



ATENEO CLÍNICO

**Hospital Dr. Cosme Argerich.
Servicio de Cardiología**

**Estrella María Laura
7/12/2016**

Paciente: S.A	Edad: 30 años	Sexo: Masculino
Fecha ingreso: 16/08/2016	Fecha egreso: 29/08/2016	

- **Motivo de internación:** Disnea y edemas en MMII
- **Enfermedad actual**

Paciente refiere disnea progresiva CF II a CF III de dos meses de evolución asociado a edemas en MMII, por lo que consulta a guardia externa de este hospital, en donde se interpreta cuadro como insuficiencia cardíaca descompensada biventricular retrógrada a predominio derecho. Se realiza balance negativo con diuréticos endovenosos y pasa a sala de Cardiología.

ANTECEDENTES

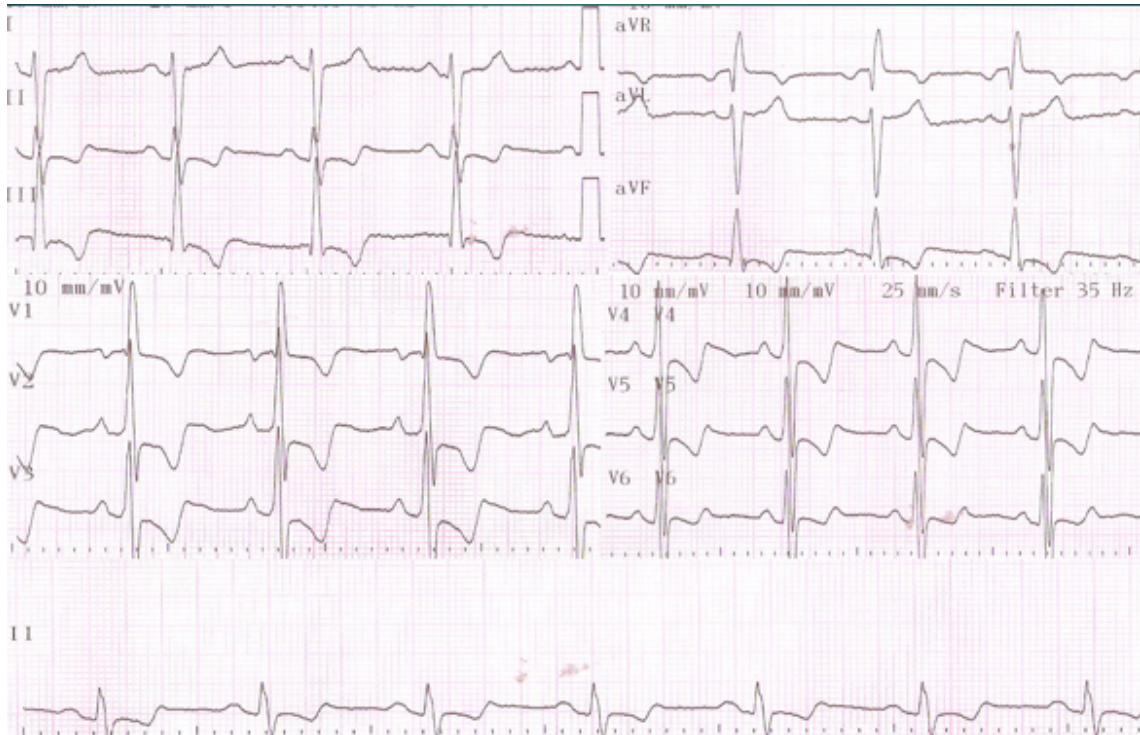
- **Factores de riesgo cardiovascular**
 - Ex tabaquista (desde los 18 a 29 años), 20 paquetes/ año.
 - Obeso tipo II (IMC: 36)
- **Otros antecedentes**
 - Parálisis facial periférica en 2008

EXAMEN FÍSICO DE INGRESO SALA DE CARDIOLOGÍA 16-08-16

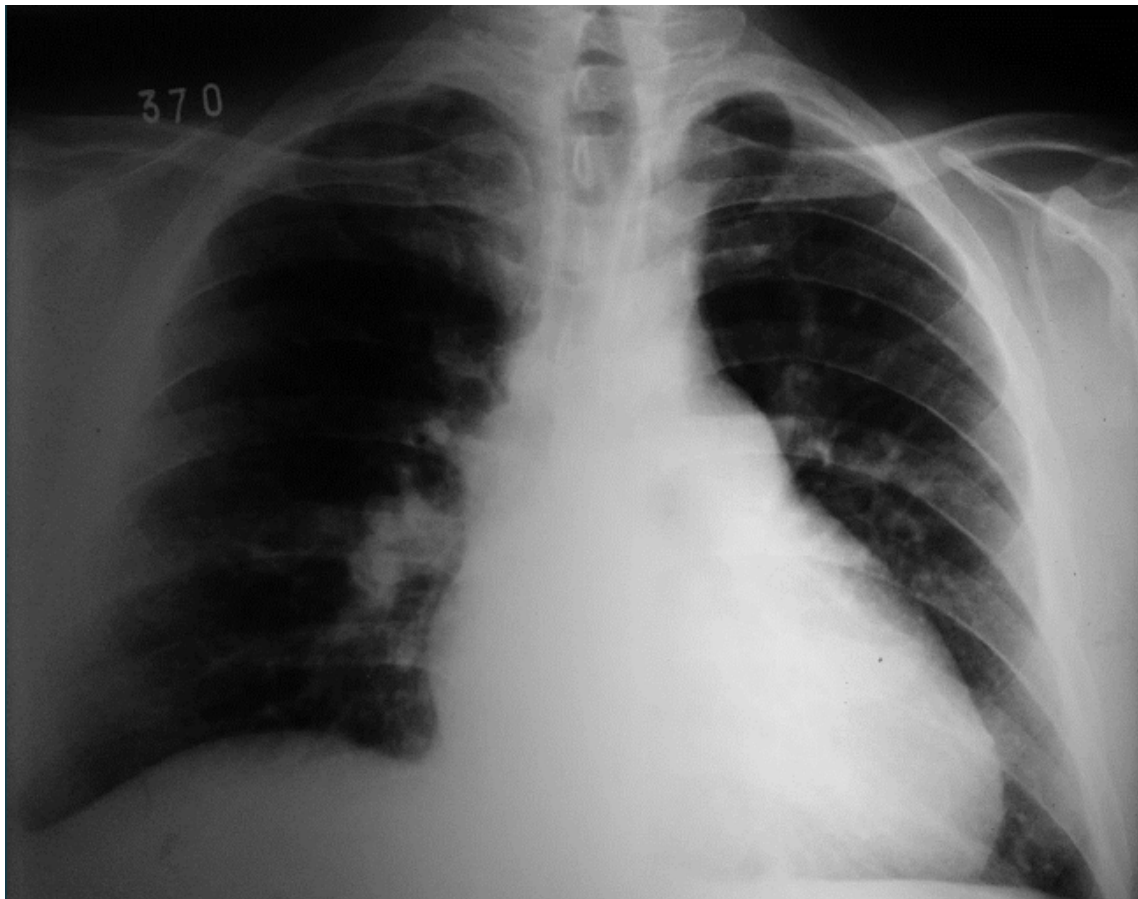
TA: 125/75 mmHg	FC: 90 lpm	FR: 18 cpm	T°: 36,3°C	SatO2: 98 % (0,21)
Peso: 95 kg	Altura: 1,63mts	IMC: 36		

- **Cardiovascular:** Regular perfusión periférica. Ingurgitación yugular 3/3 sin colapso inspiratorio, pulsos periféricos presentes regulares y simétricos, latido apexiano en 5° EIC LAA, Dressler presente, latido palpable en 2do espacio paraesternal izquierdo, R1 normofonético, R2 desdoblado fijo, silencios libres.
- **Respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria, hipoventilación bilateral en ambas bases.
- **Abdomen:** Globoso, RHA presentes, indoloro, hígado palpable 2 cm debajo del reborde costal.
- **Neurológico:** Lúcido, sin signos de foco motor ni sensitivo.
- **Piel y Partes blandas:** Edemas 3/6 suprapatelares en MMII, varices grado IV

ECG de ingreso 16-08-16



Rx Tórax de ingreso 16-08-16



Evolución en sala de Cardiología 16/08/16 al 22/08/16

- Se realiza balance negativo con diuréticos endovenosos con buena tolerancia (3 kg)
- Se realiza ecocardiograma transtorácico

Ecocardiograma transtorácico 16-08-16

Hipertensión pulmonar severa (PSAP: 102 mmHg)

Severa hipertrofia y dilatación ventricular derecha con moderada disfunción sistólica (Relación Base VD/V/ = 5,5/ 3,5 cm, Espesor: 11 mm, TAPSE 11mm, Strain longitudinal pico sistólico: -8 %).

Moderada dilatación auricular derecha (Area 32 cm², volumen: 63 ml/m²).

VCI inferior dilatada (25 mm) y sin colapso inspiratorio (presión media AD: 20 mmHg)

Dilatación de la arteria pulmonar y sus ramas. Resistencia vascular pulmonar calculada 4 Unidades Wood.

Dimensiones, espesor y función sistólica global ventricular izquierda normales y con presiones de llenado normales (FEy: 78%). El septum interventricular tiene motilidad paradójal por sobrecarga presión de cavidades derechas

Aurícula izquierda no dilatada (Área 15 cm²).

Válvulas izquierdas morfológicamente normales sin regurgitaciones

Pericardio normal.

El ecocardiograma sin contraste no observó shunts intracardiacos

Evolución en sala de Cardiología 16/08/16 al 22/08/16

- Con diagnóstico de hipertensión pulmonar severa con disfunción de VD se inician estudios complementarios para arribar al diagnóstico.
- Se realiza ecocardiograma transesofágico para descartar otras causas cardiológicas.

Ecocardiograma transesofágico 17-08-16

Cavidad ventricular izquierda de dimensiones normales. Movimiento paradójal por sobrecarga de cavidades derechas, función sistólica global normal.

AI y orejuela sin evidencias de trombos en su interior.

Cavidad ventricular derecha severamente dilatada y deterioro de la función sistólica. AD dilatada con presencia de contraste sanguíneo espontáneo en su interior.

PSAP 65 mmHg. Valvulas morfológicamente normales. Sin derrame pericárdico.

El eco-transesofágico con contraste permitió opacificar muy bien las cavidades derechas, observando un escaso pasaje de burbujas al lado izquierdo del corazón, compatible con un pequeño foramen oval permeable con escaso shunt de derecha a izquierda.

Evolución en sala de Cardiología 16/08/16 al 22/08/16

- El 22/08 se realiza TAC con protocolo para TEP que evidencia imágenes por defecto de relleno, compatibles con trombosis a nivel de ramos arteriales segmentarios para lóbulos inferiores bilaterales. Dilataciones arteriales focales en ramos para el segmento anterior del LSI. Patrón de atenuación en mosaico difuso bilateral.

Evolución en sala de Cardiología 22/08/16 al 29/08/16

- Ante el diagnóstico de TEP, y en busca de la causa del mismo, se realiza ecodoppler de miembros inferiores y superiores que resultan negativos para trombosis venosa profunda.
- Se realiza interconsulta con Servicio de Hematología quienes solicitan pool de anticuerpos para descartar trombofilia.
- Se recibe perfil reumatológico que resulta normal.
- El día 29/08 en rango de anticoagulación y por buena evolución clínica se decide alta hospitalaria, y seguimiento por Servicios de Cardiología y Hematología.

Medicación al alta

- Espironolactona 25 mg día
- Carvedilol 3,125 mg cada 12 hs
- Acenocumarol según cartilla
- Furosemida 40 mg día

LABORATORIO

	16/08	19/08	29/08
Hto (%)	57	58	59
GB (/mm3)	10300	8200	6400
Plaquetas (/mm3)	136000	126000	138000
Glucemia	135	80	104
Urea	42	42	45
Creatinina	0,9	0,9	0,8
Tp/Kott/Rin	56/50/1,45	55/76/1,4	38/78/2.1
Bt/Bd mg/dl	2,85/1.55	2,7/1,6	3/1.9
Got/Got U/L	48/73	42/75	35/91
EAB		7,36/39/21/-3	
Na/K/Cl	135/3,5/93	137/3,7/97	
HIV	negativo		
Chagas	negativo		
Factor V	65%	DIMERO D NEGATIVO	
TSH	0.66		
FR	negativo		
Anti-ro/la/sm Anti RNP/ Scl70 Anti Jo1	negativo		

Seguimiento por consultorios externos

- El paciente persiste con signos de IC derecha por lo que se aumentan dosis de diuréticos.
- En seguimiento por servicio de Hematología presenta coagulogramas por debajo del rango terapéutico (RIN 1.8-1.9)
- A los 3 meses de iniciado el tratamiento anticoagulante se realiza ecocardiograma control donde persiste con hipertensión pulmonar (PSAP: 105 mmHg), VD dilatado con deterioro de la FS (TAPSE: 15 mm).

Tratamiento actual

- Furosemida 40 mg cada 8 hs
- Espironolactona 50 mg dia
- Acenocumarol según cartilla