



Semana de  
Congresos y  
Jornadas Nacionales

**Sociedad Argentina de Pediatría**

Dirección de Congresos y Eventos



Por un niño sano  
en un mundo mejor

# 1° Jornada Nacional de Cardiología Pediátrica

23 de abril de 2018 • Buenos Aires

**Sede**

**Panamericano Buenos Aires**

**Hotel & Resort**

Carlos Pellegrini 551

Ciudad de Buenos Aires

# RESÚMENES de TRABAJOS LIBRES

**PO:** PRESENTACIÓN ORAL • **RPD:** RECORRIDA DE PÓSTER DIGITAL • **TD:** TRABAJO DESTACADO • **SV:** SESIÓN DE VIDEO

## RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO ALEJADO EN EL TRAMIENTO DE LA CIA OS CON CATETERISMO



Molina A.<sup>1</sup>; Irazuzta M.<sup>2</sup>; Papini E.<sup>3</sup>; Pastore E.<sup>4</sup>; Gonzalez F.<sup>5</sup>; Contini D.<sup>6</sup>; Lapalma J.<sup>7</sup>; Pacce R.<sup>8</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS ALASSIA<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>

<albertomolinapupi@hotmail.com>

### OBJETIVO:

Evaluar mediante estudio prospectivo-observacional el resultado del tratamiento de la comunicación interauricular (CIA) de manera alejada, estableciendo los criterios que prevalecen para una correcta elección terapéutica.

### MATERIAL Y METODO:

Desde el mes de agosto de 2006 a agosto de 2016 se trataron 108 pacientes portadores de CIA, mediante la colocación de dispositivo por cateterismo, 68 de sexo femenino y 40 masculino, con un rango de edad de 3 a 18 años. A todos se les realizó ecocardiograma transtorácico y transesofágico. Los criterios anatómicos que se tomaron en cuenta fueron, las características de los bordes y el tamaño de la CIA, la edad mayor de 3 años, el peso mayor a 15 kg y la ausencia de hipertensión pulmonar fija. Luego del procedimiento el seguimiento se realizó mediante controles clínicos, ecocardiograma, electrocardiograma y holter, el rango del mismo fue de 3 meses a 126 meses (m: 68 m).

### RESULTADOS:

- El borde aórtico resulto con mas frecuencia deficiente (50% de los casos).
- 25 pacientes (23% de los casos) presentaron complicaciones menores.
- En 2 pacientes (1.8% de los casos) hubo embolización del dispositivo.
- El procedimiento fue efectivo en el 98.2% de los casos.
- Todos los pacientes se encuentran en clase funcional I.
- 9 pacientes (8.3 % de Iso casos presentaron arritmias, benignas, transitorias que no requirieron tratamiento médico.

### CONCLUSIONES:

1. El cierre de la CIA por cateterismo intervencionista es un método seguro y eficaz.
2. La selección minuciosa de los pacientes, utilizando criterios anatómicos estrictos es indispensable para lograr el éxito terapéutico.

## CARDIOPATÍAS Y TRASPLANTE CARDÍACO PEDIÁTRICO - EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS



Osuna J.<sup>1</sup>; Cereigido C.<sup>2</sup>; Pérez A.<sup>3</sup>; Napoli N.<sup>4</sup>; Marantz P.<sup>5</sup>; Villa A.<sup>6</sup>; Barretta J.<sup>7</sup>

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

<juanmaosuna82@hotmail.com>

### OBJETIVOS:

Presentar la experiencia quirúrgica realizada durante los últimos 3 años.

### MATERIALES Y MÉTODOS:

Revisión retrospectiva de las historias clínicas.

### RESULTADOS:

Desde el 2015 a la fecha, en nuestra institución, se inscribieron en lista de trasplante cardíaco 21 pacientes, 7 permanecen en la misma (2 asistidos con Berlin Heart), 3 fallecieron a la espera del órgano y se realizaron 11 trasplantes cardíacos pediátricos. 5 Fem-6 Masc. Rango etáreo: <2años, 3 pacientes, >2 años, 8 pacientes. Diagnósticos: 7 Miocardiopatías, 1 valvulopatía mitral evolucionada, 1 HVI estadio Glenn, 1 L-TGV con corrección clásica y 1 paciente con trombosis sobre válvula mitral mecánica (L-TGV). 5 pacientes requirieron asistencia circulatoria pretrasplante, 1 primariamente con Berlin Heart y 4 con ECMO, de ellos en dos casos se pasó luego a asistencia con Berlin Heart.

Un paciente requirió ECMO post trasplante (9d), con evolución satisfactoria al alta. Hubo 2 cierres esternales diferidos.

9 pacientes obtuvieron el egreso hospitalario. 2 óbitos, 1 evento neurológico mayor secundario a diagnóstico de base (Trombosis Mitral por abandono de medicación) y otro por rechazo hiperagudo en un paciente alosensibilizada.

Días al alta post trasplante, media 22,2 (rango 8-45d) Días internación al alta, media 36,5 (rango 16-68d)

Durante el seguimiento se constató 1 óbito a punto de partida de una neumonía complicada con empiema. Seguimiento 6-35meses.

### CONCLUSIONES

El trasplante cardíaco en la población pediátrica continúa siendo un desafío por la falta de disponibilidad de órganos. Si bien las miocardiopatías continúan siendo los diagnósticos principales en pacientes inscriptos en lista de trasplante existe un aumento de los casos de cardiopatías congénitas conforme dicha población va creciendo en número. Estas constituyen un grupo especial de pacientes con mayor complejidad en las técnicas quirúrgicas empleadas. Se debe insistir en las campañas de concientización para ampliar el pool de potenciales donantes.

## A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO: LACTANTE CON ANOMALÍA TOTAL DEL RETORNO VENOSO

Buzetti M.<sup>1</sup>; Quagliardi M.<sup>2</sup>; Gauna V.<sup>3</sup>; Sansone M.<sup>4</sup>; Abud C.<sup>5</sup>; Safar M.<sup>6</sup>; Viente M.<sup>7</sup>; Dinatale C.<sup>8</sup>

HIGA SAN JOSE<sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>

<marcos\_buzetti@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

Este caso nos pareció interesante por presentarse de manera tardía, con clínica florida ya instalada, lo que nos obliga a pensar en la importancia de la saturación de oxígeno en la internación conjunta previo al alta en rooming.

### OBJETIVO

Evidenciar que esta pesquisa intenta realizar una detección oportuna, al menos una fuerte sospecha, de pacientes con malformaciones cardíacas complejas sin diagnóstico prenatal, para ser derivados en tiempo y forma sin necesidad de tratamientos más invasivos para estabilizarlos.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino. Sin antecedentes perinatales; se otorga alta de internación conjunta sin saturación preductal. Buen progreso ponderoestatural. A los dos meses de vida consulta en guardia por disnea y quejido de 4 días de evolución. La madre refiere "cansancio" durante la alimentación. Ingresó en regular a mal estado general, pálido, mal perfundido, vigil y reactivo; Sat <86%; afebril. Peso: 4450gr. Ex. por aparatos: Respiratorio: BEBA, aislados roncus, mecánica ventilatoria exigida. Cardiovascular: FC 180l/m. R3, SSE en base (foco pulmonar), PP+ y relleno capilar >2seg. Se realiza RX de tórax donde se observa aumento de la silueta cardíaca y FSP aumentado. Se administra O2 con máscara con reservorio FiO2 de 100%, con leve aumento de saturación. Paciente pasa a UTIP. Se realiza ecocardiograma confirmando el diagnóstico de ATRVP con ICC por sobrecarga de volumen, por lo que se solicita derivación de paciente a través de

centro coordinador de cardiopatías para cirugía cardiovascular. Por problemas climáticos y habitacionales se retrasa el traslado del paciente y al 7mo día de internación en la UTIP el paciente desmejora, requiriendo ARM, reanimación con líquidos e inotrópicos. EAB pos-reanimación: 7.37/49/16/24/25 Ac láctico 7.2 mmol/l. Al 8vo día se derivó. Presentó convulsiones pos cirugía debido a una EHI.

### DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta que algunas de las cardiopatías congénitas ductus-dependientes no evidencian signos clínicos inmediatos, sino que cuando lo hacen ocurre descompensación en forma brusca ocasionando a veces la muerte, se insiste en cumplir con la pesquisa precoz con una práctica tan sencilla como la saturación preductal prealta del rooming.

## MIOCARDIOPATIA NO COMPACTA: A PROPOSITO DE UN CASO

Haddad C.<sup>1</sup>; Nasif B.<sup>2</sup>; Fracalossi E.<sup>3</sup>

HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE<sup>1 2 3</sup>

<catesh\_02@hotmail.com>



### RESUMEN:

El ventrículo izquierdo no compactado es una forma de miocardiopatía no clasificable. Hay una detención del proceso normal de compactación de la pared ventricular en la vida fetal y se caracteriza por la presencia de una extensa capa trabeculada. Clínicamente se manifiesta con insuficiencia cardíaca, arritmias y tromboembolismo sistémico. El diagnóstico por ecocardiograma revela una relación >2 entre la capa no compacta y el miocardio compacto, con visualización del flujo sanguíneo por Doppler color en los prominentes recesos intertrabeculares. En la actualidad no hay tratamiento específico siendo el pronóstico muy desfavorable.

### OBJETIVO:

Reconocimiento precoz de patología cardiológica.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Paciente femenino con agenesia completa del cuerpo calloso y síndrome genético en estudio reingresa a los 10 meses a sala de pediatría por reagudización respiratoria luego de 11 días posteriores a internación por Neumonitis. Evoluciona con CRIA y soplo sistólico 2/6 en mesocordio, pulsos débiles, extremidades frías, diaforesis por lo que pasa a UTIP. Se realiza IC con cardiología quien por ecocardiograma evidencia miocardiopatía no compacta, permanece internada 28 días por IRAB grave a VRS, SDRA, Shock Séptico, ITU x candida, NAVM x Bergeyella (19 d/ARM 20 d/ inotrópicos, múltiples esquemas ATB), se otorga egreso hospitalario con

digoxina y espirolactona. Fue evaluada por Htal Garrahan: ECG: eje a la derecha, ecocardiograma: VI con función sistólica en el límite inferior con disfunción diastólica, con trabecula a predominio de pared libre y punta. Se suspende digoxina y se indica AAS + Espironolactona. Presento ingresos a UTIP a los 3 meses de la internación previa por NMN aspirativa, NAVM por A. Baumann y shock cardiogénico y a los 4 meses por NMN aspirativa por vómitos, sin rescate de gérmenes. Videodeglución normal. Último Ecocardiograma FAC 22%. Continúa en seguimiento multidisciplinario.

### CONCLUSIÓN:

La MNC es una entidad descrita recientemente y su diagnóstico es cada vez más frecuente. Presenta una gran variabilidad clínica, evolutiva y pronóstico. Existiría relación entre el inicio precoz de la sintomatología y mayor mortalidad en la infancia. Se ha descrito formas familiares y esporádicas, siendo las primeras el 20-50% de los casos por lo que se recomienda estudiar a los familiares.

## DESPIDIENDO AL QUE RECIEN LLEGA

García M.<sup>1</sup>; Zanoni V.<sup>2</sup>; Liani M.<sup>3</sup>; Kakefuku H.<sup>4</sup>; Rios C.<sup>5</sup>; Tonello M.<sup>6</sup>; Troglío D.<sup>7</sup>

HOSPITAL DIEGO THOMPSON; HOSPITAL DE AGUDOS EVA PERON DE SAN MARTIN<sup>1,2</sup>; HOSPITAL DIEGO THOMPSON<sup>3,4</sup>; HOSPITAL DE AGUDOS EVA PERON DE SAN MARTIN<sup>5,6</sup>; HOSPITAL DIEGO THOMPSON; HOSPITAL DE AGUDOS EVA PERON DE SAN MARTIN<sup>7</sup>  
<lauragarcia1202@hotmail.com>



### INTRODUCCION:

Acompañar a morir al recién nacido (RN), puede ser la tarea más desafiante en el personal de Neonatología, formado para recibir, ayudar a vivir y enviar a la vida, no para ver morir. Hay lesiones que por su severidad no tienen chances terapéuticas y la indicación es confort care. La actitud del equipo de salud frente al morir del RN, puede facilitar o no la elaboración del duelo por parte de la familia. Un descuido de nuestra parte, por ignorancia o por negligencia, se convierte, en una última posibilidad de iatrogenia familiar. Acompañar a morir es parte de la medicina y es un acto terapéutico.

**Caso 1:** Mamá de 32 años, G3 P2. Embarazo controlado (7). RNT/PAEG: 39 sem, PN 3.190 Kg, apgar 8/9. RN con cianosis generalizada, Sat pre y post ductal 50-60%. Prueba de hiperoxia negativa. Prostaglandinas 0.05 gammas/kg/min. ARM

RX TORAX: silueta cardíaca pequeña.

Cardiología:

Heterotaxia, Canal AV dominante. Insuficiencia AV severa

Vasos transpuestos, atresia pulmonar, DAP con cortocircuito Izq a Derecha.

ATRV pulmonar infradiaphragmática, Arco Ao derecho. No se visualizan ramas pulmonares.

Centro Coordinador: Severidad de la malformación no es posible de tratamiento quirúrgico, todas malformaciones de mal pronóstico y técnicamente no abordable. Obito 7 hs de vida

La comunicación resultó muy dificultosa por el idioma. Los padres chinos no entendían castellano ni hablaban inglés. El acompañamiento tuvo que ser en silencio tratando de expresar nuestros sentimientos corporalmente.

**Caso 2:** Mamá de 23 años, Gestas 4 Ab1, Cesárea 2. 3 controles. RNT/PAEG 38 semanas, PN 2.860 Kg, Cesárea, apgar 9/10. Internación conjunta hasta las 43 hs de vida. Se detecta soplo y pulsos débiles. Saturación 88-89%. Cardiomegalia.

Cardiología: Hipoplasia de cavidades izquierdas con atresia mitro aórtica, ATRV pulmonar supracardíaca obstructiva.

Coartación de Ao. Ao ascendente y transversa hipoplásicas (1.8 y 3 mm). Flujo retrógrado ductal. Insuf tricuspídea moderada.

Centro Coordinador: Indica confort care. Obito: 72 horas de vida.

### CONCLUSION:

Una comunicación de calidad con los padres que han iniciado un proceso de duelo es fundamental.

El diagnóstico, pronóstico y las conductas a seguir deben ser claras para todo el equipo de salud

Una precisa evaluación prenatal previene a la familia y al equipo de salud acerca del desenlace.

## MIOCARDIOPATÍA DILATADA EN PEDIATRÍA EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS

Defazio E.<sup>1</sup>; Ferreres L.<sup>2</sup>; Porrino G.<sup>3</sup>; Franceschi Y.<sup>4</sup>; Mosquera G.<sup>5</sup>; Winter L.<sup>6</sup>; Tonello L.<sup>7</sup>; Rios C.<sup>8</sup>

HIGA EVA PERÓN DE SAN MARTIN<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>

<elianadefazio@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN:

La miocardiopatía dilatada es la etiología más frecuente de las miocardiopatías (MCP) en pediatría y se caracteriza por el agrandamiento de uno o ambos ventrículos con hipocontractilidad de sus paredes, traducándose en signos y síntomas de insuficiencia cardíaca.

La etiología es múltiple, pudiendo ser de causa primaria o secundaria.

### OBJETIVOS:

Describir 7 casos de MCP dilatada en pediatría relacionando, modo de presentación, diagnóstico, etiología, evolución y tratamiento.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo descriptivo de 7 pacientes menores de 2 años con MCP dilatada en un hospital general de agudos ingresados al servicio de pediatría entre 2015 y 2017.

El principal método diagnóstico utilizado fue el Ecocardiograma Doppler.

### RESULTADOS:

Todos los casos consultaron por dificultad respiratoria, irritabilidad y regular actitud alimentaria.

El 100% evolucionó con descompensación hemodinámica y signos de bajo gasto cardíaco. El 60% presentó paro cardiorrespiratorio. Todos los pacientes ingresaron en ARM y requirieron inotrópicos.

En la Rx de tórax, se observó cardiomegalia e hiperflujo pulmonar pasivo.

El ecocardiograma Doppler evidenció dilatación de cavidades con disfunción ventricular severa confirmando el diagnóstico de MCP dilatada.

Con respecto a la etiología, el 42% (3 p) fue secundario a cardiopatía congénita: 2 anomalías del origen de la coronaria izquierda (ALCAPA) y 1 coartación de aorta severa. En estos pacientes el ECG mostró signos de sobrecarga de cavidades, y en un 28% (2 p) patrón de isquemia. Todos se resolvieron quirúrgicamente en forma exitosa y precoz.

La miocarditis viral se presentó en un 58%. Los rescates incluyeron: metapneumovirus (hMPV) en dos de los casos, uno falleció al ingreso y el otro evolucionó favorablemente; 1 caso de enterovirus se trasplantó sin complicaciones; 1 caso de Influenza H3N2 se derivó para trasplante y falleció encontrándose en asistencia mecánica ventricular, por accidente cerebro-vascular hemorrágico. En este grupo la mortalidad fue del 50%.

### CONCLUSIÓN:

Todos los pacientes ingresaron en shock cardiogénico.

Los hallazgos clínicos fueron orientativos de enfermedad cardíaca.

El Ecocardiograma Doppler fue decisivo para un diagnóstico certero, instaurar el tratamiento médico en forma precoz y derivar a aquellos pacientes que requirieron resolución quirúrgica en las mejores condiciones clínicas.

Los pacientes fallecidos de esta serie fueron de etiología viral.

La sobrevida en los pacientes con cardiopatía congénita operados fue del 100%.

## ENDOCARDITIS INFECCIOSA: A PROPÓSITO DE CUATRO CASOS

Holsman N.<sup>1</sup>; Valle M.<sup>2</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS ORLANDO ALASSIA<sup>1,2</sup>

<Nataliaholsman@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN:

Endocarditis Bacteriana (EB) es un proceso inflamatorio del endocardio y/o las válvulas cardíacas. 35 a 50% de los niños presenta cardiopatías congénitas mientras que 8 a 10% se presentan sin factores de riesgo. Un gran porcentaje tiene como agente etiológico a Staphylococcus Aureus (SA)

### OBJETIVOS:

Describir la presentación de EB en cuatro pacientes hospitalizados en el período 2013-2016 sin cardiopatías previas.

**Caso N° 1:** femenino, 14 meses. Antecedente: meningitis a Haemophilus Influenzae tipo B con colección subdural a los 5 meses.

Fiebre y rinorrea de dos días. Derivada por síndrome meníngeo. Inicia Ceftriaxona, A las 72 horas pasa a UCIP por shock séptico. Requiere ARM y vía central femoral. Valoración cardiológica inicial sin alteraciones.

A los 5 días evoluciona con artritis de hombro. Cultivo articular, hemocultivos y punta de Catéter (+) a Staphylococcus Aureus Meticilino Resistente (SAMR). Día 11 de internación: ecocardiograma con vegetación en válvula mitral de 12 mm. Diagnóstico EB, adecuando antibióticos. Derivada para cirugía. Antibióticos 64 días. Se descarta inmunodeficiencia. Se otorga alta.

**Caso N° 2:** Femenino, 9 años. Sin antecedentes.

Fiebre de 1 mes y convulsiones. Ingres a UCIP con síndrome de hipertensión endocraneana (meningoencefalitis vs masa endocraneal).

LCR: lípido, glucosa 1,16 g/L, proteínas 0,75 g/L, leucocitos <5, glóbulos rojos <3; cultivos y virológicos negativos, hemocultivos sin rescate. Tratamiento antibiótico. Día 17 de internación: ecocardiograma con imagen

en valva septal mitral con buena función en VI. Diagnóstico evolutivo a EB. En control posterior: dilatación ventricular izquierda con insuficiencia valvular mitral moderada a severa. TAC de cráneo: pequeña área hipodensa en región central del tálamo, interpretándose como embolia séptica. Antibiótico 56 días. Evolución favorable.

**Caso N° 3:** femenino, 14 años, sin antecedentes previos.

Fiebre de 16 días. Derivada con diagnóstico de EB.

Hemocultivos (+) Staphylococcus Aureus. Meticilino Sensible (SAMS). Ecocardiograma: válvula tricuspídea con vegetaciones.

Antibiótico 45 días. No requirió cirugía. Evolución favorable.

**Caso N° 4:** masculino, 9 meses, con antecedente de internación 6 días por bronquiolitis a virus sincitial respiratorio. Requiere vía periférica.

A las 72 horas ingresa por fiebre, lesiones en piel e impotencia funcional de miembros inferiores. Se realiza drenaje y tratamiento antibiótico. Hemocultivo x 1 (+) a Staphylococcus Aureus MS.

Día 5 de internación se ausculta soplo. Ecocardiograma: dilatación en aurícula izquierda, insuficiencia mitral moderada con prolapso de valva anterior y aneurisma anillo aórtico. Inicia antibiótico, derivándose para resolución quirúrgica. Obita a los 7 días

### CONCLUSIONES

Sospechar EB en pacientes sin cardiopatía congénita, con fiebre prolongada, infecciones profundas o bacteriemia por Staphylococcus Aureus. Considerar que los criterios diagnósticos que se utilizan no deben reemplazar la valoración clínica de antecedentes y presentación de la enfermedad.

## CARDIOPATÍA CONGÉNITA POCO FRECUENTE A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ourracariet L.<sup>1</sup>; Carozzo M.<sup>2</sup>; Carrizo B.<sup>3</sup>; Mastropasqua M.<sup>4</sup>; Iori M.<sup>5</sup>; Ecos P.<sup>6</sup>; Kozicki V.<sup>7</sup>; Muller M.<sup>8</sup>; Macula B.<sup>9</sup>; Arredondo J.<sup>10</sup>; Rodriguez G.<sup>11</sup>; Salvadores C.<sup>12</sup>

HOSPITAL IRIARTE DE QUILMES<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12</sup>

<luli.ourracariet@gmail.com>



### INTRODUCCIÓN:

La anomalía total del retorno venoso pulmonar (ATRVP) es una malformación en la cual no existe conexión directa entre ninguna de las venas pulmonares y la AI. Todas las venas pulmonares se conectan con la AD o una de sus venas afluentes. Cardiopatía rara, incidencia del 1.5-3% entre todas las cardiopatías congénitas, mayor frecuencia en varones. Se dividen en supra cardíacos (45%), cardíacos (25%), infra cardíacos (25%) o mixtos (5%).

### OBJETIVO:

Presentar un paciente con cardiopatía congénita poco frecuente que ingresó a nuestro servicio por falla de medro. Considerar la importancia de sospechar las cardiopatías congénitas dentro de las causas de esta entidad.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Niño de 4 meses derivado de sala periférica por falla de medro. RNT por cesárea. PAEG. Sin antecedentes de relevancia. Vacunas incompletas. Serologías negativas. Se interna para progreso de peso.

Durante su internación presenta episodios de cianosis peribucal, taquipnea superficial. Por semiología clínica se interpreta como neumonía, se medica con ceftriaxona 80 mg/kg/d, y se coloca oxígeno por cánula nasal. Presenta mejoría del cuadro respiratorio, continua con episodios de cianosis peribucal, taquipnea superficial, hipoxemia (90-92%) pese a la administración suplementaria de O2. Inadecuado aumento de peso (6gr/d). Al examen físico precordio activo.

Se realiza Rx. Tx. que evidencia silueta cardíaca aumentada de tamaño. Es valorada por cardiología infantil, quienes informan soplo holosistólico con R2 desdoblado que irradia a dorso y axila, sospechándose cardiopatía congénita. Se solicita ecocardiograma donde informa ATRVP en seno carotideo + CIA + HTP severa.

Se retira el aporte de O2 suplementario. Se indica furosemida 1 mg/kg/d. hasta balance negativo y alimentación complementaria mediante leche maternizada por SNG y gastroclisis nocturna a fin de lograr un aumento de peso acorde, para luego realizar cirugía reparadora en centro de mayor complejidad.

### CONCLUSIONES:

Es importante plantear el diagnóstico de cardiopatía congénita en un paciente con falta de progreso pondoestatural y signos físicos asociados. El tratamiento temprano antes de los 6 meses de vida mejora el pronóstico.



## DOBLE ARCO AORTICO EN NEONATOLOGIA. PRESENTACION DE CASO CLINICO



Paz Rodríguez E.<sup>1</sup>; Velasco M.<sup>2</sup>  
CLÍNICA MODELO DE MORON<sup>1,2</sup>  
<elkygpaz@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN:

La incidencia de anillos vasculares es del 1% en la población pediátrica, correspondiendo el 70% al doble arco aórtico, siendo más frecuente en varones. En el periodo neonatal se presenta con estridor persistente, sibilancias, taquipnea y disfga.

### OBJETIVO:

Presentación atípica de anillo vascular en recién nacido con hipercapnia refractaria a la ventilación de alta frecuencia.

### MÉTODO:

Neonato de sexo femenino, 39 semanas con peso de 2,465. Apgar 9/10. La madre tiene 35 años, G1P0, embarazo controlado, vaginal, presentación cefálica. Al nacer presenta dificultad respiratoria severa, ingresando inmediatamente en ARM. Desarrolla hipoxemia e hipercapnia refractaria a ARM convencional, por lo que se ventila con alta frecuencia. Se diagnostica por ecocardiograma hipertensión pulmonar del recién nacido severa sin cardiopatía congénita. En la radiografía de tórax se observa edema intersticial bilateral. Durante su evolución el paciente continúa en grave estado general, lábil, mejorando la oxigenación pero con hipercapnia persistente que variaba entre valores de PCO<sub>2</sub> de 50 - 80 mmHg, aun con ventilación de alta frecuencia, debido a lo cual se sospecha una obstrucción de la vía aérea superior. Se realizó angiotomografía 3 D y se observa un doble arco aórtico. La cirugía correctiva se realiza al 7 mo. día de vida, presentando como complicación un quilotórax a las

6 horas postquirúrgico. Fue tratado con nutrición parenteral, fórmula nutricionalmente completa de bajo contenido lipídico (80% TCM/20% TCL) y octreotida, resolviendo a los 14 días de la cirugía.

### CONCLUSIONES

Ante la presencia de un recién nacido con dificultad respiratoria, con hipercapnia persistente, que no responde a la ventilación de alta frecuencia, se debe descartar una obstrucción de la vía aérea superior.

## DERRAME PERICÁRDICO EN PEDIATRÍA



Ferreres L.<sup>1</sup>; Defazio E.<sup>2</sup>; Porrino G.<sup>3</sup>; María F.<sup>4</sup>; Graciela M.<sup>5</sup>; Winter L.<sup>6</sup>; Cecilia R.<sup>7</sup>; Tonello L.<sup>8</sup>  
HIGA EVA PERÓN DE SAN MARTÍN.<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>  
<Lourdes.ferreres@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La pericarditis aguda es un síndrome clínico causado por una reacción inflamatoria del pericardio en respuesta a diferentes etiologías, la más frecuente es la de tipo infecciosa. Puede presentarse con derrame pericárdico, y cuando este es severo evoluciona al taponamiento cardiaco. Se pueden producir también adherencias entre ambas capas del pericardio o reacción fibrosa retráctil del mismo, que conduce a la pericarditis constrictiva.

La presentación clínica dependerá del volumen de líquido acumulado, la velocidad en la que se instaura y la elasticidad pericárdica.

### OBJETIVO:

Revisión de los casos de derrame pericárdico de causa infecciosa, en el servicio de pediatría de un hospital general de agudos.

### MATERIALES Y MÉTODOS :

Estudio retrospectivo descriptivo de casos de derrame pericárdico en un hospital general de agudos entre 2013 y 2017.

La población estudiada incluyó pacientes desde el periodo neonatal hasta los 14 años, relacionando enfermedad de base, modo de presentación, diagnóstico, evolución y tratamiento instaurado.

Como principal método diagnóstico se utilizó el ecocardiograma.

### RESULTADOS:

Se estudiaron 7 pacientes. 4 (57%) debutaron con dificultad respiratoria, 2 (28%) se presentaron con un síndrome febril y 1 fue un neonato con falla multiorgánica.

El 70% tenía como enfermedad de base síndrome de Down.

La Rx de tórax fue patológica, por cardiomegalia y/o distorsión de la silueta cardiaca confirmándose en todos los casos mediante ecocardiograma Doppler.

En el 100% de los casos se obtuvo rescate de germen (57% bacteriana, 43% viral).

La totalidad de los casos de etiología bacteriana (SAMR, SAMS, TBC y sífilis), se derivaron a centro de mayor complejidad para pericardiocentesis y drenaje quirúrgico.

En los casos de etiología viral (VSR y HIV), el tratamiento fue conservador con reposo, AINES y controles ecocardiográficos seriados, con evolución favorable.

### CONCLUSIÓN:

En todos los casos la presentación clínica fue inespecífica, siendo el síntoma predominante dificultad respiratoria y fiebre.

La etiología bacteriana se comportó con mayor agresividad requiriendo drenaje pericárdico para su resolución.

La etiología viral evolucionó de manera benigna, y resolvió con tratamiento sintomático,

El ecocardiograma Doppler. fue decisivos para el diagnóstico y toma de conductas.

## UTILIDAD DE LA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOPULMONAR (PECP) EN PACIENTES OPERADOS DE TETRALOGÍA DE FALLOT (TF)

PO  
11

Tocci, A C<sup>1</sup>; Abella, I T<sup>2</sup>; Tonello, L<sup>3</sup>; Grippo, M<sup>4</sup>; Moros, C<sup>5</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ<sup>1,2,3,4,5</sup>

correo.docalejandro@gmail.com

### OBJETIVO:

Estudiar mediante PECP a niños y adolescentes operados de T. de Fallot divididos en grupos de acuerdo a edad y sexo y compararlos con grupo control de iguales características.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

48 pacientes operados de T. de Fallot realizaron 59 pruebas de esfuerzo cardiopulmonares. Los p. fueron divididos en 4 grupos de acuerdo a sexo y edad. Grupo A: mujeres prepuberales (7 a 11 años) n: 7, Grupo B: Varones prepuberales n: 9, Grupo C: Mujeres Puberales (12 a 17 años) n: 21 p., Grupo D: varones puberales n: 22 p.

Los p. fueron comparados con un grupo de 190 niños normales divididos de la misma manera. Grupo a) n: 25, Grupo b) n: 53, Grupo c) n: 38, Grupo d) n: 74.

La prueba fue realizada en cinta ergométrica utilizando el Protocolo de Bruce, el estudio de los gases espirados se efectuó con un equipo COSMED-DR, se obtuvieron datos de VO<sub>2</sub> mL/kg/min y VO<sub>2</sub> mL/min, VE/VCO<sub>2</sub> slope (Eficiencia ventilatoria), R (VCO<sub>2</sub>/VO<sub>2</sub>), mets, FC pico, y Pulso de oxígeno pico (VO<sub>2</sub> mL/FC). Los datos de los pacientes operados de Fallot fueron comparados estadísticamente con los de los controles mediante el t Test.

### CONCLUSIONES:

- Habiendo realizado todos los grupos, una prueba máxima (R>1,01), los pacientes operados de Fallot mostraron menor tolerancia al ejercicio que el grupo control (menor VO<sub>2</sub> y METS) e insuficiencia cronotrópica.
- En los pacientes con mayor tiempo de seguimiento postquirúrgico, se comienza a observar menor eficiencia ventilatoria (VE/VCO<sub>2</sub> slope).
- La PECP brinda valiosa información funcional que permite comprender con mayor precisión el estado fisiopatológico de los pacientes operados de T. de Fallot.

### RESULTADOS:

P. con T. Fallot	Grupo A (n=7 p.)	Grupo B (n=9 p.)	Grupo C (n=21 p.)	Grupo D (n=22 p.)
Edad x	9,43+-1,51	9,9+-0,9	13,6+-1,4	14,6+-1,5
Edad Qx. x	1,57+-1,56	2,3+-0,9	1,5+-0,7	2,3+-0,7
T. Seguim x	7,71+-2,5	7,6+-1,1	12,1+-1,2	12,3+-1,61

  

PREPUBERALES	Grupo A	Grupo a	p	Grupo B	Grupo b	p
VO <sub>2</sub> mL/kg/min	34,46+-4,36	42,64+-6,22	NS	36,5+-4,6	45,56+-7,16	<0,0004
VO <sub>2</sub> mL/min	1144,86+-319,64	1492,77+-271,44	NS	1242,9+-206,5	1553,76+-327,16	<0,01
VE/VCO <sub>2</sub> slope	32,84+-3,87	32,91+-3,65	NS	31,1+-6,1	33,28+-3,8	NS
R	1,14+-0,07	1,15+-0,08	NS	1,2+-0,1	1,15+-0,08	NS
Mets	9,91+-1,09	11,73+-2,38	NS	10,7+-1,5	12,58+-2,52	<0,03

  

FC pico	175,86+-24,57	192,4+-8,57	<0,001	177,4+-15	190,59+-7,79	<0,0001
Pulso O <sub>2</sub>	6,69+-1,07	7,65+-1,66	NS	7,2+-1	8,05+-1,84	NS

  

PUBERALES	Grupo C	Grupo c	p	Grupo D	Grupo d	p
VO <sub>2</sub> mL/kg/min	28,4+-4,26	44,81+-7,37	<0,0000	35,5+-6,48	47,89+-5,57	<0,0000
VO <sub>2</sub> mL/min	1390,76+-60,25	2502,34+-646,19	<0,0000	1867,2+-440,17	2670,3+-577,94	<0,0000
VE/VCO <sub>2</sub> slope	30,73+-4,81	27,47+-4,26	NS	30,1+-6,57	27,43+-3,97	<0,02
R	1,14+-0,11	1,18+-0,09	<0,01	1,1+-0,12	1,17+-0,09	NS
Mets	8,12+-1,32	12,63+-2,28	<0,0000	10,3+-1,88	13,56+-1,8	<0,0000
FC	172,14+-19,44	191,24+-8,58	<0,0000	180,3+-16,23	191,66+-9,17	<0,0000
Pulso O <sub>2</sub>	7,97+-1,25	12,88+-3,52	<0,0004	10,5+-2,21	13,78+-3,22	<0,0000

## CUANDO EL ESTRIDOR EN EL RECIEN NACIDO NO ES DE CAUSA RESPIRATORIA

RPD  
13

García, ML<sup>1</sup>; Liani, M F<sup>2</sup>; Zanon, V<sup>3</sup>; Troglia, D<sup>4</sup>; Rios, C<sup>5</sup>; Tonello, ML<sup>6</sup>; Camino, S<sup>7</sup>; Kakefuku, H<sup>8</sup>

HOSPITAL DIEGO THOMPSON; HOSPITAL DE AGUDOS EVA PERON DE SAN MARTIN<sup>1</sup>; HOSPITAL DIEGO THOMPSON;<sup>2</sup>; HOSPITAL DIEGO THOMPSON; HOSPITAL DE AGUDOS EVA PERON DE SAN MARTIN<sup>3,4</sup>; HOSPITAL DE AGUDOS EVA PERON DE SAN MARTIN<sup>5,6</sup>; HOSPITAL DIEGO THOMPSON;<sup>7</sup>; HOSPITAL DIEGO THOMPSON; HOSPITAL DE AGUDOS EVA PERON DE SAN MARTIN<sup>8</sup>  
lauragarcia1202@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN:

El estridor es un signo clínico grave que expresa obstrucción de la vía aérea. La sospecha de obstrucción intratorácica debe orientarnos a descartar lesión intrínseca o compresión extrínseca de la tráquea, siendo los anillos vasculares (AV) la causa de compresión extrínseca más frecuente. Los AV son anomalías congénitas del arco aórtico y sus ramas que comprimen la tráquea o el esófago en grado variable. Pueden ser completos o incompletos. Aunque poco frecuentes, (0.8% de las cardiopatías congénitas) constituyen una causa importante de dificultad respiratoria por lo cual se requiere de un alto índice de sospecha. La variante más frecuente sintomática es el doble arco aórtico (70 %).

### OBJETIVOS:

Presentación de un recién nacido (RN), con estridor laríngeo presente desde el 1er día de vida, sin modificaciones en el tiempo ni con el llanto. Destacar el plan de estudios, diagnóstico, tratamiento y resultados.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO:

RNT/PAEG 38 semanas PN 3.340 Kg, con estridor laríngeo audible, sin requerimiento de O<sub>2</sub>.

Ecocardiograma Doppler color: Arco aórtico derecho. Impresiona doble arco aórtico (DAA). Ductus izquierdo. Sin malformación intracardiaca. Sin signos indirectos de Hipertensión Pulmonar. Función ventricular conservada.

SEGD: normal.

Fibrobroncoscopia: laringe de estructura normal, cuerdas vocales móviles, compresión pulsátil traqueal distal, ambos bronquios fuentes normales. Se deriva a unidad de cirugía cardiovascular del Hospital Gutierrez a los 15 días de vida. Se confirma DAA por angiotomografía (angioTAC) y se realiza cirugía reparadora con evolución favorable.

### CONCLUSIONES:

- En el plan de estudio del estridor laríngeo, se debe pensar en la etiología vascular como causa importante de obstrucción respiratoria.
- La endoscopia pre y postquirúrgica es fundamental para descartar lesiones estructurales asociadas de la vía aérea.
- La ecocardiografía es el primer estudio donde se puede sospechar un AV y descarta cardiopatía congénita intracardiaca asociada.
- La angioTAC nos permite definir con precisión y poco tiempo de exposición el tipo de anillo vascular y sus relaciones anatómicas.
- La cirugía del Anillo Vascular no se debe posponer en los RN sintomáticos considerando que el objetivo es minimizar los efectos negativos de una prolongada compresión de la vía aérea.

## SCREENING DIAGNOSTICO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS EN PAYSANDU

*Reyes M.<sup>1</sup>; Venturino S.<sup>2</sup>; Mareque Y.<sup>3</sup>; Mattiauda A.<sup>4</sup>; Canziani C.<sup>5</sup>; Amorin B.<sup>6</sup>*

HOSPITAL PAYSANDU<sup>1 2 3 4 5 6</sup>

<mechirc7@gmail.com>



Las cardiopatías congénitas son el tipo más común de malformación congénita y de mayor mortalidad, constituyen 6-10% de las muertes infantiles, 20-50% de las muertes causadas por malformaciones congénitas. La mitad de los recién nacidos con CC son asintomáticos los primeros días de vida mientras el ductus esté permeable, Luego de su cierre amenazan inmediatamente la vida. En Uruguay existe una incidencia de 8-10/1000 RN vivos, 50000 nacimientos por año =500 cardiopatías, 1/3 requieren intervención quirúrgica en el primer mes de vida, Incidencia de las CC ductus dependiente 30-40% de las CC, Muertes por cardiopatía ductus dependiente 4% de las CC. Nuestro objetivo es el diagnóstico precoz de cardiopatía congénitas críticas (CCC). Presentaremos nuestra experiencia en el uso de la oximetría de pulso como herramienta para cribado de CCC, incluimos a todos los recién nacidos del hospital de Paysandú, términos o pretérminos leves asintomáticos en alojamiento madre-hijo desde el 1/12/2015 al 1/12/2017.

Nuestro objetivo es demostrar la utilidad de oximetría de pulso para detección precoz de CCC mediante un estudio prospectivo. Se mide saturación y frecuencia cardíaca pre y postductal con oxímetro de pulso de alta definición entre las 6 y 24 hs de vida. Con saturación menor a 90% pre o postductal ingresa a neonatología y se realiza ecocardiograma de urgencia, entre 90-95% o diferencia mayor a 3 se repite luego de 1 hora, mas de 95% y diferencia menor a 3 se considera prueba negativa.

Nuestro n fue de 1659 RN, en 83.6% el screening fue realizado entre las 6 y 24 hs de vida, el resultado fue 2 CC, 1 síndrome de ventrículo izquierdo hipoplásico con aorta hipoplásica y un doble tracto de salida del ventrículo derecho, 3 falsos positivos que al alta se fueron a domicilio con ecocardiograma normal, no tuvimos falsos negativos.

## ROL DE LOS REGISTROS EN CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO

*Lousararian M.<sup>1</sup>; Rodriguez Z.<sup>2</sup>; Lucero M.<sup>3</sup>; Elizari A.<sup>4</sup>; Maisuls H.<sup>5</sup>; Alday L.<sup>6</sup>*

HOSPITAL AERONÁUTICO CÓRDOBA; HOSPITAL DE NIÑOS DE CÓRDOBA.<sup>1</sup>; HOSPITAL AERONÁUTICO CÓRDOBA.<sup>2</sup>; MINISTERIO DE SALUD PROVINCIA DE CÓRDOBA.<sup>3</sup>; INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES<sup>4</sup>; HOSPITAL DE NIÑOS DE CÓRDOBA.<sup>5</sup>; HOSPITAL AERONÁUTICO CÓRDOBA.<sup>6</sup>

<marinalousararian@gmail.com>



### INTRODUCCIÓN.

Las cardiopatías congénitas (CC) con una prevalencia de 9/1000 constituyen la anomalía más frecuente en pediatría y también la mayor causa de mortalidad. Debido a los avances actuales en el diagnóstico, sobre todo por imágenes, y el tratamiento por intervenciones quirúrgicas y por cateterismo, se estima que 90% de los afectados llegan a la edad adulta. Proyectando las estimaciones de los EE UU a nuestro país, en el año 2015, y que por las limitaciones existentes sólo lleguen a la adultez el 70%, habría alrededor de 168.000 adultos con CC de los cuales 46,8% tendrían patologías simples, 38,4% moderadas y 14,8% complejas.

### OBJETIVOS.

Mejorar la expectativa de vida de adultos con CC con registros adecuados que posibiliten la construcción de normativas de diagnóstico, tratamiento y pronóstico sin dejar de lado el asesoramiento genético, anticoncepción y embarazo.

### MATERIAL Y MÉTODOS.

En la provincia de Córdoba se inició un registro de CC en pacientes de 16 años o más en enero de 2000, actualmente oficializado por el Ministerio de Salud que cuenta con 1300 enrolados. Los pacientes se incorporan en línea con la codificación del registro de la provincia de Quebec, Canadá. Si existe más de una afección se utiliza la principal y se consignan las asociaciones. El paciente se ingresa con una clave provista por el

Ministerio con los datos demográficos y diagnósticos. Es posible cargar estudios y tratamientos realizados (imágenes), resultados (informes), complicaciones y secuelas. Toda la información está disponible en línea para consultar, modificar, añadir eventos como causa de mortalidad o exportar la ficha resumen en PDF u otros sistemas.

### RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

Se mostrarán ejemplos puntuales para familiarizar la concurrencia con la metodología a la vez que se alentará incorporar pacientes a partir del momento del diagnóstico inicial independientemente de la edad. Por último y no menos importante esta herramienta facilitará investigaciones clínicas variadas, la planificación para el tratamiento de poblaciones y la comunicación entre profesionales que pudieran estar a distancia.



## INCIDENCIA Y MORTALIDAD DE CARDIOPATÍAS CONGENITAS EN LA CIUDAD DE PAYSANDU, URUGUAY; EN EL PERIODO DE 2013-2017



*Nuñez M.<sup>1</sup>; Reyes M.<sup>2</sup>; Cadenasso B.<sup>3</sup>; Venturino S.<sup>4</sup>; Amorin B.<sup>5</sup>; Martínez Arroyo L.<sup>6</sup>*

HOSPITAL ESCUELA DEL LITORAL, PAYSANDU, URUGUAY; COORPORACION MEDICA DE PAYSANDU, URUGUAY<sup>1,2,3,4,5</sup>; UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES PEDIÁTRICOS Y NEONATALES<sup>6</sup>  
<minesu@hotmail.com>

Las malformaciones congénitas constituyen un problema en los países en desarrollo, Uruguay ocupa el tercer lugar en América Latina y el Caribe en mortalidad infantil por malformaciones congénitas. Las mismas abarcan una amplia variedad de alteraciones en el desarrollo fetal, siendo la herencia multifactorial la responsable de la mayoría de los defectos mayores. Las cardiopatías congénitas son las malformaciones congénitas fetales más frecuentes, con una tasa de diagnóstico prenatal baja. 20% de las cardiopatías congénitas se asocian a otras malformaciones extracardíacas y otro 20% a cromosomopatías, lo que explica la alta mortalidad perinatal y neonatal de las cardiopatías complejas. Presentan gran variabilidad en su sintomatología, complejidad y pronóstico por lo que la detección prenatal de las mismas es importante para elaborar mejores estrategias al momento del nacimiento y tratamiento posterior.

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. La población estudiada fueron todos los recién nacidos en la ciudad de Paysandú, comprendidos en dicho periodo de tiempo. El objetivo fue analizar la incidencia y morbimortalidad de los pacientes portadores de cardiopatías congénitas en la ciudad, en el periodo comprendido entre 2013-2017, el impacto del screening neonatal de cardiopatía congénita crítica, la importancia de realizar un correcto diagnóstico prenatal con la introducción de la ecocardiografía fetal, sabiendo que la sensibilidad y especificidad de dicha técnica debería superar el 90%. También se analizaron datos del estado

nutricional, tipo de alimentación, inmunizaciones e ingresos hospitalarios. En las cardiopatías que requirieron procedimientos quirúrgicos se valoraron los mismos, más la evolución postoperatoria inmediata y tardía.

### RESULTADOS PRELIMINARES:

En la ciudad de Paysandú, hay 1800 nacimientos por año, en el Hospital Escuela del Litoral hubo un promedio de 900 nacimientos por año, realizándose aproximadamente 40 ecocardiogramas anuales. El motivo de la solicitud de los mismos fue, en más del 70 %, la presencia de soplo cardíaco. Las cardiopatías más frecuentes fueron la comunicación interauricular y la comunicación interventricular.

## ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO



*Feroce P.<sup>1</sup>; Urdiales J.<sup>2</sup>; Bonardo V.<sup>3</sup>; Irman J.<sup>4</sup>; Fernie M.<sup>5</sup>*

HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES<sup>1,2,3,4,5</sup>  
<paulaferoce@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN:

Existe un cambio en la epidemiología de la endocarditis infecciosa (EI) en los últimos años, con aumento de su incidencia y una modificación en las características del paciente pediátrico secundario a la mejoría en la sobrevida de niños con cardiopatía congénita (CC), y a una mayor cantidad de procedimientos invasivos. El grupo de mayor riesgo son aquellos con CC pero se estima que 8%-10% ocurren en niños sanos. Su abordaje terapéutico es un reto para pediatría, y se asocia con una importante morbimortalidad. La presentación clínica suele variar según la válvula afectada siendo el principal signo, la aparición de un soplo nuevo.

### OBJETIVOS:

Presentar un caso de EI en paciente sin cardiopatía previa. Revisar el abordaje terapéutico y posibles complicaciones de la EI. Enfatizar el trabajo multidisciplinario para el manejo de esta patología.

### CASO CLÍNICO:

Paciente mujer de 16 años previamente sana, con síndrome febril intermitente de 20 días de evolución. Es valorada por pediatra de cabecera quien constata nuevo soplo diastólico. El ecocardiograma muestra vegetación en válvula aórtica con insuficiencia moderada-severa y dilatación del ventrículo izquierdo (VI) sin CC. Se toman hemocultivos (HMC) x3 que resultan positivos para *Streptococo Viridans*. Recibe Gentamicina 9 días, Vancomicina 5 días rotando a Penicilina G sódica por 5 semanas.

A los 18 días presenta perforación de válvula mitral con insuficiencia leve. Se realizó valvuloplastia de válvulas aórtica y mitral. Recibe enalapril y furosemida que continúa tras el alta. Último ecocardiograma informa insuficiencia mitral leve, insuficiencia aórtica moderada con VI dilatado y disfunción leve. Se encuentra en seguimiento ambulatorio por cardiología vascular con eventual programación de cirugía correctiva.

### CONCLUSIÓN:

Sospechar EI como diagnóstico diferencial en niños con síndrome febril prolongado y síntomas inespecíficos aunque no presenten cardiopatía previa. Se recomienda el seguimiento del síndrome febril prolongado por un mismo profesional para favorecer un alto índice de sospecha de EI. Es fundamental el examen físico minucioso y la auscultación cardíaca precisa para detectar la presencia de un soplo nuevo y otras manifestaciones clínicas que sumen criterios para EI. Dadas las características y complejidad de esta enfermedad, es indispensable el abordaje multidisciplinario (pediatra, infectólogo, cardiólogo, cirujano cardiovascular, etc.) para lograr un manejo adecuado de la EI y mejorar su pronóstico.

## RESULTADOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR EN CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN EL HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES DEL 2011-2015

RPD  
20

Feroce P.<sup>1</sup>; Córdoba S.<sup>2</sup>; Tornatore M.<sup>3</sup>; Morell M.<sup>4</sup>; De La Ossa M.<sup>5</sup>; Rojo G.<sup>6</sup>; Fernie M.<sup>7</sup>

HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>

<paulaferoce@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN:

La incidencia de cardiopatías congénitas (CC) en Argentina es de 1/100 recién nacidos vivos (RNV), de las cuales son quirúrgicas 0,7/100 RNV. El 80% se opera antes del año de edad. En nuestro país fallecen 400 niños por año con CC en el primer mes de vida. La cirugía es considerada la estrategia para su tratamiento. El método de estratificación RACHS-1 (Risk Adjustment in Congenital Heart Surgery) permite estimar el resultado quirúrgico, dependiendo del tipo de cardiopatía, el tipo de reparación y otros factores que influyen en el resultado final, como el peso, la edad y/o la presencia de otras anomalías asociadas.

### OBJETIVO:

Describir las características demográficas, clínicas, etiológicas, procedimientos terapéuticos y evolución de pacientes sometidos a cirugía cardiovascular por CC complejas en nuestro hospital.

### MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo donde se utilizó un protocolo de investigación aprobado por el Comité de Revisión Institucional del Hospital Británico. Fue garantizada la confidencialidad y el anonimato de la información obtenida. Los datos demográficos de pacientes operados de 0 a 16 años por CC en el Servicio de Pediatría del Hospital Británico de Buenos Aires entre enero de 2011 y diciembre de 2015 fueron registrados y analizados.

### RESULTADOS:

Un total de 172 intervenciones quirúrgicas fueron registradas. Se operaron 33 pacientes menores de 1 mes de los que el 51% fue varón. La edad media fue 20 meses, aunque el 65% fue menos de 1 año. El peso promedio fue de 9,6 kg. La distribución de patologías en categoría RACHS fue: categoría 1: 15,7%; categoría 2: 45%; categoría 3: 26%; categoría 4: 8,7%; categoría 6: 4%. No se registraron intervenciones de categoría 5. El tiempo de internación promedio fue 12,7 (1-91) días y el 53% requirió ventilación mecánica, con un promedio de 6 días. El número de casos por año fue en aumento, evidenciando del 2011 al 2015 un aumento de 250% (de 18 a 43 intervenciones). La mortalidad global fue 3% y 7% en el último año analizado.

### CONCLUSIONES:

La mortalidad postoperatoria es menor a la comparada con datos de otros centros. En los últimos años, se evidencia un aumento del diagnóstico temprano, tratamiento precoz, y mejoría en la sobrevida de los pacientes portadores de cardiopatías congénitas. Actualmente se programan nacimientos en centros especializados para el manejo inmediato de estos pacientes. La sobrevida de los mismos ha aumentado considerablemente.

## PRIMERA CIRUGÍA DE NORWOOD-SANO EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL NOROESTE ARGENTINO

RPD  
21

Gerez M.<sup>1</sup>; Santillán E.<sup>2</sup>; Baselga P.<sup>3</sup>; Toledo R.<sup>4</sup>

HOSPITAL DEL NIÑO JESUS TUCUMAN<sup>1 2 3 4</sup>

<mvg\_sgo3@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN:

La cirugía de Norwood-Sano (NS) como etapa inicial paliativa quirúrgica del corazón univentricular con estenosis, hipoplasia o atresia aórtica, es un procedimiento de alta mortalidad cuyo desafío es lograr el equilibrio entre la circulación sistémica y pulmonar.

### OBJETIVO:

Comunicar la primera experiencia quirúrgica con técnica de NS realizada en el Hospital del Niño Jesús de Tucumán (HNJT) en diciembre de 2017.

### DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN PREVIA:

El NS corresponde según la escala RACHS-1 a la complejidad 6, constituye el 10% de la casuística en cirugía neonatal de centros de alta complejidad y se reporta un 40% de mortalidad en el post operatorio (POP), relacionada con edad, tamaño aórtico y defectos cardíacos asociados. El HNJT es centro tratante de mediana complejidad, de referencia para el Noroeste.

### POBLACIÓN Y NÚMERO DE PARTICIPANTES:

El NS es opción quirúrgica para cardiopatías con fisiología univentricular e hipoplasia aórtica. Se presenta un paciente con diagnóstico de canal aurículo ventricular completo (CAVC) e hipoplasia aórtica a quien se abordó por primera vez con esta técnica.

### DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA:

Paciente con sospecha prenatal de cardiopatía compleja, que nació en Jujuy. Con diagnóstico de CAVC y coartación de aorta, requirió prosta-

glandinas y se derivó al 25º día de vida al HNJT para cirugía. Se rectificó diagnóstico (sitio indeterminado, CAVC con hipoplasia de válvula, raíz y cayado aórtico, arco aórtico derecho) para reasignación a centro de mayor complejidad y al no haber disponibilidad, se operó a los 60 días de vida con técnica de NS. Ecocardiograma POP: neoarteria flujo laminar, tubo VD-AP flujo de alta velocidad, aorta descendente sin gradiente residual.

### RESULTADO:

POP de 15 días que requirió óxido nítrico y cierre de tórax al 9º día. Con evolución favorable regresó a internación en Jujuy.

### EVALUACIÓN:

El manejo de cardiopatías con fisiología univentricular e hipoplasia aórtica históricamente correspondió a centros de mayor complejidad. Pocos efectores en el país, el tiempo de espera a la asignación quirúrgica y la falla diagnóstica inicial, influyeron en la demora del abordaje de este caso que significó un verdadero desafío clínico quirúrgico. Factores pronósticos fueron la edad y peso al momento de la cirugía, el tamaño de la aorta y otros defectos cardíacos. Las complicaciones del POP fueron las descritas para este estadio quirúrgico.

## A PROPOSITO DE UN CASO: ANOMALIA TOTAL DEL RETORNO VENOSO PULMONAR TOTAL



**Mansilla Z.<sup>1</sup>**  
CLINICA SAN LUCAS<sup>1</sup>  
<zuleik\_87@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN:

La anomalía total del retorno venoso pulmonar es una cardiopatía congénita rara, corresponde al 1 a 3% de las cardiopatías congénitas. En la cual no existe conexión entre las venas pulmonares y la aurícula izquierda.

### OBJETIVO:

Comunicar un caso de ATRVP, cuya presentación clínica inicial no fue típica; mostrar la importancia de los distintos signos y síntomas que llevaron a su diagnóstico.

### PRESENTACIÓN DE CASO:

Paciente de 33 días de vida, RNT/PAEG. Comienza a los 10 días de vida con vómitos de contenido alimentario, expulsivos, abundantes; con una frecuencia de 1-2 episodios por día. Es derivada por sospecha de síndrome pilórico.

A su ingreso se solicita: laboratorio, sedimento de orina y urocultivo que resultan normales; ecografía abdominal; interconsulta con cardiología. Ecografía abdominal: No se observan signos de hipertrofia de píloro. Descartando síndrome pilórico.

En examen físico inicial se objetiva soplo sistólico eyectivo de intensidad 3/6 irradia a axila. Es evaluada por servicio de cardiología quien realiza: ECG, normal. Ecocardiograma: venas pulmonares inferiores conectadas a aurícula izquierda, pero su flujo de desvía por un colector hacia aurícula derecha. CIA tipo ostium secundum. Cavidades derechas muy dilatadas. Presión pulmonar sistólica de 59mmHg. (HTP severa). Se interpreta cuadro como anomalía del retorno venoso pulmonar. Se solicita RMN con anestesia y contraste.

Se realiza RMN: anomalía total del retorno venoso pulmonar, variante supra cardiaca del tipo seno coronario. CIA amplia con hiperflujo pulmonar y marcada dilatación de aurícula derecha.

Con estos resultados, se inicia tratamiento con furosemida a 2mg/k/día, y se inicia gestión para programar cirugía. Para ello, y ante el escaso aumento de peso se inicia alimentación por SNG con formula de inicio.

La paciente es dada de alta; y a los 15 días reingresa por tos cianósante. Ingres a UTIP, en CPAP, sedación y alimentación por SNG. A los 9 días es derivada para realización de cirugía cardiovascular.

### CONCLUSIÓN:

Es de vital importancia, plantearse como diagnóstico diferencial una cardiopatía congénita, en un lactante aun sin la sintomatología clásica, como en este caso, fue inicialmente la sospecha de un síndrome pilórico. Teniendo en cuenta que el diagnostico precoz es fundamental para lograr un tratamiento quirúrgico exitoso.

## TETRALOGÍA FALLOT. EXPERIENCIA INSTITUCIONAL EN NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES



**Vasquez Osinaga, R<sup>1</sup>; Cuenca Del Rey, A<sup>2</sup>; Kazelian, P<sup>3</sup>; Kreuzer, C<sup>4</sup>**  
HOSPITAL NAC. A POSADAS<sup>1,2,3,4</sup>  
rob\_emi@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN.

La tetralogía de Fallot (TF) es la cardiopatía congénita cianótica más frecuente. Las variantes anatómicas y sus complicaciones condicionan las necesidades quirúrgicas a lo largo de la vida, constituyendo en la actualidad uno de los paradigmas en la transición de la enfermedad del niño al adulto dentro de las cardiopatías congénitas. Esta es la experiencia de una institución que intenta dar respuesta a las necesidades quirúrgicas en ambas poblaciones.

Tipo de estudio. Retrospectivo descriptivo observacional

### OBJETIVOS.

Comunicar nuestra experiencia quirúrgica en pacientes pediátricos y adultos con tetralogía de Fallot, conocer las complicaciones y la mortalidad en nuestra institución

### MATERIAL Y MÉTODOS.

Se incluyeron a todos los pacientes con diagnóstico de tetralogía de Fallot, nacidos o derivados, operados en nuestra institución en el período 2007 y 2017. Se analizaron las siguientes variables demográficas clínicas y quirúrgicas: edad, peso, sexo, tipo de cirugía, técnicas quirúrgicas, tiempo de clampeo aórtico y circulación extracorpórea, días de inotrópicos e internación, complicaciones y mortalidad post quirúrgica en ambos grupos (< 30 días).

### RESULTADOS.

De un total de 1124 cirugías de cardiopatías congénitas, 76 (6.7%) correspondieron a tetralogía de Fallot, N=61 niños (80%) y N=15 adultos (20%). Mediana de edad quirúrgica en niños 7 meses, adultos 30 años. El 68% de los procedimientos fueron cirugías correctoras, 13% fueron cirugías paliativas y un 18% recambios valvulares. La técnica quirúrgica más utilizada en niños fue la cirugía correctora con parche transanular (35%), en adultos el recambio valvular (73%). La mediana de peso en niños 7 kg adultos 60 kg. Días de internación en niños 15 y 4 en adultos. Complicaciones en niños respiratorias (36%), arritmias (29%) e infección (22%), mientras que en adultos, con una menor tasa de complicaciones, hubo ligero predominio de arritmias y sangrado no quirúrgico. La mortalidad inmediata en niños fue del 8% (5 p), y en adultos del 0%.

**Tabla 1. Características basales**

	Niños	Adultos
Población	61	15
Edad quirúrgica (Mediana/Rango)	7 meses (0-188)	30 años (17-40)
Peso (Kg) (Mediana/Rango)	9 (2.2 – 32)	60 (32 – 92)
Sexo	70% Femenino	53% Masculino
Alteración genética	9%	0%
Variantes anatómicas	18%	0%
Cirugía primaria	49 (81%)	2 (14%)
Cirugías paliativas	10 (17%)	0
Cirugías correctoras	48 (78%)	4 (27%)
Reemplazo valvular	3 (5%)	11 (73%)

**Tabla 2. Complicaciones**

	Niños (N= 61)	Adultos (N= 15)
Cardiovasculares	Arritmias	18 (29%)
	Sangrado	4 (6%)
	Disfunción de VD	2 (3%)
	Taponamiento	1 (1%)
	Respiratorias	22 (36%)
No cardiovasculares	Infección	14 (22%)
	Coagulopatía	4 (6%)
	Neurológicas	2 (3%)
Mortalidad	8%	0%

### CONCLUSIONES.

La tetralogía de Fallot requiere control médico especializado de por vida, sus necesidades quirúrgicas varían según la edad y exige de un sistema público preparado para su atención. Nuestra serie se asemeja a otras experiencias publicadas en cuanto a complicaciones y mortalidad, estos resultados si bien son alentadores, nos obliga a seguir trabajando para mejorar la sobrevida y calidad de vida de nuestros pacientes.

## EMERGENCIA CARDIOVASCULAR EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Mira Castets D.<sup>1</sup>; Sanz M.<sup>2</sup>; Carrasco L.<sup>3</sup>; Perez Acebo L.<sup>4</sup>; Badia T.<sup>5</sup>; Gaviño H.<sup>6</sup>

HOSPITAL DURAND<sup>1 2 3 4 5 6</sup>

<residenciapediatriadurand@gmail.com>

RPD  
25

### INTRODUCCIÓN:

Se define derrame pericárdico al aumento del líquido pericárdico entre las hojas parietal y visceral. Una de las complicaciones más graves es cuando compromete el llenado ventricular derecho, generando el taponamiento cardíaco (TP), siendo ésta una emergencia médica ya que puede terminar con la vida del paciente en pocos minutos.

### MOTIVO DE LA PRESENTACIÓN:

Presentar un caso de una emergencia cardiovascular en un paciente adolescente.

### CASO CLÍNICO:

Adolescente de 15 años, sexo femenino, boliviana sin antecedentes de importancia quien consultó por Guardia por cuadro de disnea Clase Funcional II de 10 días de evolución. Regular estado general, lúcida, afebril. Eupneica, precordio calmo, R1 R2 hipofonéticos en 4 focos, silencios impresionantes libres, Ingurgitación yugular 3/3 con colapso inspiratorio, tolera decúbito dorsal. TA 90/60 con pulso paradójico. No presenta edemas. Exámenes complementarios: Electrocardiograma Complejos QRS de bajo voltaje, alternancia eléctrica Radiografía de tórax: Cardiomegalia, normoflujo. Frente a la sospecha de derrame pericárdico se realiza Ecocardiograma que confirma el diagnóstico: Derrame pericárdico severo con compromiso hemodinámico (29 mm con colapso de pared libre de Aurícula y Ventrículo Derecho). Se realiza pericardiocentesis urgente, extrayendo 300ml de líquido serohemático con posterior control favorable

y pase a Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). En las siguientes 48hs presentó un débito de 1500ml, recibió tratamiento con diclofenac, se solicitaron serologías, y laboratorio reumatológico siendo negativos. La paciente continuó en buen estado general y se externó sin diagnóstico etiológico. A los 45 días se confirma diagnóstico por cultivo de líquido pericárdico. Diagnóstico definitivo: Tuberculosis pericárdica

### DISCUSIÓN:

Los hallazgos clínicos en un paciente con taponamiento clínico son taquicardia, hipotensión, pulso paradójico, ingurgitación yugular, ruidos cardíacos apagados, voltajes electrocardiográficos disminuidos con alternancia eléctrica y cardiomegalia en la radiografía de tórax. En un paciente con sospecha clínica de TP se recomienda la ecocardiografía como primera técnica de imagen para evaluar tamaño, ubicación y grado de impacto hemodinámico del derrame. Como tratamiento se recomienda pericardiocentesis o cirugía cardíaca urgente. La pericardiocentesis ha mostrado ser un procedimiento eficaz y seguro.

### CONCLUSIONES:

La sospecha clínica, el diagnóstico precoz y el drenaje de emergencia han evitado la complicación más temida del taponamiento cardíaco.

## PRIMERA CIRUGÍA DE NORWOOD-SANO EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL NOROESTE ARGENTINO

Gerez M.<sup>1</sup>; Santillán E.<sup>2</sup>; Baselga P.<sup>3</sup>; Toledo R.<sup>4</sup>

HOSPITAL DEL NIÑO JESUS TUCUMAN<sup>1 2 3 4</sup>

<mvg\_sgo3@hotmail.com>

RPD  
26

### INTRODUCCIÓN:

La cirugía de Norwood-Sano (NS) como etapa inicial paliativa quirúrgica del corazón univentricular con estenosis, hipoplasia o atresia aórtica, es un procedimiento de alta mortalidad cuyo desafío es lograr el equilibrio entre la circulación sistémica y pulmonar.

### OBJETIVO:

Comunicar la primera experiencia quirúrgica con técnica de NS realizada en el Hospital del Niño Jesús de Tucumán (HNJT) en diciembre de 2017.

### DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN PREVIA:

El NS corresponde según la escala RACHS-1 a la complejidad 6, constituye el 10% de la casuística en cirugía neonatal de centros de alta complejidad y se reporta un 40% de mortalidad en el post operatorio (POP), relacionada con edad, tamaño aórtico y defectos cardíacos asociados. El HNJT es centro tratante de mediana complejidad, de referencia para el Noroeste.

### POBLACIÓN Y NÚMERO DE PARTICIPANTES:

El NS es opción quirúrgica para cardiopatías con fisiología univentricular e hipoplasia aórtica. Se presenta un paciente con diagnóstico de canal aurículo ventricular completo (CAVC) e hipoplasia aórtica a quien se abordó por primera vez con esta técnica.

### DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA:

Paciente con sospecha prenatal de cardiopatía compleja, que nació en Jujuy. Con diagnóstico de CAVC y coartación de aorta, requirió prostaglandinas y se derivó al 25º día de vida al HNJT para cirugía. Se rectificó diagnóstico (sitio indeterminado, CAVC con hipoplasia de válvula, raíz y cayado aórtico, arco aórtico derecho) para reasignación a centro de mayor complejidad y al no haber disponibilidad, se operó a los 60 días de vida con técnica de NS. Ecocardiograma POP: neoarteria flujo laminar, tubo VD-AP flujo de alta velocidad, aorta descendente sin gradiente residual.

### RESULTADO:

POP de 15 días que requirió óxido nítrico y cierre de tórax al 9º día. Con evolución favorable regresó a internación en Jujuy.

### EVALUACIÓN:

El manejo de cardiopatías con fisiología univentricular e hipoplasia aórtica históricamente correspondió a centros de mayor complejidad. Pocos efectores en el país, el tiempo de espera a la asignación quirúrgica y la falla diagnóstica inicial, influyeron en la demora del abordaje de este caso que significó un verdadero desafío clínico quirúrgico. Factores pronósticos fueron la edad y peso al momento de la cirugía, el tamaño de la aorta y otros defectos cardíacos. Las complicaciones del POP fueron las descritas para este estadio quirúrgico.



## COMPROMISO CARDIACO EN PACIENTES CON MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO II (ENFERMEDAD DE HUNTER) :

**RPD**  
**28**

Ghersi, G.<sup>1</sup>; Castellanos, M.C.<sup>2</sup>; Cerruti, D.<sup>3</sup>; Kazelian, P.<sup>4</sup>

HOSPITAL NACIONAL PROF. ALEJANDRO POSADAS<sup>1,2,3,4</sup>

gladysmartaghersi@yahoo.com.ar

### INTRODUCCIÓN:

La MPS tipo II, conocida también como Enfermedad de Hunter, es una enfermedad metabólica, rara de transmisión ligada al X y es causada por la deficiencia de la enzima Iduronato 2 sulfatasa, encargada de metabolizar heparán y dermatán sulfato. Presenta una incidencia de 1/100.000 RN vivos.

La deficiencia de esta enzima ocasiona el depósito de estos GAGs en diversos órganos, con afectación frecuente y temprana del sistema cardiovascular.

Su presentación va desde formas leves a severas y en este último caso la muerte se produce en la primera o segunda década de la vida debido a enfermedad respiratoria obstructiva o insuficiencia cardíaca.

Nuestro hospital es Centro de Referencia Nacional para Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Lisosomales por lo que se derivan frecuentemente pacientes portadores de esta patología.

### OBJETIVOS:

Describir el compromiso cardíaco que presentan los pacientes (p) con MPS II atendidos en la Sección Cardiología Pediátrica de este Hospital.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo.

Se revisaron las historias clínicas de p con enfermedad de Hunter atendidos en la Sección Cardiología Pediátrica desde marzo 2008 hasta agosto de 2016.

Criterios de Inclusión: portadores de MPS II con diagnóstico molecular confirmado y dosaje de Gags en orina.

Se registraron datos del examen clínico, electrocardiograma (ECG) de superficie y eco Doppler cardíaco color. Las variables clínicas estudiadas fueron: soplo cardíaco orgánico, tensión arterial. Las variables electrocardiográficas: ritmo, conducción AV, eje eléctrico de QRS, voltajes en derivaciones precordiales, trastornos de repolarización y arritmias. Las variables ecocardiográficas: patología valvular, hipertrofia miocárdica y signos de hipertensión pulmonar.

### RESULTADOS:

Se incluyeron 18p. Rango de edad entre 6 y 45 años con una mediana de 13 años. Todos varones.

En 7 p se constató soplo cardíaco orgánico y en 2 hipertensión arterial.

14 p tuvieron ECG normal y 4 fueron patológicos con trastornos de repolarización. Ninguno presentó hipervoltajes en derivaciones precordiales ni arritmias.

Todos tuvieron EcoDoppler cardíaco patológico: 17p con compromiso valvular mitral y/o aórtico, de los cuales 15 p. presentaban doble afectación valvular.

4 p con depósitos miocárdicos + hipertrofia ventricular y 1 p con HP

### CONCLUSIONES:

En nuestra población la patología más frecuente (83%) es la doble afectación valvular (mitral y aórtica). Esto constituye una afectación del corazón izquierdo similar a la descrita en la literatura internacional.

Solo el 38 % de los pacientes tuvieron soplo orgánico, por lo que su ausencia no excluye la presencia de enfermedad cardíaca significativa.

El 78% de los p presentaron ECG normal, y el 100% tuvo EcoDoppler Cardíaco Color patológico, por lo que esta técnica de diagnóstico no invasiva es de elección para la detección de afectación cardíaca en p portadores de MPS.

PACIENTE	COMPROMISO AÓRTICO			COMPROMISO MITRAL			COMPROMISO MIOCÁRDICO	HP
	EA N E/I	IA	SI	EM E/I	IM	SIN	HIPERTROFIA VENTRICULAR	
1		X			X			
2	X				X			
3		X			X			
4		X			X			
5		X			X		X	
6		X	X					
7		X			X			
8		X			X			
9		X			X			
10	X				X			
11		X			X			
12		X			X			X
13		X		X				
14	X			X			X	
15		X		X			X	
16	X				X		X	
17		X			X			
18	X			X				

## TAQUICARDIA VENTRICULAR CATECOLAMINERGICA POLIMORFICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN CLÍNICA

**PO**  
**29**

Benjamin M.<sup>1</sup>; Maldonado S.<sup>2</sup>; Gonzalez P.E.<sup>3</sup>; Longarini D.<sup>4</sup>; Barrenechea M.<sup>5</sup>; Garcia Delucis P.<sup>6</sup>; Sciegata A.<sup>7</sup>

HOSPITAL NACIONAL DE PEDIATRIA JUAN P. GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

<monibenjamin@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN:

La taquicardia ventricular catecolaminérgica polimórfica (TVCP) es una enfermedad poco frecuente, caracterizada por la presencia de arritmia ventricular que puede resultar en síncope y/o muerte súbita durante el ejercicio o el estrés emocional. Hay poca información respecto a factores pronósticos evolutivos y aún se encuentran en análisis nuevas terapéuticas.

### OBJETIVOS:

Describir las principales características clínicas y evolutivas de esta canalopatía en la edad pediátrica.

### MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo observacional de cohortes, se identificaron pacientes (p) con TVCP desde enero de 2005 a enero de 2017 inclusive en nuestro hospital. Los criterios de inclusión fueron: Edad <16 años, historia clínica y estudios consistentes con TVCP. Se analizaron: edad, presentación clínica, historia familiar (HF), ECG, Holter, ergometría, tratamiento farmacológico, realización de simpatectomía lateral izquierda, implante de cardiodesfibrilador (CDI), descargas del CDI y evolución en el seguimiento.

### RESULTADOS:

Siete p (5 varones) con una media de edad de 8 ± 5,3 años (rango 3 - 16) al diagnóstico. Los ECG en reposo fueron normales en todos y ninguno presentó cardiopatía estructural. Todos presentaban bradicardia sinusal. Al momento del diagnóstico 6 p (85,7%) eran sintomáticos (síncope) y 1p asintomático. Cuatro p (57,1%) tenían HF para TVCP, en tres de ellos (2 hermanos) con antecedentes de muerte súbita o síncope. En el

Holter 4 p (57,1%) presentaron arritmia supraventricular (2p fibrilación auricular y 2p taquicardia auricular ectópica), concomitante a la arritmia ventricular. Se realizó ergometría en todos y se utilizó como monitoreo de la eficacia de la estrategia terapéutica concomitantemente con el Holter en toda la población. Todos recibieron inicialmente betabloqueantes como tratamiento y 5p (71,4%) requirieron un segundo fármaco, el cual fue flecaínida con buena respuesta en 4p, el restante se rotó a amiodrona por ser refractario a flecaínida con buena evolución posterior. Dos p fueron sometidos a implante de CDI por refractariedad al tratamiento. Ambos sistemas fueron endocavitarios, uno unicameral y otro bicameral, sin complicaciones y 1p tuvo 2 choques apropiados. En 5 p (71,4%) se realizó simpatectomía lateral izquierda (incluidos los 2p con CDI) debido a la presencia de arritmia ventricular a pesar del tratamiento farmacológico óptimo, todas fueron realizadas por toracoscopia, ninguno presentó complicaciones y todos se mantuvieron libres de arritmia ventricular compleja en el seguimiento. Durante una media de seguimiento de 71,3 ± 45,3 meses (rango 3- 128) todos los p permanecieron con buena respuesta a la terapéutica instaurada y adherencia adecuada al tratamiento farmacológico.

### CONCLUSIONES:

En nuestra población pediátrica con TVCP la prevalencia de síntomas fue alta. La mayoría de nuestros p requirió terapia farmacológica combinada para el control de la arritmia. La simpatectomía lateral izquierda se presentó como una herramienta segura y eficaz para el manejo clínico de aquellos p refractarios al tratamiento farmacológico.



## A PROPÓSITO DE UN CASO, DE IMPLANTE PERCUTÁNEO DE VÁLVULA MELODY, EN UN PACIENTE CON ATRESIA PULMONAR, Y DISFUNCIÓN DEL CONDUCTO DEL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO



Cabeza C.<sup>1</sup>; Antoni D.<sup>2</sup>; German H.<sup>3</sup>; Ricardo F.<sup>4</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS JESUS<sup>1</sup>; HOSPITAL DE NIÑOS JESÚS; FUNDACION FAVALORO<sup>2</sup>; HOSPITAL DE NIÑOS JESÚS; FUNDACION FAVALORO.<sup>3</sup>; HOSPITAL DE NIÑOS JESÚS; SANATORIO 9 DE JULIO TUCUMAN<sup>4</sup>  
<saditaram@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La colocación de Homoinjerto o conductos valvulados, en pacientes con cardiopatías congénitas lleva a la disfunción, debido a estenosis y/o insuficiencia pulmonar.

Inicialmente la evolución de dicha disfunción es oligosintomática, pero el desarrollo de Remodelación patológica del ventrículo derecho, trae aparejadas, una merma en la capacidad funcional, y la aparición de arritmias. El requerimiento de nuevas intervenciones quirúrgicas incrementa la morbimortalidad.

### OBJETIVOS

Mostrar nuestra experiencia, con una alternativa terapéutica, en la disfunción del tracto de salida del ventrículo derecho, con el implante de Válvula Melody.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Joven de 16 años con Diagnóstico de Atresia pulmonar con Comunicación interventricular al que se le realizó a los 25 días de vida, Anastomosis subclavio pulmonar derecha.

A los 2 años y 4 meses de edad (08-2003) se le realiza por ventriculotomía, cierre de Comunicación interventricular con parche, resección infundibular, Plástica de ramas pulmonares (ampliación de ambas ramas pulmonares hasta el origen de ambos hilos), colocación de Homoinjerto pulmonar N° 20.

Evoluciona con Insuficiencia pulmonar severa, y dilatación aneurismática del Tracto de salida del ventrículo derecho.

2006: Cirugía con resección de Aneurisma del Tracto de salida del ventrículo derecho, Recambio del Homoinjerto N° 19.

Evoluciona con Deterioro progresivo del ventrículo derecho, con Estenosis moderada del Homoinjerto, y con Insuficiencia severa del mismo.

En clase funcional 2, Rosado, soplo sistólico en base, dressler positivo, y función global del ventrículo derecho disminuida, con insuficiencia severa del Homoinjerto en resonancia cardiaca y ecocardiograma.

Tras realizar cateterismo diagnóstico en el que se confirma estenosis e insuficiencia severa del Homoinjerto, se decide implante de válvula pulmonar Melody por vía percutánea (23.11.2017),

Se realiza acceso venoso femoral por punción, se implantan dos stents a nivel del conducto, en el tracto de salida del ventrículo derecho, el primero de ellos cubierto de politetrafluoroetileno, y se postdilata con balón, de alta presión de 20 mm.

Se procede a implantar una válvula Melody 22 en posición pulmonar con gradiente VD-AP residual de 9 mm, y sin insuficiencia pulmonar.

Se Realiza Ecocardiograma Doppler color donde no se observa insuficiencia pulmonar, con gradiente VD-AP de 16 mmHg, con buena evolución clínica, y sin complicaciones.

### CONCLUSIÓN

El implante percutáneo de una prótesis especialmente diseñada para reemplazar la función de la válvula pulmonar, constituye un gran avance en la terapéutica de pacientes portadores de cardiopatías congénitas, permitiendo la restauración inmediata de la función, evitando el riesgo de una nueva cirugía.

En nuestro caso se observó una marcada reducción del gradiente del tracto de salida del ventrículo derecho, ausencia de insuficiencia pulmonar, con mejoría clínica, y ausencia de complicaciones.

## ORIGEN ANÓMALO DE LA ARTERIA CORONARIA DERECHA EN LA ARTERIA PULMONAR (ARCAPA) EN UN LACTANTE CON SOPLO CARDÍACO. A PROPÓSITO DE UN CASO



Saavedra M.<sup>1</sup>; Mozzi Zovich J.<sup>2</sup>; Villa A.<sup>3</sup>; Barretta J.<sup>4</sup>; Marantz P.<sup>5</sup>

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES<sup>1,2,3,4,5</sup>  
<melina.saavedra@hiba.org.ar>

### INTRODUCCIÓN:

El ARCAPA es una entidad rara con una incidencia de 0,002%, potencialmente grave pudiendo causar muerte súbita. El diagnóstico en pediatría frecuentemente es incidental secundario a valoraciones por soplo cardíaco.

### OBJETIVO:

Presentar una patología de baja incidencia y potencialmente mortal.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 6 meses de edad asintomática, valorada por soplo en ciudad de origen y derivada por sospecha de fístula coronaria.

En nuestro servicio realizamos ecocardiograma Doppler color, cateterismo y angiogramografía confirmando el diagnóstico de ARCAPA. Se evidenció una comunicación interauricular (CIA) y nacimiento anómalo de la coronaria derecha de la arteria pulmonar, en cara anterior y derecha a 8,6 mm del plano valvular; la arteria coronaria izquierda era dominante, dilatada y nacía normalmente con abundante desarrollo de circulación colateral. El ECG demostraba hemibloqueo anterior izquierdo (HBAI). A los 11 meses se realizó cirugía de reimplante de seno coronario y cierre de CIA. Durante el postoperatorio normalizó el ECG. Al tercer día postoperatorio se otorgó el alta medicada con enalapril y furosemida.

### DISCUSIÓN:

El ARCAPA puede asociarse en un 30% a otras cardiopatías, siendo las más comunes: ventana aortopulmonar y tetralogía de Fallot. Nuestra paciente se asoció a CIA, reportado en menor frecuencia. Encontramos en la literatura al menos 100 casos con amplia variedad de manifestaciones clínicas y métodos diagnósticos. El 50% fueron diagnosticados incidentalmente en evaluación por soplo, la mayoría asintomáticos, entre los cuales el 40% presentaba signos de isquemia miocárdica en el ECG. En nuestro caso el diagnóstico se realizó en una paciente asintomática, evaluada por soplo. En el ECG presentaba HBAI que podría ser secundario a isquemia.

El ARCAPA es una anomalía coronaria infrecuente potencialmente mortal. Dada la proporción de pacientes asintomáticos es probable que la incidencia esté subestimada. El aumento de la misma cuando existe cardiopatía congénita, resalta la importancia de la adecuada identificación de las arterias coronarias en este grupo de pacientes.

En la actualidad, se puede arribar al diagnóstico con métodos no invasivos de alta precisión como angiogramografía o angioresonancia. La corrección quirúrgica que reestablece el doble sistema de circulación coronaria está fuertemente recomendada aún en pacientes asintomáticos a fin de disminuir el riesgo de muerte súbita.

## A PROPÓSITO DE UN CASO: MASA INTRACARDÍACA Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR



Araki P.<sup>1</sup>; Grinenco S.<sup>2</sup>; Napoli N.<sup>3</sup>; Marantz P.<sup>4</sup>

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES<sup>1 2 3 4</sup>

<pauaraki@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN:

Las masas intracardíacas pueden ser no trombóticas, por lo general tumores benignos, siendo los más frecuentes en la población pediátrica los rabdomiomas; o masas trombóticas, que se alojan habitualmente en los apéndices auriculares. La prevalencia de trombos en la aurícula derecha (AD) es del 7% y ocurren en asociación con la presencia de válvulas protésicas, catéteres centrales, electrodos de marcapasos, o dispositivos de cierre de defectos interauriculares o interventriculares. Su diagnóstico puede realizarse a partir del hallazgo de un soplo por estenosis o insuficiencia tricuspídea, síntomas de insuficiencia cardíaca, hipertensión pulmonar, arritmias, y con menos frecuencia tromboembolismo pulmonar (TEP). La presentación clínica del TEP es variable e inespecífica, lo que implica un diagnóstico desafiante, y su tratamiento oportuno permite reducir la morbilidad y mortalidad asociadas.

### OBJETIVOS:

Presentar un caso de masa trombótica intracardíaca derecha y TEP de presentación atípica.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Un paciente de 17 años de edad, con antecedente de anemia hemolítica no autoinmune y disnea e intolerancia al ejercicio de 2 años de evolución, presenta un episodio aislado de síncope, por lo que se le realiza

un ecocardiograma transesofágico constatándose una masa en aurícula derecha con compromiso de la válvula tricúspide y signos de hipertensión pulmonar. Se indica anticoagulación. Evoluciona con edema de miembros inferiores y empeoramiento de clase funcional por lo que se le realiza RMN cardíaca evidenciándose tumoración de gran tamaño en AD, insuficiencia tricuspídea severa, y dilatación ventricular derecha; y Centellograma de ventilación perfusión pulmonar con defectos perfusivos con ventilación conservada en lóbulo inferior derecho, compatible con tromboembolismo pulmonar. Se realiza resección de la masa intracardíaca, con resultado de biopsia compatible con trombo calcificado. El paciente se encuentra actualmente compensado, y anticoagulado.

### DISCUSIÓN:

Se presenta un caso de tromboembolismo pulmonar secundario a un trombo intracardíaco. En casos de masas intracardíacas de características ecográficas o presentación clínica infrecuentes la realización de estudios complementarios invasivos permite el diagnóstico preciso y la institución del tratamiento adecuado.

## DENERVACIÓN SIMPÁTICA CARDÍACA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA. EXPERIENCIA DE UN SOLO CENTRO



Rossi M.<sup>1</sup>; César S.<sup>2</sup>; Sarquella Brugada G.<sup>3</sup>; Brugada Tarradellas J.<sup>4</sup>; Fiol V.<sup>5</sup>; Aguinaga L.<sup>6</sup>;

Tarrado X.<sup>7</sup>; Zambrano M.<sup>8</sup>; Castro F.<sup>9</sup>; Maya K.<sup>10</sup>; Viadero M.<sup>11</sup>; Papaishvili G.<sup>12</sup>

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, BARCELONA, ESPAÑA<sup>1 2 3</sup>; HOSPITAL CLINIC, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, BARCELONA, ESPAÑA<sup>4</sup>; HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, BARCELONA, ESPAÑA<sup>5</sup>; CONSEJO DE CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA, TUCUMÁN<sup>6</sup>; HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, BARCELONA, ESPAÑA<sup>7 8 9 10 11</sup>; THE JO ANN MEDICAL CENTER, GEORGIA.<sup>12</sup>

<mlucia.rossi@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La denervación simpática cardíaca-simpatectomía es un tratamiento de segunda línea para canalopatías adrenalina-sensibles refractarias a fármacos.

Presentamos nuestra serie de simpatectomías pediátricas por síndrome QT-largo (SQTL) y taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC) como tratamiento adyuvante a medicación habitual.

### MÉTODOS

En menores de 18 años (8 días-17 años), durante el periodo 2011-2017 se realizaron 18 simpatectomías en 16 pacientes (9 casos SQTL y 7 de TVPC, todos con confirmación genética excepto dos), con seguimiento medio de 34,9 meses (ninguna pérdida de seguimiento).

Todos seguían tratamiento farmacológico de base. El motivo de la simpatectomía fue: en TVPC, 3/7 fue por muerte súbita recuperada, y en 4/7 por presentar taquicardia ventricular sostenidas al esfuerzo/emociones a pesar del tratamiento adecuado. En SQTL, 2 habían presentado síncope y en todos se constataron TdP/TV sostenidas en ergometría/Holter a pesar de medicación.

Se realizó simpatectomía izquierda (video-laparoscopia) en todos, y simpaticolisis derecha en 5 (1 para control de arritmia y 4 por hiperhidrosis). No hubo complicaciones intraoperatorias. Un paciente presentó ptosis palpebral transitoria, recuperada en 24 horas.

### RESULTADOS

Durante el seguimiento no ha habido ningún fallecimiento. Después de la simpatectomía, 12/16 están asintomáticos y sin TV; 4/16 han presentado síntomas (síncope o descarga de DAI) por incumplimiento terapéutico (2) o por infratratamiento farmacológico por intolerancia (2). Seis pacientes presentaron arritmias en exploraciones complementarias que obligaron a modificar el tratamiento médico y en tres, implante de DAI. Existe 1 paciente con LQT7 asintomática, con numerosas arritmias ventriculares refractarias a cualquier tratamiento, que no ha presentado ningún cambio a pesar de medicación agresiva y simpatectomía.

### CONCLUSIÓN

La simpatectomía es una técnica efectiva y segura en pediatría (también en neonatos) como coadyuvante al tratamiento de arritmias graves por canalopatías, tanto en pacientes intolerantes como resistentes a la medicación. En nuestra serie, hubo un 75% de mejoría de síntomas y desaparición de TV.

## ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN LACTANTE CON CARDIOPATÍA

RPD  
35

Avila E.<sup>1</sup>; Chicco Campo S.<sup>2</sup>

HOSPITAL DE NIÑO JESUS DE TUCUMAN<sup>1,2</sup>

<eli2983@yahoo.com.ar>

La Endocarditis infecciosa (EI) es un proceso inflamatorio de etiología infecciosa que afecta al endocardio y/o las válvulas cardíacas. La incidencia global varía de 3 a 10 casos/100.000 personas año, suponiendo en la población pediátrica 1/1.300 ingresos hospitalarios anuales.

Se presenta una RNT con PAEG (3.530 Kg) que ingresa a neonatología a las 48 hs de vida por soplo, tiraje y taquipnea. Se realiza diagnóstico de Doble Salida de Ventrículo derecho con comunicación interventricular (CIV). Presenta episodio de sepsis temprana por enterococo, cumple tratamiento antibiótico, a los 15 días de vida (ddv) presenta ITU por E. coli, cumple tratamiento antibiótico presentando nuevo episodio de sepsis por enterococo a los 75 ddv. Durante este episodio en ecocardiograma se visualiza Insuficiencia y estenosis Mitral (IM,EM) leve y una imagen hiperecogénica en borde libre de valva anterior mitral compatible con vegetación. Se realiza tratamiento antibiótico luego de 10 días con HMC negativos se realiza intervención quirúrgica con cierre de CIV subaórtica, tunelizando aorta hacia ventrículo izquierdo con pericardio, resección de verruga de válvula mitral con cultivo negativo de la misma. Ecocardiograma Postoperatorio inmediato presenta CIV residual, IM leve moderada, buena función biventricular. Buena evolución, se da de alta. Continua seguimiento cardiológico, no volvió a presentar infecciones. En ecocardiograma de control a los 4 meses de operado se observa IM moderada con EM moderada Al dilatada. Actualmente permanece en seguimiento por servicio de cardiología, asintomática en tratamiento con atenolol.

Estudio genético e inmunológico normales.

En la edad pediátrica es una patología poco frecuente pero es de alta morbimortalidad. La incidencia de endocarditis infecciosa en el primer mes de vida aumentó en las últimas décadas, quizás por el aumento de técnicas invasivas en neonatos con múltiples patologías, con o sin cardiopatía congénita, siendo 1 de cada 3 endocarditis las que se presentan en pacientes con cardiopatía.

La paciente a pesar de su buena evolución clínica presenta EM residual moderada probablemente con necesidad de reintervención quirúrgica temprana, en una cardiopatía que por lo general presenta buena evolución.

## A PROPÓSITO DE UN CASO DE MIOCARDIOPATÍA DILATADA POR METANEUMOVIRUS (HMPV) EN PEDIATRÍA

RPD  
36

Porrino G.<sup>1</sup>; Defazio E.<sup>2</sup>; Ferreres L.<sup>3</sup>; Franceschi Y.<sup>4</sup>; Mosquera G.<sup>5</sup>; Winter L.<sup>6</sup>; Rios C.<sup>7</sup>; Tonello L.<sup>8</sup>

HIGA EVA PERÓN SAN MARTÍN<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>

<gigo\_gisela@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Dentro de la población pediátrica, la miocarditis secundaria a infecciones es causada principalmente por agentes virales (adenovirus, enterovirus, parvovirus B19 entre otros), ya sea por acción directa de injuria viral o por reacción autoinmune cruzada.

El hMPV fue descrito por primera vez en 2001, generalmente como causante de cuadros limitados al tracto respiratorio, y comportándose agresivamente. No encontramos a nivel bibliográfico reporte de casos de pacientes pediátricos que asocien el hMPV a miocardopatía.

### OBJETIVO

Reportar un caso de miocardopatía dilatada secundario a IRAB grave por hMPV en pediatría.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenino, de 16 meses de edad, RNT/PAEG, con antecedente de 1 episodio de bronquiolitis previo. Consulta por guardia por presentar dificultad respiratoria y fiebre de 2 días de evolución. Se realiza el diagnóstico de neumonía y se interna por requerimiento de oxígeno suplementario. Con el transcurso de las horas, la paciente evoluciona con desmejoría clínica, mala perfusión distal y signos de shock cardiogénico. Ingres a UTIP con requerimiento de ARM e inotrópicos. Se realiza ecocardiograma que evidencia miocardopatía dilatada con severa disfunción del ventrículo izquierdo (VI), fracción de acortamiento (FA) de 15%. Se solicita enzimas cardíacas, las cuales se encuentran elevadas. En el virológico de

secreciones nasofaríngeas se aísla hMPV, completando el diagnóstico de miocardopatía dilatada por dicho virus. Recibió 2 ciclos de Levosimendan, inotrópicos a altas dosis, furosemida e inmunoglobulina humana. Permaneció 14 días en ARM. Se controló con ecocardiogramas seriados y a los 15 días de evolución, se observó función sistólica mejorada (FA 34 %) coincidiendo con buena respuesta clínica al descenso de inotrópicos y troponina dentro de parámetros normales. Actualmente en seguimiento ambulatorio, en tratamiento con Enalapril y Caverdilol.

### CONCLUSIÓN

Aunque cada vez se conoce más sobre el hMPV, consideramos de importancia la publicación de estos casos con el fin de no asociarlo exclusivamente a cuadros respiratorios sino también a la afectación de otros órganos. Teniendo en cuenta que el dosaje de hMPV no se realiza de rutina en todos los nosocomios, creemos que el rescate del mismo como agente causal de miocarditis esta subestimado.

Coincidiendo con la bibliografía, el hMPV se comportó como un agente agresivo, y la miocardopatía dilatada resultó como complicación de un IRAB grave.

## A PROPOSITO DE UN CASO: KAWASAKI INCOMPLETO

Araki P.<sup>1</sup>; Grinenco S.<sup>2</sup>; Napoli N.<sup>3</sup>; Marantz P.<sup>4</sup>

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES<sup>1 2 3 4</sup>

<pauaraki@gmail.com>

RPD  
39

### INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica que afecta a vasos de tamaño pequeño y mediano. Es un proceso inflamatorio agudo, autolimitado, pero potencialmente grave por las complicaciones cardíacas que puede producir. Se considera el diagnóstico de "EK incompleta" ante un cuadro de fiebre inexplicable de 5 días o más, asociada con al menos 2 de las características clásicas de la EK. La presencia de compromiso coronario por ecocardiograma puede confirmar el diagnóstico de EK en los casos dudosos. Las manifestaciones cardíacas en la fase aguda son miocarditis y/o pericarditis; y en la fase crónica son los aneurismas coronarios, con riesgo de infarto de miocardio y muerte súbita. La administración de Inmunoglobulina EV dentro de los 10 días de inicio de los síntomas ha permitido mejorar el pronóstico, al reducir el riesgo de alteraciones coronarias de un 30 a un 5%.

### OBJETIVOS:

Presentar un caso de EK de presentación incompleta, con miocardiopatía dilatada severa.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Un paciente con antecedente de una internación a los 5 meses de vida con diagnóstico de miocarditis con disfunción ventricular severa en contexto de bronquiolitis, es referido a nuestro servicio a los 7 meses

de manera ambulatoria. En el ecocardiograma se constata dilatación de la arteria coronaria izquierda y en el ECG signos de isquemia de miocardio. Se solicita angiogramografía constatándose dilatación aneurismática de ambas arterias coronarias y oclusión completa de la arteria descendente anterior. Se lo interna con diagnóstico presuntivo de EK incompleto. Se le realiza Resonancia Magnética para evaluar viabilidad miocárdica, evidenciándose ausencia de miocardio viable en el territorio de la DA y se confirmando disfunción ventricular severa con Fracción de eyección de 17%. Se descarta la posibilidad de reperfusión y el paciente ingresa en lista de trasplante cardíaco. Actualmente, se encuentra clínicamente estable a la espera de dicho trasplante.

### DISCUSIÓN:

Se presenta un caso de Kawasaki Incompleto diagnosticado a partir de aneurismas coronarios. En casos de presentación clínica infrecuente de esta enfermedad la realización de estudios complementarios temprano permiten el diagnóstico y el tratamiento oportuno.