

**CONVOCATORIA
CONCURSO-OPOSICIÓN
F.E.A. EN CIRUGÍA
CARDIOVASCULAR**

**(Resolución 2364E/2024, de 19 de agosto, del Director Gerente del
Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea)**

PRUEBA: CASOS CLÍNICOS PRÁCTICOS

11 de febrero de 2025

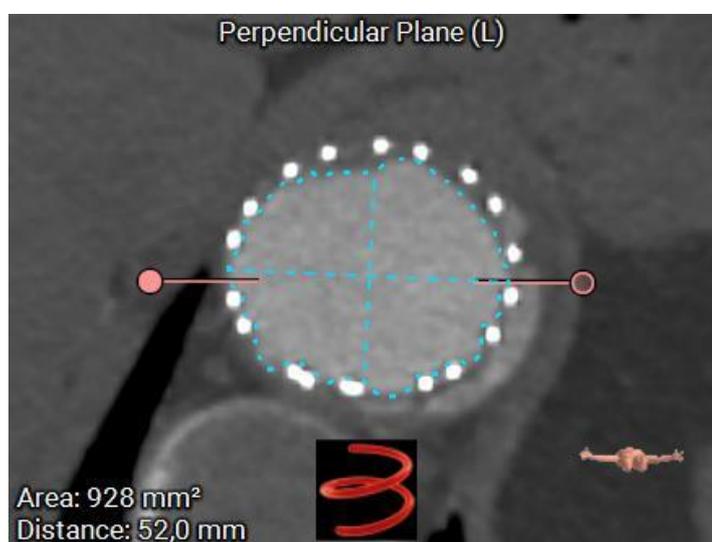
**NO PASE A LA HOJA SIGUIENTE
MIENTRAS NO SE LE INDIQUE QUE PUEDE COMENZAR**

PREGUNTAS - Casos Clínicos:

CASO 1

Un hombre de 62 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia fue sometido a una reparación endovascular de aorta torácica (TEVAR) hace 18 meses debido a un aneurisma de aorta toracoabdominal de 65 mm de diámetro.

En un seguimiento reciente, una angiotomografía de control reveló la presencia de un endoleak tipo IB en la zona de anclaje distal de la endoprótesis, con un incremento del saco aneurismático de 8 mm en los últimos 6 meses.



El paciente se encuentra asintomático, pero preocupado por el hallazgo.

- 1) **Considerando el tipo de endoleak identificado, ¿cuál sería la estrategia de tratamiento más apropiada para este paciente?**
 - a) Embolización con n-butyl 2-cyanoacrilato.
 - b) Técnica de chimenea (Chimney Graft Technique).
 - c) Angioplastia de la zona de anclaje distal.
 - d) Adición de una extensión distal de la endoprótesis.

- 2) **Si el paciente desarrollara dolor y claudicación glútea leve después del tratamiento del endoleak, ¿cuál sería la complicación más probable?**
 - a) Síndrome post-implantación.
 - b) Embolización de placas de ateroma a ramas de la arteria hipogástrica.
 - c) Fractura focal de la endoprótesis.
 - d) Infección de la endoprótesis.

3) En referencia a los endoleaks, ¿cuál de las siguientes opciones define mejor al endoleak tipo II?

- a) Indica una fractura o rotura de la endoprótesis.
- b) Está asociado a la porosidad del material de la endoprótesis.
- c) Se origina a partir de las ramas aórticas situadas en la zona de aorta cubierta por la endoprótesis.
- d) Describe una expansión substancial del saco aneurismático (>10 mm).

CASO 2

Varón de 43 años remitido a la consulta de patología de aorta por familiar (padre) afecto de valvulopatía aortica bicúspide. El paciente es deportista, activo y refiere estar asintomático. Tiene dos hijos varones.

En la exploración física llama la atención: TA 160/55. Pulso amplio en martillo. Signo de Musset (+) AC: soplo diastólico aspirativo largo. AP normal.

ECG: RS a 60lpm con datos de hipertrofia ventricular. Se realiza una Rx de tórax con cardiomegalia y aumento del hilio vascular.

Ecocardiografía transtoracica: Válvula aortica bicúspide fenotipo IR (L+R) con insuficiencia aortica excéntrica con VC: 8mm. THP:120msg y flujo holodiastólico invertido en la aorta descendente. VI (DTS indexado: 28mm/m²) FVI 55%. FVD conservada. PSAP estimada 25mmhg.

Aorta ascendente: anillo 27mm. Senos 47mm. UST 48mm ascendente 49mm. No se visualiza bien cayado aórtico.

- 4) Respecto al tratamiento de este paciente. ¿Cuál de estas respuestas es la CORRECTA?**
- a) Con estos datos tranquilizaría al paciente diciendo que todavía no está en rango quirúrgico y haría screening familiar diciéndole que hay un 50% de probabilidades que sus hijos hayan heredado su enfermedad.
 - b) Con estos datos completaría el estudio con un cateterismo para valorar arterias coronarias y plantearía intervención quirúrgica mediante sustitución valvular aortica aislada.
 - c) Con estos datos completaría el estudio con ETE y CT cardiaco sincronizado englobando aorta para evaluar cuál será el tratamiento correcto de este paciente en todo caso quirúrgico.
 - d) Con estos datos completaría el estudio con CT cardiaco sincronizado englobando aorta para valorar si hay indicación quirúrgica y ofrecerle tratamiento quirúrgico vs seguimiento estrecho cada 3 meses.

5) Respecto al análisis del mecanismo de la insuficiencia aortica y de la morfología valvular aortica en este caso, ¿Cuál sería la respuesta CORRECTA?

- a) Al tratarse de una válvula bicúspide fenotipo IR (L+R) implica que tiene rafe y no es favorable para reparación valvular aortica mediante técnica DAVID V.
- b) Siendo una válvula bicúspide y con jet excéntrico, el mecanismo más probable es que sea Id de la clasificación de El Khoury.
- c) En el análisis valvular exhaustivo mediante técnicas de imagen multimodal en este caso en concreto, una altura geométrica (gH) de 16mm implicaría ser un parámetro favorable para reparación valvular.
- d) En el análisis valvular mediante técnicas multimodal la presencia de altura efectiva (eH) del velo anterior de 3mm indicaría que el mecanismo predominante de la insuficiencia aortica es tipo II de la clasificación de El Khoury

Si los datos que aportan la imagen multimodal son los siguientes:

Anillo aórtico de 27mm, orientación comisural a 180°, altura geométrica de 20mm ambos velos, con altura efectiva de 6 mm del velo anterior y 10mm del velo posterior sin calcio valvular.

6) Respecto a la técnica quirúrgica a realizar en este caso. ¿Cuál sería la respuesta CORRECTA?

- a) Dado que la raíz aortica tiene 47mm y se trata de una válvula aortica bicúspide fenotipo IR (L+R) no reparable, el tratamiento de elección es realizar técnica Bono-Bentall.
- b) Dado que la raíz aortica tiene 47mm y se trata de una válvula aortica bicúspide fenotipo IR(L+R) no reparable, el tratamiento de elección es SVAortica aislada con válvula mecánica.
- c) Dado que la raíz tiene 47 mm y es una válvula aortica bicúspide fenotipo IR (L+R) con datos favorables para técnica reparadora el tratamiento de elección es plastia aortica mediante plicatura del velo anterior + anuloplastia.
- d) Dado que la raíz tiene 47 mm y es una válvula aortica bicúspide fenotipo IR (L+R) con datos favorables para técnica reparadora el tratamiento de elección realizar una rectica de remodelado o reimplante valvular asociado a plastia aortica.

CASO 3

Paciente varón de 62 años con antecedentes personales de reacción transfusional febril no hemolítica, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, obesidad, cirrosis de origen enólico llegando a tener hace 12 años hemorragia digestiva alta, encefalopatía, descompensación edemoascítica y varices esofágicas de pequeño vaso.

Último control de este aspecto hace 2 años con varices esofágicas pequeñas, lesión esofágica distal compatible con gastropatía hipertensiva leve con transaminasas en ligeramente elevadas y sin alteraciones de la coagulación. Actualmente sin adhesión al alcohol.

- *Vasculopatía periférica en tratamiento con antiplaquetarios.*
- *Intervenido previamente de Uvulopalatofaringoplastia, fimosis, estenosis meato uretral.*
- *Antecedentes familiares: Padre IAM a los 80 años.*
- *Fumador activo 20 cigarrillos al día.*
- *Tratamientos previos: Omeprazol 20mg/24h. Tramadol/paracetamol 37,5/325mg 2comp/8h. Clopidogrel 75mg/24h y Ezetimiba 10mg/24h.*

*Nos remiten paciente desde hospital comarcal en el que ingresó hace 15 días por deterioro estado general con fiebre y tiritona, asociado dolor lumbar de difícil control. A nivel analítico elevación de parámetros infecto-inflamatorios PCR 280 y PCT 0.7. Se extraen hemocultivos aislándose en 4x4 *Streptococcus gallolyticus* y se inicia antibioterapia endovenosa con Ceftriaxona hasta la actualidad.*

En el despistaje de origen de síndrome febril se realiza en dicho centro las siguientes pruebas complementarias y nos aportan los siguientes informes:

- *Rx tórax: Derrame pleural bilateral ligero-moderado. Índice cardiorácio aumentado.*
- *EKG: Ritmo sinusal a 80 lpm. Complejos de bajo voltaje.*
- *ETT que muestra: derrame pericárdico severo sin datos de compromiso hemodinámico. Mala ventana ecocardiográfica, aparente correcta función biventricular con VD algo dilatado y sin aparentes disfunciones valvulares significativas.*
- *TAC toracoabdominal de hace 7 días: Derrame pleural bilateral. Derrame pericárdico con realce del pericardio. Edema en pared torácica izquierda y flanco izquierdo. Hepatopatía. Probables adenomas suprarrenales.*
- *RMN lumbar: Edema vertebral L5 con intenso edema musculatura paravertebral bilateral. Colección de 11mm paravertebral izquierda sugestiva de absceso.*

- ETT control 10 días después del primer ETT: derrame pericárdico severo de predominio anterior (23mm) circunferencial con contenido serofibrinoso. Cavidades normoexpandidas. Flujo transmitral variación 18%. Flujo transtricuspidео 42%. Colectores venosos dilatados con colapso abolido.

Presenta una evolución tórpida desde punto de vista hemodinámico con tendencia a hipotensión arterial con PAS alrededor de 90mmHg y dosis de noradrenalina a 0,2mcg/kg/min y necesidades crecientes de oxigenoterapia con ventimask a 50% manteniendo SaO2 97% y PaO2 87. Lactatos y pH en rango de la normalidad. Hiponatremia y situación de anasarca. Afebril durante la última semana con mejoría parámetros inflamatorios. PCR 187 y PCT 0.5. No se han realizado HC de control. Óptimo control del dolor lumbar.

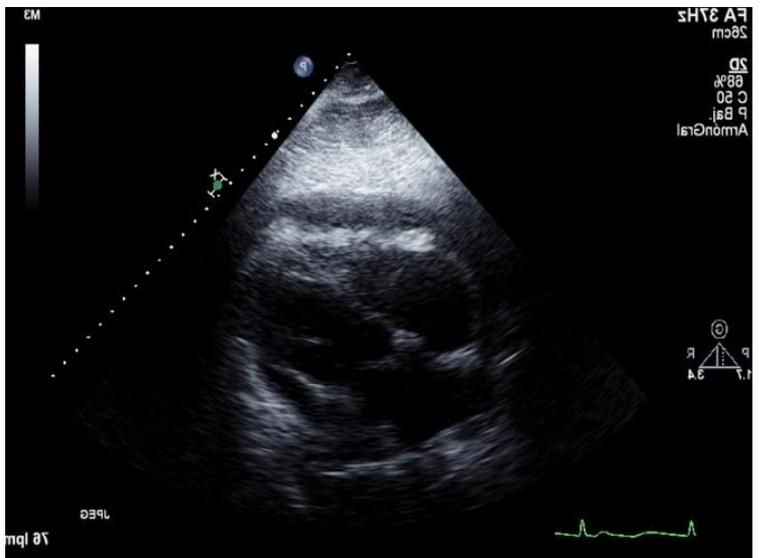
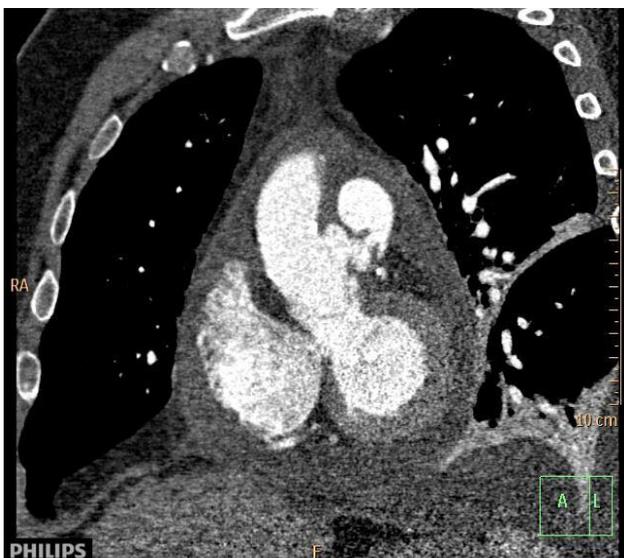
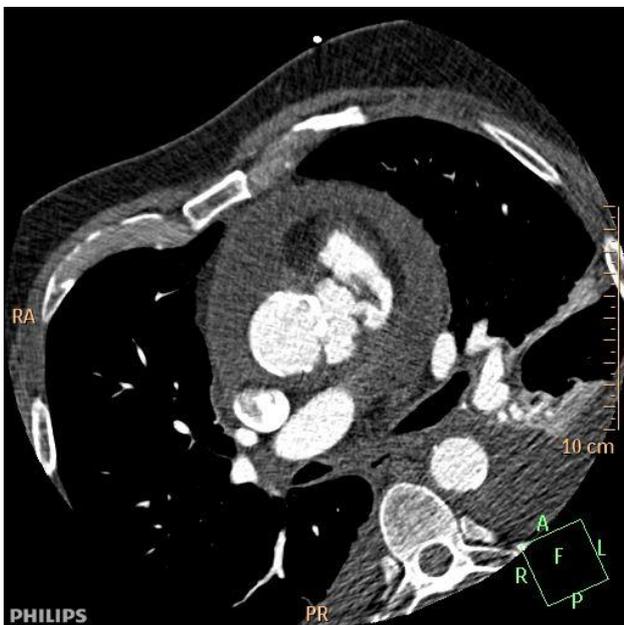
En esta situación es remitido a nuestro centro para manejo.

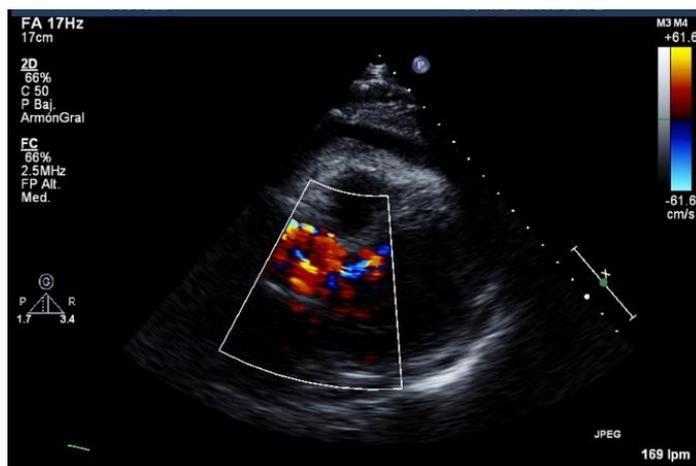
7) Con las pruebas anteriormente descritas, ¿cuál sería la afirmación MÁS ACERTADA respecto a dicho paciente?

- a) Parece claro que presenta una mediastinitis con empiema por contigüidad por los hallazgos del realce pericárdico con derrame pericárdico y pleural con edema de pared torácica y flanco izquierdo y por la gravedad infecciosa y mala situación hemodinámica y respiratoria no habría que demorar el drenaje quirúrgico llevándolo a quirófano y exploración valvular mediante ecocardiografía transesofágica intraoperatoria.
- b) Ante la situación hemodinámica y respiratoria tenemos margen para realizar otras pruebas complementarias. Solicitaría nuevo TAC y ecocardiografía transesofágica porque la sospecha clínica principal es de endocarditis infecciosa con émbolos sépticos. Repetiría hemocultivos y ampliaría cobertura antibiótica. Retiraría Clopidogrel y aunque los hallazgos fueran compatibles con afectación cardiovascular infecciosa no controlada realizaría intervención quirúrgica diferida al menos 5 días debido al tratamiento previo con Clopidogrel y no presentar un estado crítico.
- c) Ante la situación hemodinámica y respiratoria tenemos margen para realizar otras pruebas complementarias. Solicitaría nuevo TAC y ecocardiografía transesofágica porque la sospecha clínica principal es de endocarditis infecciosa con émbolos sépticos. Repetiría hemocultivos y ampliaría cobertura antibiótica. En caso de hallazgos compatibles con afectación cardiovascular infecciosa no controlada realizaría intervención quirúrgica urgente a pesar del Clopidogrel.
- d) Ante la mejoría infecto-inflamatoria mantendría antibioterapia durante 6 semanas por osteomielitis y sospecho descompensación hepática por lo que consultaría con unidad de hepatología para manejo y repetiría pruebas complementarias una vez finalizado el tratamiento antibiótico o en caso de nuevo empeoramiento inflamatorio o infeccioso.

- 8) Una vez que el paciente llega a nuestro centro es recibido por el residente de segundo año en su primera guardia al que además le han dicho que el adjunto senior que tiene hoy es muy exigente por lo que antes de presentárselo decide revisárselo minuciosamente y no se queda conforme con los informes que acompañan al paciente desde el otro centro por lo que decide revisar las imágenes de las pruebas complementarias llamándole la atención algún dato que no ve reflejado en los informes por lo que con todo bien revisado acude a usted como adjunto junior antes de informar al senior y revisa también las imágenes. Una vez revisadas el paciente ha presentado un deterioro respiratorio y signos radiológicos de edema agudo de pulmón.

Con todos los datos que dispone. ¿Qué diagnóstico y manejo le parecen MÁS APROPIADOS?:





- a) Endarteritis infecciosa con fístula aorto-pulmonar y vegetación intraluminal sin afectación valvular asociando pericarditis y derrame pericárdico inflamatorio-infeccioso y requeriría cirugía urgente consistente reparación fístula y reconstrucción raíz aórtica junto a pericardiotomía antefrénica bilateral y drenaje pleural bilateral.
 - b) Endocarditis infecciosa aórtica con insuficiencia y absceso anular anteromedial y fístula aórtica hacia tracto de salida de ventrículo derecho y derrame pericárdico inflamatorio infeccioso y requeriría cirugía urgente valvular aórtica con reconstrucción anular para cerrar la fístula junto a pericardiotomía antefrénica bilateral y drenaje pleural bilateral.
 - c) Endocarditis infecciosa aórtica con absceso y destrucción continuidad mitroaórtica y derrame pericárdico inflamatorio infeccioso y requeriría procedimiento de Commando emergente.
 - d) No hay nada diferente a lo descrito en los informes y creo que es compatible con empiema y pericarditis que requerirían drenaje y mantener antibioterapia ya que la evolución está siendo favorable desde punto de vista infeccioso.
- 9) Respecto al momento adecuado para la cirugía en pacientes con endocarditis infecciosa izquierda señale respuesta que NO le parezca CORRECTA:**
- a) Se recomienda la cirugía de emergencia para la endocarditis valvular nativa o protésica aórtica o mitral con insuficiencia aguda grave, obstrucción o fístula que causa edema pulmonar refractario o shock cardiogénico. Clase de recomendación I. Nivel de evidencia B.
 - b) Se recomienda la cirugía de urgencia para la infección localmente incontrolada (abscesos, pseudoaneurisma, fístula, vegetación grande, dehiscencia de prótesis, BAV nuevo). Clase de recomendación I. Nivel de evidencia B.
 - c) Se recomienda la cirugía de urgencia para la EI aórtica o mitral con vegetaciones ≥ 10 mm, sin disfunción valvular grave ni evidencia clínica de embolia y con riesgo quirúrgico bajo. Clase de recomendación I. Nivel de evidencia C.
 - d) Se debe considerar la cirugía urgente para la EI sobre válvula protésica causada por *S. aureus* o bacterias Gran negativas del grupo no HACEK. Clase de recomendación IIa. Nivel de evidencia C.

CASO 4

Varón de 47 años que acude al hospital por cuadro de dolor torácico y disnea de pequeños esfuerzos y algunas veces en reposo de 4 días de evolución. La última de ellas muy intensa esta mañana mientras se afeitaba.

Antecedentes familiares: padre con muerte súbita por infarto agudo de miocardio (IAM) a los 55 años. Hermano intervenido de cirugía coronaria a los 52 años.

Antecedentes personales:

- *Fumador de 30 cigarrillos/día.*
- *Hipertensión arterial en tratamiento en buen control.*
- *Hipercolesterolemia en tratamiento y control regular.*
- *Obesidad.*
- *Apendicectomía a los 18 años.*
- *Grado funcional basal: dolor torácico con esfuerzos moderados (CCS I-II), sin disnea.*
- *Tratamiento previo: bisoprolol, 2,5 mg (1-0-0); enalapril 10 mg (1-0-0); atorvastatina, 40 mg (0-0-1).*

Exploración física: talla 165 cm, peso, 93 kg. Consciente, orientado. Cabeza y cuello normales. Tórax normal. Auscultación cardiaca rítmica y soplo sistólico I/IV en ápex. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular con algún sibilante espiratorio. Abdomen globuloso con peristaltismo conservado y no doloroso a la palpación.

Extremidades superiores: pulsos radiales presentes, test de Allen bilateral con buen relleno capilar a los tres segundos. Extremidades inferiores: pulsos distales presentes.

Exploraciones complementarias:

- *Analítica: leucocitos, 6.600 (neutrófilos 60%); hemoglobina 15,1; hematocrito 46,2 %; plaquetas 218.000; creatinina 0,78; urea 22; sodio 139, potasio 4; coagulación normal.*
- *EKG: RS, PR 180 ms, datos de crecimiento VI, rectificación de ST en II, III y aVF.*
- *RX TÓRAX: ICT normal; campos pulmonares con datos de broncopatía crónica.*
- *Ecocardiograma: Aurícula izquierda de tamaño normal. Diámetro AP: 34 mm. Septo interauricular íntegro, sin flujos anómalos por Doppler color. DTD: 45 mm. DTS: 34 mm. SIV: 12 mm. PP: 10 mm. Función sistólica global de VI normal. FE Simpson: 50 %. Se observan anomalías de la contracción segmentaria por hipocinesia inferobasal.*

Función diastólica del VI normal. Presiones de llenado del VI no elevadas. Aurícula derecha de tamaño normal. Ventrículo derecho de tamaño y función normal. Válvula aórtica trivalva Gmax VA: 10 mmHg. Gmed VA: 6 mmHg. Competente. Raíz de aorta y aorta ascendente de dimensiones y morfología normales. Válvula mitral normofuncionante Válvula tricúspide de aspecto normal. Imposibilidad calcular PSAP por ausencia de IT. Sin derrame pericárdico.

- Coronariografía: Tronco común presenta una lesión significativa (70%), calcificación moderada y flujo TIMI 3. Descendente anterior presenta una lesión significativa (90%) proximal con calcificación moderada y flujo TIMI 3. Circunfleja con primera rama marginal lesión severa (90%), calcificación moderada y flujo TIMI 3; resto por surco AV y escaso desarrollo. Coronaria derecha, el segmento medio de la arteria coronaria derecha presenta una lesión severa (95%), calcificación severa y flujo TIMI 3. El lecho distal es de buen calibre y extensión.

10) Por la noche, tras el ingreso, le avisa su residente que el paciente avisa por dolor torácico en reposo con cambios en el electrocardiograma en forma de descenso del segmento ST de 1 mm en derivaciones II, III, aVF estando hemodinámicamente estable. ¿Cuál de las siguientes cree que sería la opción más razonable según las guías de la ACC/AHA/SCAI?

- a) Cirugía de revascularización coronaria con carácter de emergencia.
- b) Angioplastia coronaria primaria sobre la lesión culpable.
- c) Tratamiento farmacológico inicial y realizar la intervención durante el ingreso hospitalario.
- d) Tratamiento farmacológico inicial, posteriormente doble antiagregación y diferir la intervención más de dos semanas de forma ambulatoria.

11) Tras comentar el caso conjuntamente Cardiólogo clínico, hemodinamista y cirujano cardiaco de guardia se decide una intervención coronaria percutánea, según la guía de las ACC/AHA/SCAI, señale la respuesta correcta:

- a) El stent de elección debe ser un DES (drug eluting stent).
- b) El stent de elección de ser un BMS (bare metal stent).
- c) La elección de uno u otro tipo de stent debe basarse en el estudio con ultrasonidos (IVUS) durante el procedimiento.
- d) Al no ser diabético, ambos tipos de stent (DES, BMS) tendrán resultados similares.

12) El paciente descrito padece una cardiopatía isquémica por enfermedad coronaria de TCI y tres vasos. Atendiendo al seguimiento a los cinco años del NOBLE trial, señale la respuesta correcta:

- a) A los cinco años no existe una diferencia significativa en todas las causas de mortalidad entre el intervencionismo coronario y la cirugía coronaria
- b) A los cinco años existe una mayor mortalidad en el grupo sometido a intervencionismo coronario.
- c) A los cinco años existe una mayor mortalidad en el grupo sometido a cirugía coronaria.
- d) A los cinco años no existe diferencia significativa en cuanto a necesidad de revascularización entre el intervencionismo coronario y la cirugía coronaria.

CASO 5

Varón 60 años, sin alergias medicamentosas conocidas. AP: Fumador hasta 2015, HTA, DM tipo 2 e hipercolesterolemia. Arteriopatía periférica estadio IIa de Fontaine desde 2016.

Antecedentes cardiológicos: Cardiopatía isquémica con stent en DA en 1992, SCACEST anterior en 2021 (stent farmacoactivo en DA media). Fibrilación auricular desde 2015.

Antecedentes quirúrgicos: Insuficiencia mitral grave + Insuficiencia tricúspide + enfermedad coronaria CD con cirugía electiva en 2017: Sustitución valvular mitral por prótesis mecánica Carbomedics nº 31+ Anuloplastia tricúspide con anillo Physio nº 34 + Bypass Ao/Co: Vena safena interna a CD.

Otros antecedentes: Hepatopatía, Sd de Evans (trastorno autoinmune grave que le provocó trombocitopenia autoinmune, anemia hemolítica autoinmune tratada con Corticoides e Inmunoterapia). Insuficiencia renal.

Tratamiento actual: Acenocumarol 4 mg, Bisoprolol 5 mg, Valsartan 40 mg, Eplerenona 25 mg, Atorvastatina/Ezetimiba 80/10 mg, Metformina/Dapagliflozina 1000/5 mg, Omeprazol.

*Ingresa en la planta de Hematología en febrero 2023 para control de su proceso hematológico (Sd. De Evans). Al 4º día del ingreso presenta cuadro febril de 38.9°C sin otra sintomatología acompañante, se solicitan hemocultivos y rastreo de infección (colonización rectal previa por *Klebsiella pneumoniae*, sondajes vesicales intermitente y portador de catéter yugular central).*

13) ¿Qué terapia empírica le parece más adecuada?

- a) Daptomicina 700 mg cada 24 h iv
- b) Ceftazidima 2 gr cada 8 h iv
- c) Vancomicina 1 gr cada 12 h iv + Ceftazidima 2 gr cada 8 h iv
- d) Meropenem 2 gr cada 8 h iv

*El resultado del rastreo de la infección: en 2 Hemocultivos separados: *Klebsiella pneumoniae* cepa productora de carbapenemasa y *Staphylococcus aureus* meticilin resistente.*

*Antibiograma: *Klebsiella pneumoniae* sensible a Ceftazidima, Meropenem y *Staphylococcus aureus* sensible a Vancomicina, Teicoplanina, Rifampicina y Daptomicina*

Se solicitan niveles de Vancomicina, y el resultado tanto del valle como del pico es por debajo de su intervalo terapéutico. En la analítica empeoramiento de la creatinina.

Se solicita ETT para despistaje de endocarditis.

ETT: Abundante humo auricular. Prótesis mecánica mitral normofuncionante, regurgitación fisiológica de lavado, grad. Medio 5 mmHg con adecuada motilidad de los discos. No se aprecian vegetaciones. Tricúspide y pulmonar sin imágenes sugestivas de vegetaciones. Válvula aortica: trivalva, con signos de denegación. Se aprecia engrosamiento y cierto aspecto desflecado del velo coronario izquierdo, Insuficiencia aortica central moderada. Conclusión: engrosamiento asimétrico del velo coronario izquierdo compatible con endocarditis, aunque no se observa perforación o rotura de este. Insuficiencia aortica moderada.

Con el resultado del ETT y los niveles de Vancomicina, se cambia la Vancomicina por Daptomicina 10 mg/kg/24 h iv, según indicación del servicio de infecciosas.

*El paciente se diagnóstica de endocarditis infecciosa por *Staphylococcus aureus* meticilin resistente sobre válvula nativa y portador de válvula mitral protésica, evoluciona favorablemente. Afebril, asintomático y hemocultivos negativos, continua con tratamiento Antibiótico: Daptomicina hasta completar las 8 semanas. Se corrige la trombopenia.*

Se realiza un ETE evolutivo casi al finalizar tratamiento antibiótico.

ETE: Prótesis mecánica mitral se observa imagen filiforme de movimiento pendulante compatible con vegetación asentada en el anillo protésico. Uno de los jets de IM fisiológico de la prótesis se origina justo por delante de la misma, pero no hay IM periprotésica. Hay imágenes nodulares de movimiento vibrátil sobre la faceta auricular de los discos, que, dado el contexto, parecen vegetaciones. Válvula aortica trivalva, con esclerosis en los velos, persisten imágenes descritas sobre válvula aortica con Insuficiencia aortica central moderada. Tricúspide sin alteraciones.

14) En paciente con estabilidad clínica, tras tratamiento antibiótico y con imágenes compatibles con vegetaciones en ETE, ¿Cuál le parece la actitud más adecuada?

- a) Retirada de Antibiótico y Hemocultivos de control.
- b) Cambio de antibioterapia a Daptomicina + Rifampicina al menos 6 semanas más.
- c) Cambio de antibioterapia a Daptomicina + Ceftarolina durante al menos 6 semanas más.
- d) Comentar en sesión médico-quirúrgica para valoración de intervención quirúrgica sin retirar la pauta antibiótica.

Paciente empeora súbitamente, con fiebre, disnea e hipotensión. Se toman nuevos hemocultivos y se repite ETT: prótesis mecánica con movilidad de los discos normal, masa móvil dependiente del anillo anterior mayor que en estudio previo. Engrosamiento del anillo en la continuidad mitro-aortica. Válvula aortica con engrosamiento de los velos coronario izquierdo y no coronario, Insuficiencia aortica moderada. Resto sin cambios.

Resultado de últimos Hemocultivos: Staphylococcus aureus meticilin resistente, sensible a Ceftarolina, Tigeciclina, Rifampicina, Vancomicina, Teicoplanina y Daptomicina.

Se añade a la Daptomicina+ Ceftarolina.

15) Se interviene al paciente una vez estabilizado y el tratamiento a realizar seria:

- a) Sustitución válvula mitral y aortica la válvula aortica + antibióticos postoperatorios 1 semana con Daptomicina.
- b) Sustitución válvula mitral, valorar la válvula aortica y continuidad mitro-aortica, solo cambiar si se ven alteraciones+ antibióticos postoperatorios 1 semana con Daptomicina + Ceftarolina.
- c) Sustitución válvula mitral y aortica + antibióticos postoperatorios durante 4 semanas con Daptomicina + Ceftarolina.
- d) Ninguna de las anteriores es correcta.

CASO 6

Mujer de 35 años diagnosticada de Miocardiopatía hipertrófica obstructiva, con 50 mmHg de gradiente en reposo. Asintomática. Estudio genético positivo.

- 16) En lo referente al estudio genético de esta paciente, señale la CORRECTA:**
- a) Está entre el 75% de pacientes que tienen una variante genética patógena o probablemente patógena identificable.
 - b) Algunos casos de MCH están asociados con mutaciones en genes que codifican proteínas del sarcómero. Los genes más comúnmente encontrados son TNNI3, TPM1, MYL2, MYL3, ACTC1.
 - c) los genes que aparecen en 25% son la beta miosina de cadena pesada 7 (MYH7), (TNNT2) produce la proteína troponina T y la proteína de unión a miosina C3 (MYBPC3).
 - d) La miocardiopatía hipertrófica generalmente se transmite de manera autosómica dominante.
- 17) En el caso concreto de esta paciente, ¿cuál de las siguientes NO es una recomendación clase I en las guías de la ESC 2023 del mantenimiento de las miocardiopatías?**
- a) La anticoagulación oral para reducir el riesgo de accidentes cerebrovasculares y episodios tromboembólicos en todos los pacientes con MCH (miocardiopatía hipertrófica) o amiloidosis cardíaca y FA (fibrilación auricular) o flutter auricular (a menos que esté contraindicado).
 - b) En pacientes sintomáticos con MCH (miocardiopatía hipertrófica) y estudios de imagen cardíaca no invasiva no concluyentes, se recomienda el cateterismo cardíaco izquierdo y derecho para evaluar la gravedad de la OTSVI (obstrucción tracto de salida del ventrículo izquierdo) y medir las presiones de llenado del VI.
 - c) Se recomienda implantar un DAI en pacientes con MCH (miocardiopatía hipertrófica), MCD (miocardiopatía dilatada) y MAVD (miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho) que han sobrevivido a una parada cardíaca debido a TV (taquicardia ventricular) o FV (fibrilación ventricular), o que tengan arritmia ventricular sostenida espontánea que causa síncope o compromiso hemodinámico, en ausencia de causas reversibles.
 - d) Se recomienda que todos los pacientes clínicamente estables con miocardiopatía se sometan a un seguimiento de rutina mediante un enfoque multiparamétrico que incluya ECG y ecocardiografía cada 1 a 2 años.

18) Si desarrollara síntomas leves (clase funcional II de la NYHA) refractarios al tratamiento médico que tengan un gradiente en reposo o máximo provocado (ejercicio o maniobra de Valsalva) de ≥ 50 mmHg se puede considerar el indicar una terapia de reducción septal (en un Centro con experiencia) si presentara alguna de estos factores: (Señalar la respuesta CORRECTA)

- a) Dilatación auricular izquierda de moderada a severa y/o fibrilación auricular.
- b) La sustitución de la válvula mitral en pacientes con un gradiente del TSVI en reposo o máximo provocado ≥ 50 mmHg cuando haya insuficiencia mitral de moderada a severa después de una miectomía aislada.
- c) Insuficiencia mitral relacionada con SAM moderada a severa.
- d) Todas son correctas.

PREGUNTAS DE RESERVA- Prueba teórico-práctica

CASO 1

1) ¿Cuál es la complicación más frecuente tras el TEVAR en este paciente?

- a) Trombosis de la rama contralateral
- b) Infección protésica.
- c) Endoleak.
- d) Isquemia medular.

CASO 2

2) Respecto al resultado de la cirugía de reparación valvular aortica mediante técnicas de reimplante o remodelado de raíz aortica. ¿Cuál es la respuesta verdadera?

- a) En el análisis intraoperatorio de una cirugía de reparación valvular aortica mediante técnica de DAVID V si hay insuficiencia aortica de mecanismo tipo II y grado II excéntrica indica que hay que reclampar para fruncir más el anillo.
- b) En el análisis intraoperatorio de una cirugía de reparación valvular aortica mediante técnica de DAVID V la presencia de gradiente medio menor 10mmhg, altura de coaptación mayor de 5mm y altura efectiva mayor de 9mm son buenos parámetros para precedir resultados a largo-medio plazo.
- c) En el análisis intraoperatorio de una cirugía de reparación valvular aortica mediante técnica de DAVID V los parámetros no son valorables ni reproducibles y hay que valorarlos a los 7 días.
- d) En el análisis intraoperatorio de una cirugía de reparación valvular aortica mediante técnica de DAVID V la presencia de Insudiciencia residual central con VC de 1mm obliga siempre a reclampar para reevaluar la reparación valvular.

CASO 3

3) Respecto al tratamiento antibiótico de la endocarditis infecciosa por estreptococos orales y del grupo *S. Gallolyticus* señale la respuesta correcta:

- a) Penicilina G 12-18 millones U/ día iv en 1-2 dosis. 4 semanas en nativa y 6 en protésica. Clase de recomendación I. Nivel de evidencia C.
- b) Ceftriaxona 2g/día iv en 1 dosis. 4 semanas en nativa y 6 en protésica. Clase de recomendación I. Nivel de evidencia B.
- c) Vancomicina 60mg/kg/día iv en dos dosis 4 semanas en nativa y 6 en protésica en caso de alergia a betalactámicos. Clase de recomendación I. Nivel de evidencia C.
- d) En caso de exposición aumentada o resistentes a la penicilina se debe combinar con Gentamicina a dosis de 6 mg/kg/día iv o im en una dosis durante 2 semanas. Clase de recomendación I. Nivel de evidencia C.

CASO 4

4) Antes de realizar el intervencionismo se vuelve a replantear el caso y finalmente se decide cirugía coronaria. Según la guía de las ACC/AHA/SCAI, señale la respuesta que le parezca INCORRECTA:

- a) La cirugía coronaria sin circulación extracorpórea (CEC) se asocia a una extubación más precoz y puede mejorar los resultados en pacientes con patología respiratoria.
- b) La utilización rutinaria de la ultrasonografía epiaórtica puede reducir las ^{[[[}complicaciones ateroembólicas.
- c) Existen datos consistentes que muestran que las cirugías coronarias con y sin CEC son equivalentes en estudios observacionales, retrospectivos y aleatorizados.
- d) La cirugía coronaria sin CEC debe ser hecha por cirujanos experimentados en la cirugía con y sin CEC.

CASO 5

5) Según los criterios diagnósticos de endocarditis infecciosa modificados por la sociedad europea de cardiología 2023, este paciente que criterios de endocarditis definitiva cumpliría:

- a) 2 criterios mayores.
- b) 1 criterio mayor y al menos 2 criterios menores.
- c) 4 criterios menores.
- d) Todas son ciertas.

CASO 6

6) ¿Qué fármaco NO usaríamos para ella (NYHA 2) si no cumpliera criterios de indicación quirúrgica?

- a) Bisoprolol
- b) Carvedilol
- c) Metoprolol
- d) Atenolol