



5. Ecocardiografía

5.1. Reporte de caso y revisión de la literatura de fibrosis endomiocárdica del ventrículo izquierdo

Gudiño Amezcua Diego Armando, Fernández López Alejandro, Gutiérrez Guerrero Ernesto, Guzmán Sánchez César Manuel
Instituto Mexicano del Seguro Social.

Tipo de estudio: Reporte de casos clínicos con revisión de fuentes

Introducción: La fibrosis endomiocárdica, o endocarditis de Loeffler es una patología de causa todavía desconocida, ésta puede presentarse durante la evolución de diversas enfermedades de causa infecciosa, tumoral, autoinmune, medicamentos, etcétera. En muchos casos puede presentar eosinofilia moderada a severa. **Descripción del caso:** Mujer de 68 años de edad, con antecedentes de importancia, DM2 y HAS de larga evolución con adecuado control, acudió por atención medica debido a disminución gradual de su clase funcional, hasta la disnea de mínimos esfuerzos, ecocardiograma con 1/3 del ventrículo izquierdo obliterado con una FEVI de 30%. **Metodología:** Se revisaron varias fuentes bibliográficas, incluyendo artículos de revisión, libros de texto y otros reportes de casos. **Resultados:** La eosinofilia por largos periodos de tiempo puede producir toxicidad en el corazón, produciendo infiltración, principalmente la proteína catiónica eosinofílica y la proteína básica mayor que tiene predilección por el endocárdico, que traduce engrosamiento y fibrosis del subendocardio. El trasplante cardiaco permanece como una opción terapéutica viable, para pacientes seleccionados con falla cardiaca

terminal y síntomas limitantes. **Discusión:** La supervivencia a 10 años es menor al 50%, las causas de fallecimiento generalmente son: falla cardiaca, muerte súbita o eventos tromboembólicos. El tratamiento médico en general es poco satisfactorio y la cirugía para pacientes en clase funcional III-IV tiene una supervivencia después de la cirugía a 10 años del 70%, con buena calidad de vida.

5.2. Endocarditis fúngica multivalvular con formación de fístula de seno coronario

Chih Lin Chen, Hernández Del Río Jorge Eduardo
Hospital Civil Fray Antonio Alcalde.

Tipo de estudio: Reporte de casos clínicos con revisión de fuentes

Introducción: Endocarditis fúngica es una enfermedad valvular rara con alta mortalidad. Se ha reportado una frecuencia de 1-10% con una mortalidad > 50%. Se presenta más frecuentemente en paciente con cirugía cardiaca previa o inmunodeficientes. Acá se presenta una paciente femenina joven sin comórbidos con endocarditis multivalvular asociado a formación de fístula de seno coronario. **Descripción del caso:** Mujer de 27 años sin ningún comórbido con historia de fiebre persistente de un mes de evolución. Inicialmente paciente con taquicardia y picos febriles en múltiples ocasiones. Se procede a realizar abordaje para fiebre con ecocardiograma transesofágico evidenciando múltiples vegetaciones en aurícula derecha, válvula pulmonar, válvula aórtica con formación de fístula y drenaje hacia cavidad derecha. **Metodología:** Se realiza una búsqueda en Google, PubMed, Elsevier con artículos y casos relacionados con endocarditis fúngica. se revisa la guía de endocarditis de 2015 publicado por *European society of Cardiology*. **Resultados:** La endocarditis fúngica es una



Figura 5.1.1.



Figura 5.2.1.

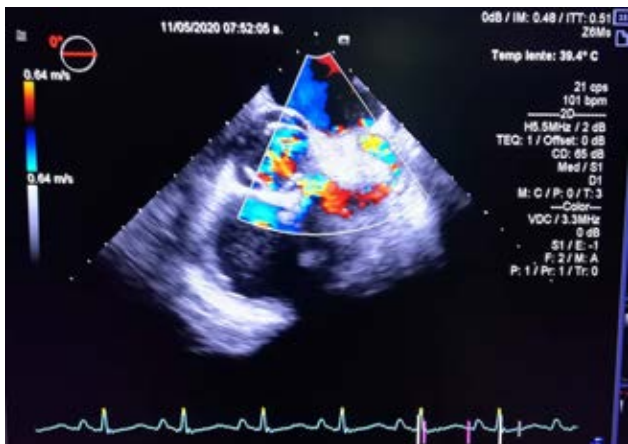


Figura 5.2.2.

enfermedad poco frecuente cuyas principales etiologías son *Candida* y *Aspergillus*. Su aislamiento es principalmente en autopsia o biopsia de la valva y en ocasión muy rara en hemocultivo. La falla cardiaca es principalmente por insuficiencia valvular y raras ocasiones por fístula intracardiaca. **Discusión:** La endocarditis con extensión perivalvular es una causa frecuente de una infección descontrolada asociado con mal pronóstico y la necesidad de cirugía. Se ha reportado una frecuencia de formación de fístula de 1.6% con una mortalidad alta a pesar de la cirugía. En nuestro caso, fue tratada quirúrgicamente apoyando con antifúngico por un mes con evolución favorable.

5.3. Experiencia de ecocardiografía de estrés farmacológico durante 2016-2018 en un laboratorio

Ferreya Solorio Carlos Obeth, Matadamas Gómez Martha Elvira, Suárez García Juan Manuel, Saravia Juan Manuel ECAI.

Tipo de estudio: Reporte de casos clínicos con revisión de fuentes

Introducción: Durante mucho tiempo, la ecocardiografía de estrés farmacológico (EEF) ha tomado relevancia en el diagnóstico de isquemia miocárdica, considerando este estudio como una herramienta importante equiparable a los demás métodos de diagnóstico. **Des-**

Tabla 5.3.1.

		0-20	21-40	41-60	61-80	> 81	
Hombre	Positivo	Dobutamina	0	1	8	7	0
		Dipiridamol	0	5	14	20	6
	Negativo	Dobutamina	0	3	17	12	2
		Dipiridamol	0	4	20	39	7
Mujer	Positivo	Dobutamina	0	0	5	6	0
		Dipiridamol	0	1	12	26	8
	Negativo	Dobutamina	0	0	6	14	2
		Dipiridamol	0	2	10	34	11

cripción del caso: Determinar en un periodo de tres años los resultados de EEF tomando en cuenta el género y los diferentes grupos de edad. **Metodología:** Se revisaron los reportes de EEF con dobutamina y dipiridamol en un periodo de 2016 a 2018 considerando el género, la edad (21 a 96 años) dividiendo estos grupos de 20-40, 41-60, 61-80, y mayores a 80 años, así como el resultado en estos grupos. **Resultados:** Fueron 305 reportes de EEF. Los resultados se muestran en la *Tabla 5.3.1*. **Discusión:** En nuestro laboratorio la mayor parte de los EEF se realizaron con dipiridamol. En el grupo de hombres que fueron positivos para isquemia miocárdica con dipiridamol en el rango de edad 61 a 80 años resultaron 20 pacientes y en el grupo de mujeres con dipiridamol positivo fueron 26 en el mismo rango.

5.4. Deformación miocárdica del ventrículo izquierdo en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Pérez Topete Silvia Esmeralda,* Miranda Aquino Tomás,† Hernández Del Río Jorge,* González Padilla Christian,* Lomelí Sánchez Oscar,* Esturau Santaló Ramón*

* Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

† Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE.

Tipo de estudio: Prueba diagnóstica

Introducción: En los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) se ha demostrado daño miocárdico dentro de sus manifestaciones clínicas; sin embargo, el daño subclínico estudiado mediante la deformación miocárdica del ventrículo izquierdo (VI) ha sido poco estudiada. **Objetivo:** Comparar el *strain* longitudinal global del VI con un grupo control. Determinar si existe algún patrón regional de alteración del *strain* longitudinal del VI. **Metodología:** Se incluyeron 46 pacientes con LES y se compararon con controles sanos (CS) pareados por edad y sexo. Se midió por ecocardiograma transtorácico la deformación miocárdica mediante la técnica VVI el *strain* longitudinal global del VI, en los ejes apicales 4, 3 y 2 cámaras. **Resultados:** Se encontraron diferencias significativas en cuanto al *strain* longitudinal global máximo del VI (-19.4% LES vs -22.5% CS; $p \leq 0.001$), se encontró que tanto segmentos basales (-19.5 vs -22.1%; $p = 0.002$), medios (-19.2 vs -20.9%; $p = 0.02$) y apicales (-21.1 vs -24.9% $p \leq 0.001$) por igual estaban más disminuidos en pacientes con LES. **Discusión y conclusiones:** Los pacientes con lupus tienen menor deformación miocárdica del ventrículo izquierdo, lo que se manifiesta con un mayor daño miocárdico subclínico.

5.5. Fibrilación auricular como presentación de ventrículo izquierdo no compactado

Briceño Gómez Erik Eduardo,* Nicolás Mendoza Rubén,*

Queb Pech Nadia Melissa,† Tapia García Leibnitz,*

Betancourt Aldana-Villarruel Juan Carlos,* Hernández Santamaría Ismael*

* Hospital Juárez de México. † Hospital General de

Especialidades «Dr. Javier Buenfil Osorio».

Tipo de estudio: Reporte de casos clínicos con revisión de fuentes

Introducción: El ventrículo izquierdo no compactado (VINC) es una miocardiopatía caracterizada por trabéculas prominentes en la pared del ventrículo izquierdo, una capa compacta delgada y recesos intertrabeculares profundos. La presentación clínica clásica consta de falla cardiaca, arritmias y eventos embólicos originados por trombos murales. Se acompaña de alteraciones electrocardiográficas en 88-94%, y la fibrilación auricular representa el 5-29% de los casos. **Descripción del caso:** Reportamos el caso de un varón de 44 años, sin antecedentes

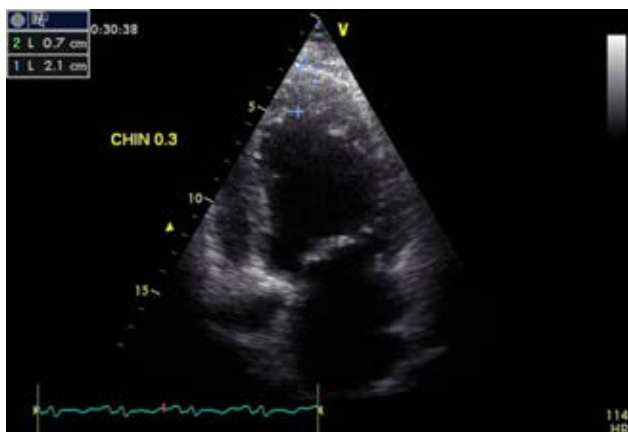


Figura 5.5.1.



Figura 5.5.2.

de importancia, que acude a urgencias por episodio de fibrilación auricular (FA) inestable, que ameritó cardioversión eléctrica. Ingresó para protocolo de estudio, documentándose VINC por medio de ecocardiograma transtorácico. **Metodología:** Se realizó revisión de la literatura de 2015 a 2020 usando cuatro bases de datos (PubMed, Scopus, Web of Science y ScienceDirect), utilizando como palabras claves *ventrículo izquierdo no compactado* y *fibrilación auricular*. No se incluyeron publicaciones de pacientes pediátricos. **Resultados:** La prevalencia del VINC por ecocardiografía es de 0.05-0.26%, como hallazgo aislado o asociado con enfermedades neuromusculares (ENM). La FA es más frecuente en ancianos y aquellos con ENM; pudiendo ser secundaria a dilatación auricular, miopatía subyacente o cambios en canales iónicos. Esta arritmia está asociada a mayor mortalidad, anomalías valvulares y extensión de hipertrabeculación en sujetos con dicha condición. **Discusión:** La incidencia del VINC es cada vez mayor debido a la mejora de modalidades de imagen diagnóstica. La presentación es variable, desde asintomática hasta muerte súbita. Nuestro paciente se presentó con FA *de novo*, asumiendo como etiología VINC, asociado con mayor mortalidad. Reafirmando así, que el diagnóstico y tratamiento oportunos mejoran dramáticamente el pronóstico de esta enfermedad.

5.6. Válvula aórtica cuadrilobulada (VAC), reporte de caso

Cepeda Rocha María del Socorro, Herrera Méndez Sergio, Hernández Del Río Jorge Eduardo
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Tipo de estudio: Reporte de casos clínicos con revisión de fuentes

Introducción: La válvula aórtica cuadrilobulada (VAC) es un defecto cardíaco congénito poco común en la población general, con una frecuencia estimada de < 0.05%. Debido a su rareza, la historia natural y los resultados a largo plazo del VAC están mal definidos. **Descripción del caso:** Varón de 15 años de edad que se presenta al Servicio de Urgencias refiriendo disnea de pequeño a mediano esfuerzo, y presencia de edema generalizado, por lo que se solicita interconsulta al Servicio de Medicina Interna para valoración inicial del paciente. Los cuales deciden su ingreso al Servicio de Medicina Interna para protocolización. **Metodología:** Revisión de bibliografía en revistas indexadas. **Resultados:** La presencia de cuatro valvas es

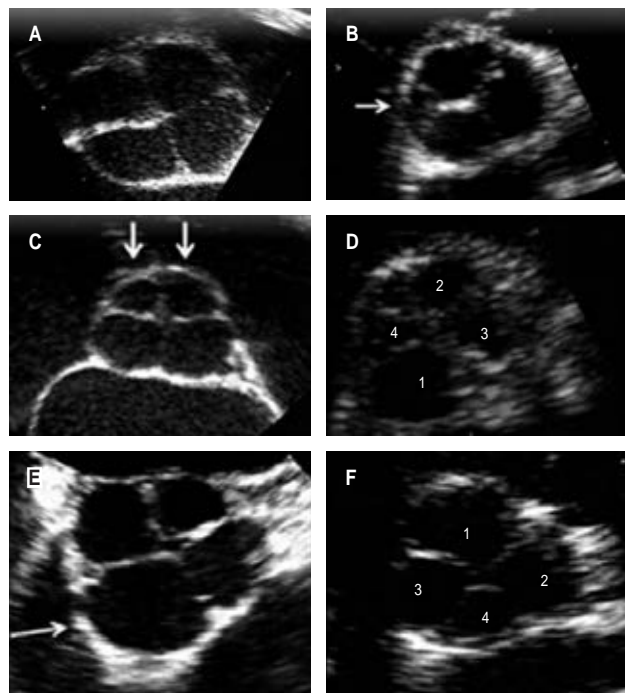


Figura 5.6.1: Clasificación de la válvula aórtica cuadrilobulada recomendada por Hurwitz y Roberts de acuerdo con variaciones anatómicas. **A)** Varón de 41 años con tipo A, o 4 cúspides relativamente iguales. **B)** Varón de 23 años con tipo B, o 3 cúspides iguales y una cúspide mas pequeña (flecha). **C)** Mujer de 41 años con tipo C, o 2 cúspides mas grandes y 2 cúspides mas pequeñas (flechas). **D)** Varón de 80 años con tipo D, o una cúspide mas grande (1), 2 cúspides intermedias (2 y 3) y una cúspide mas pequeña (4). **E)** Mujer de 41 años con tipo E, o 3 cúspides relativamente iguales y una cúspide mas grande (flecha). **F)** Varón de 45 años con tipo F, o 2 cúspides relativamente mas grandes (1 y 2) y 2 cúspides desiguales mas pequeñas (3 y 4).

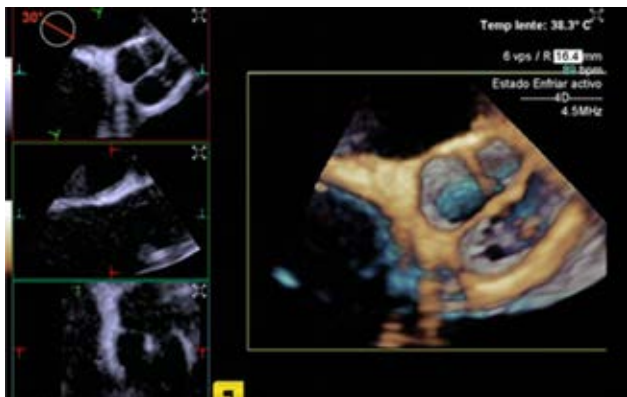


Figura 5.6.2: Ecocardiograma transesofágico en esófago medio con reconstrucción 3D de válvula aórtica cuatrilvalva a 30° en eje corto.

frecuente en el tronco arterioso común extremadamente raro en corazones con dos válvulas semilunares. Se ha sugerido que el número anormal de valvas es resultado de cambios en el desarrollo en etapas iniciales de la septación troncal, con resultado de asimetría en el número de primordios valvulares o proliferación anormal fusión de cojines mesenquimales. **Discusión:** Utilizando la clasificación antes mencionada, en este caso en particular se podría clasificar como una anomalía VAC tipo A, ya que consta de cuatro cúspides de igual tamaño, observadas a través de ecocardiograma transesofágico. Debe mantenerse el seguimiento clínico de estos pacientes para detectar rápidamente la aparición o agravamiento de alteraciones funcionales y permitir una intervención terapéutica adecuada.

5.7. Parámetros ecocardiográficos como predictores de mortalidad en pacientes con COVID-19

Miranda Aquino Tomás, Pereira Forcado Julia Mariene, Ordoñez Salazar Bayardo, Rangel Hernández Abraham, Martínez-Castillo Joanna, Domínguez-Trejo Gabriela, Vásquez-Orozco Robinsón José, Guevara-Canceco Ana Patricia, Aceves Millán Rocío, Amezcuza Gómez Lilia, Ixcamparij Rosales Carlos
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE.

Tipo de estudio: Estudio pronóstico

Introducción: Los pacientes con COVID-19 han demostrado presentar alteraciones multisistémicas, presentando mayor mortalidad cuando existen alteraciones a nivel cardiovascular. Se ha demostrado que pueden llegar a presentar miocarditis, derrame pericárdico, choque cardiogénico, tromboembolia pulmonar. **Objetivo:** Determinar si existen diferencias ecocardiográficas en pacientes con COVID-19 que fallecieron vs aquellos que no fallecieron. Establecer si existe asociación de algún parámetro ecocardiográfico con mortalidad. **Metodología:** Estudio unicéntrico, comparativo, retrospectivo. Se incluirán pacientes con COVID-19. Se compararán las variables ecocardiográficas de fallecidos vs supervivientes. Se determinará por curva ROC el punto de corte con mayor asociación con mortalidad. Se realizará estudio multivariado para determinar asociación de parámetros ecocardiográficos y mortalidad. **Resultados:** Se recabaron 44 pacientes, mortalidad 34%, los pacientes que

fallecieron presentaban mayor velocidad de la IT, mayor porcentaje de dilatación del ventrículo derecho, mayor volumen de la aurícula derecha, menor porcentaje de deformación del SLGVI, SPLVD y SLGAI. En el análisis multivariado se demostró que el volumen de la aurícula derecha ($> 20 \text{ mL/m}^2$), el SPLVD ($> -19\%$) y el SLGAI ($< 23.2\%$) fueron predictores independientes de mortalidad. **Discusión y conclusiones:** Los parámetros ecocardiográficos asociados independientemente a mortalidad fueron el volumen indexado de la aurícula derecha, el *strain* de la pared libre del ventrículo derecho y el *strain* global aurícula izquierda.

5.8. Ataxia de Friedreich con afectación miocárdica

Herrera Méndez Sergio, Cepeda Rocha María del Socorro, Hernández Del Río Jorge Eduardo

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Tipo de estudio: Reporte de casos clínicos con revisión de fuentes

Introducción: La ataxia de Friedreich (AF) es la formación más frecuente de ataxia hereditaria, con una prevalencia de 1 por 50,000 pacientes. La AF es una alteración autosómica recesiva que afecta al gen del cromosoma 9. La mutación del gen interfiere en la síntesis de aminoácidos de una proteína estructural llamada fra-taxina, provocando acumulación de hierro. **Descripción del caso:** Hombre de 24 años de edad que ingresa al Servicio de Urgencias por crisis convulsivas, con previo diagnóstico de hipertensión arterial sistémica (tres años de evolución) con buen apego al tratamiento, y previo diagnóstico de accidente cerebrovascular isquémico hace tres meses, al interrogatorio indirecto, familiares refieren hemiplejía corporal facial izquierda, hemiparesia izquierda corporal y tres convulsiones. **Metodología:** Revisión de bibliografía en revistas indexadas. **Resultados:** Se encontró disminución de la deformación miocárdica en segmentos basales y medios con un incremento de deformación en todos los segmentos apicales (respuesta compen-

Tabla 5.7.1: Características ecocardiográficas.

	Control	Muerte	p
Pacientes, n (%)	29 (66)	15 (34)	
FEVI (%)	61 ± 6	58 ± 7	0.200
Relación E/A	1.2 ± 0.5	0.8 ± 0.3	0.050
Relación E/e'	8 ± 3.0	6 ± 1.7	0.200
e'	7 ± 5.0	6 ± 5.6	0.600
Disfunción diastólica, n (%)	14 (48)	9 (60)	0.700
Velocidad IT (m/s)	2.2 ± 0.5	2.7 ± 0.7	0.040
PSAP (mmHg)	19 (14-24)	22 (14-35)	0.800
T aceleración pulmonar (ms)	107 ± 25	89 ± 27	0.070
TAPSE (mm)	21 ± 6	18 ± 5	0.200
Onda S tricuspídea (cm/s)	10.6 ± 1.8	11.9 ± 3.1	0.200
FAC VD (%)	44 ± 9	40 ± 8	0.300
Dilatación VD, n (%)	16 (55)	12 (80)	0.030
Aurícula derecha (mL/m ²)	18 ± 8	26 ± 9	0.004
Aurícula izquierda (mL/m ²)	22 ± 5.7	26 ± 10	0.050
Derrame pericárdico, n (%)	4 (20)	3 (33)	0.800
SLGVI (%)	-16.9 ± 3.3	-12.8 ± 2.7	< 0.001
SCGVI (%)	-24.3 ± 4.4	-23.5 ± 5.9	0.600
SPLVD (%)	-21.3 ± 7.1	-15.9 ± 8.0	0.030
SLGAI (%)	32.4 ± 8	19 ± 10.0	< 0.001

Tabla 5.7.2: Análisis univariado y multivariado asociado a mortalidad.

	Univariado			Multivariado		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Características clínicas						
Edad (años)	8.5	2-39	0.004	9.1	0.5-161	0.1
Género (masculino)	1.8	0.5-6.8	0.3			
IMC (kg/m ²)	1.7	0.4-6.6	0.4			
HAS	1.7	0.4-6.6	0.4			
DM2	1.4	0.4-5.0	0.6			
Dislipidemia	1.5	0.4-5.4	0.6			
Tabaquismo	3	0.6-15.9	0.2			
EPOC	0.2	0.1-5.0	0.4			
ERC	0.6	0.1-6.5	0.7			
EAP	4.3	0.4-52	0.2			
Parámetros laboratorio						
Fibrinógeno	5.2	1.3-20.7	0.02	0.3	0.1-17	0.6
Ferritina	29	1-530	0.02	19	0.5-430	0.9
Dímero D	20	4-133	≤ 0.0001	5.5	0.3-118	0.3
Troponina I	31	3-274	≤ 0.0001	25	2-158	0.02
PCR	12	3-58	0.0003	27	0.2-530	0.2
Parámetros ecocardiográficos						
FEVI	2.4	0.4-13.0	0.3			
Relación E/A	20	2-196.0	0.001	21	0.9-484	0.06
Relación E/e'	3.5	0.2-77.0	0.4			
e'	1.5	0.3-8.3	0.6			
Disfunción diastólica	1.6	0.5-5.6	0.4			
Velocidad IT	5	0.9-26.0	0.06	9	0.4-282	0.2
PSAP	4.8	0.8-29.0	0.08	1.3	0.1-38	0.9
T aceleración pulmonar	7.5	1.4-40.0	0.02	2.7	0.2-44	0.5
TAPSE	2.3	0.4-14	0.4			
Onda S tricuspídea	1.1	0.1-1.9	0.2			
FAC VD	1.6	0.3-8.5	0.6			
Dilatación VD	2.8	0.4-17.3	0.3			
Aurícula derecha	12.5	2.7-58	0.0003	15	1.1-210	0.04
Aurícula izquierda	4.2	0.9-18	0.06	0.5	0.1-10	0.6
Derrame pericárdico	1.9	0.3-11	0.5			
SLGVI	8.6	2-36	0.001	0.5	0.1-9.6	0.7
SCGVI	5.8	1.2-28	0.02	3.8	0.2-83	0.4
SPLVD	17	2-149	0.0007	26	1.5-125	0.04
SLGAI	37	6-232	0.0001	41	1.1-220	0.04

IMC = índice de masa corporal, HAS = hipertensión arterial sistémica, DM2 = diabetes mellitus 2, EPOC = Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ERC = enfermedad renal crónica, EAP = enfermedad arterial periférica, PCR = reacción en cadena de la polimerasa, FEVI = fracción de eyección ventricular izquierda, PSAP= presión sistólica de arteria pulmonar, TAPSE= desplazamiento sistólico del plano del anillo tricuspídeo (por sus siglas en inglés), FAC VD= fracción de acortamiento de áreas del ventrículo derecho, SLGVI= *strain* longitudinal global del ventrículo izquierdo, SCGVI= *strain* global del ventrículo izquierdo, SPLVD= *strain* de la pared libre del ventrículo derecho, SLGAI= *strain* longitudinal global de la aurícula izquierda.

sadora de los segmentos) con deformación longitudinal normal. Aumento de la deformación circunferencial como mecanismo compensatorio por la disminución de la deformación regional longitudinal. Se realiza resonancia magnética cardiaca evidenciando proceso inflamatorio difuso del miocardio. **Discusión:** La AF se asocia con presencia de fibrosis e inflamación a nivel cardiaco, de ahí surge la idea de evaluar a dichos pacientes con deformación miocárdica para detectar daño cardiaco, ya que se ha documentado una relación en la disminución de la deformación en pacientes con fibrosis o procesos inflamatorios en el miocardio.

5.9. Fístula coronaria con drenaje a aurícula derecha, reporte de caso

Hernández Del Río Jorge Eduardo

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Tipo de estudio: Reporte de casos clínicos con revisión de fuentes

Introducción: Las fístulas coronarias congénitas son poco frecuentes, 4% de las cardiopatías congénitas tienen una incidencia del 0.2% de la población adulta sometida a angiografía coronaria. Afecta entre

los 30 a 76 años de edad, con una relación hombre-mujer = 1.9:1. Aproximadamente el 50% de las fístulas se originan en la CD, 45% en DA y 5% en ambas. **Descripción del caso:** Hombre de 60 años, asintomático, remitido para estudio de soplo cardiaco y deterioro de clase funcional de seis meses de evolución donde, al realizar ecocardiograma Doppler color, se demostró una insuficiencia mitral moderada secundaria a dilatación del anillo con una fístula de arteria coronaria derecha que drena a aurícula derecha (tipo I) por arriba del anillo tricúspideo con gradiente 32 mmHg. **Metodología:** Revisión de literatura en revistas indexadas y libros. **Resultados:** El 92% drenan al corazón derecho y el 8% al corazón izquierdo, ocasionando una sobrecarga de volumen. Además, son posibles las complicaciones por endocarditis, rotura, aneurisma o trombosis. Los pacientes afectados están en su gran mayoría asintomáticos y los métodos usualmente empleados para su detección son la ecocardiografía-Doppler y la angiografía. **Discusión:** En comparación con otros procedimientos diagnósticos, el eco transesofágico es comparable, y en algunos casos superior a la angiografía coronaria y otros métodos no invasivos. Dada su utilidad diagnóstica y ventajas prácticas, el ecotransesofágico puede ser el procedimiento diagnóstico de elección en pacientes con sospecha de fístulas coronarias.

5.10. Estenosis aórtica paradójica, reporte de caso

Hernández Del Río Jorge Eduardo,* Garza Marisol,† Ruiz Lina,‡

Fernández Mejía Silvia,‡ Delgado Salinas Víctor Manuel‡

* Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde. † Centro de Investigación en Cardiología Clínica e Intervencionista.

Tipo de estudio: Reporte de casos clínicos con revisión de fuentes

Introducción: La estenosis aórtica (EA) con flujo y gradiente paradójicamente bajos pese a la fracción de eyección preservada es

una entidad real y relativamente frecuente en pacientes con EA degenerativa. De hecho, la prevalencia de EA grave con gradiente bajo en su serie fue del 24.9%. **Descripción del caso:** Hombre de 72 años con deterioro de clase funcional de seis meses, síncope, se detecta soplo aórtico, eco reporta ventrículo izquierdo pequeño, hipertrófico, válvula aórtica con calcificación severa, área valvular aórtica por continuidad de 0.5 cm², FE de 60%, volumen latido indexado de 30 mL/m², vmax 2.5 m/s, gte max 26 mmHg, gte medio 14.2 mmHg. Planimetría por ETE 3D área de 0.2 cm². **Me-**

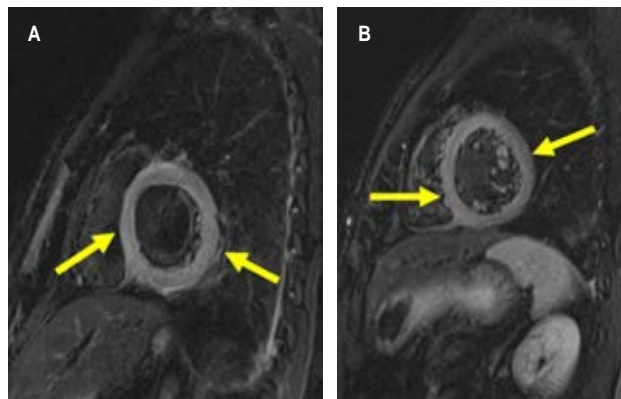


Figura 5.8.2: Resonancia magnética cardiaca. T2 triple inversión recuperación (TIR), **A)** eje corto y **B)** medio. Incremento en señal T2 del miocardio del VI forma difusa compatible con edema (flechas). Incremento significativo en la relación señal T2 miocardio/músculo estriado de 4.6 (normal < 1.9).

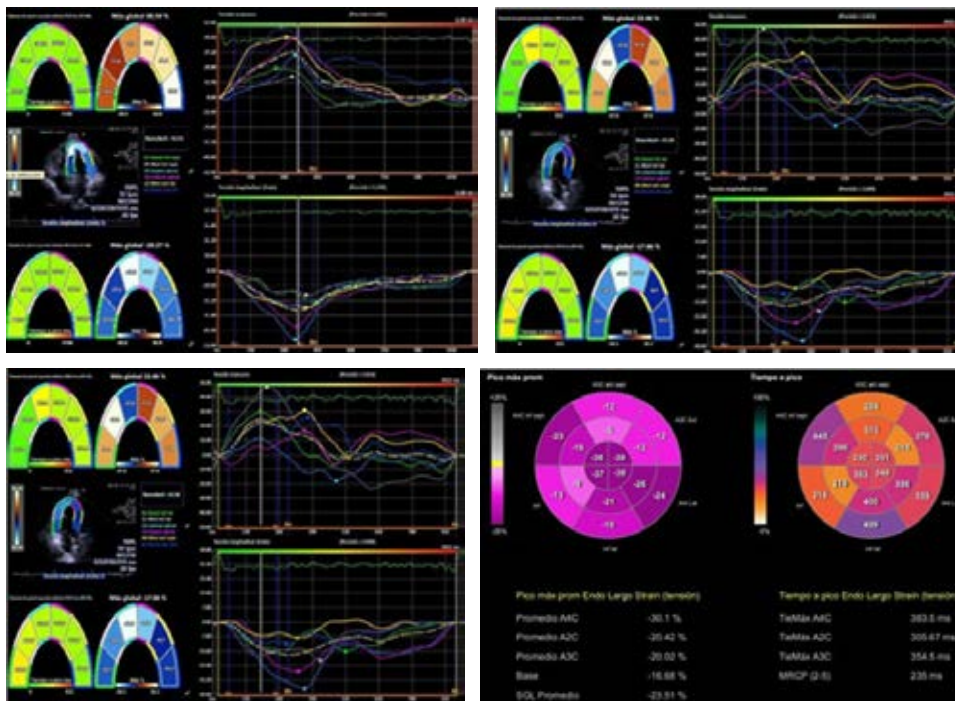


Figura 5.8.1:

Deformación miocárdica disminuida en los segmentos basales y medios, tanto del 4, 3, 2 y cámaras, con incremento de todos los segmentos apicales.



Figura 5.9.1.

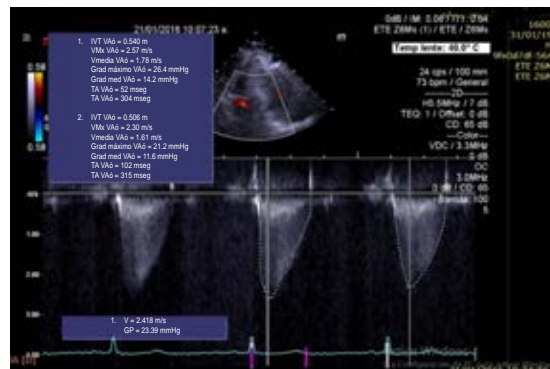


Figura 5.10.1.



Figura 5.9.2.

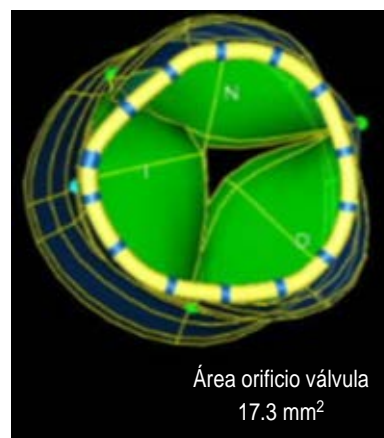


Figura 5.10.2.

Metodología: Revisión de revistas indexadas y libros. **Resultados:** La identificación adecuada es importante, ya que estos pacientes tienen un pronóstico peor si se les trata médicamente, y un diagnóstico erróneo puede dar lugar a infrutilización o demora inapropiada de la cirugía. Las directrices más recientes son de la Sociedad Europea

de Cardiología, Asociación Europea de Cirugía Cardiorrástica, sin embargo, proponen una recomendación de clase IIa. **Discusión:** Estas recomendaciones reconocen la importancia clínica de la entidad y hace hincapié en que supone un importante reto diagnóstico en cuanto a la exactitud de las mediciones. Por lo tanto, cuando haya una discrepancia entre el AVA y el gradiente en pacientes con fracción de eyección del VI preservada, puede requerirse una evaluación más completa.