



Ateneo Clínico

Napoli LLobera
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. C. Argerich
28/03/2018

Paciente: L.L

Edad: 25 años

Sexo: Masculino

Ingreso: 30/12/2017

Alta: 26/01/2018

Motivo de consulta:

Diarrea, vómitos y fiebre.

Enfermedad actual:

Paciente que consulta al Hospital Udaondo el 29/12/17 por presentar cuadro clínico de tres días de evolución caracterizado por dolor punzante de intensidad 8/10 en hipocondrio derecho asociado a diarrea, vómitos y fiebre.

Allí evoluciona con hipotensión arterial (TA 60/40), disnea y mareos. Se realiza ECG que evidencia bloqueo auriculoventricular de tercer grado, por lo que se deriva el 30/12 a UCO para diagnóstico y tratamiento.

Antecedentes de enfermedad actual:

Factores de riesgo cardiovascular:

- Obesidad grado I (IMC: 30.1)
- Tabaquista (15 paquetes/año).

Antecedentes personales

Consumo de alcohol: 1 litro diario (10 gramos/día). Paciente refiere haber consumido aproximadamente 5 litros el día previo a la consulta.

Niega consumo de drogas ilícitas.

Sin antecedentes cardiológicos conocidos.

Sin medicación previa.

Exámenes complementarios previos:

-Ecografía abdominal 29/12/17:

Hígado de forma y tamaño conservado. Ecoestructura homogénea, con cambios esteatosicos grado III.

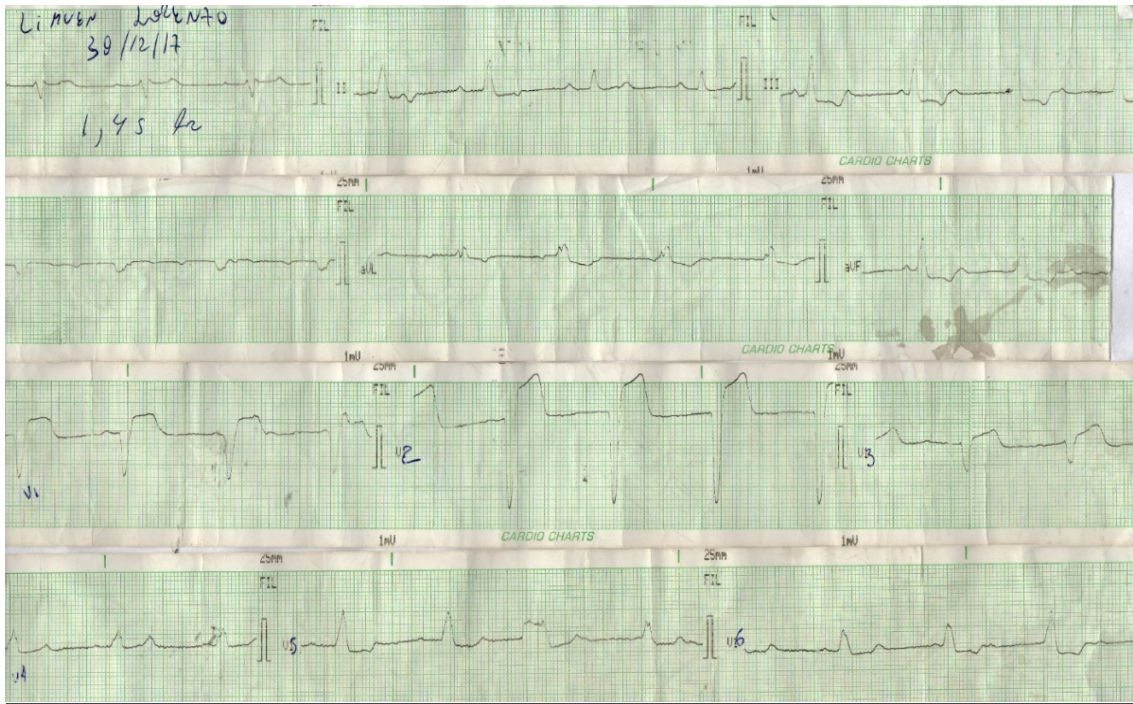
Vesícula de paredes engrosadas con contenido, alitiásica. Vía biliar no dilatada.

Páncreas de características normales.

Bazo de forma, tamaño conservado y ecoestructura conservada.

Ambos riñones de características normales. No se evidencia liquido libre en cavidad.

ECG DE INGRESO A HOSPITAL UDAONDO



EXAMEN FISICO INGRESO A UNIDAD CORONARIA 30/12/2017

TA:	FC:	FR:	T:	Sat:	IMC:
90/58	65	18	36,5	98% al	30.1
mmHg	Lpm	Cp	°C	0,21	
g		m			

Ap. Cardiovascular: Ingurgitación yugular 3/3 sin colapso inspiratorio. Pulso de amplitud conservada, choque de la punta palpable dentro del 5° espacio intercostal y línea medio claviclar. R1 y R2 hipofonéticos, sin soplo.

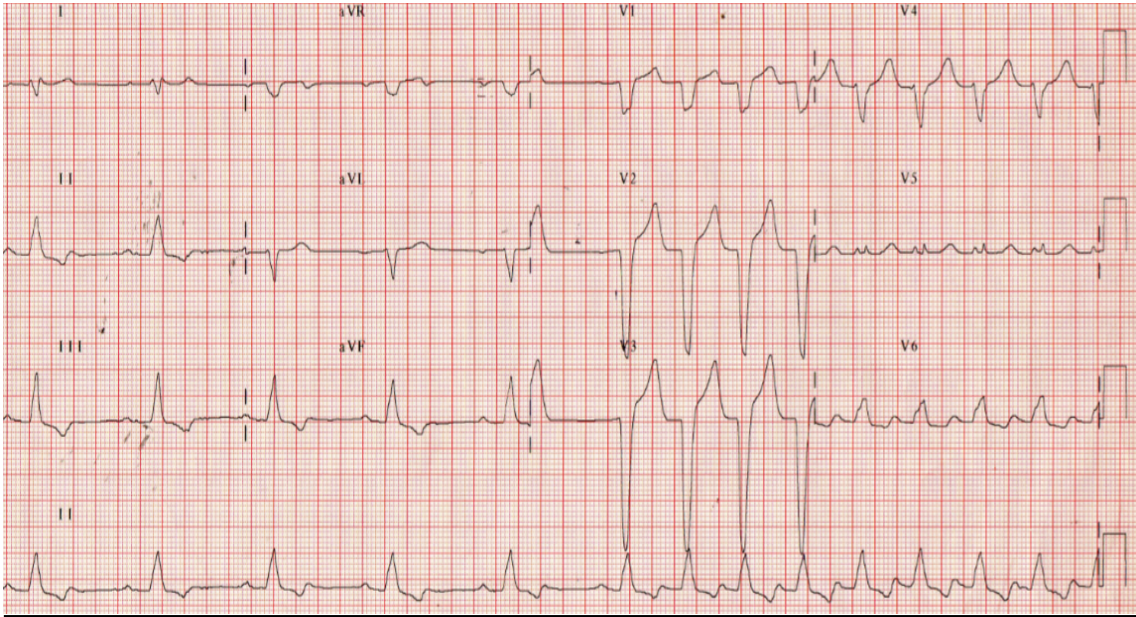
Ap. Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria. Crepitantes hasta campo medio bilateral. Ortopnea.

Abdomen: Globoso, distendido. Hígado palpable a dos traveses de dedos y doloroso a la palpación superficial y profunda. RHA positivos, sin signos de defensa o irritación peritoneal.

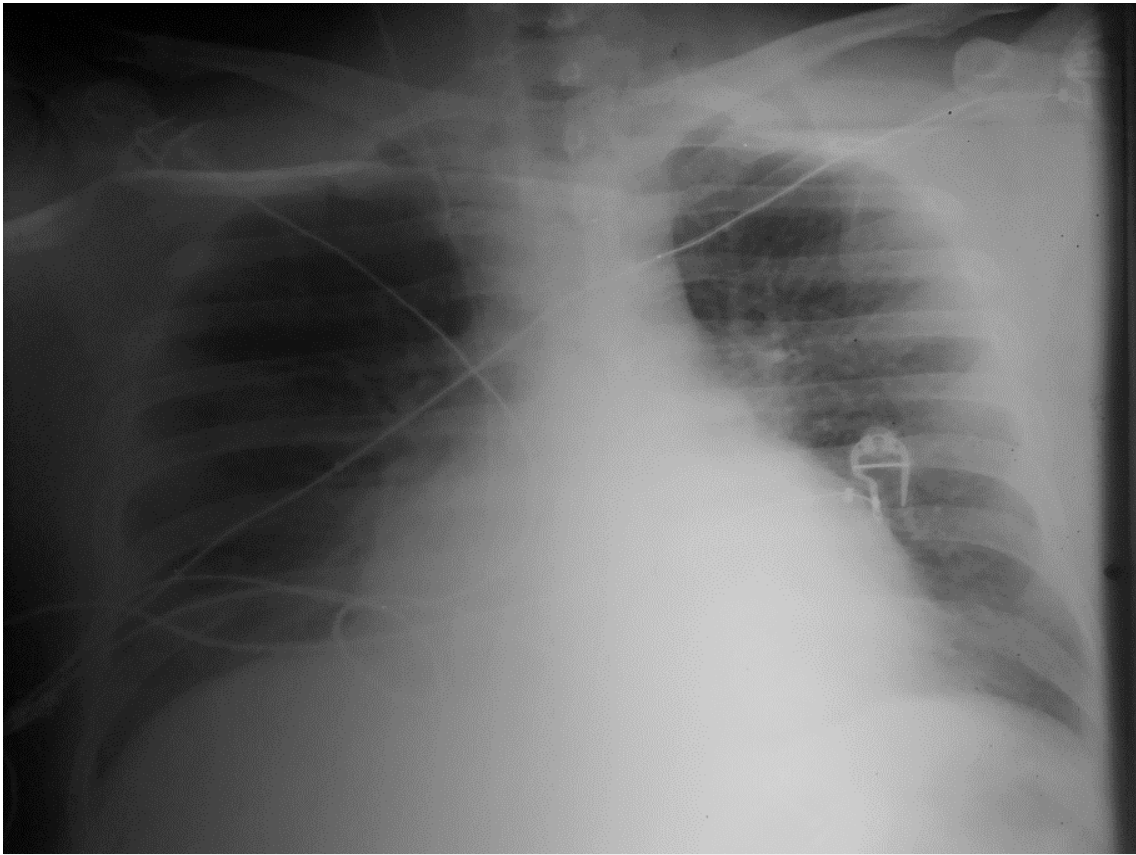
Neurológico: Lucido, sin signos de foco motor o meníngeo.

Piel y partes blandas: Bien perfundido. Edemas periféricos 2/6.

ECG DE INGRESO A UCO



RADIOGRAFIA DE TORAX DE INGRESO A UCO



ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO 30/12/17

<u>DDVI:</u>	<u>DSVI:</u>	<u>FAC:</u>	<u>SIV:</u>	<u>PP:</u>	<u>AI:</u>	<u>AO:</u>
<u>5,2 cm</u>	<u>4,1 cm</u>	<u>20%</u>	<u>1,1 cm</u>	<u>0,91 cm</u>	<u>22 cm2</u>	<u>2,8 cm</u>

Estudio realizado en UCO. Regular ventana ultrasónica.

Ventrículo izquierdo no dilatado, con hipertrofia septal leve.

Función sistólica VI severamente deprimida. Fey por Simpson Biplano 40%.

Movimiento paradójal del septum con engrosamiento disminuido, hipoquinesia leve de segmentos restantes.

Aurícula izquierda levemente dilatada. Área 22 cm². Flujo mitral variable por disociación AV.

Cavidades derechas no se pueden evaluar correctamente por mala ventana, impresionan no dilatadas con función sistólica conservada del VD.

Vena cava inferior dilatada (28 mm) colapso menor al 50%.

Insuficiencia tricúspidea mínima que no permite estimar PSAP de manera correcta.

Insuficiencia mitral protosistólica. Resto de válvulas ecocardiográficamente normales.

No se observa derrame pericárdico.

EVOLUCIÓN EN UCO (30/12/2017 AL 05/01/2018)

Por antecedente de episodio febril asociado a diarrea se realizan HMCx2, UC y coprocultivo, los cuales son negativos.

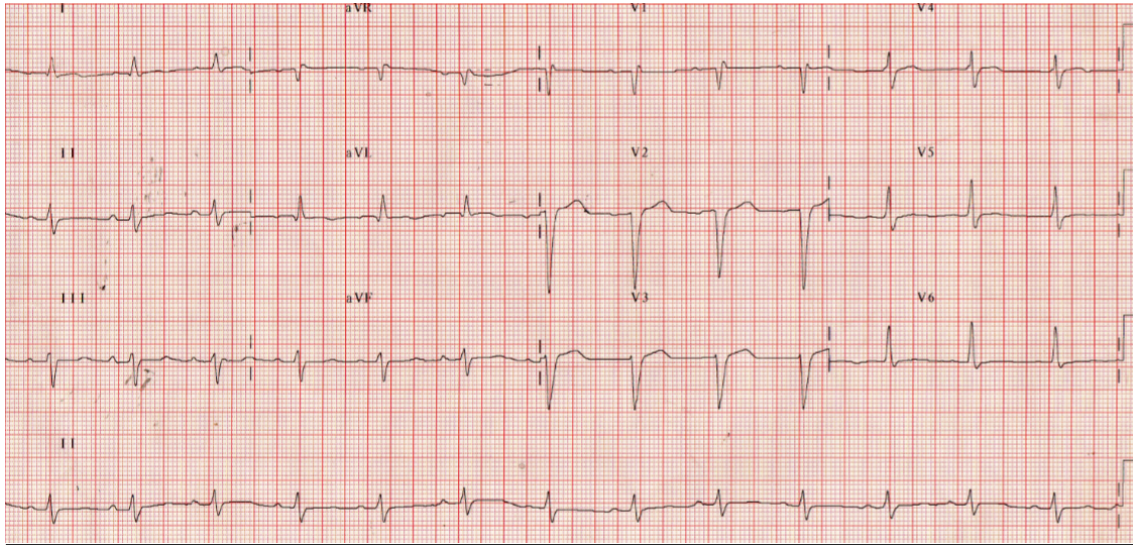
Se realizan enzimas cardíacas (Troponina >2000 y CK 336/44), y hepatograma que evidencia elevación de transaminasas (Got 1800/Gpt 848) compatible con hepatitis aguda.

Se interpreta cuadro como BAV de tercer grado que alterna con ritmo sinusal e insuficiencia cardíaca aguda secundaria a miocarditis viral vs toxica por enol.

Evoluciona con mejoría del cuadro clínico, realizando balance negativo con diuréticos EV.

Desde el punto de vista electrocardiográfico evoluciona alternando entre BAV completo, 2:1, permaneciendo en ritmo sinusal desde el 02/01.

ECG DURANTE INTERNACION EN UCO 02/1/2018



ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO 02/01/2017

DDVI	DSVI	FA	SIV	PP:	AI:	AO:
:	:	C:	:	0,9	26	3,1 cm
6,0	5,1	15	1,0	0	cm²	
cm	cm	%	cm	cm		

Ventrículo izquierdo dilatado con espesores parietales normales.

Hipoquinesia difusa de sus paredes. Septum paradojal.

La función sistólica global se encuentra severamente deprimida. Fev 26%.

Strain longitudinal global -7.8.

Aurícula izquierda levemente dilatada. Leve dilatación de cavidades derechas.

Ventrículo derecho levemente dilatado. Función sistólica deprimida. Tapse 15 mm. Velocidades tisulares reducidas.

Válvulas morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción. Leve reflujo mitral y tricúspideo.

Psap 35 mmhg. Flujo diastólico mitral con onda monofásica.

No se observa derrame pericárdico.

EVOLUCIÓN EN UCO (30/12/2017 AL 05/01/2018)

Presenta descenso de enzimas cardiacas y transaminasas.

Se solicitan serologías virales y toxicológico en orina los cuales son negativos.

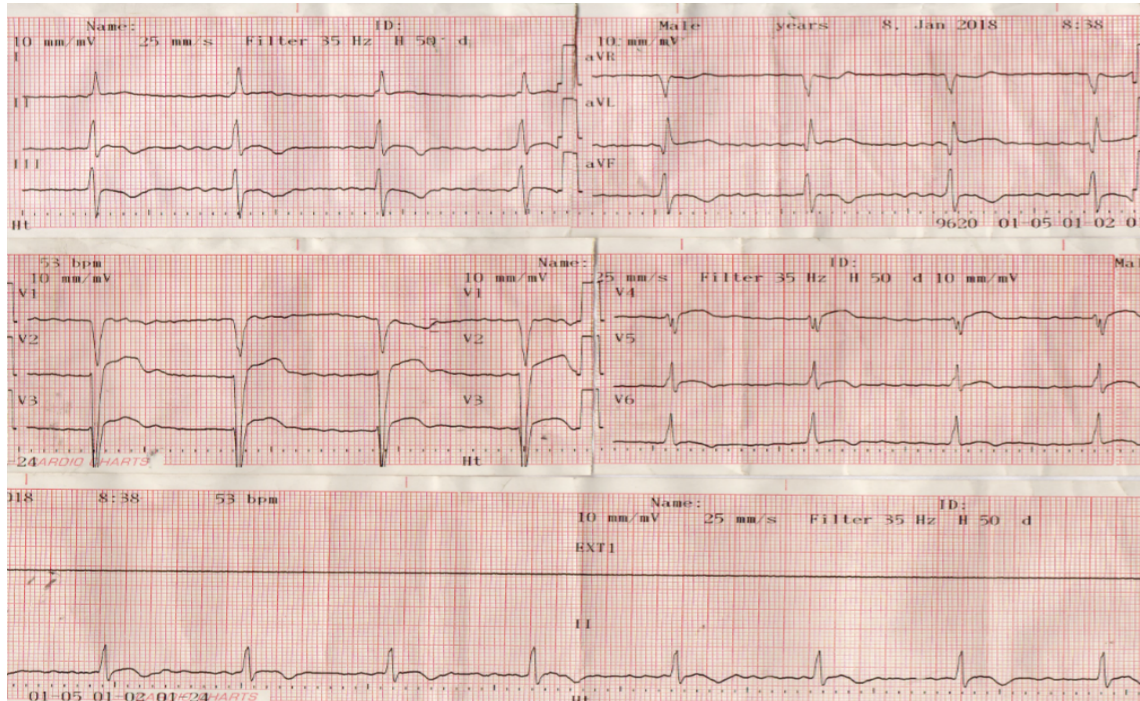
El 5/1 se decide su pase a sala de cardiología.

EVOLUCION EN SALA DE CARDIOLOGIA (05/01/2018 AL 26/01/2018)

Intercurre el 08/01 con episodio de FA con bloqueo AV de tercer grado, sin descompensación hemodinámica.

Se decide realizar estudio electrofisiológico.

ECG DURANTE INTERNACION EN SALA



ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO 11/01/2018

QRS: 115 mseg.

AH: 145 mseg.

HV: 55 mseg.

RR: 839 mseg.

De forma espontanea se observa bloqueo AV de segundo grado suprahisiano, con fenómeno de Wenckebach. Se pueden constatar variaciones del intervalo HV entre 52 y 60 mseg.

Se evidencia bloqueo 2:1 de tipo suprahisiano con estimulación auricular a 600 mseg. Se repite estimulación luego de la administración de atropina, se constata mejoría de la conducción suprahisiana con Wenckebach a 660 mseg, sin modificaciones en la conducción infrahisiana.

EVOLUCION EN SALA DE CARDIOLOGIA (05/01/2018 AL 26/01/2018)

Por los hallazgos en el estudio electrofisiológico se decide colocación de marcapasos definitivo DDD.

Evoluciona hemodinámicamente estable, con ECG en ritmo sinusal que alterna con FA.

Se optimiza tratamiento medico de la insuficiencia cardiaca con buena tolerancia. Se inicia anticoagulación.

El 26/1 a la espera de llegada de dispositivo, familiares solicitan derivación a otro centro para implante.

MEDICACIÓN AL ALTA

-Carvedilol 3.125 mg/12 horas vo.

-Enalapril 5 mg/12 horas vo.

-Acenocumarol según cartilla médica.

EVOLUCION EN HOSPITAL FERNANDEZ (26/01/2018 AL 31/01/2018)

Evoluciona hemodinámicamente estable, sin signos de fallo agudo de bomba.

Se realiza:

-Holter de 24 hs que evidencia ritmo sinusal con episodios paroxísticos de FAARV de hasta 29 minutos de duración. Sin sintomatología.

-Ecocardiograma que informa DDVI 51/DSVI 41/SIV 7/PP 0.8

Fey 52%. AI 19 cm². TAPSE 19. IM e IT leve. Psap 25 mmhg.

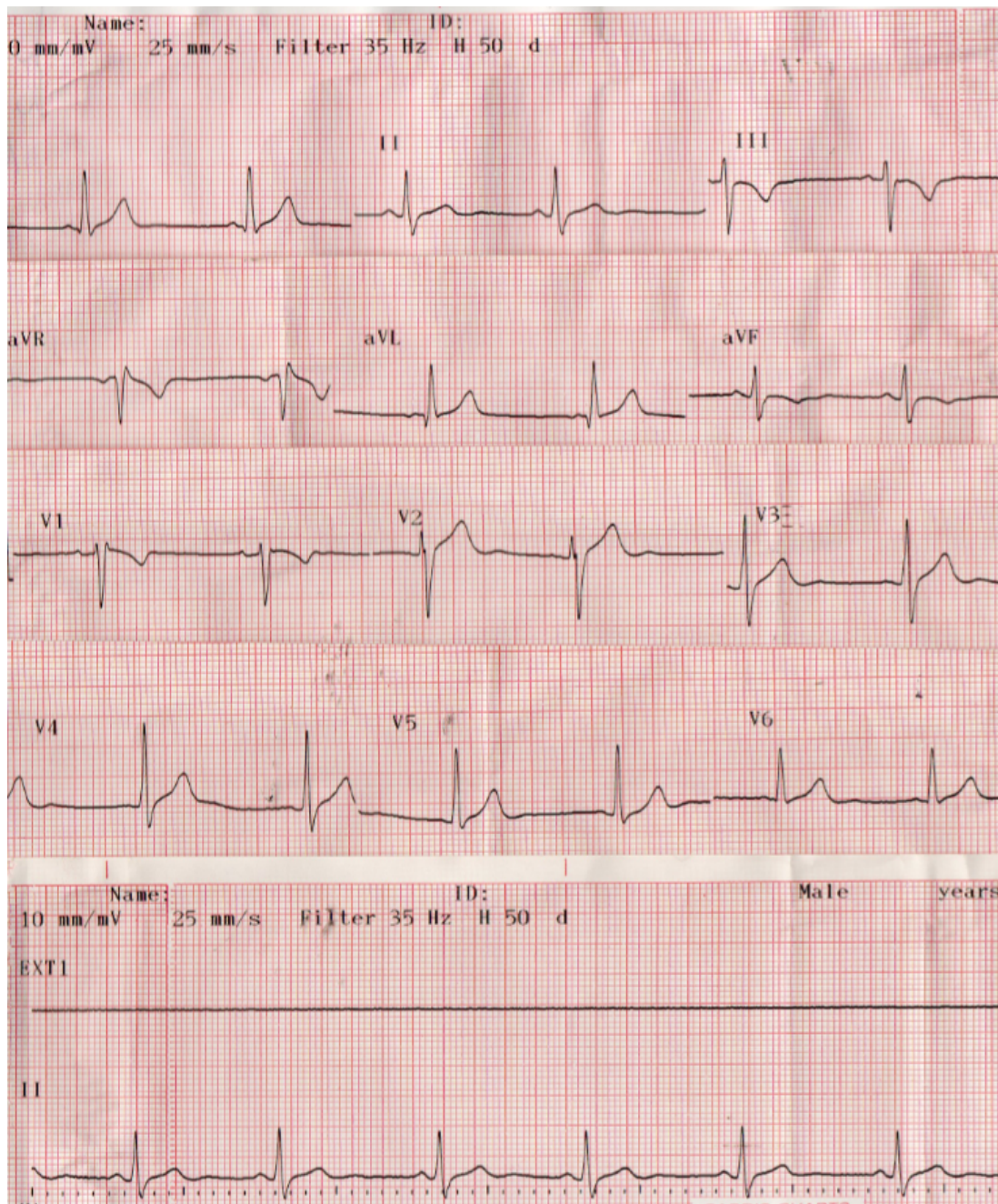
Se decide tomar conducta expectante respecto a la colocación del dispositivo.

El 31/1 se otorga el alta médica y seguimiento ambulatorio.

Determinación	29/12/2017 (Htal Udaondo)	30/12/2017 (Ingreso a UCO)	26/01/2018 (Alta)
Hematocrito/Hemoglobina	34% / 11 mg/dl	35% / 11 mg/dl	48% / 15 mg/dl
Leucocitos	12000 cel./mm ³ (62% N, 27%L)	10800 cel./mm ³ (51% N, 32% L, 4% E)	6000 cel./mm ³ (40% N, 40% L)
Plaquetas	310000 cel./mm ³	294000 cel./mm ³	232000 cel./mm ³
Glucosa	117 mg/dl	135 mg/dl	99 mg/dl
Urea	76 mg/dl	82 mg/dl	37 mg/dl
Creatinina	1,47 mg/dl	1,48 mg/dl (Cl Cr:64)	0,88 mg/dl
Na / K / Cl	136 / 4,3 / 103 mmol/l	135 / 3,7 / 102 mmol/l	137 / 3,9 / 101 mmol/l
BT / BD / GOT / GPT / FAL / YGT	0,89mg/dl 538/267/69 UI/l	1,31/0.84 mg/dl / 1851/848/99 UI/l /	0.42/mg/dl /45/69 UI/l
TP / Kptt / Rin	100% / 30 seg / 1	70% / 31 seg /1,2	80% / 32 seg / 1
EAB	7,39/37/22/-1	7,35/30/62/16/-7/90%	7,35/29/75/24/1/98%
Acido láctico	13 mg/dl	24 mg/dl	9 mg/dl
CK/MB	291/18	336/44 y 311/33 UI/L	146/25 UI/L
Troponina	-	>2000/777 ml/l.	<40 ml/l
VDRL /HIV/HBV/HCV/ CMV/EBV/HTLV / Chagas			Negativo
PCR/VES		129 mg/l / 60 mm	2 mg/l / 3 mm
TSH		2 UI/L	
FR/C3/C4		8,7/104/21	

SEGUIMIENTO POR CONSULTORIOS EXTERNOS (19/03/2018)

Evoluciona sin signos de insuficiencia cardiaca, con mejoría de la clase funcional, asintomático.



ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO 19/03/2018

DDVI	DSVI	FA	SIV	PP:	AI:	AO:
:	:	C:	:	0,7	30	2,6 cm
5,2	3,5	33	1	cm	cm	
cm	cm	%	cm			

Ventrículo izquierdo no dilatado, con grosor parietal normal.

Función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción.

Fey 61% biplanar.

El strain bidimensional global es normal (-18%) aunque se observa disminución a nivel de la pared lateral.

Aurícula izquierda no dilatada. Área 18 cm².

Cavidades derechas de dimensiones normales y función sistólica ventricular normal.

Válvulas morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción.

Flujos anterógrados normales.

No se observa derrame pericárdico.