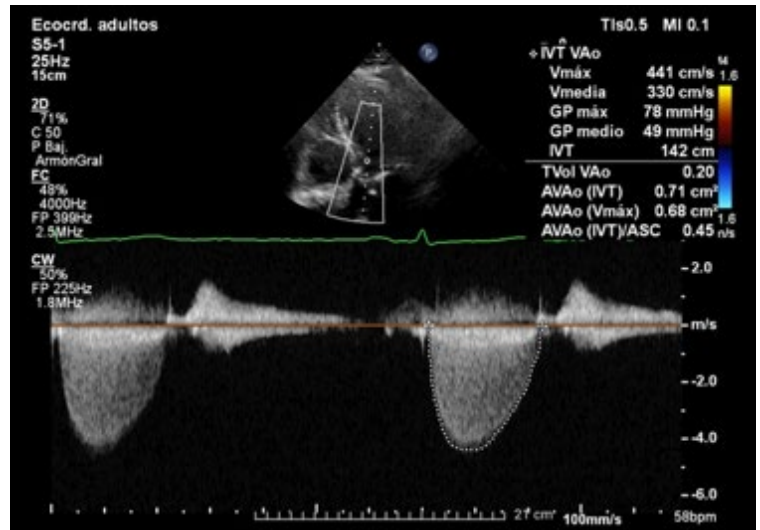
Fundación Favaloro

### INTRODUCCIÓN

La obstrucción de prótesis valvulares es una complicación poco frecuente pero potencialmente grave, asociada a elevada morbimortalidad. Las causas más comunes incluyen la trombosis y el pannus, siendo esta última una proliferación fibrocolágena progresiva que se desarrolla años después del implante y se caracteriza por una evolución clínica insidiosa con deterioro progresivo de la función protésica. La diferenciación entre trombosis y pannus es fundamental, ya que las implicancias terapéuticas son distintas: la trombosis puede responder a anticoagulación, mientras que el pannus generalmente requiere intervención quirúrgica. En este contexto, la Tomografía Computada Cardíaca se ha consolidado como una herramienta clave para la caracterización etiológica, complementando al Ecocardiograma.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 82 años, con antecedente de reemplazo valvular aórtico biológico en 2015 (Biocor 21), presenta cuadro progresivo de ángor y disnea de varios meses de evolución. El Ecocardiograma Transtorácico evidenció prótesis aórtica biológica disfuncionante con gradientes transprotésicos severamente elevados (V.Max. 4,4 m/s, gradiente medio 49 mmHg, área valvular calculada por ecuación de continuidad 0,6 cm<sup>2</sup>, DVI 0.20, Tiempo de aceleración 110 mseg) ventrículo izquierdo de función conservada y dilatación severa de la aurícula izquierda. Se asociaba insuficiencia mitral leve e insuficiencia tricúspidea leve-moderada. Para la caracterización etiológica, se realizó Tomografía Computada Cardíaca que demostró engrosamiento fibrolipídico (pannus) a nivel del anillo interno y la base de las valvas protésicas, condicionando restricción de su apertura. El área valvular estimada por planimetría fue de 0,6 cm<sup>2</sup>. En conjunto, los hallazgos fueron compatibles con disfunción protésica aórtica severa secundaria a pannus, en concordancia con la clínica de la paciente. **CONCLUSIÓN:** La combinación de los hallazgos clínicos y ecocardiográficos permite cuantificar la severidad de la obstrucción protésica, pero la Tomografía Computada aporta una resolución



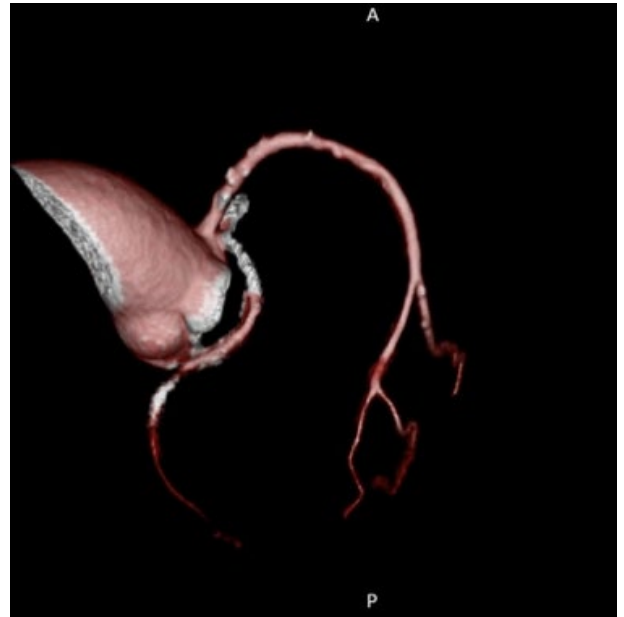
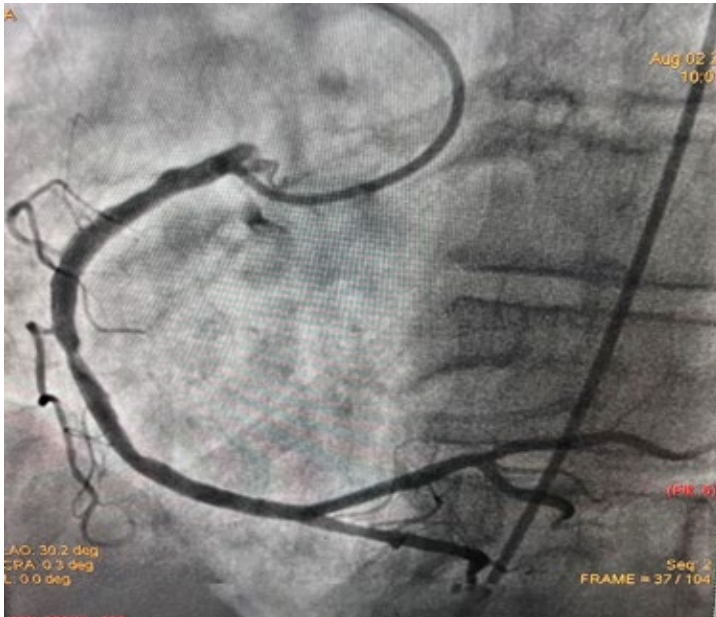
anatómica superior y una caracterización tisular que facilita la diferenciación entre pannus y trombo. En pacientes sintomáticos con disfunción protésica, un enfoque multimodal resulta fundamental para definir la etiología y orientar la estrategia terapéutica más adecuada. En este sentido, la Tomografía Cardíaca se consolida como una herramienta clave que va más allá de la simple medición de gradientes, al permitir el diagnóstico etiológico, la planificación quirúrgica y el seguimiento evolutivo de la paciente.

## “ISQUEMIA DEL TRONCO ERRANTE”

Unidad Temática: **CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**

RAMOS VELIZ, Edireth Rosanny | ROMANO, Yanesca Victoria

► Hospital Municipal Néstor Carlos Kirchner



### INTRODUCCIÓN

La anomalía del origen del tronco de la arteria coronaria izquierda constituye una entidad infrecuente pero de alta relevancia clínica, si se suma un síndrome coronario agudo, el desenlace puede ser fatal. Los mecanismos fisiopatológicos difieren de la enfermedad aterosclerótica clásica, factores como el origen anómalo y el trayecto intramural contribuyen a la limitación del flujo coronario, favoreciendo la aparición de isquemia crítica. El reconocimiento precoz de esta identidad es fundamental para decidir las estrategias terapéuticas específicas que mejoren la sobrevida del paciente.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de género masculino de 65 años de edad, con factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, tabaquismo (45 paquetes/año), sedentarismo, sexo y edad. Niega antecedentes cardiovasculares y otros antecedentes. Medicación habitual: Losartán 50 mg/día. Cursó internación en unidad coronaria, con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio con elevación del ST, anterolateral, Killip kimball A. Se realizó cinecoronariografía diagnóstica que evidenció arteria coronaria derecha dominante, gran calibre y desarrollo, supera la punta del ventrículo izquierdo

con irregularidades parietales leves difusas, tronco de coronaria izquierda de origen anómalo en el seno coronario derecho, con oclusión trombótica en su tercio proximal. Arteria descendente anterior con lesión en tercio medio y arteria circunfleja sin lesiones angiográficas significativas. Se continuó con angioplastia primaria, implantándole un stent liberador de drogas al tronco de la coronaria izquierda, y en el tercio medio de la descendente anterior con flujo final TIMI III, presentó como intercurencia extrasístoles ventriculares frecuentes durante el procedimiento, se indica antiarrítmicos y seguimiento en Unidad Coronaria. A su ingreso a UCO, paciente con signos clínicos y hemodinámicos de bajo volumen minuto, con requerimiento de drogas inotrópicas positivas, diuréticos y vasodilatadores endovenosos durante 48 horas con buena respuesta. Se decide realizar angiotomografía coronaria para mejor caracterización de la anatomía anómala coronaria. El egreso hospitalario se realizó al quinto día de internación con tratamiento médico óptimo y control por consultorio externo de cardiología. Es importante resaltar que los infartos de arterias coronarias con orígenes anómalos tienen mayor prevalencia de arritmias graves y muerte súbita, la perfusión miocárdica inmediata, evita la progresión de la isquemia y necrosis miocárdica, así como las complicaciones eléctricas y mecánicas asociadas.

## HALLAZGO INCIDENTAL DE ESTRUCTURA CORONARIA PARTICULAR

Unidad Temática: **ECOCARDIOGRAFÍA** · Unidad Temática 2: **MULTI-IMAGEN**

FERNÁNDEZ, Rocío<sup>1</sup> | ALCIVAR NAVARRETE, Gladys Alicia<sup>1</sup> |  
KILLINGER, Gisela Mabel<sup>1</sup> | CERDA, Miguel<sup>2</sup> | RODRIGUEZ CORREA, Carlos A.<sup>1</sup>

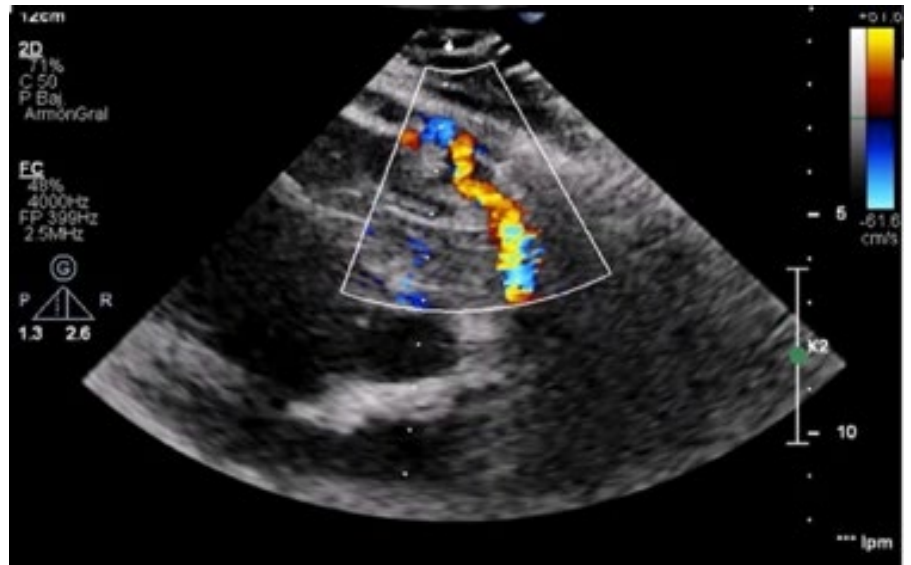
► Centro Diagnóstico Rossi<sup>1</sup>;  
Fundación Favaloro<sup>2</sup>

### INTRODUCCIÓN

Las fístulas coronarias son un hallazgo poco frecuente, de origen congénito o adquirido, generalmente incidental, que consiste en comunicaciones directas entre las arterias coronarias epicárdicas y una cámara cardíaca, los grandes vasos u otra estructura vascular, evitando la red capilar miocárdica. Se las clasifica según su vaso de origen, desembocadura, segmento de origen, características del vaso nativo y tamaño. Para su diagnóstico se propone la modalidad multi-imagen, basada en ultrasonografía, angiotomografía o angiografía en primera instancia, siendo el gold estándar la cinecoronariografía. En cuanto a su tratamiento, está definido por la presencia de signos y síntomas y las características de las fístulas. Puede ser percutáneo o quirúrgico.

### DESCRIPCIÓN

Se presenta una paciente mujer de 74 años, asintomática, realiza actividad física con esfuerzos leve (caminata, yoga). En EcoDoppler cardíaco se observó estructura extracardiaca de aspecto tubuliforme, de recorrido sinuoso, que impresiona originarse a nivel del tronco de la coronaria izquierda, hallazgo compatible con fístula coronaria. Se solicitó Angiotomografía cardíaca con contraste a fin de caracterizar dicha estructura: "La arteria Descendente Anterior (DA) y la arteria Circunfleja (CX) son vasos dilatados y tortuosos en todo su trayecto y distalmente desembocan en la cavidad del ventrículo izquierdo constituyendo fístulas coronarias múltiples. Los trayectos que comunican al VI son pequeños y



numerosos, participando las ramas diagonales de la DA y marginales de la CX. Conclusión: Las fístulas coronarias son un hallazgo infrecuente. Su etiología puede ser congénita o adquirida. La paciente presenta un caso de fístulas múltiples, de origen unilateral a partir de la arteria coronaria izquierda, tanto de la arteria descendente anterior como circunfleja, que drenan en la cavidad del ventrículo izquierdo. Son de tamaño pequeño. En cuanto a las características del vaso nativo, presenta una combinación de dilatación y tortuosidad de las arterias coronarias. Se utilizaron para el diagnóstico la ultrasonografía y angiotomografía, aunque se postula que las imágenes con Doppler color pueden ser suficientes para establecer el diagnóstico en manos experimentadas. Debido a las características anatómicas y su presentación clínica, se decidió tratamiento conservador y seguimiento cardiológico.

## UNA MASA EN TAVI: EL DESAFÍO DE LA CARACTERIZACIÓN MULTIMODAL

Unidad Temática: **MULTI-IMAGEN** · Unidad Temática 2: **ECOCARDIOGRAFÍA**

MONTENEGRO, Micaela | BONELLI, Juan Manuel | ZAFFORA, Daniel Leonardo |  
BOSSO, Mariana | BENITEZ, Sebastián Solano

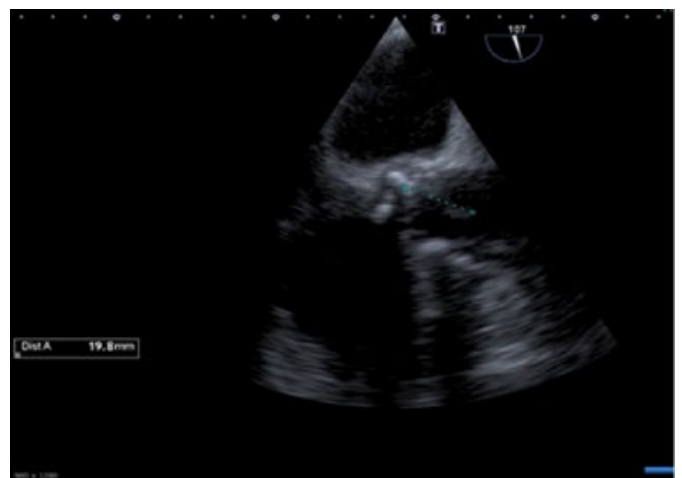
► Hospital Privado  
de Rosario

### INTRODUCCIÓN

El implante valvular aórtico percutáneo (TAVI), se ha consolidado como una estrategia terapéutica de elección en pacientes con estenosis aórtica severa y riesgo quirúrgico elevado. Sin embargo, el aumento en su utilización ha llevado a un incremento en la detección de complicaciones asociadas a la prótesis, entre ellas la presencia de masas valvulares. La identificación y caracterización de estas masas constituye un desafío diagnóstico significativo, dado que el diagnóstico diferencial incluye entidades con implicaciones terapéuticas y pronósticas divergentes, tales como trombosis protésica, endocarditis infecciosa y degeneración estructural valvular. Por ende, la integración de hallazgos clínicos, microbiológicos y de imágenes resulta fundamental para alcanzar un diagnóstico preciso y guiar la conducta terapéutica.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 81 años, con antecedentes de hipertensión, sobrepeso y ex tabaquista, portador de TAVI por estenosis aórtica severa. Presenta además enfermedad coronaria tratada con implante de stent en arteria descendente anterior y un stent desde tronco coronario izquierdo hacia arteria circunfleja. Consulta a nuestra institución por cuadro de 1 mes de evolución caracterizado por fiebre, astenia, mialgias y artralgias generalizadas, agregando en las últimas 24 horas disminución de la sensibilidad en antebrazo y mano izquierda. Al examen físico se encuentra febril, auscultándose un soplo sistólico 2/6 en foco aórtico y ausencia de pulso cubital y radial en miembro superior izquierdo. Los estudios de laboratorio evidencian leucocitosis, reactantes de fase aguda elevados y falla renal aguda. Ante un síndrome febril sin foco evidente, se realiza tomografía de cuello, tórax, abdomen y pelvis, los cuales no arrojaron hallazgos relevantes. Además, se realiza eco-Doppler de miembros superior izquierdo, que informa trombosis de la arteria cubital izquierda, por lo que se inicia enoxaparina. Se obtienen hemocultivos (HC) con desarrollo de *Enterococcus faecalis*, por lo que se inicia tratamiento antibiótico dirigido con Ceftriaxona + Ampicilina. Ante la sospecha de EI se realiza ecocardiograma transesofágico, donde se evidencia masa filamentosa de 20 mm de longitud, móvil, que protruye hacia luz aórtica. Se decide ampliar estudios y se solicita una angiotomografía de aorta gatillada, la cual evidenció imagen hipodensa con proyección y protrusión hacia la porción inicial de la aorta ascendente, que de acuerdo a las características tisulares podría corresponderse a trombosis vs fibrosis valvular no pudiendo descartar la sobreinfección de dicha estructura. Debido a la persistencia del cuadro febril y HC de control positivo, se decide de



forma multidisciplinaria resolución quirúrgica de cuadro, realizando cirugía de reemplazo de válvula aórtica biológica + aortografía y refuerzo con pericardio bovino por EI a válvula protésica (TAVI). Luego de 24 días internación, se decide su alta sanatorial con indicación de internación domiciliaria para completar 6 semanas de antibioticoterapia con Ampicilina + Ceftriaxona endovenoso.

## PLANIFICACIÓN PREQUIRÚRGICA DEL REEMPLAZO VALVULAR PULMONAR MODELADO EN 3D MEDIANTE RECONSTRUCCIÓN DESDE EL FORMATO DICOM DE ESTUDIO TOMOGRÁFICO Y RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR: APLICACIÓN EN CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO CON ANATOMÍA COMPLEJA

Unidad Temática: **CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO**

VERA LÓPEZ, Giselle Romina | BERRA, Ignacio | ZEPPA, Federico Ignacio | ANTONI, Diego | FAVALORO, Roberto Rene

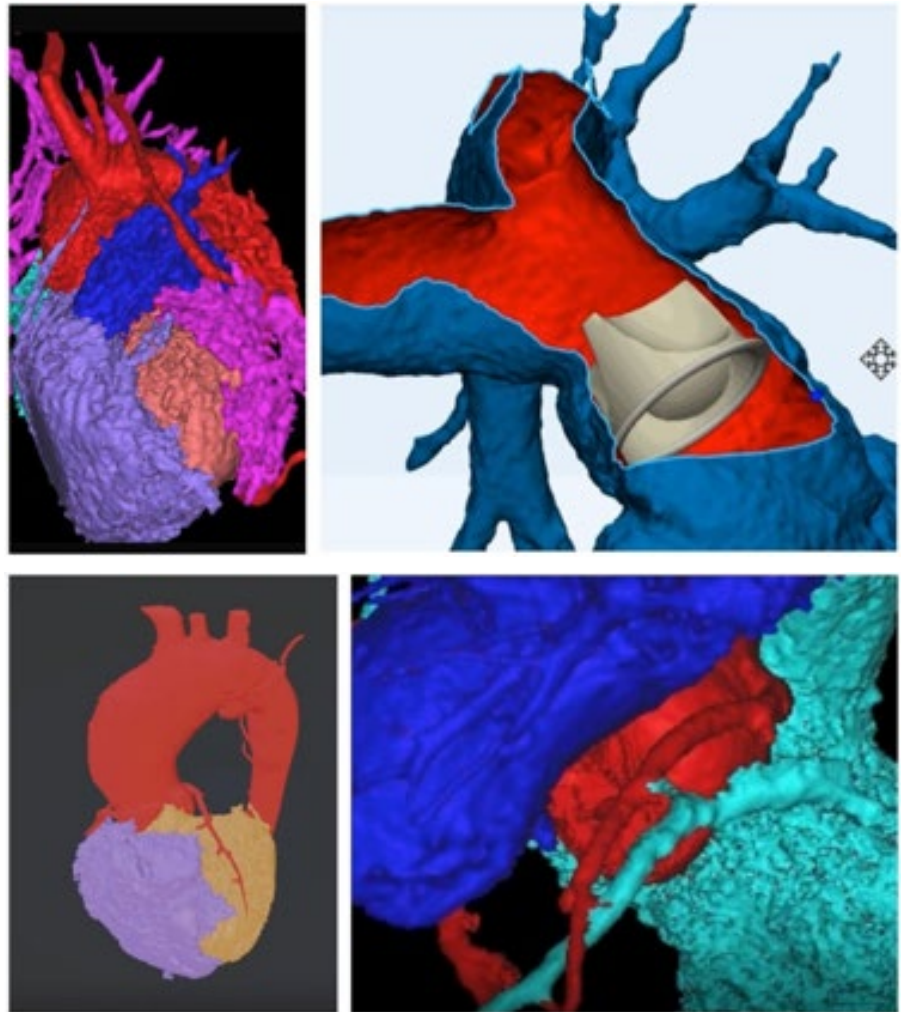
Fundación Favalaro

### INTRODUCCIÓN

La tomografía computarizada (TC) y Resonancia nuclear magnética (RMN) se han consolidado como una herramienta fundamental en la planificación preoperatoria del reemplazo valvular, permitiendo una evaluación anatómica tridimensional precisa y la simulación de diferentes estrategias quirúrgicas. Su utilización facilita la selección protésica, la orientación del implante y la evaluación de la relación con estructuras adyacentes, siendo aplicable a distintas posiciones valvulares.

### DESCRIPCIÓN

Se presenta el caso de un paciente de 19 años con tetralogía de Fallot, situs solitus auricular, D-loop, situs solitus ventricular, corregida previamente con parche transanular a los 6 meses de edad, que evoluciona con disnea clase funcional II-III. Insuficiencia pulmonar severa y dilatación del ventrículo derecho. La RMN evidenció un volumen de fin de diástole del ventrículo derecho (VFDVD) indexado de 177 mL/m<sup>2</sup> y un volumen de fin de sístole (VSFVD) indexado de 102 mL/m<sup>2</sup>, con una fracción de eyección del 43%. El volumen sistólico indexado fue de 75 mL/m<sup>2</sup>. Insuficiencia pulmonar severa por Ecocardiografía doppler. El ventrículo izquierdo presentó volúmenes y función conservados. A partir del análisis imagenológico a partir de la RMN, se realizó una planificación quirúrgica detallada. Se definió la orientación de la prótesis valvular en posición pulmonar con el objetivo de alinear el flujo sanguíneo hacia la bifurcación de las arterias pulmonares, favoreciendo una distribución equilibrada del flujo de sangre hacia los pulmones. Asimismo, se evaluó la relación entre los velos de una prótesis biológica y los ostium de las ramas pulmonares, evitando potenciales obstrucciones o estenosis iatrogénicas. A nivel del anillo pulmonar, se midió la distancia y relación espacial con la arteria coronaria izquierda, permitiendo anticipar el riesgo de compresión o lesión coronaria durante el implante. Adicionalmente, mediante la simulación de distintos tamaños protésicos sobre la anatomía del paciente, se seleccionó



la prótesis más adecuada, optimizando la adaptación anatómica y el rendimiento hemodinámico. Este enfoque basado en TC permitió integrar variables anatómicas y funcionales en la estrategia quirúrgica, mejorando la precisión del procedimiento y reduciendo potenciales complicaciones. En conclusión, la planificación prequirúrgica es un pilar fundamental en el implante de una válvula protésica biológica en posición pulmonar. Al realizar un diseño detallado, en cirugía se traduce a un menor tiempo de clampeo aórtico, se reducen los riesgos de lesión de la coronaria izquierda y se asegura una colocación precisa de una válvula del tamaño adecuado. Esto no solo mejora la seguridad del paciente, sino que también disminuye las complicaciones intraoperatorias, permitiendo un mejor pronóstico y una recuperación más eficiente.

## MASA EN AURÍCULA IZQUIERDA COMO HALLAZGO INCIDENTAL: ¿ES SIEMPRE NECESARIA LA MULTIMODALIDAD?

Unidad Temática: **ECOCARDIOGRAFÍA** · Unidad Temática 2: **CARDIO-ONCOLOGÍA**

DEMARCO, María | REY PRIETO, Lourdes | SALMO, José Fabián

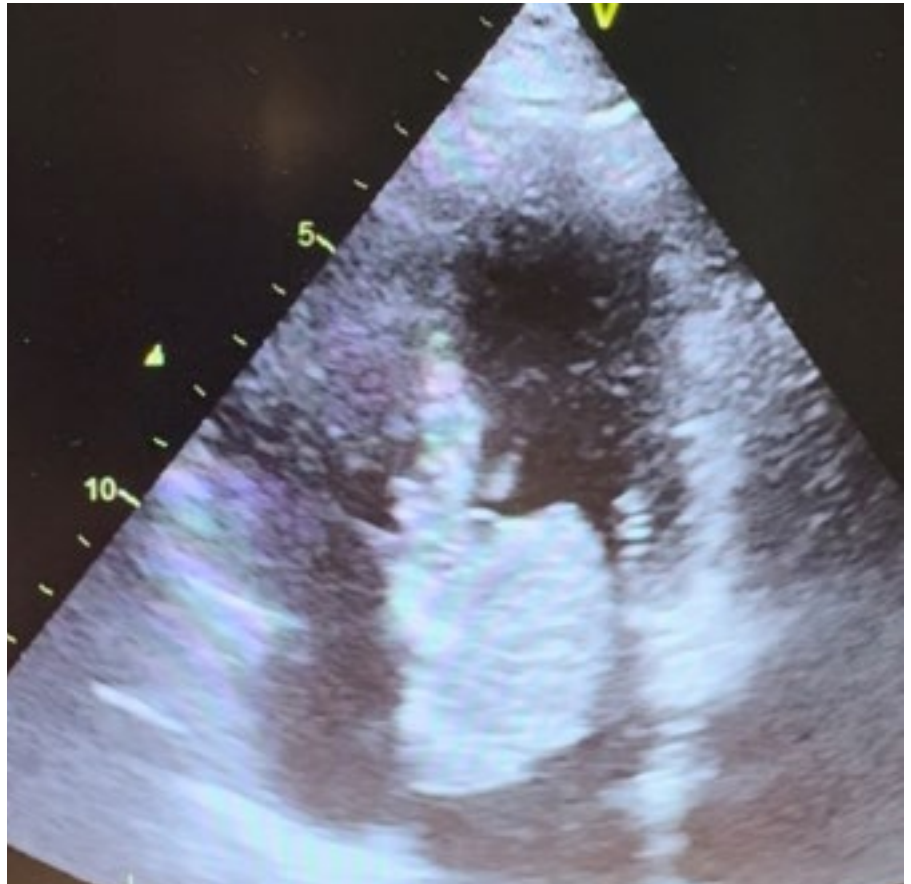
Fundación Favaloro

### INTRODUCCIÓN

El mixoma es el tumor cardíaco primario benigno más frecuente en el adulto. Su presentación clínica es variable y puede incluir síntomas obstructivos, eventos embólicos y manifestaciones constitucionales. El Ecocardiograma constituye el método inicial de elección para su detección, caracterización anatómica y evaluación del compromiso hemodinámico. Mientras que otras técnicas de imagen pueden aportar información complementaria para el diagnóstico diferencial y la planificación terapéutica, en determinados escenarios, la información aportada por el Ecocardiograma puede ser suficiente. A continuación, se presenta el caso de un paciente con hallazgo incidental de masa en aurícula izquierda, destacando el valor del Ecocardiograma en la toma de decisiones.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de 56 años, sexo masculino, con antecedentes de hipertensión arterial y Linfoma Hodgkin ingresa por cuadro de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST-T. Se realiza cinecoronariografía donde se evidencia obstrucción severa en arteria descendente anterior a nivel ostial, arteria circunfleja y coronaria derecha. Dada la extensión de la enfermedad se decide valoración por cirugía cardiovascular para cirugía revascularización miocárdica. En el Ecocardiograma transtorácico se observa función biventricular conservada, sin trastornos segmentarios de la motilidad y como hallazgo se evidencia una masa en aurícula izquierda de 6 x 5 cm, bordes lisos, móvil, con base amplia de implantación en el septum interauricular. La misma no compromete el llenado de la aurícula izquierda ni la válvula mitral. Las características ecocardiográficas (localización, movilidad y morfología homogénea) orientaron al diagnóstico de mixoma auricular izquierdo. Si bien las técnicas de imagen avanzadas pueden aportar mayor caracterización tisular, en este caso la evaluación ecocardiográfica fue suficiente para orientar el diagnóstico y definir la conducta, sin requerir estudios adicionales. Dado el potencial riesgo embólico y obstructivo, se



indicó resolución quirúrgica. Se realizó cirugía combinada: revascularización miocárdica asociada a resección de tumoración en aurícula izquierda. En el postoperatorio requirió vasopresores e inotrópicos a bajas dosis con adecuada tolerancia tras su suspensión. La anatomía patológica informó células de disposición aislada, en pequeños cordones y en estructuras pseudovasculares. A nivel de la base de implantación (margen quirúrgico) se identifica miocardio con sustitución adiposa. Ausencia de neoplasia, necrosis tumoral y figuras de mitosis. Hallazgos compatibles con mixoma auricular izquierdo. Si bien las técnicas de imagen avanzadas pueden aportar información adicional, en este caso la caracterización ecocardiográfica fue suficiente para orientar el diagnóstico y definir conducta quirúrgica, sin requerir otros estudios complementarios. De esta manera se evitan demoras en el tratamiento dada su potencial asociación con complicaciones embólicas y obstructivas.

## ENDOCARDITIS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN TETRALOGÍA DE FALLOT CORREGIDA: COMPROMISO MULTIVALVULAR CON AFECTACIÓN PROTÉSICA PULMONAR Y NATIVA

Unidad Temática: **CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO** · U.T. 2: **ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA**

LAVITOLA, Narella Soledad | PUENTE, Luciana Jimena | GONDA, María Fernanda | NAPOLI LLOBERA, Mariano Ezequiel | BALLETTI, Lorena Romina

Hospital de Agudos  
Dr Cosme Argerich

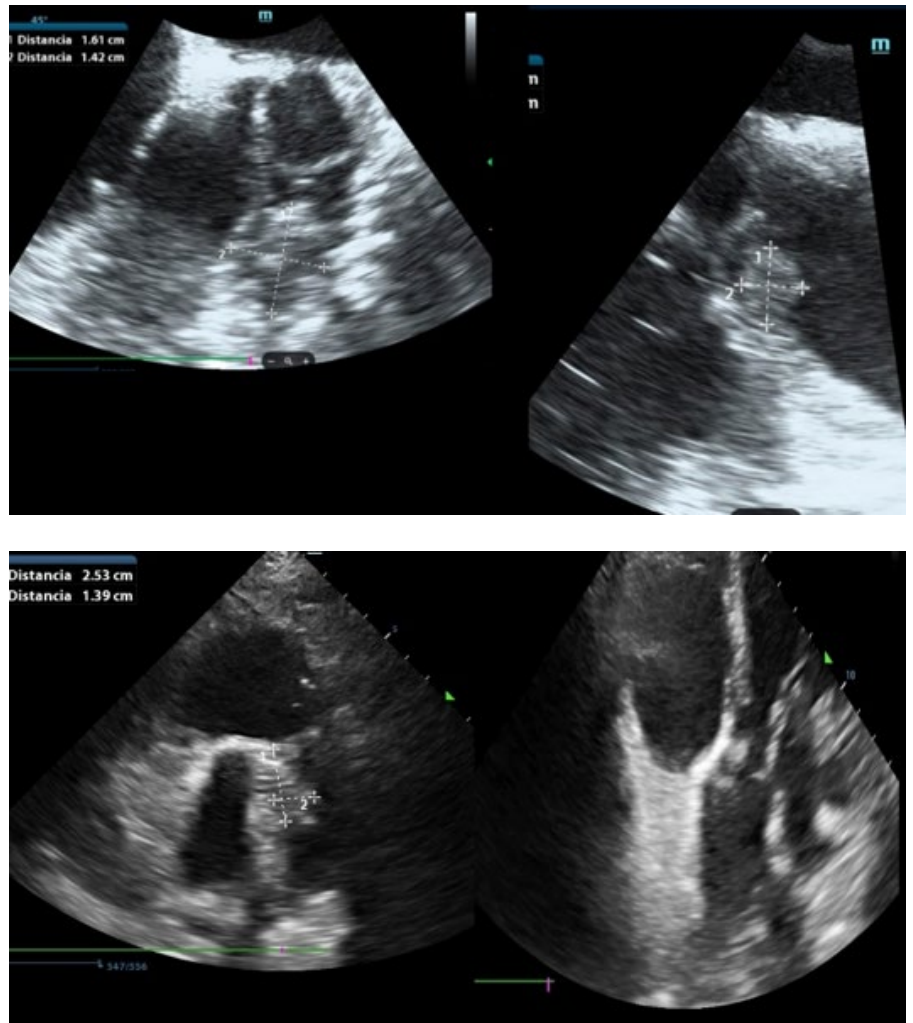
### INTRODUCCIÓN

La endocarditis infecciosa (EI) en pacientes con cardiopatías congénitas y válvulas pulmonares bioprotésicas representa una entidad de elevada complejidad clínica, asociada a significativa morbilidad y mortalidad. La incidencia de complicaciones y mortalidad (5–15%) se incrementa en presencia de *Staphylococcus aureus*, disfunción ventricular derecha y retraso diagnóstico, factores vinculados a peor evolución clínica. En este contexto, la ecocardiografía –transtorácica y, fundamentalmente, transesofágica– constituye la herramienta de primera línea para el diagnóstico de EI protésica, permitiendo no solo la detección de vegetaciones y complicaciones perivalvulares, sino también la evaluación integral del impacto hemodinámico. Su rol resulta central en la estratificación de riesgo y en la toma de decisiones terapéuticas, particularmente en escenarios de compromiso multivalvular y anatomía compleja como la tetralogía de Fallot corregida.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 36 años con antecedentes de tetralogía de Fallot corregida en la infancia (cierre de comunicación interventricular, cierre de ductus arterioso y corrección de estenosis pulmonar), con posterior implante de prótesis endovascular pulmonar. Ingresó a Unidad de Terapia Intensiva por shock séptico secundario a endocarditis infecciosa bivalvular (aórtica y pulmonar) por *Staphylococcus aureus*. El ecocardiograma evidencia, a nivel de la prótesis endovascular pulmonar, una imagen ecogénica adherida al anillo que se extiende hacia el tronco pulmonar proximal, de bordes irregulares y movilidad independiente, de hasta 26 × 14 mm, compatible con vegetación, sin incremento significativo de gradientes transprotésicos. A su vez, a nivel de la válvula aórtica, se identifica imagen ecogénica móvil subaórtica de aproximad-

amente 7–8 mm, también sugestiva de vegetación, asociada a insuficiencia aórtica severa, con reflujo holodiastólico en aorta abdominal. También, se identifica insuficiencia mitral moderada e insuficiencia tricuspídea moderada a severa. El ventrículo izquierdo presenta diámetros conservados, sin trastornos segmentarios de la contractilidad y función sistólica levemente deprimida; mientras que el ventrículo derecho se encuentra dilatado, con hipertrofia parietal y deterioro de la función sistólica. Posteriormente, presenta paro cardiorrespiratorio secundario a tromboembolismo pulmonar en contexto de impacto séptico pulmonar.



## TETRALOGÍA DE FALLOT ASOCIADA A COR TRIARIATUM, A PROPÓSITO DE UN CASO

Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA**

VAZQUEZ, Carlos Alberto | DIEZ MORI, Fernando Andrés | VITAVER, Alan |  
MEDINA, María Juliana | MOURATIAN, Diana Mariela

► Hospital Garrahan

### INTRODUCCIÓN

La Tetralogía de Fallot (TOF) es la cardiopatía congénita cianótica más frecuente. Sin embargo, su asociación con el Cor Triatriatum (CT) es extremadamente rara. El CT suele diagnosticarse por la obstrucción al retorno venoso pulmonar, pero en formas no obstructivas puede pasar desapercibido en el ecocardiograma inicial, representando un desafío diagnóstico y quirúrgico.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 19 días de vida, nacida de término con peso adecuado, con diagnóstico de TOF. Al ingreso, se encontraba estable, sin cianosis ni signos de insuficiencia cardíaca. El ecocardiograma Doppler color reveló los hallazgos característicos de la TOF. Debido a que se observó estenosis de ambas ramas pulmonares, se realizó una angiotomografía cardíaca. Allí se observó la presencia de una membrana intraauricular incompleta en la aurícula izquierda compatible con Cor Triatriatum no obstructivo y estenosis en el origen de ambas ramas pulmonares. Basándose en esta caracterización anatómica integral, se procedió a la corrección quirúrgica total mediante la resección de la membrana del Cor Triatriatum, y la reparación de la TOF con apertura del anillo pulmonar, el tronco y ambas ramas, efectuando una ampliación transanular con extensión hacia las arterias pulmonares en forma



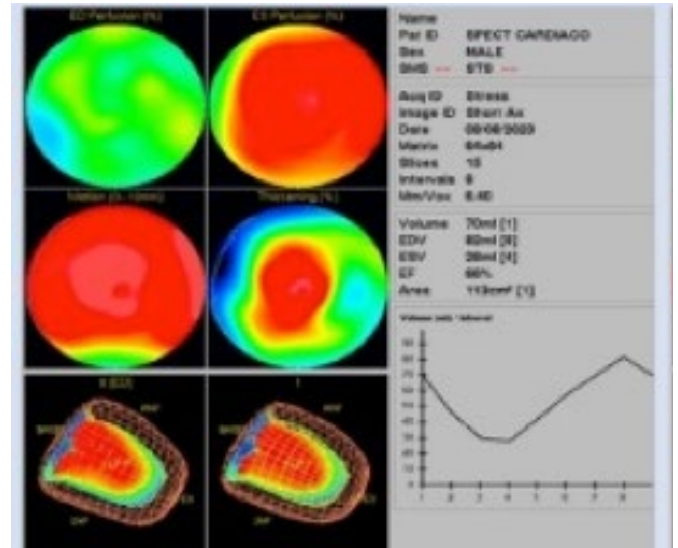
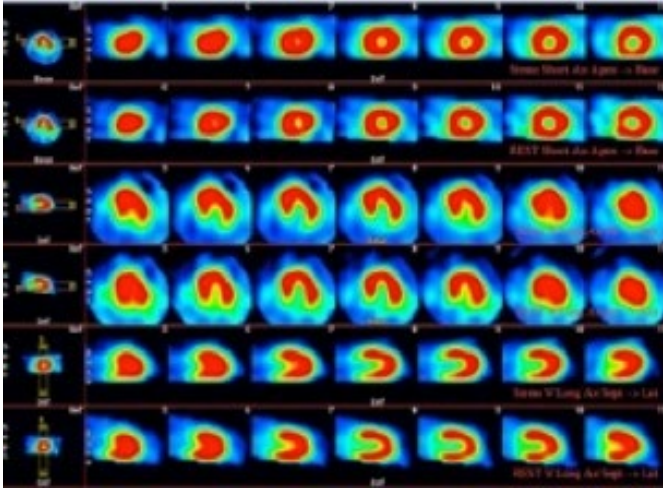
de "T". Este caso clínico subraya la importancia crítica de la angiotomografía multidetector como complemento de la ecocardiografía en la evaluación preoperatoria de cardiopatías congénitas complejas. La capacidad de la TC para proporcionar una visión espacial detallada permitió el diagnóstico incidental de una membrana de Cor Triatriatum y la caracterización precisa de las estenosis en las ramas pulmonares. La identificación prequirúrgica de estos hallazgos permitió realizar una reparación completa y exitosa en un solo tiempo quirúrgico, optimizando los resultados postoperatorios y minimizando el riesgo de reintervenciones futuras.

## DOLOR PRECORDIAL Y ORIGEN ANÓMALO DEL TCI: EVALUACIÓN MULTIMODAL CON ANGIO-TC Y SPECT PARA LA VALORACIÓN DE ISQUEMIA

Unidad Temática: **CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO** · Unidad Temática 2: **CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**

CHAMUT, María Lucía<sup>1</sup> | BONELLI, Juan Manuel<sup>1</sup> | WEIHMULLER, Juan Sebastián<sup>2</sup>

► Hospital Privado de Rosario<sup>1</sup>;  
Diagnos Imágenes Médicas<sup>2</sup>

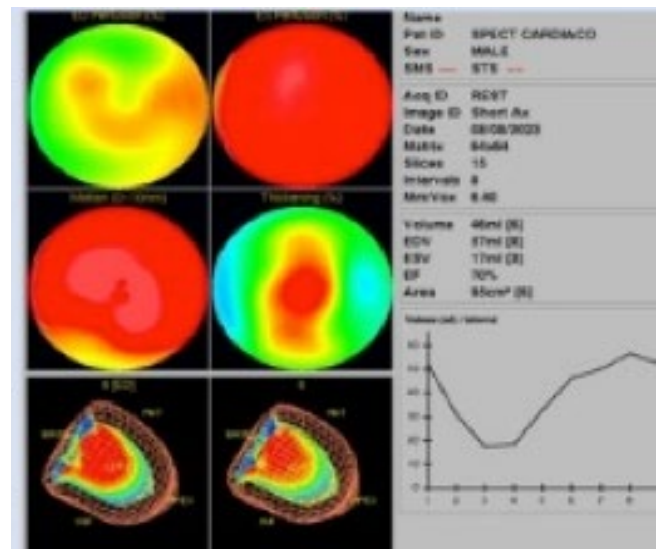


### INTRODUCCIÓN

Las anomalías congénitas de las arterias coronarias constituyen una entidad poco frecuente, con una prevalencia estimada menor al 1% en la población general. Su relevancia clínica radica en la amplia heterogeneidad de presentaciones, que van desde hallazgos incidentales hasta asociación con isquemia miocárdica y muerte súbita.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 42 años de edad. Factores de riesgo cardiovasculares: obesidad y tabaquismo. Sin antecedentes cardiovasculares propios. Hermano fallecido a los 35 años por cardiopatía con múltiples intervenciones durante su infancia (desconoce cuál). Ingresa a UCO por cuadro de dolor precordial opresivo CF IV asociado a diaforesis de 6 hs de evolución, intensidad 8/10. Al examen físico se encuentra hipertenso. Sin signos clínicos de ICC. ECG de ingreso con trastorno de conducción de rama derecha y alteraciones de la repolarización. Troponina I ultrasensible negativa. Ecocardiograma con FEV conservada sin trastornos de la motilidad. Se inicia NTG con mejoría de sintomatología. Scores HEART - TIMI - GRACE de bajo riesgo. Se realiza angioTC coronaria que informa TCI con anomalía en origen y trayecto a partir de un tronco común con la ACD del seno coronario derecho. Dicha anomalía coronaria presenta un trayecto trans-septal con



presencia de trayecto intramiocárdico de profundidad intermedia y larga. Asociado a ateromatosis de grado leve. Se realiza posteriormente SPECT para valoración de isquemia, la cual informa leve y pequeña isquemia inferolaterobasal. Se decide conducta expectante con seguimiento clínico y tratamiento médico óptimo. Evoluciona al día de la fecha favorablemente, asintomático.

## ENDOCARDITIS DE LIBMAN-SACKS SOBRE VÁLVULA AÓRTICA NATIVA

Unidad Temática: **ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA** · Unidad Temática 2: **ECOCARDIOGRAFÍA**

LEQUINI, Nahia | RAMOS MALCUORI, Camila | LOZA ROSSI, Gimena |  
RODRIGUEZ, Leticia | TABO, Julia

► Unidad Académica Cardiología- Hospital  
de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"



Figura 1. Ecocardiograma transtorácico. Masa hiperecogénica adherida al velo coronario izquierdo de válvula aórtica compatible con vegetación (flecha roja) vista en enfoque paraesternal largo (A), paraesternal corto (B) y apical 5 cámaras (C).

### INTRODUCCIÓN

La endocarditis de Libman-Sacks es una entidad poco frecuente, que se presenta en pacientes con factores predisponentes como LES y SAF. Su patogénesis está explicada por actividad inflamatoria y trombótica mediada por autoinmunidad. Si bien la mayoría de los casos son asintomáticos, los fenómenos embólicos son su forma de presentación más frecuente. Se caracteriza por un compromiso predominante de las válvulas izquierdas, principalmente de la válvula mitral. El ecocardiograma transtorácico permite confirmar el diagnóstico, aunque el transesofágico presenta mayor sensibilidad y especificidad y brinda mejor caracterización de las vegetaciones. El tratamiento de la causa subyacente es fundamental para prevenir la recurrencia y algunos casos pueden requerir cirugía cardíaca. Se presenta el caso de un paciente joven con LES que presenta un ACV isquémico, encontrándose como hallazgo etiológico una masa sobre válvula aórtica nativa compatible con endocarditis de Libman-Sacks.

### DESCRIPCIÓN

Sexo masculino 24 años, con diagnóstico de LES de 4 años de evolución. Actualmente ERC estadio 5, en terapia de sustitución renal por técnica de diálisis peritoneal. En los 2 meses previos presentó actividad lúpica severa con compromiso multisistémico, con buena respuesta al tratamiento inmunosupresor. Consulta por diplopía y mareos, se constata oftalmoplejía internuclear izquierda acompañado de nistagmo y elementos de síndrome piramidal. Sin registros febriles ni clínica infecciosa asociada. A la exploración física en apirexia y examen cardiovascular normal. Se realiza RNM cráneo que informa infarto agudo en hemisferio cerebeloso derecho y mesencefálico izquierdo. Se inicia prevención secundaria con clopidogrel, estatinas y tromboprolifaxis. Se realiza ETT que evidencia HVI concéntrica severa, FEVI conservada, AI moderadamente dilatada. Se destaca sobre válvula aórtica nativa, una masa móvil hiperecogénica adherida a la cara ventricular del velo coro-

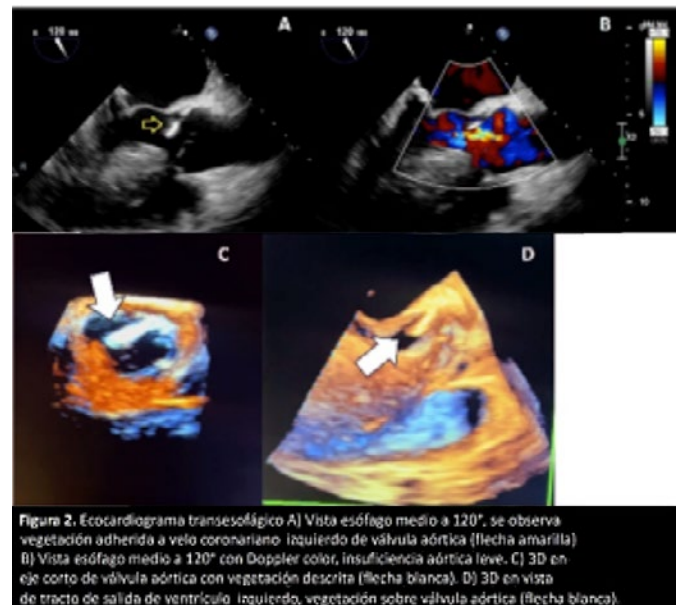


Figura 2. Ecocardiograma transesofágico A) Vista esófago medio a 120°, se observa vegetación adherida a velo coronario izquierdo de válvula aórtica (flecha amarilla). B) Vista esófago medio a 120° con Doppler color, insuficiencia aórtica leve. C) 3D en eje corto de válvula aórtica con vegetación descrita (flecha blanca). D) 3D en vista de tracto de salida de ventrículo izquierdo, vegetación sobre válvula aórtica (flecha blanca).

nario izquierdo de 14x5 mm (Figura 1). Se confirma con ETE 2D y 3D (Figura 2) la presencia de la masa descrita siendo compatible con vegetación, asociando mínima insuficiencia aórtica. Fibrosa mitroaórtica de aspecto normal, sin compromiso de otras válvulas cardíacas. De la paraclínica sanguínea se destacan hemocultivos x2 negativos, sin leucocitosis. Dado el antecedente reciente de actividad lúpica severa, ausencia de clínica infecciosa y cultivos negativos, en equipo multidisciplinario se plantea endocarditis de Libman-Sacks sobre válvula aórtica nativa, complicada con ACV isquémico de mecanismo embólico. Se coordina para cirugía cardíaca con el objetivo de prevenir nuevas embolias. Se realiza cirugía cardíaca con CEC, en la exploración se aspira la masa desde su base, por lo que no es posible enviar material para análisis. Se comprueba correcto funcionamiento valvular, sin insuficiencia. Se traslada a UCI, presentando buena evolución en el postoperatorio con alta a sala de cuidados moderados a las 72 hs de la cirugía.

## “DEHISCENCIA DE PARCHE DE CIA, DIAGNÓSTICO CON MULTIIMAGEN”

Unidad Temática: **CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO** · Unidad Temática 2: **MULTI-IMAGEN**

KATIB, María Cristina | HUBELY, Yamila Ailen | POMERAANTZ, Eugenia |  
BANCO AVILA, Pamela Alejandra | RICAPITO, María de La Paz

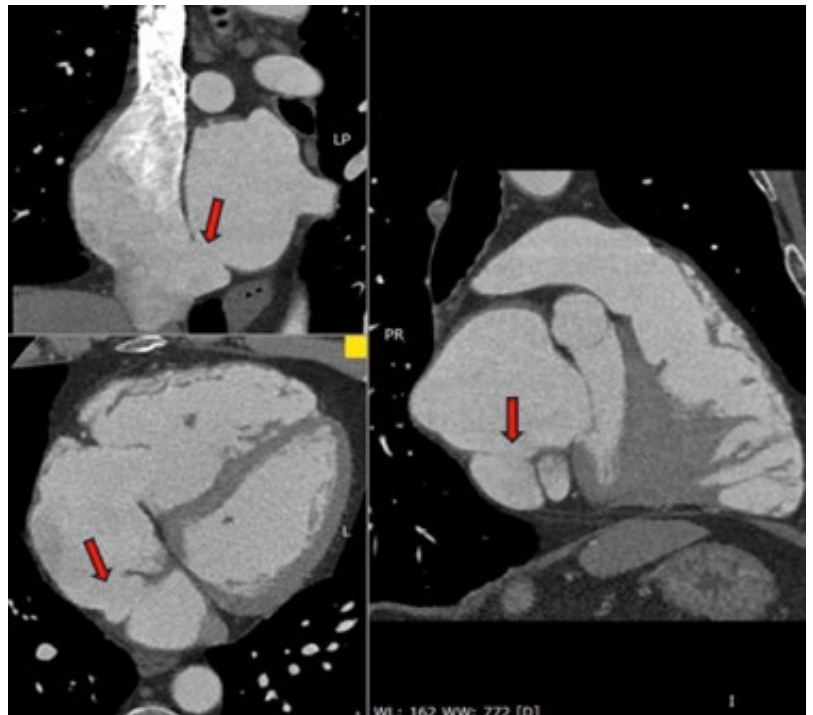
▶ Sanatorio Anchorena  
Recoleta

### INTRODUCCIÓN

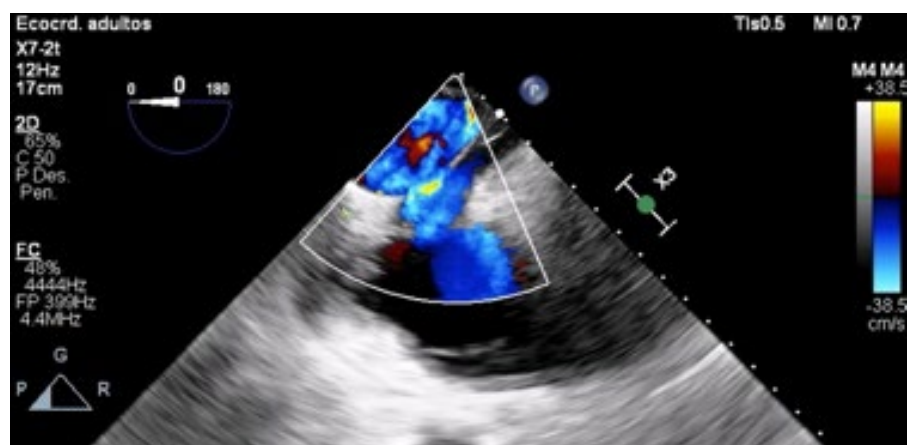
La comunicación interauricular (CIA) es una de las cardiopatías congénitas más frecuentes, por lo que se puede ver su evolución en los pacientes adultos. La cirugía es una técnica segura y con muy buenos resultados. La dehiscencia del parche quirúrgico es una complicación infrecuente, que se puede observar en 1,7% de los casos. Generalmente el diagnóstico se realiza a través de la ecocardiografía transtorácica, pero cuando es difícil de detectar el shunt por éste método, hay que continuar con técnicas avanzadas. El rol de la multiimagen en estos pacientes es fundamental para evaluar el diagnóstico, la anatomía y la evaluación terapéutica.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de 63 años de edad con FRC EXTbQ, DLP. Antecedentes cardiovasculares: cierre quirúrgico de CIA 1990, FAARV 2016, AAARV 2025, ablación de istmo-cavotricusípideo 2025. Hipotiroidismo secundario a amiodarona, con regular seguimiento por abandono de medicación. Tratamiento médico: Bisoprolol, Amiodarona, Rivaroxaban, Levotiroxina. Se encontraba en seguimiento por consultorios externos de cardiología y en los últimos estudios del año 2025 se observó incremento del tamaño de las cavidades derechas, en comparación a los estudios previos, asociado a episodios intermitentes de arritmias auriculares, por lo que se indica resonancia magnética cardíaca como Gold estándar para valoración de función sistólica y diámetros del ventrículo derecho. Informe Resonancia: dehiscencia del parche a nivel del septum interauricular. ETE: parche a nivel del tabique interauricular (antecedente quirúrgico), con dehiscencia a nivel infero-posterior, en relación a la vena cava inferior (máximo tamaño del defecto de 1.8 cm) con pasaje de flujo predominantemente de izquierda a derecha. Sin bordes suficientes a nivel posterior ni infero-posterior (VCI). VD dilatado con función sistólica conservada. Dilatación biauricular. Insuficiencia Tricúspide moderada sin HTP. Se solicita angiotomografía para evaluar arterias coronarias. AngioTC:



Antecedente de cierre quirúrgico de CIA con parche que presenta dehiscencia a nivel posterior generando una comunicación interauricular similar al seno venoso tipo vena cava inferior. Los diámetros aproximados del orificio son de 17 x 20 mm. Dilatación de ambas aurículas y del ventrículo derecho. Coronario: sin lesiones significativas. Se evalúa en Heart Team y se decide resolución quirúrgica.



## ARTERITIS DE TAKAYASU EN PACIENTE ADOLESCENTE. EVOLUCIÓN TÓRPIDA A ENFERMEDAD CORONARIA MULTIVASO

Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA** · Unidad Temática 2: **MULTI-IMAGEN**

GRANDE JIMENEZ, Rosmery Margarita | MENDIZABAL ARCE, Damar Michelle | HIDALGO, Priscila Joel | CASTELLANOS, María Cecilia | ALDERETE, Juan Rodrigo

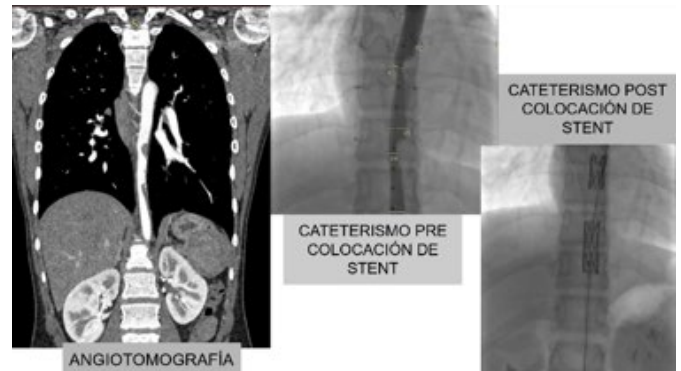
► Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas

### INTRODUCCIÓN

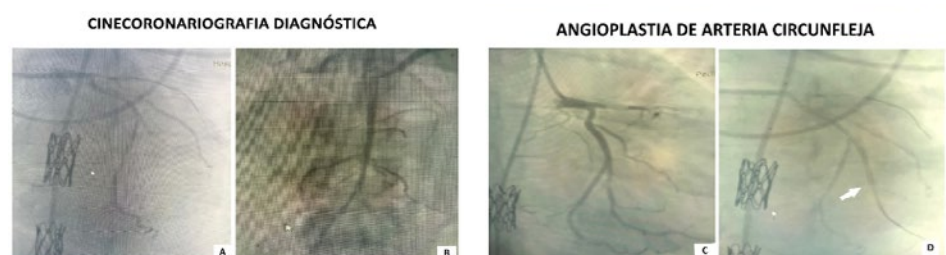
La arteritis de Takayasu es una vasculitis inflamatoria crónica que compromete principalmente la aorta y sus ramas principales, generando estenosis, aneurismas y fenómenos trombóticos. La evaluación multimodal por imágenes permite definir extensión, actividad inflamatoria y complicaciones vasculares, siendo clave para la toma de decisiones terapéuticas. El compromiso coronario es infrecuente, pero constituye una de las manifestaciones más graves, asociada a elevada morbimortalidad. En este contexto, la estrategia de revascularización resulta crítica, recomendándose su realización preferentemente en fases de remisión reduciendo el riesgo de reestenosis. Se ha descrito la asociación entre tuberculosis y vasculitis de grandes vasos, aunque su relación patogénica sigue siendo objeto de debate. La falta de adherencia al tratamiento inmunomodulador puede condicionar progresión acelerada y peor pronóstico. Presentamos el caso de una adolescente con vasculitis de grandes vasos y enfermedad coronaria multivaso de evolución fatal.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 11 años con antecedente de válvula aórtica bicúspide con estenosis moderada, que consulta por dolor abdominal. Se interna para estudio tras hallazgo ecográfico de masa abdominal. Durante las internaciones se realizaron múltiples estudios de laboratorio y por imágenes, con laboratorio reumatológico normal. El ecocardiograma evidenció patología valvular aórtica sin cambios y disminución del calibre de la aorta abdominal. La angiografía mostró lesiones estenóticas segmentarias de la aorta toracoabdominal (Foto 1). La tomografía axial evidenció alteraciones esplénicas compatibles con infarto previo y, en mediastino anterior, múltiples ganglios mediastínicos retrocava, pretraqueales y subcarinales aumentados de tamaño, parcialmente calcificados. La angiorresonancia cerebral reveló aneurisma fusiforme de la arteria cerebral anterior. El PET no evidenció captación patológica a nivel de grandes vasos y se identifica adenopatía supraclavicular hipercaptante, cuya biopsia informó adenitis granulomatosa con cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. Se interpretó inicialmente como vasculopatía secundaria a proceso inflamatorio por tuberculosis, inició tratamiento específico y anticoagulación. En la evolución persistió con episodios de dolor abdominal severo, considerándose hipoperfusión visceral



secundaria a la vasculopatía aórtica. Se realizó angioplastia e implante de stents en aorta torácica descendente, con mejoría clínica (Foto 1). Durante la segunda fase del tratamiento para TBC presentó accidente cerebrovascular isquémico en territorio de arteria cerebral anterior y media, siendo evaluada y tratada por neurointervencionismo. Ante la evolución tórpida y progresiva, con nuevas complicaciones vasculares, se asumió vasculitis de grandes vasos compatible con arteritis de Takayasu, iniciándose corticoterapia e inmunomodulación. La paciente presentó mala adherencia al tratamiento y seguimiento irregular. A los 15 años consultó por episodio de dolor precordial, diagnosticándose síndrome coronario agudo. La cinecoronariografía evidenció enfermedad coronaria severa multivaso, con oclusión proximal de coronaria derecha y de segmento proximal y medio de descendente anterior, con desarrollo de circulación colateral proveniente de la arteria circunfleja, que además en su segunda rama lateroventricular segmento proximal presenta lesión concéntrica severa (Foto 2). En una primera instancia se decidió posponer tratamiento invasivo por alto riesgo y anatomía desfavorable, con discusión multidisciplinaria. Posteriormente presentó recurrencia de evento isquémicos, por lo que se realizó angioplastia, observándose lesión severa en el segmento proximal de la arteria circunfleja, decidiendo implante de stent con liberador de droga en dicha área (Foto 2). Evolucionó con arritmias ventriculares malignas y falleció a las 48 horas del procedimiento.



## FÍSTULA DE ARTERIA CORONARIA DERECHA A AURÍCULA DERECHA ASOCIADA A ANEURISMA E INFARTO DE MIOCARDIO: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA

Unidad Temática: **CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**

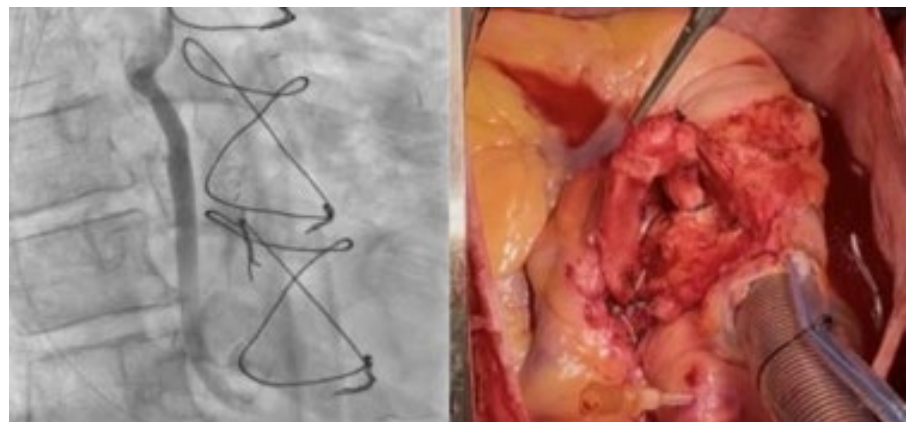
PARRA, Micaela | AUDIL, Vanesa Del Valle | VERA LÓPEZ, Giselle Romina

► Fundación Favaloro



### INTRODUCCIÓN

Las fístulas coronarias son anomalías poco frecuentes, con una incidencia de 0,1-0,2% en angiografías coronarias. La arteria coronaria derecha es el origen más frecuente, con drenaje habitual en cavidades derechas. Las fístulas de gran tamaño pueden asociarse a dilatación aneurismática, robo coronario e isquemia miocárdica. El tratamiento puede ser percutáneo o quirúrgico, dependiendo de la anatomía y complejidad.



### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 64 años con antecedentes de cáncer de tiroides tratado mediante tiroidectomía total y diabetes mellitus tipo 2 insulino dependiente. En seguimiento por fístula coronaria de arteria coronaria derecha a aurícula derecha, asociada a aneurisma. Se realizaron dos intentos de cierre percutáneo, ambos fallidos. Actualmente intercorre con infarto agudo de miocardio, por lo que se decide resolución quirúrgica. Se realiza cirugía bajo circulación extracorpórea y clampeo aórtico. Se efectúa exclusión de la fístula mediante ligadura proximal y distal a nivel de la arteria coronaria derecha, sin apertura del aneurisma. Se asocia revascularización miocárdica con arteria mamaria interna izquierda a descendente anterior y puentes venosos a circunfleja y coronaria derecha. En el postoperatorio inmediato, el paciente presentó supradesnivel del segmento ST en derivaciones V1-V2, asocia-

do a episodios de taquicardia ventricular que requirieron desfibrilación eléctrica. Evolucionó con inestabilidad hemodinámica, requiriendo soporte vasopresor y colocación de balón de contrapulsación intraaórtico. Se realizó cinecoronariografía de urgencia, evidenciando permeabilidad de los injertos y adecuado flujo distal, observándose exclusión total de la fístula, interpretándose el cuadro como vasoespasmó coronario. Posteriormente, presentó evolución favorable, sin recurrencia de arritmias, con retiro progresivo del soporte y alta hospitalaria al sexto día. Las fístulas coronarias complejas asociadas a aneurismas representan un desafío terapéutico significativo. En casos de anatomía desfavorable o fracaso del tratamiento percutáneo, la cirugía permite la exclusión efectiva de la fístula y la revascularización miocárdica concomitante, constituyendo una estrategia segura y definitiva.

## PSEUDOANEURISMA VENTRICULAR IZQUIERDO: APORTE DE LAS MULTIMAGENES

Unidad Temática: **CARDIOPATÍA ISQUÉMICA** · Unidad Temática 2: **MULTI-IMAGEN**

OTERO, Rosario | RIZZARDI, Francisco | PIOVANO, María Victoria |  
MELCHIORI, Renzo Eduardo | BARATTA, Sergio Juan

► Hospital Universitario  
Austral

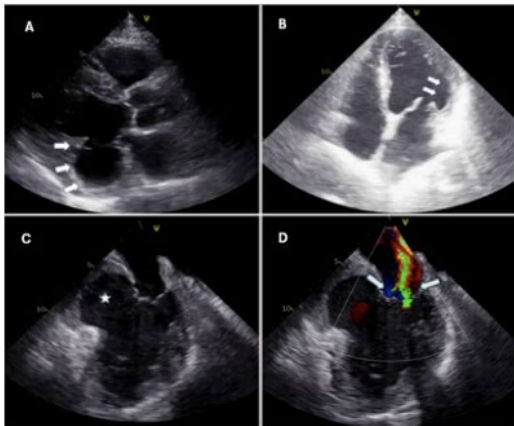


Figura (1) Ecografía transtorácica [A-B] Vista paraesternal eje largo y de cuatro cámaras, respectivamente, que muestran lesión sacular en la región inferoposterior. Ecografía transesofágica [C-D] La imagen C muestra el cuello ancho de la lesión sacular. La imagen D muestra regurgitación mitral.

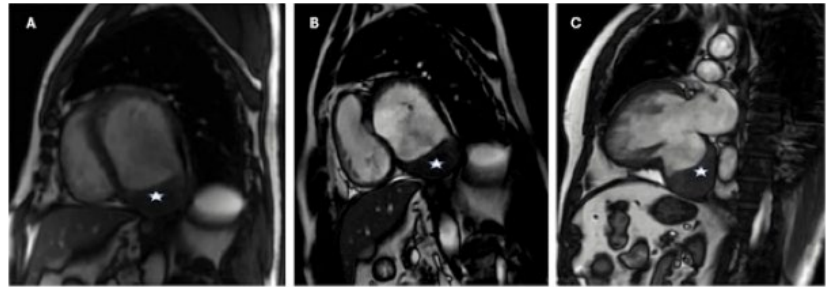


Figura (2) A-B-C: imagen compatible con pseudoaneurisma basal inferior, que presenta una abertura de 31 mm, una distancia anteroposterior de 64 mm y un eje mayor de 72 mm. Se observa un trombo de 53 x 36 mm en su interior.

### INTRODUCCIÓN

El pseudoaneurisma ventricular izquierdo es una complicación infrecuente pero potencialmente letal del infarto agudo de miocardio. A diferencia del aneurisma verdadero, carece de las tres capas de la pared miocárdica y se encuentra contenido por pericardio y tejido fibroso, lo que determina un elevado riesgo de ruptura. Su reconocimiento precoz es fundamental, ya que requiere resolución quirúrgica oportuna. En este contexto, las técnicas de imágenes cardiovasculares cumplen un rol central tanto en el diagnóstico diferencial como en la planificación terapéutica. Se presenta un caso de pseudoaneurisma inferoposterior del ventrículo izquierdo diagnosticado mediante ecocardiografía y resonancia magnética cardíaca.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de 72 años, tabaquista de 45 paquetes/año, con sobrepeso, derivado para evaluación de cardiopatía isquémica con enfermedad coronaria severa del tronco coronario izquierdo y enfermedad de múltiples vasos, con indicación de revascularización quirúrgica. Como antecedente de relevancia, refirió episodio de dolor precordial opresivo en reposo dos meses antes de la consulta, de dos días de duración, sin haber solicitado asistencia médica. Posteriormente presentó episodios recurrentes de angina intermitente y disnea en clase funcional II-III. Al ingreso se encontraba lúcido y hemodinámicamente estable, con TA 110/70 mmHg, FC 95 lpm y saturación de oxígeno de 96%. Al examen físico presentaba soplo holosistólico en foco mitral, ruidos cardíacos hipofonéticos, tercer ruido de baja intensidad, rales crepitantes bibasales, edemas periféricos e ingurgitación yugular. En laboratorio se constató proBNP de 3041 pg/ml y troponina I ultrasensible de 540 ng/dl. El electrocardiograma mostró ritmo sinusal con ondas Q patológicas

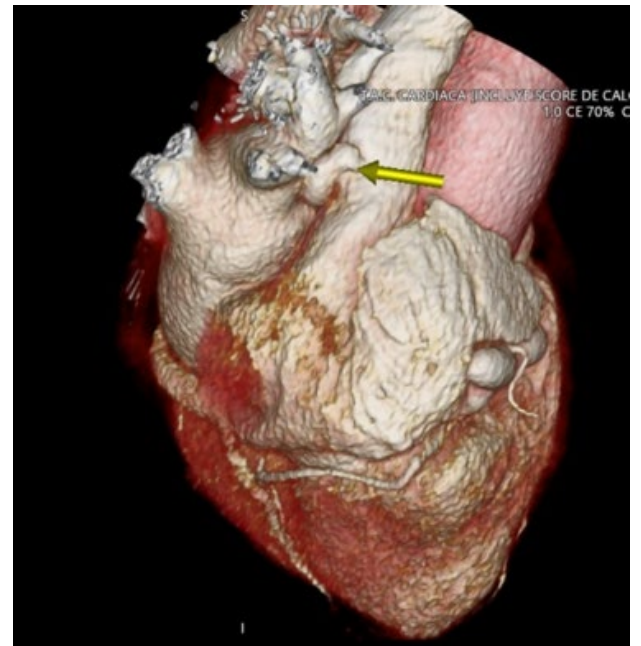
en cara inferior. El ecocardiograma evidenció dilatación ventricular izquierda, deterioro severo de la función sistólica con fracción de eyección del 25% y aquinesia inferoposterior medial/basal. Se observó además una imagen sacular en la región inferoposterior basal y medial compatible con aneurisma o pseudoaneurisma. El estudio Doppler color demostró insuficiencia mitral moderada a severa, con jet central, área de orificio regurgitante de 0,4 cm<sup>2</sup>, volumen regurgitante de 65 ml y vena contracta de 0,71 cm, interpretada como secundaria a dilatación ventricular y tethering por infarto extenso, sin compromiso de músculos papilares. Se realizó cateterismo derecho, que mostró índice cardíaco de 2,4 l/min/m<sup>2</sup> y presión capilar pulmonar de 16 mmHg. Con el objetivo de caracterizar la lesión aneurismática se efectuó resonancia magnética cardíaca, que confirmó la presencia de pseudoaneurisma ventricular izquierdo: adelgazamiento parietal marcado, signo de discontinuidad miocárdica, realce tardío pericárdico y relación cuello/diámetro máximo menor de 0,5, hallazgos compatibles con pseudoaneurisma. También permitió identificar contenido hemático/trombótico en su interior y definir con mayor precisión la anatomía de la lesión. Con estos hallazgos se decidió tratamiento quirúrgico. En el ecocardiograma transesofágico intraoperatorio se confirmó pseudoaneurisma de cara inferoposterior del ventrículo izquierdo con cuello de 44 mm e insuficiencia mitral moderada a severa. Se realizó cirugía de revascularización miocárdica y ventriculoplastia. En el control ecocardiográfico transesofágico posterior se observó corrección de la lesión y disminución de la insuficiencia mitral. Durante el procedimiento presentó shock mixto con requerimiento de soporte vasoactivo con noradrenalina, vasopresina y dobutamina, con recuperación hemodinámica posterior y evolución clínica favorable. El caso resalta el valor de la multimodalidad en imágenes cardiovasculares. La ecocardiografía permitió la sospecha diagnóstica inicial y la valoración funcional, mientras que la resonancia magnética cardíaca aportó caracterización anatómica y tisular precisa, fundamentales para diferenciar pseudoaneurisma de aneurisma verdadero y optimizar la estrategia quirúrgica.

## CUANDO LA ANATOMÍA SORPRENDE: HALLAZGO INCIDENTAL EN ANGIOTOMOGRAFÍA CARDÍACA

Unidad Temática: TOMOGRAFÍA COMPUTADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA · Unidad Temática 2: VASCULAR

GANUM, Guillermo E. Gerardo | REY PRIETO, Lourdes | SALMO, José Fabián

► Fundación Favaloro



### INTRODUCCIÓN

La Angiotomografía cardíaca es una herramienta fundamental para la evaluación anatómica pre-ablación en pacientes con fibrilación auricular, permitiendo caracterizar las venas pulmonares y estructuras adyacentes. Su alta resolución espacial también facilita la detección de hallazgos incidentales, como en el caso de fistulas coronarias, que son comunicaciones anómalas entre una arteria coronaria y otra estructura cardiovascular. Aunque poco frecuentes, estas fistulas pueden generar angina, insuficiencia cardíaca o palpitaciones, especialmente si son de gran tamaño. Presentamos un caso en el que la evaluación integral pre-ablación permitió identificar una fístula coronaria derecha a vena cava superior con relevancia clínica potencial.

### DESCRIPCIÓN

Se presenta una paciente femenina de 74 años con antecedentes de fibrilación auricular de alta respuesta ventricular, resuelta con cardioversión farmacológica en enero/2026, e hipotiroidismo controlado. Se encuentra bajo tratamiento con bisoprolol, rivaroxabán y levotiroxina. Consulta por palpitaciones. El examen físico y los signos vitales se encontraban dentro de parámetros normales, y el Electrocardiograma mostraba ritmo sinusal. Durante la evaluación ambulatoria, un Holter de 24 horas evidencia fibrilación auricular paroxística, lo que motiva el ajuste de su med-

icación y la derivación a Electrofisiología, donde se decide realizar una ablación por radiofrecuencia programada. Como parte del estudio preprocedimiento, se solicita Ecocardiograma Doppler Cardíaco y Angiotomografía cardíaca. El Ecocardiograma revela cavidades ventriculares normales, función sistólica ventricular izquierda preservada y dilatación leve de la aurícula izquierda, con mínima insuficiencia aórtica y esclerosis valvular. La Angiotomografía cardíaca evidencia dos venas pulmonares por lado, dilatación leve de ambas aurículas y orejuela izquierda libre de trombos. De manera incidental, se identifica una formación vascular de trayecto tortuoso compatible con fístula arteriovenosa entre la arteria coronaria derecha y la vena cava superior, con dilatación severa del segmento proximal de la coronaria, calcificaciones leves y un diámetro aproximado de 8.4 mm, sin trombos endoluminales. Este hallazgo resalta la importancia del estudio de imágenes detallado en el contexto pre-ablación y plantea un desafío diagnóstico y terapéutico adicional, integrando la evaluación funcional y anatómica del paciente. **CONCLUSIÓN** La Angiotomografía cardíaca no solo es esencial para la planificación de ablación de fibrilación auricular, sino que también permite la detección incidental de anomalías coronarias, como fístulas arteriovenosas. La identificación temprana de estas lesiones puede influir en la estrategia terapéutica y en el seguimiento del paciente, demostrando el valor de un enfoque imagenológico integral.

## INCÓGNITA EN EL VENTRÍCULO DERECHO: CUANDO EL TROMBO NO ES EL PRINCIPAL PROTAGONISTA

Unidad Temática: **MULTI-IMAGEN** · Unidad Temática 2: **INSUFICIENCIA CARDÍACA**

ARCE, Carlos Ignacio | IROULART, Juan María | BLANCO, Roció | BAROLO, Ramiro  
| RODRIGUEZ GOREN, Mauro

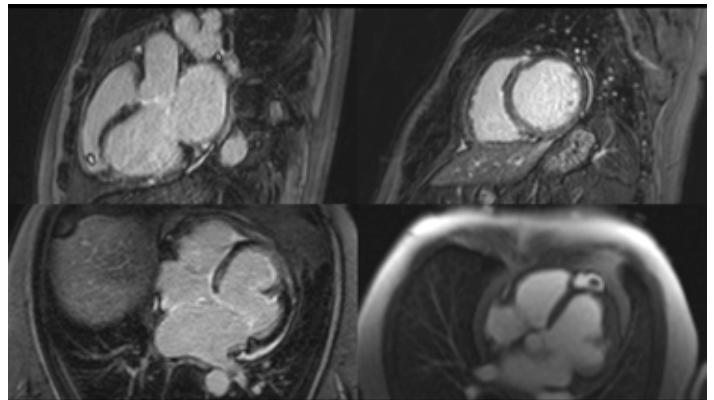
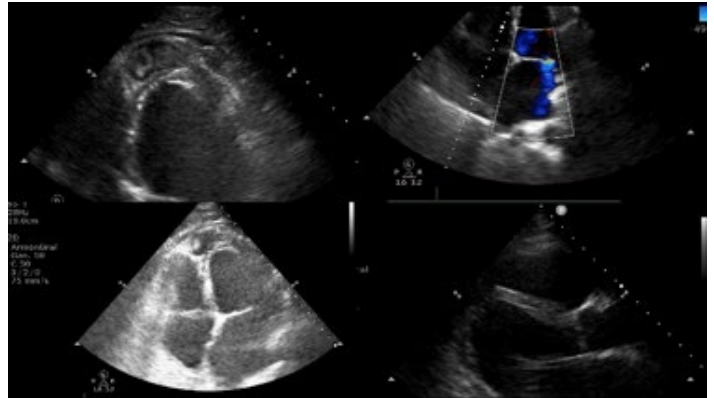
► Hospital Italiano  
de Buenos Aires

### INTRODUCCIÓN

La endomiocardiofibrosis (EMF) es una miocardiopatía restrictiva poco frecuente, caracterizada por el depósito de tejido fibroso en el endocardio apical y tracto de entrada de uno o ambos ventrículos. La etiopatogenia es aún incierta, pero relacionada a factores socioeconómicos del paciente, exposición a enfermedades parasitarias e hipereosinofilia. Inicialmente se presenta con necrosis, luego trombosis para dar lugar a la fibrosis y obliteración del ápex, insuficiencias valvulares y disfunción ventricular. En este caso presentamos el caso de un paciente con debut de insuficiencia cardíaca descompensada, del cual como principal hallazgo presentó trombosis de ventrículo derecho, lo cual se presentó como un desafío diagnóstico que pudo confirmar la existencia de EMF.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de 49 años que presentaba disnea clase funcional III de dos meses de evolución, por empeoramiento de su clase funcional decide consultar. A su ingreso normotenso, taquipneico, en ortopnea. Electrocardiograma reveló bloqueo completo de rama izquierda, sobrecarga biventricular. Radiografía de tórax con signos de redistribución de flujo en ambos campos pulmonares y cardiomegalia. En el laboratorio presentaba valores de troponina T ultrasensible de 24,3 pg/mL y PRO-BNP de 4736 pg/mL. Se asume el cuadro como insuficiencia cardíaca descompensada iniciándose diuréticos endovenosos. Se realiza ecografía Doppler cardíaca que evidencia deterioro severo de la función sistólica del ventrículo izquierdo, patrón de llenado transmitral de tipo restrictivo, hipoquinesia global, dilatación de las 4 cavidades, insuficiencia mitral y tricuspídea moderada; como hallazgo de relevancia se destaca a nivel apical del ventrículo derecho obliteración y dos imágenes hiperecogénicas móviles adyacente que impresionan trombos. Es admitido en Unidad de Cuidados Intensivos Cardíacos donde se inicia anticoagulación parenteral y balance hídrico negativo. Para la pesquisa de su cardiopatía se realiza resonancia magnética cardíaca, la cual evidencia deterioro severo de la fracción de eyección, dilatación biventricular, insuficiencia mitral y tricuspídea moderadas, fibrosis focal con compromiso biventricular subendocárdico y de ambas valvas auriculoventricular, asociado a defecto perfusivo regional y trombo no sénil apical en Ventrículo Derecho; hallazgos compatibles con EMF. Debido a evolución tórpida el paciente ingresa a lista de emergencia y es sometido a trasplante cardíaco ortotópico. Se realiza biopsia intraoperatoria del órgano afectado que evidencia a nivel microscópico vacuolización miocítica focal subendocárdi-



ca vinculable a isquemia crónica, fibrosis de reemplazo transmural principalmente a nivel endocárdico y en sectores miocárdico de manera focal, a nivel intersticial y perivascular hipertrofia miocítica microscópica leve. Sin evidencias de miocarditis, infarto de miocardio ni patología valvular. Evoluciona en el post operatorio inmediato con disfunción ventricular derecha primaria requiriendo de reentrada en circulación extracorpórea y posteriormente asistencia mecánica con bomba de circulación extracorpórea veno-arterial. Durante su internación presentó complicaciones asociadas a dicha canulación, evolucionó con falla biventricular severa, refractariedad al tratamiento médico, produciéndose el óbito del paciente. Este caso demuestra que la EMF representa un desafío diagnóstico mayor en el contexto de la insuficiencia cardíaca aguda. Debido a su baja prevalencia, el hallazgo de trombos ventriculares debe motivar un abordaje exhaustivo mediante multi-imagen. Solo a través de esta caracterización anatómica y funcional precisa se puede determinar el estadio de la enfermedad, optimizar el manejo farmacológico y definir oportunamente la evaluación para trasplante, impactando directamente en el pronóstico del paciente.

## CUANDO EL TIEMPO SE AGOTA: DISECCIÓN AÓRTICA TIPO A CON EXTENSIÓN ILIOFEMORAL. EL PAPEL CRUCIAL DE LA TROMPA DE ELEFANTE CONGELADA (FET)

Unidad Temática: **MEDICINA VASCULAR** · Unidad Temática 2: **MULTI-IMAGEN**

SILVA VILLALBA, Juan Manuel | CUSCUNA, Claudio Agustín | QUIROGA ANGULO, Oriana Lía | REYES, Camila | MENDOZA RODRIGUEZ, Camila Sofía

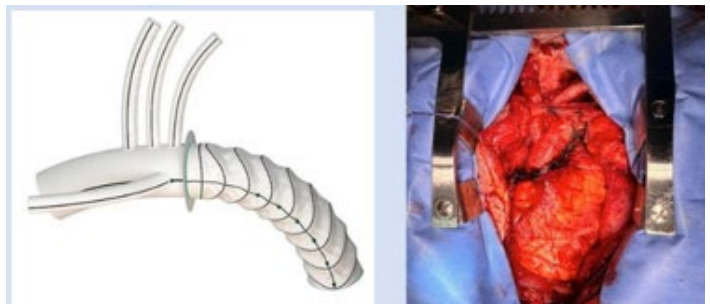
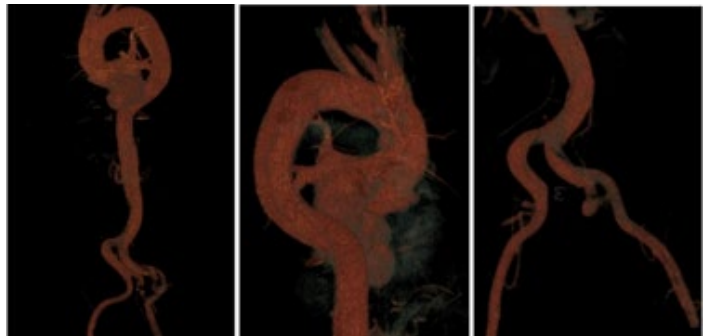
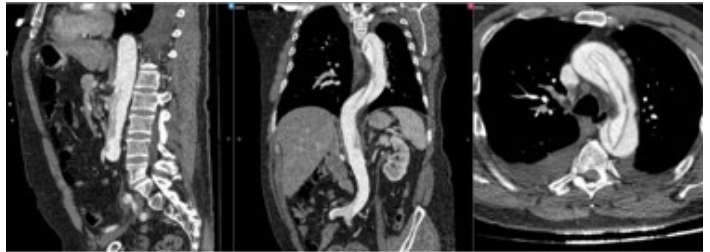
► Complejo Médico Policial Churrucá Visca

### INTRODUCCIÓN

La disección aórtica aguda (DAA) tipo A representa una emergencia cardiovascular catastrófica con una morbimortalidad significativa si no se interviene precozmente. Su presentación clínica resulta frecuentemente solapada, logrando mimetizarse con un síndrome coronario agudo (SCA) por lo que conduce a demoras diagnósticas. El éxito terapéutico radica en mantener un alto índice de sospecha clínica pese a la refractariedad del síntoma anginoso junto con el empleo estratégico de la imagen multimodal. Las técnicas imagenológicas avanzadas no solo permiten un diagnóstico de certeza, sino que resultan imperativas para la planificación topográfica y la guía intraoperatoria de intervenciones quirúrgicas híbridas ultra complejas, como la técnica de trompa de elefante congelada (FET).

### DESCRIPCIÓN

Se presenta el caso de un paciente masculino de 53 años, con antecedentes jerarquizados de tabaquismo severo e hipertensión arterial sistémica, que ingresó al servicio de emergencias cursando un SCA sin elevación del segmento ST de moderado riesgo, caracterizado por dolor precordial típico y curva de biomarcadores en ascenso. La estratificación invasiva inicial mediante cinecoronariografía descartó lesiones aterotrombóticas agudas responsables del evento, evidenciando únicamente una arteria coronaria derecha dominante con lesión moderada proximal y trombo mural distal no oclusivo, sin gradiente hemodinámico significativo. Frente a la persistencia de ángor refractario al tratamiento médico óptimo y la desproporción clínico-angiográfica, se replanteó el diagnóstico diferencial. Se indicó de urgencia una angiotomografía computada (angio-TC) de aorta toracoabdominal, revelando una DAA tipo A extensa. El flap íntimo-medial comprometía el origen de los troncos supraaórticos y exhibía una disección anterógrada masiva con progresión iliofemoral bilateral, extendiéndose hasta la arteria femoral común izquierda (Figura 1). Basado en el exhaustivo mapeo tomográfico, se indicó intervención quirúrgica de salvataje mediante técnica FET. Bajo hipotermia moderada y perfusión cerebral anterógrada, se implantó una endoprótesis híbrida de cuatro ramas, ejecutando el reemplazo de la aorta ascendente y el arco aórtico, el reimplante de los troncos supraaórticos, los ostium coronarios y la resuspensión valvular. Durante este abordaje, la monitorización continua con ecocardiografía transesofágica (ETE) tridimensional y ecografía intravascular (IVUS) resultó crucial para certificar la correcta posición del stent-graft en la luz verdadera



y descartar complicaciones mecánicas periprocedimiento (Figura 2). En la unidad de cuidados críticos, el paciente evolucionó con shock mixto (cardiogénico y distributivo) refractario. El monitoreo hemodinámico invasivo con catéter de Swan-Ganz y la ETE a pie de cama objetivaron compromiso biventricular severo con claudicación miocárdica global. Pese a la optimización del soporte inotrópico y vasopresor combinado (noradrenalina, dopamina, vasopresina y levosimendán), el paciente desarrolló disfunción multiorgánica e injuria renal aguda con anuria y posterior requerimiento de hemodiálisis. Evolucionando con tormenta arritmica ventricular refractaria que derivó en actividad eléctrica sin pulso, constatándose el óbito pese a las maniobras de reanimación avanzada. Este caso ilustra paradigmáticamente cómo el abordaje con imagen multimodal (angio-TC, ETE intraoperatorio e IVUS) constituye un pilar ineludible para desenmascarar patologías aórticas letales solapadas como así comandar la navegación endovascular en las cirugías híbridas de máxima complejidad anatómica.

## ENDOCARDITIS DE LÖFFLER: FENOTIPO APICAL TROMBOEMBÓLICO

Unidad Temática: MIOCARDIOPATÍAS · Unidad Temática 2: ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA

GUTIÉRREZ ROJAS, Douglas Paul | AVELLINO, Cristian Rubén |  
SALVAGGIO, Flavio | ZAMAR, Sandra Mariela

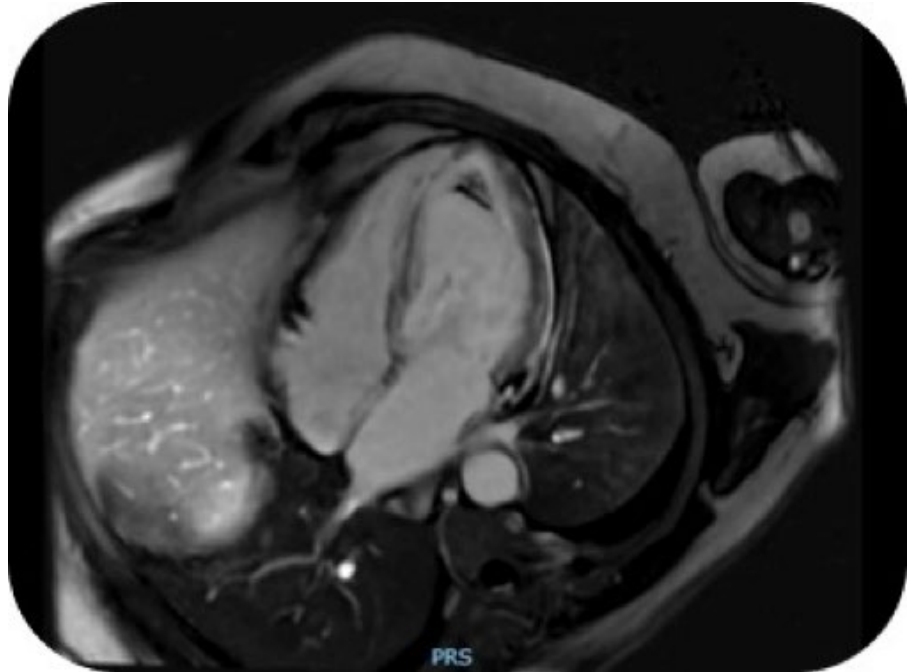
► Hospital Militar Central (HMC - H GRL 601)  
"Cirujano Mayor Doctor Cosme Argerich"

### INTRODUCCIÓN

La endocarditis de Löffler es una enfermedad de origen incierto, que se distingue por la formación de tejido fibroso en el subendocardio, con una extensión variable de esta capa fibrosa. Puede afectar uno o ambos ventrículos, y potencialmente comprometer los músculos papilares, lo que podría llevar a una insuficiencia de la válvula auriculoventricular del ventrículo afectado. La restricción del llenado ventricular ocasiona una disfunción diastólica, manifestándose en los signos y síntomas típicos de esta patología.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 62 años, con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, ex tabaquista, obesidad) y antecedente de válvula aórtica bicúspide. Consulta por hallazgo en resonancia magnética cerebral tras episodio sincopal previo y debilidad braquial derecha reciente. Al ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, sin déficit neurológico objetivo (NIHSS 0). Laboratorio inicial con leucocitosis marcada (23.400) y eosinofilia significativa (57%), función renal conservada y leve alteración de coagulación. Electrocardiograma en ritmo sinusal con alteraciones de repolarización (T negativas en cara lateral). La resonancia magnética cerebral evidenció múltiples focos isquémicos corticales bilaterales, interpretándose como accidente cerebrovascular isquémico en estudio, iniciándose prevención secundaria con ácido acetilsalicílico y estatina. Estudios vasculares (ecodoppler y angiotomografía) mostraron ateromatosis carotídea no significativa, sin compromiso hemodinámico. El ecocardiograma transtorácico evidenció fracción de eyección conservada (62%), aurícula izquierda levemente dilatada y válvula aórtica bicúspide con insuficiencia leve. Holter de 24 horas: ritmo sinusal con extrasístoles



supraventriculares frecuentes y episodios breves de taquicardia supraventricular. El ecocardiograma transesofágico mostró engrosamiento apical con sospecha de masa que obliteraba el ápex del ventrículo izquierdo, sin trombos en orejuela izquierda ni shunts intracardiácos. La resonancia magnética cardíaca confirmó obliteración apical del ventrículo izquierdo con patrón de realce subendocárdico y trombo apical (13 x 11 mm), compatible con endomiocardiofibrosis, asociada a leve disfunción sistólica, edema miocárdico y pequeño derrame pericárdico. Cinecoronariografía sin lesiones significativas. Dado el contexto de eosinofilia persistente, se amplió estudio por Hematología (citometría, estudios moleculares) y Neumonología, en búsqueda de etiología secundaria. Evoluciona clínicamente estable, sin nuevos eventos neurológicos, otorgándose alta con tratamiento anticoagulante (rivaroxabán), antiagregación, estatina y control multidisciplinario.

## SHOCK CARDIOGÉNICO SECUNDARIO A OBSTRUCCIÓN DEL TRACTO DE SALIDA DE VENTRÍCULO DERECHO: PRESENTACIÓN INFRECIENTE DE LINFOMA NO HODGKIN

Unidad Temática: **CARDIO-ONCOLOGÍA** · Unidad Temática 2: **ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA**

MONTOYA, Rocío Carolina | DEL CASTILLO, Santiago Luis | FALCONI, Mariano Luis | PÉREZ DE ARENAZA, Diego

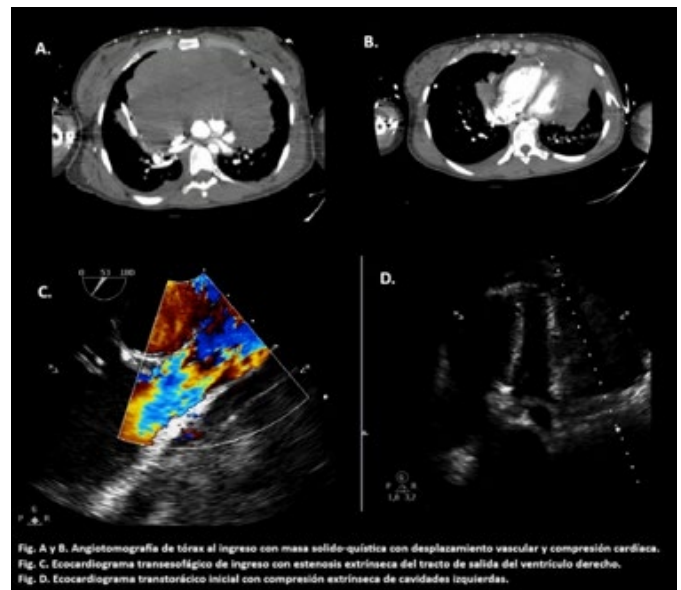
Hospital Italiano de Buenos Aires

### INTRODUCCIÓN

El linfoma difuso de células B grandes es el subtipo más frecuente de los linfomas no Hodgkin, representando entre el 25% y el 40% de los casos. Si bien habitualmente se presenta con compromiso ganglionar o extraganglionar progresivo, las formas con repercusión hemodinámica significativa son infrecuentes. Se presenta a continuación un caso inusual de shock cardiogénico secundario a masa mediastinal con obstrucción del tracto de salida de ventrículo derecho (TSVD) en una paciente joven, destacando el rol del ecocardiograma en el diagnóstico, seguimiento y toma de decisiones terapéuticas.

### DESCRIPCIÓN

Mujer de 19 años que consultó al servicio de emergencias por disnea progresiva hasta clase funcional IV y ortopnea de 20 días de evolución. Al examen físico presentaba tensión arterial de 100/65 mmHg, taquicardia con frecuencia cardíaca de 146 latidos por minuto y taquipnea de 28 ciclos por minuto con uso de musculatura accesoria, saturación de 95% al aire ambiente. A la auscultación pulmonar se evidenciaba buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados, asociada a ingurgitación yugular 3/3. Los ruidos cardíacos eran hipofonéticos en los cuatro focos, sin soplos. Se realizó electrocardiograma que evidenció taquicardia sinusal, aplanamiento difuso de la onda T y eje eléctrico conservado. El ecocardiograma doppler transtorácico efectuado en el servicio de emergencias mostró la presencia de una masa en relación con la aurícula izquierda, así como derrame pericárdico severo con signos de taponamiento cardíaco, por lo que se realizó pericardiocentesis de urgencia. Ante la ausencia de mejoría clínica, se decidió realizar angiotomografía de tórax, que evidenció una masa mediastinal sólido-quística con compromiso de los hilos pulmonares y de las cavidades cardíacas izquierdas, asociada a tromboembolismo lobar bilateral. Posteriormente, el ecocardiograma transesofágico evidenció una masa mediastinal heterogénea y refringente, con compresión parcial de la aurícula izquierda que condicionaba aceleración del flujo a nivel de la válvula mitral, hipertensión pulmonar severa, obstrucción del TSVD y dilatación con deterioro severo de la función sistólica del ventrículo derecho. La paciente evolucionó con shock refractario, a pesar de la infusión de fibrinolíticos, por lo que se decidió su asistencia con membrana de circulación extracorpórea en modalidad venoarterial (ECMO-VA). Se realizó punción-biopsia de la masa mediastinal. Ante la sospecha de linfoma, se inició tratamiento empírico de rescate con corticoides y



ciclofosfamida, con respuesta favorable, evidenciándose disminución del tamaño tumoral y estabilización hemodinámica, lo que permitió iniciar el destete y posterior desvinculación exitosa de ECMO-VA a los 5 días. Dado el resultado inconcluso de la biopsia inicial, se realizó una nueva biopsia mediante mediastinotomía anterior, cuyo análisis anatomopatológico confirmó el diagnóstico de linfoma difuso de células B grandes, por lo que se inició esquema quimioterápico R-DA-EPOCH durante la internación. La evolución fue favorable, con ecocardiograma al egreso que mostró adecuada función biventricular, sin compromiso de flujo a nivel del TSVD. Se otorgó el alta médica con continuación de tratamiento quimioterápico ambulatorio. Posteriormente, la paciente requirió quimioterapia de segunda línea y trasplante autólogo de médula ósea. En la actualidad, presenta buena función biventricular, libre de enfermedad oncológica tras 9 años de seguimiento.



## MÁS ALLÁ DE LA ANATOMÍA: SIMULACIÓN COMPUTACIONAL DE FLUIDOS Y NAVEGACIÓN 3D EN LA OPTIMIZACIÓN DE LA CIRUGÍA DE YASUI

Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA** · Unidad Temática 2: **MULTI-IMAGEN**

COLOM, Nicolás Francisco | BERRA, Ignacio | DIEZ MORI, Fernando Andrés | GARCÍA DELUCIS, Pablo | MOURATIAN, Diana Mariela

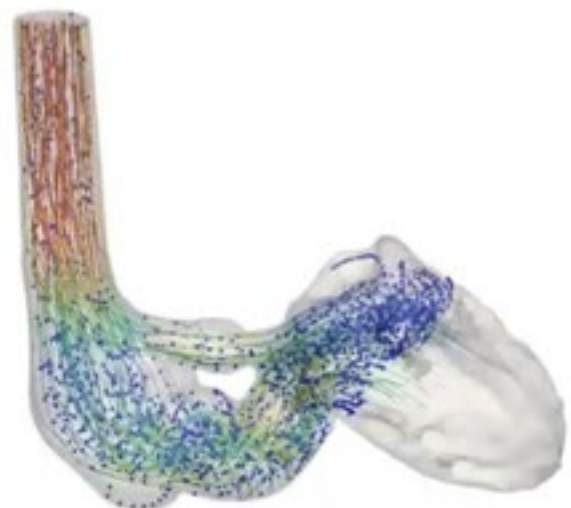
► Hospital Garrahan

### INTRODUCCIÓN

En el espectro de las cardiopatías congénitas complejas con hipoplasia del tracto de salida del ventrículo izquierdo, la decisión de avanzar hacia una reparación biventricular es uno de los mayores desafíos clínicos. La cirugía de Yasui requiere una reconstrucción precisa del tracto de salida mediante un túnel intraventricular cuya geometría determina el éxito funcional a largo plazo. La integración de herramientas de imagen cardiovascular avanzada, como la angiotomografía computada multicorte, la navegación virtual y la dinámica de fluidos computacional, permite realizar una planificación quirúrgica personalizada, transformando la evaluación anatómica tradicional en un análisis funcional predictivo de alta fidelidad.

### DESCRIPCIÓN

Se presenta el caso de un paciente con interrupción del arco aórtico tipo B, hipoplasia del tracto de salida del ventrículo izquierdo y comunicación interventricular (CIV) confluyente con desviación posterior del septum conal. El paciente fue paliado inicialmente en el período neonatal mediante una cirugía de Damus-Kaye-Stansel, técnica de Sano y reconstrucción del arco aórtico. Durante el seguimiento, la presencia de dos ventrículos de volumen adecuado y una válvula mitral competente motivó la reevaluación para una conversión biventricular. La principal limitación era determinar si la relación espacial entre el ventrículo izquierdo, la CIV y la neoaorta permitiría construir un túnel libre de obstrucciones. Si bien la ecocardiografía sugería factibilidad, carecía de la resolución espacial necesaria para predecir el comportamiento del flujo en un trayecto con angulaciones complejas. Se realizó una angiotomografía con reconstrucción tridimensional detallada, que sirvió de base para una navegación virtual intraventricular. Esta técnica permitió al equipo quirúrgico explorar la anatomía interna y planificar con exactitud la longitud y los puntos de anclaje del parche intraventricular. Para validar la viabilidad funcional, se aplicó un modelo de dinámica de fluidos computacional utilizando el método de streamlines (líneas de corriente). Esta simulación demostró un patrón de flujo laminar predominante, sin zonas de estasis ni vórtices críticos, prediciendo un gradiente transprotésico mínimo y una distribución de fuerzas de cizallamiento (wall shear stress) dentro de rangos fisiológicos. Bajo esta guía multimodal, se procedió a la cirugía de Yasui. El control postoperatorio mediante ecocardiografía Doppler confirmó la ausencia de gradientes significativos y una concordancia absoluta con el modelo computacional previo, validando la eficacia de la planificación. Como conclusión, este caso resalta que la imagen multimodal moderna ha dejado de ser meramente



descriptiva para convertirse en una herramienta prospectiva y decisiva. La combinación de navegación 3D y dinámica de fluidos computacional permite optimizar la selección de candidatos para biventricularización, reduciendo la incertidumbre intraoperatoria y garantizando resultados hemodinámicos superiores. La incorporación de estas tecnologías en la cardiología infantil representa un cambio de paradigma hacia una cirugía de precisión personalizada.

## DISOCIACIÓN CLÍNICO- ANATÓMICA EN ENFERMEDAD CORONARIA: SCORE DE CALCIO EXTREMO Y ENFERMEDAD MULTIVASO EN PACIENTE JOVEN SIN FACTORES DE RIESGO TRADICIONALES

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN · Unidad Temática 2: CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

MARTINEZ, Vanina Gisela | ROCCA, Federico Eduardo | SETTEMBRINO, Javier

INOVA



### INTRODUCCIÓN

La enfermedad coronaria obstructiva en adultos jóvenes sin factores de riesgo cardiovascular conocidos representa un desafío diagnóstico y clínico. La Angiotomografía Computarizada (Angio-TC) coronaria y la cuantificación del Score de Calcio (SC) permiten una evaluación no invasiva precisa de la carga aterosclerótica. En pacientes con pruebas de esfuerzo anormales o arritmias ventriculares, son fundamentales para detectar la enfermedad coronaria como causa y además para la caracterización de la placa y el grado de estenosis para determinar la necesidad de revascularización miocárdica.

### DESCRIPCIÓN

Varón de 43 años, sin factores de riesgo cardiovascular tradicionales, que realiza deporte recreativo, referido para Angio-TC coronaria tras presentar una prueba de esfuerzo anormal por infradesnivel del segmento STT y arritmia ventricular, permaneciendo asintomático durante el estudio. El perfil lipídico evidenciaba colesterol total 120 mg/dL, HDL 55 mg/dL, LDL 49 mg/dL y triglicéridos 85 mg/dL, con una lipoproteína(a) de 58 mg/dL. El estudio tomográfico reveló un Score de Calcio de grado muy severo, con ateromatosis difusa de las arterias coronarias epicárdicas. Se identificó una obstrucción crítica en el tercio proximal de la arteria descendente anterior (DA), asociada a un nódulo cálcico de gran volumen, así como una obstrucción severa en el tercio proximal de la arteria coronaria derecha (CD), clasificándose globalmente como CAD-RADS 4/5. Se procedió a realizar una cinecoronariografía que confirmó los hallazgos: la arteria DA, de buen calibre y desarrollo, presentaba una oclusión en su trayecto proximal con visualización del lecho distal por circulación colateral homocoronaria. Por su parte, la arteria CD (vaso dominante) mostró una obstrucción crítica suboclusiva del 95% con morfología ulcerada

en su tercio proximal-medio. Ante la severidad de la enfermedad multivaso en un paciente joven, se decidió conducta quirúrgica, realizándose cirugía de revascularización miocárdica con evolución clínica favorable. Este caso ilustra de manera contundente la discordancia clínico-bioquímica-anatómica, dado que el paciente presenta un perfil lipídico óptimo, ausencia de síntomas y, sin embargo, enfermedad coronaria severa y difusa. En este contexto, la elevación de la lipoproteína(a) adquiere especial relevancia como factor de riesgo independiente, frecuentemente subestimado en la práctica clínica, asociado a aterosclerosis acelerada, calcificación vascular y mayor riesgo de eventos cardiovasculares prematuros. Asimismo, resalta el valor de la prueba de esfuerzo como herramienta inicial de detección, incluso en individuos asintomáticos, y la importancia de no subestimar hallazgos eléctricos y arrítmicos en este grupo etario. La Angio-TC coronaria demostró ser clave no solo en la detección de lesiones obstructivas, sino también en la caracterización de la carga aterosclerótica global, particularmente en presencia de enfermedad calcificada extensa, permitiendo una adecuada estratificación del riesgo. La correlación con la cinecoronariografía fue estrecha, consolidando el rol de la imagen multimodal en la toma de decisiones terapéuticas. Este enfoque integrado permitió definir de manera precisa la extensión y complejidad de la enfermedad, orientando hacia una estrategia de revascularización quirúrgica como la opción más adecuada. Finalmente, este caso enfatiza la necesidad de ampliar la evaluación del riesgo cardiovascular más allá de los factores tradicionales, incorporando biomarcadores como la lipoproteína(a) y herramientas de imagen avanzadas, especialmente en pacientes jóvenes en quienes la enfermedad puede permanecer clínicamente silente hasta estadios avanzados.

## CARACTERIZACIÓN ANATÓMICA POR ANGIOTOMOGRAFÍA CORONARIA Y SU RELEVANCIA PRONÓSTICA EN EL ORIGEN ANÓMALO DEL TRONCO CORONARIO IZQUIERDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

UT.: TOMOGRAFÍA COMPUTADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA · U.T. 2: CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO

PIN LOOR, Josefa Mercedes | GARIBALDI, Sebastián | PALACIOS, Rodrigo Uriel | CORONEL, Roberto D. | QUILLI GUAMAN, Jonnathan Javier

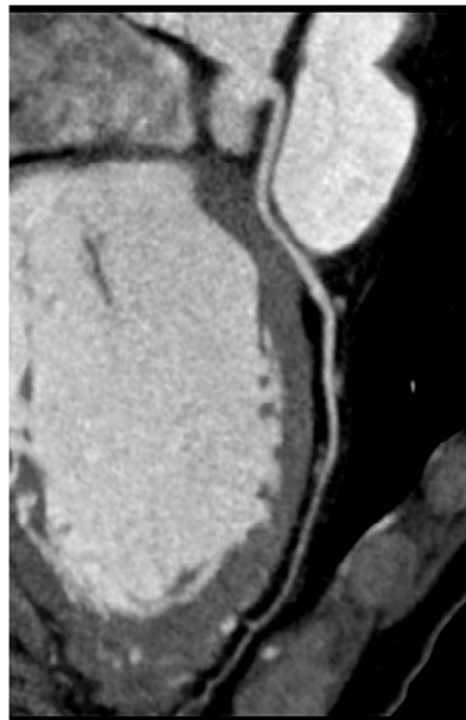
▶ Sanatorio Sagrado Corazón

### INTRODUCCIÓN

Las anomalías congénitas de las arterias coronarias representan un grupo heterogéneo de variantes anatómicas que, si bien son infrecuentes en la población general, adquieren una relevancia crítica en la práctica cardiológica debido a su potencial asociación con eventos de muerte súbita. El origen del tronco coronario izquierdo en el seno coronario opuesto se destaca por su complejidad, ya que su comportamiento clínico no depende únicamente de su presencia, sino de la arquitectura tridimensional de su recorrido. La angiotomografía computarizada (Angio-TC) ha emergido como una herramienta definitiva, permitiendo una discriminación precisa entre trayectos de alto riesgo, como el interarterial, y variantes de presunto curso benigno. El análisis exhaustivo de marcadores tomográficos, tales como el ángulo de emergencia y la morfología del ostium, resulta hoy indispensable para establecer una estratificación de riesgo certera. El presente reporte de caso ilustra la importancia de integrar la imagen tomográfica en el algoritmo diagnóstico, demostrando cómo una definición anatómica precisa puede rectificar sospechas de isquemia inducidas por pruebas funcionales y guiar hacia un manejo clínico conservador y seguro.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 47 años, hipertenso, dislipidémico y sedentario con antecedente de insuficiencia mitral leve, consultó por cuadro clínico de 6 meses de evolución caracterizado por disnea en clase funcional I por lo que se realizó por control ambulatorio ecoestrés con dobutamina que resultó positivo para isquemia en el territorio de la arteria descendente anterior, evidenciando aquinesia apical con hipoquinesia severa anterior y anteroseptal apical al máximo esfuerzo. Ante hallazgos previamente descritos, el paciente ingresó de forma programada en unidad coronaria para cinecoronariografía diagnóstica; al momento de su admisión, el paciente se encontraba asintomático con ECG sin particularidades. Se realizó procedimiento invasivo donde se descartaron lesiones coronarias obstructivas, pero se identificó una variante anatómica del tronco coronario izquierdo (TCI) dando origen a arteria descendente anterior y circunfleja con origen en el seno coronario derecho; para precisar la estratificación de riesgo, se realizó una angiotomografía coronaria que confirmó el nacimiento del TCI desde el seno derecho con un ostium independiente y un ángulo de salida agudo de 20°, adoptando un trayecto de tipo subpulmonar e intraseptal hasta alcanzar el surco interventricular. Dado que la caracterización tomográfica descartó un trayecto interarterial de alto riesgo y que las arterias no presentaban lesiones angiográficas,



se determinó un pronóstico benigno, decisión que fue respaldada posteriormente por un estudio de perfusión miocárdica (SPECT) ambulatorio negativo para isquemia, permitiendo un manejo médico conservador y el egreso hospitalario seguro del paciente.

## ANEURISMA GIGANTE DE LA ARTERIA HEPÁTICA COMÚN COMO CAUSA INFRECUENTE DE COLESTASIS EXTRAHEPÁTICA

Unidad Temática: **MEDICINA VASCULAR** · Unidad Temática 2: **VASCULAR**

MARTINEZ, Vanina Gisela | RIGONI, Osvaldo

▶ INOVA

### INTRODUCCIÓN

Los aneurismas de la arteria hepática son una patología vascular infrecuente, con riesgo significativo de rotura y elevada morbimortalidad. Su presentación como síndrome colestásico por compresión extrínseca de la vía biliar es excepcional. La imagen multimodal cumple un rol fundamental en el diagnóstico, caracterización y planificación terapéutica.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 75 años que consulta por dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho, asociado a ictericia, coluria y acolia. El laboratorio evidenció patrón colestásico con bilirrubina total de 6.2 mg/dL (directa 4.8 mg/dL), fosfatasa alcalina 620 U/L y GGT 540 U/L. La ecografía abdominal mostró dilatación de la vía biliar intrahepática y colédoco (10 mm), vesícula distendida sin litiasis y una formación redondeada hipoeoica en epigastrio, con flujo periférico al Doppler, sugestiva de lesión vascular parcialmente trombosada. La Resonancia Magnética evidenció una masa de aproximadamente 100 x 67 mm, con pared gruesa e hipointensa, con realce tras contraste, compatible con dilatación aneurismática dependiente del tronco celiaco. La Angiotomografía confirmó un tronco celiaco ectásico y un aneurisma gigante de la arteria hepática común (96 x 58 x 68 mm), con trombo mural y halo periférico hiperdenso espontáneo, sugestivo de hematoma intramural. Se observó compresión extrínseca de la vía biliar, en correlación con el cuadro clínico. Ante el alto riesgo de rotura y el efecto compresivo, se realizó tratamiento quirúrgico mediante ligadura de la arteria hepática común y resección del aneurisma, con evolución favorable. Los aneurismas de la arteria hepática representan una causa poco frecuente de masa abdominal y excepcionalmente de colestasis obstructiva. La ecografía con Doppler puede orientar al diagnóstico inicial, mientras que la Angio-TC constituye el método de elección para la evaluación anatómica y la detección de signos de inestabilidad, como el hematoma mural. El reconocimiento de estos hallazgos es clave para evitar retrasos diagnósticos y definir una conducta terapéutica oportuna, especialmente en aneurismas de gran tamaño con alto riesgo de rotura. Los aneurismas viscerales deben considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de colestasis extrahepática. La integración de métodos de imagen permite un diagnóstico preciso y una adecuada planificación terapéutica. La identificación de signos de inestabilidad parietal es fundamental para indicar tratamiento urgente.



## UN INFARTO QUE NO FUE: DIAGNÓSTICO MULTIMODAL DEL SÍNDROME DE TAKOTSUBO CON RESONANCIA CARDÍACA

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN · Unidad Temática 2: MIOCARDIOPATÍAS

RAMOS, Marisol Del Mar | BALLETTI, Lorena Romina | KOSLOWSKI, Paola Teresa | PAPANTONIOU, Alonso | GONDA, María Fernanda

Hospital De Agudos  
Dr Cosme Argerich

### INTRODUCCIÓN

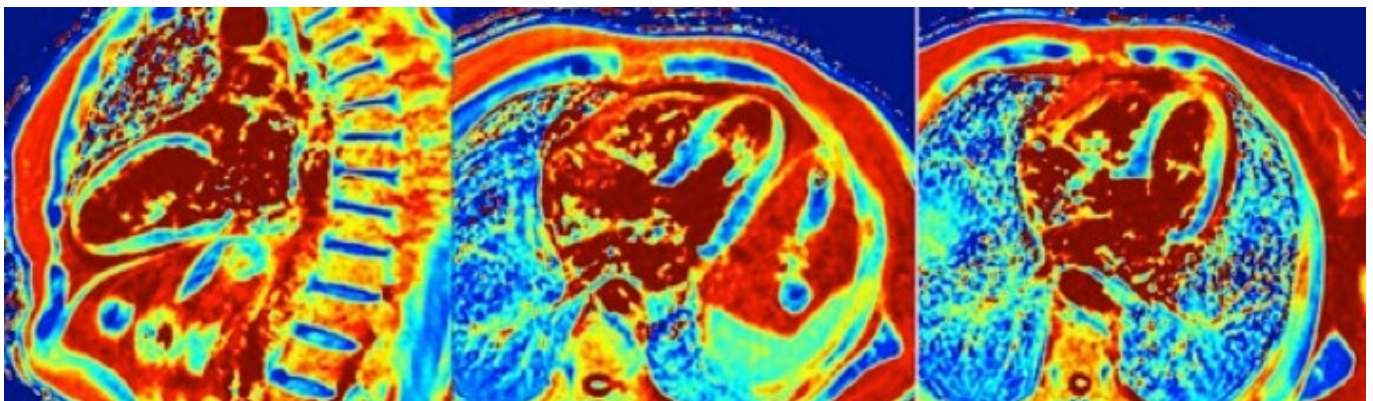
El síndrome de Takotsubo es una miocardiopatía transitoria que simula un síndrome coronario agudo, caracterizada por alteraciones segmentarias de la contractilidad ventricular izquierda que exceden la distribución de un territorio coronario. La multimodalidad en imágenes, particularmente la resonancia magnética cardíaca, cumple un rol fundamental en su diagnóstico y en el diferencial con el infarto agudo de miocardio. Se presenta un caso en el cual la integración de distintas técnicas de imagen permitió establecer el diagnóstico definitivo.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de sexo femenino de 77 años con antecedentes de ACV isquémico y enfermedad de Chagas, que consulta por dolor precordial típico asociado a elevación de troponinas, interpretándose inicialmente como síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. Se realiza cinecoronariografía que no evidencia lesiones angiográficamente significativas, con ventriculograma que muestra aquinesia apical e hipercontractilidad basal, con deterioro leve de la función sistólica ventricular izquierda. El ecocardiograma transtorácico confirma disfunción ventricular izquierda (Fey 45-50%) con disquinesia de segmentos apicales e hipercinesia basal, configurando patrón típico de "balonamiento apical". Con sospecha de síndrome de Takotsubo, se realiza resonancia magnética cardíaca



ca que evidencia edema miocárdico circunferencial en segmentos apicales (aumento de T1 y T2 mapping), sin patrón de realce tardío isquémico, hallazgos compatibles con disfunción miocárdica reversible. La paciente evoluciona favorablemente con tratamiento médico, sin eventos durante la internación, evidenciándose recuperación de la función ventricular izquierda en controles posteriores (Fey 62%), confirmando el carácter transitorio del cuadro. Este caso resalta el valor de la multimodalidad en imágenes, y en particular de la resonancia cardíaca, en el diagnóstico diferencial del síndrome de Takotsubo frente al infarto agudo de miocardio.

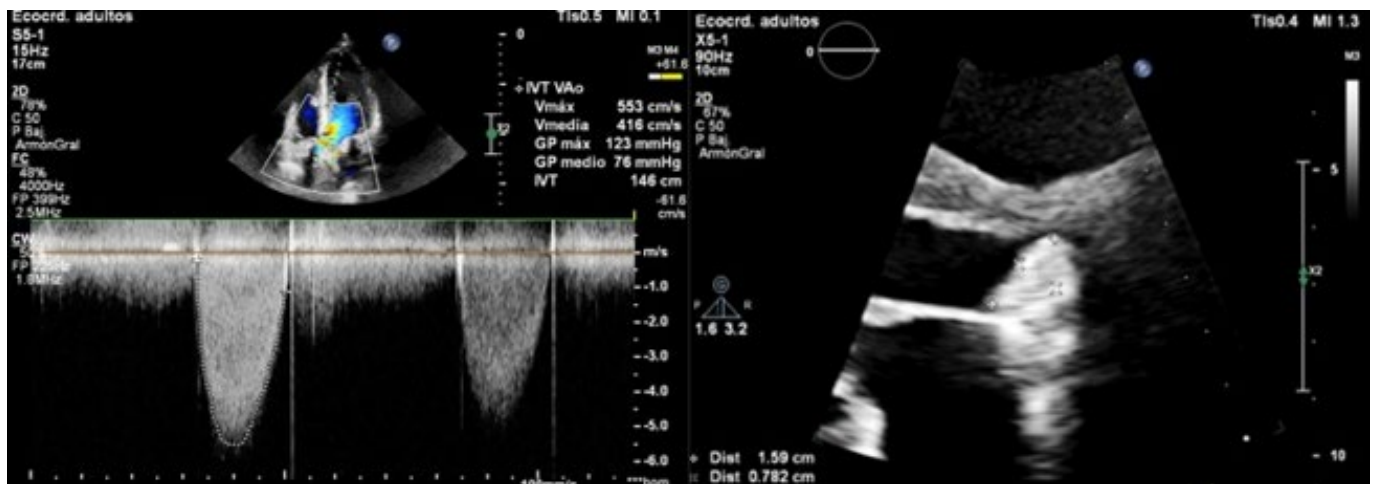


## CARDIOPATÍA CONGÉNITA COMPLEJA Y EMBARAZO: EVOLUCIÓN DESFAVORABLE DE UNA PRÓTESIS MECÁNICA

Unidad Temática: **CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO** · Unidad Temática 2: **VALVULOPATÍAS**

RAMOS, Marisol Del Mar | GONDA, María Fernanda | BALLETTI, Lorena Romina |  
BLANCO, Rodrigo Ignacio | KOSLOWSKI, Paola Teresa

► Hospital De Agudos  
Dr Cosme Argerich



### INTRODUCCIÓN

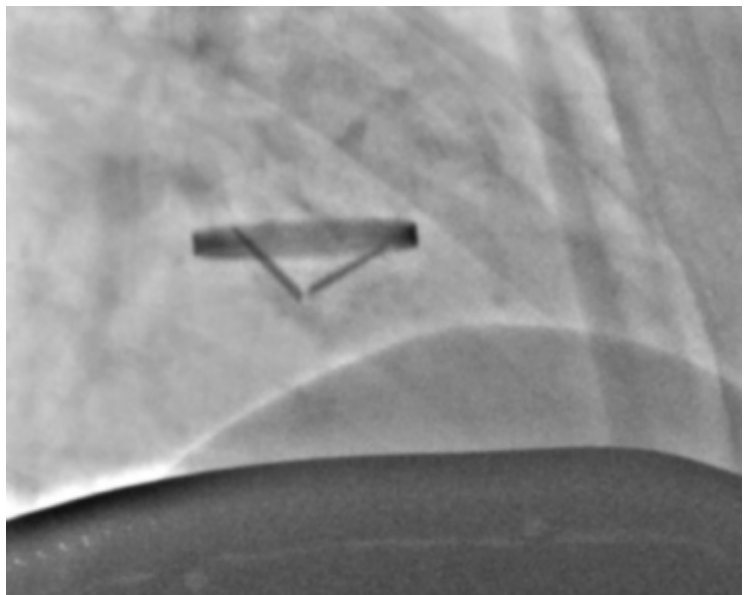
Las cardiopatías congénitas complejas operadas en la infancia presentan desafíos en la vida adulta, particularmente en el contexto del embarazo. La presencia de prótesis valvulares mecánicas implica un equilibrio entre anticoagulación y riesgo hemorrágico, favoreciendo complicaciones como la trombosis protésica.

Por lo que la multimodalidad en imágenes cardiovasculares resulta fundamental para el diagnóstico y la toma de decisiones en escenarios clínicos complejos.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de 24 años con antecedente de cardiopatía congénita (estenosis aórtica severa), sometida a cirugía de Ross-Konno en la infancia, evoluciona con disfunción del homoinjerto pulmonar, caracterizada por insuficiencia pulmonar leve a moderada, estenosis moderada y dilatación del ventrículo derecho con disfunción leve a moderada.

Posteriormente, en la evolución clínica, presenta insuficiencia aórtica severa, por lo que requiere cirugía de Bentall en la adolescencia con implante de tubo valvulado y prótesis mecánica. Durante embarazo en curso, en tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular, presenta disfunción protésica progresiva con incremento de gradientes transvalvulares aórticos (gradiente pico 123 mmHg - gradiente medio 74 mmHg) asociado a insuficiencia aórtica severa y a la presencia de imagen compatible con trombo adherido a la prótesis. La fluoroscopia valvular evidencia



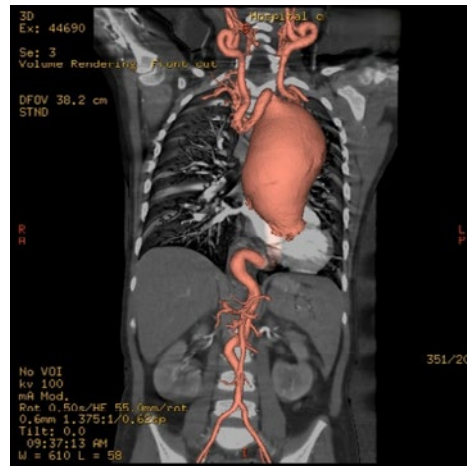
restricción severa en la movilidad de los hemidiscos protésicos. Ante el deterioro hemodinámico y la progresión de la trombosis protésica, se decide resolución obstétrica mediante cesárea de urgencia. En el postoperatorio presenta complicación hemorrágica con hematoma de pared abdominal que requiere laparotomía, reiniciándose posteriormente anticoagulación. Evoluciona favorablemente bajo manejo multidisciplinario. Controles posteriores evidencian mejoría de los gradientes protésicos y recuperación de la movilidad valvular en estudios fluoroscópicos.

## MASA MEDIASTÍNICA EN PEDIATRÍA: EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO DE UN CASO

Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA · U.T. 2: TOMOGRAFÍA COMPUTADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA**

VILLALBA, Claudia | MATTIOLI, Gisela | DIEZ MORI, Fernando Andrés |  
GARCÍA DELUCIS, Pablo | MOURATIAN, Diana Mariela

► Hospital de Pediatría  
J P Garrahan



### INTRODUCCIÓN

La etiología de las masas mediastínicas en pediatría es variada: congénita, infecciosa, oncológica o vascular, entre otras. Aunque muchas veces el diagnóstico se realiza por hallazgo, pueden presentarse con síntomas sistémicos y/o respiratorios, digestivos o neurológicos por compresión de estructuras adyacentes. La técnica de imagen de elección para el estudio de estas lesiones mediastínicas es actualmente la tomografía y su tratamiento difiere según la causa.

### DESCRIPCIÓN

Se presenta el caso de un paciente de 6 años de edad, 15 kg de peso, con antecedente de tos crónica y dificultad respiratoria progresiva. El paciente es evaluado inicialmente con Rx de tórax que detecta gran opacidad paracardíaca izquierda, que desplaza la vía aérea hacia contralateral. Con diagnóstico de masa mediastinal, se realiza TAC de tórax sin contraste, que describe una gran masa de aspecto quístico/líquido en mediastino medio. Se completa valoración con Angiotomografía de tórax que evidenció dilatación aórtica desde la raíz con afectación máxima en la aorta ascendente (diámetro transversal máximo de 63 mm x 67 mm; ZS +10) y compromiso de arco transversal. Además de marcada tortuosidad en el trayecto de la aorta torácica, abdominal y vasos de cuello con varios acodamientos a lo largo de sus recorridos. No se encontraron flaps de disección intimal. Y se observó disminución de volumen del hemitórax izquierdo, con mediastino desviado hacia la izquierda y presencia de atelectasia con bronquiectasias del lóbulo inferior izquierdo. El ecocardiograma Doppler color completo la evaluación cardiológica con detección de válvula aorta tricúspide con insuficiencia leve, dilatación aneurismática de la aorta y buena función biventricular. Ante el alto

riesgo de disección aórtica, el paciente fue remitido a cirugía cardiovascular realizándose reemplazo supracomisural de aorta ascendente con preservación de válvula aórtica y reemplazo del arco transversal con tubo de Dacron junto a reemplante de vasos del cuello. Presentó buena evolución postquirúrgica con ecocardiograma Doppler color prealta con insuficiencia aórtica ligera y buena función ventricular. Actualmente el paciente continúa en seguimiento multidisciplinario con fin de arribar a un diagnóstico etiológico y control de su patología aórtica. Fue evaluado por reumatología que planteó como diagnóstico diferencial un síndrome vasculítico sistémico (Arteritis de Takayasu), desestimado posteriormente con los resultados de laboratorio y anatomía patológica de la biopsia quirúrgica que descarta compromiso inflamatorio. En la valoración por genética, el score clínico no fue categórico y resultaría esencial la realización de un panel genético incluyendo las variantes más frecuentemente asociadas a dilatación aórtica severa familiar (FBN1- TGFB1- TGFB2- SMAD3- TGFB2 - TGFB3- TGF- $\beta$ ) no familiar (ACTA2 - MYH11) y enfermedad del tejido conectivo (COL3A1-EFEMP 2). Conclusión: Las aortopatías incluyen dentro de su espectro variantes clínicas asociadas a una muy alta morbilidad. La angiotomografía cardíaca permite la confirmación diagnóstica con caracterización anatómica precisa de esta patología aportando además datos de valor pronóstico y permitiendo la planificación terapéutica. La instauración de un tratamiento oportuno es esencial en esta entidad, como así también, la identificación de las variantes genéticas asociadas ya que esta información puede modificar las estrategias de seguimiento, el momento y la agresividad del abordaje terapéutico, además de favorecer la detección y manejo de comorbilidades asociadas (afectación visual, osteoesquelética, cognitiva) con fin de mejorar la supervivencia y calidad de vida de este grupo de pacientes.

## MIOCARDITIS AGUDA EN PEDIATRÍA, DESDE LA SOSPECHA CLÍNICA A LA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA

Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA**

MENDIZABAL ARCE, Damar Michelle<sup>1</sup> | ICAZATTI, Virginia Elizabeth<sup>1</sup> |  
BALDERRAMA COSSIO, Lorena<sup>1</sup> | MILMANDA, Adriana Elena<sup>1</sup> |  
TERRENI, Lucas Alejandro<sup>2</sup>

► Hospital del Niño de San Justo "Profesor Doctor Ramón Exeni"<sup>1</sup>; Hospital De Alta Complejidad En Red "El Cruce" - SAMIC<sup>2</sup>

### INTRODUCCIÓN

La miocarditis aguda (MA) es un proceso inflamatorio del miocardio cuyos síntomas son inespecíficos y pueden simular un síndrome coronario agudo. La mayoría evoluciona con recuperación completa pero en ocasiones desarrolla miocardiopatía dilatada con distintos grados de disfunción, arritmias e incluso muerte. Ante la sospecha clínica, la evaluación inicial se realiza con electrocardiograma (ECG), búsqueda de biomarcadores cardíacos, radiografía de tórax y ecocardiograma transtorácico (ETT), estudios independientes de la situación hemodinámica del paciente y de fácil acceso en la mayoría de los centros.

La resonancia magnética cardíaca (RMC) es una herramienta útil, no invasiva y de gran precisión diagnóstica por su capacidad de realizar caracterización tisular, además al ser una prueba de referencia en el análisis de volúmenes, masa y fracción de eyección (FEY) biventricular, aporta gran valor pronóstico, estas fortalezas contrastan con la situación de la falta de aseguirabilidad de este valioso estudio en la salud pública. Actualmente en el protocolo de estudio se incluyen secuencias de cine para evaluar función sistólica global y segmentaria, secuencias potenciadas en T1 mapping para valorar fibrosis intersticial y T2 mapping para detectar edema intersticial. Su solicitud precoz basada en la evaluación cardiológica integral es crucial para no perder el momento oportuno y aumentar su sensibilidad. Si bien la BEM está descrita como el gold standard, actualmente no se realiza por su alto riesgo de trombosis y embolia, queda reservada para el ventrículo derecho ante casos graves, atípicos o de mala evolución, donde el diagnóstico histológico guía el tratamiento.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de 15 años de edad, que consultó en un hospital general por dolor precordial opresivo de 48hs de evolución que se intensificó e irradió a hombro izquierdo en las últimas 12hs, acompañado de cefalea, vómitos gástricos y diaforesis. En el ECG se describe la presencia de onda T negativa en V1, (variable normal en pediatría hasta V3) lo que motivó la solicitud de Troponina T ultrasensible: 4440 ng/L y proBNP: 371 pg/ml. Con diagnóstico

presuntivo de síndrome coronario agudo se derivó a cuidados intensivos de un Hospital Pediátrico, con monitoreo y sedoanalgesia. En la evaluación cardiológica integral con los datos del examen físico, interrogatorio exhaustivo del tipo de dolor, sumado a la elevación de enzimas cardíacas, y ECG con sutil supra ST en DII, DIII y AvF; se concluye como primer diagnóstico, por grupo etario, en MA. En el ETT precoz se evidenció zona de hiperecogenicidad miocárdica regional a predominio inferolateral del ventrículo izquierdo (VI) hallazgo inespecífico pero sugerente de injuria miocárdica aguda, sin alteraciones claras de la motilidad segmentaria asociadas, función sistólica global conservada (fracción de acortamiento del VI de 31,8 %), sin dilatación de cavidades y arterias coronarias normales. Ante la sospecha de MA, se realizó búsqueda etiológica, sin hallazgos positivos. Las evaluaciones inmunológica y reumatológica fueron normales. La curva de enzimas cardíacas tuvo un descenso progresivo a partir de las 48hs, normalizándose a los 9 días. alta hospitalaria día 11, con un turno programado para RMC, que se realizó a los 17 días de inicio del cuadro. En la RMC, en consideración con los criterios de Lake Louise, se observa en secuencia potenciada en T2 STIR (Recuperación de Inversión de Tau Corta, en inglés) un aumento de intensidad de señal miocárdica en cara lateral del ventrículo izquierdo confirmando la presencia de edema parcheado miocárdico a ese nivel, con función levemente disminuida de VI (FEY 50%) y conservada en VD (FEY 52%). Sumando los hallazgos en la RMC a la clínica y elevación de enzimas se confirma el diagnóstico de MA. El paciente continuó con seguimiento ambulatorio favorable.

Imagen de resonancia cardíaca en secuencia T2-STIR-BB (T2-weighted Short-Tau Inversion Recovery con técnica de Sangre Negra) en plano de 4 cámaras

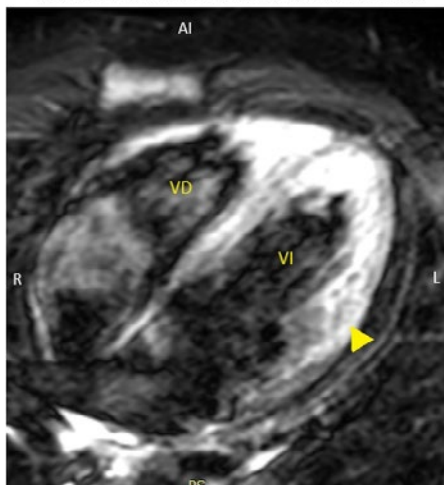
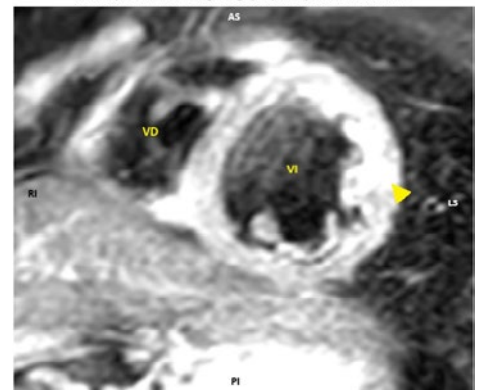


Imagen de resonancia cardíaca en secuencia T2-STIR-BB (T2-weighted Short-Tau Inversion Recovery con técnica de Sangre Negra) en plano eje corto de ventrículos



## HERNIA PERITONEO PERICÁRDICA

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN

GARCIA MANGHI, Ramiro Joaquín

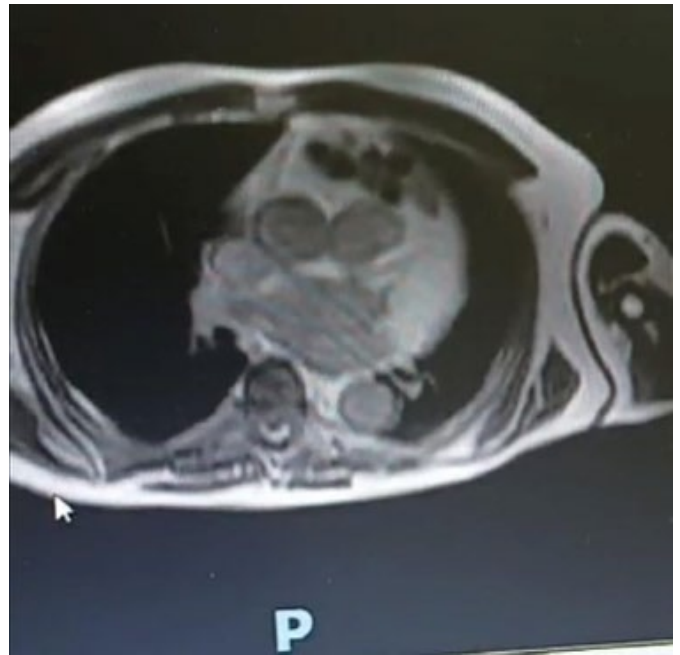
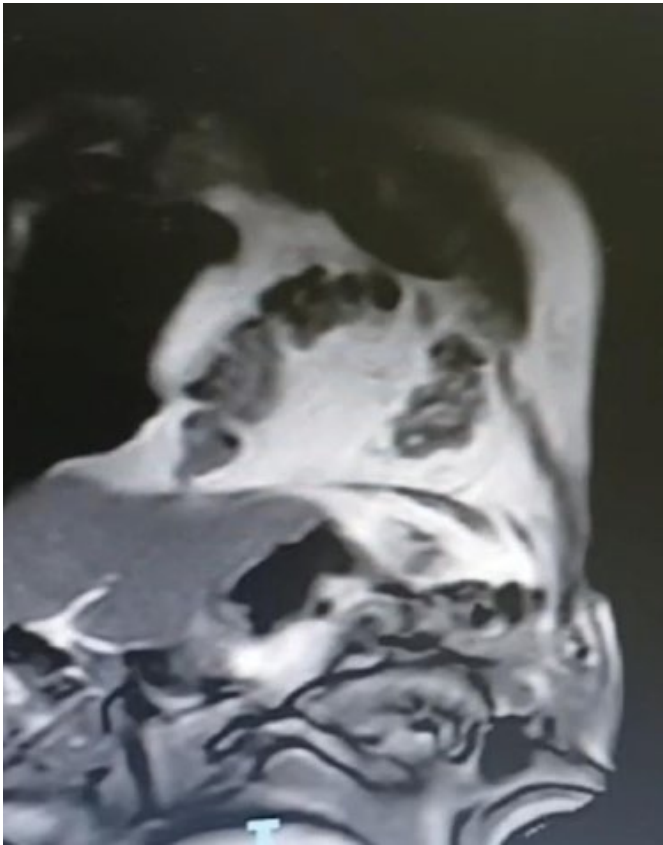
► Sanatorio Las Lomas

### INTRODUCCIÓN

Se trata de un paciente de 73 años con antecedentes de FA permanente anticoagulado y derrame pericárdico crónico de etiología idiopática que se realizó ventana pericardioperitoneal y evoluciono como complicación con pasaje de intestino grueso (colon transverso) hacia el pericardio.

### DESCRIPCIÓN

Paciente que concurre a consulta para control evolutivo, con antecedente de ventana pericardioperitoneal realizada en febrero de 2024 en otra institución, en contexto de derrame pericárdico progresivo de etiología idiopática. Al momento de la evaluación, se encuentra asintomático, sin hallazgos relevantes en el examen físico. Se intenta realizar ecocardiograma Doppler color, sin lograr adecuada valoración debido a mala ventana acústica. Por este motivo, se solicita resonancia magnética cardíaca, en la cual se evidencia la presencia de contenido intestinal en el saco pericárdico. Se presenta el caso debido a su baja frecuencia, así como al desafío que plantea la toma de decisiones terapéuticas, considerando el tiempo transcurrido desde el procedimiento inicial.



## ESTENOSIS DEL TRONCO CORONARIO IZQUIERDO NO ATEROSCLERÓTICA: APORTE DE LA ANGIOTOMOGRAFÍA EN EL CAMBIO DE CONDUCTA

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN · Unidad Temática 2: CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

RODRIGUEZ EYRAS, Lucia<sup>1</sup> | CAPDEVILLE, Sofía<sup>1</sup>  
| GIACOMI, Guillermo<sup>2</sup>

▶ Imágenes MDQ, Clínica Colón/Clínica Pueyredon<sup>1</sup>; Hospital Interzonal De Agudos, Dr. Oscar Alende, Mar Del Plata<sup>2</sup>

### INTRODUCCIÓN

La angiotomografía coronaria ha sido tradicionalmente utilizada para la evaluación luminal de las arterias coronarias. Sin embargo, su capacidad para caracterizar la pared vascular permite identificar procesos inflamatorios y sistémicos que pueden simular enfermedad aterosclerótica, modificando significativamente la conducta clínica.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de 62 años que consulta por angina de reciente comienzo, de rápida progresión. El electrocardiograma evidenciaba alteraciones difusas del segmento ST de tipo infradesnivel. Un cateterismo cardíaco previo había informado estenosis severa del tronco coronario izquierdo, indicándose cirugía de revascularización miocárdica. En la evaluación prequirúrgica mediante tomografía computada de aorta se evidenció engrosamiento mural circunferencial de la raíz aórtica, aorta ascendente y cayado, sin presencia de calcificación coronaria significativa, hallazgo discordante con la severidad de la enfermedad coronaria previamente reportada. Este hallazgo motivó la realización de una angiotomografía coronaria para mejor caracterización. La angiotomografía mostró dominancia derecha, con arteria coronaria derecha sin enfermedad significativa. A nivel del tronco coronario izquierdo se evidenció un marcado engrosamiento parietal ostial que condicionaba una estenosis severa, sin placas ateroscleróticas asociadas. La descend-

ente anterior y la circunfleja no presentaban enfermedad significativa. Se observó además engrosamiento mural circunferencial de la raíz aórtica, aorta ascendente y cayado de hasta 4,4 mm, con extensión hacia el ostium del tronco coronario izquierdo, explicando la obstrucción luminal. La resonancia magnética cardíaca evidenció ventrículos no dilatados con función sistólica conservada, sin fibrosis miocárdica, y secuencias potenciadas en T2 con hiperintensidad de la pared aórtica compatible con edema activo. El PET-CT confirmó actividad inflamatoria mediante hipercaptación en la raíz aórtica y cayado (SUVmáx 4,02), en relación con aortitis activa. Con estos hallazgos se reinterpretó la enfermedad coronaria como secundaria a compromiso inflamatorio parietal, descartándose un origen aterosclerótico. Esto motivó un cambio en la conducta terapéutica, priorizando tratamiento inmunomodulador por sobre la revascularización quirúrgica inicialmente indicada. En el seguimiento mediante tomografía computada se evidenció estabilidad del engrosamiento aórtico con reducción del compromiso coronario, particularmente a nivel del tronco coronario izquierdo. Este caso resalta el valor de la angiotomografía coronaria no solo en la evaluación luminal, sino en la caracterización de la pared vascular, permitiendo identificar etiologías inflamatorias que modifican sustancialmente el diagnóstico y la estrategia terapéutica, evitando intervenciones potencialmente innecesarias. Es probable que, de haberse llevado a cabo la cirugía de revascularización miocárdica sin este adecuado diagnóstico etiológico, la paciente hubiera presentado una evolución desfavorable.

## FÍSTULA CORONARIA DESDE ARTERIA CIRCUNFLEJA HACIA SISTEMA BRONQUIAL: DIAGNÓSTICO POR IMAGEN MULTIMODAL Y TRATAMIENTO PERCUTÁNEO

Unidad Temática: **CARDIOPATÍA ISQUÉMICA** · U.T. 2: **CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO**

MARTINEZ, Vanina Gisela | GARCIA PACHO, Pablo Daniel | FRANCO MENCH, Fernando

▶ INOVA

### INTRODUCCIÓN

Las fístulas coronarias son anomalías poco frecuentes que consisten en una comunicación anómala entre una arteria coronaria y una cámara cardíaca o un vaso de la circulación mayor o pulmonar. Aunque suelen ser asintomáticas, pueden generar fenómenos de robo coronario o insuficiencia cardíaca. La Angio-Tomografía Computarizada (Angio-TC) multidetector permite una caracterización anatómica precisa del origen, trayecto y sitio de drenaje de la fístula, información crucial para la planificación del cierre percutáneo.



### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 74 años, sin antecedentes cardiovasculares de relevancia, que consulta por dolor precordial típico. Presenta electrocardiograma sin alteraciones isquémicas y marcadores de necrosis miocárdica negativos. El ecocardiograma transtorácico no evidenció alteraciones estructurales ni funcionales. Se decide realizar Angio-TC coronaria, que mostró un score de calcio de grado moderado y ateromatosis coronaria con obstrucción leve en la arteria coronaria derecha, clasificándose como CAD-RADS 2. Como hallazgo relevante, se identificó una fístula coronaria con origen en la arteria circunfleja y trayecto hacia la arteria pulmonar derecha. Se realizó cinecoronariografía diagnóstica que confirmó arterias coronarias epicárdicas con enfermedad ateromatosa no obstructiva. Asimismo, permitió caracterizar con mayor precisión la fístula, originada en el ramo posteroventricular de la arteria circunfleja, con drenaje hacia la arteria pulmonar derecha/sistema bronquial. Dada la relevancia anatómica y el potencial impacto hemodinámico, se decidió tratamiento percutáneo. Se realizó embolización exitosa mediante la implantación de seis microcoils, logrando la oclusión completa del flujo anómalo. El procedimiento cursó sin complicaciones y el paciente evolucionó favorablemente. Las fístulas coronarias representan una entidad infrecuente, con una prevalencia estimada menor al 1% en estudios angiográficos. Su presentación clínica es variable y depende del tamaño, trayecto y volumen de cortocircuito. La Angio-TC coronaria se ha consolidado como una herramienta fundamental en su evaluación, permitiendo una visualización tridimensional precisa del trayecto fistuloso, su relación con estructuras vecinas y la identificación de posibles complicaciones. En este caso, permitió sospechar el di-



agnóstico y orientar la estrategia invasiva. La cinecoronariografía continúa siendo el estándar para la confirmación diagnóstica y, en muchos casos, permite el tratamiento en el mismo procedimiento. El cierre percutáneo con coils constituye una alternativa eficaz y segura frente a la cirugía, especialmente en anatomías favorables.

## CRÓNICA DE RESISTENCIAS EN SERIE: COARTACIÓN DE AORTA NATIVA Y ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE EN UN OCTOGENARIO

Unidad Temática: **CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO** · Unidad Temática 2: **MULTI-IMAGEN**

CARRERO, María Celeste | CASTRO, Julián | DE STEFANO, Luciano | STUTZBACH, Pablo Guillermo

► Sanatorio Las Lomas

### INTRODUCCIÓN

La coartación de aorta (CoAo) representa entre el 5% y el 8% de las cardiopatías congénitas. Aunque su mortalidad es elevada en la etapa neonatal, existe un subgrupo excepcional (<1%) de adultos mayores con CoAo nativa "silente". Esta supervivencia prolongada suele asociarse a formas moderadas de la patología y a un desarrollo extraordinario de circulación colateral. La asociación con válvula aórtica bicúspide (VAB) es frecuente (50-85%), compartiendo una base fisiopatológica en las células de la cresta neural que predispone a la fragilidad de la túnica media y a eventos vasculares graves.

### DESCRIPCIÓN

Masculino de 84 años con múltiples factores de riesgo cardiovascular y diagnóstico tardío, a los 72 años, de CoAo con intento frustrado de resolución. Paciente reinicia seguimiento con cardiología luego de 4 años. Refiere cuadro clínico caracterizado por progresión de disnea clase funcional (CF) II a III. Los estudios complementarios (AngioTC y ETT) revelaron una "resistencia en serie" severa: VI con hipoquinesia global con FEY 45%, hipertrofia septal, extensa esclero calcificación valvular mitral y aórtica, estenosis Aórtica (EAo) moderada a severa, sobre válvula bicúspide calcificada (AVA 1.49 cm<sup>2</sup> con score de calcio >2000 UH, gradientes aumentados GMed:36mmhg) y Coartación Aórtica severa en el istmo. Se observó una extensa calcificación de la aorta torácica, marcada tortuosidad de las arterias mamarias y un desarrollo masivo de colaterales. A pesar de la indicación de resolución endovascular, el paciente rechazó el procedimiento debido a una experiencia fallida previa.



## ENTRE SOPLOS Y DECISIONES: EL DESAFÍO DE UNA VALVULOPATÍA DOBLE

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN · Unidad Temática 2: VALVULOPATÍAS

NAYEM, María Del Pilar | CARRERO, María Celeste | DE STEFANO, Luciano

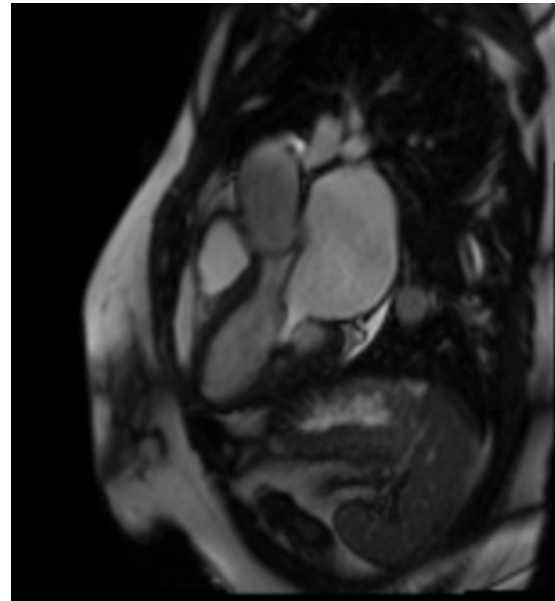
▶ Sanatorio Las Lomas

### INTRODUCCIÓN

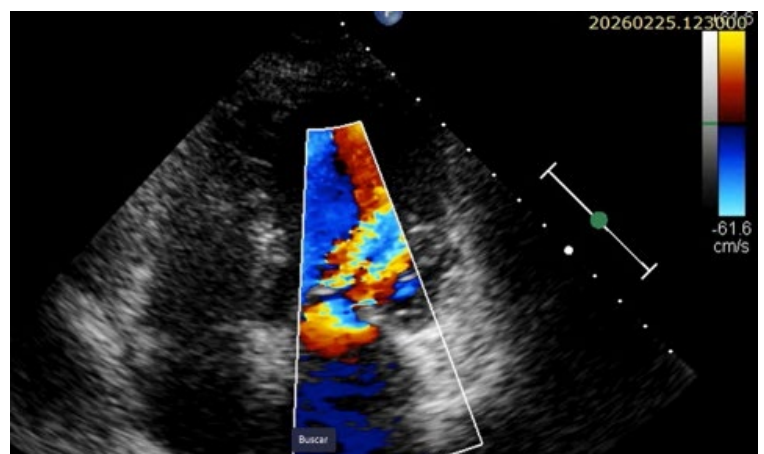
Las valvulopatías mitro-aórticas concomitantes plantean desafíos diagnósticos y terapéuticos, especialmente en mujeres en edad fértil debido al impacto hemodinámico del embarazo. La evaluación multimodal (ecocardiografía transtorácica/transesofágica y resonancia cardíaca) es clave para cuantificar las valvulopatías, monitorizar su progresión y planificar el momento y la estrategia de intervención. Presentamos un caso ilustrativo de enfermedad mitro-aórtica combinada en contexto gestacional y su manejo mediante valoración integradora para la correcta decisión terapéutica.

### DESCRIPCIÓN

Se presenta el caso de una paciente de 39 años, sin factores de riesgo cardiovascular, con antecedente de válvula aórtica bicúspide diagnosticada por soplo en la infancia y de fiebre reumática con afección mitral. Refiere controles esporádicos de su valvulopatía y haber cursado un embarazo con escasos controles cardiológicos. Concorre a nuestra institución ante deseo gestacional. Se realiza evaluación inicial mediante ecocardiografía transtorácica y transesofágica, evidenciándose estenosis mitral leve a moderada (área valvular  $\sim 1.5 \text{ cm}^2$ , score de Wilkins 7) y válvula aórtica bicúspide con estenosis leve a moderada e insuficiencia leve, asociadas a dilatación auricular izquierda. Se solicita resonancia cardíaca para completar evaluación de valvulopatía mitro-aórtica y cuantificación precisa. La resonancia magnética cardíaca confirmó función biventricular conservada, sin evidencia de fibrosis miocárdica, y permitió caracterizar la enfermedad valvular combinada, con compromiso mitral de etiología reumática y válvula aórtica bicúspide (rafe entre senos coronario derecho e izquierdo) con insuficiencia leve. El ecocardiograma de estrés no evidenció isquemia ni arritmias, con adecuada capacidad funcional. La paciente presenta embarazo no programado antes de completar la evaluación cardiológica. Cursa 2do. embarazo de alto riesgo, con evolución clínica favorable y sin complicaciones materno-fetales. En el seguimiento postparto, de difícil adherencia, inicialmente asintomática, refiere aumento de 10 kg de peso, evoluciona con disnea de esfuerzo. El ecocardiograma transtorácico evidencia progresión de la enfermedad mitral con dilatación severa de aurícula izquierda con incremento significativo de los gradientes transmitrales (hasta 31/19 mmHg) y de la presión sistólica pulmonar (50 mmHg) con el ejercicio, compatible con estenosis mitral funcionalmente significativa. La valvulopatía aórtica no presentó cambios. Se solicita nueva resonancia que confirma



enfermedad valvular mitral y aórtica significativa, con insuficiencia aórtica leve a moderada (fracción regurgitante 12%) y estenosis aórtica moderada, asociadas a dilatación severa de aurícula izquierda, con función ventricular preservada y ausencia de realce tardío. Se recomienda descenso de peso, se desaconseja nuevo embarazo y se inicia tratamiento diurético. Se plantea paciente en ateneo de enfermedad estructural para plantear intervención valvular escalonada. En pacientes con enfermedad valvular mitro-aórtica la evaluación multimodalidad permite la cuantificación precisa y colabora en el manejo para definir la estrategia terapéutica óptima y el momento oportuno de intervención quirúrgica.



## CARACTERIZACIÓN POR RESONANCIA MAGNÉTICA DE MASA PERICÁRDICA QUÍSTICA DE ETIOLOGÍA

Unidad Temática: TOMOGRAFÍA COMPUTADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA

RODRIGUEZ EYRAS, Lucía | CAPDEVILLE, Sofía

▶ Imágenes MDQ, Clínica Colón/Clínica Pueyredon

### INTRODUCCIÓN

Los gossypibomas son materiales quirúrgicos retenidos que pueden manifestarse tardíamente como masas quísticas o tumorales. Su localización pericárdica es infrecuente y plantea un desafío diagnóstico, donde la resonancia magnética cardíaca cumple un rol clave en su caracterización.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de 68 años, con antecedente de cirugía de revascularización miocárdica 14 años previos, que consulta por disnea progresiva. Los estudios funcionales no evidenciaron isquemia inducible. El ecocardiograma transtorácico evidenció una lesión quística pericárdica, con sospecha inicial de quiste hidatídico en contexto epidemiológico, sin hallazgos concluyentes en tomografía computada sin contraste. Se realizó resonancia magnética cardíaca con secuencias cine SSFP sincronizadas con ECG, T1 y T2 mapping, perfusión en reposo y realce tardío. El ventrículo izquierdo no se encontraba dilatado ni hipertrófico, presentaba disfunción sistólica leve (volumen telediastólico 82 ml/m<sup>2</sup>, fracción de eyección 47%) por alteraciones segmentarias de la motilidad en segmentos inferior basal y medio, inferoseptal y apicales. El ventrículo derecho presentaba tamaño y función conservados (volumen telediastólico 57 ml/m<sup>2</sup>, fracción de eyección 70%). Las aurículas no estaban

dilatadas, con leve compresión de la aurícula derecha por la lesión epicárdica. Se identificó una gran lesión quística bien delimitada (10 × 8 × 8 cm), localizada en el receso pericárdico superior, anterior al mediastino izquierdo. Presentaba estructuras lineales internas sugestivas de septos, atípicas para quistes verdaderos. El mapeo T1 evidenció heterogeneidad tisular y las secuencias T2 hiperintensidad interna compatible con contenido líquido. La perfusión de primer paso confirmó ausencia de perfusión intralésional. En el realce tardío la lesión presentó captación periférica en anillo con ausencia de captación intralésional, compatible con cápsula fibrosa y contenido avascular. En las secuencias de realce tardío se evidenció fibrosis subendocárdica en segmentos inferior basal y medio e inferoseptal, con compromiso transmural en segmentos apicales anteriores, inferiores y septales, en relación con secuela isquémica. La ausencia de hallazgos sistémicos en la tomografía hacía poco probable la etiología hidatídica. En contexto del antecedente quirúrgico y las características por resonancia magnética, se planteó como diagnóstico probable gossypiboma, confirmado posteriormente mediante resolución quirúrgica. Este caso resalta el valor de la resonancia magnética cardíaca en la caracterización de masas pericárdicas de etiología inusual, permitiendo orientar el diagnóstico diferencial más allá de las causas habituales y guiar la conducta terapéutica.

## MIOCARDIOPATÍA POR ENFERMEDAD DE FABRY: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Unidad Temática: MIOCARDIOPATÍAS · Unidad Temática 2: MULTI-IMAGEN

PARODI, Josefina Belén<sup>1</sup> | BANCO AVILA, Pamela Alejandra<sup>2</sup> | MORA CRESPO, Lorena Mishel<sup>1</sup> | JARMA, Joaquín<sup>1</sup> | RICAPITO, María de La Paz<sup>2</sup>

► Sanatorio Anchorena San Martín<sup>1</sup>;  
Sanatorio Anchorena Recoleta<sup>2</sup>

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Fabry es una enfermedad lisosomal ligada al cromosoma X causada por deficiencia de la enzima alfa-galactosidasa A, que a nivel cardíaco suele manifestarse como una miocardiopatía hipertrófica o restrictiva. Si bien es una enfermedad sistémica, en ocasiones puede presentarse solo con compromiso cardíaco. Ante la ausencia de banderas rojas clínicas que orienten la sospecha, las técnicas de imagen cardiovascular, particularmente el ecocardiograma transtorácico (ETT) y la resonancia magnética cardíaca (RMC), cumplen un rol central en la sospecha diagnóstica.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 59 años con múltiples internaciones en los últimos 7 años por angor atípico asociado a elevación de troponinas, con CCG sin lesiones coronarias significativas interpretado como miocarditis o vasoespasm coronario. Presentó además bloqueo auriculoventricular completo que requirió implante de marcapasos a los 58 años. En 08/2025 presenta nueva internación por cuadro similar; se realiza un ETT donde se observa un ventrículo izquierdo (VI) con hipertrofia leve a predominio septal (15 mm), con función sistólica en límite inferior (FEVI 54%), strain longitudinal global disminuido (-13,9%) con mayor compromiso inferoseptal y anterolateral basal (Fig.1), aurícula izquierda levemente dilatada, disfunción diastólica moderada con patrón pseudonormal, PSAP 23 mmHg. Por sospecha de miocardiopatía infiltrativa se realiza centellograma cardíaco con bifosfonatos que descartó amiloidosis, y una RMC con secuencias de eco gradiente ajustadas para mejorar la calidad de la imagen en contexto del marcapasos, que revelan hipertrofia de VI concéntrica leve (14 mm), FEVI 54%, strain longitudinal -14%, T1 mapping reducido (870 ms), RTG intramiocárdico inferolateral basal con patrón no isquémico (Fig.2). Estos hallazgos fueron altamente sugestivos de enfermedad de Fabry. Ante la búsqueda dirigida, el paciente no presenta otros signos de la enfermedad como angioqueratomas, córnea verticilada, acroparestesias o insuficiencia renal. No obstante, dada la alta sospecha por imágenes, se solicita un primer dosaje de actividad de alfa-galactosidasa A en papel de filtro que resulta disminuida (0,34  $\mu\text{mol/l/h}$ ), y de Lyso-Gb3 ele-



Imagen estática del análisis de la deformación longitudinal realizado en las vistas de 2, 4 y 3 cámaras

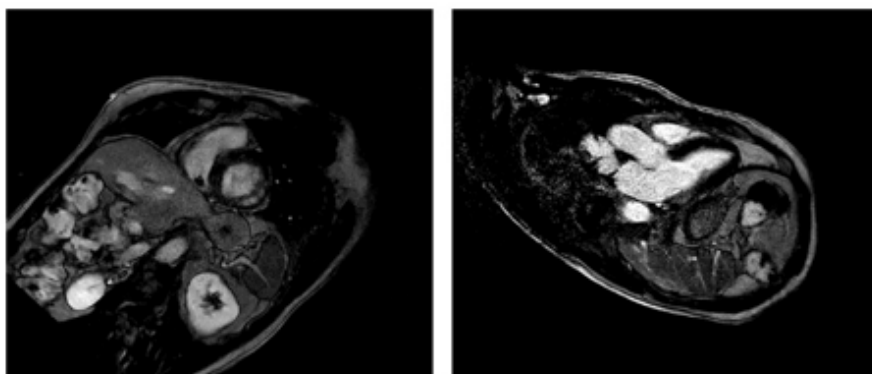


Fig. 2. Imágenes de secuencia PSIR de 3 cámaras y de eje corto a nivel basal que evidencian la presencia de fibrosis focal a nivel inferolateral basal

vado (6,3 ng/ml). Posteriormente se confirma en un nuevo dosaje en leucocitos en sangre periférica, mostrando actividad enzimática deficiente (2,06 nmol/mg/h). Estos resultados confirmaron el diagnóstico bioquímico de enfermedad de Fabry, por lo que se solicita un estudio genético con secuenciación del gen GLA, sin identificarse variantes patogénicas en exones o regiones intrónicas adyacentes. Ante la sospecha de una variante intrónica profunda, que escapa a esta secuenciación inicial, se solicita un genoma completo. No obstante, en concordancia con las guías, el diagnóstico bioquímico en hombres es suficiente para confirmar la enfermedad e iniciar tratamiento. Este caso resalta el valor de la imagen cardiovascular multimodal, particularmente la combinación de ETT y RMC con caracterización tisular, en la sospecha diagnóstica de enfermedad de Fabry, especialmente en pacientes sin otra afectación sistémica, como en el fenotipo tardío (late onset). Asimismo, evidencia un escenario clínico desafiante: la discordancia entre un fenotipo e imagen altamente sugestivos y un estudio genético negativo, lo que obliga a profundizar el análisis para definir la mejor estrategia terapéutica. El rol de las imágenes en la orientación diagnóstica de las miocardiopatías es esencial, y su integración con biomarcadores y estudios genéticos avanzados resulta fundamental para alcanzar el diagnóstico etiológico definitivo en la enfermedad de Fabry, con implicancias terapéuticas y familiares.

## DESAFÍO MULTIMODAL EN ATRESIA PULMONAR CON SEPTUM INTACTO: DE LA PALIACIÓN UNIVENTRICULAR AL TRASPLANTE CARDÍACO

Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA**

RODAS, Rodrigo | VAZQUEZ, Carlos Alberto | CORNELIS, Javier | QUIROGA, Luis Guillermo | HAAG, Dora Fabiana

► Hospital de Pediatría  
JP Garrahan

### INTRODUCCIÓN

La Atresia Pulmonar con Septum Intacto (APSI) presenta un espectro anatómico amplio, donde la presencia de sinusoides y fistulas coronario-ventriculares con obstrucción coronarias significativas, puede condicionar una circulación coronaria dependiente del ventrículo derecho, obligando a una estrategia de paliación univentricular y/o trasplante cardíaco. El objetivo de este reporte es describir el rol de la ecocardiografía y la AngioTC en la re-estratificación de un paciente desde el estadio de Glenn hacia el trasplante cardíaco.

### DESCRIPCIÓN

Se presenta el caso de un paciente de 7 años con diagnóstico de Atresia Pulmonar con Septo Intacto (APSI) cuya historia quirúrgica incluyó una anastomosis sistémico-pulmonar izquierda (ASPI) a los 4 meses de vida y una cirugía de Glenn a los 2 años. A los 5 años, mediante cateterismo, se objetivó hipertensión en el sistema cavopulmonar, procediéndose a la oclusión exitosa de la ASPI; sin embargo, tras el cierre definitivo, el paciente evolucionó con cianosis progresiva e insuficiencia cardíaca severa. La evaluación por multimodalidad (Ecocardiografía, AngioTC y coronariografía) reveló un ventrículo derecho bipartito hipoplásico y un ventrículo izquierdo dilatado con disfunción sistólica severa. El estudio detallado de la red coronaria evidenció arterias severamente aneurismáticas con trayectos anómalos, confirmándose mediante angiografía que la arteria descendente anterior presentaba circulación dependiente del ventrículo derecho (RVDC). Asimismo, se identificaron dos sinusoides de gran calibre que comunicaban la coronaria izquierda con el ventrículo derecho rudimentario y un patrón parenquimatoso pulmonar distal de aspecto "apolillado", sugerente de microfistulas arteriovenosas bilaterales como causa de la hipoxemia refractaria. Dada la contraindicación de progresión a Fontan por la severa disfunción biventricular y el compromiso vascular, el paciente fue incluido en lista de trasplante cardíaco. La precisión de las imágenes preoperatorias fue de-



terminante para planificar un explante extendido en el donante y un implante con reparaciones personalizadas a la anatomía del receptor, optimizando los tiempos de isquemia y minimizando la morbilidad por defectos anatómicos residuales. El trasplante se realizó con éxito. Este caso destaca la importancia del estudio imagenológico en el manejo del trasplante cardíaco en las cardiopatías congénitas complejas. La capacidad de anticipar la anatomía particular de cada paciente mediante imágenes avanzadas, permite personalizar la técnica de ablación e implante del injerto, impactando directamente en la reducción de los tiempos de isquemia. Esta optimización quirúrgica se traduce en una mejor preservación de la función contráctil del injerto y aumenta las probabilidades de un implante sin defectos anatómicos residuales significativos, factores que resultan determinantes para el correcto funcionamiento hemodinámico y el éxito clínico a largo plazo.

## REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE INSUFICIENCIA MITRAL SEVERA A NIVEL COMISURAL POSTERIOR EXITOSA CON DISPOSITIVO DRAGONFLY

Unidad Temática: VALVULOPATÍAS · Unidad Temática 2: ECOCARDIOGRAFÍA

BERMEO ASTUDILLO, Edison Bolivar | AIMONE, María Paula

 Hospital Cesar Milstein



### INTRODUCCIÓN

La insuficiencia mitral (IM) funcional severa constituye una entidad frecuente en pacientes con miocardiopatía dilatada y disfunción ventricular izquierda, asociándose a elevada morbimortalidad y deterioro progresivo de la calidad de vida. Su fisiopatología se relaciona con la dilatación ventricular, el desplazamiento de los músculos papilares y la consecuente alteración en la coaptación valvular. En pacientes con alto riesgo quirúrgico, la reparación valvular mitral percutánea mediante técnicas de edge-to-edge (TEER) ha emergido como una alternativa terapéutica eficaz, demostrando mejoría sintomática y reducción de hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca. El adecuado screening mediante ecocardiografía Doppler y transesofágica permite caracterizar el mecanismo de la insuficiencia mitral, cuantificar su severidad y seleccionar candidatos apropiados para intervención percutánea.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 73 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y enfermedad venosa crónica, en seguimiento por insuficiencia mitral severa funcional de 5 años de evolución. Evolucionó con disnea progresiva en clase funcional II, motivo

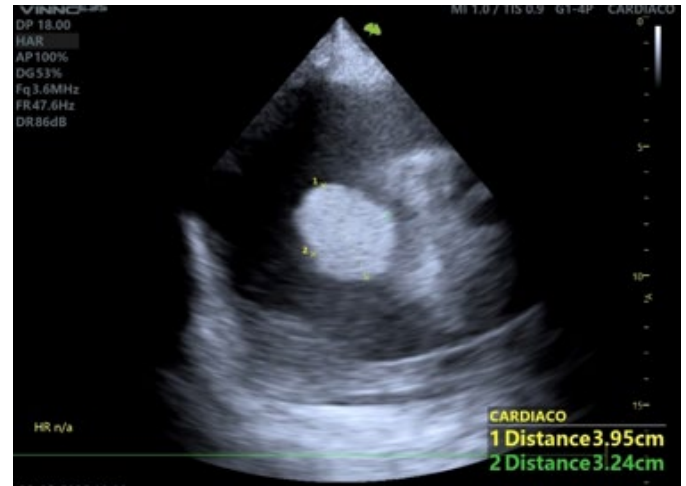
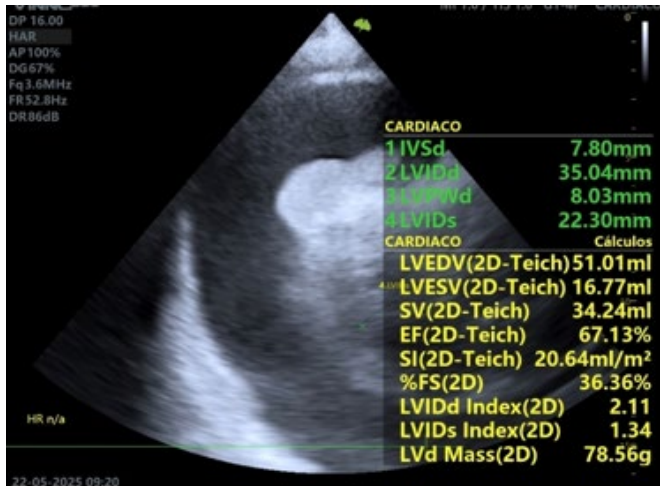
por el cual se realizó ecocardiograma Doppler que evidenció insuficiencia mitral severa de mecanismo funcional (Carpentier I/III-B), secundaria a dilatación anular y tethering simétrico (área de tethering 4,7 cm<sup>2</sup>; orificio regurgitante efectivo 47 mm<sup>2</sup>; volumen regurgitante 73 ml; vena contracta 7,4 mm), asociada a dilatación severa del ventrículo izquierdo y deterioro severo de la función sistólica (FEVI 28%). Los estudios complementarios confirmaron miocardiopatía dilatada con hipertensión pulmonar moderada y dilatación biauricular, sin enfermedad coronaria significativa. Dado el alto riesgo quirúrgico (STS 3,42%; mortalidad/morbilidad 11,1%), se decidió resolución percutánea mediante TEER. Ingresó de forma programada, clínicamente estable, realizándose el día 09/04 reparación endovascular mitral a nivel comisural posterior mediante dispositivo Dragonfly, con acceso femoral derecho, sin complicaciones intraprocedimiento. El control ecocardiográfico posterior evidenció resultado satisfactorio sin complicaciones. Evolucionó hemodinámicamente estable, sin eventos arrítmicos, con adecuada tolerancia a la vía oral y sin complicaciones en sitio de punción. Fue dada de alta al segundo día post procedimiento, en buen estado general, con tratamiento médico optimizado para insuficiencia cardíaca y doble antiagregación plaquetaria, con suspensión de anticoagulación previa.

## MASA DE MEDIASTINO ANTERIOR ASOCIADO A DERRAME PERICARDICO SEVERO: REPORTE DE CASO

Unidad Temática: **ECOCARDIOGRAFÍA**

SARANGO VIVANCO, Xiomara Rebeca | GIMENEZ MORESCO, Marcela |  
TREJO, Graciela Susana

 Hospital Cesar Milstein



### INTRODUCCIÓN

Las masas del mediastino anterior representan aproximadamente el 50% de las lesiones mediastínicas y su etiología incluye principalmente timomas, linfomas, tumores germinales y patología tiroidea. Las etiologías más frecuentes de las masas mediastínicas anteriores son las neoplasias tímicas en aproximadamente el 35% y el linfoma en aproximadamente el 25% (HL, 13% y NHL, 12%). Se presenta en hombres y mujeres mayores de 40 años, comúnmente el bocio tiroideo y las neoplasias tímicas representan dos tercios de las masas mediastínicas anteriores. Entre el 30% y el 50% de los pacientes con timomas tendrán un síndrome paraneoplásico asociado, el más común de los cuales es la miastenia gravis. Pueden manifestarse con una amplia gama de síntomas clínicos: Disnea, Dolor torácico y síndrome de la vena cava superior. Las masas del mediastino anterior representan aproximadamente el 50% de las lesiones mediastínicas y su etiología incluye principalmente timomas, linfomas, tumores germinales y patología tiroidea ectópica. El derrame pericárdico severo asociado a estas lesiones es una presentación poco frecuente, pero potencialmente grave debido al riesgo de taponamiento cardíaco. Presentamos el caso de un paciente con masa mediastínica anterior diagnosticada en el contexto de derrame pericárdico severo con colapso parcial de cavidades derechas.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 72 años de edad, con factores de riesgo cardiovasculares de tabaquismo y edad, sin antecedentes cardiovasculares conocidos. Con antecedentes clínicos de Miastenia gravis diagnosticado en 2023. A su ingreso a Unidad Coronaria se realiza Ecocardiograma transtorácico: VI 35/23, SIV 8, PPVI 9, FAC % 35, FEY % 66, AI 27, AO 26, VM: Sin particularidades. VAo: Sin particularidades con apertura adecuada VP 1.04 m/seg GP 4.3 mmHg. VT y P: Sin particularidades. CD: De tamaño normal con FSVD conservada. Se observa colapso parcial de ambas cavidades. VCI dilatada con colapso inspiratorio menor al 50%. AI: Libre, de tamaño normal (área 11 cm<sup>2</sup> vol 11 ml/m<sup>2</sup>) Mínimo colapso. VI: Diámetros y espesores parietales adecuados. Sin alteración en la motilidad parietal FSVI conservada. Patrón de relajación prolongada. Pericardio: Severo derrame circunferencial de hasta 3 cm. Se observan imágenes mamelonadas de predominio apical que impresionan no estar unidas a la pared de 3.9 x 1.9 cm, otra de 3.5 x 3.2 cm y una tercera de 2.6 x 1.5 cm. Se realizó punción de líquido bajo tomografía y posteriormente se realizó ventana pleuropericárdica con drenaje, con débito total de 750ml de líquido serohemático, Intraquirófano se evidenció tumoración rojiza presente sobre cara anterior de VD. Anatomía patológica: Neoplasia primaria tímica. TIMOMA B3BP. Actualmente se encuentra realizando sesiones de quimioterapia (Doxorrubicina 50mg/m<sup>2</sup> y Platino 50mg/m<sup>2</sup>)

## EL ORIGEN DEL TROMBO: PSEUDOANEURISMA VENTRICULAR IZQUIERDO DE PRESENTACIÓN CARDIOEMBÓLICA

Unidad Temática: ECOCARDIOGRAFÍA

HERRERA VIVANCO, Gina Daniela | QUEZADA CRIOLLO, Verónica Elizabeth |  
BECK, Martín Alejandro | MARAMBIO, Gerardo Manuel | LAX, Jorge Alberto

► Hospital De Agudos  
Dr Cosme Argerich

### INTRODUCCIÓN

El pseudoaneurisma ventricular izquierdo constituye una complicación mecánica muy rara del infarto agudo de miocardio (IAM) transmural, pero potencialmente mortal. Si bien su letalidad se haya condicionada por su alto riesgo de rotura, los pseudoaneurismas crónicos podrían manifestarse con insuficiencia cardíaca o embolizaciones sistémicas, sobre todo aquellos de gran tamaño.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 52 años, con antecedente de miocardiopatía de etiología isquémico necrótica con fracción de eyección (FE) reducida y accidente cerebrovascular (ACV) isquémico en 2023 asociado a trombo-sis apical. Ingresó a sanatorio por un nuevo evento neurológico (ACV isquémico protuberancial) por lo que se realizó ecocardiograma transtorácico como parte de la evaluación etiológica que evidenció disfunción ventricular izquierda (FE 36%) y un gran pseudoaneurisma apical confirmándose como la fuente cardioembólica. Dada la recurrencia del evento cardioembólico se evaluó el caso clínico en conjunto con servicio de Cirugía Cardiovascular y se decidió resolución quirúrgica con resección del pseudoaneurisma y rafia del ventrículo izquierdo (VI), cursando postoperatorio tórpido en Unidad Coronaria. Finalmente el paciente evolucionó favorablemente con ecocardiograma postquirúrgico que evidenció la restitución de la geometría ventricular izquierda con FE del 40%, permitiendo su alta médica. Este caso clínico muestra una de las complicaciones mecánicas más críticas y desafiantes del IAM, su diferenciación de aneurismas verdaderos supone un reto diagnóstico donde los estudios de imagen como el ecocardiograma juegan un rol fundamental para caracterizarlos y definir la mejor estrategia terapéutica.



## ENDOCARDITIS INFECCIOSA, DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS. EL PAPEL DE LA IMAGEN MULTIMODAL

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN · Unidad Temática 2: VALVULOPATÍAS

MEDINA FREIRE, Daniela

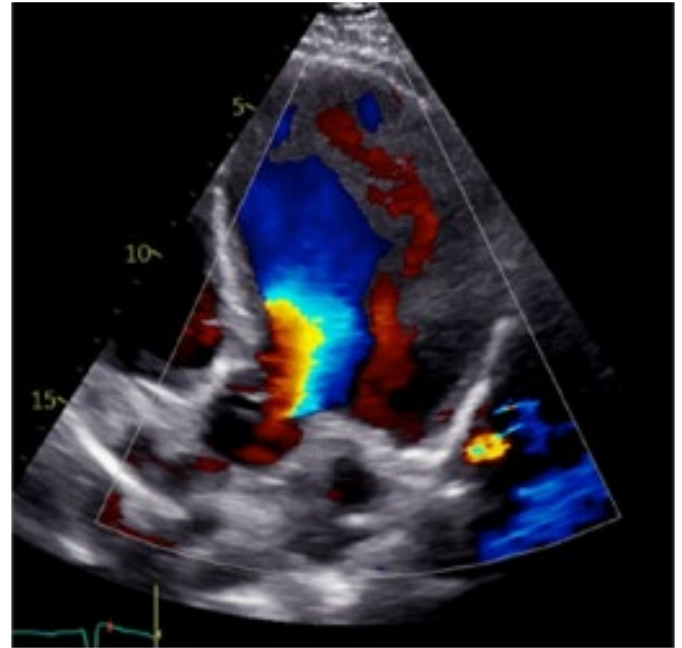
► Hospital General de Agudos "Carlos G. Durand"

### INTRODUCCIÓN

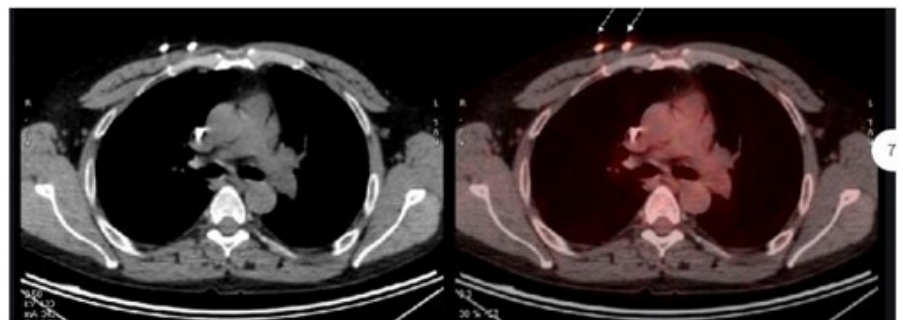
La endocarditis infecciosa (EI) continúa siendo una entidad de elevada morbimortalidad, particularmente en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en hemodiálisis, donde los accesos vasculares constituyen un importante foco infeccioso. En este contexto, el *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR) representa uno de los principales agentes etiológicos, con elevado riesgo de embolización séptica y complicaciones valvulares.

### DESCRIPCIÓN

Se presenta el caso de un paciente masculino de 48 años, ex enolista, con antecedentes de hemorragia digestiva alta secundaria a várices esofágicas, con múltiples episodios que requirieron transfusión de hemoderivados. Presenta antecedente de osteomielitis diagnosticada hace 16 años, que fue tratada mediante toilette quirúrgica y antibioticoterapia con trimetoprima-sulfametoxazol, evolucionando posteriormente con enfermedad renal crónica, en la actualidad en hemodiálisis trisemanal. Durante su evolución presentó múltiples episodios de infección asociada a catéter de hemodiálisis tipo Cook, destacándose un episodio grave ocurrido cuatro años antes, con hemocultivos positivos para *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR), por lo que recibió tratamiento con vancomicina. En el marco de la evaluación de posibles focos sépticos se evidenciaron embolias sépticas pulmonares, con desarrollo de neumonía necrotizante y endocarditis infecciosa que fue tratada con vancomicina endovenosa durante 6 semanas y posteriormente fue dado de alta. Acude a revisión de rutina en consultorio donde se presenta hemodinámicamente estable, niega episodios febriles, se evidencia soplo protodiastólico decreciente 3/6 regurgitante en foco aórtico, soplo diastólico 2/6 en foco mitral, pulso de Corrigan y signo de Landolfi positivos. Al interrogatorio relata disnea Clase funcional II de 2 años de evolución. Se realiza ETT donde se evidencia dilatación de cavidades izquierdas, FEY 62%, válvula aórtica trivalva con insuficiencia con dos jet sin relación con la comisura, uno de ellos excéntrico hacia la valva anterior mitral de grado severo. Por contraindicación de ETE para descartar endocarditis activa se realiza PET/CT misma que no evidencia



captación a nivel cardiaco, informa incremento difuso de captación de radiotrazador en el catéter de cook actual por lo que se realiza recambio y cultivo de punta sin rescates microbiológicos. Se decide rotar de hemodiálisis a diálisis peritoneal para evitar nuevas infecciones a foco endovascular, se realiza enteroscopia con argón plasma para control de hemorragia digestiva y por decisión de Heart team se decide realizar recambio valvular aórtico con válvula protésica biológica. Posterior al procedimiento evolucionó favorablemente, en ETT control se informa válvula normofuncionante.



## “RESOLUCIÓN PERCUTÁNEA SIMULTÁNEA DE COARTACIÓN AÓRTICA SEVERA Y DUCTUS ARTERIOSO PERMEABLE MEDIANTE IMPLANTE DE STENT EN EDAD PEDIÁTRICA”

Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA**

SENGUER ACUÑA, Fernanda<sup>1</sup> | ALONSO, José<sup>2</sup> | DUARTE, Ernesto Ramon<sup>1</sup> | WOLOSZYN, Marcela<sup>1</sup>

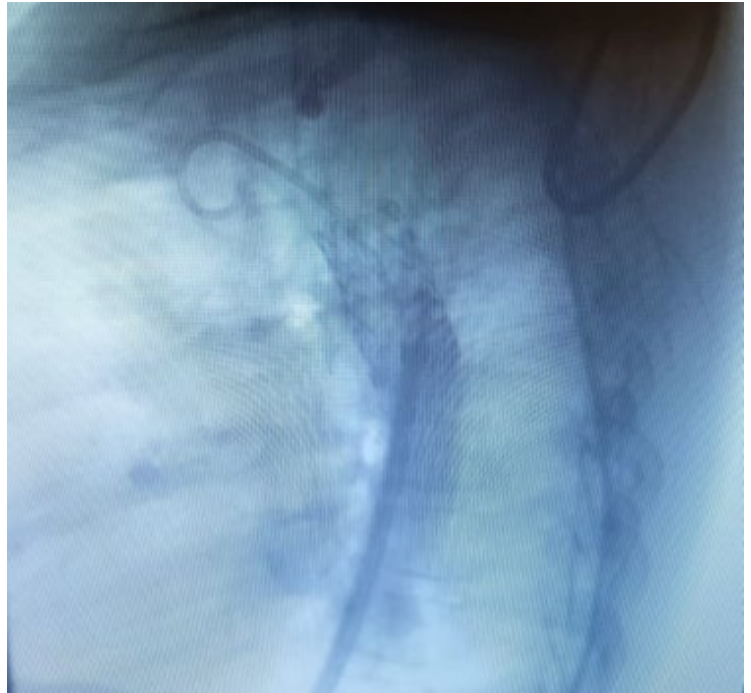
► Hospital Madariaga<sup>1</sup>;  
Hospital Garrahan<sup>2</sup>

### INTRODUCCIÓN

El manejo de cardiopatías congénitas ha evolucionado significativamente hacia estrategias mínimamente invasivas. La coartación de aorta (CoAo) y el ductus arterioso permeable (DAP) son entidades frecuentes en pediatría, cuya asociación representa un desafío fisiopatológico y terapéutico. Tradicionalmente, estas lesiones han requerido abordajes quirúrgicos o intervenciones percutáneas secuenciales. Sin embargo, en casos seleccionados, es posible realizar un tratamiento simultáneo mediante técnicas endovasculares, optimizando resultados y reduciendo la morbimortalidad. Se presenta el caso de una paciente pediátrica con CoAo severa y DAP grande, tratada exitosamente mediante angioplastia con implante de stent, logrando además el cierre del ductus con el mismo dispositivo.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 9 años, con diagnóstico de DAP grande no restrictivo y CoAo severa, en tratamiento médico y clase funcional I-II. Peso: 27.600 Kg. Rosada. Pulsos femorales más débiles en miembros inferiores. No hepatomegalia. No edema. Ruidos cardíacos NF, soplo sistólico eyectivo 4/6 en región infraclavicular e interescapular izquierda y soplo continuo en maquinaria en base y dorso. Frenito palpable. BEBA. Sin ruidos agregados. Sat O<sub>2</sub> 98%. Diferencial de presión entre MMSS y MMII. El ecocardiograma mostró dilatación del ventrículo izquierdo con función conservada, DAP significativo y gradiente aórtico de 65–70 mmHg. La angiotomografía confirmó coartación distal



a la subclavia izquierda y ductus adyacente. Se realizó tratamiento percutáneo mediante angioplastia con implante de stent recubierto a nivel de la coartación, logrando simultáneamente el cierre del ductus arterioso con el mismo dispositivo. Procedimiento sin complicaciones. Gradiente residual leve a nivel de sitio de coartación con oclusión completa del DAP. La paciente permaneció internada por 24 hs, sin intercurencias, luego de lo cual recibe el alta.

## ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN PACIENTE CON TETRALOGIA DE FALLOT NO CORREGIDA: IMPORTANCIA DE LA IMAGEN EN LA CONDUCTA TERAPÉUTICA

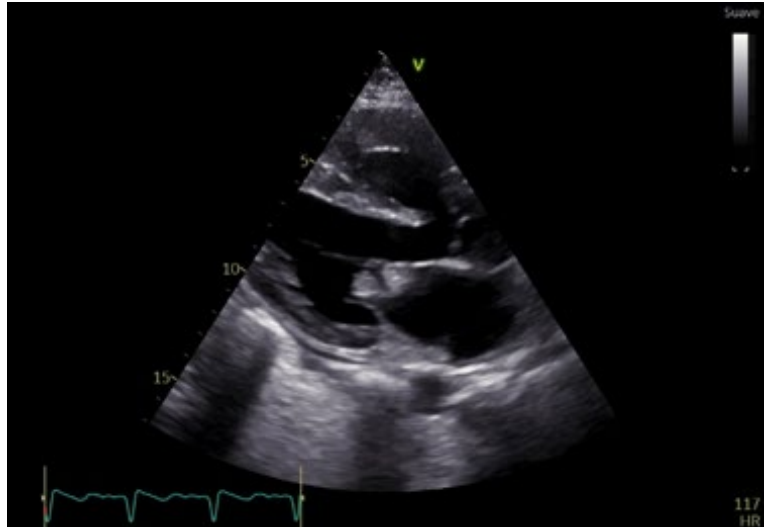
Unidad Temática: **CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO**

MOLINA, Marcelo Joaquín

► Hospital General de Agudos  
Donación Francisco Santojanni

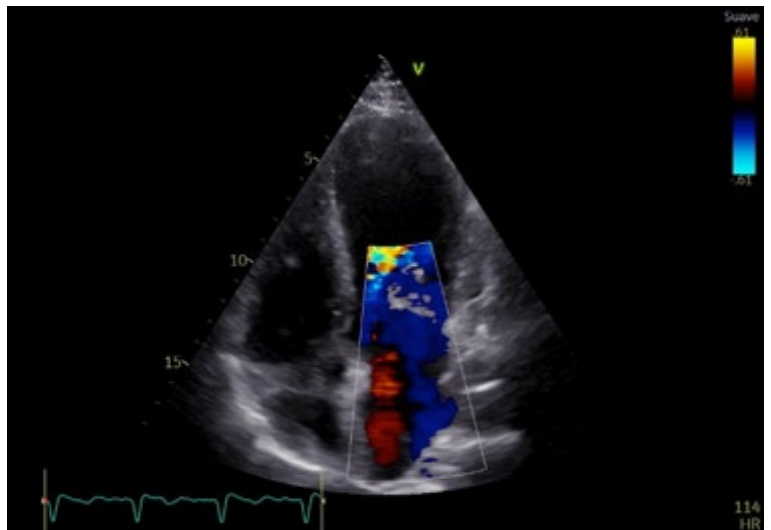
### INTRODUCCIÓN

La Tetralogía de Fallot es una cardiopatía congénita cianótica caracterizada por hipoflujo pulmonar secundario a obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho, que puede comprometer el nivel valvular, anular e infundibular. Se asocia a una comunicación inter-ventricular y a cabalgamiento de la aorta sobre el septum interventricular. Dentro del espectro de las cardiopatías congénitas, presenta uno de los mayores riesgos de endocarditis infecciosa, estimado en aproximadamente 30 veces superior al de la población general. La caracterización anatómica y funcional mediante métodos de imagen, particularmente la ecocardiografía y la resonancia magnética cardíaca, resulta esencial tanto para el diagnóstico preciso como para la planificación de la estrategia terapéutica.



### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 29 años de edad, con antecedente de tetralogía de Fallot no corregido, refiriendo equivalentes febriles, consulta por cuadro clínico caracterizado por paresia leve braquiocrural derecha, con TAC de cerebro que informa imagen hipodensa en región parietal izquierda y frontal izquierda, de aspecto cardioembólico, ante dicho hallazgo se realiza ecocardiograma Doppler que informa Tetralogía de Fallot, con hipertrofia concéntrica del ventrículo derecho (13 mm), con solución de continuidad en segmento basal del septum interventricular, válvula Pulmonar hipoplásica (13mm, VP 4.6 m/seg), Válvula Aortica normal cabalgante en SIV. Válvula Mitral evidencia engrosamiento de valva anterior en segmentos A2 y A3 de 10 x 15 mm, con imagen prolapsante de 22mm, que contacta con vena pulmonar superior izquierda con insuficiencia severa con múltiples jets regurgitantes. En plan de resolución quirúrgica de endocarditis y de cardiopatía congénita de base se decide realizar RMN cardíaca que confirma IM severa con valvas engrosadas, fracción regurgitante de 61%. Jet amplio desde A1/P1 hacia pared libre de aurícula izquierda. Dilatación leve a moderada de la aurícula izquierda. Tetralogía de Fallot no reparada con Qp/Qs de 0.8, obstrucción severa a la salida ventricular derecha con velocidad máxima obtenida de 4.5m/s. CIV



subaórtica amplia (22 x 24 mm) Flujo neto preferencial hacia pulmón izquierdo, relación flujo neto RPD: RPI = 70:30%. Estenosis leve del origen de la rama pulmonar izquierda. En el transcurso de su internación, intercorre con isquemia arterial aguda de miembro superior izquierdo, la cual se interpreta como embolia séptica, se realiza embolectomía quirúrgica, durante dicho procedimiento evoluciona en shock cardiogénico refractario que culmina en óbito.

## “MASA EN AURÍCULA DERECHA EN PACIENTE ONCOLÓGICO, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO”

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN · Unidad Temática 2: CARDIO-ONCOLOGÍA

ALVAREZ RAMOS, Natalia Lilien | CHANGO ACURIO, Gardenia Leonor |  
FERNÁNDEZ, Martín | RICAPITO, María de La Paz | GUAZZONE, Analía Laura

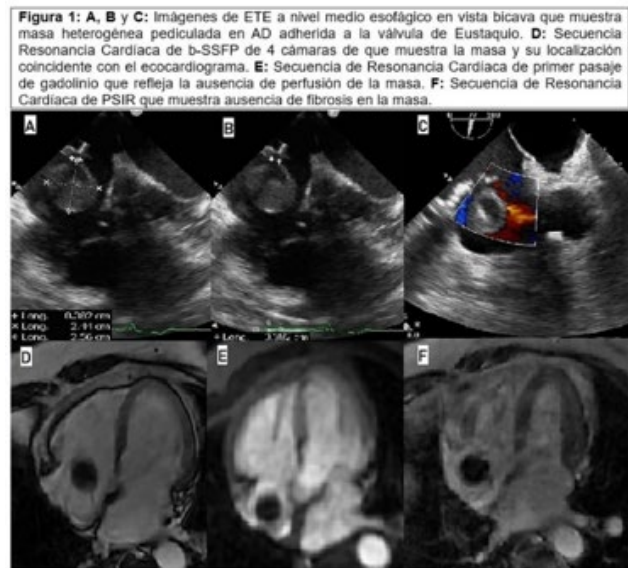
► Sanatorio de la  
Trinidad Palermo

### INTRODUCCIÓN

Las masas en la aurícula derecha (AD) comprenden un grupo heterogéneo de patologías que incluyen trombos, vegetaciones, tumores benignos y malignos. Suelen ser infrecuentes y representan un desafío diagnóstico. Las imágenes multimodales juegan un papel esencial para el diagnóstico etiológico, aunque en algunos casos su confirmación requiera el estudio anatomopatológico.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 75 años de edad con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, linfoma no Hodgkin de células B grandes que completó tratamiento quimioterápico con esquema R-CHOP a través de catéter de Port a Cath, trombosis venosa profunda de vena femoral superficial y poplítea izquierda por la cual realizó tratamiento con apixabán durante 6 meses, con resolución de la misma. En el contexto del seguimiento de su patología oncológica, se realizó tomografía computada con contraste que identificó una masa en AD redondeada, bien delimitada, de aproximadamente 20 mm x 28 mm. Se decidió su internación en unidad coronaria para estudio etiológico de dicha masa. Ingresó hemodinámicamente estable, saturando 90% al aire ambiente, sin signos de insuficiencia cardíaca y signos de Homans - Ollow negativos. Se inició estudio con ecocardiograma transtorácico, el cual se completó con estudio transesofágico, donde se observó una masa en AD redondeada, móvil, de contenido heterogéneo, de 23 mm x 23 mm, adherida a la válvula de Eustaquio mediante un pequeño pedículo de 38 mm; Catéter Port-a-Cath en AD sin evidencia de adherencia a la masa. Ambas venas cavas no presentaban imágenes compatibles con material trombótico. Cavidades derechas con función ventricular conservada y presión sistólica de arteria pulmonar de 47 mmHg. Dada la elevada probabilidad de enfermedad trombótica, se inició anticoagulación. Con el objetivo de realizar caracterización tisular de la masa intracardiaca, se efectuó resonancia magnética cardíaca (RMC), la cual verificó la localización de la masa, descartó perfusión de la misma y la presencia de realce tardío (FIGURA 1). Ante estos hallazgos y considerando las características de la lesión (localización en AD, morfología pediculada, movilidad y delimitación definida), se plantearon como diagnósticos diferenciales trombo organizado, mixoma auricular y compromiso cardíaco secundario a enfermedad linfoproliferativa, decidiéndose así su resolución quirúrgica. El día previo a la intervención, se realizó ecocardiograma control, en el cual se dejó de observar la masa antedicha, sin cambios clínicos ni hemodinámicos. Ante la sospecha de embolización, se realizó angiogramografía de tórax con protocolo para tromboembolismo pulmonar (TEP), que evidenció defecto



de relleno endoluminal compatible con TEP en rama lobar inferior derecha de la arteria pulmonar y ramas subsegmentarias del lóbulo inferior derecho (FIGURA 2). Dada la importancia del diagnóstico etiológico, la necesidad de descartar compromiso linfoproliferativo y, considerando la carga trombótica, se decidió realizar tromboaspiración percutánea. Durante el procedimiento se obtuvo material fibrinoide organizado y fragmentado, con mejoría del flujo pulmonar posterior a la intervención. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de trombo organizado. Evoluciona de manera favorable, sin nuevas intercurencias, continuando con tratamiento anticoagulante hasta el egreso hospitalario. **CONCLUSIÓN** Este caso resalta la importancia de considerar el origen trombótico de las masas intracardiacas derechas en pacientes oncológicos, incluso ante morfologías atípicas. Asimismo, destaca la posibilidad de embolización pulmonar silente y el valor de las imágenes multimodales en la toma de decisiones, siendo en algunos casos necesaria la confirmación anatomopatológica para el diagnóstico definitivo.

## CORAZONES SIN PUNTA: EL DESAFÍO DE DIAGNOSTICAR UNA MIOCARDIOPATÍA "SIN NOMBRE"

Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA** · Unidad Temática 2: **MIOCARDIOPATÍAS**

ROMANI, Bibiana | RODAS, Rodrigo | ROSENAL, Carlos | MOURATIAN, Diana Mariela | HAAG, Dora Fabiana

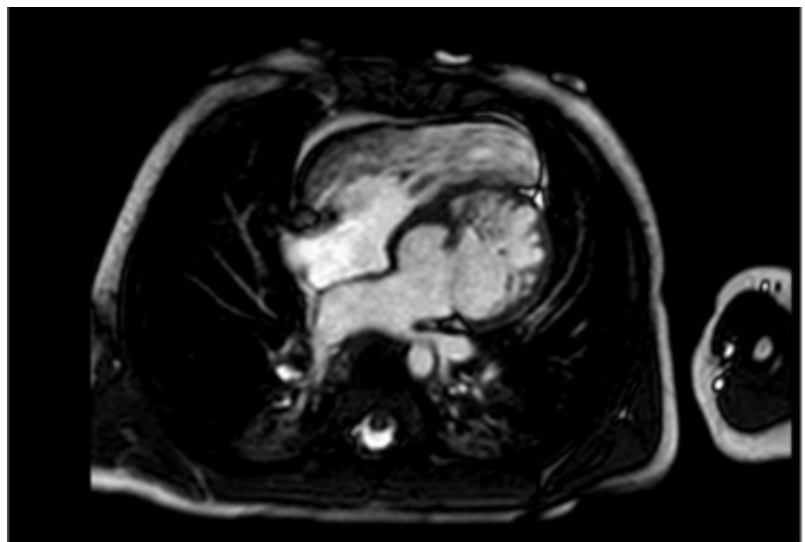
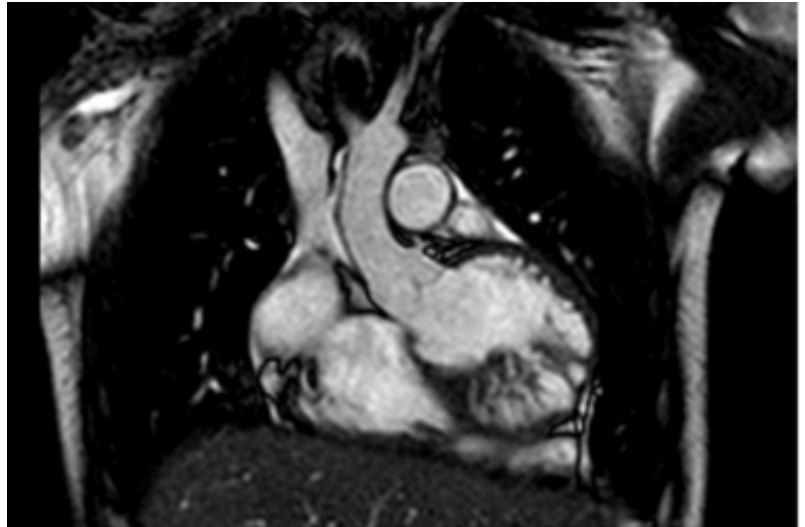
► Hospital de Pediatría  
J P Garrahan

### INTRODUCCIÓN

La hipoplasia de la punta del ventrículo izquierdo (LVAH) es una anomalía congénita extremadamente rara, con pocos casos reportados a nivel mundial. Se caracteriza por una morfología esferoidal del ventrículo izquierdo (VI), el desplazamiento de los músculos papilares y con el ventrículo derecho (VD) rodeando al VI para formar así la punta del corazón. Su presentación clínica varía desde la insuficiencia cardíaca grave en neonatos hasta hallazgos incidentales en adultos.

### DESCRIPCIÓN

Se describen los casos clínicos de dos pacientes con hipoplasia aislada de la punta del ventrículo izquierdo (VI), ambos derivados inicialmente al mes de vida. Caso 1 Paciente derivado con diagnóstico presuntivo de miocardiopatía dilatada. Se le dio tratamiento farmacológico completo para insuficiencia cardíaca crónica (ICC) y tras un seguimiento prolongado, el diagnóstico definitivo de agenesia aislada de la punta del VI se estableció a los ocho años de edad (2025) mediante resonancia magnética cardíaca (RMN). Los estudios de imagen actuales revelan un VD elongado que rodea la punta del ventrículo izquierdo. El VI tiene forma esferoidal con función sistólica borderline deprimida (FEy 53%). El SIV basal mide 4 mm en diástole y la pared lateral del VI 2.5 mm. Se destaca la presencia de realce tardío de gadolinio en la región apical. El estudio con panel genético orientado a miocardiopatías no detecta variantes de interés. Caso 2 Paciente con diagnóstico neonatal de hipertrabeculación del VI, que evoluciona hacia fenotipo similar a miocardiopatía no compactada biventricular con disfunción ventricular moderada y patrón restrictivo. En el 2025, a los 9 años, se puede realizar RMN cardíaca que evidenció un VI con FEY 40%, aumento de las trabéculas (relación >2:1) en los segmentos medios-apicales y un SIV adelgazado en región apical mide 3 mm en diástole. El estudio con panel genético orientado a miocardiopatía detecta variantes genéticas en los genes PKP2 y TCAP (ambas clasificadas como VUS - significado incierto). Se complementa con cateterismo diagnóstico para estudio hemodinámico por comportamiento restrictivo. En la actualidad, ambos pacientes



reciben tratamiento farmacológico completo y se encuentran en seguimiento estrecho, manteniendo ambos estabilidad clínica y funcional. Estos casos subrayan la importancia de la imagen multimodalidad: mientras que el ecocardiograma es la herramienta inicial de sospecha, la resonancia magnética cardíaca es el "gold standard" para la caracterización morfológica definitiva de la LVAH. Así mismo, dado que este fenotipo no se encuentra incluido en las clasificaciones actuales de miocardiopatías, resulta imperativo fomentar el reporte colaborativo de casos para profundizar en el conocimiento de su comportamiento clínico e historia natural.

## MÁS ALLÁ DEL SARCÓMERO: CUANDO LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA ES SOLO EL COMIENZO

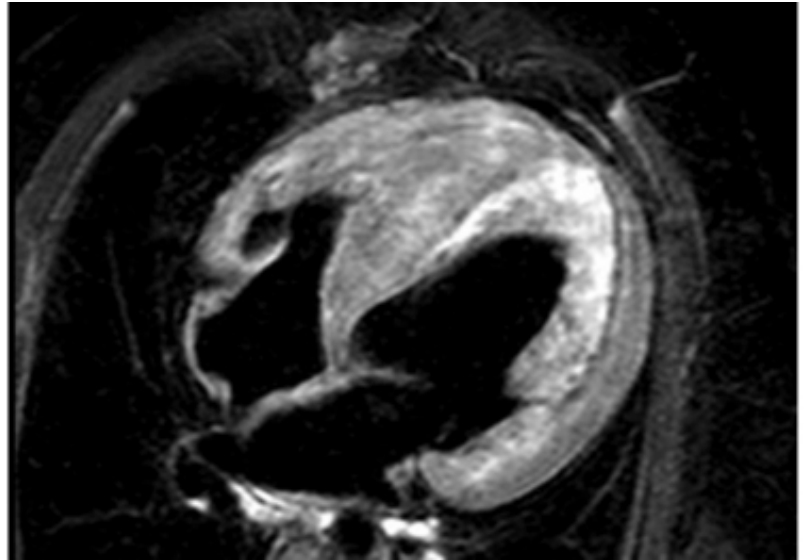
Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA** · Unidad Temática 2: **MIOCARDIOPATÍAS**

ROMANI, Bibiana | MUÑOZ LORDUY, Ayda Rosa | MALDONADO, Sebastián | ROSENAL, Carlos | HAAG, Dora Fabiana

► Hospital de Pediatría  
J P Garrahan

### INTRODUCCIÓN

La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es una de las enfermedades cardíacas hereditarias más frecuentes, con una prevalencia de 1 en 500 personas. Si bien la mayoría de los casos se deben a mutaciones en proteínas del sarcómero, el diagnóstico diferencial con las fenocopias puede representar un gran desafío clínico. En los medios donde el acceso a estudios genéticos es limitado, el pilar diagnóstico se desplaza hacia una sospecha clínica fuerte y una evaluación multimodal exhaustiva. El tipo de herencia y compromiso fenotípico de diferentes miembros de la familia, la presencia de valores de laboratorio alterados como enzimas musculares, hallazgos electrocardiográficos - patrones de preexcitación - y la caracterización tisular mediante resonancia magnética nuclear (RMN) resulta fundamental para identificar subgrupos de pacientes con etiologías específicas (fenocopias).



### DESCRIPCIÓN

Se describe el caso de un paciente masculino de 17 años con antecedente familiar de miocardiopatía hipertrófica (MCH) y portación de CDI en su madre. A los 12 años, en un control cardiológico de rutina, se hace diagnóstico de síndrome de preexcitación ventricular (WPW) y MCH. La angio-resonancia cardíaca inicial del 2021 mostró un ventrículo izquierdo hipertrófico con función sistólica conservada, pero con un realce tardío de gadolinio (RTG) que ya comprometía el 50% del espesor miocárdico en segmentos laterales medios. En los laboratorios iniciales, era llamativo el aumento no solo de biomarcadores sino también una marcada y persistente elevación de enzimas musculares (CPK, TGO y TGP) y una sutil debilidad en miembros inferiores distales detectada en el examen neurológico. Pese a la ablación exitosa de la vía accesoria, el paciente presentó una transición fenotípica acelerada hacia la fase dilatada. Esta constelación de hallazgos - fenotipo agresivo en varón, compromiso muscular esquelético, alteración de enzimas y fibrosis extensa en las imágenes- permitió orientar el estudio genético, que confirmó finalmente una variante patogénica en el gen LAMP2. El diagnóstico de Enfermedad de Danon resulta crucial para diferenciar esta patología lisosómica de la MCH sarcomérica habitual, permitiendo anticipar una evolución tórpida hacia la insuficiencia cardíaca terminal



y optimizar el tratamiento médico-farmacológico, la indicación de CDI o la evaluación temprana para trasplante cardíaco. La resonancia cardíaca actualizada de este año, confirma la progresión hacia la dilatación severa (Z-score +5.2), caída de la FEVI (36%) y un RTG masivo que se extiende a los segmentos apicales y a la pared libre del ventrículo derecho. El paciente se encuentra actualmente con esquema farmacológico completo para insuficiencia cardíaca (dapagliflozina, sacubitrilo-valsartan, espirolactona y carvedilol), a la espera de un CDI y en clase funcional II.

## DEL SOPLO AL DIAGNÓSTICO: INTEGRACIÓN DE IMÁGENES MULTIMODALES EN LA VALORACIÓN DE LA DISFUNCIÓN PROTÉSICA

Unidad Temática: **ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA** · Unidad Temática 2: **VALVULOPATÍAS**

BARTOLOMÉ ROCA, María Camila | ANTUNEZ, Ramiro | LUCAS, Luciano | FALCONI, Mariano Luis

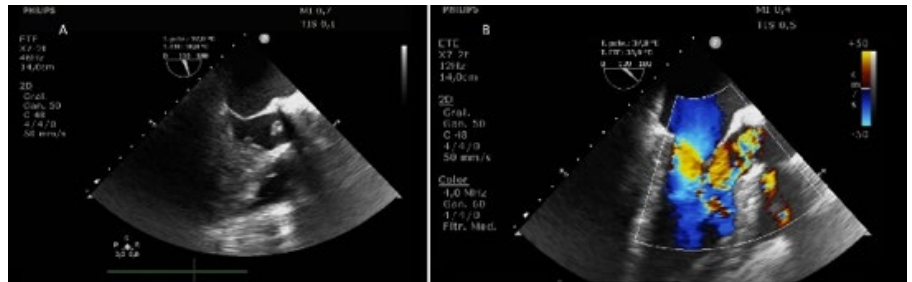
► Hospital Italiano de Buenos Aires

### INTRODUCCIÓN

La disfunción valvular protésica puede deberse a cambios estructurales degenerativos, más frecuente en las prótesis biológicas. Su etiología es multifactorial y obliga a una evaluación exhaustiva para definir un manejo acertado. El aumento de los gradientes transvalvulares asociado a insuficiencia significativa condiciona un compromiso hemodinámico al menos moderado y plantea la eventual necesidad de reintervención. A continuación se presenta un caso de disfunción de prótesis valvular.

### DESCRIPCIÓN

Se presenta el caso de un paciente de 77 años con antecedente de cirugía de Bentall de Bono con prótesis valvular biológica n°21 realizada hace 9 años por aneurisma de raíz aórtica e insuficiencia aórtica moderada. Se encuentra en seguimiento por cardiología con estudios que evidenciaban un reflujo leve en relación a seno NC con flujo anterógrado normal. Consulta por soplo previamente no audible, de intensidad 5/6 en 4 focos irradiado a mandíbula y dorso, con frémito palpable y sin signos de ICC. Niega infecciones o procedimientos invasivos recientes. Se solicitó un ETT que mostró prótesis biológica en posición aórtica con t. acel. normal (87 ms), gradientes aumentados (máx. 56 mmHg, medio 29 mmHg) e insuficiencia leve a moderada. Los volúmenes del VI impresionaban preservados (VFD 148 ml, VFS 56.5 ml). Se interpretó el cuadro como disfunción protésica de novo y se indicó internación para profundizar estudios. Se realizó un ETE, en el que se observó imagen que impresionaba tratarse de prolapso y ruptura de valva en posición NC, lo que generaba dos jets de reflujo, uno central y otro excéntrico con dirección hacia el SIV, de grado severo. Se estimaron gradientes transprotésicos de 61 mmHg y 33 mmHg. Se realizó una angio-TC valvular para mejor caracterización del mecanismo de disfunción protésica y evaluar la factibilidad de resolución endovascular. Se observó imagen sugestiva de prolapso de la valva en posición CD con solución de continuidad en la base, compatible con perforación. Se estimó un VR de 80.9 ml, FR del 53%, volúmenes del VI aumentados (VFD 246.4 ml, VFS 93.9 ml) y una FEVI preservada (61%). Se realizaron mediciones tomográficas para un eventual tratamiento de valve-in-valve. El paciente se mantuvo con buena evolución clínica. Se otorgó alta hospitalaria y se pautó seguimiento ambulatorio por Heart Team para definir estrategia de resolución de la disfunción valvular. **CONCLUSIÓN**



Imágenes de ecocardiograma transesofágico.

A. Se observa, en ventana mediosofágica, en ángulo de 120°, imagen compatible con prolapso de valva que impresionaba en posición no coronaria. B. Se observa, en ventana mediosofágica, en ángulo de 120°, reflujo de grado severo, compuesto por jet de insuficiencia con dirección excéntrica hacia septum interventricular, y jet de origen y dirección central.

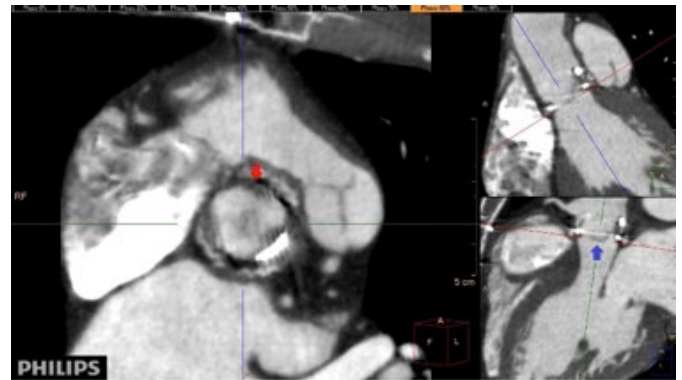


Imagen de angiotomografía valvular.

Se observa, en plano sagital modificado, prolapso de valva protésica en posición coronaria derecha en tracto de salida del ventrículo izquierdo en fases diastólicas (80%) (flecha azul). Se observa, en plano axial modificado, por debajo del plano anular, imagen de prolapso de valva en posición coronaria derecha en TSVI con pequeña área de mayor densidad dentro de la misma, compatible con solución de continuidad valvar en fases diastólicas (80%) (flecha roja).

Se presentó un caso de disfunción de prótesis de Bentall de Bono por prolapso y perforación espontánea de leaflet aórtico. El mismo refleja la complejidad inherente a la valoración del grado y la etiología de la DVP, así como el rol clave de la integración de los distintos métodos de imágenes cardiovasculares para identificar los mecanismos subyacentes. La perforación valvular espontánea es extremadamente infrecuente, por lo que no existe una prevalencia claramente reportada en la literatura. Se debe considerar y descartar la etiología infecciosa en primera instancia. En este caso, dicho origen fue descartado debido a la ausencia de síntomas y signos infecciosos, la falta de imágenes asociadas a la prótesis y la ausencia de hallazgos sugestivos de complicaciones locales compatibles con endocarditis. En este escenario, el ETT permitió la identificación inicial del grado y la etiología de la disfunción protésica, mientras que la implementación de técnicas avanzadas de imagen aportó una caracterización anatómica y funcional precisa. En particular, la volumetría por angio-TC documentó la dilatación ventricular secundaria a un reflujo significativo, criterio de necesidad de reintervención, y permitió la reconstrucción anatómica para considerar un eventual valve-in-valve.

## SÍNDROME MIOPERICÁRDICO POR DENGUE

Unidad Temática: MIOCARDIOPATÍAS

BRAUN DAHER, Marlon | DEKETELE, Felipe | CORIGLIANO, Ornella | MERIDA, Cristofer | ROCHA, María Laura

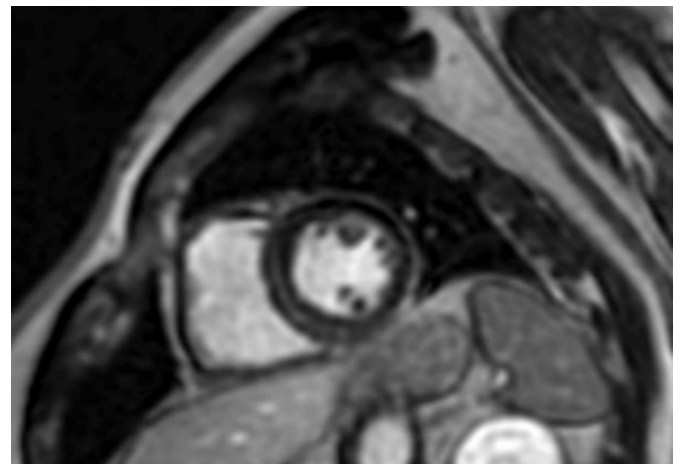
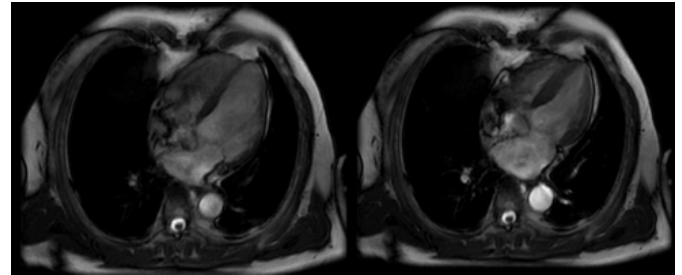
► Hospital Alemán

### INTRODUCCIÓN

El dengue es una enfermedad viral transmitida por la picadura de un artrópodo hembra, prevalente principalmente en regiones tropicales y subtropicales. Puede presentarse como una infección asintomática, fiebre por dengue o dengue hemorrágico. Sin embargo, existen manifestaciones menos frecuentes. La miocarditis se considera una complicación poco común del dengue; no obstante, su incidencia reportada probablemente esté subestimada, ya que la mayoría de los casos son autolimitados y solo una minoría presenta riesgo de progresar a insuficiencia cardíaca o manifestarse con dolor precordial. Presentamos el caso clínico de un paciente con síndrome miopericárdico por dengue de bajo riesgo, junto con sus respectivas manifestaciones imagenológicas.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de sexo masculino de 70 años, hipertenso, sin otros antecedentes cardiovasculares de relevancia. Consultó inicialmente por un cuadro de fiebre, mialgias y astenia de 72 horas de evolución, asociado a plaquetopenia, elevación de transaminasas y leucocitosis con prueba de antígeno NS1 positiva. Se interpretó como fiebre por dengue y se indicó tratamiento sintomático. Un mes después del evento, presentó episodios de dolor precordial opresivo al esfuerzo. Al interrogatorio, refirió además disnea en clase funcional I-II de un mes de evolución, asociada a astenia. Se realizó electrocardiograma que evidenció ritmo sinusal a 60 latidos por minuto, sin alteraciones del segmento ST. Se solicitó dosaje de troponina T ultrasensible, con resultado de 131 pg/dl, sin cambios dinámicos, y proBNP de 172 pg/dl, por lo que se decidió su internación en unidad coronaria para diagnóstico y monitoreo. Al examen físico, se encontraba hemodinámicamente estable, con buena perfusión periférica. R1 y R2 normofonéticos en cuatro focos, sin soplos. Sin requerimiento de oxígeno suplementario. Lúcido, sin signos de foco neurológico. Durante la internación se realizó ecocardiograma, que mostró diámetros conservados, función ventricular izquierda cercana al límite inferior y movimiento anormal del septum interventricular sin otras alteraciones de la motilidad ni otros hallazgos de relevancia. Evolucionó de manera estable, asintomático, sin arritmias en el monitoreo y sin progresión respecto al ecocardiograma realizado a su ingreso, por lo que se decidió el egreso hospitalario con diagnóstico de síndrome miopericárdico probable por dengue. En el seguimiento ambulatorio se realizó resonancia magnética cardíaca, que informó movimiento asincrónico del septum interventricular, ligera hipertrofia septal, diámetros y volúmenes del ventrículo izquierdo dentro de límites normales, con función sistólica en su límite infe-



rior (fracción de eyección del 52%), aurícula izquierda aumentada y cavidades derechas de dimensiones y función preservadas, sin derrame pericárdico ni alteraciones del pericardio. Además, se evidenció ligero aumento de la intensidad de señal lineal compatible con edema miocárdico en secuencias TSE-T2, localizado en la región septal medial. En secuencias de realce tardío, se observó una banda lineal de retención miocárdica de gadolinio en la misma región. Ante estos hallazgos, se confirmó el diagnóstico y se inició tratamiento para síndrome miopericárdico. Se citó a controles, pero debido a la escasa adherencia al sistema de salud, se perdió el seguimiento posteriormente. Conclusión: La resonancia magnética cardíaca se considera una herramienta clave, no solo para la cuantificación de la función biventricular y la detección de alteraciones de la motilidad parietal, sino también para la identificación no invasiva de inflamación miocárdica (edema, hiperemia y fuga capilar), así como de necrosis y fibrosis. En este sentido, los criterios de Lake Louise tienen un valor fundamental para la confirmación diagnóstica. Asimismo, su realización es clave para el seguimiento durante al menos 6 meses, con el objetivo de identificar la resolución o progresión del proceso, contribuir a la estratificación del riesgo y orientar el tratamiento individualizado.

## JUEGO DE PROBABILIDADES: MIXOMA VS METÁSTASIS EN PACIENTE CON HALLAZGO IMAGENOLÓGICO Y ANTECEDENTE DE ADENOCARCINOMA DE COLON

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN · Unidad Temática 2: TOMOGRAFÍA COMPUTADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA

DELPIANI, Micaela | BATASTINI, Sofía | OYOLA CABRERA, Luis Enrique | CUZCO MACIAS, Ashley Carolina | RODRIGUEZ ALEMPARTE, Máximo Alberto

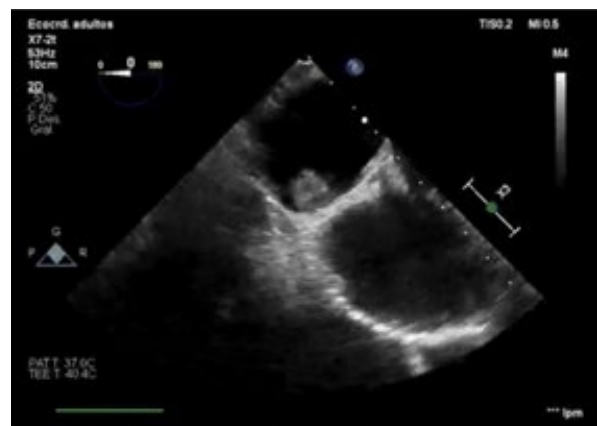
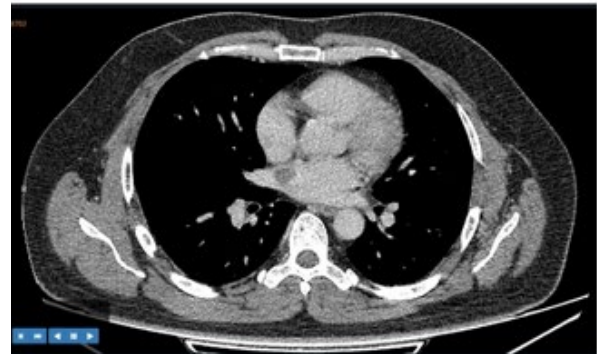
► Hospital General de Agudos Juan A. Fernández

### INTRODUCCIÓN

Los tumores cardíacos son extremadamente raros, pueden clasificarse en primarios o secundarios, siendo estos últimos los más frecuentes. El tumor primario benigno más frecuente es el mixoma, y el tumor maligno más frecuente es el sarcoma.

### DESCRIPCIÓN

Se presenta el caso de un paciente masculino de 47 años de edad, con antecedente de adenocarcinoma de colon moderadamente diferenciado (T3N0, estadio IIA), tratado. Se encontraba en seguimiento por el servicio de oncología, en tomografía de seguimiento se informa como hallazgo un defecto de relleno endoluminal sobre la aurícula izquierda, que sugiere trombo. El ecocardiograma transtorácico informa dilatación biauricular leve, ventrículo izquierdo de dimensiones y espesores conservados con hipocinesia global y función sistólica moderadamente reducida (FEy 40%), ventrículo derecho de dimensiones y función conservadas (TAPSE 25 mm), sin poder visualizarse imágenes endocavitarias. El ecocardiograma transesofágico puso en evidencia una aurícula izquierda levemente dilatada, en cuyo interior se observaba una masa heterogénea pediculada parcialmente móvil de 15x15 mm adherida al septum interauricular, cercano a la desembocadura de la vena pulmonar superior derecha. Para mejor caracterización de la imagen se solicita cardiorresonancia que informa una masa de 15 mm x 14 mm, lobulada en algunos sectores, de señal aumentada en T1 y señal heterogénea levemente hipointensa en T2, con señal hipointensa en GRE y captación irregular de gadolinio; presentaba pedículo adherido a la parte superior del septum, adyacente a la desembocadura de la vena pulmonar superior derecha. Con pedículo adherido a la parte superior del septum, prácticamente en la desembocadura de la vena pulmonar superior derecha, compatible con masa que debe considerarse según sus características: mixoma auricular izquierdo (el más probable), mixosarcoma auricular izquierdo, otros sarcomas. **CONCLUSIÓN** Las masas intracardiacas en pacientes con antecedentes oncológicos representan un desafío diagnóstico. En el caso expuesto, la tomografía permitió una detección incidental en contexto de un seguimiento sistemático. El ecocardiograma es fundamental como método inicial de estudio, siendo el ecocardiograma transesofágico su complemento definitivo ya que posee una sensibilidad y definición mucho mayor para la valoración de estructuras como tumores intracardiacos. Por último, la llegada de la resonancia cardíaca nos ha permitido una óptima caracterización tisular y elaboración así de los diagnósticos presuntivos, que en más de una ocasión evitan la necesidad de la toma de biopsia miocárdi-



ca. El abordaje multi-imagen resulta esencial para reducir errores diagnósticos, orientar el manejo terapéutico e identificar posibles etiologías malignas. Finalmente, ante una masa intracardiaca en un paciente con antecedente de neoplasia, debe considerarse siempre el diagnóstico diferencial con metástasis, incluso cuando la presentación sugiera un tumor benigno como el mixoma.

## MASA EN AURICULA DERECHA: ¿RESABIO EMBRIOLÓGICO VS TUMOR O ENDOCARDITIS?

Unidad Temática: **ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA** · Unidad Temática 2: **MIOCARDIOPATÍAS**

FERNÁNDEZ SALAS, Silvina | CARRO, Natalia | RUBIO, Edgardo M

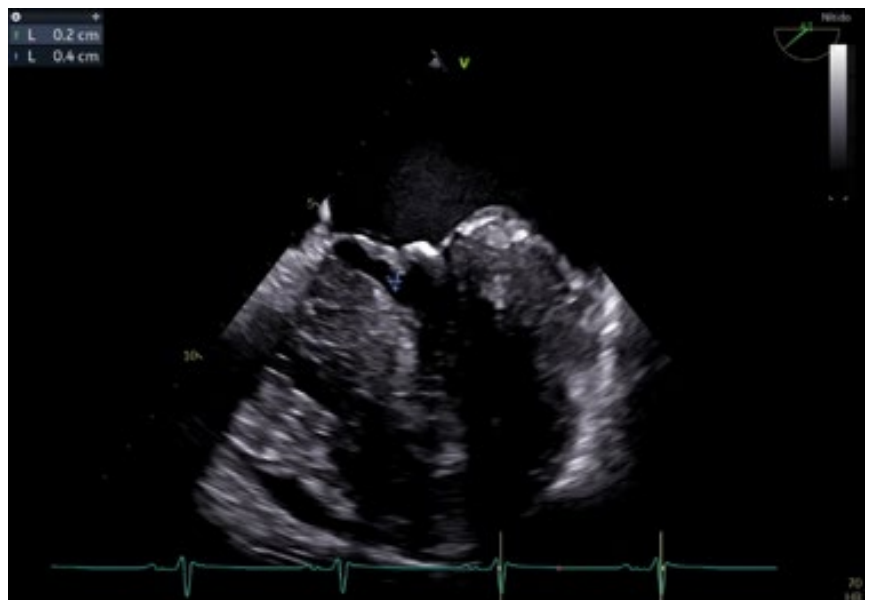
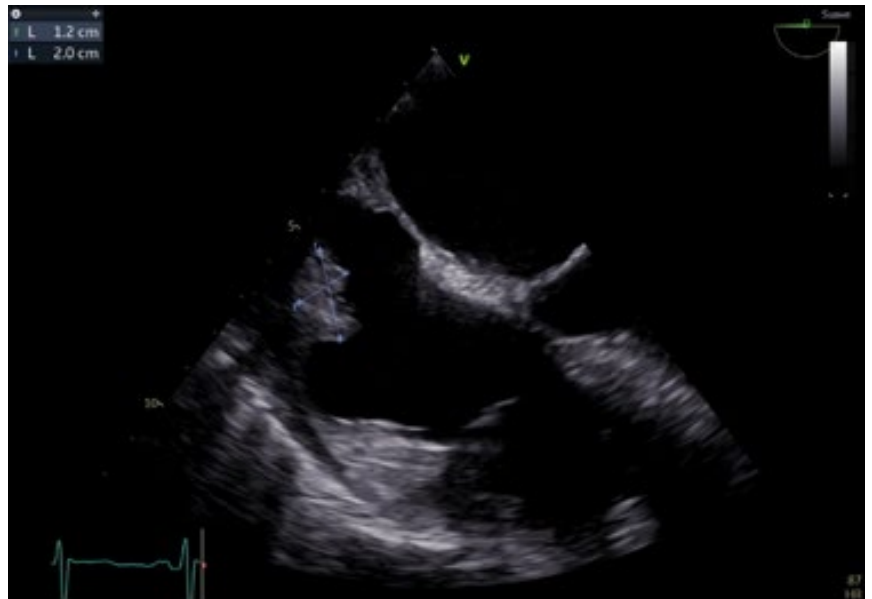
► Hospital General de Agudos  
"Carlos G. Durand"

### INTRODUCCIÓN

Paciente de 35 años con antecedentes de miocardiopatía hipertrófica septal asimétrica con obstrucción al tracto de salida de VI, consumo de cocaína y múltiples internaciones por ICC. Que ingresa por sospecha de endocarditis con visualización de masa en aurícula derecha por ETE.

### DESCRIPCIÓN

Al ingreso presentaba signos de ICC con hemocultivos positivos para *agregatibacter* (del grupo HACEK), realiza tratamiento antibiótico con leve mejoría por lo que se realiza ecodoppler transtorácico y posterior ETE. Los cuales informaban: MCH con OTSVI, espesor septal máximo 25 mm, CIV muscular restrictiva a nivel septoapical con trayecto tortuoso, con FSVI conservada y función de fibra deteriorada, SLG -13,7%. Disfunción diastólica grado III, Dilatación biauricular, IM moderada con elongación de valva anterior, derrame pericárdico moderado circunferencial y en el ETE: se evidencia masa ecogénica en cara posterior de AD, de 20 x 12 mm, IM moderada con valvas engrosadas a predominio anterior, no pudiendo descartar proceso infeccioso. Ante la imposibilidad de descartar endocarditis vs tumor en AD (mixoma-sarcoma) vs resabio embriológico se decide continuar con RMN cardíaca con gadolinio. En la RMN se evidencia MCH con captación de gadolinio en segmentos anterior (basal) y septal (de base a punta) que involucra el 14% de la masa miocárdica total. Se observa crista terminal prominente en cara posterior de AD desde desembocadura de vena cava inferior hasta desembocadura de vena cava superior, sin captación de gadolinio en AD. Paciente evoluciona estable con posteriores hemocultivos negativos sin signos de ICC. Se repite ECOTT sin cambios significativos: masa en AD de similares características, IM leve a moderada, derrame pericárdico leve y actualmente se encuentra en seguimiento ambulatorio por electrofisiología en plan de CDI como prevención primaria. Se



concluye el caso como MCH con OTSVI con CIV septoapical + IM moderada y crista terminalis prominente confirmada por RMN cardíaca. Tanto el ECOTT como el ETE son estudios de primera línea y altamente disponibles en casos de sospecha de EI, Sin embargo la RMN cardíaca tiene mayor especificidad para diagnósticos diferenciales y nos ayudó para confirmar el diagnóstico presuntivo.

## UTILIDAD DEL ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO EN LA PREVENCIÓN DE EMBOLISMO VENOSO AÉREO DURANTE LAS INTERVENCIONES NEUROQUIRÚRGICAS

Unidad Temática: ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA · Unidad Temática 2: CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA

ZÚÑIGA SILVA, Wilson P. | ACKERMAN, Judith | BOTTAN, Juan Santiago | BILOS, María Alejandra | DAMSKY BARBOSA, Jesús María

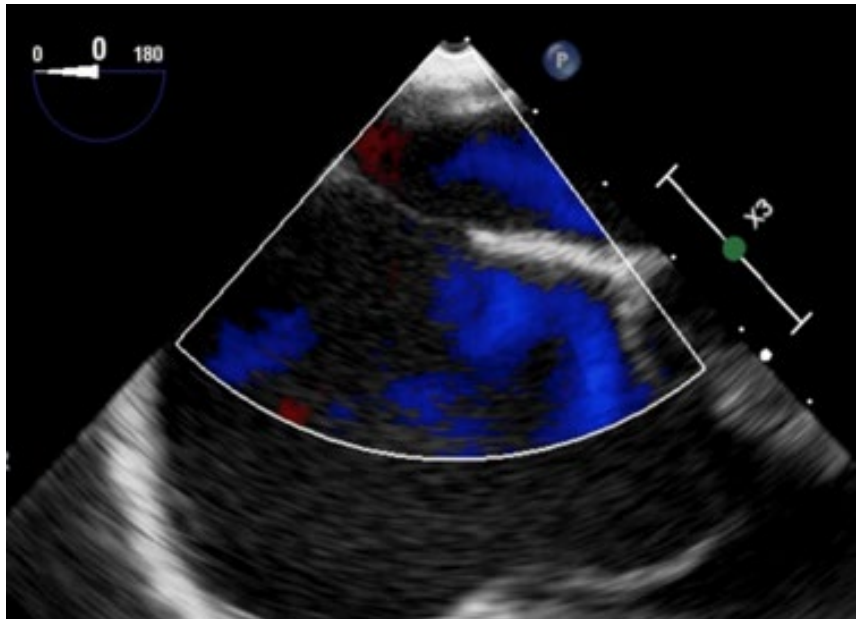
Hospital General de Niños  
Dr. Pedro De Elizalde

### INTRODUCCIÓN

El embolismo venoso aéreo (EVA) se define como la entrada de aire en la circulación venosa durante un procedimiento quirúrgico, que puede producir efectos sistémicos, complicación seria en neurocirugía. Tiene una incidencia del 16-86% siendo mayor en pacientes en posición sentada o semisentada. Se debe a una diferencia de presiones en 2 sitios diferentes del sistema venosos, que genera a su vez un gradiente de presión negativa entre aurícula derecha y senos venosos craneales. Una vez que el aire entra en el sistema circulatorio se ubica entre en la VCS y la aurícula derecha, parte de ese volumen puede pasar a través de la válvula tricúspide y llegar a la arteria pulmonar. Cuando la cantidad de aire es pequeña los capilares pulmonares pueden filtrarla, pero cuando el volumen de aire es mayor pasa a los capilares pulmonares causando vasoconstricción y alteraciones V/Q, generando mayor permeabilidad vascular, liberación de endotelina-1 agregación plaquetaria y liberación de radicales libres provocando edema agudo de pulmón. Estos pacientes pueden presentar aumento de la presión venosa central, vía aérea, arritmias, cambios del segmento ST y onda T, hasta shock, cambios en el gasto cardiaco, cianosis, distensión de venas yugulares, edema cerebral e hiperemia. El ecocardiograma transeesofágico (ETE) es útil en el diagnóstico de EVA, siendo el método más sensible, para detectar volumen de aire de 0.01 - 0.19 ml/kg. Sin embargo, no se encuentra disponible en todos los centros y debe ser observado continuamente durante la neurocirugía. En nuestra institución el servicio de neurocirugía en conjunto con el servicio de cardiología implementamos un protocolo ante neurocirugías con alto riesgo para el desarrollo de EVA. A continuación describiremos el caso de una paciente adolescente a la cual se le efectuó monitoreo con ETE durante una cirugía de lesionectomía temporal derecha por vía supracerebrosa transtentorial en posición sentada por epilepsia focal refractaria.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de 15 años de edad con sospecha diagnóstica inicial de cavernoma en la que se realizó lesionectomía temporal derecha por vía supracerebrosa transtentorial en posición sentada por epilepsia focal refractaria. Se evaluó el riesgo de EVA en esta paciente



dado el requerimiento de acceso de fosa posterior y por ende de una posición semisentada. Durante la neurocirugía se realizó monitoreo con ETE durante el procedimiento. Se controlaron parámetros hemodinámicos, posicionamiento adecuado de la paciente, hidratación adecuada y uso de medias de compresión elástica. Durante el procedimiento quirúrgico se realizó una disección cuidadosa. Por ETE se descartó la presencia de FOP (figura N°1) y se vigiló constantemente la pantalla del monitor del ETE para evaluar la aparición de burbujas de aire, que ocurrió en 4 oportunidades (figura N°2), informando inmediatamente al cirujano. En esos momentos se detuvo momentáneamente la maniobra quirúrgica y procedió a irrigar el campo quirúrgico con abundante solución fisiológica, mucha cera de hueso y material hemostático para sellar micro aberturas venosas, oxígeno al 100%. Se observaron más burbujas cuando se manipulaban los senos venosos, así como durante la craneotomía y en el manejo de las venas que van al tentorio. Un hallazgo clínico que se evidenció durante este procedimiento apareció en el momento donde hubo una mayor cantidad de burbujas fue una disminución leve de la saturación de oxígeno y de la presión arterial; y aumento leve de frecuencia cardiaca, todo de manera simultánea y súbita. La paciente transcurrió la cirugía sin mayores complicaciones, es extubada y derivada a terapia intensiva donde evolucionó favorablemente. Posterior a la cirugía se recibió la biopsia de una neoplasia glioneuronal de bajo grado, siendo exitosa, ya que no volvió a presentar crisis de epilepsia.

## ANEURISMA VALVULAR AÓRTICO: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE Y DEVASTADORA DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Unidad Temática: **ECOCARDIOGRAFÍA** · Unidad Temática 2: **TÉCNICOS EN PRÁCTICAS CARDIOLÓGICAS**

DIAZ, Mariana | DOMANICO, Mariano Rubén | REBELO, Ulises | MURACA, Gisela

► HIGA Paroissien

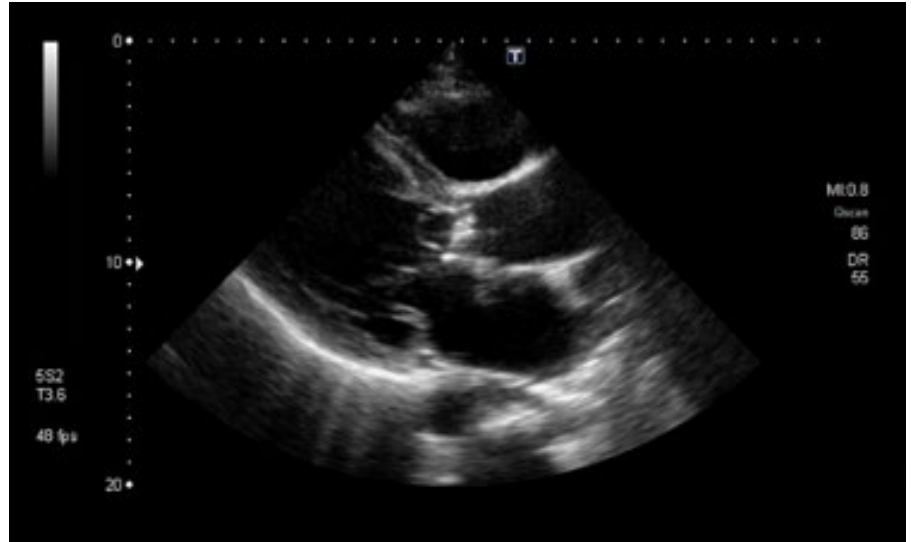
### INTRODUCCIÓN

La endocarditis infecciosa (EI) es una patología caracterizada por su alta morbi-mortalidad y su gran capacidad destructiva tisular. El desarrollo de un aneurisma verdadero en el tejido de la valva aórtica secundario a la infección constituye una complicación extremadamente rara, con escasos reportes en la literatura internacional. Esta entidad inusual y catastrófica se produce por la rápida destrucción inflamatoria de la arquitectura valvular, lo que genera una dilatación sacular focal sometida al constante estrés hemodinámico. El abordaje ecocardiográfico de esta entidad representa un verdadero desafío diagnóstico, siendo vital para caracterizar la anatomía de la lesión, evaluar la magnitud de la insuficiencia valvular asociada y guiar la toma de decisiones urgentes en pacientes de altísimo riesgo.

### DESCRIPCIÓN

Masculino de 52 años, con antecedentes de VIH, que cursa internación por síndrome constitucional y sepsis a foco indeterminado. Al examen físico se destacó la presencia de un soplo holodistólico en foco aórtico. En el ecocardiograma 2d doppler se evidenció una profunda alteración estructural de la válvula aórtica, la cual se presentó engrosada, calcificada y abscedada. Como hallazgo determinante, se identificó una deformación prolapsante compatible con un aneurisma valvular aórtico, asociado a una imagen sugestiva de vegetación. Esta pérdida crítica de la integridad anatómica condicionó una insuficiencia aórtica de grado severo. La evaluación de la repercusión hemodinámica evidenció dilatación de las cuatro cavidades, hipertrofia excéntrica del ventrículo izquierdo con función sistólica conservada y un patrón de relajación pseudonormal. Asimismo,

se constató hipertensión pulmonar severa (PSP 78 mmHg) e insuficiencias tricuspídea y pulmonar moderadas. Se rescató cultivos en sangre positivo para *staphylococcus metilino* sensible. A pesar de la antibioticoterapia la evolución fue fulminante, el paciente desarrolló un shock refractario y falla multiorgánica, falleciendo antes de poder acceder a la instancia quirúrgica.



## IMAGEN QUE DEFINE RIESGO: TROMBO EN TRÁNSITO EN EL TEP AGUDO

Unidad Temática: ECOCARDIOGRAFÍA

GARCIA, Lautaro | NAZAR, Franco Javier | ROLANDO, Gustavo Martin |  
GHIBAUDO, Sebastián Oscar

► Hospital General de Agudos  
"Dr. Ignacio Pirovano"

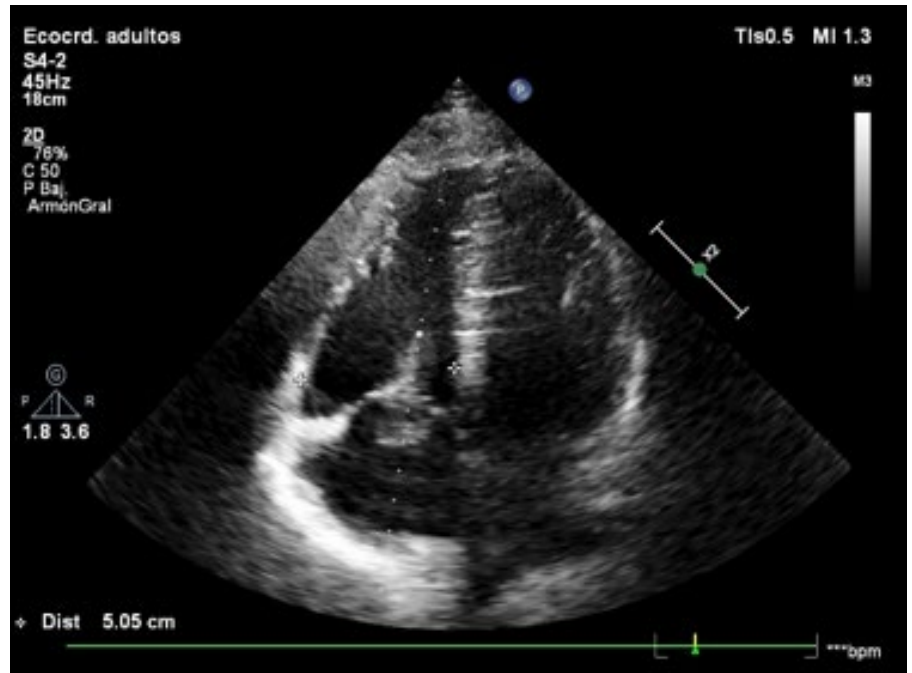
### INTRODUCCIÓN

El trombo en tránsito es una entidad patológica que se caracteriza por la presencia temporal de un trombo en cavidades derechas. Su incidencia es baja, se encuentra con mayor frecuencia asociado a tromboembolismo de pulmón de alto riesgo.

### DESCRIPCIÓN

Se presenta el caso de un paciente de 49 años, con antecedente de consumo de sustancias ilícitas, que consulta por disnea súbita en clase funcional IV, asociada a excitación psicomotriz. Al ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, taquipneico y con requerimiento de oxígeno mediante máscara con reservorio. Los estudios iniciales evidenciaron elevación de biomarcadores y un electrocardiograma con patrón SIQ3T3. Se realizó angiotomografía de tórax con protocolo para TEP, que mostró un defecto de relleno en la arteria pulmonar derecha con pasaje filiforme de contraste, asociado a signos indirectos de sobrecarga del ventrículo derecho. El ecocardiograma transtorácico evidenció dilatación de cavidades derechas con deterioro moderado a severo de la función sistólica del ventrículo derecho (TAPSE 13,7 mm), junto con una imagen ecogénica, altamente móvil, en aurícula y ventrículo derechos, compatible con trombo en tránsito. Se interpretó el cuadro

como TEP de riesgo intermedio-alto, iniciándose tratamiento anticoagulante con enoxaparina, con evolución clínica favorable. A las 72 horas se constató la desaparición del trombo intracavitario en el ecocardiograma de control, asociada a mejoría sintomática y suspensión del requerimiento de oxígeno. El paciente fue externado bajo anticoagulación oral con acenocumarol, previa evaluación por hematología. Sin embargo, presentó un nuevo episodio de TEP al año, que requirió tratamiento trombolítico.



## MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO

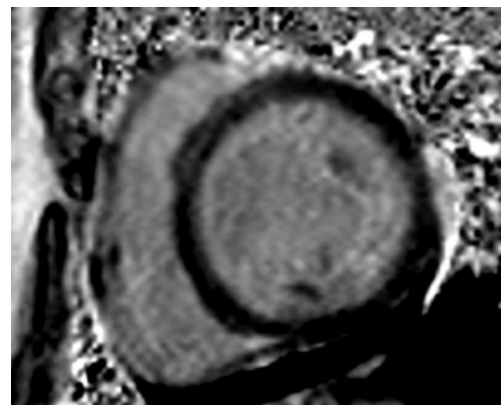
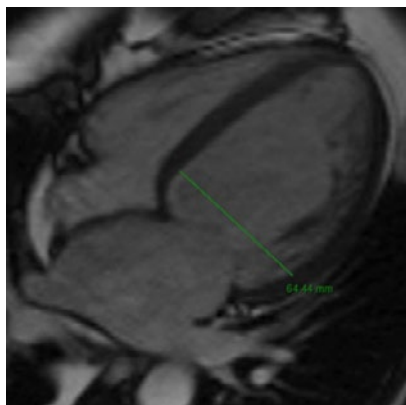
Unidad Temática: MIOCARDIOPATÍAS · Unidad Temática 2: CORAZÓN Y MUJER

ROCHA, María Laura | DEKETELE, Felipe | PASTORINO, Ana | BRAUN DAHER, Marlon |  
MERIDA, Cristofer

► Hospital Alemán

### INTRODUCCIÓN

La miocardiopatía periparto (MPP) se define como la presencia de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección (FEY) del ventrículo izquierdo (VI) deteriorada (<45%) sin otra causa aparente, que ocurre durante el embarazo o en los meses siguientes al parto, siendo esto lo más frecuente. A nivel mundial, es una complicación en 1 de cada 2.000 nacimientos, aunque la prevalencia puede ser variable. Los factores de riesgo incluyen: malnutrición, antecedentes familiares, antecedentes de MPP, edad <20 o >40 años, multiparidad, embarazos múltiples, tratamientos de reproducción asistida, tabaquismo, diabetes, hipertensión o preeclampsia, uso prolongado de tocolíticos beta-agonistas. La resonancia cardíaca es importante para la exclusión de diagnósticos diferenciales, en especial la miocarditis, en la que los hallazgos esenciales incluyen edema miocárdico visualizado en las secuencias ponderadas en T2 y realce tardío con gadolinio (LGE) que suele ser parcheado y compromete típicamente regiones subepicárdicas. En la miocardiopatía periparto estos hallazgos son variables y pueden estar ausentes.



### DESCRIPCIÓN

Paciente mujer de 40 años con antecedentes de hipertensión y diabetes gestacional en el último embarazo y sobrepeso. Se encontraba cursando tercer mes de puerperio. Consultó por dolor precordial intermitente de 15 días de evolución asociado a disnea progresiva hasta clase funcional IV y ortopnea las 72 horas previas a la consulta. Negó fiebre. Al ingreso se encontró hipertensa, taquicárdica, intolerante al decúbito y taquipneica, con requerimiento de oxigenoterapia suplementaria por cánula nasal. Se realizó electrocardiograma en el que se evidenció ritmo sinusal con escasa progresión de onda R en precordiales y alteración en repolarización anterolateral. Radiografía de tórax con infiltrados intersticioalveolares y laboratorio con deterioro de la función renal, proBNP elevado (2260 pg/ml), marcadores cardíacos levemente elevados (troponina T ultrasensible de 14 pg/ml, con dosaje posterior de 19 pg/ml). Serología viral negativa. Ecocardiograma Doppler mostró deterioro de la función ventricular de novo (fracción de eyección de 30%) e hipoquinesia global. Resonancia

magnética (RMN) con gadolinio que informó volúmenes del VI incrementados (volumen de fin de diástole 128 mL/m<sup>2</sup> y fin de sístole 113 mL/m<sup>2</sup>) y deterioro severo de la función sistólica (FEy 15%), con hipoquinesia global y mejor motilidad de los segmentos basales. Hipertrabeculación del VI a nivel lateral medioapical e inferoapical. No se evidenció edema miocárdico en secuencias T2 y se observó realce tardío con gadolinio con patrón intramiocárdico lineal a nivel septal basal. Se interpretó el cuadro como IC con deterioro de la función sistólica del ventrículo izquierdo. Se planteó miocardiopatía periparto como causal más probable. Cursó internación en unidad coronaria en donde se le inició tratamiento con diuréticos y vasodilatadores endovenosos. Presentó seguimiento multidisciplinario con servicio de obstetricia y ginecología. Evolucionó hemodinámicamente estable, con franca mejoría de signos y síntomas de IC. Se logró descenso y suspensión de vasodilatadores endovenosos y se rotó diurético a la vía oral. Se titularon vasodilatadores y betabloqueantes por vía oral. Se otorgó el egreso hospitalario luego de 8 días de internación. En el seguimiento a dos años se evidenció normalización de los volúmenes ventriculares y de la fracción de eyección, por ecocardiografía y RMN cardíaca. Conclusión: La MPP es una entidad poco frecuente pero potencialmente mortal. Los síntomas suelen confundirse con los cambios fisiológicos asociados al embarazo, especialmente en el posparto, por lo que es un desafío diagnóstico. La miocarditis es un diagnóstico diferencial a considerar. No es infrecuente la recuperación de la función ventricular en la evolución de estas pacientes por lo que la continuación o suspensión de la medicación así como la posibilidad de nuevos embarazos requiere indefectiblemente de un seguimiento multidisciplinario.

## MASA INTRACARDIACA EN PACIENTE CON TUMOR DE SACO VITELINO, UNA EVALUACIÓN POR IMAGEN MULTIMODAL

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN · Unidad Temática 2: CARDIO-ONCOLOGÍA

PEDRAZAS, Arian | CARRERO, María Celeste | DE STEFANO, Luciano | STUTZBACH, Pablo Guillermo

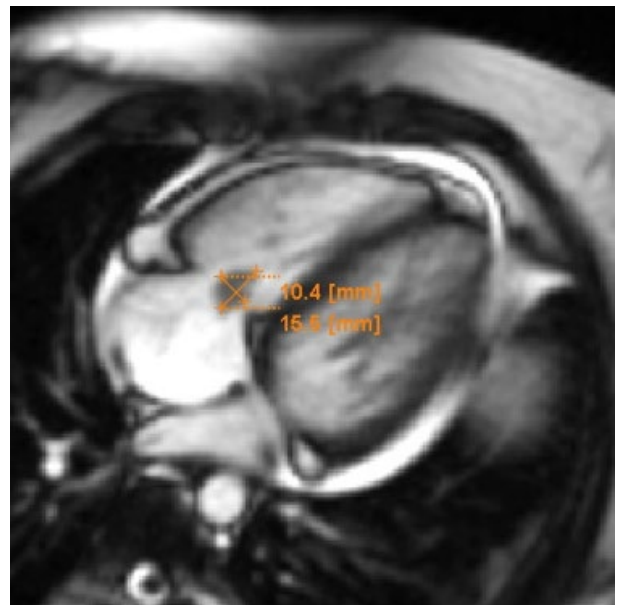
► Sanatorio Las Lomas

### INTRODUCCIÓN

El tumor de saco vitelino también denominado como tumor del seno endodérmico, es una neoplasia de células germinales no seminomatosas altamente agresiva. Biológicamente, representa una diferenciación extraembrionaria del tejido tumoral hacia estructuras que mimetizan el saco vitelino primitivo que afecta principalmente a mujeres jóvenes. Se caracteriza por un crecimiento agresivo y una elevada capacidad de diseminación, tanto local como a distancia. En pacientes femeninas, suele originarse en el ovario y se asocia típicamente con niveles elevados de alfafeto-proteína (AFP), la cual actúa como marcador tumoral útil para el diagnóstico, seguimiento y evaluación de la respuesta al tratamiento.

### DESCRIPCIÓN

Se presenta un caso clínico que resalta la importancia de las múltiples modalidades de imagen y el abordaje interdisciplinario. Se trata de una paciente de sexo femenino de 26 años, sin antecedentes clínicos de relevancia con diagnóstico de Tumor del saco vitelino en estadio avanzado, en tratamiento con quimioterapia que recibió 4 ciclos de bleomicina + etopósido + cisplatino con planificación quirúrgica de citorreducción. Durante la evolución presenta Tromboembolismo pulmonar de bajo riesgo, como parte de la evaluación se realizó ecocardiograma transtorácico (ETT) que evidenció imagen móvil en cavidades derechas asociado a catéter venoso (Port-a-cath). Dado que la sospecha era un trombo adherido al catéter versus lesión tumoral metastásica se realizó Resonancia magnética cardíaca (RMC). La RMC evidenció imagen de características lobulada e irregular de aproximadamente 15 x 10 mm en su porción más prominente. La falta de acceso venoso impidió la evaluación de perfusión, sin embargo, las secuencias cine permitieron caracterizar su movilidad, grado de anclaje y repercusión sobre el flujo transvalvular tricuspídeo. Se inició anticoagulación con heparina de bajo peso molecular. Tras 4 semanas el ETT mostró persistencia de la masa con aumento de tamaño (3.1 x 0.5 cm), a pesar del tratamiento instaurado. El caso fue evaluado en forma conjunta por los servicios de oncología, ginecología y hematología, decidiendo la extracción quirúrgica del Port-a-cath y resección de la masa intracardiaca para estudio histológico. Conclusión: En el contexto de un Tumor de Saco Vitelino, la aparición de una masa cardíaca representa un punto de inflexión terapéutico que no puede resolverse con una sola modalidad diagnóstica. El enfoque de multi-imagen (Ecocardiografía, TAC y Resonancia Magnética Cardíaca) es fundamental. Ante una paciente con masa en cavidades derechas se plantea el diagnóstico



diferencial de etiología trombótica vs. oncológica (local o a distancia). En este caso un tumor de saco vitelino y portacath, ambas situaciones protrombóticas, en la que se planteó el estudio multimodal y estrategia anticoagulante como primera línea. La falta de respuesta al tratamiento anticoagulante y la progresión de la lesión orientaron hacia una etiología no trombótica justificando una estrategia invasiva guiada por los resultados de las imágenes.

## MIOCARDIOPATIA HIPERTROFICA OBSTRUCTIVA, IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA MIOSINA

Unidad Temática: **ECOCARDIOGRAFÍA** · Unidad Temática 2: **MIOCARDIOPATÍAS**

PIEDRA ARGUDO, Silvia Catalina | SOLA, Federico Damián

► Hospital General de Agudos  
Juan A. Fernández

### INTRODUCCIÓN

La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es la enfermedad cardíaca genética de mayor prevalencia y se origina, generalmente, por mutaciones en genes sarcoméricos. Representa una de las principales causas de muerte súbita cardíaca (MSC) en personas jóvenes con una incidencia del 0,5% y 1,5% por año. Desde el punto de vista diagnóstico el hallazgo de pared del VI >14 mm, pared del VD >5 mm y tabique interventricular >15 mm debe hacer sospechar esta patología. La presencia de obstrucción al tracto de salida del VI definida por gradiente pico > 30 mmHg caracteriza a la MCH obstructiva y se asocia con mayor riesgo de complicaciones tales como fibrilación auricular, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y MSC. El tratamiento de primera línea incluye betabloqueantes (BB), bloqueantes cálcicos (BCA) no dihidropiridínicos. En los últimos años se han incorporado nuevas estrategias terapéuticas como los Inhibidores de la miosina. En esta oportunidad presentaremos el caso de una paciente femenina con MCH obstructiva sintomática a pesar del tratamiento médico óptimo, la cual inició tratamiento con mavacamtem con respuesta favorable.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 55 años con diagnóstico de MCH obstructiva en seguimiento por consultorio de miocardiopatías, la cual presenta síntomas severos en CF III a pesar del tratamiento con dosis máxima de betabloqueantes. Presenta un ecocardiograma en el cual se observa hipertrofia septal asimétrica con gradiente de 110 mmHg, asociado a insuficiencia mitral por movimiento anterior sistólico, además se realizó resonancia magnética que confirmó la hipertrofia ventricular con espesor máximo a nivel inferoseptal medioventricular de 18,3 mm, fibrosis de 5%. Por la sintomatología previamente descrita se decide iniciar tratamiento con inhibidores de la miosina. En control posterior, luego de 4 meses del inicio del tratamiento, la paciente refirió mejoría sustancial de la sintomatología, se realizó ecocardiograma control en el cual se observó, disminución leve del espesor septal con un valor de 17 mm y disminución del gradiente del tracto de salida del VI a 70 mmHg

## ANEURISMAS CORONARIOS: BAJA PREVALENCIA, ALTO IMPACTO TROMBOEMBÓLICO

Unidad Temática: TOMOGRAFÍA COMPUTADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA

HADDAD, Lola | KAZELIAN, Lucía Raquel | PAPANTONIOU, Alonso |  
GAGLIARDI, Juan Alberto | BECK, Martín Alejandro

► Hospital De Agudos  
Dr Cosme Argerich

### INTRODUCCIÓN

Los aneurismas coronarios son dilataciones anormales de una arteria coronaria de al menos 1.5 veces respecto al calibre del vaso de la zona sana adyacente. Su incidencia ronda el 1-2%. Se encuentran más frecuentemente en arteria coronaria derecha (40%), seguido de arteria descendente anterior (32%) y de la arteria circunfleja (23%). Los aneurismas de tronco coronario izquierdo son muy infrecuentes, siendo un hallazgo solo en el 1% de las angiografías coronarias. Las principales causas son la aterosclerosis (adultos) y enfermedad de Kawasaki (pediátricos). Suelen presentarse de forma asintomática. Dentro de las manifestaciones clínicas, la más frecuente es la cardiopatía isquémica, la misma puede deberse a la presencia concomitante de enfermedad coronaria obstructiva o como consecuencia de trombosis intra aneurismática y su embolización posterior. Otras manifestaciones clínicas menos frecuentes incluyen la ruptura espontánea y la compresión extrínseca.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 60 años de edad con antecedentes de infarto agudo de miocardio inferior tratado con fibrinolíticos en 2010. Consultó el 03/01 por presentar palpitaciones de 15 días de evolución, en donde se realizó electrocardiograma que evidenció taquicardia ventricular sostenida. Debido a los antecedentes previamente mencionados, el paciente es derivado a nuestra institución en plan de angiografía coronaria para descartar etiología isquémica del cuadro. Se realizó cinecoronariografía que evidenció enfermedad de la arteria circunfleja y dilatación aneurismática sacular de tronco coronario izquierdo. Se realizó angioplastia coronaria percutánea con implante de un stent liberador de drogas a tercio proximal de arteria circunfleja, sin enfermedad residual. Para evaluar la presencia de escara necrótica que justifique el evento arrítmico se realizó una resonancia magnética cardíaca con gadolinio que evidenció un infarto inferior e inferoseptal, basal y medioventricular, compatible con el evento previo. A su vez se evidenció a nivel anterior basal la presencia de un área hiperintensa focal y transmural en la secuencia T2STIR, con captación de contraste de tipo puntiforme en la secuencia de realce tardío con gadolinio, compatible con infarto agudo embólico. El mismo está probablemente relacionado con



una complicación secundaria a la instrumentación del aneurisma del tronco coronario izquierdo. Posteriormente evoluciona hemodinámicamente estable sin nuevos eventos por telemetría.

## ENDOCARDITIS FÚNGICA PROTÉSICA TEMPRANA CON COMPROMISO BIVALVULAR: UNA COMBINACIÓN INFRECUENTE Y DE ALTO RIESGO

Unidad Temática: **ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA** · Unidad Temática 2: **ECOCARDIOGRAFÍA**

GALLARDO, María Emilia | VIALE, Mariana | MARAMBIO, Gerardo Manuel |  
BECK, Martín Alejandro | GAGLIARDI, Juan Alberto

► Hospital De Agudos  
Dr Cosme Argerich

### INTRODUCCIÓN

La endocarditis infecciosa (EI) de válvulas protésica temprana es una complicación poco frecuente de alta mortalidad, presentándose dentro de los primeros seis meses del reemplazo valvular. Dentro de los factores predisponentes para su desarrollo se encuentran el uso de válvulas biológicas, la inmunosupresión crónica y la diabetes mellitus. La etiología fúngica de la endocarditis infecciosa es de baja prevalencia pero alta morbimortalidad, particularmente aquellas secundarias a microorganismo del género *Cándida*, asociándose con complicaciones embólicas de manera frecuente. La afectación simultánea de múltiples válvulas es infrecuente, siendo excepcional el compromiso concomitante de la válvula pulmonar, lo que añade complejidad diagnóstica y terapéutica. En esta entidad es fundamental el aporte de herramientas diagnósticas como el ecocardiograma transesofágico, donde pueden evidenciarse vegetaciones voluminosas, abscesos paravalvulares o disfunción protésica. La evolución clínica suele ser tórpida, con tendencia a la persistencia de la infección a pesar del tratamiento antifúngico. Presentamos a continuación un caso de endocarditis infecciosa de válvula protésica temprana por *Cándida* con compromiso simultáneo de válvula pulmonar.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de sexo femenino de 58 años con antecedente de reemplazo valvular aórtico mecánico por estenosis aórtica severa sintomática. Ingresó a Unidad Coronaria por endocarditis infecciosa definitiva temprana de válvula aórtica protésica con rescate de *Candida albicans*. Se realizó ecocardiograma transesofágico donde se observó prótesis valvular aórtica con gradientes elevados, absceso parcialmente drenado a nivel del seno de Valsalva izquierdo, con dehiscencia de sutura de prótesis valvular y movimiento parcialmente independiente de la misma, imagen de pseudoaneurisma aórtico de hora 7 a hora 2 y, una vegetación de 2,14x0,67 cm adherida a la cara ventricular de la válvula pulmonar. Presentó impactos sépticos cerebrales con transformación hemorrágica con shock séptico refractario a foco respiratorio, evolucionando con paro cardiorrespiratorio y óbito.

## DE LA IMAGEN A LA CIRUGÍA: ROL CLAVE DEL ECOCARDIOGRAMA EN LA VENTANA AORTOPULMONAR ASOCIADA A SÍNDROME VACTERL

Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA** · Unidad Temática 2: **ECOCARDIOGRAFÍA**

DAMBORA, María Emilia | POMBO, Diego | CAMBIASO, Carolina |  
ROSSO, Andrés Javier | CONEJEROS PARODI, Willy

► Hospital De Niños  
"Dr. Ricardo Gutiérrez"

### INTRODUCCIÓN

La ventana aortopulmonar (VAP) es una cardiopatía infrecuente (0.1-0.6%) que se produce por un fallo en el tabicamiento del tronco-cono durante la embriogénesis. Aunque el síndrome VACTERL presenta anomalías cardíacas en el 50-80% de los casos, la asociación con VAP es extremadamente inusual y escasamente reportada en la literatura. Cursa con hiperflujo pulmonar masivo que lleva a una vasculopatía pulmonar hipertensiva de rápida progresión, que condiciona un pronóstico desfavorable sin corrección por lo que requiere una planificación quirúrgica minuciosa basada en imágenes precisas.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de 2 meses de edad con asociación VACTERL (atresia anal, fístula traqueoesofágica tipo III operada, esofagostomía, gastrostomía y colostomía), el cual es derivado con insuficiencia cardíaca, hipertensión pulmonar severa e imposibilidad de desvinculación del soporte ventilatorio. Se realiza ecocardiograma transtorácico que determina el diagnóstico de VAP tipo I de 9 mm, localizada a 5 mm del ostium coronario derecho y en cercanía a

la rama pulmonar derecha, descartando además otros defectos asociados. Se realizó cirugía correctora a través de esternotomía mediana con circulación extracorpórea con transección de la VAP y colocación de parches de pericardio autólogo tratado con glutaraldehído, tanto para el cierre del defecto aórtico como del pulmonar. Cabe mencionar que no se pudieron realizar otros estudios complementarios como angiotomografía de tórax o cateterismo por la labilidad hemodinámica del paciente. Sin embargo, los hallazgos intraoperatorios confirmaron con exactitud lo previamente observado mediante ecocardiografía, lo que permitió un abordaje quirúrgico seguro y eficaz, minimizando el riesgo de complicaciones como el compromiso de la circulación coronaria o del flujo pulmonar distal. Conclusión: La concordancia entre los hallazgos ecocardiográficos y los intraoperatorios destaca el rol central de la ecocardiografía Doppler color en el diagnóstico y la caracterización anatómica de la ventana aortopulmonar. En contextos de alta complejidad como el síndrome VACTERL, su precisión para definir el defecto y su relación con estructuras críticas permitió una planificación quirúrgica dirigida y segura, siendo una herramienta clave para optimizar los resultados y la evolución.

## EL AURA CARDÍACA

Unidad Temática: TOMOGRAFÍA COMPUTADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA

MURE, Magali | PICABEA, Sofía | PUJOL, Albertina

► Instituto Cardiovascular  
de Rosario

### INTRODUCCIÓN

La pericarditis es la forma más frecuente de enfermedad pericárdica. La pericarditis aguda representa el síndrome pericárdico más prevalente y su diagnóstico se basa en criterios clínicos, electrocardiográficos e imagenológicos.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de sexo femenino, de 72 años, con antecedente de fibrilación auricular paroxística en tratamiento con control del ritmo y anticoagulación. Como antecedente no cardiovascular relevante, presenta cáncer de mama tratado con cirugía, radioterapia y hormonoterapia. Consulta al servicio de urgencias por disnea de 10 días de evolución en clase funcional III, asociada a registros febriles de hasta 38 °C. Al examen físico se constata hipotensión arterial (90/60 mmHg), ruidos cardíacos hipofonéticos y frote pericárdico. Se encontraba afebril al momento de la evaluación y sin signos clínicos de insuficiencia cardíaca. El electrocardiograma evidenció ritmo sinusal a 90 latidos por minuto con supradesnivel difuso y cóncavo del segmento ST. En el laboratorio se observó leucocitosis (12.120/mm<sup>3</sup>), velocidad de eritrosedimentación mayor a 120 mm/h y proteína C reactiva de 22,4 mg/dL. Se realizó un ecocardiograma Doppler que informó ventrículo izquierdo con dimensiones y función conservadas, cavidades derechas no dilatadas, derrame pericárdico moderado con colapso parcial de la aurícula derecha, engrosamiento pericárdico y discreto rebote septal, hallazgos sugestivos de compromiso pericárdico con elementos de fisiología constrictiva incipiente, sin criterios definitivos. Se interpretó el cuadro como pericarditis y se inició tratamiento con analgésicos y colchicina por vía oral. Ante la persistencia de los síntomas, se realizó una resonancia magnética cardíaca, que evidenció cavidades de dimensiones conservadas con función biventricular preservada, derrame pericárdico leve a moderado, engrosamiento pericárdico y realce tardío de gadolinio difuso en toda su extensión. Dada así la persistencia sintomática, los hallazgos imagenológicos y el antecedente de radioterapia, se decidió continuar tratamiento médico y realizar pericardiectomía con toma de biopsia con fines diagnósticos y terapéuticos.



## DEL DERRAME PERICÁRDICO SEVERO A LA CONSTRICCIÓN PERICÁRDICA. QUÉ EVALUAR SEGÚN EL MOMENTO EVOLUTIVO PARA UN DIAGNÓSTICO ACERTADO Y LA TOMA DE CONDUCTA TERAPÉUTICA

Unidad Temática: ECOCARDIOGRAFÍA

ARNAUDO, María Cecilia | RICAPITO, María de La Paz | MIRANDA, Rita María Paula |  
ALMIRÓN, Luis Iván | MARCHESINI, Marina Belén

► Sanatorio Anchorena  
Recoleta

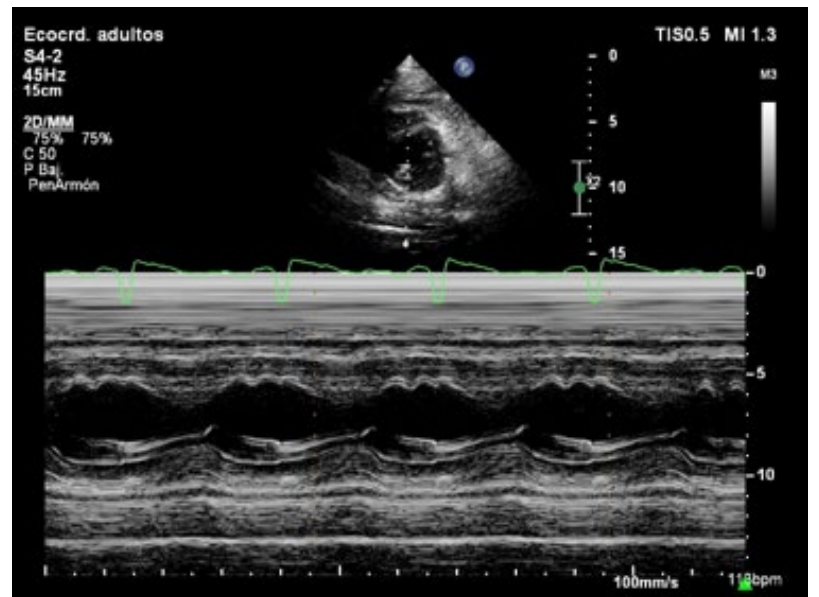
### INTRODUCCIÓN

El derrame pericárdico representa una entidad clínica de etiología diversa con repercusión hemodinámica variable. El ecocardiograma Doppler constituye la herramienta fundamental para su diagnóstico, estratificación y seguimiento, permitiendo detectar precozmente signos de compromiso hemodinámico. En un subgrupo de pacientes, el derrame puede asociarse a fisiología constrictiva, configurando el cuadro de pericarditis efusivo-constrictiva, caracterizado por la persistencia de presiones de llenado elevadas tras el drenaje pericárdico. Presentamos el caso de un paciente con derrame pericárdico severo y signos incipientes de compromiso hemodinámico que evolucionó tras la pericardiocentesis hacia un cuadro de constrictión pericárdica.



### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 62 años. Portador de cáncer de pulmón. Internación previa por derrame pleural izquierdo, habiéndose realizado VATS y decorticación pleuropulmonar sin posibilidad de sellamiento. ACO con rivaroxabán 20 mg/día por TVP gemelar bilateral reciente. Ingres a nuestra institución por derrame pericárdico severo. Refiere haber consultado por edemas en miembros inferiores de inicio los días previos. Al ingreso, paciente hemodinámicamente estable, taquicárdico (FC 110 lpm), eupneico, saturación adecuada a aire ambiente. Ruidos cardíacos hipofonéticos. ECG con taquicardia sinusal. RxTx mostrando ICT incrementado y derrame pleural izquierdo. Ecocardiograma con derrame pericárdico severo con signos incipientes de compromiso hemodinámico. Ante dicho hallazgo, se procede con pericardiocentesis evacuadora con extracción de 1250 ml de líquido con características serohemáticas, con colocación de drenaje. Se envía muestra para análisis físicoquímico, cultivo y anatomía patológica. Se decide suspensión de anticoagulación. Se realiza ecocardiograma transtorácico 24 hs posteriores al drenaje donde se evidencian signos de pericarditis constrictiva. Este caso ilustra la complejidad evolutiva de la enfermedad pericárdica y la



posibilidad de desenmascarar fisiología constrictiva tras el drenaje de un derrame significativo. En este contexto, el ecocardiograma Doppler no solo permite caracterizar la repercusión hemodinámica inicial, sino que resulta fundamental en la evaluación posterior, aportando elementos clave para el reconocimiento temprano de patrones constrictivos y la orientación del manejo terapéutico.

## ANATOMÍA VASCULAR INESPERADA EN SECUESTRO PULMONAR: EL VALOR DE LAS IMÁGENES EN UN CASO COMPLEJO

Unidad Temática: **CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA** · Unidad Temática 2: **MULTI-IMAGEN**

OCHOA, Fausto | POMBO, Diego | MENDOZA PAEZ, Edgardo Enrique |  
CAMARGO ROMERO, Javier Andrés | SCHWALLER, Tomás

► Hospital De Niños  
"Dr. Ricardo Gutiérrez"

### INTRODUCCIÓN

El secuestro pulmonar es una malformación congénita poco frecuente caracterizada por tejido pulmonar no funcional con irrigación arterial sistémica anómala. La caracterización precisa de su vascularización, incluyendo el origen arterial y el drenaje venoso, es fundamental para el diagnóstico y la planificación terapéutica. Las técnicas de imágenes cumplen un rol central en este proceso.

### DESCRIPCIÓN

Recién nacido de término con diagnóstico prenatal de sospecha de secuestro pulmonar izquierdo. Ingresó a centro de tercer nivel para evaluación y eventual resolución quirúrgica. Los estudios iniciales incluyeron ecografía torácica, que evidenció una imagen compatible con consolidación con estructura vascular en su interior. La tomografía computada de tórax mostró una opacidad en el lóbulo inferior izquierdo. La angiotomografía permitió identificar un vaso arterial aberrante originado en la aorta torácica descendente que irrigaba la lesión. Asimismo, se evidenció un drenaje venoso anómalo de gran calibre que se dirigía al sistema venoso sistémico, alcanzando la vena ácigos. El estudio angiográfico con-

firmó la presencia de dos arterias sistémicas provenientes de la aorta infradiafragmática que irrigaban el lóbulo inferior izquierdo, con doble drenaje venoso: uno hacia la aurícula izquierda a través de vena pulmonar inferior izquierda y otro hacia la vena ácigos, configurando un retorno venoso mixto. Se realizó lobectomía inferior izquierda con disección vascular, con evolución favorable. Discusión: El secuestro pulmonar presenta como característica definitoria la irrigación arterial sistémica, habitualmente dependiente de la aorta torácica o abdominal. Sin embargo, la coexistencia de múltiples vasos aferentes y patrones complejos de drenaje venoso, como en este caso, representa una variante poco frecuente. La angiotomografía y la angiografía permiten una caracterización detallada de la anatomía vascular, identificando tanto el origen arterial como las vías de drenaje, lo cual resulta clave para la planificación quirúrgica y la prevención de complicaciones intraoperatorias. Conclusión: La evaluación multimodal mediante imágenes permite una caracterización precisa de la vascularización en el secuestro pulmonar, incluyendo variantes complejas de irrigación arterial y drenaje venoso. Este caso destaca la importancia de identificar estas particularidades anatómicas para optimizar la planificación quirúrgica y mejorar los resultados clínicos.

## ORIGEN ANÓMALO CORONARIO: ALTO RIESGO ANATÓMICO, ¿ALTO RIESGO CLÍNICO?

Unidad Temática: **CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO**

VERTERAMO, María Victoria<sup>1</sup> | DARÚ, Víctor<sup>1</sup> | ROITENBURD, Daniel Benjamin<sup>2</sup>  
| SAN MIGUEL, Lucas<sup>3</sup> | NEHME, Fadi<sup>1</sup>

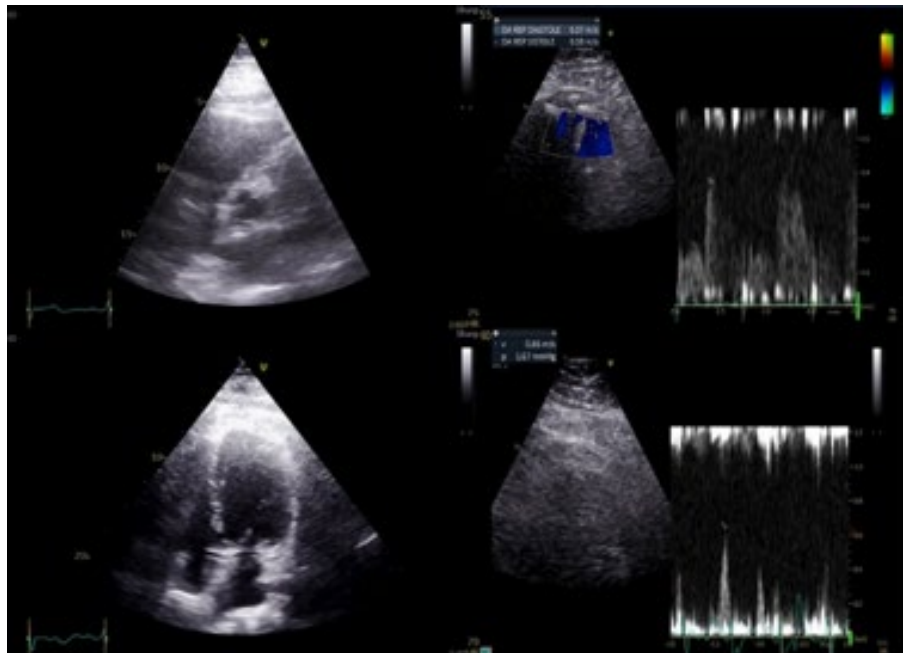
► Sanatorio Finochietto<sup>1</sup>;  
Sanatorio Julio Mendez<sup>2</sup>; TCba<sup>3</sup>

### INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de un paciente masculino de 45 años, con presencia de factores de riesgo cardiovasculares, evaluado de forma ambulatoria, en quién se detecta una anomalía coronaria de alto riesgo anatómico en ausencia de isquemia inducible. Se realizaron diversos estudios imagenológicos para confirmar anatomía y definir riesgo isquémico, entre los cuales ecocardiograma estrés con esfuerzo, angiogramografía coronaria, SPECT cardíaco y cinecoronariografía. La angiogramografía evidenció un tronco coronario único originado en el seno coronario derecho, con trayecto entre la Aorta ascendente y el tracto de salida del ventrículo derecho. A pesar de tratarse de una variante asociada a eventos adversos, los estudios funcionales resultaron negativos para isquemia. Se discute la conducta terapéutica en este contexto, donde la evidencia disponible es limitada y la toma de decisiones debe ser individualizada.

### DESCRIPCIÓN

Se trata de un paciente masculino de 45 años de edad, que consulta para control cardiovascular ambulatorio. Como antecedente presenta hipertensión arterial y obesidad, con un peso de 120 kg, talla de 180 cm e índice de masa corporal de 37,04 kg/m<sup>2</sup>. Realiza actividad física recreativa, principalmente fútbol. Niega otro tipo de antecedente cardiovascular. Se encuentra bajo tratamiento con Valsartan 160 mg cada 12 horas, Amlodipina 10 mg y Nebivolol 5 mg, con reconocida mala adherencia al tratamiento. Al examen físico presenta ruidos cardíacos normofonéticos, sin soplos, sin signos de insuficiencia cardíaca. En el contexto de la evaluación por sus factores de riesgo, se realiza ecocardiograma estrés con esfuerzo, realizando una prueba insuficiente debido al uso de betabloqueantes, alcanzando el 71% de la frecuencia cardíaca máxima teórica, sin síntomas ni cambios en el segmento ST, sin arritmias, siendo interrumpida por fatiga muscular. El ecoestrés no presentó alteraciones en la motilidad parietal, aunque muestra una reserva de flujo en la arteria descendente anterior distal insuficiente. Asimismo, se identifican hallazgos sugestivos de anomalía coronaria,



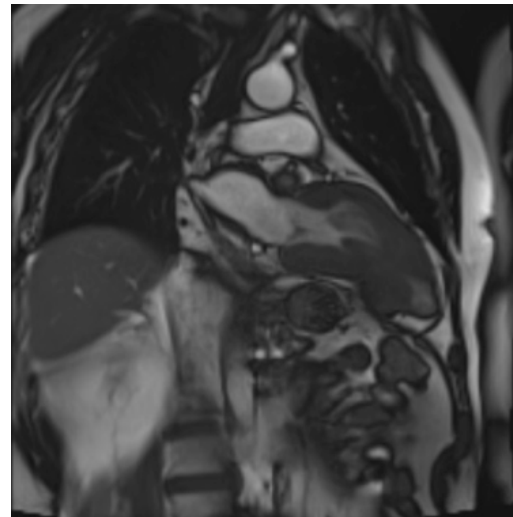
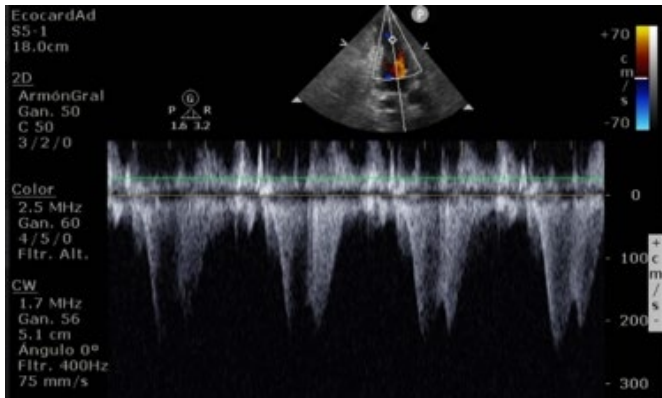
incluyendo la visualización de una arteria circunfleja retroaórtica y una imagen compatible con un trayecto anómalo de la arteria descendente anterior. Ante estos hallazgos se decide realizar una angiogramografía coronaria, que evidencia un tronco coronario único originado en el seno coronario derecho. La arteria descendente anterior presenta un trayecto entre la aorta ascendente y el tracto de salida del ventrículo derecho. La arteria circunfleja, dominante, presenta un trayecto retroaórtico. Con el objetivo de evaluar la repercusión funcional de estos hallazgos, se realiza un SPECT cardíaco, sin evidencia de defectos de perfusión, con función sistólica global conservada tanto en reposo como en el post esfuerzo. Posteriormente se efectúa una cinecoronariografía que confirma la anatomía coronaria, sin evidencia de lesiones angiográficamente significativas. En la evolución, el paciente persiste asintomático. Frente a la discordancia entre una anatomía coronaria de alto riesgo y la ausencia de isquemia inducible con el esfuerzo, se plantea un escenario de incertidumbre terapéutica. En este contexto se decide inicialmente un manejo conservador con un tratamiento médico optimizado y seguimiento estrecho, considerando la ausencia de síntomas ni isquemia inducida. No obstante, dada la anatomía coronaria de alto riesgo, se mantiene en evaluación la indicación de eventual tratamiento quirúrgico.

## MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA MEDIOAPICAL CON ANEURISMA APICAL: VALOR DEL ABORDAJE MULTIMODAL POR IMÁGENES

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN · Unidad Temática 2: MIOCARDIOPATÍAS

ORELLANO, Anabella | IROULART, Juan María | ARIAS, Anibal Martín |  
BLANCO, Roció | PÉREZ DE ARENAZA, Diego

► Hospital Italiano  
de Buenos Aires



### INTRODUCCIÓN

La miocardiopatía hipertrófica (MCH) medioapical obstructiva constituye un fenotipo infrecuente, con una prevalencia estimada cercana al 3% de los casos. Entre el 36% y el 90% de estos pacientes desarrollan aneurisma apical, lo que evidencia una estrecha asociación entre ambas entidades. Esta relación reviste importancia pronóstica, dado su vínculo con un mayor riesgo de muerte súbita, principalmente mediado por arritmias ventriculares malignas. A pesar de su baja frecuencia, la adecuada caracterización de este fenotipo resulta fundamental para la toma de decisiones terapéuticas oportunas, como la indicación de un cardioresfibrilador implantable (CDI). En este contexto, las técnicas de imágenes cardíacas desempeñan un rol central. Se presenta un caso clínico que ilustra la importancia de la sospecha diagnóstica y del abordaje multimodal por imágenes.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 81 años que consulta al servicio de emergencias por palpitaciones. Como factores de riesgo presenta hipertensión arterial, en tratamiento con enalapril 5 mg, sin otros antecedentes relevantes. Como estudios previos, contaba con un ecocardiograma transtorácico (ETT) realizado cinco años antes, que evidenciaba hipertrofia ventricular izquierda (HVI) concéntrica a predominio septal (espesor máximo basal de 15 mm), sin otros hallazgos significativos. Asimismo, electrocardiogramas previos mostraban signos de HVI e inversión de la onda T en derivaciones precordiales. Al ingreso, el paciente refería disnea de esfuerzo de una semana de evolución asociada a episodios paroxísticos de palpitaciones, presentes al momento del examen físico. Se encontraba hemodinámicamente estable, sin signos de insuficiencia cardíaca ni hipoperfusión, y sin dolor torácico. El ECG inicial evidenció taquicardia ventricular monomorfa sostenida, por lo que se realizó cardioversión eléctrica con restitución exitosa del ritmo

sinusal. El paciente evolucionó estable y fue ingresado a la unidad coronaria. Se realizó un ETT que mostró marcada HVI a predominio de los segmentos medios, con obliteración de la cavidad a dicho nivel y desarrollo de gradiente intraventricular. Asimismo, se observó adelgazamiento de los segmentos apicales con expansión sistólica, hallazgo sugestivo de aneurisma apical. Previo al implante de un CDI en prevención secundaria, se realizó resonancia magnética cardíaca (RNMC), que además de confirmar el diagnóstico, evidenció hipocinesia en todos los segmentos con movimiento discínético de expansión sistólica apical (compatible con aneurisma de dicho segmento de 3 cm<sup>2</sup> y 18 mm x 17 mm de diámetro), un máximo espesor a nivel anteroapical de 19 mm y realce tardío de gadolinio transmural a nivel apical y fibrosis focal de origen miocardiopático a nivel del resto de los segmentos medios. Finalmente, se implantó dicho dispositivo. El paciente fue dado de alta con seguimiento estrecho y se indicó el estudio de familiares de primer grado. Se solicitó además testeo genético, actualmente en proceso de autorización. Conclusión: Se presenta un caso de MCH medioapical obstructiva asociada a aneurisma apical, una entidad poco frecuente pero de alto impacto pronóstico. La adecuada interpretación de los hallazgos electrocardiográficos permite orientar la sospecha diagnóstica y favorecer un diagnóstico precoz. Este caso pone en evidencia el rol fundamental de las imágenes en el abordaje de esta patología, ya que mediante una herramienta ampliamente disponible como el ETT se pudo arribar rápidamente al diagnóstico, así como definir el fenotipo y estimar el riesgo a partir de la identificación de estructuras como el aneurisma apical. Estos hallazgos fueron posteriormente mejor caracterizados mediante RNMC, con impacto directo en el pronóstico y en la calidad de vida, no solo del paciente, sino también de sus familiares.

## ENDOCARDITIS INFECCIOSA COMPLICADA: PSEUDOANEURISMA Y DOBLE COMPROMISO VALVULAR. APOORTE DE LA IMAGEN MULTIMODAL

Unidad Temática: MULTI-IMAGEN

GILARDI, Ludmila Erika | IROULART, Juan María | PÉREZ DE ARENAZA, Diego | PARCERISA, María Florencia

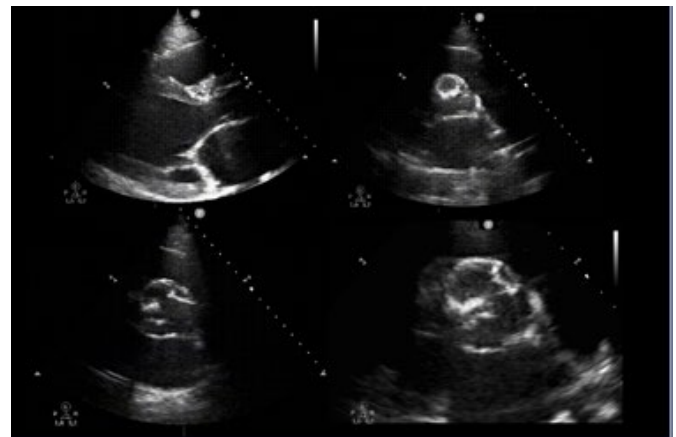
► Hospital Italiano de Buenos Aires

### INTRODUCCIÓN

La endocarditis infecciosa (EI) complicada con extensión perianular representa una de las formas más graves de la enfermedad, asociada a elevada morbimortalidad. La coexistencia de pseudoaneurisma del anillo mitral y aneurisma del seno de Valsalva constituye una presentación infrecuente, que refleja un proceso infeccioso agresivo y de rápida progresión, donde la imagen multimodal resulta clave para su diagnóstico y abordaje.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 57 años, con antecedentes de enfermedad renal crónica en hemodiálisis trisemanal secundaria a vasculitis ANCA PR3, derivado por fiebre de 20 días de evolución de origen desconocido, asociada a astenia y adinamia. En la institución de origen se documentaron hemocultivos positivos para *Staphylococcus aureus* meticilino resistente y ecocardiograma transtorácico con vegetación de aproximadamente 1 cm en válvula mitral. Al ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, con taquicardia (110 lpm), sin signos de insuficiencia cardíaca. Al examen físico se destacaba soplo en foco mitral. El electrocardiograma mostró ritmo sinusal, sin signos de isquemia aguda. El ecocardiograma transesofágico evidenció: Vegetación móvil de 1.2 x 0.8 cm en valva anterior mitral. Formación de neocavidad a nivel del anillo mitral anterior y anterolateral, con flujo Doppler en su interior, compatible con pseudoaneurisma, extendido a lo largo del surco auriculoventricular en estrecha relación con la arteria circunfleja. Válvula aórtica con insuficiencia moderada, engrosamiento valvar y cavitación a nivel del seno coronario derecho. Deterioro moderado de la función sistólica ventricular izquierda. La angiografía cardíaca permitió definir la extensión anatómica, evidenciando: Aneurisma del seno de Valsalva derecho (14 x 16 x 18 mm) con comunicación a la luz aórtica a través de un cuello de 11 mm, con signos de inflamación perilesional. Pseudoaneurisma del anillo mitral anterior, con comunicación al ventrículo izquierdo mediante un orificio de 5 mm, extendido en el surco auriculoventricular izquierdo, en íntima relación con la arteria circunfleja y el seno coronario. Ventrículo izquierdo dilatado con fracción de eyección del 33%. Se interpretó el cuadro como EI con compromiso bivalvular complicada con extensión perianular extensa. En la evaluación de embolias sépticas se evidenciaron abscesos pulmonares múltiples, accidente cerebrovascular isquémico subagudo en región parietal izquierda y embolias distales en miembros inferiores. Se inició antibioticoterapia dirigida y se realizó cirugía cardíaca con reemplazo valvular aórtico (bioprótesis Magna 21) y mitral (Hancock 29), plástica del anillo aórtico con parche per-



icárdico y cierre de absceso anular mitral (CEC 234 min; clampeo aórtico 175 min). En el postoperatorio evolucionó con shock séptico refractario, falleciendo posteriormente. Este caso representa una forma fulminante de endocarditis infecciosa por SAMR, con extensión perianular compleja y compromiso bivalvular, en un huésped de alto riesgo. La combinación de pseudoaneurisma mitral y aneurisma del seno de Valsalva evidencia una enfermedad avanzada y destructiva. La imagen multimodal resultó clave para definir la magnitud del compromiso anatómico y guiar la estrategia quirúrgica, especialmente por la cercanía a estructuras coronarias. A pesar del tratamiento oportuno, la evolución fue desfavorable, lo que subraya la alta mortalidad de estas presentaciones. Este caso destaca la necesidad de sospecha precoz y abordaje multidisciplinario, en una patología donde el tiempo y la extensión de la infección condicionan de manera crítica el pronóstico.