



ATENEO CLÍNICO

Hospital Dr. Cosme Argerich.

Servicio de Cardiología

Dra. Laura Soledad Filazzola

22/05/2013

Paciente: F. E.	Sexo: masculino
Edad: 50 años	Fecha ingreso: 4/9/2012 Fecha egreso: 7/9/2012

MOTIVO DE INTERNACIÓN:

Disnea.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente de 50 años, con diagnóstico de doble tracto de salida del VD y comunicación interventricular, corregida a los 5 años de edad, consulta a guardia externa de este Hospital por presentar disnea de reposo y edema de miembros inferiores. Se interpreta como insuficiencia cardíaca descompensada, decidiéndose su internación en Sala de Cardiología.

ANTECEDENTES

Factores de riesgo cardiovasculares:

- Hipertensión arterial.
- Obesidad.
- Diabetes tipo II.

Antecedentes de enfermedad actual:

- Doble tracto de salida del VD asociada a CIV subaórtica, con corrección quirúrgica a los 5 años. (Cierre de CIV con parche y tunelización hacia la Aorta)
- Insuficiencia cardíaca progresiva de 5 años de evolución.

Medicación habitual:

- Carvedilol 6,25 c/12 hs
- Furosemida 40 mg c/12 hs
- Enalapril 10 mg c/12 hs
- Metformina 850 mg c/12 hs

ESTUDIOS PREVIOS:

PEG 10/6/1980 – 30/11/1993: Prueba normal, con buena capacidad funcional.

Ecocardiograma 27/06/96: DDVI 5,5 DSVI 4,1 Función conservada. Dilatación de aurícula izquierda y VD. Hipocinesia septal.

Ecocardiograma 17/05/2007: AI 51 mm Septum 16 mm PP 16 – DDVI 49 DSVI 26. Fey 77%. Dilatación de la AI, VI con hipertrofia concéntrica y FS conservada. Cavidades derechas normales. Imagen refringente en unión septo aortica. (parche cierre CIV). Leve gradiente transvalvular pulmonar (12 mmHg) Leve gradiente transvalvular aórtico (28 mmHg).

RNM Cardíaca 12/09/2011: Dilatación e hipertrofia ventricular izquierda. Estenosis valvular aórtica moderada, asociado a insuficiencia aórtica moderada, estrechez subvalvular aórtica del tracto de salida del VI, de 14 x 10 mm. CIV subvalvular aórtica, con mínimo jet eyectivo de izquierda a derecha. Válvula pulmonar sin alteraciones.

CCG 04/11/2011: Nacimiento anómalo en forma conjunta de la arteria DA y CD a nivel de la cara anterior de la aorta por arriba de los senos coronarios. Nacimiento único de la arteria Circunfleja en seno coronario izquierdo.

EXAMEN FÍSICO

TA 100/60 mmHg	FC 74 lpm	FR 20 cpm	T 36 C°	SAO ₂ 95 % (0,21)
----------------	-----------	-----------	---------	------------------------------

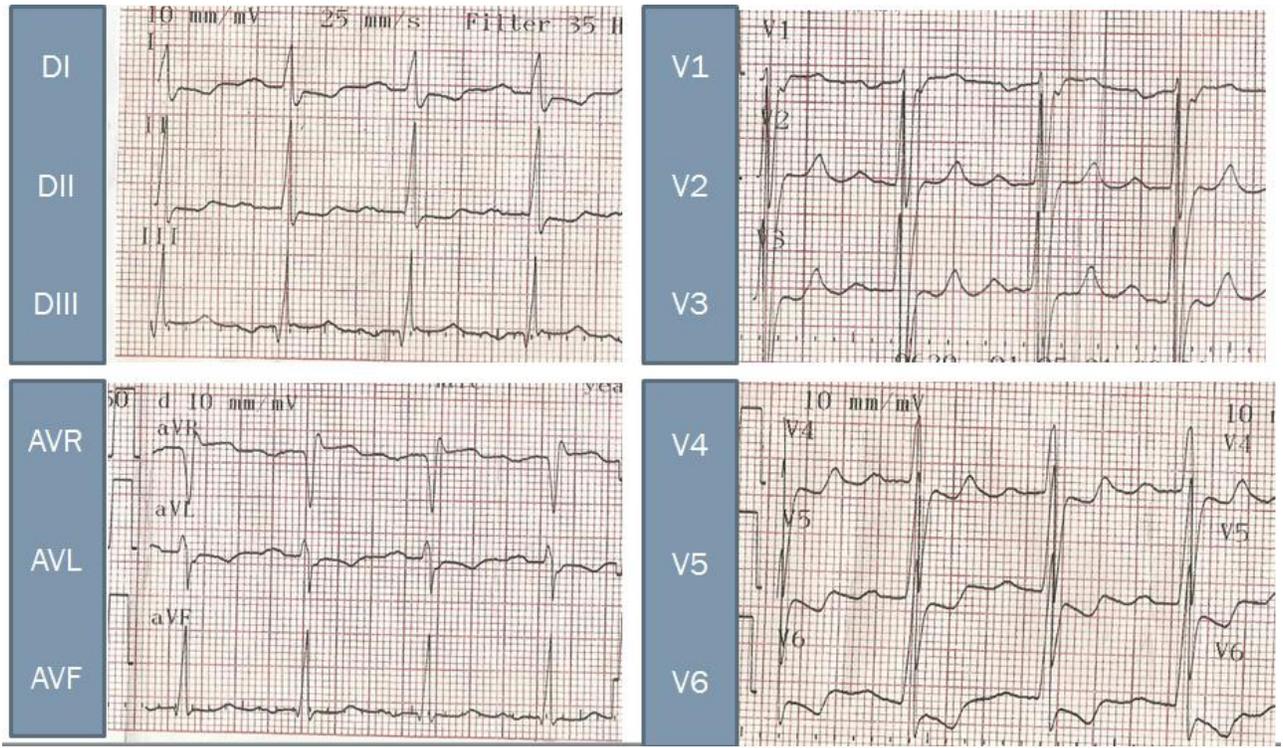
Cardiovascular: Adecuada perfusión periférica. IY 2/3. Choque de la punta no palpable. Pulsos periféricos conservados, simétricos, regulares. Edemas 2/6 infrapatelares. R1 y R2 en 4 focos, R2 hipo fonético, soplo sisto-diastólico 3/6 en 4 focos a predominio aórtico, con irradiación cuello, dorso y axila.

Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, rales crepitantes bibasales.

Abdomen: Blando depresible, indoloro. RHA presentes, sin presencia de visceromegalias.

Neurológico: Lúcido. Sin foco motor ni sensitivo.

ECG ingreso:



RX tórax ingreso:



ECOCARDIOGRAMA 05/09/2013

DDVD (cm)	DDVI (cm)	DSVI (cm)	F.Ac. (%)	SIV (cm)	PP (cm)	AI (cm)	Ao (cm)
Normal	6,3	4	36	1,9	1,3	6,8	3,7

- VI levemente dilatado con marcada hipertrofia concéntrica.
- Función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción.
- La deformación sistólica longitudinal global se encuentra disminuida a predominio de las paredes anterior, lateral y de los segmentos apicales.
- AI dilatada, área 41 cm².
- Cavidades derechas dilatadas con disfunción sistólica del VD. TAPSE 17 mm.
- A nivel del tracto de salida del VI se observa imagen compatible con parche de cierre de CIV con shunt residual a nivel de ambos extremos del mismo con flujo de izquierda a derecha.
- La imagen compatible con parche de CIV impresiona tener un comportamiento obstructivo en el tracto de salida del VI con gradiente máximo de 80.
- Insuficiencia aórtica moderada.
- IM leve. IT y pulmonar leves. PSAP estimada 61/21 mmHg.

EVOLUCIÓN 05/09 al 07/09/2013

Se inicia tratamiento con diuréticos de asa endovenosos.

Realiza balance negativo de 2000 ml, con adecuada respuesta al tratamiento instaurado.

Con diagnóstico ecocardiográfico de obstrucción al tracto de salida del VI, e Insuficiencia aórtica moderada se otorga el alta hospitalaria con posterior seguimiento ambulatorio y turno para Ecocardiograma transesofágico.

Medicación al alta:

Enalapril 10 mg c/12 hs

Furosemida 40 mg c/6

Carvedilol 3,125 mg c/12 hs

Metformina 850 mg c/12 hs

LABORATORIO

	04/09/2012	05/09/2012
Hematocrito	42	42
GB	5200	5700
Plaquetas	225000	277000
Glucemia	145	139
Urea	36	40
<u>Creatinina</u>	0,81	1
TP/KPTT/RIN	67%/38/1,3	
<u>Ionograma</u>	141/4,2/105	141/3,6/106

SEGUIMIENTO AMBULATORIO

El 14/12/2013 se realiza ecocardiograma tranesofágico

- VI severamente dilatado con función moderadamente deprimida (hipoquinesia global con acentuación a nivel septal).
- Disfunción diastólica de grado severo (restrictivo fijo)
- CIV residual de pequeño tamaño.
- AI severamente dilatada, área 40 cm². Orejuela sin trombos.
- Dilatación leve de la AD.
- IT leve. PSAP 75 mmHg.

- A nivel del tracto de salida del VI se observa un rodete fibroso provocando obstrucción sub aórtica de grado severo (Gradiente pico 93 mmHg). La válvula aórtica se encuentra fibrosada y por doppler color se evidencia insuficiencia aórtica de grado severo con flujo Holo diastólico reverso en la Aorta abdominal.

El 09/05/2013 se cita nuevamente al paciente realizándose nuevo ecocardiograma, que no demuestra cambios significativos con respecto a los previos. Se deriva a Hospital Posadas para evaluación quirúrgica.