



# **ATENEO CLÍNICO**

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

**Fernando Alvarez  
01/08/2012**

**PACIENTE: I.J SEXO: masculino EDAD: 58 años**

**Fecha de ingreso: 16/06/2011 Fecha de alta: 24/06/2011**

### **MOTIVO DE INTERNACIÓN:**

- Disnea progresiva, aumento del perímetro abdominal y edemas en MMII.

### **ENFERMEDAD ACTUAL:**

- Paciente que consulta a guardia externa de Clínica Bazterrica por presentar aumento del perímetro abdominal y edemas en MMII de un mes de evolución, a lo que se asocia en la última semana disnea progresiva a moderados esfuerzos, motivo por el cual se decide su internación para diagnóstico y tratamiento.

### **ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:**

- Internación en Mayo de 2011 por distensión abdominal y edemas en MMI de 6 meses de evolución interpretado como síndrome ascítico edematoso, en donde se realizaron distintos exámenes complementarios:
  - Eco doppler 2D: informado como normal.
  - Punción de líquido ascítico: Trasudado, con GASA >1.5. Negativo para células neoplásicas.
  - Punción/biopsia hepática: Normal, sin signos de cirrosis.
  - TAC de tórax y abdomen : Tórax normal, abdomen con ascitis leve, hígado normal, bazo normal, sin adenomegalias, el contraste no realizó estructuras patológicas.
  - Eco doppler espleno/portal: VCI dilatada. Descartó hipertensión portal.
  - RNM de tórax y abdomen con Gadolinio: sin hallazgos patológicos.

### **FACTORES DE RIESGO CORONARIOS:**

- HTA de 5 años de evolución en tratamiento con Enalapril.
- Ex -TBQ.

## **OTROS ANTECEDENTES:**

- Colecistectomía laparoscópica 2006.

## **MEDICACIÓN HABITUAL:**

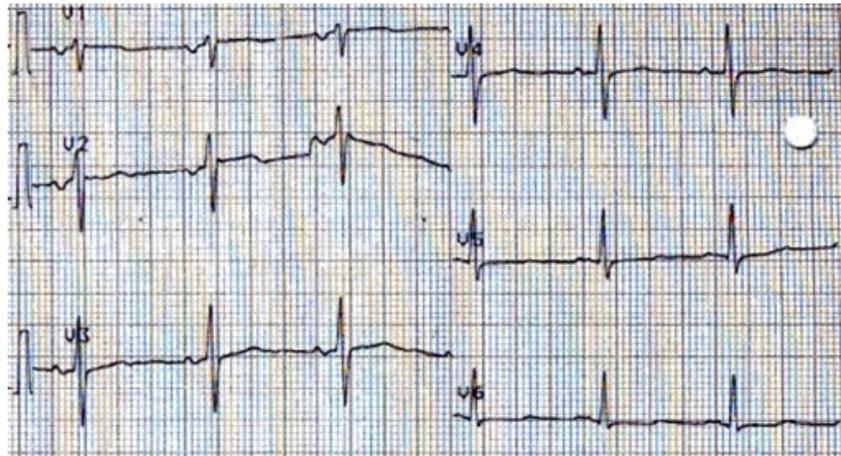
- Furosemida 40 mg cada 12 hs.
- Espironolactona 200 mg día.
- Enalapril 5 mg cada 12 hs.

## **EXÁMEN FÍSICO AL INGRESO**

TA = 120/80 mmHg	FC = 77 lpm	FR = 24 cpm	T = 36 °C
------------------	-------------	-------------	-----------

- **Aparato cardiovascular:** Tolerancia parcial al decúbito, IY 3/3 sin colapso inspiratorio. Choque de la punta ausente. Pulsos periféricos presentes y simétricos. Adecuada perfusión periférica. R1-R2 en 4 focos, hipofonéticos, sin R3 ni R4. Frote pericárdico presente. Sin pulso paradojal. Silencios libres.
- **Piel, faneras y TCS:** Piel y mucosas normocoloreadas. Edemas de MMII 2/3 infrapatelar, 1/3 suprapatelar
- **Aparato respiratorio:** BMV, matidez en base derecha. Hipoventilación generalizada con ausencia de MV en base derecha. Sin ruidos agregados.
- **Abdomen:** Blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho. Ligera hepatomegalia. Sin reacción peritoneal. Matidez desplazable. RHA presentes.
- **Aparato neurológico:** : Lúcido, sin foco motor ni meníngeo.

## **ELECTROCARDIOGRAMA**



### **EVOLUCIÓN:**

- Se interpreta como probable insuficiencia cardíaca descompensada retrógrada derecha, por lo que se inicia tratamiento diurético EV, con adecuada respuesta.
- Se realiza ecocardiograma doppler.

### **ECOCARDIOGRAMA DOPPLER**

<b><u>DDVD</u></b>	<b><u>D D</u></b> <b><u>VI</u></b>	<b><u>DSVI</u></b>	<b><u>FAC%</u></b>	<b><u>SIV</u></b>	<b><u>PP</u></b>	<b><u>AI</u></b>	<b><u>AO</u></b>
1.1	4	1.8	54%	1	0.7	4.9	--

- Dimensiones, espesor y función sistólica global del VI normales, pero con aumento de las presiones de llenado (flujo mitral restrictivo con doppler tisular normal).

- Se observan variaciones respiratorias anormales del flujo mitral del 100% y una muesca telediastólica en inspiración por constricción izquierda. Leve dilatación auricular izquierda.
- Abombamiento del SIA hacia la izquierda en inspiración, con aumento de la presión media en AD (VCI dilatada, sin colapso inspiratorio) y con flujo retrógrado en inspiración por constricción del lado derecho del corazón. Presiones pulmonares normales (PSAP: 30 mmHg).
- No se observaron alteraciones estructurales ni del flujo sanguíneo a nivel valvular.
- Derrame pleural. Ascitis.

### **EVOLUCIÓN:**

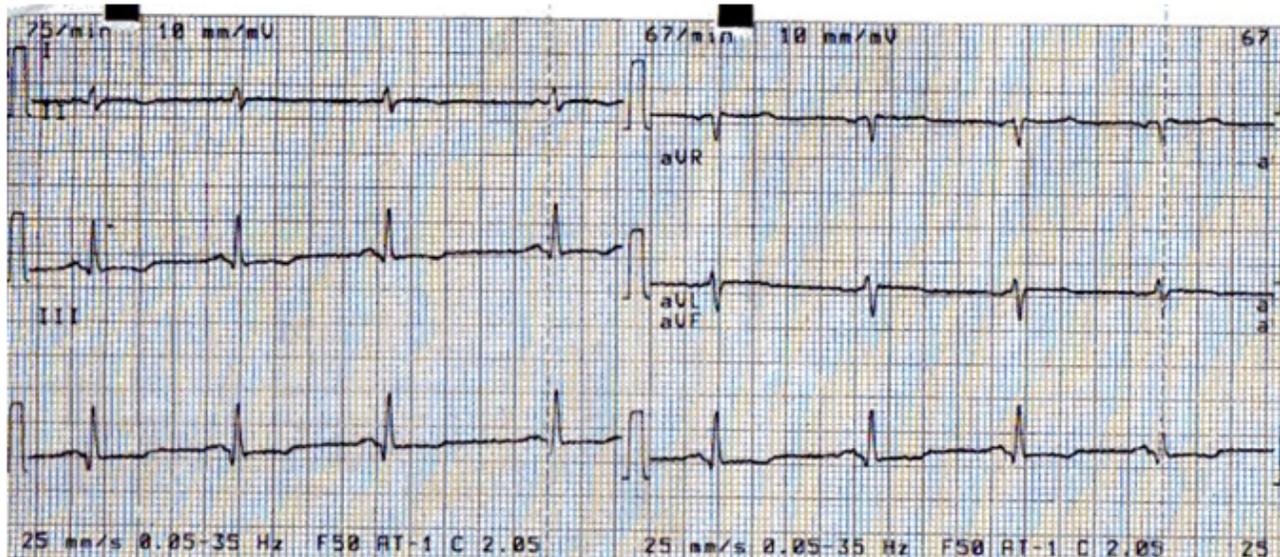
- Debido a los hallazgos en el ecocardiograma, sugestivos de constricción pericárdica se solicita resonancia nuclear magnética cardíaca, la cual evidencia el engrosamiento pericárdico, sin presencia de derrame.
- Con los resultados obtenidos se interpreta el cuadro como pericarditis constrictiva biventricular.
- A modo de descartar posibles etiologías se solicita PPD y perfil inmunológico, los cuales se informan como negativos.
- El paciente evoluciona con adecuada respuesta al tratamiento diurético, realizando balance negativo.
- El día 24/06/2011 se decide su alta hospitalaria con tratamiento médico.
- **Medicación al alta:**
  - Furosemida 40 mg cada 12 hs.
  - Espironolactona 100 mg / día.
  - Ibuprofeno 500 mg cada 6 hs.
  - Colchicina x 1 mes.

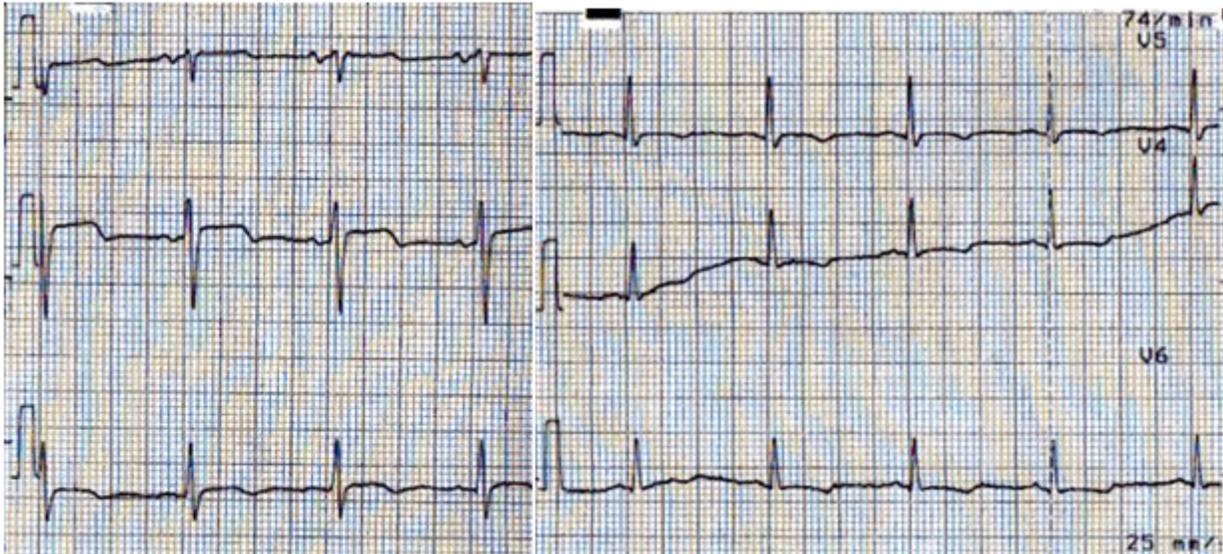
### **REINGRESO 09/08/2011:**

- Paciente que consulta a guardia externa por progresión de la signo-sintomatología, con respuesta parcial al tratamiento instaurado, por lo que se decide su internación para optimizar manejo hemodinámico.

- Se reinician diuréticos EV con mejoría clínica.
- El día 12/08/2011, considerando el diagnóstico de pericarditis constrictiva crónica y su mala evolución, pese a tratamiento médico, en ateneo de servicio se decide realizar pericardiotomía.
- El día 16/08/2011 se realiza pericardiotomía parcial sin CEC, con resección total en pared anterior e inferior del VI más resección total en VD y en AD, con un tiempo total de 90 minutos.
- Se enviaron muestras para cultivo y anatomía patológica que fueron negativos para tuberculosis.
- En el post operatorio inmediato el paciente ingresa a UCO, lúcido, ventilando espontáneamente sin requerimientos de drogas vasopresoras, con adecuado ritmo diurético.

### **ECG POSPERATORIO**





### **ECOCARDIOGRAMA POSOPERATORIO:**

DDVD 1.8	DDVI <sub>4,6</sub>	DSVI 2.8	FAC 40%	SIV 1,0	PP 0.7	AI 4.9
----------	---------------------	----------	---------	---------	--------	--------

- Dimensiones, espesor y función sistólica global y regional ventricular izquierdo normales, con presiones de llenado normales.
- No se observan variaciones respiratorias de los flujos transvalvulares
- Leve dilatación auricular izquierda.
- Presiones pulmonares normales (PSAP: 30 mmHg).
- No se observaron alteraciones estructurales ni del flujo sanguíneo a nivel valvular.

### **EVOLUCIÓN:**

- El paciente evoluciona hemodinámicamente estable, sin desarrollo de complicaciones, por lo que el día 22/08/2011 se otorga alta hospitalaria.
- En la actualidad, a un año del evento, el paciente persiste asintomático.

## LABORATORIO

	21/06/11	11/08/11	Post qx
Hematocrito	37	38	33
Leucocitos	15000	13900	10500
Plaquetas	245000	317000	365000
Glucemia	103	101	102
Urea	85	81	54
Creatinina	1.3	1.26	1.4
Colesterol	165	-	-
TP/KPTT	82/28		
BNP	237		
TGO/TGP	21/15		
BT/BD	1.16/0.11		

	11/08/2011	POSTOX
PH	7.33	7.35
PCO <sub>2</sub>	57	45
PO <sub>2</sub>	-----	97
HCO <sub>3</sub>	31	24
EB	4	0.7
SATO <sub>2</sub> %	-----	97
Ionograma	142/3.2/101	145/4.13/102
TRASTORNO		