



# **ATENEO CLÍNICO**

**Hospital Dr. Cosme Argerich.**

**Servicio de Cardiología**

**Laura Soledad Filazzola**

**14/05/2014**

**PACIENTE: L.S.**

**SEXO: masculino**

**EDAD: 62 años**

**Fecha de ingreso: 11/09/2013**

**Fecha de egreso: 13/09/2013**

- **Motivo de internación:** Ablación septal programada.
- **Enfermedad Actual:** Paciente de 62, con diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica septal asimétrica, obstructiva, con angor y disnea en CF II, ingresa a Sanatorio Anchorena, en plan de ablación septal.

#### **ANTECEDENTES PERSONALES**

- **Factores de riesgo Cardiovascular:** Hipertensión arterial de 15 años de evolución.
- **Antecedentes patológicos:** Hipertrofia prostática benigna y hematosperma en seguimiento por Urología.
- **Mediación habitual:** Atenolol 50 mg c/12 hs, Enalapril 5 mg c/12 hs.

#### **ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:**

- Miocardiopatía hipertrófica obstructiva asimétrica, con diagnóstico y seguimiento hace 10 años. Sin antecedentes familiares conocidos.
- Por aumento progresivo del gradiente y de los síntomas durante los 2 últimos años del seguimiento, se decide realizar estudios complementarios para decidir la conducta terapéutica.

#### **ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:**

- Ecocardiograma 30/04/2013

DDVI (cm)	DSVI (cm)	F.Ac. (%)	SIV (cm)	PP (cm)	AI (cm)	Ao (cm)
4,2	2,8	49	1,8	1,3	4,9	3,9

MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA SIMÉTRICA SEPTAL OBSTRUCTIVA.

a) Gradiente en reposo: 20 mmHg

b) Gradiente con Valsalva: 64 mmHg.

DIMENSIONES Y FUNCIÓN SISTÓLICA VENTRICULAR IZQUIERDA NORMALES, PERO CON AUMENTO DE LA PFDVI SECUNDARIA A DISFUNCIÓN DIASTÓLICA.

LEVE DILATACIÓN AURICULAR IZQUIERDA.

INSUFICIENCIA MITRAL LEVE POR MOVIMIENTO ANTERIOR SISTÓLICO PROVOCADO POR EL GRADIENTE INTRAVENTRICULAR.

DILATACIÓN DE AORTA ASCENDENTE (39 mm).

- Holter 24 hs 21/05/2013

RS, EV aisladas, por momentos bigeminadas, no se detectaron arritmias de jerarquía. Asintomático durante el registro.

- Ergometría 29/05/2013

Prueba Sub máxima, detenida por Disnea, a los 5 METS, insuficiente, sin alteraciones isquémicas, comportamiento paradójico de la TA ante el esfuerzo. No presentó arritmias.

- RNM 11/07/2013

Hipertrofia septal asimétrica del VI, sin fibrosis subyacente con espesor máximo de 19 mm a nivel inferoseptal. Función sistólica global y regional del VI y VD conservadas. Obstrucción dinámica del tracto de salida del VI, gradiente 38 mmHg, asociado a movimiento anterior sistólico de la válvula mitral, que genera IM leve a moderada. Dilatación leve – moderada AI. Dilatación leve de RAo.

- CCG 24/07/2013

## CINECORONARIOGRAFIA

**Tronco de coronaria izquierda:** Sin lesiones significativas.

**Descendente anterior:** Arteria de buen calibre y desarrollo la cual da vuelta a la punta del corazón Sin lesiones significativas. Brinda dos ramos diagonales de moderado calibre y extensión, sin lesiones significativas.

**Circunfleja:** Arteria de buen calibre y desarrollo. Sin lesiones significativas. Brinda dos ramos lateroventriculares sin lesiones significativas.

### **Coronaria Derecha:**

Arteria co-dominante de buen calibre. Sin lesiones significativas.

### **Ventriculo izquierdo:**

Función sistólica del ventriculo izquierdo conservada.

Presión de fin de diástole de 23 mm Hg.

No se observa gradiente transvalvular aórtico.

Válvula mitral competente.

**CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS, SE DECIDE INTERNACIÓN PROGRAMADA PARA REALIZAR ABLACIÓN SEPTAL.**

## EXAMEN FÍSICO INGRESO 11/09/2013

TA: 130/70 mmHg

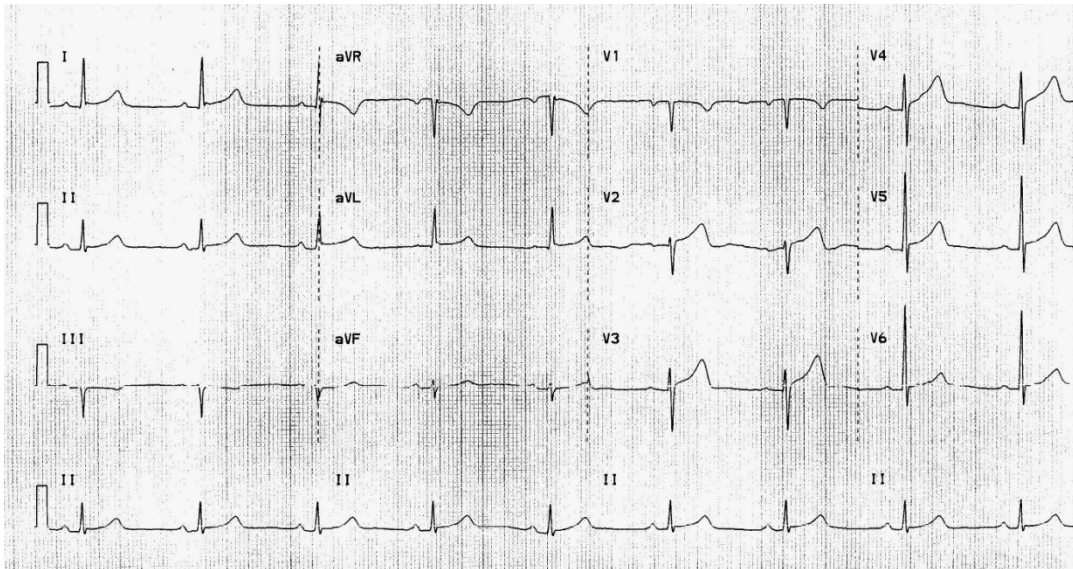
FC:70 lpm

FR:16 cpm

SO<sub>2</sub>: 98%

- **Cardiovascular:** Adecuada perfusión periférica. Sin IY. Choque de la punta 5to EIC LAA. Pulsos periféricos conservados, simétricos, regulares. R1 y R2 en 4 focos, soplo mesotelesistólico 3/6 en 4 focos, con mayor auscultación en foco aórtico, con irradiación a cuello que se incrementa con maniobra de Valsalva.
- **Respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, crepitantes bibasales.
- **Abdomen:** Blando, depresible, indoloro. RHA presentes, sin presencia de visceromegalias.
- **Piel y TCS:** Sin edemas.
- **Neurológico:** Vigil, orientado en tres esferas. Sin foco motor ni sensitivo.

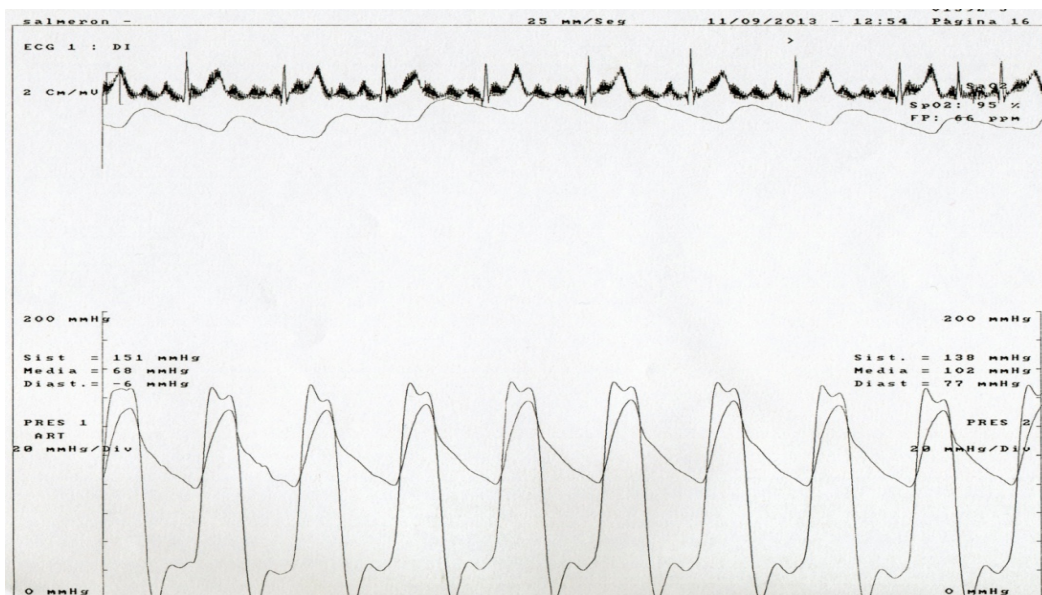
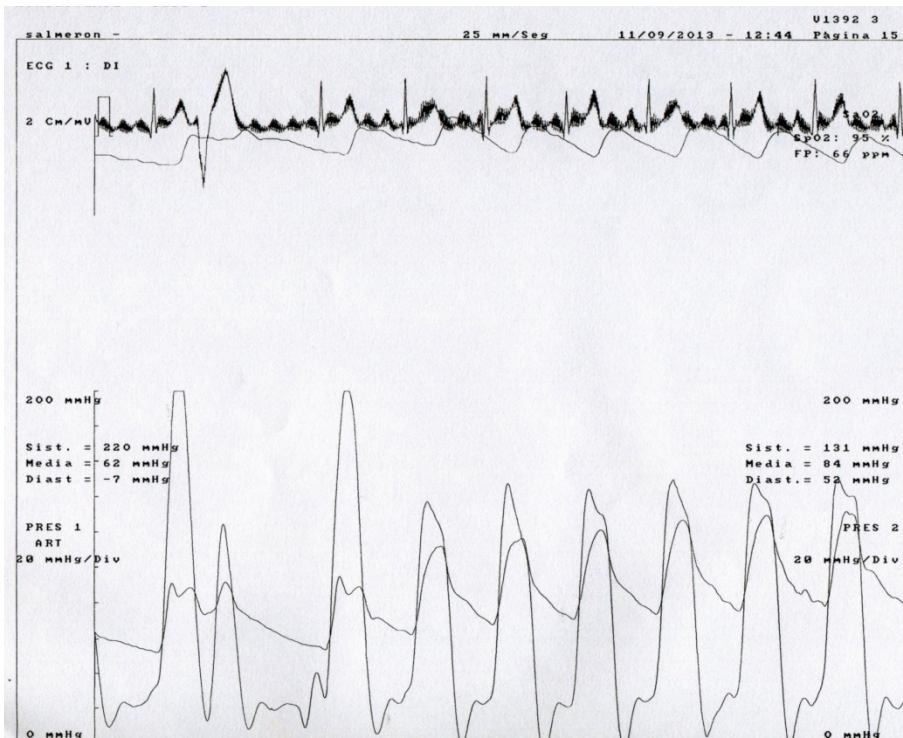
## ECG INGRESO



### RX TÓRAX INGRESO



- El 11 de septiembre de 2013 se realiza ablación septal, con guía ecocardiográfica.



**EVOLUCIÓN:**

- Luego del procedimiento, ingresa a unidad coronaria, hemodinamicamente estable, sin complicaciones.
- Se realizan ecocardiogramas de control post procedimiento.

## ECOCARDIOGRAMA 12/09/2013

Ventrículo izquierdo de diámetros conservados. Leve hipokinesia septal basal, con ligera hiperrefringencia. Función sistólica del VI conservada.  
Hipertrofia del VI, a predominio septal.  
Aurícula izquierda leve a moderadamente dilatada.  
Diámetro de raíz aortica en el límite superior normal.  
Válvula mitral estructuralmente normal.  
Válvula aórtica estructuralmente normal.  
Cavidades derechas conservadas con función sistólica del VD normal.  
Válvula pulmonar y tricuspídea de características normales.  
No se observan trombos ni vegetaciones.  
No se evidencia derrame pericardico.

### **POR DOPPLER:**

Patrón relajación del Ventrículo izquierdo tipo relajación prolongada.  
Gradientes anterógrados dentro de límites normales.  
Insuficiencia aórtica leve, con jet dirigido hacia valva anterior de la válvula mitral.  
Insuficiencia mitral leve.  
Gradiente subaórtico en reposo 18mmHg, con valsalva alcanza 34mmHg.  
No se detectan cortocircuitos intracardiacos.

## **EVOLUCIÓN**

- El 13/09 se otorga alta hospitalaria con posterior seguimiento por consultorios externos.
- **Seguimiento ambulatorio:** Se constata mejoría de la clase funcional y se disminuye progresivamente dosis de B bloqueantes. Se realizan nuevos ecocardiogramas de control.

### **ECOCARDIOGRAMA SEGUIMIENTO 17/09/2013**

#### **CONCLUSIONES:**

#### **ANTECEDENTES DE ALCOHOLIZACION SEPTAL EL 11/09/13**

MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA ASIMÉTRICA SEPTAL OBSTRUCTIVA CON MARCADO GRADIENTE INTRAVENTRICULAR (reposeo 76 mmHg).

DIMENSIONES Y FUNCIÓN SISTÓLICA VENTRICULAR IZQUIERDA NORMALES, PERO CON AUMENTO DE LA PFDVI SECUNDARIA A DISFUNCIÓN DIASTÓLICA (patrón pseudonormal).

LEVE DILATACIÓN AURICULAR IZQUIERDA.

INSUFICIENCIA MITRAL MODERADA.

DILATACIÓN DE AORTA ASCENDENTE (39 mm).

### **ECOCARDIOGRAMA SEGUIMIENTO 15/10/2013**

#### **ANTECEDENTES DE ALCOHOLIZACION SEPTAL EL 11/09/13**

MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA ASIMÉTRICA SEPTAL OBSTRUCTIVA.

a) GRADIENTE BASAL: 20 MM GH

b) GRADIENTE CON VALSALVA: 40 MM HG.

DIMENSIONES Y FUNCIÓN SISTÓLICA VENTRICULAR IZQUIERDA NORMALES, PERO CON AUMENTO DE LA PFDVI SECUNDARIA A DISFUNCIÓN DIASTÓLICA.

LEVE DILATACIÓN AURICULAR IZQUIERDA.

INSUFICIENCIA MITRAL LEVE

DILATACIÓN DE AORTA ASCENDENTE (39 mm).

PRESIONES PULMONARES NORMALES.

PERICARDIO NORMAL.



### ECOCARDIOGRAMA SEGUIMIENTO 10/12/2013

MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA ASIMÉTRICA SEPTAL OBSTRUCTIVA.

a) GRADIENTE BASAL: 10 MM GH

b) GRADIENTE CON VALSALVA: 20 MM HG.

HIPOQUINESIA E HIPERREFRIGENCIA EN EL SEPTUM ANTERO-BASAL  
COMPATIBLE CON NECROSIS SUBENDOCÁRDICA EN EL SITIO DE LA  
ALCOHOLIZACIÓN SEPTAL.

DIMENSIONES Y FUNCIÓN SISTÓLICA VENTRICULAR IZQUIERDA  
NORMALES, PERO CON AUMENTO DE LA PFDVI SECUNDARIA A  
DISFUNCIÓN DIASTÓLICA.

LEVE DILATACIÓN AURICULAR IZQUIERDA.

INSUFICIENCIA MITRAL LEVE

DILATACIÓN DE AORTA ASCENDENTE (39 mm).

PRESIONES PULMONARES NORMALES.

PERICARDIO NORMAL.

### EVOLUCION DE LOS PARÁMETROS ECOCARDIOGRÁFICOS

	ABLACIÓN							
	2003	2010	2012	30/04/13	12/09/13	17/09/13	15/10/13	10/12/13
SIV	1.4	1,8	1,8	1,8	1,7	1,8	1,7	1,7
PP	0,98	1,3	1,8	1,3	1,2	1,3	1,3	1,3
AI	4.09	S/C	1,8	4,9	3,8	4,7	4,7	4,7
Patrón de relajación	Normal	Pseudo normal (PN)	PN	PN	Relajacion prolongada	PN	PN	PN
Gradiente	no	24/71	52/125	20/64	18/34	76	20/40	10/20

**LABORATORIO 11/09/13**

Parámetro	Valor	Parámetro	Valor
Hto	39	Bil y t directa	0,41/ 0,18
Leuc	5600	GOT/GPT	15/17
Pq	151000	FAL	105
Gluc	101	Col total	166
Urea	51	LDL	107
Cr	0,97	TP	100
		KPTT	34