



Ateneo Clínico

Rodríguez, Sofia Gabriela

Residencia de Cardiología

Hospital Dr. C. Argerich

23/11/2016

Paciente: D.M.	Edad: 32 años
Sexo: Femenino	Fecha de ingreso: 27/07/16 Fecha de egreso: 24/08/16

- **Motivo de consulta:** disnea de esfuerzo.
- **Enfermedad actual:** paciente con antecedentes de insuficiencia mitral, concurre a consultorio externo de cardiología por presentar progresión de disnea habitual en CFII a CFIII en los últimos dos meses. Se decide internación en sala de cardiología para diagnóstico y tratamiento.

FRCV

- No presenta

Antecedentes de enfermedad actual:

- Insuficiencia mitral diagnosticada en 2014 en contexto de disnea de esfuerzo en el embarazo, en tratamiento médico en Paraguay.

Otros antecedentes:

- HTA gestacional en 2014, con interrupción del embarazo a los 7 meses de edad gestacional.
- Lugar de nacimiento: zona rural de Paraguay.

Medicación habitual

- Aspirina 100 mg/día
- Furosemida 20mg cada 12hs
- Carvedilol 3,125mg por día

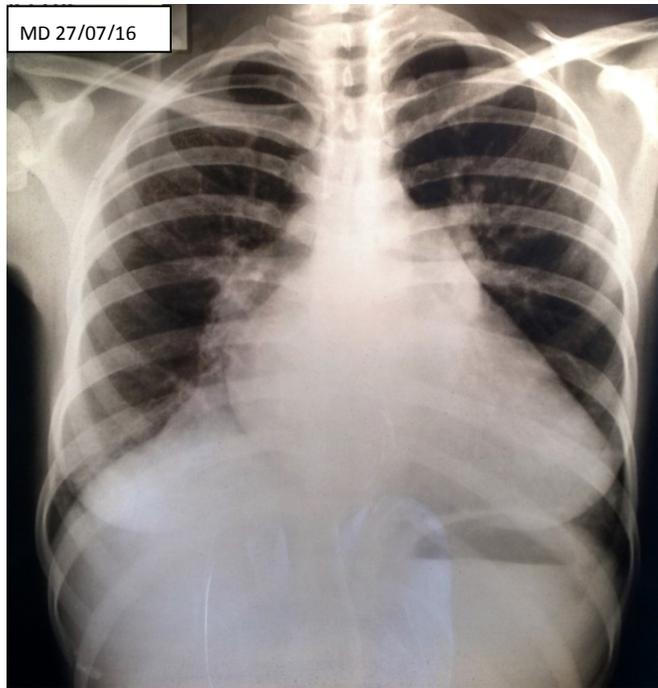
Exámen físico de ingreso a Sala 27/07/16

TA:120/70mmHg	FC: 100 l.p.m.	FR: 20 c.p.m.	T: 36° C	Sat: 96% al 0,21
---------------	----------------	---------------	----------	------------------

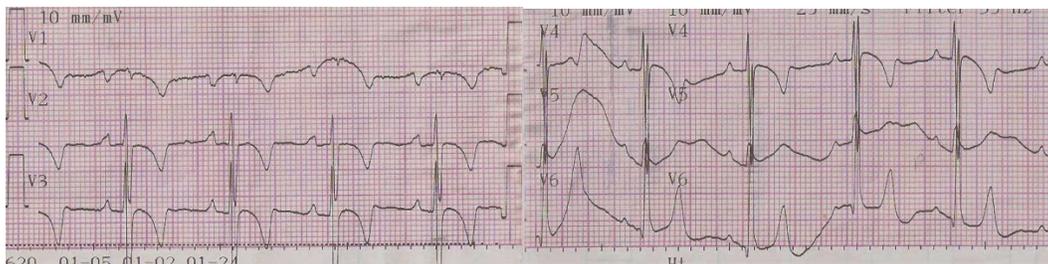
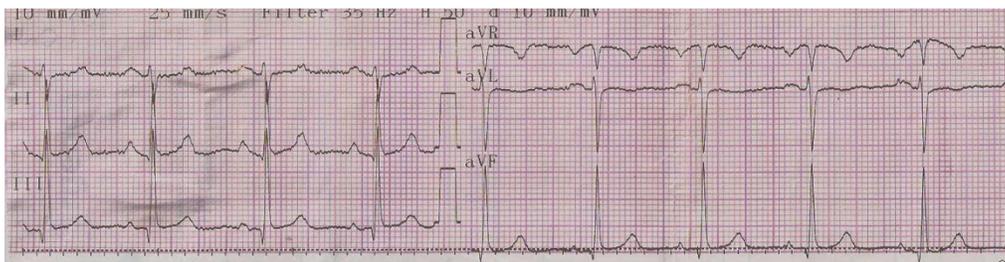
- **Aparato cardiovascular:** Ingurgitación yugular 3/3 sin colapso inspiratorio. Se observa y se palpa latido apexiano en 5º EIC LAA. R1-R2 en 4 focos, se ausculta soplo holosistólico en foco mitral con irradiación a axila, intensidad 4/6. Fremito en ápex con irradiación axilar.

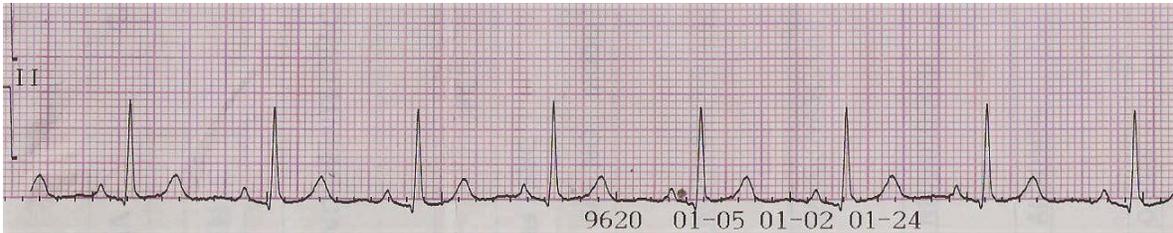
- **Aparato respiratorio:** BMV, se ausculta murmullo vesicular, sin ruidos agregados. Campos pulmonares sonoros.
- **Abdomen:** blando, depresible e indoloro, RHA positivos.
- **Neurológico:** lúcida, sin foco motor ni signos meníngeos.
- **Piel y partes blandas:** Sin edemas periféricos.

Rx de tórax de ingreso 27/07/16



ECG de ingreso a sala 27/07/16





Evolución en Sala 27/07/16 al 24/08/16

Se interpreta cuadro como insuficiencia cardíaca descompensada realizando balance negativo con diuréticos de asa EV.

El día 03/08 se realiza ecocardiograma.

Ecocardiograma transtorácico 03/08/16

DDVI (cm)	DSVI(cm)	SIV (cm)	PP(cm)
6	4,5	0,8	0,6

- Cavidad ventricular izquierda levemente dilatada.
- Grosor parietal normal.
- Función sistólica normal. Sin alteraciones segmentarias de la contracción.
- Aurícula izquierda severamente dilatada (75 cm²).
- Cavidad ventricular derecha de dimensiones normales.
- Función sistólica en el límite de la normalidad. Onda S tis 10 m/seg
- Aurícula derecha levemente dilatada.
- Válvula mitral fibrótica con engrosamiento valvar, impresiona secundario a agresión reumática pero no se observa fusión de comisuras. Restricción de la motilidad de la valva posterior y ausencia de coaptación de las valvas lo que genera insuficiencia severa con jet excéntrico con efecto coanda dirigido a la pared lateral de la aurícula izquierda (ORE 1.4 cm², VR: 187 ml). Estenosis mitral leve, con gradiente medio=16 mmHg y un área promedio de 1.7 cm².
- Impresiona presentar también aumento del grosor endocárdico (probable infiltración) a nivel de las paredes posterior y lateral del ventrículo izquierdo, afectando la base de la valva posterior mitral. Se sugiere realizar resonancia cardíaca para descartar endomiocardiofibrosis.
- Válvula tricúspide ligeramente engrosada, con insuficiencia moderada.
- Válvula aortica con insuficiencia leve. Válvula pulmonar normal.
- Se estima PSAP 97 mmHg.
- Vena cava inferior dilatada (2.5 cm) y colapso inspiratorio menor a 50%.

- Por permanecer incierta la etiología de la lesión mitral, el día 11/08 se realiza RMN cardíaca.

Resonancia magnética cardíaca con gadolinio 11/08/16

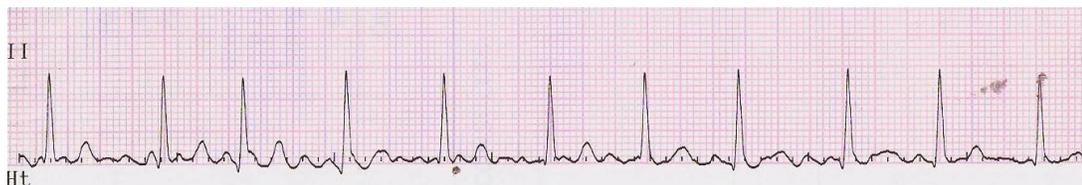
- El examen realizado muestra un VI con motilidad parietal, engrosamiento, volúmenes y función conservada en reposo. No presenta retención tardía de gadolinio.
- AI severamente dilatada.
- El VD presenta volúmenes y diámetros normales. Función sistólica en el límite inferior de la normalidad.
- AD diámetros conservados..
- Aorta y grandes vasos torácicos de dimensiones normales.

Conclusiones:

- ❖ FSVI y FSVD conservadas.
- ❖ AI dilatada.
- ❖ Enfermedad valvular mitral con restricción de la apertura e insuficiencia.
- ❖ No se visualizó por este método la presencia de miocardiopatía infiltrativa.

- El día 12/08 intercorre con sepsis a foco respiratorio, por lo que cumple tratamiento antibiótico con piperacilina tazobactam, sin rescate microbiológico.
- Durante su internación presenta en ECG de rutina del día 19/08 ritmo de FA de moderada respuesta ventricular.

ECG en sala 19/08/16



- Teniendo en cuenta el área (75cm²) de la aurícula izquierda se decide no realizar CVE por alta probabilidad de recurrencia.
- Se inicia anticoagulación y control de frecuencia cardíaca con digoxina, por intolerancia a betabloqueantes (hipotensión arterial).
- Evoluciona clínicamente estable, por lo que el día 24/08 se otorga el alta hospitalaria bajo seguimiento por consultorio de Valvulopatías, en plan quirúrgico.

➤ Paciente retorna a Paraguay, no asistiendo a ningún control establecido.

➤ **Medicación al alta:**

- Enalapril 2.5mg cada 12hs VO
- Furosemida 40mg cada 12hs VO
- Digoxina 0.125mg por día VO
- Acenocumarol según cartilla

Grilla de laboratorio

	Ingreso 27/07/16	Alta 23/08/16
Hto %	40	40
GB AGREGAR FORMULA	7700	6500
Rcto plaq/mm3	243000	360000
Glucemia(mg/dl)	114	88
Urea(mg/dl)	55	67
Creatinina(mg/dl)	1.04	1
TP/KPTT/RIN	99%/30s/1	33%/35s/2.2
Ionograma (mEq/L)	143/4.5/99	139/4.9/96
BT/BD/GPT/GPT (mg/dl)	0.9/0.3/33/25	0.39/0.22/24/21
AGREGAR EXTRAS		