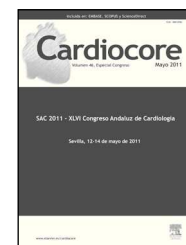


Cardiocre

www.elsevier.es/cardiocre



SAC 2011 – XLVI Congreso Andaluz de Cardiología

Sevilla, 12-14 de mayo de 2011

COMUNICACIONES ORALES QUE OPTAN AL PREMIO DR. PEDROTE

C033. MORTALIDAD POR INFARTO DE MIOCARDIO EN ANDALUCÍA. EVOLUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

J. Caballero Güeto¹, M. Ulecia Martínez² y J. Candel Delgado²

¹Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

²Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción y objetivos: Conocer el impacto real de las mejoras introducidas en el manejo global del paciente con infarto agudo de miocardio (IAM). Determinar la evolución histórica en las últimas 2 décadas de la mortalidad en las distintas provincias de nuestra comunidad, y compararla con los datos a nivel nacional. Establecer si existen diferencias entre las provincias de nuestra comunidad autónoma. Dado que los resultados de los ensayos clínicos están limitados por la aplicabilidad a la globalidad de los pacientes de nuestra práctica clínica habitual por sus criterios de inclusión-exclusión y por las condiciones de control estricto en que se desarrollan, y los de los registros por la limitación que suponen la inclusión voluntaria, utilizaremos datos administrativos a pesar de sus limitaciones.

Métodos: Datos de mortalidad obtenidos de la base de datos del Instituto nacional de Estadística (www.ine.es) correspondientes a las distintas provincias de nuestra comunidad: tasa de mortalidad bruta por cien mil habitantes debidas a IAM (código 055, ambos sexos, todas las edades), en los años 1995, 2000, 2005 y 2008.

Resultados: La tasa de mortalidad por IM es mayor en Andalucía (50) que en el resto de España (45). El descenso producido en las últimas 2 décadas es algo menor en nuestra comunidad (12) que la media de descenso nacional (16), aunque se ha igualado en la última década (17). En Andalucía, tras un ligero aumento inicial, el descenso se consolida a partir de los años 2000-2005, mientras que en España comienza desde 1995. Dentro de nuestra comunidad, la disminución entre las distintas provincias es heterogénea: se produjeron disminuciones iguales o superiores a la media en Huelva (30), Málaga (20), Córdoba (17) y Almería (16) y por debajo de la media en Granada (0), y Cádiz, Jaén y Sevilla (todas 8). Según los últimos datos disponibles, la mayoría de las provincias presenta una tasa de mortalidad por encima de la nacional: Granada 63, Sevilla 52, Jaén y Cádiz 51, Córdoba 50 y

Huelva 49. Solo en Málaga (40) y Almería (42) la mortalidad es inferior a la media de España.

Conclusiones: En las últimas 2 décadas se ha producido una disminución en la mortalidad por IAM en Andalucía, paralela a la media nacional pero de menor cuantía. La mayor disminución en Andalucía se produjo más tardíamente que la media nacional. Dentro de la región, el gradiente de mortalidad oeste/este documentado en los datos iniciales parece haberse corregido en la actualidad. La disminución de la misma es variable entre las diferentes provincias andaluzas, y un mayor descenso parece estar en general en relación con unas cifras basales más elevadas.

C039. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: ESTUDIO CARMONA

M. Almendro Delia¹, V. López García-Aranda¹, R. Hidalgo Urbano¹ y S. Martín Recio²

¹Área del Corazón. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

²Centro de Salud de Carmona. Sevilla.

Introducción y objetivos: La arteriosclerosis es la principal causa de mortalidad en países desarrollados. Su inicio se establece desde la infancia potenciada por la coexistencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV). La prevalencia de FRCV durante la infancia y adolescencia y su persistencia en la etapa adulta conocido como "tracking", se ha correlacionado con la aparición de arteriosclerosis y mortalidad precoz. La comunidad andaluza presenta las tasas de mortalidad por enfermedad cardiovascular más altas de España. Un programa de detección precoz de estos FRCV con el objetivo de iniciar medidas de intervención podría paliar las consecuencias de la arteriosclerosis en la etapa adulta y conocer el porqué del exceso de mortalidad andaluza. De todos los FRCV la obesidad infantil es considerada actualmente una epidemia por la OMS, siendo el pilar central del conocido "clustering" de FRCV o síndrome metabólico. Objetivo: conocer la prevalencia de FRCV y sus determinantes en la etapa infanto-juvenil.

Métodos: Estudio epidemiológico transversal con perfil analítico. Se reclutaron 1534 sujetos entre los 9-17 años en la ciudad de Carmona (Sevilla) mediante muestreo aleatorio en centros escolares. Se realizó entrevista médica y cuestionario de alimentación y hábitos higiénico-dietéticos. Se realizaron mediciones antropométricas: peso, talla, perímetro de cintura y cadera; así como determinaciones analíticas en ayunas mediante química seca: glucemia y colesterol total. Se realizó medición de cifras de presión arterial. Se estableció la prevalencia de obesidad, sobre-

peso, obesidad central, hipercolesterolemia (HPL), hipertensión arterial (HTA) y diabetes (DM) según criterios establecidos por las sociedades pediátricas nacionales e internacionales.

Resultados: La prevalencia de obesidad según criterios nacionales en la muestra total fue del 12,8%, siendo más frecuente en los primeros estratos de edad (9-14 años). De estos un 88% tenían obesidad abdominal. Los determinantes de obesidad fueron: la HTA (OR 3,4), la glucemia basal (OR 1,01), el consumo de grasas (OR 1,54), edad 9-11 años (OR 2,33), consumo de refinados (OR 2,17), pastelería (2,88) y fastfood (OR 9,23). Fueron factores protectores el ejercicio físico regular (OR 0,14) y el consumo de frutas y verduras (OR 0,34). Estos datos se asemejan a los comunicados por el estudio de referencia nacional más reciente (enKid). Para definir la obesidad abdominal de forma independiente al sexo y la edad evitando usar tablas percentiladas se usó el cociente cintura/altura, estimándose un punto de corte de 0,5.

Conclusiones: La prevalencia de obesidad y sobrepeso en la provincia de Sevilla es una de las más altas comunicadas a nivel nacional. La tasa de sobrepeso (criterios internacionales) se sitúa por encima de la media europea. La obesidad abdominal fue muy prevalente, correlacionándose con el resto de FRCV, incluido casos de DM tipo 2 infantil. Los principales determinantes de obesidad fueron los estilos de vida, por tanto son necesarios programas de intervención para evitar la persistencia de los FRCV en la etapa adulta.

C110. CÉLULAS MADRE DE MÉDULA ÓSEA EN EL TRATAMIENTO DE LA MIOCARDIOPATÍA DILATADA IDIOPÁTICA

L. Cejudo Díaz del Campo, J. Suárez de Lezo Cruz-Conde, M. Romero, M. Pan, E. Villanueva, J. López, J. Segura, S. Ojeda, F. Mazuelos y J. Suárez de Lezo Herreros de Tejada

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: Las células madre de médula ósea (BMSCT) se han usado para recuperación funcional en isquemia aguda o crónica. Sin embargo, existe menos información sobre tratamiento en miocardiopatía dilatada idiopática (MCD). Este estudio analiza una serie de 27 pacientes con MCD tratados con BMSCT y seguidos un año.

Métodos: Incluimos pacientes con MCD idiopática en ritmo sinusal, disfunción ventricular y síntomas de insuficiencia cardíaca. Se aspiraron células mononucleares de cresta iliaca y se prepararon tres horas previo a infusión, realizada esa mañana. Se infundieron $10,2 \pm 2,9 \times 10^6$ MNBMC: 50% en descendente anterior, 25% en circunfleja y 25% en coronaria derecha. En 7 pacientes con dominancia izquierda, se infundió el 50% en circunfleja. Se estudió *in vitro* la muestra de las células infundidas y su capacidad migratoria. Evaluamos clínica y ecocardiográficamente previamente, a 3 meses y al año y un análisis de la función ventricular (FE) por el método de Sheehan antes y a los 6 meses.

Resultados: La clase funcional mejoró al año de $2,4 \pm 0,6$ a $1,4 \pm 0,6$ ($p < 0,001$). FE ecocardiográfica mejoró significativamente a los 3 meses (28 ± 7 vs 34 ± 11) y al año (38 ± 12 $p < 0,05$) y angiográficamente mejoró a los 6 meses (28 ± 9 vs 36 ± 12 , $p < 0,001$). El volumen sistólico se redujo (120 ± 60 vs 100 ± 44 ml/m², $p < 0,05$), sin cambios significativos en el diastólico (165 ± 68 vs 154 ± 45 cc/cm², $p = 0,29$). Los segmentos con contracción anormal (16 ± 15 vs $8 \pm 12\%$, $p < 0,01$) y el número de cuerdas afectadas también se redujeron (55 ± 18 vs 45 ± 23 , $p = 0,06$). No existe relación entre parámetros biológicos y disfunción. En cinco no varió su FE a los 6 meses (28 ± 4 vs 23 ± 5 ; ns), denominándolos no respondedores. El resto se consideraron respondedores, con importante mejora FE ($12 \pm 7\%$), siendo más jóvenes (50 ± 13 vs 63 ± 9 años, $p < 0,05$).

Conclusiones: La infusión intracoronaria de MNBMC en MCD idiopática produce mejoras significativas clínica y funcionalmente a 6 meses y al año.

C131. COMPARACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE 2 ALGORITMOS DE ESTIMULACIÓN ANTITAQUICARDIA PARA TAQUICARDIAS VENTRICULARES RÁPIDAS EN PACIENTES PORTADORES DE DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE

R. Cózar León¹, E. Díaz Infante¹, R. Peinado Peinado², I. Valverde André², E. Macías², M. González Vasserot², B. Prado Gotor¹ y J. Cruz Fernández¹

¹Unidad de Electrofisiología y Arritmias. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ²Unidad de Electrofisiología y Arritmias. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción y objetivos: Antecedentes: Los ensayos PainFREE demostraron la eficacia y seguridad de la terapia antitaquicardia (EAT) en terminar taquicardias ventriculares rápidas (TVR). Pocos trabajos comparan la modalidad propuesta con otras modalidades en TVR. Objetivos: comparar la eficacia y seguridad de dos modalidades de EAT en TVR (200-250 lpm) y analizar los predictores de eficacia.

Métodos: Se comparó la eficacia (porcentaje de terminación) y seguridad (porcentaje de aceleración y síncope) de dos modalidades de EAT en TVR con LC entre 240 y 300 ms (A: ráfaga de 8 impulsos al 88%; B: ráfaga de 15 impulsos al 91%). Cada esquema fue programado en todos los pacientes incluidos en dos cohortes prospectivas (cohorte A: 138 pacientes, cohorte B: 100 pacientes). No hubo diferencias en las principales variables clínicas. Se realizó un análisis ajustado por el número de episodios por paciente (análisis GEE).

Resultados: Durante el seguimiento (media 26 ± 11 meses), 30 pacientes presentaron 168 TVR tratadas en la cohorte A (mediana: 2 TVR/paciente, rango intercuartílico 1-3) y 21 pacientes tuvieron 101 TVR en la cohorte B (mediana: 2 TVR/paciente, rango intercuartílico 1-4,75). La EAT B terminó más episodios que la modalidad A (porcentaje ajustado 87,6% vs 75,1%; $p = 0,03$). No hubo diferencias en el porcentaje de aceleración (19% ajustado en B vs 6,7% en A; $p = 0,2$) o en el de síncope (mismos porcentajes y p). Ninguna variable clínica fue predictora de eficacia.

Conclusiones: Un esquema de EAT con más pulsos y mayor acoplamiento que el usado en los ensayos PainFREE es más eficaz en terminar TVR.

C174. SUPERVIVENCIA Y FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD TARDÍA TRAS EL IMPLANTE PERCUTÁNEO DE LA PRÓTESIS AÓRTICA COREVALVE

A. Muñoz García, J. Alonso Briales, J. Hernández García, M. Jiménez Navarro, A. Domínguez Franco, J. Caballero Borrego, M. Molina Mora, I. Rodríguez Bailón, M. Such Martínez y E. de Teresa Galván

Unidad del Corazón. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: El tratamiento percutáneo de la estenosis aórtica se consolida como alternativa en el tratamiento de la estenosis aórtica sintomática en pacientes de alto riesgo quirúrgico. Analizamos la supervivencia a medio plazo y los factores predictores de mortalidad tardía tras el implante percutáneo con la prótesis CoreValve.

Métodos: Entre abril-2008 y febrero-2011 hemos tratado a 160 pacientes con estenosis aórtica severa sintomática con alto riesgo quirúrgico con la prótesis aórtica CoreValve.

Resultados: La edad media fue $79,4 \pm 6,3$ años y el EuroSCORE logístico $20,5 \pm 14\%$. El éxito del implante fue del 98%. La mortalidad hospitalaria fue del 3,8% y el combinado de muerte, complicaciones vasculares mayores, IAM o accidente cerebrovascular fue del 11,4%. La supervivencia a los 12 y 24 meses fue del 88,9% y 79% respectivamente, tras un seguimiento medio de $12,2 \pm 9$ meses. El grado funcional de la NYHA mejoró de $3,2 \pm 0,6$ a $1,26 \pm 0,4$ y se mantuvo estable al año. La calidad de vida de los pacientes para las actividades de la vida diaria evaluada a través del test de Barthel aumentó de $73,7 \pm 19$ a $88,4 \pm 13,6$. El índice de Charlson (HR 1,36, IC95% 1,06-1,75; $p < 0,001$) y un peor índice de Karnofsky previo al procedimiento (HR 0,96, IC95% 0,93-0,99; $p = 0,01$) fueron predictores de mortalidad tardía.

Conclusiones: El tratamiento percutáneo de la estenosis aórtica de alto riesgo quirúrgico con la prótesis CoreValve es seguro y eficaz, que permite una mejoría clínica mantenida a medio plazo. La supervivencia en el seguimiento está condicionada por las comorbilidades asociadas.

C195. PREDICTORES CLÍNICOS Y ECOCARDIOGRÁFICOS DE REGURGITACIÓN AÓRTICA PERIPROTÉSICA TRAS EL IMPLANTE DE LA PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA COREVALVE

M. Crespín Crespín, D. Mesa Rubio, M. Ruiz Ortiz, M. Delgado Ortega, M. León del Pino, F. Mazuelos Bellido, J. Suárez de Lezo Herreros de Tejada, D. García Fuertes, M. Pan Álvarez Ossorio y J. Suárez de Lezo Cruz Conde

Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: Determinar los predictores clínicos y ecocardiográficos de regurgitación aórtica periprotésica (RA) \geq grado 2 tras el implante percutáneo de una prótesis valvular aórtica (IPPVA).

Métodos: De 88 pacientes (pts) con estenosis aórtica severa tratados mediante IPPVA CoreValve (Medtronic), se seleccionaron 79 pts consecutivos que tenían un ecocardiograma completo basal y al alta. Las dimensiones de la raíz aórtica se obtuvieron por ecocardiograma transesofágico (ETE) y el grado de RA se valoró por ecocardiograma transtorácico (ETT) según las guías de práctica clínica. La relación entre la raíz aórtica y el anillo aórtico se definió según el ratio: diámetro aórtico sinusal/anillo aórtico (SS/anillo). Se realizó un análisis univariable de predictores clínicos y ecocardiográficos de RA tras IPPVA.

Resultados: La edad media fue 77 ± 5 años, con área valvular de $0,55 \pm 0,2$ cm² y gradiente medio 57 ± 15 mmHg. El grado de RA al alta fue: ausente en 28%, grado 1/4 en 37%, 2/4 en 29% y 3/4 en 6%. La presencia de RA \geq 2/4 se relacionó con: sexo (64% varones vs 36% mujeres, $p = 0,02$), mayor diámetro de la unión sinotubular (ST) (25 ± 5 vs 23 ± 3 mm; $p < 0,05$) y sinusal (SS) (31 ± 4 vs 29 ± 4 ; $p < 0,05$) y presencia de calcio anular asimétrico (61% vs 39%; $p < 0,05$). Los pts con RA 3/4 presentaron un mayor diámetro diastólico ventricular (58 ± 11 vs 50 ± 6 mm; $p < 0,02$), ST (30 ± 5 vs 24 ± 4 mm, $p < 0,01$), SS (35 ± 3 vs 29 ± 4 mm; $p < 0,01$), SS/anillo ($1,6 \pm 0,1$ vs $1,4 \pm 0,1$; $p < 0,01$) y protrusión septal subaórtica (80% vs 20%; $p < 0,01$).

Conclusiones: La RA \geq 2/4 fue más frecuente en hombres, con raíz aórtica grande y presencia de calcio asimétrico. La RA grado 3/4 se relacionó con una mayor raíz aórtica, mayor diámetro diastólico ventricular, relación SS/anillo y presencia de protrusión septal subaórtica.

C208. SÍNDROME DE BAJO GASTO CARDIACO/ SÍNDROME HIPOTENSIVO TRAS REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO POR ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA: PREDICTORES INDEPENDIENTES E IMPACTO SOBRE LA MORTALIDAD PERIOPERATORIA

A. Flores Marín¹, J. Gómez Doblas¹, F. Valencia Serrano¹, J. Caballero Borrego¹, I. Rodríguez Bailón¹, F. Cabrera Bueno¹, G. Sánchez Espín², C. Porras², M. Such² y E. de Teresa Galván¹

¹Servicio de Cardiología. ²Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: El objetivo es identificar, en pacientes sometidos a cirugía de sustitución valvular aórtica por estenosis aórtica (EAO) severa sintomática, predictores de desarrollo de síndrome de bajo gasto cardiaco/síndrome hipotensivo (SBGC/SH) posquirúrgico y conocer su impacto en la mortalidad perioperatoria.

Métodos: Analizamos 614 pacientes con EAO severa sometidos a sustitución valvular aórtica quirúrgica en nuestro centro entre 1997 y 2008. Se definió síndrome de bajo gasto cardiaco como índice cardiaco mantenido $< 2,2$ L/min y/o hipotensión con necesidad de volumen, fármacos vasoactivos-inotrópicos o balón de contrapulsación aórtico. Realizamos análisis multivariable de regresión logística para identificar predictores independientes de desarrollo de SBGC/SH y su impacto en mortalidad perioperatoria.

Resultados: 160 (26%) pacientes desarrollaron SBGC/SH, estando relacionada su aparición con la edad ($p < 0,01$), sexo femenino ($p < 0,05$), menor FE ($p < 0,01$), ausencia de ritmo sinusal preoperatorio ($p < 0,05$), clase funcional avanzada ($p < 0,01$), hipertensión pulmonar preoperatoria ($p < 0,05$) y mismatch prótesis-paciente ($p < 0,05$). La mortalidad perioperatoria fue mayor en pacientes con SBGC/SH (26% vs 5%, $p < 0,01$, OR = 7,10, IC95% 4,04-12,48). En análisis multivariable, el riesgo de desarrollar SBGC/SH estuvo asociado de forma independiente con la edad (OR 1,05, IC95% 1,02-1,08; $p < 0,001$), menor FE (OR 0,98, IC95% 0,97-0,99; $p = 0,028$), clase funcional NYHA avanzada (OR 1,76, IC95% 1,11-2,78; $p = 0,015$) y la presencia de mismatch (OR 1,56, IC95% 1,01-2,42; $p = 0,047$). El SBGC/SH estuvo independientemente asociado con un aumento de casi 5 veces el riesgo perioperatorio de muerte (OR 5,84, IC95% 3,02-11,30).

Conclusiones: El SBGC/SH es una complicación frecuente tras cirugía de sustitución valvular aórtica por EAO severa, siendo un predictor independiente y fuerte de mortalidad perioperatoria. Está asociado con un factor potencialmente modificable como es la presencia de misma tch prótesis-paciente.

C251. DATOS GENERALES DEL IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER EN NUESTRO CENTRO Y SEGUIMIENTO A 1 AÑO

R. Rodríguez Olivares¹, L. Valenzuela García¹, R. Ruiz Salmerón², J. Barquero Aroca³, O. Aranjó³, R. Hidalgo Urbano¹, J. García Rubira¹, M. Vizcaíno Arellano², J. Valle Caballero¹ y J. Cruz Fernández¹

¹Servicio de Cardiología. ²Servicio de Hemodinámica. ³Servicio de Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: Desde el inicio del programa de implante de válvula aórtica transcáteter (TAVI) en nuestro centro se han evaluado a 176 pacientes con estenosis aórtica severa de los cuales se han realizado 73 casos, 36 por vía transfemoral y 37 por vía transapical.

Métodos: Hemos analizado los 73 pacientes a los que se les ha implantado válvula aórtica transcáteter Edwards-SAPIEN en

nuestro centro hasta enero de 2011 y hemos analizado mortalidad, reoperación, insuficiencia aórtica posprocedimiento, tasa de sangrado, tasa de ictus, complicaciones del acceso vascular y mejoría clínica tras el procedimiento. Para el análisis estadístico usamos el programa PASW statistics versión 18.0.0.

Resultados: La edad media fue de $79,42 \pm 5,281$ años con un euroscore medio de $14,83 \pm 8,37$. El 67% de los pacientes fueron mujeres. Con un seguimiento medio de $11,27 \pm 7,28$ meses, la mortalidad global de nuestro grupo es del 13,7% (8,3% en grupo transfemoral vs 18,9% grupo transapical $p = 0,19$). La incidencia de reoperación fue del 11%. El 67,1% de los pacientes refieren mejoría en su clase funcional en el seguimiento. En el control ecocardiográfico al mes del procedimiento el grado de insuficiencia aórtica fue 0 en el 37%, I en 39,7% II 12,3% y III en el 5,5%. La presencia de regurgitación > II se asoció a mayor reoperación (75% vs 6,6% $p = 0,003$) y a menor mejoría de la clase funcional (0% vs 71,1% $p = 0,01$). La regurgitación > I no se asoció a reoperación (23,07% vs 7,7% $p = 0,136$) ni a menos mejoría de la clase funcional (58,3% vs 68,6% $p = 0,51$). Un 6,9% requirieron implante de marcapasos definitivo. Entre los transfemorales, un 27% tuvieron complicaciones del acceso vascular. La tasa de ictus fue del 1,4% y la de hemorragia definida como aquella que requirió transfusión fue del 33,3%.

Conclusiones: La TAVI es un procedimiento seguro y eficaz. El 67,1% de los pacientes refieren mejoría de su clase funcional tras el implante. La mortalidad obtenida por nuestro grupo es inferior a la obtenida en series internacionales (registro PARTNER mortalidad a 1 año 30,7%). La mortalidad es superior en el grupo transapical sin llegar a la significación estadística, seguramente en relación a la mayor comorbilidad de estos pacientes. La insuficiencia aórtica grado III o superior al mes del procedimiento se asocia a mayor reoperación y a menor mejoría clínica.

C260. ESTUDIO DE FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE PACIENTES CON MUERTE SÚBITA CARDIACA

B. Muñoz Calero, F. Trujillo Berraquero, A. Recio Mayoral, M. Chaparro Muñoz, M. Valle Caballero, L. González Torres, V. Pedrosa del Moral, M. Iglesias Blanco, R. Hidalgo Urbano y J. Cruz Fernández

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: Hasta un 10% de los casos de muerte súbita cardíaca (MSC) presentan una base hereditaria. Dado que la mayoría de las enfermedades cardíacas hereditarias tienen un patrón de transmisión autonómico-dominante, la mitad de los familiares de primer grado están en riesgo de desarrollar la misma enfermedad. Por tanto, el estudio de estos familiares constituye una aproximación razonable para reducir la incidencia de MSC. El objetivo de nuestro trabajo fue evaluar la rentabilidad del estudio de familiares de primer grado con historia de MSC.

Métodos: De noviembre de 2007 a enero de 2009, estudiamos 83 familiares de primer grado pertenecientes a 10 familias con un miembro fallecido por MSC comprobada (8 autopsias) o con MSC reanimada (2 casos). El protocolo de estudio incluyó un electrocardiograma basal, ecocardiografía, ergometría y registro

electrocardiográfico de 24 horas. A 49 sujetos se les realizó una cardioRNM.

Resultados: Los casos "índice" de MSC se debieron a miocardiopatía arritmogénica (5 pacientes) y miocardiopatía hipertrófica (3 pacientes), todas confirmadas mediante autopsia. Las 2 MSC reanimadas se debieron a canalopatías (un síndrome de Brugada y un síndrome QT largo). Un total de 25 familiares presentaron algún grado de enfermedad: anomalías electrocardiográficas en 14 pacientes, hallazgos ecocardiográficos (9), arritmias durante la prueba de esfuerzo (7) o durante el holter de 24 horas (11). La cardioresonancia confirmó o estableció el diagnóstico en 11 sujetos y en 4 de ellos se identificaron alteraciones compatibles con un estadio inicial de la enfermedad. Consecuencia de estos hallazgos fue la implantación de 4 desfibriladores automáticos para prevención primaria.

Conclusiones: En nuestra población encontramos una alta rentabilidad diagnóstica del estudio de familiares de primer grado de sujetos fallecidos de MSC. La detección de individuos de alto riesgo puede prevenir futuros eventos adversos.

C300. ECOCARDIOGRAFÍA TRIDIMENSIONAL EN LA DESCRIPCIÓN ANATÓMICA DE LA ANOMALÍA DE EBSTEIN EN ADULTOS

R. Rodríguez Olivares, R. Toro Cebada, I. Méndez Santos, A. Castro Fernández, M. Chaparro Muñoz, A. Felices Nieto, M. Valle Caballero, B. Muñoz Calero, M. Iglesias Blanco y P. Gallego García de Vinuesa

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: Ecocardiografía bidimensional (Eco2D) es de elección en la descripción anatómica y funcional de la válvula tricúspide (VT) en la anomalía de Ebstein (AE). Evaluamos en qué aspectos la ecocardiografía tridimensional (3D) puede ser superior.

Métodos: 14 adultos (edad media $41,79 \pm 12,8$; 31-69 años) con criterios diagnósticos clásicos de AE se estudiaron con Eco 2D-Doppler color e inyección de salino agitado y Eco3D.

Resultados: Con Eco2D, se clasificaron en AE severa (6), moderada (6) y leve (2). La VT era severamente insuficiente (IT) en 5, doble lesión en 1 e IT leve en 1. El desplazamiento apical medio del velo septal fue 38 ± 15 mm (18-60 mm) y el anillo 55 ± 13 mm. El velo anterior presentaba inserciones anómalas en 57%, inserciones en el tracto de salida VD en 14,2%, movimiento restrictivo severo en 14,2% y amplio en 50%. Solo en 1 caso (AE leve) pudo verse el velo posterior. 29% casos tenían FOP. La ventana acústica permitió Eco3D en el 86%. La valoración fue óptima de los tres velos y toda la extensión de sus inserciones anómalas en 67%; la anatomía y tethering del anterior en el 100%; 3 comisuras en 67% y 2 en 17%; el orificio regurgitante y el mecanismo de IT (movimiento restrictivo y/o superficie funcional reducida) en 83%.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que la Eco 3D puede aportar información adicional respecto a Eco2D aventajándola en la descripción exacta de la anatomía de las estructuras implicadas, para valorar la reparabilidad desde el punto de vista quirúrgico.