



ATENEO CLÍNICO

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

Jenny Flor Rocha

31/07/2013

PACIENTE: G. M.	SEXO: Femenino	EDAD: 72 años
Fecha de ingreso: 23/01/2013	Fecha de egreso: 30/01/13	

MOTIVO DE CONSULTA:

Disnea de esfuerzo

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente refiere cuadro clínico de 2 meses de evolución con progresión de disnea desde esfuerzos moderados a tareas habituales, aumento de perímetro abdominal y diámetro de miembros inferiores, por lo que acude a guardia externa de este hospital donde se decide su internación para diagnóstico y tratamiento.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

Dic. 2012: Internación en el Sanatorio Güemes por cuadro de Insuficiencia Cardíaca y ascitis con paracentesis diagnóstica (no se cuenta con resultados).

ANTECEDENTES PERSONALES

FACTORES DE RIESGO CORONARIO: No presenta.

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES:

- *Enero 2011:* IAM con requerimiento de CRM de urgencia con 3 puentes: Mamario interno a la DA, Puente venoso a Coronaria derecha y Puente venosos a Marginal de Circunfleja (Uruguay).
- *Mar 2011:* Disnea y angor en clase funcional I/II.
- *Julio 2012:* SPECT que evidencia pequeña secuela de necrosis en ápex e inferior medioventricular, sin signos de isquemia.
- *Sept 2012:* Angioplastia con DES a DA tercio proximal y medio por puente MI ocluido. Con ATC fallida a CX por falta de progresión de la cuerda por severa calcificación. CD ocluida 100% ostial, distalmente se llena por puente aortocoronario.
- *Dic 2012:* SPECT con defecto de perfusión irreversible apical (escasa extensión) No se detecta isquemia miocárdica.

OTROS ANTECEDENTES:

- Hipotiroidismo medicado con 75 mcg de levotiroxina.
- 1982: Enfermedad de Paget de Mama izquierda con Mastectomía radical total y Radioterapia trisemanal durante un periodo de 4 meses.
- Rabdomiolisis secundaria a Estatinas (Atorvastatina).

MEDICACION HABITUAL

- Aspirina 100 mg día
- Clopidogrel 75 mg día
- Carvedilol 3,125 mg cada 12 horas
- Furosemida 40 mg cada 12 horas
- Mononitrato de Isosorbide 20 mg (8 y 16 hs)
- Losartán 50 mg día
- Espironolactona 25 mg día
- Trimetacidina 35 mg cada 12 horas

EXAMEN FISICO INGRESO SALA:

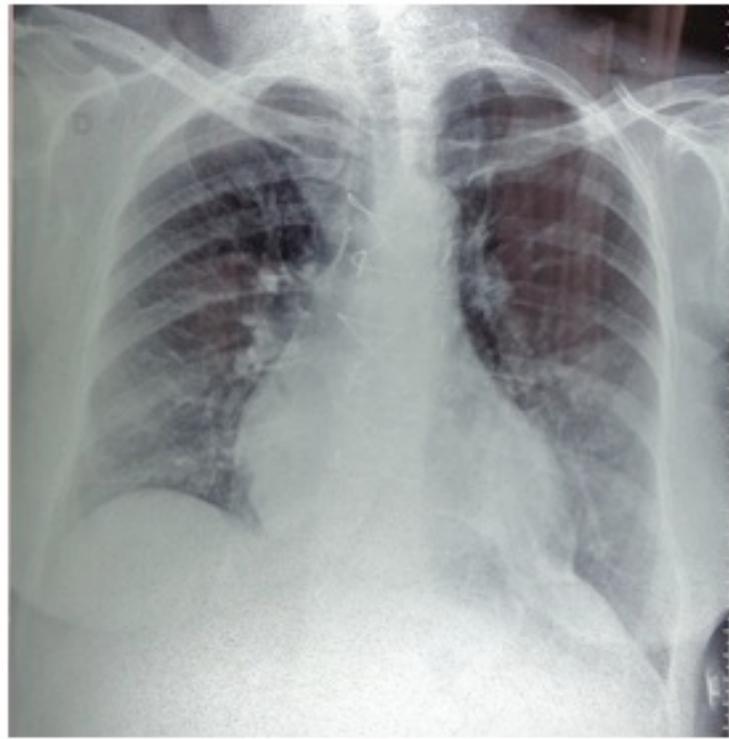
TA: 110/70mmHg	FC: 52 lpm	FR: 20 cpm	T: 37°	Sat: 98% (0.21)
----------------	------------	------------	--------	-----------------

- **Cardiovascular:** Adecuada perfusión periférica. IY 3/3 sin colapso inspiratorio. No se palpa choque de punta. Pulsos regulares y simétricos. R1-R2 en 4 focos normofonéticos, soplo mesosistólico eyectivo 2/6 predominantemente en foco aórtico.
- **Respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, murmullo vesicular conservado.
- **Abdomen:** Distendido, blando, depresible, indoloro. Matidez infraumbilical compatible con ascitis. Borde hepático inferior por debajo de reborde costal. RHA presentes.
- **Neurológico:** Lúcida, sin signos de foco motor, sensitivo o meníngeo.

ECG DE INGRESO A SALA



RX TORAX:



EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGIA (23 al 30/01/2013)

- Se interpreta el cuadro como insuficiencia cardiaca derecha y se inicia tratamiento diurético, realizando balance negativo.
- Ante la sospecha de ascitis de origen neoplásico, se solicita TAC de Tórax, Abdomen y Pelvis, para descartar proceso tumoral.
- Se realiza Ecocardiograma Doppler.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO 25/12

<u>DDVD</u>	<u>DDVI</u>	<u>DSVI</u>	<u>FAC%</u>	<u>SIV</u>	<u>PP</u>	<u>AI</u>	<u>Ao</u>
<u>Dilat</u>	<u>4.2 cm</u>	<u>2.8 cm</u>	<u>33 %</u>	<u>0.80 cm</u>	<u>0.70 cm</u>	<u>3.90 cm</u>	<u>2.70 cm</u>

- Estudio muy dificultoso por ventana ultrasónica inadecuada, en especial desde las vistas apicales.
- Ventrículo izquierdo no dilatado con grosor parietal normal. Movimiento septal anormal. Función sistólica global normal. Aurícula izquierda dilatada.
- CVD dilatadas con función sistólica del ventrículo derecho que impresiona normal.
- Válvula aórtica marcadamente calcificada con restricción de la apertura. Desde la vista supraclavicular se midió un gradiente transvalvular aórtico hasta 40 mmHg, el mismo impresiona infravalorado dado que no se pudo alinear en flujo adecuadamente. Por planimetría se midió un área valvular menor a 1 cm². Insuficiencia aórtica leve.
- Insuficiencia tricuspídea leve. Se estimó una PASP de 28 mmHg.
- VCI y suprahepáticas levemente dilatadas con colapso inspiratorio menor al 50%.
- No se observa derrame pericárdico. Se observa leve engrosamiento y aumento de la refringencia pericárdica a nivel del ápex del ventrículo derecho.
- Derrame pleural izquierdo.

TAC TORAX, ABDOMEN Y PELVIS **(29/01/2013)**

- Mastectomía y expansor mamario izquierdo.

- Derrame pleural derecho
- Alambres de esternotomía
- Presencia de liquido perihepatico, periesplenico y en pelvis.
- Hígado, bazo, pancreas, riñones y suprarenales de morfología conservada.
- Retroperitoneo libre de masas y adenomegalias
- No se observan masas a nivel pélvico.

EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGIA (23 AL 30/01/2013)

- Se descarta proceso neoplásico por tomografía sin hallazgos patológicos.
- Por buena respuesta al tratamiento médico, con balance negativo, se otorga el alta médica con control por consultorios externos de cardiología el 30/01/13.

SEGUIMIENTO AMBULATORIO

- Por diagnóstico de estenosis aortica es evaluada por el servicio de hemodinamia, quienes deciden la realización de cateterismo para evaluar gradientes de presión que no pudieron ser medidos por ecocardiograma y eventual tavi.

INGRESO A UCO (15 AL 16/04/2013)

- Paciente ingresa a uco por falta de cama en sala, con cuadro de insuficiencia cardiaca derecha descompensada.
- Se inicia tratamiento diurético, evolucionando hemodinámicamente estable con balance negativo.
- El 16/04/13 se decide su pase a sala de cardiología.

INGRESO AL SERVICIO DE CARDIOLOGIA (16 AL 19/04/2013)

- Por engrosamiento pericárdico observado en el ecocardiograma previo y ante la sospecha de una pericarditis constrictiva, se solicita la realización de cateterismo derecho, además de aortograma para la medición de los gradientes transvalvulares aórticos.

- Por buena evolución, se decide continuar con el seguimiento ambulatorio y control posterior con resultados.
- Se programa estudio hemodinámica el 29/04/2013

CINECORONARIOGRAFIA, VENTRICULOGRAMA IZQUIERDO, AORTOGRAMA (29/04/2013)

- Tronco: sin lesiones angiográficamente significativas
- Descendente anterior: se encuentra ocluída a nivel del tercio medio. El lecho distal se visualiza por circulación colateral grado 3 homocoronariana. MIDA ocluído.
- Circunfleja: presenta lesión severa a nivel del tercio proximal y medio (80%). Presenta PV a LV. El mismo presenta una lesión no significativa del 50%.
- Coronaria derecha: dominante. Ocluída. La arteria se visualiza a través de puente venoso sin lesiones de significación.
- Aortograma en OAI: plano valvular aórtico tricúspide. Insuficiencia leve. Aorta ascendente y cayado en límites normales.
- Presiones: VI: 135/0-12 AO: 120/54 AP: 42/20 PW: 16
- Ventriculograma en OAD: volumen de fin de diástole conservado. Volumen de fin de sístole levemente aumentado. Moderada hipocinesia antero apical. Acinesia infero apical. Válvula mitral móvil y competente.

CONCLUSIONES:

- Enfermedad ateromatosa coronaria.
- Enfermedad significativa de tres vasos.
- Función ventricular izquierda conservada.

SEGUIMIENTO POR CONSULTORIOS EXTERNOS

- Por resultados previos, se decide realizan RMN cardiaca para completar estudios diagnósticos.
- Se realiza nuevo ecocardiograma control.

ECOCARDIOGRAMA (24/07/2013)

DD VD	DD VI	DS VI	FAC %	SIV	PP	AI	Ao
1.8	4.4 0 cm			0.8 0 cm	0.7 0 cm	4.6 0 cm	2.9 0 cm

- Estenosis valvular aórtica calcificada de grado severo, con bajo gradientes por bajo flujo y disfunción sistólica del ventrículo izquierdo
 - a. Gradiente máximo instantáneo: 31 mmHg
 - b. Gradiente medio: 15 mmHg
 - c. Área valvular aórtica: 0,60 cm²
 - d. Índice del Volumen sistólico: 21 ml/m²
- Insuficiencia aórtica leve
- Ventrículo izquierdo no dilatado, con septum paradójal y leve disfunción sistólica (FEy: 50%)
- Leve dilatación auricular izquierda (área: 24 cm², volumen: 94 ml)
- Dilatación moderada del VD con severa hipoquinesia apical y del tracto de salida, moderada disfunción sistólica y aumento de la PFDVD
 - a. Velocidad sistólica tisular del anillo tricuspideo: 4 cm/seg
 - b. Flujo tricuspideo restrictivo
 - c. VCI dilatada sin colapso inspiratorio
- Dilatación auricular derecha
- Insuficiencia tricuspidea severa funcional por dilatación del anillo (4,10 cm)
- Presión sistólica en arteria pulmonar: 30 mmHg
- Engrosamiento y calcificación del pericardio ventricular derecho, sin derrame, con signos de pericarditis constrictiva derecha.
- Derrame pleural bilateral y ascitis

LABORATORIO

<i>FECHA</i>	<i>23/01/13</i>	<i>16/04/13</i>	<i>FECHA</i>	<i>23/01/13</i>
HTO	42	42	BT	0.76
GB	5000	5200	BD	0.24
PLAQ	145000	153000	GOT	22
GLUC	91	98	GPT	11
UREA	66	51	FAL	95
CREAT	1.00	1.24	COL	142
TP/KPTT	73/33	69/30	TG	110
RIN	1.22	1.30	HDL	34
NA	136	140	LDL	113
K	4.1	3.7	Prot tot	6.3
Cl	96	92	Albumi	4.6
Calcio	9.2	9.36	CA 19.9	2
CK	93			