

Temas Libres a Premio Dr. Isaac Berconsky

0078 - VARIACIÓN DE TROPONINA T ULTRASENSIBLE LUEGO DE LA OCLUSIÓN PERCUTÁNEA DE COMUNICACIÓN INTERAURICULAR NO COMPLICADA

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista y Estructural

Unidad Temática 2: Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Adulto

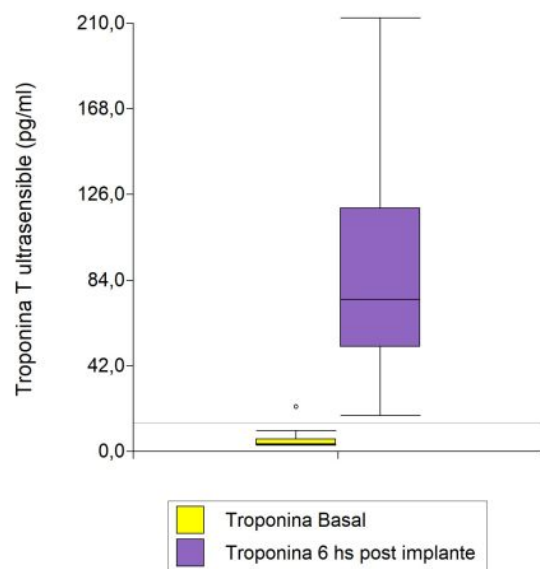
CONTRERAS, Alejandro | PEIRONE, Alejandro Román | FACUNDO, Ledesma | JUANEDA, Ernesto | DEFAGO, Víctor | CUESTAS, Eduardo

Hospital Privado Universitario de Córdoba

Introducción: Se denomina infarto tipo 5 a la injuria miocárdica posterior a la cirugía cardíaca y es definida como la elevación de troponina mayor a 10 veces el punto de corte establecido. No existen datos a cerca de valores de corte posterior a la manipulación cardíaca luego de la oclusión percutánea de una comunicación interauricular (CIA). La erosión cardíaca es una complicación poco común aunque severa, cuya presentación más frecuente se observa en las primeras horas luego del implante y por consiguiente, la determinación de troponinas podría ser de utilidad en el control post procedimiento.

Objetivos: Determinar los niveles de elevación de troponina T ultrasensible (TTUS) en una población que recibió oclusión percutánea de una CIA no complicada.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo y longitudinal. Se incluyeron de forma consecutiva desde agosto de 2020 los pacientes con los siguientes criterios de inclusión: comunicación interauricular tipo ostium secundum, dilatación de cavidades cardíacas derechas, oclusión percutánea con dispositivo. No hubo límites de edad para el ingreso. Se excluyeron los pacientes con fallo de implante. Previa a la intervención se midió TTUS y se repitió la medición a las 6 horas luego de la finalización del procedimiento. Luego de 24 horas se otorgó el alta médica si no se registraron trastornos de conducción o arritmias en el electrocardiograma ni complicaciones observadas en el ecocardiograma Doppler color. Las mediciones de TTUS fueron realizadas en un autoanalizador Cobas® mediante un ensayo de electroquimioluminiscencia de cuarta generación, con reactivos de troponina T Ultrasensible Roche®. El valor normal del ensayo fue de 14 pg/ml (recomendado según la 4ta definición de infarto). El protocolo fue aprobado por el Comité de Investigación Institucional y los pacientes y/o tutores firmaron consentimiento informado. Las variables categóricas se expresan en porcentajes e IC95% y las variables continuas en medianas y rangos intercuartílicos (RIC) o medias y desviación estándar (DE) según su distribución. Se utilizó el programa InfoStat/P 2020 (UNC).



Resultados: Fueron incluidos 49 pacientes, de los cuales 34 eran mujeres (69%; IC95 56-81%) con una edad de 10 años (RIC 5-22 años). La presión media de arteria pulmonar fue de 21,49 mmHg (DE 5,64 mmHg) y el diámetro de la CIA en ecocardiografía fue 14,57 mm (DE 5,28 mm). Presentaban defectos múltiples 13 pacientes (27%; IC95 15-40%) y borde aórtico deficiente 18 pacientes (37%; IC95 14-51%). La TTUS basal fue 3,80 pg/ml (RIC 3-6 pg/ml). Se utilizó balón elastomérico para medir el defecto en 23 pacientes (47%; IC95 33-60%), se implantó 1 dispositivo en 47 pacientes (96%; IC95 91-100%) y 2 dispositivos simultáneos en 2 pacientes (4%; IC95 0-9%). El diámetro de los dispositivos fue 19,76 mm (DE 6,17 mm) y el tiempo de radioscopia fue 6,30 minutos (RIC 4,60-9,90 minutos). Se midió TTUS posterior al implante a los 363 minutos (RIC 360-374 minutos) obteniéndose un valor de 74,5 pg/ml (RIC 51,2-119,3 pg/ml) lo que corresponde a una elevación de 5,32 veces (RIC 3,65-8,52 veces) comparado con el valor inicial. El percentil 97 de TTUS posterior al implante fue 212,70 pg/ml (15,19 veces el valor normal).

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes que recibieron oclusión percutánea de CIA tipo ostium secundum no complicada, se observó una elevación consistente de TTUS en todos los casos. El valor esperado en una oclusión percutánea no complicada debería ser menor a 15 veces el valor normal del fabricante.

0181 - EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DIFERENTES TERAPIAS DE REPERFUSIÓN EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO. 15 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista y Estructural

Unidad Temática 2: Enfermedad Vasculat Pulmonar

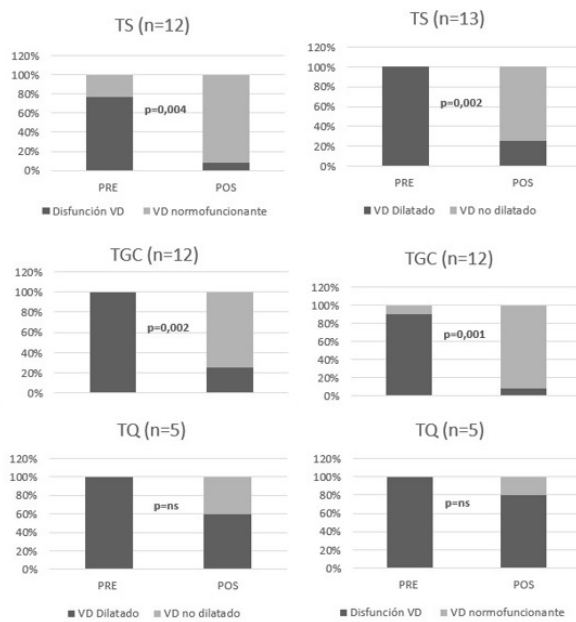
IWANOWSKI, Mateo | BILBAO, Jorge Alberto | BONORINO, Jose María | MELCHIORI, Renzo Eduardo | TORRES, Nicolás Arturo | **SPAINI, Emilia Macarena** | FERNÁNDEZ, Horacio Enrique | BARATTA, Sergio Juan

Hospital Universitario Austral

Variables	Total (n=50)	TS (n=22)	TGC (n=21)	TQ (n=7)	Valor de p
Tiempo de internación (días)	10 (RIC 7-18)	8.5 (RIC 7-15)	10 (RIC 6.5-15)	22 (RIC 15-34)	0.02
ARM	40% (20)	18.1% (4)	42.8% (9)	100% (7)	0.0002
Sangrado Menor (BARC<3)	14% (7)	18.1% (4)	9.5% (2)	14.2% (1)	0.72
Sangrado mayor (BARC ≥3)	14.0% (7)	9% (2)	4.7% (1)	57.4% (4)	0.001
Mortalidad intrahospitalaria	18% (9)	9.0% (2)	28.5% (6)	14.2% (1)	0.25

Introducción: Los pacientes con tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) hemodinámicamente inestables son candidatos para recibir trombólisis sistémica (TS), sin embargo la terapia guiada por catéter (TGC) o la trombectomía quirúrgica (TQ) pueden también ser consideradas, aunque con menor nivel de evidencia. Existe información limitada en nuestro medio, respecto de cuál es el mejor método de reperusión en esta población.

Tamaño y función del VD pre y pos reperusión luego de los 14 días



Objetivos: Realizar un análisis descriptivo sobre las distintas terapias de reperusión en el tromboembolismo pulmonar agudo y determinar su efectividad y seguridad

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo sobre un registro prospectivo unicéntrico de pacientes internados con TEP entre los años 2006 y 2021, que hayan requerido terapia de reperusión. Analizamos la evolución intrahospitalaria y en el seguimiento luego de 14 días.

Resultados: Sobre un total de 399 pacientes con TEP, 50 recibieron terapia de reperusión y fueron incluidos en nuestro análisis. Edad promedio 64.5 años (rango: 53-72 años), sexo femenino 46%. Los métodos de reperusión utilizados fueron TS: 44%, TGC: 42% y TQ: 14%. Todos los pacientes presentaron dilatación del ventrículo derecho (VD) y elevación de troponinas. La mortalidad intrahospitalaria fue del 18%. Las tasas de sangrado mayor y menor entre TS, TGC y TQ fueron 9.0% vs. 4.7% vs. 57.4% ($p=0.001$) y 18.1% vs. 9.5% vs. 14.2% ($p=ns$), respectivamente. Durante el seguimiento luego de los 14 días, solo la TGC y la TQ mostraron reducción de los valores de presión sistólica en la arteria pulmonar mientras que la TS y la TGC mostraron reducción de los diámetros del VD y mejoría de su función.

Conclusiones: En esta población de pacientes con TEP y alta tasa de mortalidad intrahospitalaria, no se observaron diferencias en términos de efectividad entre las distintas terapias de reperusión. La TGC y la TS tuvieron similares tasas de sangrado mayor y menor. La TGC y la TQ podrían ser considerados métodos de reperusión alternativos, especialmente cuando la TS está contraindicada.

0194 - PREDICTORES DE EXTRACCIÓN Y DE MORTALIDAD ALEJADA EN PACIENTES TRATADOS CON FILTROS DE VENA CAVA INFERIOR

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista y Estructural

MIGLIARO, Guillermo (1) | NOYA, Juan Agustin(2) | TUPAYACHI VILLAGOMEZ, Omar Dario(1) | DONATO, Brian Nazareth(2) | ALLIN, Jorge(3) | LEIVA, Gustavo Alfredo(2) | ÁLVAREZ, José Amadeo Guillermo(1)

Hospital Alemán (1); Hospital Británico de Buenos Aires (2); Sanatorio Esperanza (3)

Introducción: Los filtros de vena cava inferior (FVC) constituyen un recurso terapéutico para el tratamiento de pacientes con enfermedad tromboembólica, ya sea tromboembolismo de pulmón (TEP) o trombosis venosa profunda (TVP) que presentan contraindicación de anticoagulación a dosis plenas.

Objetivos: Reportar la tasa de extracción de FVC recuperables colocados y la mortalidad alejada en este grupo de pacientes. Identificar los predictores de extracción de FVC y de mortalidad por todas las causas durante el seguimiento en dos hospitales de la Ciudad de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: Se analizaron 739 pacientes consecutivos que fueron tratados con la colocación de un FVC en dos hospitales de comunidad, desde enero del año 2002 hasta diciembre de 2021. Se analizaron las características demográficas, la presentación clínica, el motivo de la contraindicación de la anticoagulación, variables relacionadas al procedimiento y al tipo de dispositivo implantado y la extracción o no de los mismos. Se investigó como objetivo primario (OP) la identificación de predictores de mortalidad por todas las causas durante el seguimiento. Como objetivo secundario (OS) se evaluó la detección de predictores de extracción de FVC. El análisis de asociación se realizó con la prueba de chi cuadrado o Fisher y t de Student según correspondiera al tipo de variable. Se consideró una p significativa a aquella < 0.05 . Se realizaron análisis bivariados, multivariados y de regresión logística para investigar las posibles asociaciones. Se utilizó JASP versión 0.16.2 como software de análisis estadístico.

Resultados: El 53 % de los pacientes eran de sexo femenino. La edad promedio fue de 69 ± 15 años. El 67% presentó TEP y el 43% TVP. El 11% tuvo ambas formas de presentación. La contraindicación de anticoagulación más frecuente fue la relacionada con un procedimiento quirúrgico cercano al evento trombótico en el 47% de los casos, seguido por el sangrado activo en el 16%. El 44% de los pacientes tenían cáncer activo. En el 97 % de los casos se utilizaron filtros recuperables, siendo la vía más utilizada para la colocación la femoral en el 95% de los casos. Los filtros con diseño de doble canasta fueron implantados en el 64% de los pacientes, mientras que los de diseño cónico en el 36%. Se realizó el seguimiento en el 94% de los pacientes, durante una mediana de tiempo de 6.08 ± 5.83 años. La mortalidad intrahospitalaria fue del 20%. La mortalidad alejada fue del 53%. En el OP se identificaron como predictores independientes a la enfermedad oncológica [OR 5.21 (IC 95% 2.22-5.83)], a la edad [OR 1.03 (IC95%1.08-1.42)] y la TVP [OR 2.01 (IC95%1.24-3.26)]. La tasa de extracción en el seguimiento fue del 33%. Como predictores independientes del OS se identificaron, a la indicación del FVC relacionada a un procedimiento quirúrgico [OR 4.8 (IC95% 2.544-9.591)], a la ausencia de enfermedad oncológica [OR 1.65 (IC95% 1.09-2.55)] y a la edad [OR 0.98 (IC 0.976-0.997)] en forma inversamente proporcional.

Conclusiones: Se observó una mortalidad alejada elevada en este grupo de pacientes. Los predictores de mortalidad fueron la presencia de enfermedad oncológica, la edad y la TVP. Se extrajeron sólo un tercio de los FVC colocados. Los predictores de extracción fueron la contraindicación de anticoagulación relacionada a un procedimiento quirúrgico, la ausencia de enfermedad oncológica y la edad en forma inversamente proporcional.

0282 - PRESENCIA DE REGURGITACIONES MODERADAS O SEVERAS EN EL IMPLANTE PERCUTÁNEO DE LA VÁLVULA AÓRTICA CON LA ESTRATEGIA DE CUPS OVERLAPING

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista y Estructural

FAVA, Carlos | LEV, Gustavo | RODRIGUEZ, Andres | FRANCO, Andreoli | GOMEZ, Silvina | MENDIZ, Oscar Alfredo

Fundación Favaloro

Introducción: La estrategia del implante alto de la válvula aórtica percutánea aórtica esta demostrando la menor necesidad de marcapaso definitivo en las válvulas autoexpandibles ser similar a las balón expandibles y a la cirugía, pero la presencia de regurgitaciones aórticas significativas podría ser mayor aunque esto no ha sido demostrado

Objetivos: Analizar si el implante con la estrategia del implante alto de las TAVI se relaciona con mayor presencia de regurgitación paravalvular moderada o severa comparada con la estrategia convencional.

Materiales y Métodos: Se analizaron 206 pacientes consecutivos que recibieron TAVI entre con válvulas autoexpandibles entre agosto del 2019 y mayo del 2022, de ellos 101 (49%) se realizaron con la estrategia convencional (CON) y 105 (51%) se realizaron con la estrategia del implante alto (CUP OVL). El Punto Final Primario (PFP) fue la presencia de regurgitación paravalvular moderada y severa luego del implante a 30 días. Además se analizó la presencia de mortalidad, infarto, necesidad de marcapaso definitivo, oclusión coronaria, ACV, sangrado mayor, complicación vascular y bloqueo completo de rama izquierda.

Resultados: La edad media en los que se realizaron con la estrategia CON fue de 79.8 ± 7.9 vs. 80.4 ± 6.9 , hombres 48.5% vs. 55.2%, hipertensión 89.1% vs. 93.3%, diabetes 20.8% vs. 32.3 % ($p=0.06$), infarto previo 22.7% vs. 17.1%, CRM previa 18.8% vs. 15.2%, ATC previa 31.7% vs. 44.8% ($p=0.05$), ATC pre TAVI 21.8%, vs. 28.6%, EPOC 18.8% vs. 12.4%, eGFR 60.1 ± 19.3 vs. 62.4 ± 17.4 , diálisis 3 vs. 3.8%. El riesgo para cirugía medido con el STS Score fue mayor en el grupo de CUP OVL (5.8 ± 2.4 vs. 6.9 ± 2.2 $p=0.01$). En el ECG previo la presencia de bloqueo A-V fue mayor en los que recibieron CUPS OVL (1% vs. 6.7% $p=0.01$) sin haber diferencia en BCRD 9.9% vs. 8.6%, BCRI 9.9% vs 14.3% ni en la presencia de fibrilación auricular (15.8% vs. 23.8%). No hubo diferencia en la fracción de eyección del ventrículo izquierdo, gradiente medio ni en el área valvular aórtico. El acceso fue femoral en todos los ptes, excepto en 2 del grupo CUP OVL que se realizaron por acceso subclavio, la predilatación fue mayor en este grupo (57.4% vs. 87.6% ($p=0.000001$)) sin haber diferencia en la post-dilatación (24.5% vs. 34.3%). En todos se utilizó válvulas autoexpandibles y el cierre percutáneo fue utilizado en todos excepto en uno del grupo CON y en 2 del grupo CUPS OVL. A 30 días no hubo diferencia en el PFP entre la estrategia CON vs. CUP OVL (regurgitación moderada 2% vs. 0.9% $p=0.53$ y ninguno presentó regurgitación

severa); tampoco hubo diferencia en mortalidad (4.9% vs. 2.8%), infarto (0 vs. 2.8%), oclusión coronaria (0% vs. 0.9%), ACV (0% vs. 0.9%) y complicación vascular (2% vs. 3.8%). La necesidad de marcapaso definitivo fue menor con la estrategia de CUP OVL (6.7% vs. 17.8) y la presencia de nuevo bloqueo de rama izquierda fue de 12.9% vs. 5.7% (p=0.07).

Conclusiones: En esta serie de un solo Centro, la estrategia del implante alto de la válvula aórtica percutánea no mostró diferencia en la presencia de regurgitaciones moderadas o severas comparada con la estrategia convencional sin presentar diferencia en las complicaciones y se asoció a una menor necesidad de marcapasos definitivos y a una tendencia de menor bloques de rama izquierda a 30 días

0316 - TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS CON ANATOMÍA AÓRTICA COMPLEJA

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista y Estructural

Unidad Temática 2: Aorta

FERREIRA, Luis Mariano | FERRER, Miguel | INGINO, Carlos Alberto | ALOY, Leonela | FONTANA, Lucia | LA MURA, Ricardo

Clínica La Sagrada Familia

Introducción: Más del 80% de los aneurismas aórticos infrarenales se tratan mediante reparación endovascular. Sin embargo, la anatomía arterial es la principal limitante para el abordaje mediante endoprótesis estándar. Existen pocos informes publicados en nuestro medio de resultados para pacientes con aneurismas yuxta o pararenales, o toracoabdominales (aneurismas complejos).

Objetivos: Presentamos nuestra experiencia dando un enfoque técnico global en la reparación endovascular de aneurismas aórticos complejos

Materiales y Métodos: Este es un estudio observacional prospectivo de un solo centro que evalúa los resultados a 3 años en todos los pacientes con aneurismas complejos tratados en forma electiva y consecutiva por vía endovascular mediante: endoprótesis estándar utilizando EndoAnchors, fenestraciones (FEVAR), ramas (BEVAR) o endoprótesis estándar con chimeneas para la exclusión de los aneurismas aórticos complejos. La decisión de la técnica a utilizar fue determinada por el equipo quirúrgico en base a la anatomía arterial. Técnicamente para evitar la paraplejía y la isquemia de miembros, se realizaron conductos temporarios para el ingreso de la endoprótesis, drenaje computarizado de LCR y procedimientos realizados en etapas.

Resultados: Entre enero de 2019 y febrero 2022, realizamos en forma consecutiva 37 procedimientos (81% Hombres, Edad > 70 años 70,2%, 46% enfermedad vascular no aneurismática (enfermedad coronaria 24,3%, ACV 10,8%) y 76% un ECG previo patológico, IRC 16,2%) El diámetro máximo transverso del aneurisma promedio fue 68mm, y 2p se encontraban complicados al momento de su presentación). Se utilizaron 12 dispositivos fenestrados hechos a medida fabricados en quirófano y 2 industrialmente fabricados, 8 dispositivos ramificados estándar, 4 en chimeneas y 11 pacientes recibieron EndoAnchors. Las reparaciones incluyeron 33 fenestraciones (promedio de 2,5 fenestraciones / paciente) y 15 chimeneas (1,8 chimeneas /paciente) y 31 ramas direccionales. La tasa de éxito técnico fue del 100% con permeabilidad adecuada de las ramas viscerales comprometidas. A 30 días: 2 pacientes fallecieron (5.4%) uno en el día 22 por neumonía (paciente con aneurisma roto) y un segundo paciente por una TV al día 8; 3 (8,1%) pacientes presentaron una oclusión de la arteria renal, la cual fue repermeabilizada exitosamente en todos los casos (2 BEVAR y 1 FEVAR). Ningún paciente necesitó de diálisis, ni presentó paraplejía, isquemia intestinal, o accidente cerebrovascular. Un paciente desarrolló un endoleak tipo IB durante el seguimiento que fue corregido y un segundo paciente un IC que no requirió de tratamiento. Ocho pacientes presentan un endoleak tipo II, cinco con crecimiento del saco pero sólo uno de los cuales recibió tratamiento endovascular. El tamaño promedio del aneurisma disminuyó de 65.4±13.9 a 63.2±14mm a 14 meses. Dos pacientes fallecieron por COVID al 5 y 8 mes del PO. El tiempo medio de seguimiento fue de 17 meses (1 a 39 meses). En el análisis de Kaplan-Meier, la supervivencia global fue del 78.2% a 3 años, la permeabilidad primaria del vaso fue del 83,7% y la secundaria del 100%, con una supervivencia libre de reintervención a 3 años del 75.7%. No se registró mortalidad asociada al aneurisma y o ruptura del mismo, durante el seguimiento.

Conclusiones: Se trata de una publicación que muestra nuestra actual, efectiva y segura forma de tratar a este grupo de pacientes, de alto riesgo técnico, mediante un abordaje mínimamente invasivo, y diseñado a medida de acuerdo a sus características anatómicas vasculares.

0650 - RESOLUCIÓN ENDOVASCULAR DE PATOLOGÍA AÓRTICA TORÁCICA

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista y Estructural

Unidad Temática 2: Medicina Vascular

GABILONDO, Ivan | NUÑEZ, Pablo | GIACHELLO, Carlos Federico | MON NOBOA, Matias Rafael | PASCUA, Julio Andrés

Hospital Italiano de La Plata

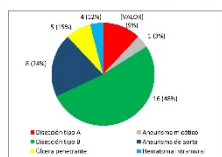
Introducción: La patología aórtica torácica puede presentarse en forma aguda o crónica. Dentro de ellos se encuentran el aneurisma, la disección, el hematoma intramural y la úlcera penetrante. De acuerdo al cuadro clínico y la anatomía está indicado el tratamiento médico, endovascular, quirúrgico o híbrido.

Objetivos: Reportar nuestra experiencia en el tratamiento endovascular para la resolución de la patología de aórtica torácica. Evaluando la morbi-mortalidad intrahospitalaria y en el seguimiento.

Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente los pacientes tratados en forma endovascular por patología de aorta torácica desde julio de 2014 a febrero de 2022. Se evaluaron características demográficas, clínicas, tomográficas y angiográficas analizándose resultados del procedimiento, complicaciones intrahospitalarias, alejadas y reintervenciones, con un seguimiento clínico y telefónico promedio de 24 meses.

Técnica utilizada	
Endoprótesis aórtica	37 (100%)
Tratamiento híbrido	3 (8%)
By pass carótido-subclavio	1 (3%)
Chimenea a subclavia	7 (19%)
Embolización subclavia	3 (8%)

Evolución posterior al tratamiento	
Mortalidad intrahospitalaria	5 (13%)
Reintervención	5 (13%)
Mortalidad relacionada	1 (3%)
Mortalidad no relacionada	1 (3%)



Resultados: Se trataron 37 pacientes (24 hombres, 65%), con una edad media de 67 ± 15 años, con múltiples factores de riesgo, identificando la hipertensión arterial (85%) y el tabaquismo (66%) como los más relevantes. 4 (12%) pacientes presentaron compromiso de aorta ascendente, 3 con disección de aorta tipo A que requirieron tratamiento híbrido, 1 presentó un aneurisma micótico que se resolvió por vía endovascular con la colocación de un stent forrado, 16 (43%) presentaron disección de aorta tipo B, 8 (22%) aneurismas, 4 (11%) hematoma intramural y 5 (13%) úlcera penetrante. 72% de los pacientes (22) fueron sintomáticos por dolor, 5 de ellos con ruptura de aorta y 2 con signos de isquemia arterial aguda. En todos los casos se colocaron endoprótesis aórticas, efectuando by pass carótido subclavio izquierdo en un paciente (3%), técnica de chimenea con la colocación de stent forrado en la arteria subclavia izquierda en 7 pacientes (19%) y fue necesario embolizar dicha arteria con colocación de Plug en 3 pacientes (8%). El promedio de días de internación fue 8 con una mortalidad intrahospitalaria del 13% (1 por shock hipovolémico, 2 por shock séptico, 1 shock cardiogénico y 2 por taponamiento cardíaco) En el seguimiento 5 (13%) pacientes requirieron reintervención, 4 por leak y 1 por claudicación intermitente secundaria a la disección de aorta. 2 pacientes (5%) fallecieron, siendo la causa de muerte relacionada con el aneurisma en sólo 1 pacientes (3%).

Conclusiones: El tratamiento endovascular de la patología de la aorta torácica es segura y efectiva, mediante un abordaje mínimamente invasivo. Existen gran variedad de alternativas terapéuticas, con resultados

alentadores, sin embargo, persisten algunas limitaciones, necesarias de resolver para disminuir posibles complicaciones o reintervenciones.