ATENEO CLINICO

Hospital Dr. Cosme Argerich.

Servicio de Cardiología

Leandro Bono

12/09/2012

PACIENTE: C.D. **SEXO:** Femenino **EDAD:** 19 años

Fecha de ingreso: 11/06/2012 **Fecha de egreso:** 10/08/2012

MOTIVO DE INTERNACIÓN:

Dolor en reposo y lesión necrótica de pie izquierdo asociado a disnea

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente que ingresa a servicio de Cirugía Cardiovascular derivada de hospital de Santiago del Estero isquemia critica bilateral de miembros inferiores para eventual de revascularización. Intercurre durante internación con diarrea aguda desarrollando hipokalemia, presentando el 18/06 PCR en contexto de TV-FV con requerimiento de CVE 2500 J exitosa, ARM e inotrópicos. Evoluciona en UTI con respuesta favorable, realizándose extubación el día 23/06/12. Ingresa a UCO el 26/06 para continuar estudios y tratamiento.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

- Disnea clase funcional II de 6 meses de evolución.
- Internación en Hospital de Santiago del Estero desde el 7/5/12 hasta el 10/06/12, por dolor y necrosis de hallux, 2do y 3er dedo del pie izquierdo de 2 meses de evolución. Donde se realizaron los siguientes estudios complementarios:

1. Ecodoppler de miembros inferiores (18/04/12): *derecho*: flujo disminuido distal a tibial posterior y anterior. *izquierdo*: Tibial posterior distal sin flujo.
2. Ecocardiograma transesofagico (17/05/12): VI dilatado. Hipocinesia global a predominio inferoposterior. FEY: 35%.
3. Laboratorio: TSH: 1,36 (0.5-4.7),VDRL, chagas, HIV, HVC y HVB negativos, Colagenograma completo: Anticoagulante lúpico positivo, serología viral: *Micoplasma IgM positivo*

ANGIOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES 11/05/12

- **Aortograma abdominal**: Irregularidades sin obstrucciones significativas. Arterias renales sin obstrucción significativa.

- **Inferior derecho:** Arterias iliacas, femorales y poplítea sin obstrucciones. Tibial y peronea permeables pero de fino calibre distal.
- **Tibial posterior: ocluida proximal**.
- **Inferior izquierdo**: Arterias iliacas, femorales y poplítea sin obstrucciones. Arteria tibial posterior permeables con enfermedad difusa distal significativa. Tibial anterior ocluida en 1/3 medio se recanaliza distal. Peronea ocluida.

CINECORONARIOGRAFIA 29/05/12

- **Coronaria derecha**: dominante sin obstrucciones.
- **Coronaria izquierda**:

  -Ostium y tronco: sin obstrucciones.

  -DA: sin obstrucciones.

  -CX: sin obstrucciones.
- **Aortograma**: Aorta ascendente, torácica y vasos del cuello sin obstrucciones.

FACTORES DE RIESGO CORONARIOS:

- Tabaquismo (3 paquetes/año)

TRATAMIENTO RECIBIDO EN CENTRO DE REFERENCIA:

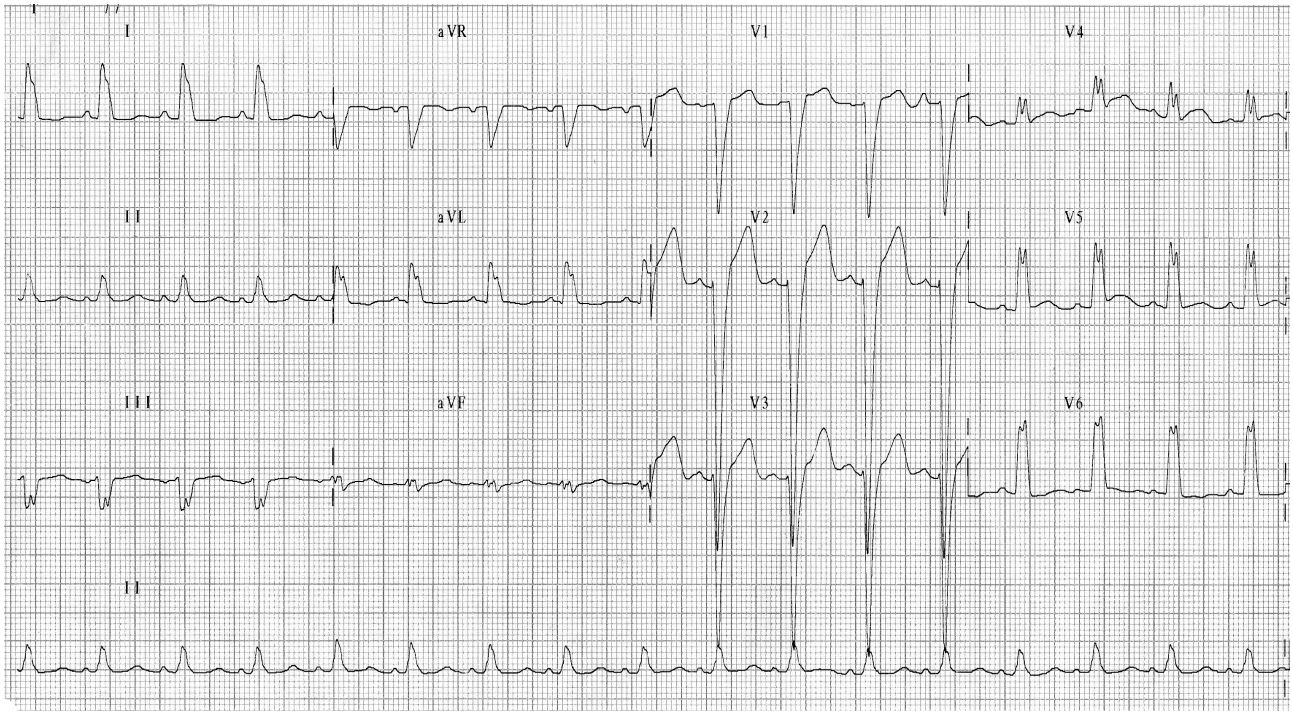
- AAS 100 mg /dia
- Carvedilol 3,125 mg cada 12 hs
- Espironolactona 25mg/d.
- Prostaglandina EI 3 dosis.
- Enoxaparina 60 mg cada 12hs sc.

EXAMEN FISICO AL INGRESO A UCO

TA: 95/70 FC:90 FR:16 T:36° SaTO2:98%

- **Ap. cardiovascular**: Ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio. RHY ausente. Choque de punta ausente. Pulsos periféricos asimétricos, radial derecho ausente y pedio derecho disminuido. R1 y R2 en 4 focos, sin R3 ni R4.
- **Ap. respiratorio**: Buena mecánica ventilatoria, hipoventilación bibasal, sin ruidos agregados.
- **Abdomen**: Blando, depresible, indoloro, hígado y bazo no palpable.
- **Neurológico**: Lúcida, sin signos de foco motor o meníngeo. Pupilas isocóricas, reactivas. Glasgow 15/15, bradipsiquica, trastorno deglución de líquidos.
- **Partes blandas y óseas:** necrosis seca de Hallux, 2do y 3er dedo de pie izquierdo, sin edemas.

ELECTROCARDIOGRAMA



ECOCARDIOGRAMA DOPLLER 12/06/12

- VI dilatado para la superficie corporal. Se destaca la presencia de trabeculaciones en la pared posterolateral, con flujo entre las mismas y relación espesor MNC/MC > 2. Dichos hallazgos son compatibles con miocardio no compacto. Hipoquinesia difusa de sus paredes. Movimiento asincrónico del septum.
- Deterioro severo de la función sistólica. FEY: 35%
- No se observan trombos intracavitarios.
- AI no dilatada.
- Cavidades derechas normales. TAPSE 12mm.
- Válvulas morfológicamente normales sin evidencia disfunción.
- No se observa derrame pericárdico.

EVOLUCION UCO
26/06/12-03/07/12

Paciente evoluciona hemodinámicamente estable, sin signos de falla de bomba ni nuevos episodios arrítmicos.

El 27/06 presenta varios registros febriles por lo que se realizan cultivos con rescate de Klebsiella BLEE en punta de catéter y hemocultivo. Se interpreta como sepsis asociada a catéter por lo que cumple tratamiento antibiótico con Imipenem.

Se recibe informe de biopsia de arterial del 22/06: **Tromboangeitis obliterante (enfermedad de Buerger)**.

Por buena evolución pasa a sala el 03/07.

EVOLUCION SALA DE CARDIOLOGIA
03/07/12-10/08/12

Evoluciona hemodinámicamente estable, afebril, con mejoría del cuadro isquémico en miembro inferior izquierdo y sin necesidad de revascularización.

Por trastorno deglutorio el 07/07 se realiza RMN cerebral donde no se evidencian lesiones.

El 18/07 se realiza RMN cardiaca.

RMN CARDIACA CON GADOLINIO
(18/07/12)

- **VI: dilatado. Volumen de fin de diástole de 58.9 ml. FEY de 29%. Hipocinesia global.**
- **VD: VD no dilatado. Función sistólica de 45%.**
- **AI: normal**
- **Sin edema ni infiltración fibroadiposa.**
- **Miocardio sin trastornos de la perfusión, sin realce tardío de gadolinio.**
- **DX: miocardiopatía dilatada.**

EVOLUCION SALA DE CARDIOLOGIA
03/07/12-10/08/12

- El 07/08 se coloca CDI sin complicaciones y el 10/08 se otorga el alta hospitalaria para seguimiento por consultorio externo de cardiología, clínica médica y electrofisiología.

MEDICACION AL ALTA

- **Aspirina 100 mg/día.**
- **Espironolactona 25 mg/día.**
- **Carvedilol 3.125 mg cada 12hs.**
- **Amiodarona 200 mg/día.**

LABORATORIO

	11/6	18/6	26/6	03/07	10/8
Hto	37	38	**33**	**33**	**35**
GB	8700	22100	14600	8900	6000
Plaq	470000	288000	314000	347000	268000
Glu	81	90	81	72	113
Urea	32	12	56	35	29
Creat	0.51	0.74	**1.36**	**1.83**	0.49
Na	134	143	136	134	140
K	3.9	**2.60**	4.23	5	3.60
CL	97	107	105	97	111
CK	41	370/141	103/15		
Trop			50-100	<50	
LDH	897	785	711		
Coag		84/41/1.1	83/39/1.1	92/32/1.1	
ESD/PCR	47/54				