



Ateneo Clínico

Dr. Rivara, Pablo Leandro
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. Cosme Argerich

Paciente: V.J.

Sexo: Masculino

Edad: 53 años

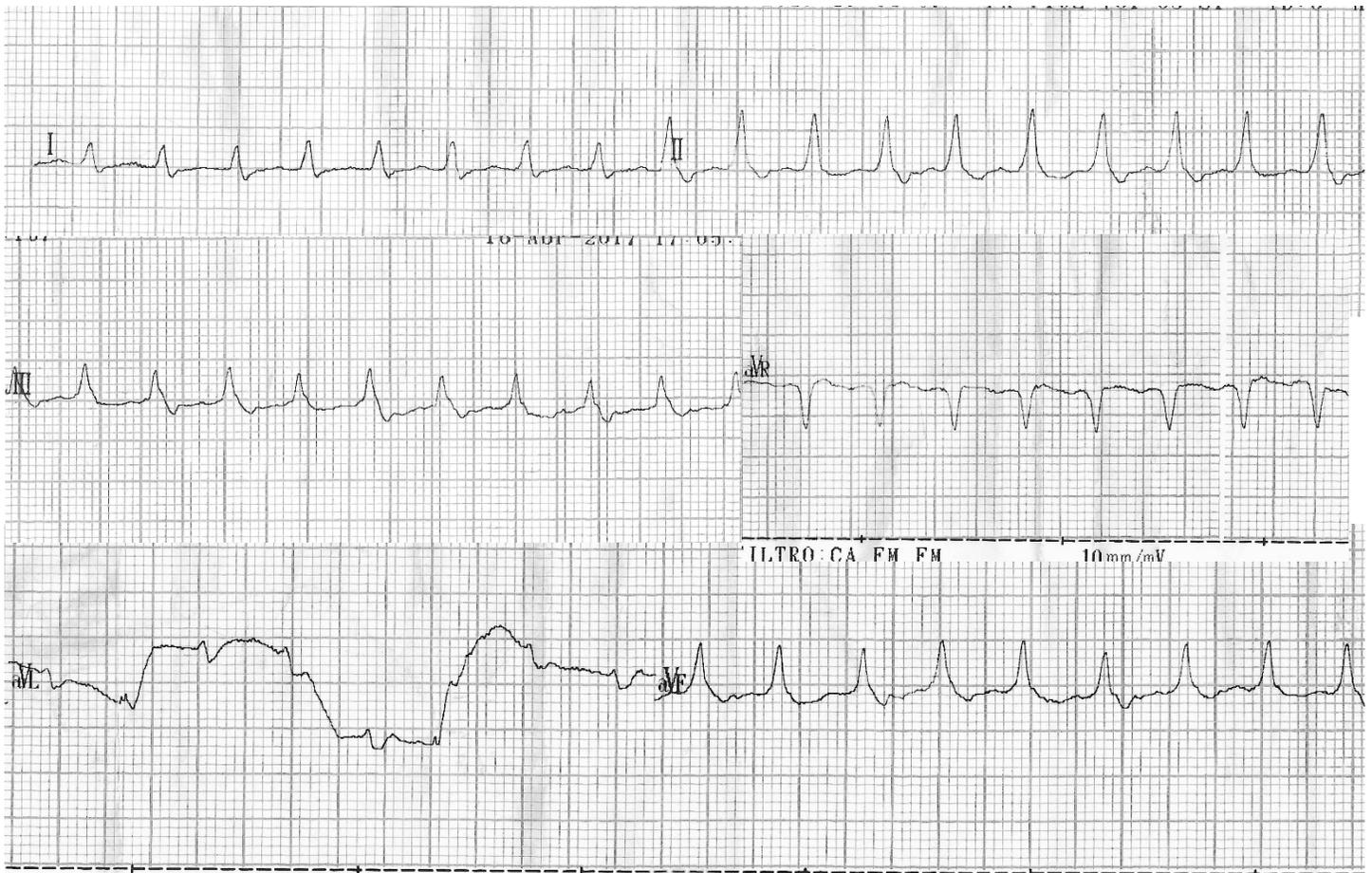
Fecha de Ingreso: 16/04/2017

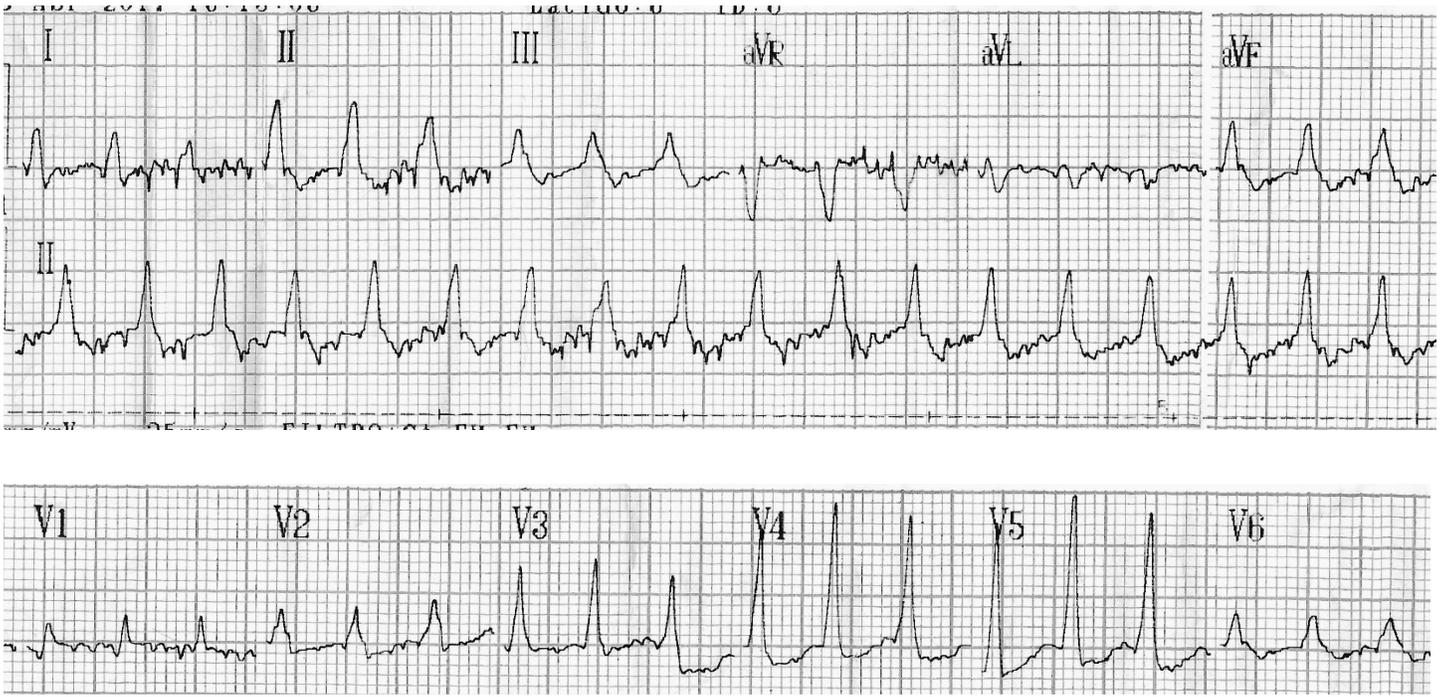
Fecha de Egreso: 15/06/2017

MOTIVO DE INGRESO: Disnea y palpitaciones.

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente de 53 años, con antecedente de internación en guardia externa en octubre del 2016 por arritmia (desconoce de qué tipo), y disnea CF habitual II a III. Consulta a guardia externa por presentar progresión de disnea a CF IV de una semana de evolución, asociado a edemas en miembros inferiores, a lo que agrega en el momento de la consulta palpitaciones. Ingresa normotenso, diaforético, asintomático para ángor. Se realiza ECG.





Se interpreta como taquicardia supraventricular, se realizan maniobras vagales y adenosina EV sin respuesta.

Se inicia carga y mantenimiento de amiodarona EV y diuréticos EV con mejoría parcial del cuadro.

Debido a persistencia de taquiarritmia se administran betabloqueantes endovenosos (propranolol). Evoluciona con signos de bajo gasto cardíaco y paro cardiorespiratorio en ritmo de asistolia.

Se realizan maniobras de RCP por 20 minutos, y manejo avanzado de vía aérea (IOT/ARTM).

Ingresa a UCO en postparo inmediato, en ARM, hemodinámicamente compensado, con requerimiento de vasopresores (noradrenalina 2 gammas/kg/min).

ANTECEDENTES PERSONALES

Factores de Riesgo Cardiovascular:

- Hipertensión Arterial
- Tabaquismo
- Obesidad

Consumo de drogas de abuso (Marihuana).

Internación en guardia externa en octubre del 2016 por arritmia no filiada. Disnea habitual CF II/III, desde entonces.

Familiares no refieren medicación habitual.

ESTUDIOS PREVIOS

ECOCARDIOGRAMA 20/10/2016

DDVI:	DSVI:	FAC:	SIV:	PP:	AI:	AO:
4,4 cm	- cm	-	1,0 cm	0,8 cm	20 cm ²	4,7 cm

Ventana ultrasónica inadecuada.

Ventrículo izquierdo de tamaño conservado, espesores parietales conservados. Función sistólica impresionada globalmente conservada. No se puede evaluar la motilidad parietal segmentaria.

Patrón de llenado de tipo relajación prolongada.

Aurícula izquierda de tamaño conservado.

Cavidades derechas impresionadas normales.

Raíz de aorta dilatada en porción sinusal, no se pueden evaluar segmentos distales.

Aparatos valvulares impresionados sin patología. No se observan shunts por Doppler color. No se observa derrame pericárdico

EXÁMEN FÍSICO DE INGRESO A UCO

TA: 60/30 mmHg	FC: 60 lpm	FR: 18 cpm	T: 35 °C	Sat: 97 % al 100	Peso 90 kg Talla 1,7 mts
-------------------	------------	------------	----------	---------------------	-----------------------------

Ap. Cardiovascular: Ingurgitación yugular 3/3. Edemas 3/6 en miembros inferiores. Mala perfusión periférica. Choque de la punta no palpable. Pulsos filiformes, simétricos y regulares. R1 y R2 en 4 focos, silencios libres.

Ap. Respiratorio: Adaptado a ARM, hipoventilación generalizada a predominio de base derecha. No se auscultan ruidos agregados.

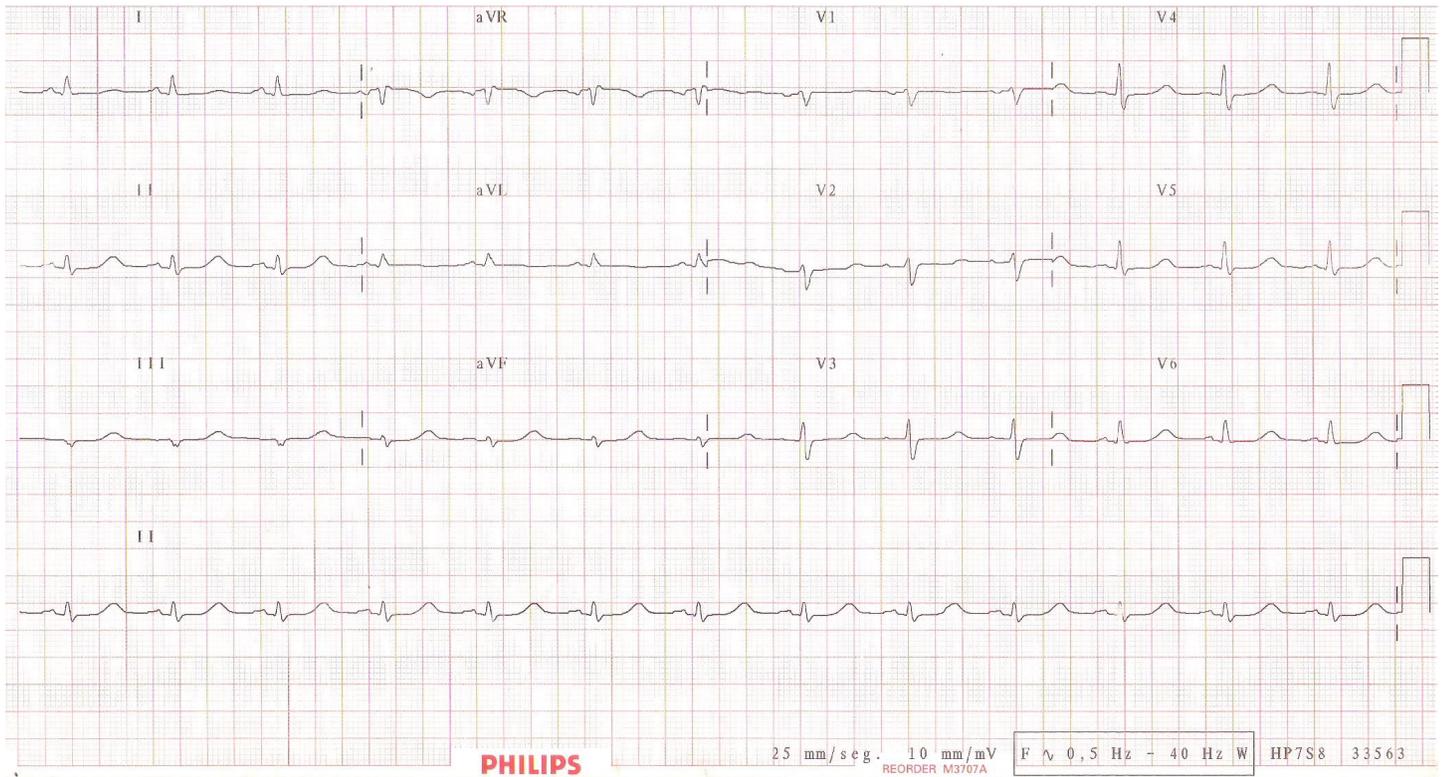
Abdomen: Blando, depresible, impresiona indoloro, hígado palpable 1 través de dedo por debajo del reborde costal, RHA positivos.

Neurológico: Bajo sedoanalgesia, RASS-4, pupilas isocóricas y reactivas..

RADIOGRAFIA DE TORAX



ELECTROCARDIOGRAMA DE INGRESO A UCO



EVOLUCIÓN EN UCO 16/04/2017

Se coloca catéter de swan ganz para optimizar manejo HD:

Hora	TA	FC	PVC	PAP	PCP	Ω Pulm	Ω Sist	IVS	CG	IC	SV O2	Lac	Drogas
21:40	119/77 (81)	89	17	43/23 (30)	15	240	1023	25	5	2,2	38	80	NA 2 γ DBT 22 γ
23:20	116/75 (88)	76	18	40/25 (30)	18	218	1272	25	4,4	1,9	59	56	NA 1,7 γ Mil 0,37 γ
01:35	123/76 (91)	79	17	43/24 (30)	17	192	1092	30	5,4	2,4		40	NA 0,48 γ Mil 0,37 γ
03:15	101/59 (73)	76	13	38/20 (26)	13	170	786	35	6,1	2,6			NA 0,2 γ Mil 0,37 γ
07:00	95/53 (67)	70	12	33/17 (22)	12	114	628	44	7	3,1	80	20	NA 0,28 γ Mil 0,3 γ

Se interpreta como shock mixto (vasopléjico y cardiogénico), se inicia soporte inotrópico y vasopresor.

Evoluciona con mejoría del gasto cardíaco y posteriormente disminución del requerimiento de vasopresores. Se retira catéter de Swan Ganz a las 48 hs.

A las 24 hs. del ingreso presenta parámetros bioquímicos de falla multiorgánica (Hepática, Renal, pulmonar), con rápida mejoría de la función hepática y renal. Profundiza deterioro de la función respiratoria cumpliendo criterios de distres respiratorio del adulto, por lo que persiste bajo asistencia respiratoria mecánica.

Es evaluado por servicio de electrofisiología, realizándose diagnóstico de TV.

Se realiza ecocardiograma- doppler bedside.

ECOCARDIOGRAMA 17/04/2017

DDVI:	DSVI:	FAC:	SIV:	PP:	AI:	AO:
6,2 cm	-	-	1,1 cm	0,7 cm	4,3 cm	3,4 cm

Paciente en ARM y con mala ventana ultrasónica.

VI levemente dilatado con grosor parietal normal. Disfunción sistólica evaluada subjetivamente al menos moderada.

Aurícula izquierda moderadamente dilatada (área 30 cm²)

Ventrículo derecho no dilatado. Deterioro leve de la función sistólica.

Aurícula derecha levemente dilatada. Área 22 cm².

Válvulas morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción.

No se observa derrame pericárdico.

EVOLUCIÓN EN UCO 18/04 – 05/05/2017

El 28/04 se extuba luego de 11 días en ARM, con requerimiento de VNI en forma intermitente hasta lograr desvinculación completa de la asistencia respiratoria mecánica.

Luego de PCR prolongado y ARM prolongada cursa con polineuropatía del paciente crítico.

En este intervalo de tiempo cumple tratamiento antibiótico empírico por probable neumonía aspirativa, entre otras interurrencias infecciosas.

Pasa a sala de cardiología el 05/05/17.

EVOLUCION EN SALA DE CARDIOLOGÍA 05/05/17 – 27/05/17

Cursa internación prolongada en sala debido a motivos sociales, donde inicia rehabilitación motora.

Se realiza nuevo ecocardiograma para reevaluar diámetros y función del VI con mejores condiciones técnicas.

Con sospecha de taquicardia ventricular fascicular, servicio de electrofisiología decide realizar estudio electrofisiológico y eventual ablación.

Previamente se realiza CCG para descartar enfermedad coronaria.

CINECORIONARIOGRAFÍA 22/05/2017

Tronco: Sin lesiones angiográficamente significativas.

Descendente Anterior: arteria de características aneurismática y ectásica, sin lesiones angiográficamente significativas.

Circunfleja: Sin lesiones angiográficamente significativas.

Coronaria Derecha: Dominante. De características aneurismática y ectásica. Sin lesiones angiográficamente significativas.

CONCLUSION: Arterias coronarias sin lesiones angiográficamente significativas.

ECOCARDIOGRAMA 05/05/2017

DDVI:	DSVI:	FAC:	SIV:	PP:	AI:	AO:
3,8 cm	2,0 cm	47	1,3 cm	1,1 cm	25 cm ²	3,9 cm

Ventana ultrasónica subóptima las mediciones fueron obtenidas desde subcostal.

Ventrículo izquierdo de dimensiones normales. Espesores parietales levemente aumentados. Función sistólica conservada.

Sin alteraciones segmentarias de la contracción.

Patrón de relajación prolongada.

Aurícula Izquierda levemente dilatada.

VD de dimensiones normales, con grosor parietal y función sistólica normales. AD no dilatada.

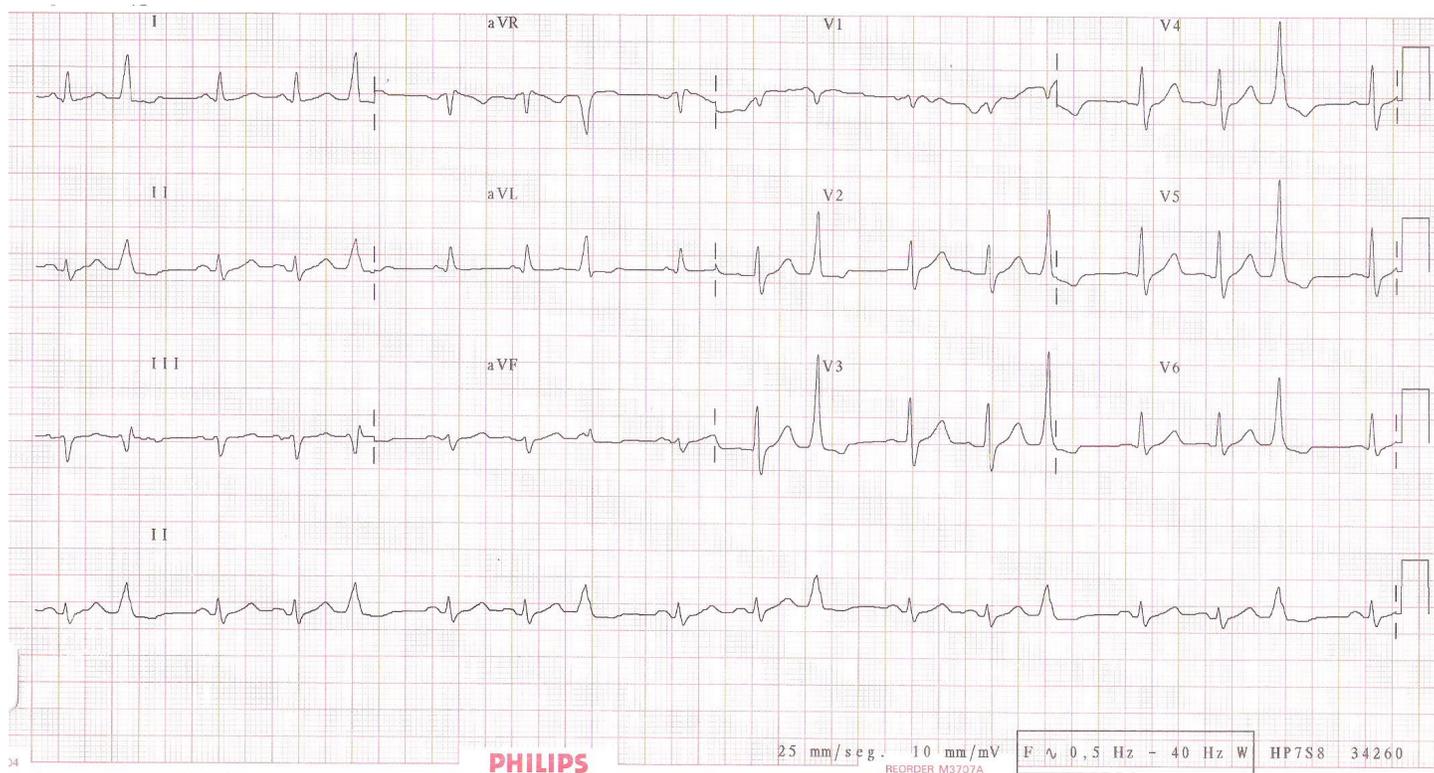
Válvulas morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción.

No se observa derrame pericárdico.

EVOLUCIÓN EN UCO/SALA - 27/05/2017 AL 15/06/2017

El 27/05/2017 se realiza ablación de TV fascicular

ECG post ablación



Al ingreso presenta elevada ritmo sinusal con frecuencia de EV monomorfas bigeminadas o trigeminadas, que se interpretan secundarias a inflamación en contexto de ablación. Resuelve espontáneamente en los días subsiguientes.

Posteriormente pasa a sala de cardiología otorgándose el alta el día 15/06/2017, con seguimiento por consultorios de cardiología general y electrofisiología.

Actualmente sin nuevos eventos arrítmicos, ni síntomas compatibles con insuficiencia cardíaca (comunicación telefónica). No se presenta a controles pautados por dificultades motoras y malas condiciones sociales.

	16/04/2017 (Ingreso)	17/04/2017 (24 Hs)	15/06/2017 (Alta)
Hematocrito	39 %	40 %	30 %
Leucocitos	16900	27000	9300
Plaquetas	258000	207000	367000
Glucosa	171	211	96
Urea/Cr	70/1,27	88/1,77	22
Na/K/Cl	134/5/99	133/4,5/96	143/4,1/101
Bt/Bd/GOT/GPT	1,71//0,89/90/130	5,1/3/9609/4502	0,56/0,22/16/14
TP/kPTT	29%/37"	24%/35"	97% / 34"
CPK	131	91	
Trig/Col/LDL/HDL	71/108/80/14		
HbA1c	7,37		
EAB	7,14/49/64/16/-12/82%	7,36/41/90/22/-2,4/96%	7,43/33/52/22/-1/87
Lactato	80	20	9
SVO2	38%	77%	
HIV/Hepatitis	No reactivo		
Panel Toxicológico	No Reactivo		

TRATAMIENTO AL ALTA

- Bisoprolol 5 mg / día
- Aspirina 100 mg / día
- Ac Fólico / Sulfato Ferroso
- Haloperidol