



# Ateneo clínico

Hospital C. Argerich

Residencia de cardiología

Carolina Pappalettere

**Paciente: A.M.**

**Edad: 60 años**

**Sexo: femenino**

**Fecha de ingreso: 11/07/16**

**Fecha de egreso: 26/07/16**

- **Motivo de consulta:** Fiebre y tos
- **Enfermedad actual:** Paciente con antecedentes de enfermedad de Gaucher e hipertensión pulmonar (HTP) consulta a médico de cabecera por presentar fiebre asociada a escalofríos y tos con expectoración blanquecina.

Presenta al momento previo a la consulta perdida transitoria de la conciencia, observándose en ECG aleteo auricular 2:1.

Debido a la sospecha de síncope de alto riesgo en contexto de cuadro infeccioso respiratorio se decide su internación en servicio de cardiología.

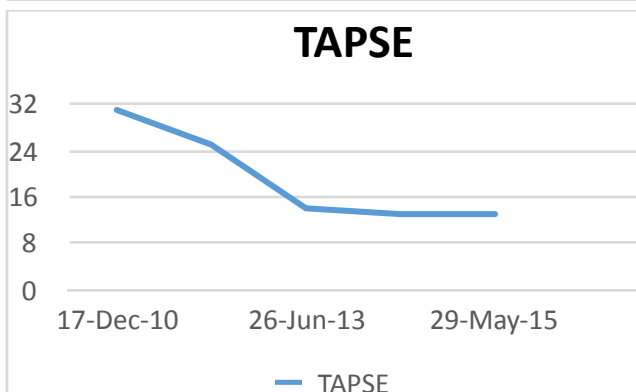
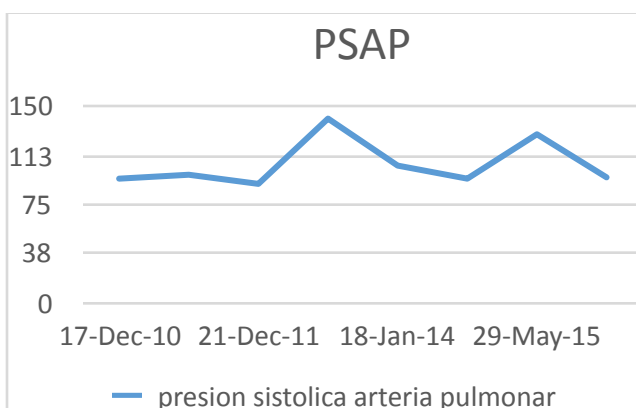
- **Factores de riesgo cardiovascular:**
  - Ex tabaquista: 5 cigarrillos día
- **Antecedentes de enfermedad actual:**
  - Enfermedad de Gaucher, diagnosticada a los 20 años en contexto de esplenomegalia masiva que requirió esplenectomía hallándose en estudio anatomopatológico la presencia de células de Gaucher. Actualmente bajo terapia de reemplazo enzimático (Imiglucerase)
  - Reemplazo de cadera derecha (1996)
  - Hipertensión pulmonar en estudios de seguimiento (2005)
  - Colocación de prótesis de rodilla derecha (2009)
  - Incidentaloma suprarrenal que requirió extirpación: hematoma (2011)
  - Fibrilación auricular paroxística anticoagulada (2013)
    - Holter (07/08/13): ritmo sinusal seguido por taquicardia auricular que por momentos corta y degenera en FA. ESV poco frecuentes. Sin cambios en la repolarización ventricular.
  - Múltiples episodios de infecciones a punto de partida respiratorio, varios de ellos con requerimiento de internación en nuestro hospital (último en mayo de 2015)
  - Hipotiroidismo en tratamiento con reemplazo hormonal.

Exámenes complementarios previos:

• **Ecocardiograma doppler (17/12/10):**

DDVI: 4.5 cm	DSVI: 2.9 cm	FAC: 35%	SIV: 0.9 cm	PP: 0.7cm	AI: 3.5 cm
--------------	--------------	----------	-------------	-----------	------------

- Hipertensión pulmonar severa con PSAP 95 mmHg.
- Hipertrofia ventricular derecha con función conservada y TAPSE de 31 mm. Velocidad sistólica de anillo tricuspídeo de 12 cm/seg, pero con signos de disfunción sistólica subclínica (strain bidimensional con peckle trucking laterobasal reducido: -17%).
- Función sistólica del VI conservada.
- Insuficiencia aórtica y tricuspídea leves.
- Hepatomegalia congestiva.



- **Cateterismo derecho y test de vaso reactividad pulmonar (03/05/11):** se evidencia caída de la presión sistólica pulmonar mayor al 15% luego del tratamiento con iloprost.

	AD	VD	PSAP	PDAP	PAPM	WEDGE	ARTERIAL
--	----	----	------	------	------	-------	----------

BASAL	8	95	104	38	66	25	140/71 (93)
5 min	8		104	38	66	25	146/72 (93)
10 min	7		88	29	52	23	120/72 (86)

- **Cateterismo izquierdo y derecho con realización de test de vaso reactividad (14/08/15):**
  - arterias coronarias sin lesiones angiograficamente significativas
  - Función sistólica del VI levemente deteriorada.
  - Hipertensión pulmonar
  - Test de vaso reactividad con iloprost negativo

MEDICION DE PRESIONES CON SWAN GANZ CON ILOPROST			
Gasto Cardíaco	3.8 lt/min	AD	11 mmHg
Índice Cardíaco	2.5 lt/min/m <sup>2</sup>	RVS	2378 dn-s/cm <sup>5</sup>
TA (media)	182/95 (124) mmHg	RVP	1010 dn-s/cm <sup>5</sup>
PAP (media)	109/26 (56) mmHg		
PCP	8 mmHg		

- **Resonancia magnética (30/07/14):** cardiomegalia con dilatación de cavidades derechas. Dilatación de VCI y supra hepáticas como probable manifestación de congestión pasiva. Litiasis vesicular. No se observa bazo. Hígado y ambos riñones sin particularidades. Alteración de la estructura ósea en relación a proceso de base de la paciente.
- Centellograma pulmonar (08/07/15): baja probabilidad de TEP.

Medicación habitual:

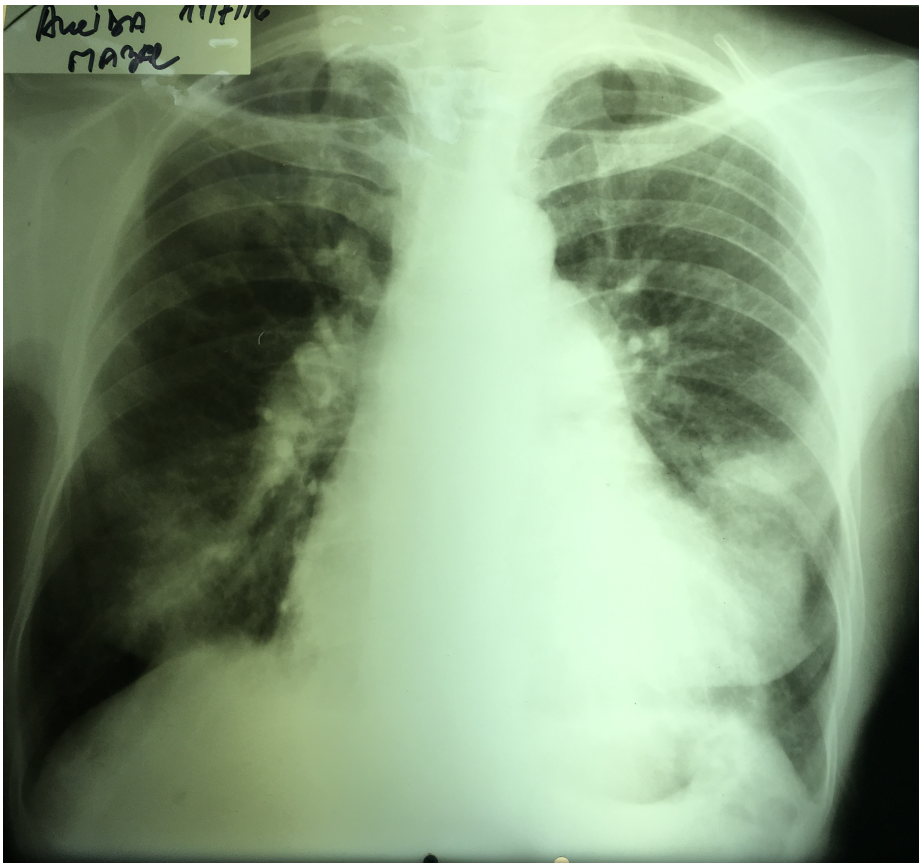
- Amiodarona 200 mg día
- Acenocumarol 1 mg día
- Espironolactona 25 mg día
- Furosemida 40 mg día
- Macitentan 10 mg día
- Levotiroxina 100 mcg día
- Anemidox ferrum 1 comprimido día
- Imglucerase 60 U/kg cada 15 días EV.

Examen físico de ingreso a la sala:

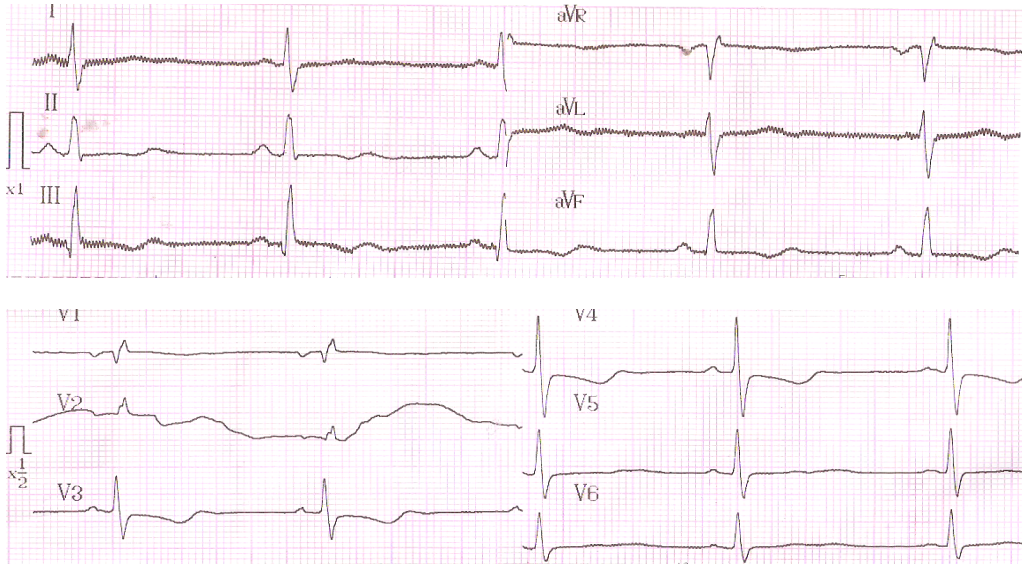
TA: 110/70mmHg	FC: 100 L.p.m.	FR: 16 C.p.m.	T: 36° C	Sat: 96%	BMI:21
-------------------	-------------------	------------------	-------------	-------------	--------

- **Aparato cardiovascular:** buena perfusión periférica. Ingurgitación yugular 2/3 con colapso inspiratorio. Latido apexiano en 5º EIC LMC. Signo de Dressler presente Pulsos simétricos y regulares. R1-R2 en 4 focos, con aumento del R2 en foco pulmonar.
- **Aparato respiratorio:** buena mecánica ventilatoria y buena entrada de aire bilateral, rales gruesos en base derecha.
- **Abdomen:** blando, depresible, indoloro, RHA presentes.
- **Neurológico:** lúcida, sin foco motor ni signos meníngeos.
- Aparato osteoarticular: deformidad en rodilla derecha.

Rx de ingreso:



### ECG de ingreso:



### Ecocardiograma doppler de ingreso:

DDVI: 4.7cm	DSVI: 2.7cm	FAC: 43%	SIV: 1.4 cm	PP: 0.5 cm	AI: 18 cm <sup>2</sup>	AD: 36cm <sup>2</sup>
----------------	----------------	-------------	----------------	---------------	---------------------------	--------------------------

- Dimensiones y función sistólica del VI conservada. Sin alteraciones segmentarias de la contracción. Movimiento anormal del septum.
- Patrón de llenado de tipo relajación prolongada.
- Hipertensión pulmonar severa. PSAP 96 y PDAP 30 mmHg. VD severamente dilatado y FS deteriorada. TAPSE 13 mm y S tisular 8 mm/seg.
- Insuficiencia mitral y aortica leves.
- VCI dilatada con colapso inspiratorio menor al 50%.

### Evolución en sala de cardiología:

- A su ingreso se realizan hemocultivos y urocultivos, sin rescate microbiológico.
- Se realiza TAC de tórax donde se evidencian hallazgos compatibles con neumonía bilateral por lo que se inicia tratamiento antibiótico con ampicilina-sulbactam y claritromicina, según indicación de servicio de infectología.
- Se realiza Holter de 24 horas que evidencia ritmo sinusal durante todo el estudio.

- Paciente evoluciona favorablemente completando 14 días de tratamiento antibiótico sin nuevos episodios febriles por lo que se decide su egreso hospitalario. Continúa bajo seguimiento por parte de servicio de hipertensión pulmonar.

Medicación al alta:

- Furosemida 40 mg día
- Amiodarona 200 mg día
- Macitentan 10 mg día
- Acenocumarol (según cartilla)
- T4 100 mcg día
- Anemidox ferrum 1 comprimido día

Laboratorio:

	11/07 ingreso	26/067
<b>Hto</b>	38	40
<b>GB</b>	10800	6200
<b>Plaquetas</b>	224000	334000
<b>Glucemia</b>	113	136
<b>Urea</b>	73	75
<b>Creat</b>	1,2	1,3
<b>TP/kptt/RIN</b>	11/40/7,1	19/40/3,7
<b>Ionograma</b>	136/3,6/95	138/4/94
<b>Hepatograma BT/Got/Gpt</b>	0,6/20/14	0,6/45/32