

---

**ATENEO CLINICO**

---

**Hospital Cosme Argerich.  
División Cardiología  
Residencia de Cardiología**

---

**Dra. Arias Valeria**

---



Paciente: S. R	Sexo: Masculino
Edad: 46 años	PRIMERA INTERNACION: 16/12/12 AL 03/01/13 SEGUNDA INTERNACION: 04/01/13 AL 28/01/13

**MOTIVO DE INTERNACIÓN:**

- Aumento de diámetro de miembros inferiores.

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

- Paciente con antecedentes de trasplante renal consulta a guardia externa de este hospital por edema de miembros inferiores y aumento del perímetro abdominal de 4 días de evolución.
- Se realiza laboratorio en donde se constata deterioro de la función renal, por lo que ingresa a sala de nefrología para realizar hemodiálisis.

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

Antecedentes cardiovasculares:

Pericarditis urémica en 2003 con requerimiento de pericardiocentesis.

Antecedentes nefrourológicos:

IRCT de etiología no filiada, en TSR desde 1997 a 2005.

Trasplante renal con donante vivo en 2005.

Antecedentes infectológicos:

Serología positiva para hepatitis C con PCR negativa.

Biopsia hepática ( 2005), actividad inflamatoria moderada y fibrosis moderada.

Otros antecedentes:

Paratiroidectomía parcial en 2004 por hiperparatiroidismo secundario severo con recidiva del mismo.

Polineuropatía axono-desmielinizante moderada de los 4 miembros bilateral y simétrica.

Convulsiones en contexto de sme urémico.

Duodenitis inespecífica.

**EXAMEN FISICO INGRESO A NEFROLOGIA:**

Aparato cardiovascular: Buena perfusión periférica, ingurgitación yugular 3/3 con colapso inspiratorio, choque de la punta 5º EII LMC, pulsos periféricos positivos y simétricos. R1, R2 normofonéticos, R1 variable en 4 focos, sin R3 ni R4, silencios impresionan libres.

Aparato respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, regular entrada de aire bilateral, crepitantes bibasales.

Abdomen: blando, depresible, indoloro, no se palpan visceromegalias, edema de pared, RHA positivos catarsis conservada.

SNC: lucido sin signos de foco motor ni sensitivo, sin signos meníngeos.

Piel y faneras: Edema de MMII 3/6 y pared abdominal, dermatitis ocre en miembros inferiores, dilataciones varicosa

**ECG:**





**EVOLUCIÓN 16/12/12 AL 03/01/13:**

Se inicia tratamiento con diuréticos y hemodiálisis realizando balance negativo.

Por FAARV en contexto de hipokalemia (K:2.6 mEq/l), se solicita interconsulta con cardiología. Se sugiere corregir factores desencadenantes, control de frecuencia cardiaca, anticoagulación y se solicita ecocardiograma doppler.

**ECOCARDIOGRAMA 27/12/12**

DDVI	DSVI	FAC	PP	SIV	AI
4,7 cm			0,9 cm	0,9 cm	3,3 cm

VI de tamaño conservado, espesores parietales conservados.

- Deterioro leve de la función sistólica del VI, FEY por método biplano 47%. Movimiento paradójal del septum. Hipoquinesia inferior y de septum inferior de ápex a base.
- Onda E única de llenado ventricular.
- Aurícula izquierda moderadamente dilatada área :33,4 cm<sup>2</sup>.
- VD levemente dilatado, con deterioro de la función sistólica, TAPSE 11 mm.
- Aurícula derecha levemente dilatada: área 29,5 cm<sup>2</sup>.
- Insuficiencia mitral leve con jet central, protosistólica.
- Insuficiencia tricuspídea leve, PSAP 33 mmHg.
- Vena cava inferior de 18 mm de diámetro con colapso inspiratorio < 50%.
- Aparatos valvulares estructuralmente conservados.
- No se observa derrame pericárdico.

### **EVOLUCION CARDIOLOGIA:**

- El paciente evoluciona con franca disminución de la sobrecarga hídrica luego de realizar balance negativo y normalización de parámetros metabólicos, a pesar de lo cual persiste con FAARV.
- Se decide iniciar tratamiento con betabloqueantes en bajas dosis y progresar según tolerancia. Comienza con carvedilol 3,125 c/12 hs.
- El paciente evoluciona favorablemente en cuanto al balance negativo se progresa carvedilol hasta 25 mg c/12hs sin lograr control de la frecuencia cardiaca.
- Por sospecha de taquicardiomiopatía, se decide realizar control de ritmo mediante cardioversión eléctrica.
- Se descarta la presencia de trombosis a nivel auricular por ETE, se realiza cardioversión eléctrica con 200 Joules exitosa, con procedimiento bien tolerado y sin complicaciones.
- Se decide alta y control por consultorios externos de cardiología y nefrología.

### **MEDICACION AL ALTA:**

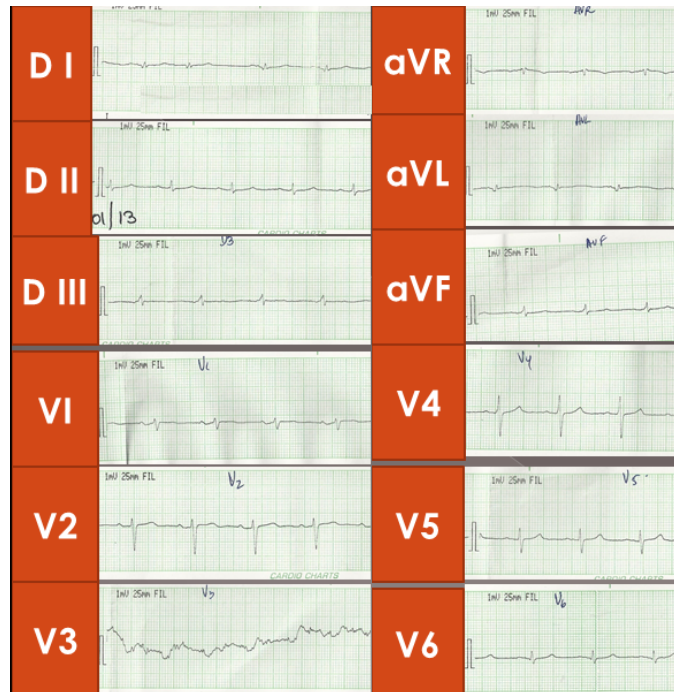
- Carvedilol 25 mg c/12 hs
- Acenocumarol 1mg día.
- Espironolactona 50 mg día
- Furosemida 40 mg día
- Meprednisona 4 mg día

- Everolimus 0,75 mg c/12 hs
- Acido micofenòlico 540 mg día
- Calcitriol 2 mcg día
- Omeprazol 20 mg día

**REINTERNACION EN NEFROLOGIA 04/01/13 AL 28/01/13:**

- El paciente reingresa el día 04/01/2013, por mareos de 24 hs de evolución se constata hipotensión arterial e hipotensión ortostática que mejora con maniobra de Trendelemburg. Se objetiva deterioro de función renal sin signos de sobrecarga hídrica.
- Se decide disminuir la dosis de Carvedilol a 6,25 c/12 hs, considerándolo la causa de la hipotensión.

**ECG:**



### **EVOLUCION EN NEFROLOGIA:**

- Se realizan 3 sesiones de hemodiálisis con mejoría de la función renal, se suspende el Carvedilol.
- El 09/01 el paciente refiere palpitaciones, se realiza ECG que evidencia FAARV asociada a hipokalemia, sin mejoría después de su corrección. Se decide iniciar Bisoprolol.
- El 14/01 es evaluado por servicio de electrofisiología que indica carga de amiodarona y programar ETE para eventual cardioversión eléctrica.
- El 21/01 pasa a UCO para realizar ETE y CVE.

### **ECG POST CVE:**



### **CONTROL AMBULATORIO**

- Se decide evaluar causas de disfunción del VD por lo que se solicitan centellograma pulmonar V/Q y estudio de perfusión miocárdica.



- Se realiza nuevo ecocardiograma.
- Perfusión miocárdica reposo y esfuerzo en SPECT: no se observaron defectos segmentarios de captación del radiotrazador en los distintos cortes tomográficos de ambos estadios del estudio.
- Centellograma V/Q: distribución homogénea del radiotrazador en ambos campos pulmonares centellograma normal, baja probabilidad de TEP.

DDVI	DSVI	FAC	SIV	PP	AI	AO
4,7 cm	3,4 cm	29 %	1,0 cm	0,8 cm	5,2 cm	3,2 cm

- VI no dilatado con grosor parietal normal.
- Función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción.
- AI moderadamente dilatada.
- VD de dimensiones normales con deterioro moderado de su función sistólica global TAPSE 14 mm y onda S sistólica de 7 cm/seg. AD dilatada (27 cm<sup>2</sup>). Movimiento paradójico septal. VCI dilatada (28 mm) con ausencia de colapso inspiratorio. IT moderada (vena contracta 5 mm)
- Válvulas morfológicamente normales
- Sin derrame pericárdico

