



ATENEO CLINICO

Hospital Dr. Cosme Argerich.

Servicio de Cardiología

Luciana J. Puente

03/07/2013

PACIENTE: M.O SEXO: Femenino EDAD: 27 años

Fecha de ingreso: 21/05/13 Fecha de egreso: 28/05/13

➤ **MOTIVO DE INTERNACIÓN:**

➤ Disnea de reposo

➤ **ENFERMEDAD ACTUAL:**

➤ Paciente con antecedentes de enfermedad de Ebstein asociada a CIA, que refiere progresión de la disnea habitual de CF II a IV de una semana de evolución, por lo que consulta a centro de salud donde recibe furosemida v.o. Debido a persistencia de la sintomatología consulta a la guardia externa de este hospital. Al ingreso se constata: paciente lúcida, afebril, con mala perfusión periférica, acrocianosis, hipoxemia y desaturación. Se decide su internación en sala de cardiología para diagnóstico y tratamiento.

➤ **ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES:**

- Anomalía de Ebstein asociada a CIA tipo ostium secundum, diagnosticada a los 5 meses en Hospital de Lanús donde se mantuvo en seguimiento hasta los 10 años, luego continuó el seguimiento en Hospital Garrahan hasta los 14 años. Desde dicha fecha realizó controles por guardia esporádicos.
- **Ecocardiograma 27/02:** VI sin hallazgos patológicos. Cavidades derechas dilatadas. DDVD: 39 mm DSVD: 22 mm AD: 25 cm². Disfunción sistólica de VD. IT severa con anomalía de Ebstein con implantación de la válvula septal tricuspídea a 22 mm del plano del anillo mitral. CIA tipo ostium secundum con flujo bidireccional.

➤ **ANTECEDENTES HEMATOLOGICOS**

- Eritrocitosis secundaria a hipoxemia crónica, con requerimientos de sangrías en forma seriada. Hasta la fecha lleva realizadas seis sangrías. Se encuentra en seguimiento por hematología de este hospital.

➤ **ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS**

- Embarazo hace cuatro años, parto normal. Recién nacido con bajo peso. Actualmente soplo en estudio.

➤ **EXAMEN FISICO INGRESO:**

TA: 120/70mmhg

FC: 90 l.p.m.

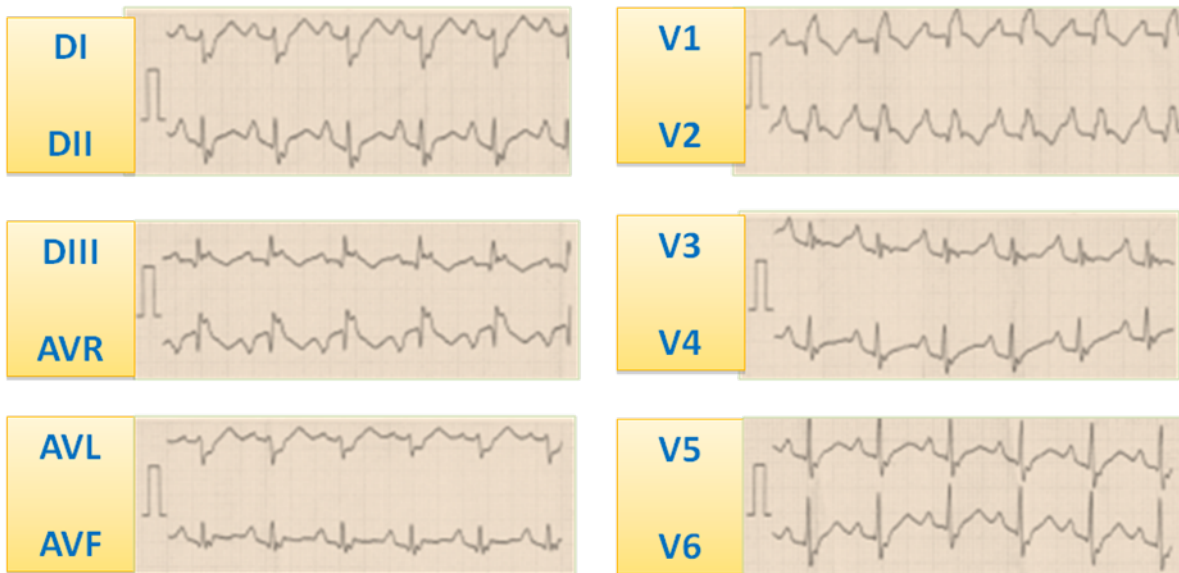
FR: 20 c.p.m.

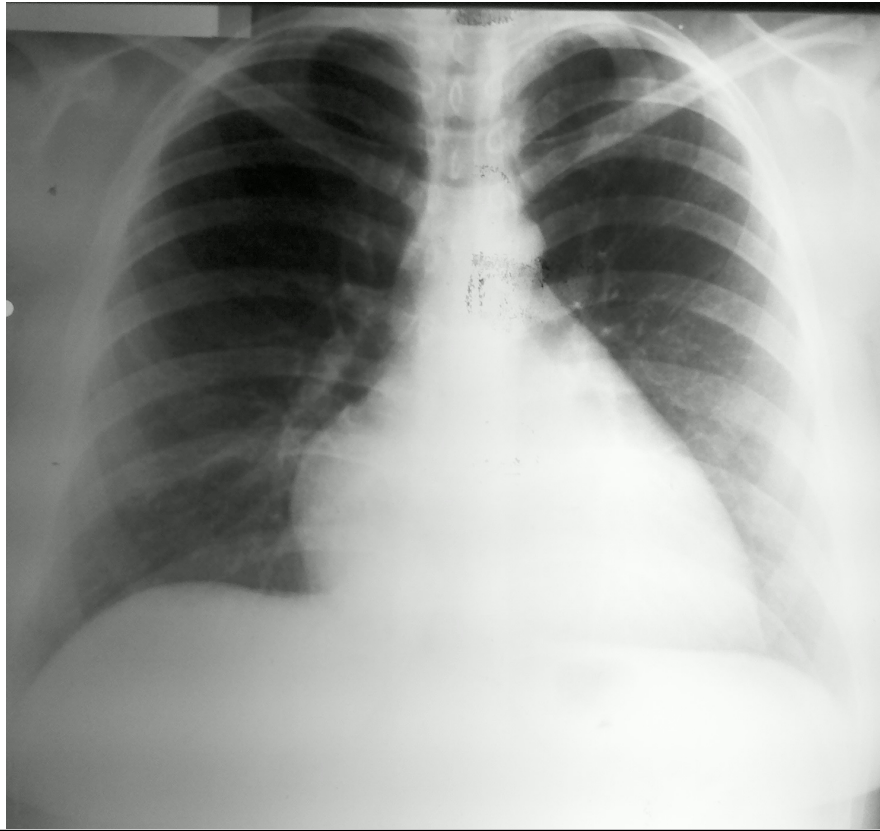
T: 36 °

SAO2: 77%

- **Ap. cardiovascular:** Mala perfusión periférica, ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio, RHY positivo 1/3. Signo de Dressler. R1, R2 normofonéticos en cuatro focos, R1 y R2 desdoblado. Soplo holosistólico regurgitativo en foco tricuspídeo. Pulsos conservados simétricos.
- **Ap respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.
- **Piel y faneras:** acrocianosis y cianosis peribucal. Dedos en palillo de tambor y uñas en vidrio de reloj.
- **TCS:** Sin edemas.
- **Abdomen:** Globoso, Blando, depresible, indoloro. No se palpan visceromegalias. Timpánico. Sin ascitis. Sin soplos. RHA presentes.
- **SNC:** lúcida sin foco neurológico.

➤ **ELECTROCARDIOGRAMA AL INGRESO**





➤ **EVOLUCIÓN INMEDIATA EN SALA:**

- Al ingreso se descartan posibles causas descompensantes:
- No presenta foco infeccioso
- Se solicita sub-unidad beta para descartar embarazo. Negativa.
- Se solicita Holter por sospecha de arritmia supraventricular paroxística.
- Se coloca acceso venoso central, para mejor manejo hemodinámico:
- PVC apertura: 4 cm H₂O. Se interpreta el cuadro como hipovolemia secundaria a balance negativo, cianosis secundaria a hipoxemia y a sangrías. Se indica oxigenoterapia permanente y se realizan expansiones con cristaloides por vía e.v, con control clínico.
- Se solicita EAB arterial:

Ph	PAO ₂	PCO ₂	EB	SAO ₂
7.40	42 mmHg	32 mmHg	- 3.7mmol/L	77%

- Se recibe laboratorio que informa deterioro de la función renal.

- Dosaje de TSH: 9.2 por lo que se inicia levotiroxina 25 mcg día.

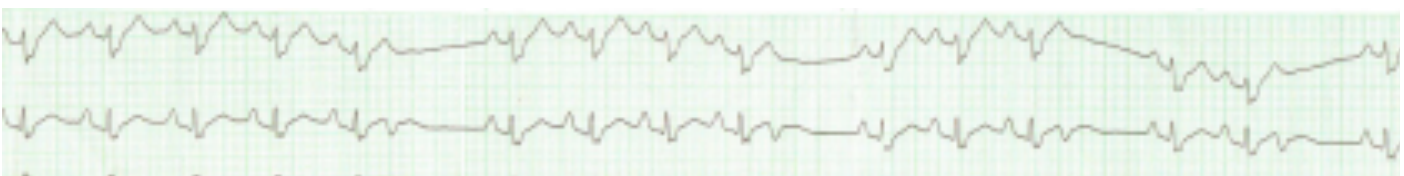
- **ECOCARDIOGRAMA INGRESO. 28/05/13:**

<u>DDVD</u>	<u>DDVI</u>	<u>SIV</u>	<u>PP</u>	<u>AI</u>
<u>3,8 cm</u>	<u>2,5 cm</u>	<u>0.8 cm</u>	<u>0.60 cm</u>	<u>1. cm</u>

- Enfermedad de Ebstein con severa dilatación del VD, la porción atrializada impresiona con buena función sistólica TAPSE 27 mm. S tisular del VD: 20 mm a nivel del anillo mitral zona de implante de la valva lateral del VD, el ventrículo remanente presenta disfunción severa. El desplazamiento de la valva septal de la tricúspide es de 3.8 cm con porción atrializada de 30%.
- Hipoplasia de tronco de arteria pulmonar y sus ramas derecha izquierda proximales. PSAP 15 mmHg.
- IT moderada.
- VI no dilatado con grosor normal. Movimiento paradojal del septum. Función sistólica conservada.
- CIA tipo ostium secundum de 1.8 cm con flujo de derecha a izquierda.
- AI no dilatada. No se observa derrame pericárdico.

- **EVOLUCIÓN EN SALA (23/05/13)**

- Continúa con requerimientos de expansiones con cristaloides y oxigeno al 50%. Evolucionara con buena respuesta y mejoría del cuadro clínico.
- Intercurre con episodio de palpitaciones. Se realiza ECG con tira de ritmo que evidencia: múltiples ESV.

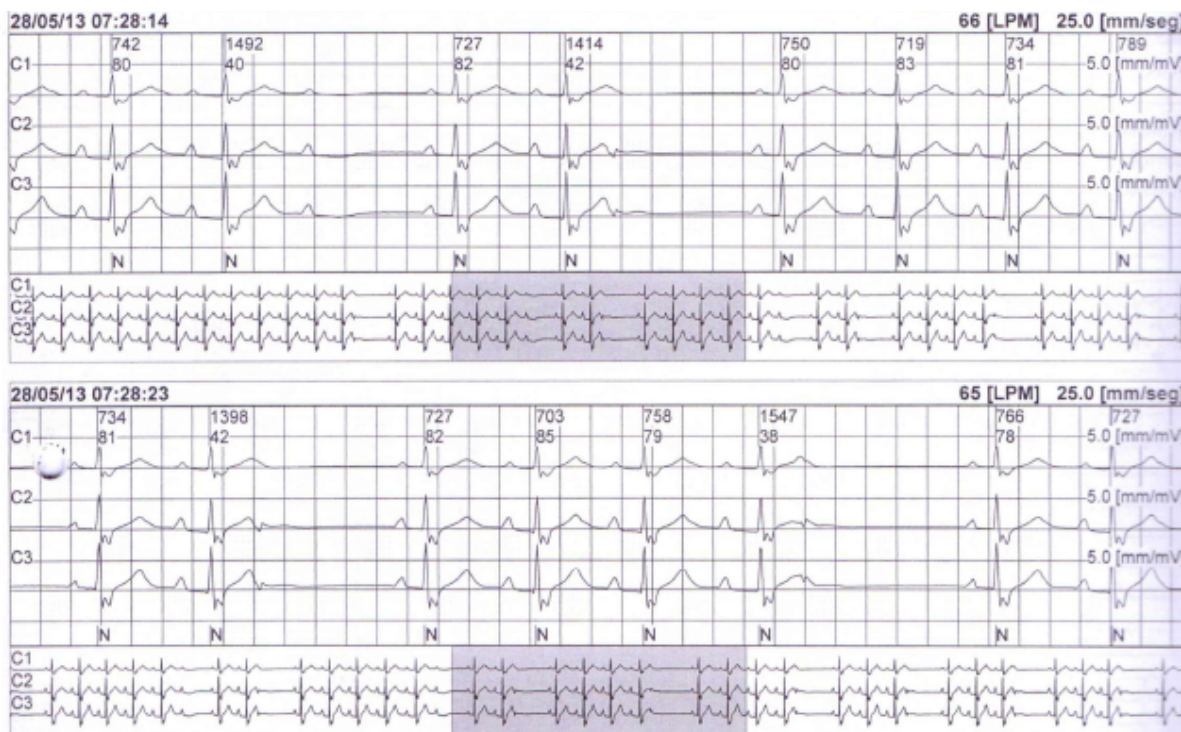


- Se solicita pase a UCO para monitoreo continuo.

➤ **Evolución 23/05/13 a 27/05/13**

- Evoluciona con adecuado ritmo diurético, sin cambios en el examen físico con respecto al previo. Con requerimientos de oxígeno.
- Sin haberse constatado episodios de taquiarritmias supraventriculares y debido a evolución favorable reingresa a sala el día 27/05/13.

Holter 27/05/13



- ❖ Ritmo sinusal. ESV poco frecuentes en ocasiones conducidas y en otras bloqueadas. Bloqueo AV primer grado permanente y episodios wenckebach asintomática.

➤ **Evolución en sala 27/05/13 a 28/05/13 .**

- **28/05:** se otorga alta hospitalaria y se continua su seguimiento por consultorios externos de este hospital en conjunto con hospital Garrahan.

- Se indican pautas de alarma y método anticonceptivo por contraindicación de embarazo.

➤ **Tratamiento al alta.**

- Carvedilol 3.125 mg cada 12 hs
- Levotiroxina 25 mcg día, en ayunas.

	21/05/13	22/05/13	23/05/13	24/05/13	28/05/13
HB		17.4 G/L		17 G/L	18 G/L
HTO	64%	52%	57%	55%	56%
GB	7.200	4.400	8.900	8.400	6.100
Plaquetas	173.000	148.000	154000	106.000	97.000
Glucemia	98	161	104	58	101
Urea	42	54	38	24	24
Creatinina	0.83	1.14	0.90	0.78	0.79
NA/K/CL	139/4.4/98	140/4.03/97	131/4.3/97	139/5/102	135/5/101
TP/KPTT		88/30		68/22	
TSH	9.25 ui/ml				
Subunidad B	negativa				

➤ **Reingreso a sala 25/06/13 – 28/06/13**

- Paciente que consulta el 25/06/13 refiriendo disnea en clase funcional IV, que comienza luego de realizar sangría.
- Presentó los días previos episodio de parestesias en miembro superior izquierdo asociado a visión borrosa revirtiendo espontáneamente, lo que podría corresponderse con AIT, secundario a sangrías reiteradas o síntomas de hiperviscosidad.
- Ingresa afebril, con signos de mala perfusión periférica, cianosis

➤ **EVOLUCIÓN INMEDIATA**

- Se interpreta como hipovolemia secundaria a sangrías no controladas.
- Se realiza reposición con cristaloides. Evolucionó con mejoría clínica.

➤ **EVOLUCIÓN EN SALA 25/05/13 – 28/06/13**

- Laboratorio al ingreso:

Hto	Plt	Leu	Urea	Creat	Tp	Kptt
55%	120000	7000	24	0.60	55	27

- Se solicita perfil férrico para evaluar depósitos de hierro:
 - FERREMIA: 31 UG/DL
 - TRASFERRINA: 252 MG/DL
- Una vez superado el cuadro agudo se solicita ergometría para valorar clase funcional.
- Debido a evolución favorable con recuperación de la clase funcional se decide su alta hospitalaria.