



# **ATENEO CLÍNICO**

Hospital Dr. Cosme Argerich  
Residencia de Cardiología  
Vanessa V. Valenzuela

<b>Paciente: B.R.</b>	<b>Edad: 60 años</b>
<b>Sexo: Femenino</b>	<b>Fecha de Ingreso: 11/01/2012</b> <b>Fecha de Egreso: 12/01/2012</b>

- **Motivo de ingreso:**

Cierre programado de fístula coronaria.

- **Enfermedad actual:**

Paciente que ingresa a laboratorio de Hemodinamia de Hospital Fernández para cierre programado endovascular de fístula coronaria, posteriormente pasa a UCO en post-operatorio inmediato.

- **Antecedente de enfermedad Actual:**

Fistula de arteria Coronaria Derecha a Aurícula Derecha diagnosticada en el año 2010 en contexto de estudios para evaluación de hipertensión pulmonar.

- **Antecedentes personales**

- **Factores de riesgo:**

Diabetes tipo II no insulinoquiriente.

Hipertensión arterial de 17 años evolución.

AHF.

- **Antecedentes cardiovasculares:**

Enfermedad de Chagas diagnosticada en 1995.

Hipertensión pulmonar diagnosticada en 1995, con disnea habitual en CF I-II de 2 años de evolución, en seguimiento por consultorio externo de Hospital Ramos Mejía.

Fibrilación auricular crónica diagnosticada en 1995; anti-coagulada desde ese año.

Síndrome taquicardia-bradicardia con colocación de MCP VVI en el año 1995, con recambio de generador en el año 2005.

- **Antecedentes respiratorios:**

Asma leve en tratamiento con puff de broncodilatador/corticoides.

Neumonía adquirida en la comunidad en 3 ocasiones, último episodio hace 2 años, tratamiento ambulatorio.

- **Medicación habitual:**

- Diltiazem 60 mg día.
- Digoxina 0.25 mg día.
- Espironolactona 25 mg día.
- Furosemida 40 mg día.
- Amlodipina 5 mg día.
- Acenocumarol 1 mg día.
- Enalapril 10 mg día.
- Metformina 500 mg cada 12 hs.

## EXÁMENES COMPLEMENTARIOS PREVIOS AL INGRESO

### ECOCARDIOGRAMA DOPPLER 16-FEBRERO-2010

DDVI	DSVI	FAC	SIV	PP	AI	AO
5.1	3.0	41	1.1	1.0	4.5	3.4

- VI de tamaño y función conservado. AI moderadamente dilatada: área 39 cm<sup>2</sup>.
- VD de tamaño y función conservado AD dilatada área 37 cm<sup>2</sup>.
- Se observa catéter de MCP en cavidades derechas.
- Se observa en la unión del septum interauricular con el techo de la AD una estructura redondeada, de paredes finas. En relación a la misma se observa flujo sistodiastólico continuo, de alta velocidad, compatible con fístula coronaria desembocando en AD.
- IT leve a moderada, con PSAP en 48 mmHg. No se observa derrame pericárdico.

### CINECORONARIOGRAFÍA Y AORTOGRAMA 09-ABRIL-2010

- CCG:
  - TRONCO CI: corto, sin lesiones significativas.
  - DA: sin lesiones significativas.
  - CX: dominante, sin lesiones significativas.
  - CD: hipoplásica, presenta una fístula entre Coronaria Derecha y Aurícula Derecha.
- AORTOGRAMA:
  - Demuestra que la fístula no se origina del seno de valsalva derecho.
- CONCLUSIONES:
  - Arterias coronarias angiográficamente normales.
  - Fístula entre el origen de la arteria CD y la AD.

### ECO-TRANSESOFÁGICO 08-ABRIL-2011

DDVD	DDVI	DSVI	FAC	SIV	PP	AI	AO
3.7	4.8	-	-	1.2	0.7	3.5	3.4

- Fístula de arteria CD drenando en AD, con un orificio distal de drenaje de 3 mm de diámetro, con altos gradientes (diastólico 75 mmHg, sistólico 35 mmHg) y shunt de izquierda a derecha (Qp/Qs 1,60:1,00). La arteria CD tiene un ostium propio en el seno de Valsalva derecho con ectasia proximal y distal.
- Leve dilatación VD con leve disfunción sistólica (TAPSE 18 mm) con septum paradojal por sobrecarga de volumen del VD.
- Con eco de contraste se opacificaron bien las cavidades derechas, sin pasaje de contraste al lado izquierdo del corazón descartándose CIA. Se observa catéter endocavitario de MCP sin anomalías.
- Severa dilatación biauricular (AI 41 cm<sup>2</sup>; AD 37 cm<sup>2</sup>).

- IT severa funcional por dilatación del anillo tricuspídeo. IAo leve.
- Dimensiones, espesor y función sistólica del VI normales.
- HTP moderada PSAP 58 mmHg. No se observa derrame pericárdico.

## **ANGIOTOMOGRAFÍA CORONARIA CON CONTRASTE 26-SEPTIEMBRE-2011**

- **Evaluación cardiovascular:**
  - Dilatación del tronco de la arteria pulmonar con un diámetro máximo previo a la bifurcación de 40 mm. La rama derecha e izquierda de la arteria pulmonar de calibre conservado (RI:24 mm; RD: 23 mm).
  - Signos de ateromatosis parietal aórtica difusa. Diámetro de la aorta ascendente 35x35 mm. Aorta descendente 26x25 mm.
  - Presencia de catéter endocavitario derecho. VD dilatado. DDVD 49 mm.
  - Dilatación biauricular a predominio de AD. No se observan signos compatibles con CIA.
- **Evaluación coronaria:**
  - Tronco CI: nace del seno coronario izquierdo. Sin lesiones significativas.
  - DA: Importante calibre y moderada extensión. Sin lesiones significativas.
  - CX: dominante, da origen a 2 ramos marginales. Sin lesiones significativas.
  - **Coronaria Derecha:** Se observa fístula desde el ostium de la arteria CD hacia la AD. Presenta calibre proximal de 8x11 mm con dilatación aneurismática a nivel distal y signos de calcificación parietal con un diámetro a nivel del drenaje en AD de 14.4x12 mm. El diámetro máximo a nivel de la dilatación aneurismática en la porción media y distal de la fístula es de 17 mm. A nivel del extremo distal de la fístula drenando en la AD se observa un orificio de comunicación desde la fístula hacia la AD de 2x3 mm. La arteria CD se continúa de fino calibre y moderada extensión, sin lesiones significativas.

## **CIERRE DE FÍSTULA CORONARIA 11-ENERO-2012**

- A través de catéter guía ubicado en el ostium de la Coronaria Derecha se avanza guía hidrofílica 0.035" la cual se progresa dentro de la fístula hacia las cavidades derechas. Desde vía venosa femoral se avanza catéter multipropósito 6 Fr. Y lazo de 3 asas con el cual se captura la cuerda hidrofílica y se la exterioriza hacia vía venosa femoral derecha. Sobre la misma se avanza catéter multipropósito el cual atraviesa la estenosis dentro de la fístula. Bajo control radioscópico se realizó liberación del amplatzer "DUCT OCLUDER CC2" de 6x6 mm. El control angiográfico final muestra oclusión de la fístula en forma exitosa y visualización de ambas coronarias.
- **CONCLUSIONES:**
  - Cierre endovascular de fístula coronaria con "DUCT OCLUDER CC2" en forma exitosa.

## EXÁMEN FÍSICO AL INGRESO A UCO

TA = 130/85 mmHg

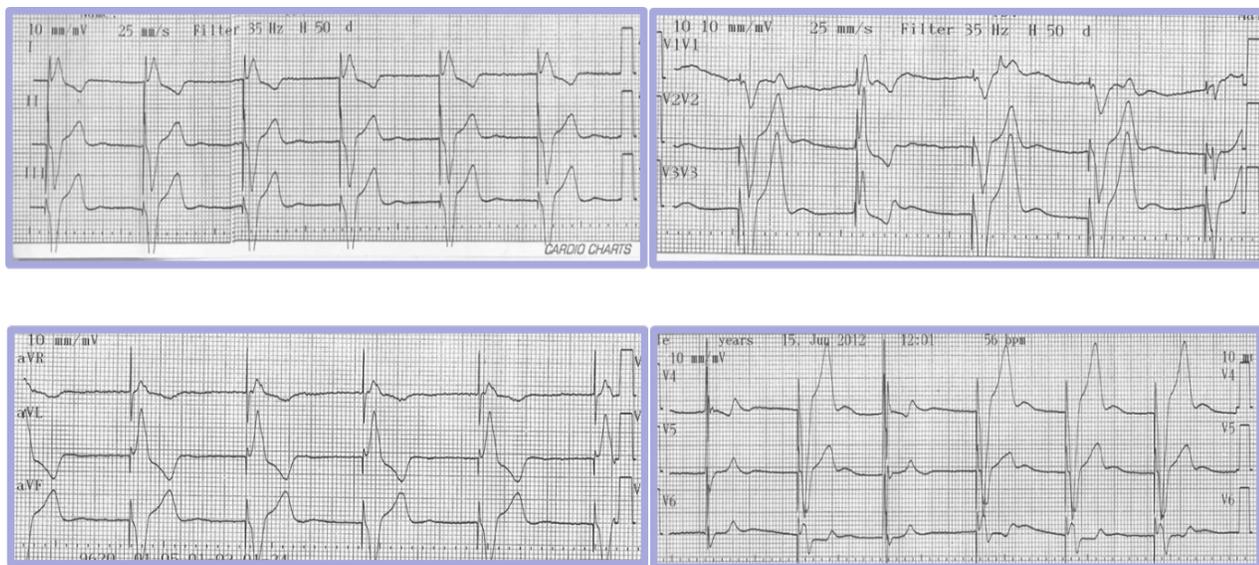
FC = 60 lpm

FR = 18 cpm

T = 36 °C

- **Ap. cardiovascular:** IY 2/3, con colapso. RHY negativo. Adecuada perfusión periférica. Pulsos periféricos simétricos. Choque de punta 5° EIC LMC. Dressler negativo. R1 y R2 en 4 focos, sin R3 o R4. Soplo holosistólico en foco tricuspídeo.
- **Piel y faneras:** Lesiones hiperpigmentadas en tercio inferior pierna derecha. Dilatación variceal en ambas piernas. Sin edemas.
- **Ap. Respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria. Buena entrada de aire bilateral, sibilancias bilaterales aisladas.
- **Abdomen:** Blando, depresible, no doloroso. Hepatomegalia a 2 traveses de dedo por debajo del reborde costal. Ruidos hidroaéreos presentes.
- **Neurológico:** Lúcida, sin signos de foco motor o meníngeo. Pupilas isocóricas, reactivas. Glasgow 15/15.

## ELECTROCARDIOGRAMA DE INGRESO



## EVOLUCIÓN

11/01/12 - 12/01/12

- Paciente evoluciona hemodinámicamente estable, afebril, sin angor ni equivalentes. Sitio de punción femoral sin complicaciones.
- Se otorga alta hospitalaria con posterior seguimiento por consultorios externos.
- Medicación al alta:
  - Diltiazem 60 mg día.
  - Digoxina 0.25 mg día.
  - Espironolactona 25 mg día.
  - Furosemida 40 mg día.
  - Amlodipina 5 mg día.
  - Acenocumarol según cartilla.

- Enalapril 10 mg día.
- Metformina 500 mg cada 12 hs.
- Clopidogrel 75 mg día.

### LABORATORIO

	11/01/12
Hto	35
GB	5900
Plaq	256000
Glu	149

Urea	35
Creat	0.8
GOT/ GPT	16/11
Na/K	140/4.5

### SEGUIMIENTO AMBULATORIO ECOCARDIOGRAMA CONTROL 15-JUNIO-2012

DDVD	DDVI	DSVI	FAC	SIV	PP	AI	AO
2.2	4.8	3.0	38	1.2	0.7	3.5	3.1

- En el techo de la AD adyacente al septum interauricular alto, se observa una imagen hiperecogénica, redondeada, compatible con el implante percutáneo de amplatzer, sin shunt residual.
- Leve dilatación de VD con leve disfunción sistólica (TAPSE 28 mm).
- Se observa catéter endocavitario de MCP en VCS, AD, VD.
- Severa dilatación biauricular (AD:40 cm<sup>2</sup>; AI 27 cm<sup>2</sup>).
- IT moderada funcional por dilatación del anillo tricuspídeo.
- IAo leve secundaria a esclerosis valvular, sin gradiente sistólico.
- Dimensiones, espesor y función sistólica global VI normales.
- Presión sistólica en arteria pulmonar de 30 mmHg. No se observa derrame pericárdico.