

En lo que respecta al tratamiento, en numerosos estudios se demuestra que las HBPM disminuyen la tasa de nuevos eventos tromboembólicos en comparación con los anticoagulantes dicumarínicos, lo que podría deberse a que estos últimos presentan numerosas interacciones farmacológicas y su rango terapéutico es estrecho. (4, 5)

El infarto de miocardio representa la causa de muerte de hasta un 6% de los pacientes con cáncer según datos de exámenes anatomopatológicos. Carecemos de ensayos sobre eventos trombóticos arteriales y cáncer, por lo que en su tratamiento se utiliza la información obtenida de los procesos venosos.

Nuestro caso invita a recordar que el IAM es el final de una cascada de fenómenos protrombóticos cuyo desencadenante no siempre es la enfermedad aterosclerótica.

Dr. Luciano Battioni,
Dr. Juan P. Costabel,
Dr. Alberto Alves de Lima^{MTSAC}
e-mail: juancostabel@yahoo.com.ar
Blanco Encalada 1543 (1428) CABA

BIBLIOGRAFÍA

1. Caine GJ, Stonelake PS, Lip GY, Kehoe ST. The hypercoagulable state of malignancy: pathogenesis and current debate. *Neoplasia* 2002;4:465-73. <http://doi.org/dwdds9>
2. Zuffa M, Devecka D, Rusnak I, Ujcová B, Dorociakova E. Myocardial infarction paraneoplastically facilitated? *Bratisl lek list* 2005;106:324-6.
3. Green K, Silverstein R. Hypercoagulability in cancer. *Hematol Oncol Clin North Am* 1996;10:499-530. <http://doi.org/d3gg24>
4. Robert F. The potential benefits of low-molecular-weight heparins in cancer patients. *J Hematol Oncol* 2010;3:3.
5. Lee AYY, Levine MN, Baker RI, Bowden C, Kakkar AK, Prins M, et al. Low-molecular-weight heparin versus a coumarin for the prevention of recurrent venous thromboembolism in patients with cancer. *N Engl J Med* 2003;349:146-53. <http://doi.org/dnnp7g>

Rev Argent Cardiol 2013;81:196-197. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v81.i2.1729>

Aneurisma del septum membranoso ventricular con comunicación interventricular

Al Director

Presentamos el caso de un aneurisma del septum membranoso ventricular en un paciente portador de una comunicación interventricular.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 63 años con diagnóstico de comunicación interventricular (CIV) desde la infancia que es derivado para evaluación. El paciente se

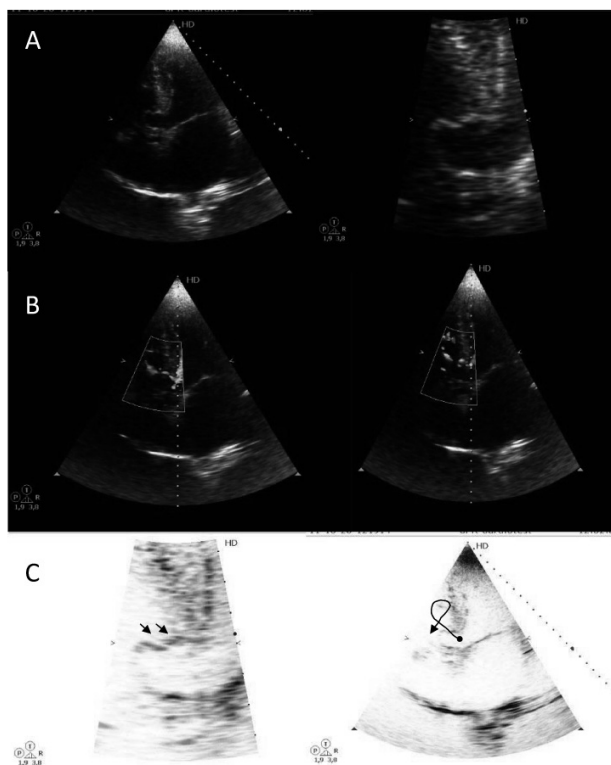


Fig. 1.

encontraba en clase funcional I con una leve disnea al máximo esfuerzo. Al examen físico presentaba un notable soplo holosistólico con frémito (*thrill*). En su historial refería una internación 2 años antes por síndrome febril prolongado con sospecha de probable endocarditis (no confirmada) y en el último año un episodio de fibrilación auricular aislada que revirtió con amiodarona en guardia. En el eco transtorácico se observó un aneurisma del septum membranoso (ASM) interventricular totalmente prolapsado al ventrículo derecho en la porción adyacente a la valva septal tricuspídea (Figura 1 A). El AMS presentaba una fina pared cribada con *shunt* de izquierda a derecha (Figura 1 B) con vena contracta de 8 mm y un *jet* espiralado que impacta en la pared libre y retorna al tracto de entrada del ventrículo derecho (Figura 1 C).

DISCUSIÓN

El ASM interventricular es un hallazgo esporádico en pacientes con una CIV subaórtica conocida. Probablemente represente un fenómeno adaptativo en las CIV no corregidas en la infancia. (1) Por tratarse de la zona débil del septum interventricular, la presión tiende a prolapsarlo hacia la derecha con las probables complicaciones, (2-4) que implican la obstrucción al tracto de

salida pulmonar, endocarditis, rotura, arritmias como en este caso, prolapso e insuficiencia aórtica. Si bien el defecto de *shunt* es restrictivo, lo que históricamente se consideró indicador de evolución benigna se está extendiendo a la indicación de resolución quirúrgica.

Dr. Guillermo A. Ortiz,
Dra. María I. Rodríguez Acuña,
Dr. Pablo F. Boskis
 Dr. Guillermo A. Ortiz
 Cardiotest
 Paraguay 2302 - 2° Piso
 (1121) CABA
 e-mail: gortiz@intramed.net

BIBLIOGRAFÍA

1. Jain AC, Rosenthal R. Aneurysm of the membranous ventricular septum. *Br Heart J* 1967;29:60-3. <http://doi.org/fhsbn8>
2. Langer C, Horstkotte D, Piper C. Aneurysm of the membranous septum causes pre-syncope and transient bilateral blindness. *Eur Heart J* 2007;28:784. <http://doi.org/bv2m65>
3. Walpot J, Peerenboom P, van Wylick A, Klazen C. Aneurysm of the membranous septum with ventricular septal defect and infective endocarditis. *Eur J Echocardiogr* 2004;5:391-3. <http://doi.org/fr3bc9>
4. Yilmaz AT, Ozal E, Arslan M, Tatar H, Oztürk OY. Aneurysm of the membranous septum in adult patients with perimembranous ventricular septal defect. *Eur J Cardiothorac Surg* 1997;11:307-11. <http://doi.org/chswq4>

Rev Argent Cardiol 2013;81:197-198. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v81.i2.1142>

Deterioro estructural tardío de una bioprótesis mitral

Al Director

Presentamos el caso de una paciente con sustitución de la válvula mitral con prótesis biológica en quien a los 7 años de la intervención se evidenció deterioro de la prótesis.

CASO CLÍNICO

Una mujer de 81 años fue admitida por presentar disnea y signos de insuficiencia cardíaca congestiva de desarrollo súbito. Intervenido 7 años atrás, se había realizado una sustitución de la válvula mitral con prótesis biológica (HPV 29 mm - FOC Medical SA) por enfermedad reumática y un procedimiento concomitante de Cox-Maze. Previamente se encontraba asintomática y estable en sus rangos de anticoagulación con controles ecocardiográficos periódicos, sin cambios significativos. Por eco transesofágico se revelaron evidencias de regurgitación mitral grave y

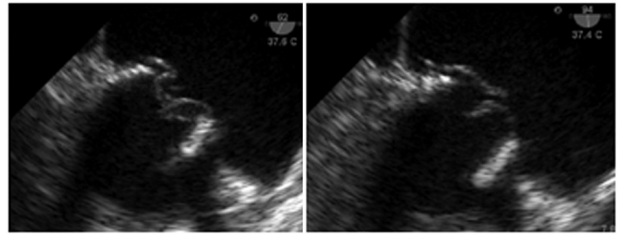


Fig. 1. Eco transesofágico. Se observan el déficit de coaptación de la bioprótesis con una valva evertida y flameante por encima de la valva oponente, y el prolapso de una de las valvas, que se encuentra deformada (vista 90°).

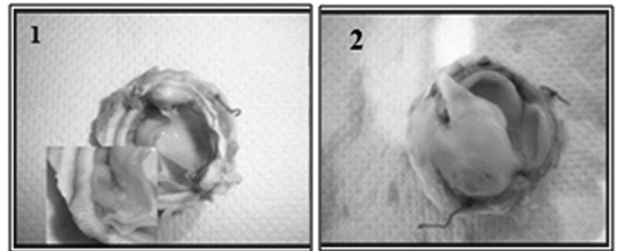


Fig. 2. Bioprótesis HPV explantada. **1.** Vista desde el ventrículo izquierdo. **2.** Vista desde la aurícula izquierda. Se observan el desgarrado característico y la rotura de una valva con desinserción de la fijación comisural. No se detectaron alteraciones degenerativas groseras de las valvas, engrosamiento ni calcificaciones.

presencia de una disfunción ventricular moderada, con dilatación auricular izquierda y reflujo mitral graves. La bioprótesis se encontraba con un déficit de coaptación de una de sus valvas, evertida y flameante con un claro aumento de la motilidad asimétrica (Figura 1; véase también Video 1 en la versión *on line*). La paciente evolucionó con *shock* cardiogénico secundario a la rotura aguda valvular. Previa intubación mecánica, inotrópicos y soporte ventricular con balón de contrapulsación aórtico, fue intervenida quirúrgicamente. La bioprótesis fue expuesta, reseca y inspeccionada; se observaron valvas relativamente suaves y el desgarrado en uno de los velos que no demostró calcificación (Figura 2). A pesar de la proliferación del tejido huésped observada, la movilidad de los velos no se encontraba restringida. En su lugar se implantó una bioprótesis mitral 29 Hancock II y se realizó una anuloplastia tricuspídea semicircular (De Vega modificada). A pesar de lo realizado, la paciente falleció en el posoperatorio inmediato.

DISCUSIÓN

Tanto las comisuras como la base de las valvas son las localizaciones más perjudicadas debido a la mayor tensión que soportan. Los procesos de fijación en glutaraldehído, muerte celular y degeneración de la matriz colágeno/elastina a los que son sometidas las