



ATENEO CLÍNICO

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

Diesel, Claudio Oliver

04/12/2013

PACIENTE: N.P.

SEXO: Masculino

EDAD: 26 años

Fecha de ingreso: 02/11/2013

Fecha de egreso: 26/11/2013

MOTIVO DE CONSULTA:

Nauseas y vómitos.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente con diagnóstico reciente de miocardiopatía dilatada refiere presentar dispepsia, nauseas, vómitos y anorexia de un mes de evolución por lo que acude a Htal de Haedo en donde se indica tratamiento sintomático y se realizan estudios de rutina los cuales no evidencian alteraciones.

Debido a la persistencia de síntomas acude consultorios externos de cardiología de este Hospital, donde se sospecha síndrome bajo gasto cardíaco. Por dicho motivo se decide internación en UCO para diagnostico y tratamiento.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

- Miocardiopatía dilatada de origen desconocido, diagnosticada en julio 2013 que requirió múltiples internaciones en Htal Haedo por insuficiencia cardiaca descompensada.

FACTORES DE RIESGO CORONARIO:

- No presenta

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES

- Accidente cerebro vascular en septiembre de 2013 sin secuela neurológica.

OTROS ANTECEDENTES

- Utilización de anabólicos desde hace 3 años (Nadrolona, testosterona y estanozalol IM). Último consumo abril 2013
- Múltiples episodios febriles en el transcurso del año, último en agosto 2013 con diagnóstico de faringoamigdalitis.

MEDICACION HABITUAL

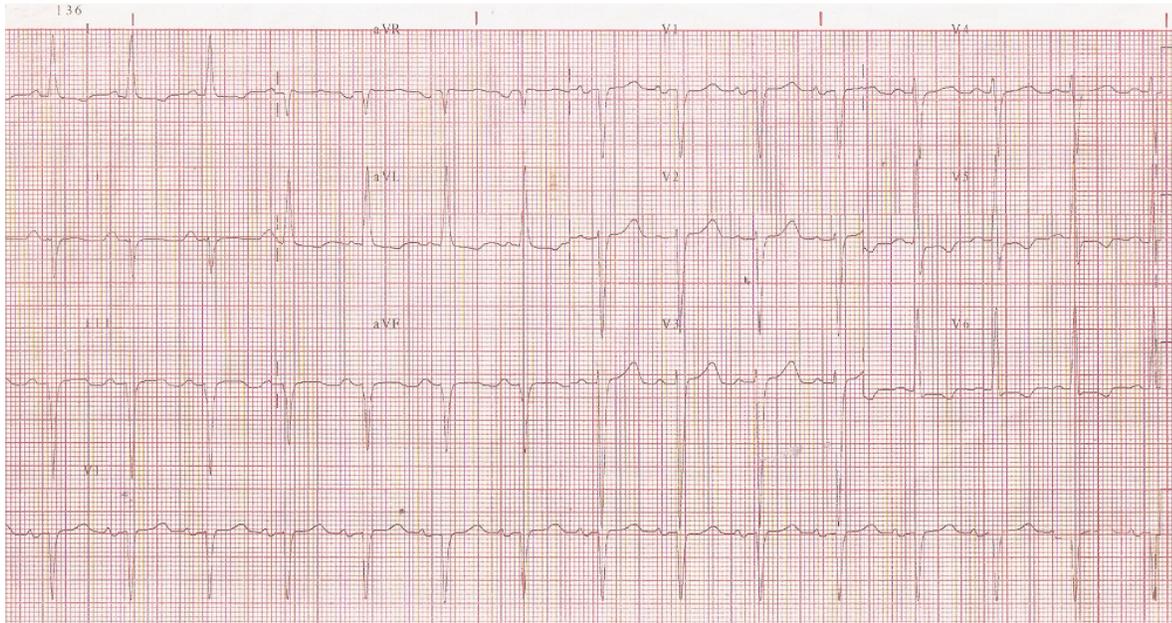
- Furosemida 40mg/día

- Bisoprolol 2.5mg/día
- Enalapril 2.5mg c/12hs
- Espironolactona 25mg/día
- Ivabradina 5mg c/12hs
- Rivaroxaban 20mg/día

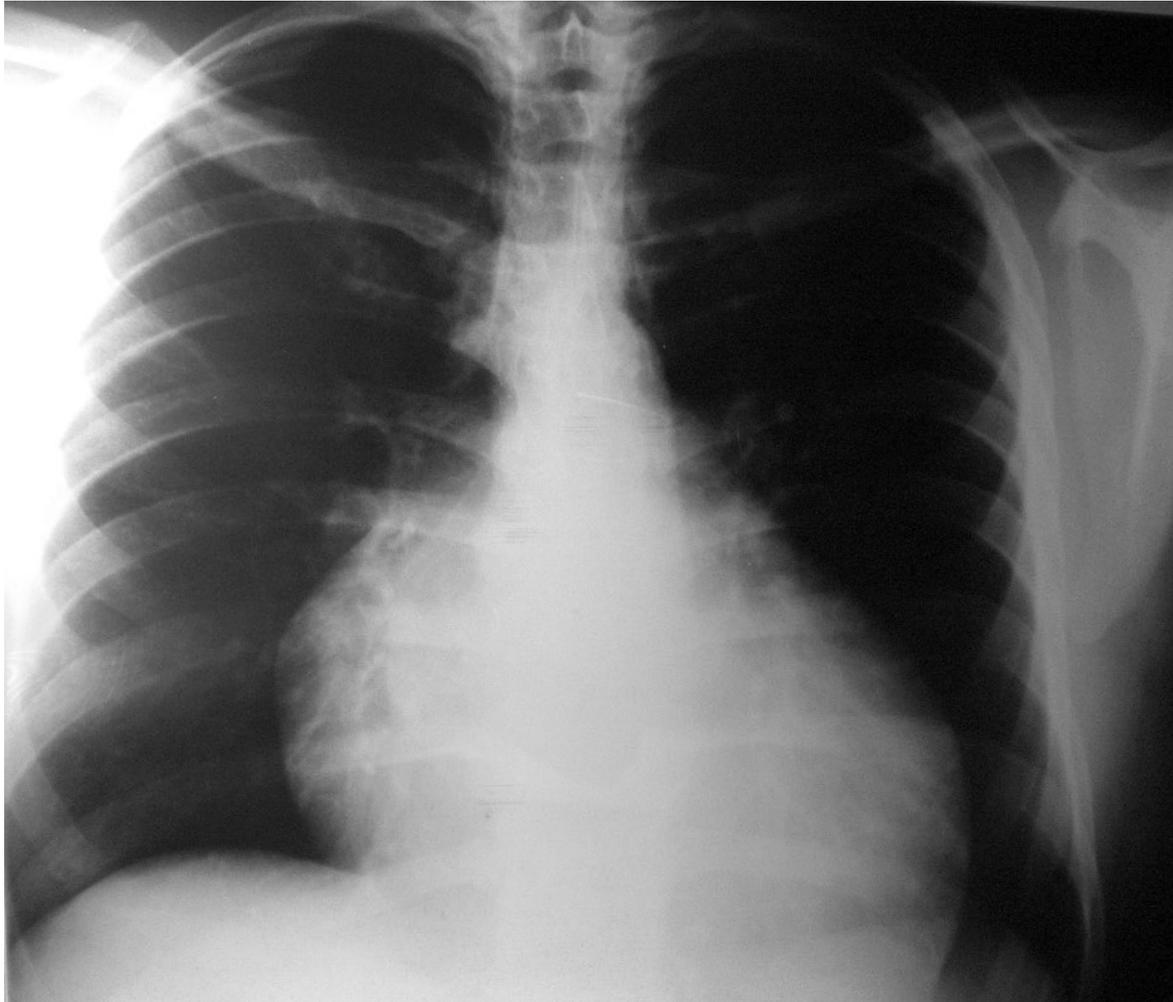
EXAMEN FÍSICO AL INGRESO (UCO)

- TA 90/60mmHg FC 110lpm FR 20cpm afebril
- *Ap. Cardiovascular:* Ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio. RHY presente. Choque de punta en 4° EIC LAA. Pulsos periféricos simétricos, regulares. R1 R2 en 4 focos. Soplo holosistólico 2/6 en foco mitral con irradiación a axila.
- *Ap. Respiratorio:* Eupneico, buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.
- *Abdomen:* blando, depresible, no doloroso, hepatomegalia 5 cm por debajo reborde costal. Ruidos hidroaéreos presentes.
- *Neurológico:* lúcido, sin foco motor ni meníngeo.
- *Piel y faneras:* múltiples tatuajes.
- *TCS:* sin edemas.

ECG INGRESO UCO



RADIOGRAFIA DE TORAX



EVOLUCIÓN EN UNIDAD CORONARIA (02/11 AL 04/11)

- Paciente ingresa hemodinámicamente estable sin signos de bajo gasto.
- Se coloca acceso venoso central para mejor manejo hemodinámico, PVC 2 cmH₂O, saturación venosa central de 73% .
- Se interpreta el cuadro como deshidratación secundaria a vómitos.
- Se indica plan de hidratación parenteral amplio con control clínico Se evidencia mejoría sintomática por lo que se decide pase a sala de cardiología para continuar con los estudios diagnósticos.
- Se realiza ecocardiograma

ECOCARDIOGRAMA (02/11)

DDVI	DSVI	FAC	SIV	PP	AI	AD
8,8 cm	7,5 cm	15%	0,7 cm	0,8 cm	39 cm ²	34 cm ²
Ao	IMVI	FEY	Vol sist	Vol min	IC	
3,2 cm	160 gr/m ²	12%	35 ml	2,9 L/min	1.3 L/min/m ²	

VI severamente dilatado con hipertrofia excéntrica.

Signos indirectos de aumento PFDVI (patrón restrictivo, relación E/e' 14) AI moderada-severamente dilatado.

VD dilatado con deterioro de su función sistólica (TAPSE normal pero hipoquinesia de pared libre y onda s' disminuida) AD moderadamente dilatada.

Aparatos valvulares de aspecto conservado.

IM moderada holosistólica con jet central dirección excéntrica hacia pared lateral y posterior AI.

IT leve IP leve. PSAP 57mmHg PDAP 23mmHg. VCI dilatada (30mm) con colapso inspiratorio menor a 50%.

Derrame pericárdico leve, laminar.

EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGÍA (04/11 AL 12/11)

- Paciente que evoluciona con recurrencia de la sintomatología, con episodios de náuseas y astenia.
- Se realiza ecografía de abdomen y VEDA que no evidencian alteraciones significativas.
- Se interpreta el cuadro como insuficiencia cardíaca anterógrada, decidiéndose pase a UCO para iniciar infusión de inotrópicos EV bajo monitoreo hemodinámico.

REINGRESO UCO (12/11 al 26/11)

- Se inicia infusión continua con Milrinona 0,35 µg/Kg/min durante 10 días, evolucionando favorablemente pasando nuevamente a sala de cardiología el día 22/11. Se indica digoxina 0,25mg/día.
- Se realiza IC con servicio de trasplante cardíaco, iniciándose estudios rutinarios pretrasplante.
 - Serología Chagas: negativo
 - Serología HIV: negativo
 - TSH: normal
- Paciente es dado de alta el día 28/11 en seguimiento por servicio de trasplante cardíaco.

MEDICACIÓN AL ALTA

- Aspirina 100mg/día
- Digoxina 0.25mg/día
- Espironolactona 25mg/día
- Enalapril 5mg cada 12hs
- Furosemida 40mg cada 12hs
- Omeprazol 20mg/día

	4/11	18/11	24/11
Hematocrito (%)	41,9	41,7	45
Glóbulos blancos	6500	7300	6400
Plaquetas	199000	293000	340000
Glucemia (mg/dl)	83	72	78
Urea (mg/dl)	17	27	28
Creatinina (mg/dl)	1,1	1,1	1,1

Sódio (mmol/L)	139	130	130
Potasio (mmol/L)	3,6	3,75	3,6
Cloro (mmol/L)	104	95	92
BT/BD (mg/dL)	2,3/1,12	2,8/1,3	2,0/0,5
GOT/GPT (U/L)	46/63	69/252	62/148
Albumina (g/dL)	4	4,3	4,2
TP (%)	50	40	51
KPTT (seg)	25	29	26
RIN	1,6	2	1,7
Serologías pretrasplante: Hepatitis B (-) Hepatitis C (-) HTLV (-) Toxoplasmosis (+) EBV (+) CMV (+)			