



6010-95. CALCINOSIS MIOCÁRDICA EXTENSA: UN HALLAZGO POCO FRECUENTE

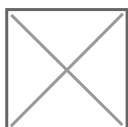
Antonio Aurelio Rojas Sánchez, Daniel Prieto Toro, Jesús Rodríguez Silva, María Inmaculada Navarrete Espinosa, Javier Soria Romero, Susana Gorriño Marín, Paula Guardia Martínez y Manuel de Mora Martín, del Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción y objetivos: Las calcificaciones cardiacas pueden deberse a 2 mecanismos de disposición del calcio: metastásico o distrófico. Es un hallazgo poco frecuente, más común en varones y generalmente secundario a IAM.

Métodos: Presentamos el caso de un varón de 57 años de edad con historia de enfermedad renal crónica avanzada en hemodiálisis debido a poliquistosis renal trasplantado de riñón desde hace 1 mes. Había sido estudiado previamente por parte de cardiología con arterias coronarias angiográficamente normales y ventrículo izquierdo ligeramente hipertrófico, con función sistólica conservada.

Resultados: Acude al servicio de urgencias por dolor abdominal y fiebre de 38 °C, presentaba taquicardia, hipotensión, reactantes de fase aguda elevados, con PCR de 420 y sedimento urinario patológico. La ecografía del injerto renal mostró edema periinjerto y gas en vía excretora, confirmando la presencia de pielonefritis de injerto renal. Se inicia tratamiento antibiótico, 2 días después del ingreso el paciente comienza con intenso dolor torácico presentado descenso del segmento ST lateral y ascenso sostenido de troponina, se realiza coronariografía sin mostrar lesiones coronarias. Presentó insuficiencia cardiaca leve tratada con ultrafiltración renal. Se realizó TAC cardiaco para descartar otras causas, mostro intensas calcificaciones estriadas a nivel miocardio de VI, VD y ambas aurículas. La ecocardiografía mostró hipertrofia ventricular izquierda (TIV 13 mm) y función sistólica ligeramente reducida. Los hemocultivos y urocultivos fueron negativos, así como PCR a citomegalovirus, se realizó biopsia renal que mostró rechazo agudo del injerto por lo que se decidió retirar inmunosupresores y reiniciar tratamiento sustitutivo renal. No presentó nuevos episodios de dolor torácico y recupero función ventricular, por lo que se procedió al alta. El evento fue diagnosticado de miocarditis y no fue necesario biopsia cardiaca.



Rx torácica y TAC cardiaco con calcinosis miocárdica extensa.

Conclusiones: En nuestro paciente, la presencia de hiperparatiroidismo y miocarditis justifican la calcinosis grave. La insuficiencia renal desempeña un papel importante en la prevalencia y la gravedad de las calcificaciones valvulares, pero su relevancia en la calcificación miocárdica y su papel pronóstico aún se desconoce.