



2. Imagen cardiovascular

2.1. Ataques isquémicos transitorios recurrentes como manifestación inicial de un mixoma auricular izquierdo: importancia de la imagen cardiovascular

Silva-Salinas Omar, González-Turrent Alejandra, Benavides-Esproncada Eduardo, López-Aboytes Luis Jesús, Hechem-Portilla Miguel Elías, Miranda-Ledesma Eremy Hospital Juárez de México. Ciudad de México, México.

Introducción: los mixomas auriculares son los tumores cardiacos primarios benignos más frecuentes. Los fenómenos embólicos pueden ser su manifestación inicial y presentarse sin signos cardiovasculares, retrasando el diagnóstico. **Descripción del caso:** mujer de 69 años con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y antecedente de tabaquismo suspendido. Entre 2024 y 2025 presentó tres ataques isquémicos transitorios (AIT), dos sin secuelas y uno con ptosis palpebral y desviación de la comisura labial derechas. La tomografía de cráneo no mostró isquemia aguda y no se realizó inicialmente búsqueda de fuente cardioembólica. En 2026 desarrolló dolor torácico de esfuerzo, disnea progresiva, disnea paroxística nocturna y tres episodios sincopales. El ecocar-



Figura 2.1.1:

Mixoma auricular izquierdo por ecocardiograma transtorácico.



Figura 2.1.3: Mixoma auricular izquierdo (pieza para patología).

diograma transtorácico identificó una masa auricular izquierda de 37.8×44.2 mm, ocupando aproximadamente 90% de la cavidad. La resonancia magnética cardiaca mostró una lesión pediculada dependiente del septum interauricular, compatible con mixoma. Se realizó resección quirúrgica sin complicaciones y la histopatología confirmó el diagnóstico. **Material y métodos:** se realizó revisión bibliográfica en PubMed y Web of Science con los términos «atrial myxoma», «transient ischemic attack», «cardioembolic stroke», «cardiac imaging» y «echocardiography», enfocada en presentación embólica y diagnóstico mediante imagen cardiaca. La literatura evidencia que los mixomas pueden producir eventos neurológicos recurrentes sin manifestaciones cardiacas. La relevancia del caso radica en tres AIT recurrentes sin evaluación cardioembólica inicial, cuyo origen se esclareció posteriormente mediante ecocardiografía y resonancia magnética cardiaca. **Resultados y conclusiones:** la paciente evolucionó favorablemente tras la resección. Los AIT recurrentes sin etiología establecida deben motivar una evaluación cardioembólica sistemática. El ecocardiograma permite identificar masas intracardiacas y la resonancia magnética cardiaca complementa su caracterización. La integración temprana de la imagen cardiovascular puede identificar causas potencialmente curables y prevenir nuevos eventos embólicos (Figuras 2.1.1 a 2.1.3).

2.2. Correlación entre hallazgos ecocardiográficos e histopatológicos en masas cardiacas: experiencia de un centro de tercer nivel

Bosquez-Mendoza Víctor Manuel, Bonilla-Rodríguez Carlos, Jiménez-Preciado Antonio de Jesús, Fimbres-Moreno David Francisco, Hernández-Jiménez Ernesto, Gilberto Del Campo-Ortega Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional «Gral. de División Manuel Ávila Camacho». Puebla, México.

Introducción: las masas cardiacas son poco frecuentes y pueden corresponder a tumores benignos, tumores malignos o lesiones no

Figura 2.1.2:

Mixoma auricular izquierdo por resonancia magnética cardiaca.

neoplásicas como vegetaciones. La ecocardiografía transtorácica (ETT) es la herramienta diagnóstica de primera línea; sin embargo, diferenciar enfermedad benigna de maligna continúa siendo un reto. Herramientas estructuradas como el *Diagnostic Echocardiographic Mass* (DEM) score, que integra múltiples características ecográficas, pueden mejorar la estimación de la probabilidad de malignidad.

Objetivo: correlacionar los hallazgos ecocardiográficos, incluyendo la probabilidad de malignidad basada en el DEM score, con los hallazgos histopatológicos definitivos de masas intratorácicas en pacientes atendidos en un hospital de tercer nivel. **Material y métodos:** se realizó un estudio retrospectivo, observacional y analítico entre enero de 2023 y diciembre de 2025 en el Hospital de Especialidades CMN «Gral. de División Manuel Ávila Camacho», Puebla, México. Se incluyeron pacientes con masas cardíacas detectadas por ETT y confirmadas por examen histopatológico. Las masas se clasificaron según la probabilidad de malignidad mediante el DEM score: bajo (0-2), intermedio (3-4) o alto (> 4). **Análisis estadístico:** se utilizó el software IBM SPSS Statistics versión XX, la correlación entre la clasificación ecocardiográfica y la histopatología se evaluó mediante prueba de correlación de Spearman, el desempeño diagnóstico del DEM score para identificar malignidad histopatológica se evaluó mediante curvas ROC, se determinaron sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN), así como exactitud diagnóstica para el punto de corte definido como alta probabilidad de malignidad (DEM score > 4 puntos), se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$. **Resultados:** se incluyeron 90 pacientes, de los cuales 54 (60%) fueron mujeres y 36 (40%) hombres, con una edad media de 54 ± 13 años. La localización predominante fue la aurícula izquierda (64.4%) (Tabla 2.2.1), de acuerdo con las categorías de probabilidad de maligni-

dad utilizando DEM score encontramos que 70 casos (77.8%) se categorizaron como baja probabilidad, 11 casos (12.2%) como intermedia probabilidad y en solo nueve casos (10%) se tenía baja probabilidad, tras el análisis histopatológico de los especímenes quirúrgicos, la mayoría de las masas fueron benignas (73.3%) (Figura 2.2.1 y Tabla 2.2.2), se encontró una correlación positiva fuerte entre ambas variables ordinales ($p = 0.77$; $p < 0.001$), la concordancia global fue fuerte 85% ($\kappa = 0.76$; IC95% 0.35-1.00), el DEM score presentó una sensibilidad de 90%, especificidad de 100%, un VPP del 100% y un VPN de 98.9%, y un área bajo la curva (AUC 0.95 [IC95%: 0.89-1.00]). **Conclusiones:** la ETT apoyada por el DEM score proporciona una estimación muy alta de la probabilidad de malignidad en masas intracardíacas. La correlación con histopatología respalda su utilidad para la estratificación preoperatoria del riesgo y la toma de decisiones quirúrgicas.

2.3. Relación del acoplamiento del ventrículo derecho y arteria pulmonar por índice TAPSE/PSAP en pacientes con estenosis aórtica severa sometidos a implante de válvula aórtica transcáteter

Rivera-Hermosillo Julio C, Aragón-Ontiveros Kevin D
Servicio de Cardiología, Hospital Regional 1º de Octubre, ISSSTE. Ciudad de México, México.

Introducción: la estenosis aórtica severa (EAS) es la valvulopatía más frecuente en adultos mayores y el implante de válvula aórtica transcáteter (TAVI) se ha consolidado como alternativa eficaz en pacientes con diferentes niveles de riesgo quirúrgico. El acoplamiento ventrículo derecho-arteria pulmonar (VD/AP), medido mediante el

Tabla 2.2.1: Localización de masas intracardíacas.

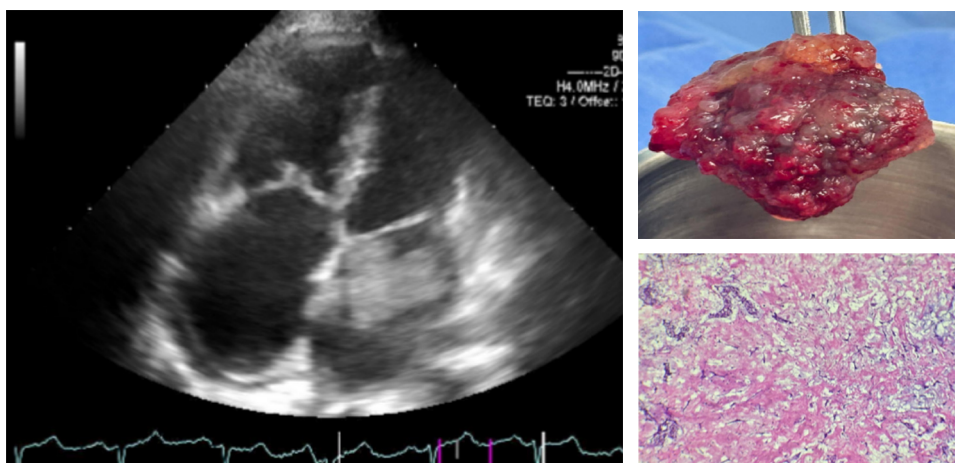
Ubicación de masa	Total, n = 90
Aurícula izquierda	58 (64.4%)
Aurícula derecha	18 (20%)
Ventrículo derecho	9 (10 %)
Otras localizaciones	5 (5.6%)

Tabla 2.2.2: Distribución según DEM score y resultado histopatológico.

Histopatología / DEM Score	Bajo	Intermedio	Alto
Benigno	63	3	0
Vegetación/trombo	7	7	0
Maligno	0	1	9

Figura 2.2.1:

Se muestra masa cardíaca con DEM score de 0 puntos, compatible con un mixoma de la aurícula izquierda.



índice TAPSE/PSAP, es un marcador pronóstico relevante, aunque su evolución tras TAVI y los factores que la condicionan siguen en estudio. **Objetivos:** evaluar si el TAVI induce una mejoría significativa ($\geq 15\%$) en el índice TAPSE/PSAP a ≥ 30 días como marcador de recuperación del acoplamiento VD/AP en pacientes con EAS, estratificados por presencia o ausencia de desacoplamiento basal. **Material y métodos:** estudio observacional, retrospectivo y longitudinal, realizado en 53 pacientes ≥ 40 años sometidos a TAVI entre enero de 2020 y diciembre de 2024 en un hospital de tercer nivel. Se recopilaron datos clínicos y ecocardiográficos antes y después del procedimiento. El análisis estadístico incluyó pruebas t de Student, Mann-Whitney U, Wilcoxon, χ^2 , McNemar y correlaciones de Pearson, según correspondiera. **Resultados:**

Tabla 2.3.1: Estadísticas descriptivas de las variables clínicas y ecocardiográficas de la población estudiada según grupo de acoplamiento y desacoplamiento.

Variable	Acoplamiento (n=33) DE	Desacoplamiento (n=20) DE	p valor
Edad (años)	72.42 (6.64)	75.00 (7.42)	0.114 (Mann-Whitney U)
TFG (mL/min/1.73m ²)	79.24 (18.67)	62.60 (19.72)	0.004 ** (t de Student)
IMC (kg/m ²)	26.79 (3.00)	27.10 (4.47)	0.762 (t de Student)
FEVI Biplano previo a TAVI (%)	60.48 (7.76)	55.95 (13.49)	0.502 (Mann-Whitney U)
FEVI Biplano posterior a TAVI (%)	61.30 (6.40)	61.30 (6.23)	0.999 (t de Student)
TAPSE previo a TAVI (mm)	21.62 (2.75)	18.70 (3.39)	0.001 ** (Mann-Whitney U)
PSAP previo a TAVI (mmHg)	27.12 (7.65)	47.75 (13.42)	<0.001 ** (Mann-Whitney U)
TAPSE/PSAP previo a TAVI (mm/mmHg)	0.91 (0.47)	0.41 (0.10)	<0.001 ** (Mann-Whitney U)
TAPSE posterior a TAVI (mm)	21.73 (4.25)	21.20 (4.01)	0.657 (t de Student)
PSAP posterior a TAVI (mmHg)	28.91 (7.18)	35.08 (10.55)	0.014 ** (t de Student)
TAPSE/PSAP posterior a TAVI (mm/mmHg)	0.82 (0.34)	0.66 (0.24)	0.053 (Mann-Whitney U)
LAVI previo a TAVI (mL/m ²)	31.45 (8.30)	37.25 (11.11)	0.035 ** (t de Student)
LAVI posterior a TAVI (mL/m ²)	27.48 (8.11)	33.70 (11.17)	0.023 ** (t de Student)

** p < 0.05 considerado estadísticamente significativo.
FEVI = fracción de eyección del ventrículo izquierdo. IMC = índice de masa corporal. LAVI = volumen auricular izquierdo indexado. PSAP = presión sistólica de la arteria pulmonar. TAPSE = excursión sistólica del plano del anillo tricúspide. TFG = tasa de filtrado glomerular.

de los pacientes, 37.7% presentó desacoplamiento VD/AP basal. La mejoría significativa ($\geq 15\%$) en el índice TAPSE/PSAP posterior al TAVI se concentró en este grupo, con incremento en TAPSE y disminución de PSAP estadísticamente significativos. Los pacientes con acoplamiento preservado no mostraron cambios relevantes. No se observó asociación significativa entre la mejoría en el índice y la disfunción sistólica del VD o insuficiencia tricúspidea residual. El TAVI mejora el acoplamiento VD/AP fundamentalmente en pacientes con desacoplamiento basal. La respuesta al procedimiento depende del estado hemodinámico basal más que de otras variables clínicas (Tabla 2.3.1 y Figura 2.3.1). **Conclusiones:** el TAVI puede revertir el desacoplamiento VD/AP en pacientes con EAS, siendo el beneficio mayor en quienes presentan desacoplamiento basal. El índice TAPSE/PSAP podría ser útil en la selección de candidatos a TAVI; se requieren estudios prospectivos para validar estos hallazgos.

2.4. ¿Puede la mecánica ventricular identificar la viabilidad miocárdica en cardiopatía isquémica? Capacidad diagnóstica del speckle tracking

Vázquez-López Itzamar I, Del Cid-Porras Carlos A, Salas-Bonales Vanessa, González-Padilla Christian, Hernández-Del Río Jorge E, Miranda-Aquino Tomás Antiguo Hospital Civil de Guadalajara «Fray Antonio Alcalde». Guadalajara, Jalisco, México.

Introducción: la viabilidad miocárdica es fundamental para orientar decisiones terapéuticas en cardiopatía isquémica. Aunque el SPECT es una técnica de referencia, sus limitaciones impulsan la búsqueda de alternativas. La ecocardiografía con *speckle tracking* evalúa la mecánica ventricular, pero su capacidad para identificar viabilidad miocárdica no está completamente establecida. **Objetivo:** evaluar la capacidad diagnóstica de los parámetros de mecánica ventricular mediante ecocardiografía con *speckle tracking* para identificar viabilidad miocárdica, utilizando el SPECT como estándar de referencia. **Material y métodos:** estudio observacional, retrospectivo, analítico y unicéntrico, realizado de enero 2019 a diciembre 2025 en adultos con síndrome coronario agudo fuera de ventana de reperfusión (> 12 horas) o síndrome coronario crónico sin revascularización miocárdica previa mediante intervención coronaria percutánea (ICP) o cirugía. Se incluyeron pacientes con ecocardiografía y SPECT dis-

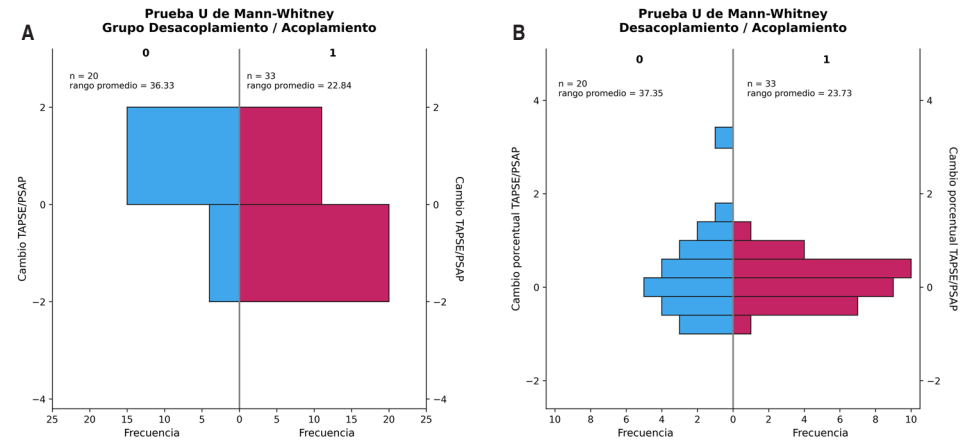


Figura 2.3.1:
A) Magnitud de mejoría del índice entre desacoplamiento/acoplamiento del VD-AP.
B) Magnitud de cambio porcentual entre desacoplamiento/acoplamiento del VD-AP.
PSAP = presión sistólica de la arteria pulmonar. TAPSE = excursión sistólica del plano del anillo tricúspide.

Tabla 2.4.1: Asociación entre parámetros de mecánica ventricular y viabilidad miocárdica.

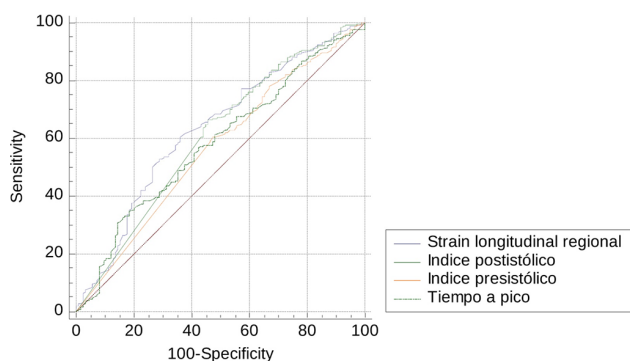
Variable	Univariado OR (IC 95%)	p	Multivariado OR (IC 95%)	p
Strain longitudinal regional	0.92 (0.89-0.94)	< 0.0001	0.93 (0.9-0.97)	0.0009
Contracciones postsistólicas	0.4 (0.3-0.7)	0.0002	0.52 (0.31-0.85)	0.009
Alargamiento sistólico temprano	0.6 (0.4-0.9)	0.02	0.73 (0.5-1.1)	0.2
Dispersión mecánica	0.99 (0.99-1.0)	0.04	0.99 (0.99-1.01)	0.2

OR = odds ratio. IC95% = intervalo de confianza del 95%.

Tabla 2.4.2: Análisis de curvas ROC de los parámetros de mecánica ventricular para la identificación de viabilidad miocárdica.

Variable	Punto de corte	AUC	Sensibilidad	Especificidad	p
Strain longitudinal regional	> 9.8%	0.632	67%	58%	< 0.0001
Índice postsistólico	< 2%	0.603	66%	53%	0.0002
Índice presistólico	< 0.5%	0.562	60%	52%	0.02
Tiempo a pico	< 317 ms	0.562	30%	83%	0.006

ROC = Receiver Operating Characteristic. AUC = área bajo la curva.

**Figura 2.4.1:** Curvas ROC para determinar la asociación con viabilidad. ROC = Receiver Operating Characteristic. Sensitivity = sensibilidad. Specificity = especificidad.

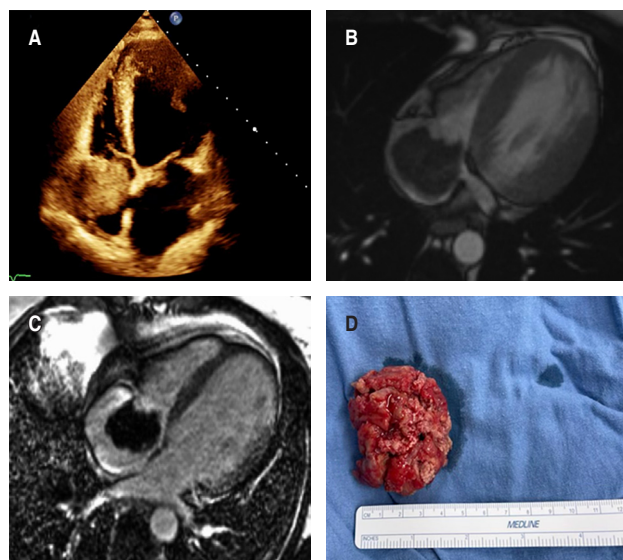
ponibles. Mediante *speckle tracking* se evaluaron *strain* longitudinal regional, contracciones postsistólicas, índices postsistólico y presistólico, alargamiento sistólico temprano y dispersión mecánica. Los parámetros se analizaron en 17 segmentos y se compararon con la viabilidad mediante Gated-SPECT. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación institucional (registro CEI 320/25). El estudio se realizó conforme a los principios éticos aplicables y las buenas prácticas clínicas. **Análisis estadístico:** la capacidad diagnóstica y la asociación con viabilidad se evaluaron mediante curvas ROC y regresión logística univariada y multivariada. **Resultados:** se analizaron 918 segmentos de 54 pacientes (80% hombres; edad 62 ± 10 años). El *strain* longitudinal regional y las contracciones postsistólicas mostraron asociación independiente con viabilidad (OR 0.93; IC95% 0.90-0.97; $p = 0.0009$ y OR 0.52; IC95% 0.31-0.85; $p = 0.009$, respectivamente). El *strain* longitudinal regional mostró

el mejor rendimiento diagnóstico (AUC 0.632; sensibilidad 67%; especificidad 58%; punto de corte $\geq 9.8\%$), seguido del índice postsistólico (AUC 0.603; sensibilidad 66%; especificidad 53%) (*Tablas 2.4.1 y 2.4.2*) (*Figura 2.4.1*). **Conclusiones:** la mecánica ventricular mediante *speckle tracking* se asoció con viabilidad miocárdica. El *strain* longitudinal regional y las contracciones postsistólicas mostraron asociación independiente, siendo el *strain* longitudinal regional el parámetro con mayor rendimiento diagnóstico. Estos hallazgos respaldan el *speckle tracking* como herramienta complementaria al SPECT para evaluar viabilidad miocárdica.

2.5. ¿Tumor o trombo? El papel de la resonancia magnética cardíaca en la reclasificación diagnóstica de una masa auricular derecha con insuficiencia tricúspide

Bonilla-Figueroa RA, Pérez-Figueroa JE, Faustino-Maravilla M, Martínez-Ortiz JA, Arenas-Fabry V, Gómez-Álvarez E
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre,
ISSSTE. Ciudad de México, México.

Introducción: las masas intracavitarias derechas representan un reto diagnóstico por la dificultad para distinguir entre trombo, vegetación o tumor primario, especialmente cuando condicionan repercusión hemodinámica. La caracterización multimodal por imagen permite orientar de forma más precisa el abordaje terapéutico. **Descripción del caso:** mujer de 38 años con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (23%), enfermedad renal crónica estadio KDIGO G5 en terapia sustitutiva con hemodiálisis y antecedente reciente de bacteriemia. En ecocardiograma transtorácico se documentaron alteraciones segmentarias de la movilidad ventricular izquierda

**Figura 2.5.1:** A) Ecocardiograma transtorácico con masa auricular derecha heterogénea y móvil. B) Resonancia magnética cardíaca (cine SSFP) que evidencia una lesión bien delimitada en la unión cavoauricular. C) Secuencia de realce tardío con gadolinio sin captación de contraste, compatible con trombo organizado. D) Pieza quirúrgica; la histopatología confirmó trombo organizado.

con coronariografía sin lesiones angiográficamente significativas. El ecocardiograma transesofágico mostró masa heterogénea móvil en aurícula derecha de 4.2×3.5 cm, pediculada en pared postero-lateral, con protrusión hacia ventrículo derecho durante la sístole, condicionando insuficiencia tricúspide severa por alteración en la coaptación valvular. La resonancia magnética cardíaca identificó lesión de $36 \times 27 \times 30$ mm dependiente de pared inferior auricular derecha, isointensa en secuencias T1 y T2, sin perfusión de primer paso ni realce tardío, hallazgos sugestivos de trombo organizado.

Material y métodos: se realizó búsqueda bibliográfica dirigida en PubMed y literatura indexada utilizando los términos *right atrial thrombus*, *intracardiac mass*, *cardiac magnetic resonance* y *organized thrombus*, con el objetivo de identificar reportes similares y sustentar la relevancia diagnóstica del caso. **Resultados y conclusiones:** ante la sospecha inicial de tumor intracardiaco y la repercusión valvular significativa, se realizó resección quirúrgica. El estudio histopatológico reportó fibrina con eritrocitos, escaso infiltrado inflamatorio y cambios mixoides, compatibles con trombo organizado. La integración de ecocardiografía transesofágica, resonancia magnética cardíaca e histopatología permitió establecer el diagnóstico definitivo y orientar el tratamiento oportuno (Figura 2.5.1).

2.6. Cambios en el twist y torsión ventricular izquierda en cohorte de pacientes con estenosis aórtica severa antes y 30 días después de la sustitución

Nateras-Quiroz Alondra, Calixto-Guizar Itzel
Hospital de Cardiología, Centro Médico Nacional
Siglo XXI. Ciudad de México, México.

Tabla 2.6.1: Características basales de la población.

VARIABLE	n(%)
Hipertensión arterial sistémica	12 (60)
Diabetes mellitus tipo 2	9 (45)
Tabaquismo	2 (10)
Dislipidemia	7 (35)
Clase funcional	
NYHA 1	1(5)
NYHA 2	18 (90)
NYHA 3	1 (5)
Síntomas	
Disnea	10 (50%)
Angina	9 (45%)
Sincope	5 (25)
Tratamiento pre-procedimiento	
Beta-bloqueadores	8 (40)
Calcio antagonistas	4 (20)
IECA	2 (10)
ARA II	8 (40)
Diuréticos	6 (30)
Peso (kilogramos)	74 (55-93)
Talla (metros)	1.65 +/- 0.09
IMC	27.0 (23-31)
SC	1.8 (1.5-2.1)

NYHA = New York Heart Association. IECA = inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. ARA II = antagonista de los receptores de angiotensina II. IMC = índice de masa corporal. SC = superficie corporal.

Tabla 2.6.2: Diferencias en los valores ecocardiográficos preprocedimiento y al mes de seguimiento.

VARIABLE	PRE-PROCEDIMIENTO	1 MES	p
Diámetro Diastólico (mm)	39.8 +/- 7.1	25.5 +/- 5.3	<0.001
Diámetro sistólico (mm)	24.6 +/- 5.2	25.2 +/- 5.3	0.54
Septum (mm)	11.7 +/- 3.1	11.6 +/- 1.8	0.90
Pared posterior (mm)	11.5 +/- 2	10.2 +/- 1.5	0.028
Masa ventricular izquierda (g/m ²)	94.9 +/- 22.2	85.6 +/- 28.8	0.10
Gradiente medio	67.3 +/- 21.8	10.1 +/- 4.7	<0.001
Área valvular (cm ²)	0.61 +/- 0.19	3.2 +/- 6.3	<0.001
FEVI (%)	60.7 +/- 6.8	58.9 +/- 4.8	0.25
Rotación basal	-10.7 +/- 4.4	-6.6 +/- 2.8	<0.001
Rotación apical	16.2 +/- 5.8	10.1 +/- 4.8	<0.001
Twist	26.8 +/- 7.4	16.3 +/- 5.3	<0.001
Longitud del VI	8.2 +/- 1.0	8.3 +/- 1.2	0.81
Torsión	3.1 +/- 0.81	1.9 +/- 0.69	<0.001

Tabla 2.6.3: Rotación, twist y torsión preprocedimiento y al mes de seguimiento de pacientes post-TAVI y postquirúrgicos.

		PREQUIRURGICO	1 MES	p
TAVI	Rotación basal	-12.3 +/- 5.9	-7.2 +/- 2.8	<0.001
	Rotación apical	18.6 +/- 6.3	11.5 +/- 6.3	<0.001
	Twist	31 +/- 8.3	18.7 +/- 6.5	<0.001
	Torsión	3.6 +/- 1	2.4 +/- 0.95	<0.001
CIRUGIA	Rotación basal	-9.9 +/- 3.5	-6.4 +/- 2.9	<0.001
	Rotación apical	15.1 +/- 5.5	9.6 +/- 4.1	<0.001
	Twist	25 +/- 6.5	15.3 +/- 4.5	<0.001
	Torsión	2.9 +/- 0.65	1.7 +/- 0.45	<0.001

TAVI = Transcatheter Aortic Valve Implantation (implante de válvula aórtica transcáteter).

Introducción: la medición del twist y torsión por ecocardiografía es un método que valora la mecánica rotacional; sin embargo, esta información es escasa en estenosis aórtica severa y hasta el momento no tenemos puntos de corte establecidos. **Objetivo:** analizar los cambios del twist y torsión, medidos por ecocardiografía comparando previo y 30 días posteriores a la sustitución valvular en pacientes con estenosis aórtica severa. **Material y métodos:** estudio de cohorte, observacional, prospectivo, longitudinal y analítico. Medición del twist y torsión del ventrículo izquierdo con software de GE tridimensional Vivid E95. Aprobación del Comité de Ética e Investigación, con las buenas prácticas clínicas y los principios éticos aplicables. **Análisis estadístico:** se utilizó t de Student o U de Mann-Whitney y χ^2 para establecer dependencia, con una $p \leq 0.05$. **Resultados:** 20 pacientes cumplieron criterios de inclusión. Se encontró reducción en rotación basal de $-10.7 \pm 4.4^\circ$ a $-6.6 \pm 2.8^\circ$ ($p < 0.001$), reducción en rotación apical de $16.2 \pm 5.8^\circ$ a $10.1 \pm 4.8^\circ$ ($p < 0.001$), reducción del twist de $26.8 \pm 7.4^\circ$ a $16.3 \pm 5.3^\circ$ ($p < 0.001$) y reducción en la torsión con valores $3.1 \pm 0.81^\circ/\text{cm}$ vs $1.9 \pm 0.69^\circ/\text{cm}$ ($p < 0.001$). Grupo TAVI la reducción de rotación basal de $-12.3 \pm 5.9^\circ$ a $-7.2 \pm 2.8^\circ$ ($p < 0.001$), rotación apical de $18.6 \pm 6.3^\circ$ a $11.5 \pm 6.3^\circ$ ($p < 0.001$); del twist de $31 \pm 8.3^\circ$ a $18.7 \pm 6.5^\circ$ ($p < 0.001$), torsión de $3.6 \pm 1^\circ/\text{cm}$ a $2.4 \pm 0.95^\circ/\text{cm}$ ($p < 0.001$).

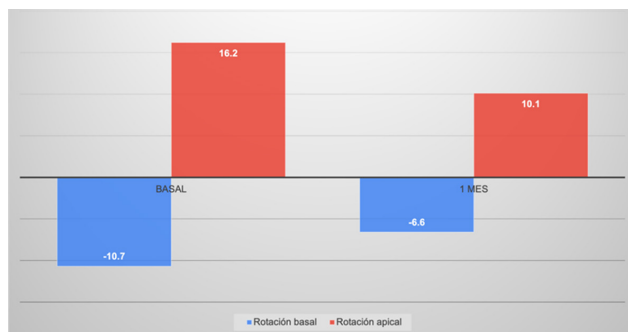


Figura 2.6.1: Diferencias entre la rotación basal y apical preprocedimiento y al mes de seguimiento.

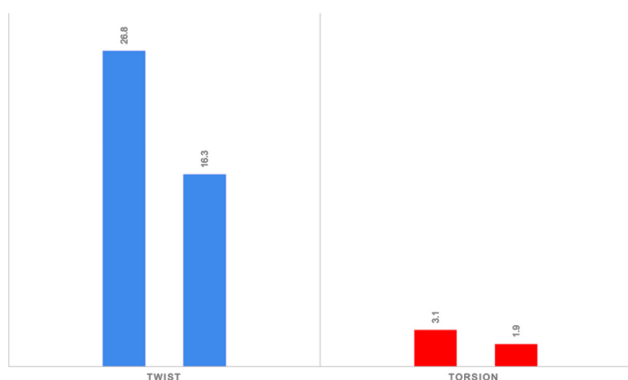


Figura 2.6.2: Diferencias del twist y la torsión entre el tiempo prequirúrgico y al mes de seguimiento.

0.001). Grupo sustitución quirúrgica reducción de rotación basal de $-9.9 \pm 3.5^\circ$ a $-6.4 \pm 2.9^\circ$ ($p < 0.001$), rotación apical de $15.1 \pm 5.5^\circ$ a $9.6 \pm 4.1^\circ$ ($p < 0.001$), del twist de $25 \pm 6.5^\circ$ a $15.3 \pm 4.5^\circ$ ($p < 0.001$) y torsión de $2.9 \pm 0.65^\circ/\text{cm}$ a $1.7 \pm 0.45^\circ/\text{cm}$ ($p < 0.001$) (Tablas 2.6.1 a 2.6.3) (Figuras 2.6.1 y 2.6.2). **Conclusiones:** en pacientes con estenosis aórtica severa sometidos a sustitución valvular quirúrgico o percutánea existe una reducción estadísticamente significativa a 30 días del procedimiento en la rotación basal de 4° , rotación apical de 6° , twist de 10° y la torsión de $1.2^\circ/\text{cm}$.

2.7. Aneurisma de septum interventricular y dilatación aneurismática de la pared libre del ventrículo derecho, a propósito de un caso

Jaramillo-Bermeo Daniel Alejandro,
Meza-Maldonado Rosmary Aldemy, Flores-Vélez Iván
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.
Ciudad de México, México.

Descripción del caso: paciente conocida desde el año de vida, quien desde el nacimiento presentó soplo cardíaco, diaforesis y fatiga a la alimentación. Se concluyó portador de aneurisma del septum interventricular, divertículo del ventrículo derecho, estenosis pulmonar con gradiente máximo de 49 mmHg y medio 34 mmHg. Se realizó un Holter de 24 horas que se reportó sin alteraciones.

Se reportó que la comunicación interventricular se cerró por tejido tricúspideo, formando un aneurisma en el septum interventricular localizado en la porción muscular media de 12.7×6.7 mm, dilatación aneurismática de la pared libre del ventrículo derecho con dos aneurismas (uno hacia la base de 29.4×15.7 mm y otro hacia el ápex de 32.7×19.6 mm), además de doble lesión pulmonar por válvula pulmonar displásica con apertura en domo con predominio de componente de estenosis con gradiente máximo de 42

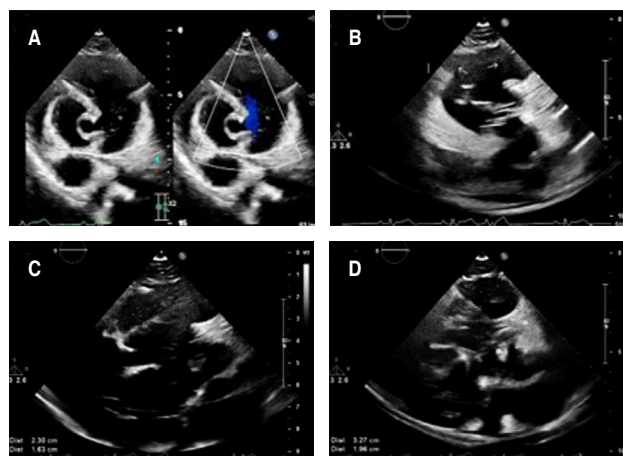


Figura 2.7.1: A) Septum interventricular con aneurisma en la porción muscular media secundario al cierre de comunicación interventricular con tejido de aposición tricúspideo. B) Dos aneurismas originados en la pared anterior del ventrículo derecho, uno cerca del otro. C) Uno con dirección a la base. D) Otro con dirección al ápex. Ninguno con trombos en su interior.

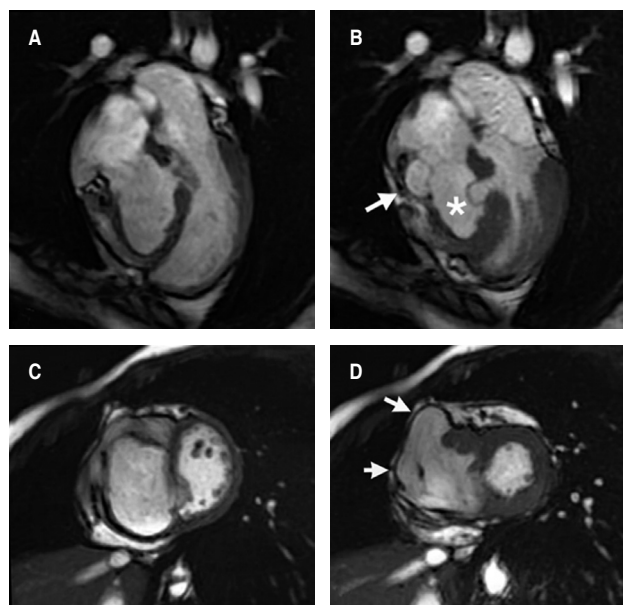


Figura 2.7.2: Resonancia magnética cardíaca.

mmHg y medio de 25 mmHg e insuficiencia ligera. En el 2025, en resonancia magnética con dos aneurismas en la pared libre del ventrículo derecho, el de mayor tamaño de $37 \times 11 \times 44$ mm y otro en el septum interventricular de 11×11 mm y doble lesión pulmonar con estenosis severa e insuficiencia leve. En su evolución asintomática cardiovascular, soplo expulsivo en foco pulmonar, sin cianosis (Figuras 2.7.1 y 2.7.2). **Conclusiones:** un aneurisma de la pared libre del ventrículo derecho es una dilatación localizada y anormal de la pared libre del ventrículo derecho, caracterizada por un adelgazamiento y debilitamiento de la pared miocárdica, lo que genera una protrusión sacular o en forma de bolsa que se comunica ampliamente con la cavidad ventricular. Existen escasos reportes de aneurismas de ventrículo derecho en la literatura. Su forma de presentación es variable, pudiendo ser asintomático o presentar arritmias, insuficiencia cardíaca e incluso muerte por embolia o rotura. La resonancia magnética cardiovascular es la técnica de elección utilizada para una mejor caracterización morfológica cardíaca.

2.8. Síncope recurrente con pruebas funcionales discordantes: diagnóstico multimodal de un origen alto del tronco coronario izquierdo con trayecto interarterial

Ramírez-Martínez JA, Márquez-González H, García-Dávalos I, López-Gallegos D, Salazar-Lizárraga D, Yáñez-Gutiérrez L
Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Ciudad de México, México.

Introducción: las anomalías coronarias congénitas son infrecuentes y heterogéneas. El riesgo depende del trayecto, la morfología ostial, el ángulo de emergencia, el estrechamiento proximal y los segmentos intramurales. Ante pruebas funcionales no concluyentes, la imagen avanzada y las técnicas invasivas aportan datos anatómicos y fisiológicos; su integración permite definir la relevancia clínica y orientar el tratamiento. **Descripción del caso:** adolescente de 13 años con síncope recurrente desde la primera infancia, sin cardiopatía estructural conocida. El electrocardiograma basal y el ecocardiograma fueron normales. Durante un síncope registrado por Holter no hubo arritmia; tras la recuperación apareció inversión transitoria de la onda T. En la prueba de esfuerzo presentó dolor torácico opresivo a 7.6 MET, sin cambios electrocardiográficos; el SPECT no mostró defectos inducibles. La angiotomografía identificó origen alto del tronco coronario izquierdo, por encima

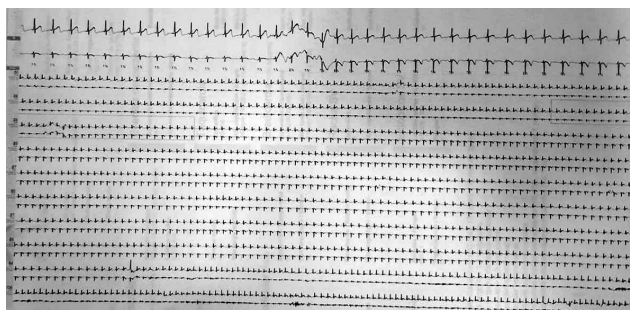


Figura 2.8.1: Trazo de Holter de 24 horas. Se observa una alteración en la morfología de la onda T inmediatamente después de un evento de síncope.

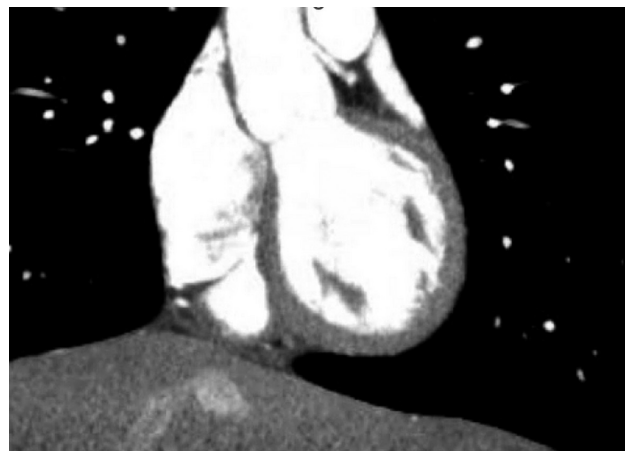


Figura 2.8.2: Angiotomografía coronaria. Se identifica el origen anómalo de la arteria coronaria izquierda por encima de la unión sinotubular, en la cara anterolateral izquierda de la aorta, con un trayecto interarterial corto.

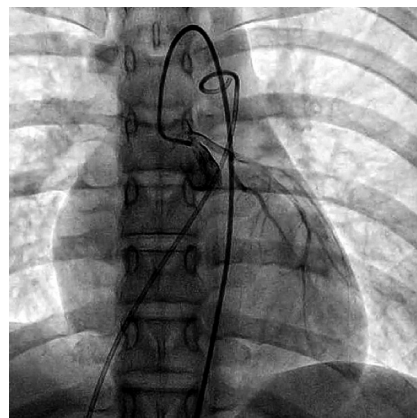


Figura 2.8.3: Cateterismo cardíaco. Se realizó fluoroscopia simultánea desde una proyección oblicua anterior izquierda con angulación caudal hasta una oblicua anterior derecha con angulación craneal, con inyección simultánea del sistema coronario izquierdo y del tronco de la arteria pulmonar. Se observa contacto compresivo entre el tronco coronario izquierdo y el tronco de la arteria pulmonar desde su origen.

de la unión sinotubular, trayecto interarterial corto, modificación morfológica durante el ciclo cardíaco y puente miocárdico en la descendente anterior. El cateterismo descartó lesiones epicárdicas y mostró compresión sistólica del 30% en el segmento con puente miocárdico. La angiografía simultánea coronaria-pulmonar documentó contacto compresivo del tronco coronario izquierdo con el tronco pulmonar desde su origen. Se propuso reimplante coronario.

Material y métodos: se buscaron en PubMed/MEDLINE publicaciones y referencias relacionadas, priorizando estudios pediátricos sobre anatomía de riesgo, pruebas funcionales, imagen avanzada y tratamiento. **Resultados y conclusiones:** el cambio transitorio

de la repolarización fue inespecífico y no confirmó isquemia; sin embargo, su relación temporal con el síncope, la recurrencia y el dolor torácico de esfuerzo justificaron ampliar la evaluación pese a los estudios funcionales negativos. La angiotomografía definió la anatomía y la angiografía simultánea aportó información dinámica sobre el contacto compresivo. Los estudios funcionales negativos no excluyen una anomalía coronaria relevante, así que la evaluación multimodal permite reconocer discordancias, mejorar la estratificación del riesgo y orientar el tratamiento (Figuras 2.8.1 a 2.8.3).

2.9. Puente miocárdico excepcionalmente profundo en rama obtusa marginal: caracterización mediante imagen multimodal

Silva-Salinas Omar, Loáisiga-Sáenz Arnoldo Enmanuel, Lozano-Cruz Óscar Arturo, López-Aboytes Luis Jesús, González-Turrent Alejandra, Guerra-Reyes Héctor Iván Hospital Juárez de México. Ciudad de México, México.

Introducción: los puentes miocárdicos son anomalías coronarias caracterizadas por un segmento arterial intramiocárdico. La mayoría se localiza en la arteria descendente anterior; el compromiso de ramas obtusas marginales es infrecuente. **Descripción del caso:** hombre de 57 años con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión e infarto agudo de miocardio con elevación del ST en 2013 y 2019, tratado con intervención coronaria percutánea y stent en la arteria descendente anterior. Persistió con angina pese a tratamiento médico óptimo. La angiografía mostró stent permeable, flujo lento pancoronario y aterosclerosis no obstructiva. La resonancia magnética cardíaca evidenció fracción de expulsión ventricular izquierda de 53%, infarto transmural anteroseptal y apical con escaso tejido viable, alteraciones en T1 y T2 y trombo apical de 31.5×18.8 mm. La AngioTAC confirmó el stent permeable e identificó dos puentes en ramas obtusas marginales: uno de 42 mm de longitud y 8.9 mm de profundidad y otro de 23 y 2 mm. **Material y métodos:** se realizó búsqueda en PubMed y Web of Science mediante «myocardial bridging», «deep myocardial bridge» y «obtuse marginal branch». Los puentes en ramas obtusas marginales representaron 4.3% (8/73) y 6.8% (13/192) en dos series. En una de ellas, la longitud y profundidad medias fueron 30.5 ± 10.8 y 2.4 ± 1.2 mm, respectivamente. El puente de 42×8.9 mm supera estos valores,

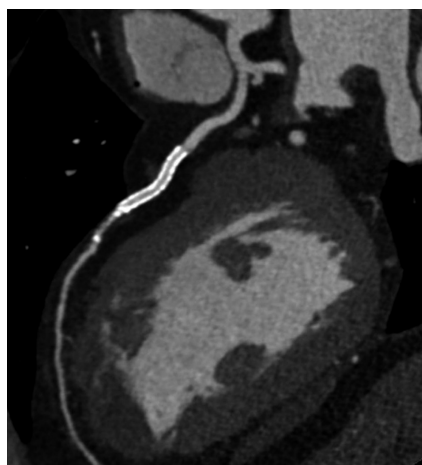


Figura 2.9.1:

Stent arterial descendente anterior.

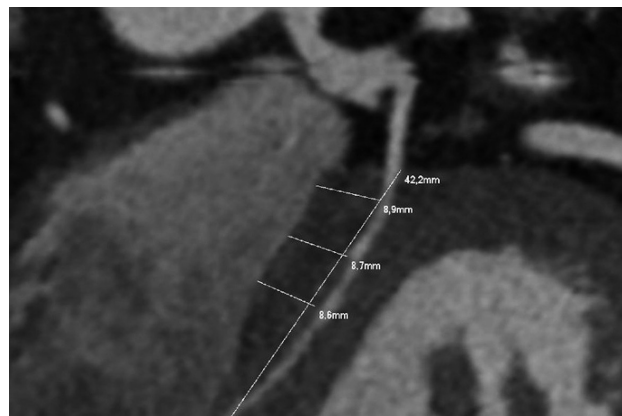


Figura 2.9.2: Puente muscular ramo obtuso marginal.

particularmente en profundidad. **Resultados y conclusiones:** la imagen multimodal permitió caracterizar un puente miocárdico excepcionalmente profundo y largo en una rama obtusa marginal. La AngioTAC definió la anatomía coronaria, mientras la resonancia estableció el daño miocárdico. Este caso resalta el valor complementario de ambas técnicas ante angina persistente sin enfermedad coronaria obstructiva significativa (Figuras 2.9.1 y 2.9.2).

2.10. Más allá del mixoma: imagen multimodal en el diagnóstico de un sarcoma pleomorfo indiferenciado de aurícula izquierda con infiltración mitral

Bonilla-Figueroa RA, García-Hernández KL, Monroy-Jiménez MA, Faustino-Maravilla G, Arenas-Fabbri V, Martínez-López EM Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE. Ciudad de México, México.

Introducción: los tumores cardíacos primarios son excepcionales ($< 0.1\%$ en series de autopsias); los sarcomas constituyen la neoplasia maligna primaria más frecuente. Su presentación clínica e imagenológica puede simular lesiones benignas, especialmente mixomas, dificultando el diagnóstico oportuno. La integración de ecocardiografía avanzada, resonancia magnética cardíaca y tomografía por emisión de positrones ha demostrado aportar información complementaria para caracterizar masas intracardiacas, definir su extensión y orientar la estrategia terapéutica. **Descripción del caso:** mujer de 59 años con diabetes mellitus tipo 2, dolor lumbar progresivo, parestesias en extremidades inferiores y pérdida ponderal. Durante el estudio por múltiples lesiones óseas líticas se identificó incidentalmente una masa en aurícula izquierda. El ecocardiograma transtorácico mostró una masa pediculada dependiente del septum interauricular con extensión al aparato mitral, condicionando estenosis mitral severa (área valvular 0.77 cm^2), insuficiencia mitral grave e hipertensión pulmonar postcapilar, con fracción de expulsión del ventrículo izquierdo preservada. El ecocardiograma transesofágico tridimensional confirmó una masa heterogénea con microcalcificaciones y una segunda lesión infiltrando la superficie auricular de la valva anterior mitral. La resonancia magnética cardíaca evidenció perfusión y realce tardío heterogéneos sugestivos de malignidad, mientras que el PET-CT con ^{18}F -FDG demostró intensa captación

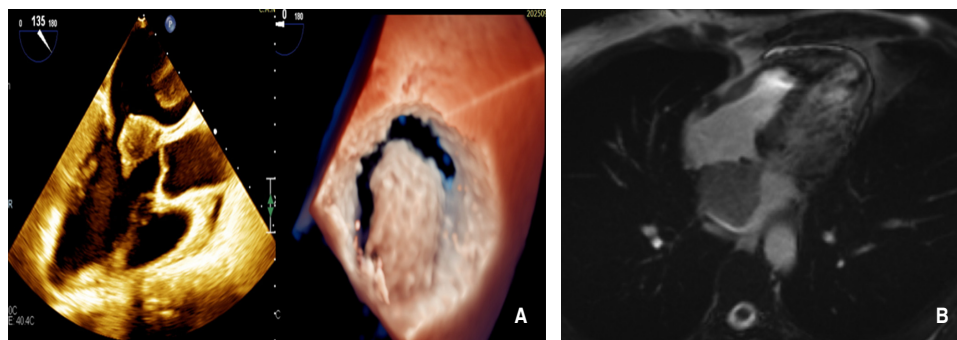


Figura 2.10.1: A) Ecocardiografía transesofágica 2D y 3D que evidencia una masa heterogénea originada en el septum interauricular y una segunda lesión infiltrando la superficie auricular de la valva anterior mitral, responsable de estenosis e insuficiencia mitral severas. B) Resonancia magnética cardíaca (eje cuatro cámaras) que evidencia una masa auricular izquierda dependiente del septum interauricular con infiltración de la valva anterior mitral, restricción de su movilidad y patrón de perfusión y realce tardío heterogéneos, compatibles con neoplasia maligna.

metabólica de ambas lesiones y enfermedad ósea metastásica (Figura 2.10.1). **Material y métodos:** se realizó una revisión narrativa de la literatura mediante búsqueda en PubMed utilizando los términos *primary cardiac sarcoma*, *undifferentiated pleomorphic sarcoma*, *left atrial mass*, *echocardiography*, *cardiac magnetic resonance* y *FDG PET/CT*. Se incluyeron revisiones, series de casos y documentos de consenso publicados en inglés o español sobre diagnóstico por imagen de tumores cardíacos primarios. **Resultados y conclusiones:** la paciente fue sometida a resección quirúrgica de la masa auricular con sustitución valvular mitral mediante prótesis biológica. El estudio histopatológico confirmó sarcoma pleomorfo indiferenciado primario de aurícula izquierda, grado II. Posteriormente, inició tratamiento sistémico con doxorubicina liposomal y seguimiento cardioncológico por alto riesgo de cardiotoxicidad. Este caso resalta el valor incremental de la imagen multimodal para diferenciar masas malignas de lesiones benignas, delimitar la infiltración valvular y planificar el tratamiento quirúrgico y oncológico, particularmente cuando la presentación inicial simula un mixoma auricular.

2.11. Imagen multimodal en el abordaje de insuficiencia mitral en un paciente con anatomía mitral compleja

Manzano-Moya Mariana, Villatoro-Guzmán Kevin Isaac, Elizalde-Urbe Iván, Morales-Portano Julieta, Martínez-Zarazua Carlos, Melendez-Ramírez Gabriela
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. Ciudad de México, México.

Introducción: la insuficiencia mitral (IM) primaria es un desafío para la evaluación y el tratamiento, en algunas ocasiones se requiere el uso de imagen multimodal para llegar al diagnóstico, particularmente en algunas malformaciones congénitas raras como la hendidura aislada de la válvula mitral. Esto a menudo va acompañado de una regurgitación severa debido a un cambio en la coaptación valvular o al flujo directo a través del defecto. Para tratar la IM en estos casos, dependemos de un diagnóstico muy preciso del mecanismo subyacente de la regurgitación y debemos planificar la terapia en consecuencia. **Descripción del caso:** mujer de 39 años con hipertensión arterial, enfermedad renal crónica estadio 5 en diálisis peritoneal e insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida, quien presentó disnea progresiva, ortopnea y deterioro de clase funcional. La prueba de esfuerzo cardiopulmonar (CPET), la

Figura 2.11.1:

Ecocardiografía transesofágica bidimensional de la válvula mitral.

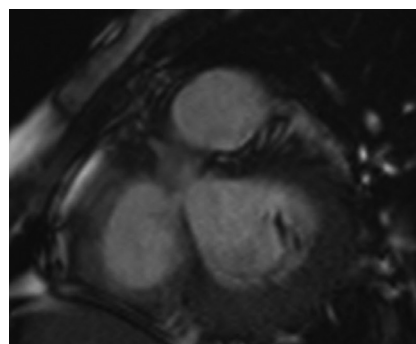


Figura 2.11.2:

Resonancia magnética cardíaca en secuencia cine para valoración morfofuncional.

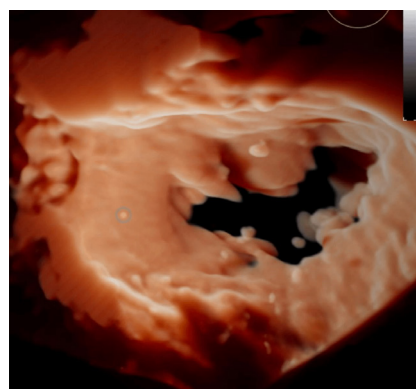


Figura 2.11.3:

Ecocardiografía transesofágica tridimensional con reconstrucción volumétrica de la válvula mitral.

categoriza en clase funcional NYHA III al realizar el 46% de sus Mets predichos. Se realizó ecocardiograma transesofágico que reportó rotura de cuerda tendinosa, con anatomía compleja, identificando el mismo jet en segmento A1, reportándose como insuficiencia mitral severa. Posteriormente, se decidió realizar resonancia magnética cardíaca; evidenció dilatación biventricular, fracción de eyección reducida del 28% e IM grave con jet excéntrico dirigido hacia la pared inferolateral de la aurícula izquierda, atribuida a una hendidura del segmento A1. La coronariografía descartó enfermedad coronaria significativa, por lo cual fue propuesta ante *heart-team* para reemplazo de válvula mitral, en espera de procedimiento (Figuras 2.11.1 a 2.11.3). **Conclusiones:** la integración de resonancia magnética cardíaca y ecocardiografía tridimensional permitió identificar una hendidura aislada de A1 como mecanismo de IM primaria grave. La imagen multimodal fue esencial para establecer el diagnóstico, definir la anatomía valvular y subvalvular y orientar la planificación quirúrgica.

2.12. Valor pronóstico del gated-SPECT de perfusión miocárdica para la predicción de eventos cardiovasculares mayores en candidatos a trasplante renal

Trelles-Hernández Daniela, Puente-Barragán Adriana, Zurita-Cruz Thania, Valdés-Becerril Georgina
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE. Ciudad de México, México.

Introducción: los pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) candidatos a trasplante renal (TR) presentan elevado riesgo cardiovascular. El estudio de perfusión miocárdica con tomografía

Tabla 2.12.1: Características basales y factores de riesgo cardiovascular de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal en protocolo de trasplante renal, según la realización del trasplante.

Variable	Total (n=382)	Trasplantados (n=91)	No trasplantados (n=291)
Edad, años Media ± DE	49.3 ± 12.1	49.5 ± 11.9	49.2 ± 12.2
Índice de masa corporal (Media ± DE)	25.8 ± 4.2	26.1 ± 4.1	25.7 ± 4.3
Género			
Hombre	234 (61.3%)	60 (65.9%)	174 (59.8%)
Mujer	148 (38.7%)	31 (34.1%)	117 (40.2%)
Etiología de la insuficiencia renal			
Nefropatía diabética	103 (34.0%)	32 (35.2%)	71 (33.5%)
Nefropatía hipertensiva	65 (21.5%)	24 (26.4%)	41 (19.3%)
Glomerulopatía	23 (7.6%)	7 (7.7%)	16 (7.5%)
Enfermedad poliquística	21 (6.9%)	5 (5.5%)	16 (7.5%)
Uropatía obstructiva	14 (4.6%)	3 (3.3%)	11 (5.2%)
Enfermedad autoinmune	10 (3.3%)	3 (3.3%)	7 (3.3%)
Otra causa	14 (4.6%)	3 (3.3%)	11 (5.2%)
Etiología no determinada	53 (17.5%)	14 (15.4%)	39 (18.4%)
Hipertensión arterial	347 (90.8%)	79 (86.8%)	268 (92.1%)
Diabetes mellitus tipo 2	185 (48.6%)	44 (48.4%)	141 (48.6%)
Tabaquismo	133 (34.8%)	30 (32.96%)	103 (35.39%)
Dislipidemia	147 (38.6%)	30 (33.0%)	117 (40.3%)
Insuficiencia cardíaca	25 (6.6%)	5 (5.5%)	20 (7.0%)
Enfermedad vascular periférica	6 (1.6%)	1 (1.1%)	5 (1.7%)
Enfermedad vascular cerebral	4 (1.1%)	1 (1.1%)	3 (1.0%)
Antecedente familiar de cardiopatía isquémica	18 (4.8%)	5 (5.5%)	13 (4.5%)
Antecedente de Cardiopatía isquémica	107 (28.9%)	33 (36.3%)	74 (26.5%)

Tabla 2.12.2: Riesgo post-test estimado por gated-SPECT y desenlaces cardiovasculares en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en protocolo de trasplante.

Desenlace	Riesgo bajo n 152 (%)	Riesgo moderado n 94 (%)	Riesgo alto n 47 (%)	OR (IC 95 %) riesgo alto vs bajo	P
Muestra completa					
MACE (infarto, evento vascular cerebral o muerte) (n = 293)	76 (50.0%)	59 (62.8%)	35 (74.5%)	2.92 (1.41–6.04)	0.006
Infarto agudo de miocardio (n = 293)	18 (11.8%)	4 (4.3%)	2 (4.3%)	0.33 (0.07–1.48)	0.069
Evento vascular cerebral (n = 293)	55 (36.2%)	54 (57.4%)	33 (70.2%)	4.16 (2.05–8.43)	<0.001
Mortalidad por cualquier causa (n = 329)	21 (12.3%)	7 (6.8%)	9 (16.4%)	1.40 (0.60–3.26)	0.160
MACE estratificado por la realización del trasplante renal					
Pacientes trasplantados (n = 89)	32/54 (59.3)	20/29 (69.0)	2/6 (33.3)	0.34 (0.06–2.04)	0.257
Pacientes no trasplantados (n = 204)	44/98 (44.9)	39/65 (60.0)	33/41 (80.5)	5.06 (2.12–12.07)	<0.001

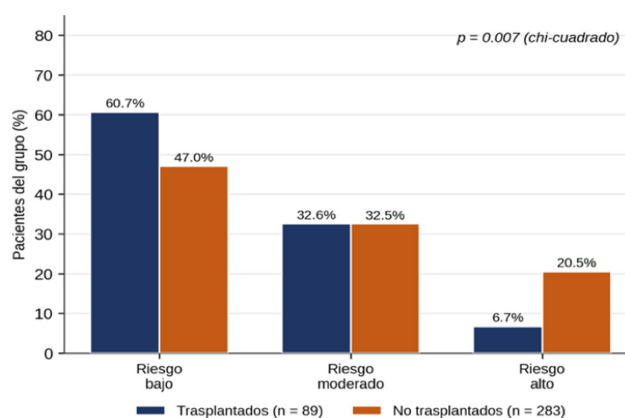


Figura 2.12.1: Distribución del riesgo post-test según la realización del trasplante renal.

computarizada con emisión de fotón simple (gated-SPECT) es una herramienta útil para la estratificación del riesgo cardiovascular con evidencia limitada en la predicción de eventos cardiovasculares mayores (MACE). **Objetivo:** determinar la asociación entre el riesgo post-test estimado por gated-SPECT y la ocurrencia de MACE en pacientes con ERCT candidatos a TR. **Material y métodos:** estudio observacional, analítico, retrospectivo y longitudinal en 382 pacientes sometidos a gated-SPECT protocolo Tc^{99m}sestamibi reposo/esfuerzo, como parte del protocolo pretrasplante. Se analizó la asociación entre riesgo post-test estimado por gated-SPECT y la ocurrencia de MACE en pacientes con y sin trasplante renal. El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación, conforme a Buenas Prácticas Clínicas y principios éticos aplicables. **Análisis estadístico:** se utilizaron pruebas de χ^2 de Pearson o exacta de Fisher, prueba de tendencia lineal y razones de momios (OR) con intervalos de confianza del 95%; se consideró significativa una $p < 0.05$. **Resultados:** edad promedio 49.3 ± 12.1 , 60% hombres, el 34% con etiología por nefropatía diabética y 28% con cardiopatía isquémica previa (Tabla 2.12.1). La frecuencia de MACE incrementó en relación al aumento de riesgo posttest (50.0, 62.8 y 74.5% para riesgo bajo, moderado y alto, respectivamente).

Figura 2.12.2:

Frecuencia de MACE y de sus componentes según el riesgo post-test estimado por gated-SPECT. **A)** Proporción de pacientes con MACE por categoría de riesgo (IC95%). **B)** Componentes del desenlace compuesto; el gradiente observado estuvo determinado principalmente por el evento vascular cerebral.

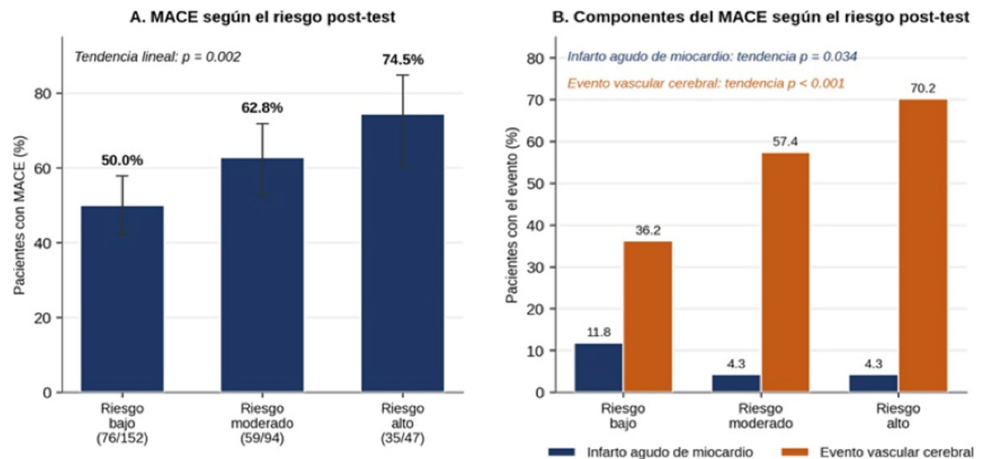
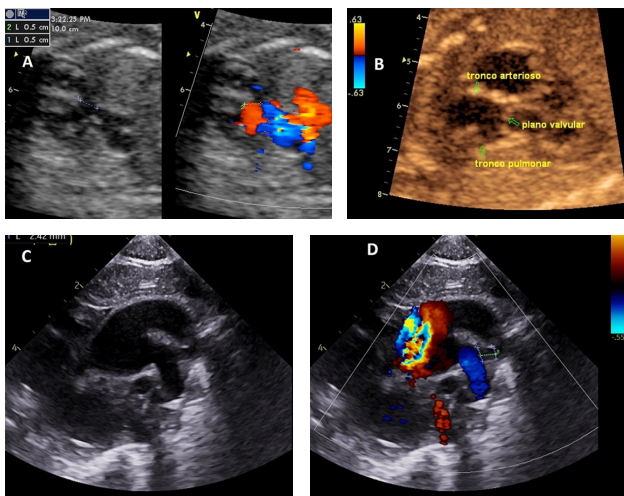


Figura 2.13.1: **A)** Ecocardiograma fetal a las 31.6 semanas de gestación donde se observa la comunicación interventricular con cabalgamiento de la válvula común. **B)** Ecocardiograma fetal muestra la válvula troncal y la anatomía de ambos troncos, el arterioso y el pulmonar. **C)** Ecocardiograma transtorácico al nacimiento muestra el origen posterior de las arterias pulmonares en 2D. **D)** Doppler color.

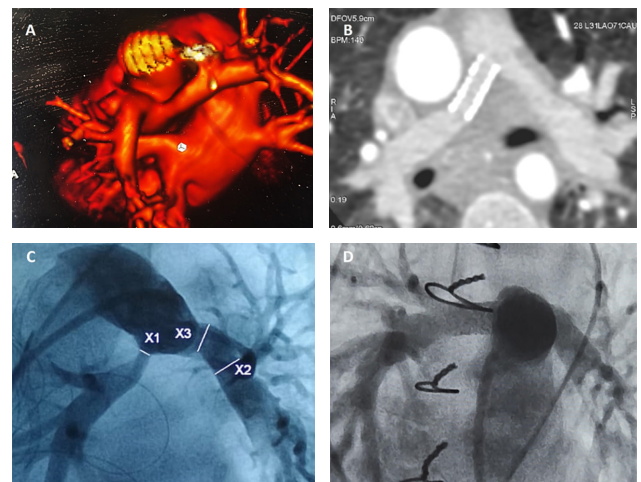


Figura 2.13.2: **A)** Reconstrucción tridimensional de angioTAC al nacimiento con énfasis al origen y anatomía de las ramas pulmonares. **B)** Angiografía pulmonar postquirúrgica en oblicua izquierda con caudal 30° evidenciando estenosis origen de rama pulmonar derecha. **C)** AngioTAC al año de vida que muestra stent colocado en rama pulmonar derecha. **D)** Angiografía al año de vida en oblicua derecha 30° post angioplastia del stent.

Los pacientes con riesgo post-test alto tienen un OR de 2.92 para MACE (IC95% 1.41-6.04; $p = 0.006$), y OR de 4.16 para evento vascular cerebral (IC95% 2.05-8.43; $p < 0.001$). En los pacientes no trasplantados, el riesgo posttest alto se asoció con un OR de 5.06 para MACE (IC95% 2.12-12.07; $p < 0.001$). El trasplante renal se realizó con mayor frecuencia en pacientes con riesgo posttest bajo a moderado (58% vs riesgo alto 33%) (Tabla 2.12.2, Figuras 2.12.1 y 2.12.2). **Conclusiones:** el riesgo de desarrollar MACE es tres veces mayor en pacientes con riesgo posttest alto estimado mediante gated-SPECT. Existe mayor frecuencia de MACE en no trasplantados. La menor proporción de MACE en trasplantados respalda la utilidad del gated-SPECT en la estratificación y toma de decisión terapéutica en la evaluación cardiovascular pretrasplante.

2.13. Imagen multimodal de tronco arterioso desde la etapa fetal hasta el postquirúrgico

López-Madrigal Fabiola, Jiménez-Carbajal María Guadalupe
 Unidad Cardiológica Infantil México. Ciudad de México, México.

Introducción: el tronco arterioso es una cardiopatía cuyo diagnóstico prenatal se establece mediante ecocardiografía fetal. Al nacimiento se confirma y la angiotomografía computarizada (TAC) destaca frente a otras modalidades por su mayor detalle anatómico, rapidez y utilidad. **Descripción del caso:** producto femenino de la segunda gesta; a las 24 semanas de gestación (SDG) se detectó tronco arterioso común que se confirmó como tipo I a las 31.6 SDG (Figura 2.13.1A y 1B). A las 37.2 SDG se obtuvo por cesárea con peso 2,906 g, 50 cm, Apgar

8/9. Se realizó ecocardiograma transtorácico (*Figura 2.13.1C* y *1D*) y TAC (*Figura 2.13.2A*). Se reparó con cirugía de Rastelli a los nueve días de vida. Evolucionó con falla ventricular derecha y obstrucción de 37 mmHg. **Material y métodos:** se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed y ScienceDirect empleando los términos «*truncus arteriosus*», «*persistent truncus arteriosus*», «*multimodality imaging*», «*computed tomography angiography*» y «*fetal echocardiography*», combinados con operadores booleanos. Se priorizaron artículos en inglés y español publicados en los últimos 10 años, incluyendo revi-

siones sistemáticas, reportes de caso y guías clínicas relevantes para el diagnóstico por imagen. **Resultados y conclusiones:** cateterismo confirmó estenosis de rama pulmonar derecha de 1.5 mm (*Figura 2.13.2C*). Se dilató con balón sin mejoría y se colocó stent de 4.2 mm. Evolucionó adecuadamente. TAC al año de vida: diámetro del stent 2.9 mm (*Figura 2.13.2B*), por lo que se dilató a 5.2 mm (*Figura 2.13.2D*) y egresó tras 24 horas. Este caso demuestra la utilidad de la imagen multimodal, desde el diagnóstico prenatal, para planear el tratamiento de cardiopatías congénitas complejas.