
ATENEO CLINICO

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

**Dra. Puente Luciana
13/11/2013.**



Paciente: A.Q

Edad: 18 años

Sexo: Masculino

Fecha de ingreso a sala: 22/10/13

Motivo de consulta:

- ❖ Disnea, aumento de diámetro de miembros inferiores.

Enfermedad actual:

- ❖ Paciente que refiere comenzar con disnea progresiva hasta esfuerzos leves, asociado a palpitations y hemoptisis, de un mes y medio de evolución. Consulta a neumólogo de Htal Ferrer donde se descarta patología respiratoria. A dicho cuadro se agrega aumento de diámetro de miembros inferiores, por lo que es derivado a este centro. Ingresó por guardia externa con signos de insuficiencia cardíaca. Se interna en sala de cardiología, para diagnóstico y tratamiento.

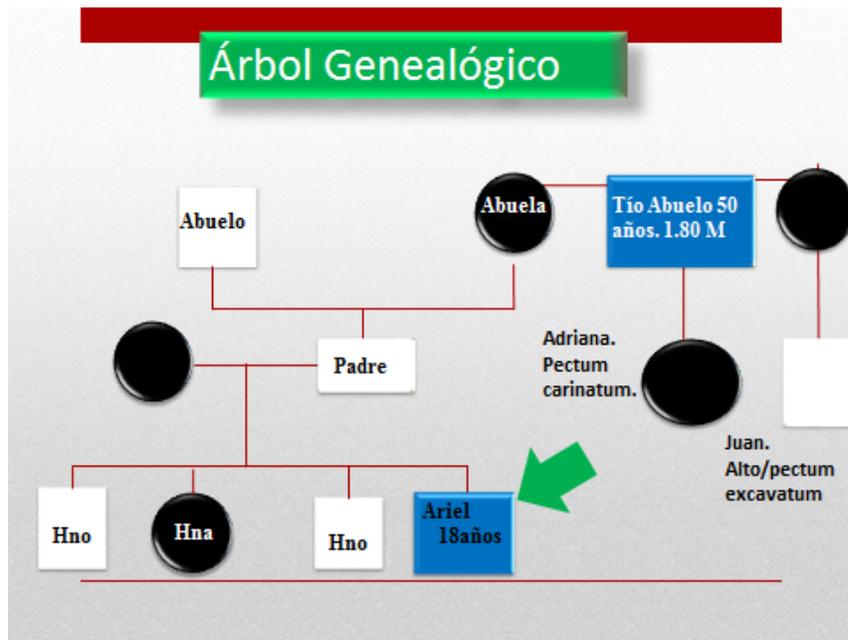
Antecedentes Personales:

❖ **Factores de riesgo cardiovasculares:**

- Tabaquista de 25 cigarrillos por día desde hace 2 años.
- Antecedentes heredofamiliares:

Familia oriunda de Bolivia. Tío abuelo paterno con características fenotípicas similares, a los 47 años de edad cirugía de reemplazo de válvula mitral y Bentall de Bono secundario a dilatación severa de aorta ascendente más insuficiencia aórtica severa, en contexto de endocarditis infecciosa mitroaórtica.

Se realiza ecocardiograma al padre y hermana, sin hallazgos patológicos.



❖ **Antecedentes cardiovasculares:**

- Insuficiencia cardíaca progresiva actualmente en CF III, de un mes y medio de evolución.
- Pérdida de peso de 20 kg en dos meses.

Examen Físico al ingreso.

TA	FC	FR	T°	Peso	Altura	BMI
100/60 mmHg	110 lpm	18 cpm	36.4°C	76kg	1.83 m	22.7

• **Ap. Cardiovascular:**

Bien perfundido, ingurgitación yugular dos tercios sin colapso inspiratorio. Choque de la punta en 5°EIC y línea axilar anterior. Pulsos celler y magnus. R1 normofonético en cuatro focos R2 disminuido en foco mitral. Soplo sistólico 5/6 aórtico con frémito, soplo protomesodiastólico 3/6 aórtico, soplo holodiastólico 4/6 mitral con irradiación a axila.

• **Respiratorio:**

Buena mecánica respiratoria, buena entrada de aire bilateral sin ruidos agregados.

• **Abdomen:**

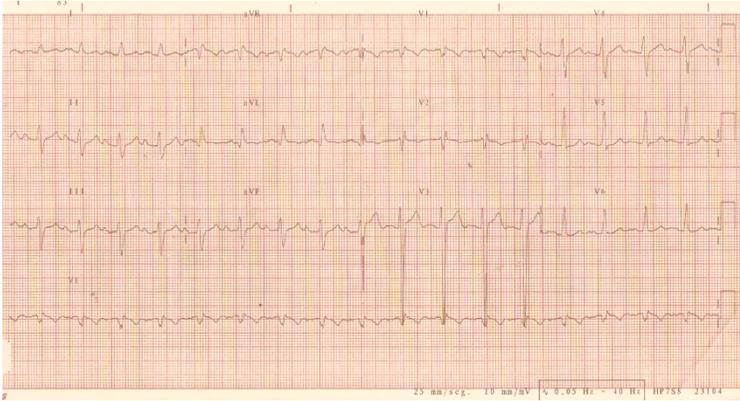
Latido visible. Blando, depresible, indoloro. Sin visceromegalia ni ascitis.

- **TCS/ Piel y faneras:**

Edemas perimaleolares 3/5. Onicomycosis en uñas del pie.

- **Sistema óseo:**

Presenta cara alargada, facies con arcos óseos prominentes. Paladar ojival. Mal estado dentario. Pectum carinatum.



ECG

RX TÓRAX



Evolución en sala de cardiología al ingreso.

- Se interpreta el cuadro como insuficiencia cardiaca descompensada retrograda biventricular.
- Se solicita ecocardiograma doppler.

VD	DDVI	DSVI	FAC	SIV	PP	AI	TSVI
6.80	9.30	7.30	22%	1.30	1.00	58 cm ²	3.70

- Severa dilatación de la raíz aórtica. 68 mm a nivel de los senos de Valsalva y 73 mm en porción tubular.
- Válvula aórtica trivalva con apertura normal. Insuficiencia aórtica severa.
- La válvula mitral está engrosada y presenta imagen sobre valva anterior que se podría corresponder a una perforación o prolapso con imagen filiforme probable vegetación versus cuerda rota.
- Insuficiencia Mitral severa con jet central hacia la pared posterior y jet excéntrico que se inicia en la perforación/prolapso de la valva anterior.
- Ventrículo izquierdo severamente dilatado.
- Hipoquinesia global. Deterioro moderado de la función sistólica.
- Hipertensión pulmonar moderada. PSAP: 46 mmHg.
- Cavidades derechas dilatadas con función sistólica normal.

Se solicita ETE, para diferenciar si se trata de una vegetación o ruptura de cuerda tendinosa y para mejor visualización de aorta ascendente.

Ecocardiograma Transesofágico 24/10/13.

- Se observa pseudoaneurisma en segmento A3 de la válvula mitral, el cual se encuentra perforado, generando insuficiencia mitral severa.
- Se observa vegetación sobre el pseudoaneurisma muy móvil, filiforme, refringente, de 20 mm de longitud.
- Raíz aórtica severamente dilatada: anillo 31 mm, porción sinusal 66 mm, UST 70 mm, porción tubular 71 mm.
- Aorta descendente de tamaño conservado. Sin signos de disección.

Evolución en sala de cardiología.

- Se solicita TAC con contraste de tórax, abdomen y pelvis para valoración de la Aorta en su totalidad que confirma hallazgos ecocardiográficos.
- Se realiza evaluación oftalmológica se descarta Ectopia Lentis y se diagnostica miopía.
- Es evaluado por traumatología, se descarta escoliosis y pie plano.
- El paciente evoluciona afebril, se realiza balance negativo con buena respuesta. Actualmente en peso seco.

- Con respecto al hallazgo de vegetación en el ETE se toman hemocultivos por tres. Teniendo en cuenta la falta de cuadro clínico compatible con endocarditis infecciosa, se interpreta como vegetación residual de características.
- Al momento, no se obtuvieron rescates bacteriológicos en los hemocultivos.

Laboratorio.

	Hto	leu	pla	glu	urea	crea	tp	kptt	Na/k/cl	CK-MB
<u>22/10</u>	41%	7200	273.000	119	35	0,9/dl				208/16
<u>24/10</u>	45%	6.300	326.000	95	36	1.1			138/5.3/95	
<u>30/10</u>	43%	51300	210000	81	25.8	0.87	84	27	140/4.5/97	-

Tratamiento actual.

- Enalapril 2.5 mg cada 12hs.
- Carvedilol 3.125 mg cada 12 hs.
- Espironolactona 25 mg.
- Furosemida 40 mg día.

