



# **ATENEO CLÍNICO**

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

**Diesel, Claudio Oliver**

**01/10/2014**

PACIENTE: R.C.

SEXO: Masculino

EDAD: 38 años

Fecha de consulta: 22/01/2013

**MOTIVO DE CONSULTA:**

Disnea.

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

Paciente con antecedente de herida de arma de fuego en tórax hace 5 meses, acude a consultorios externos de Cardiología de este Hospital por disnea en CF II.

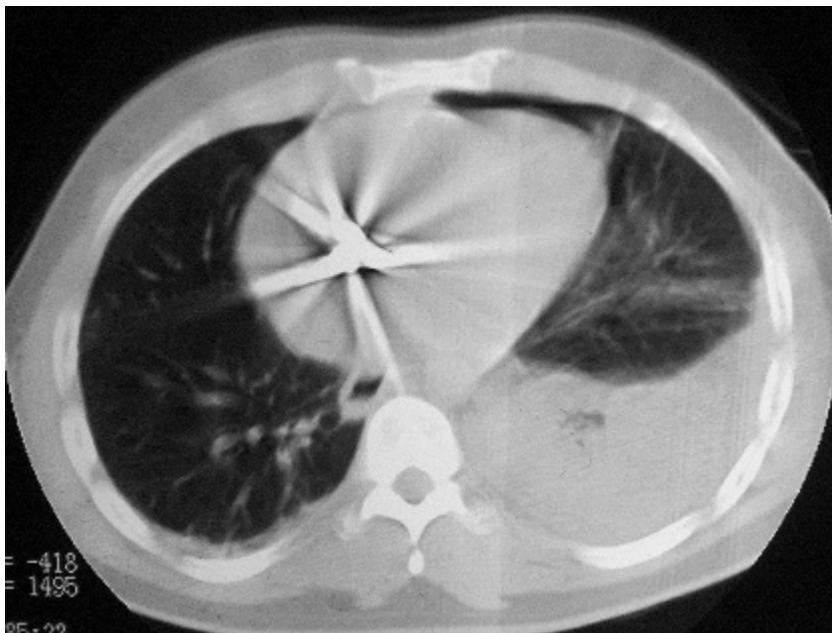
**Antecedentes personales**

- Ex tabaquista (5 paq/año)
- Consumo moderado alcohol (2 lt vino en fines de semanas)
- Consumo ocasional de marihuana
- Episodios de broncospasmo aislados

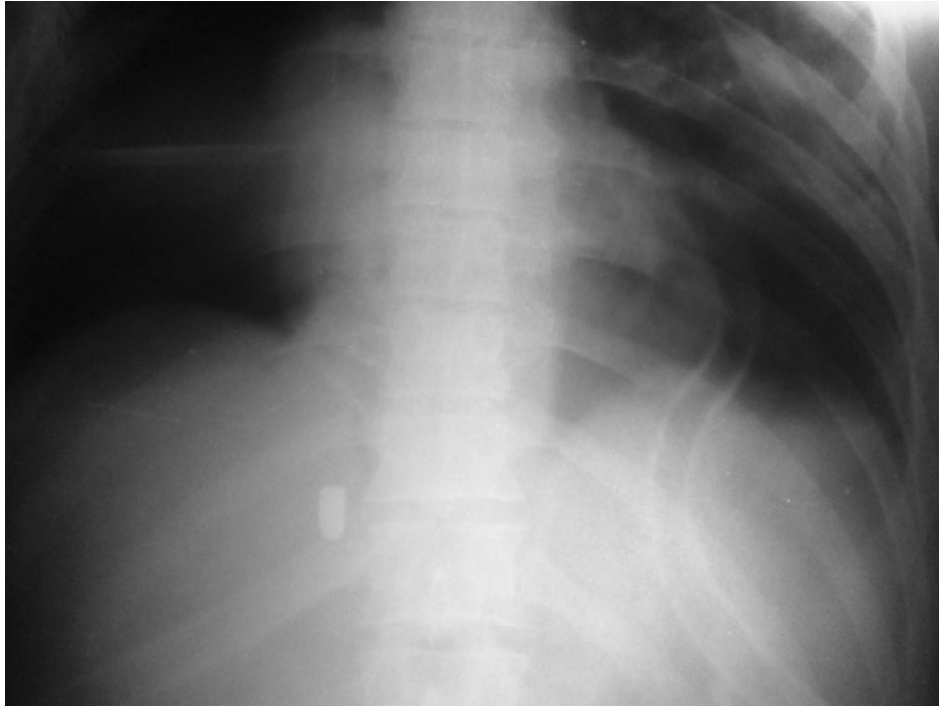
**Antecedentes de enfermedad actual**

Herida de arma de fuego (9 septiembre 2012) Htal Fiorito:

- Proyectoil ingresa por axila izquierda perforando pulmón izquierdo, vena pulmonar y corazón, alojándose en el interior de la aurícula derecha.



- Se realizó toracotomía de urgencia con rafia cardíaca, venorrafia pulmonar y rafia pulmonar izquierda, sin extracción del proyectil.
- Requerimiento de múltiples transfusiones de GR.
- Internación prolongada en UTI con requerimientos de traqueostomía.
- Se constata migración retrógrada de proyectil vía VCI.



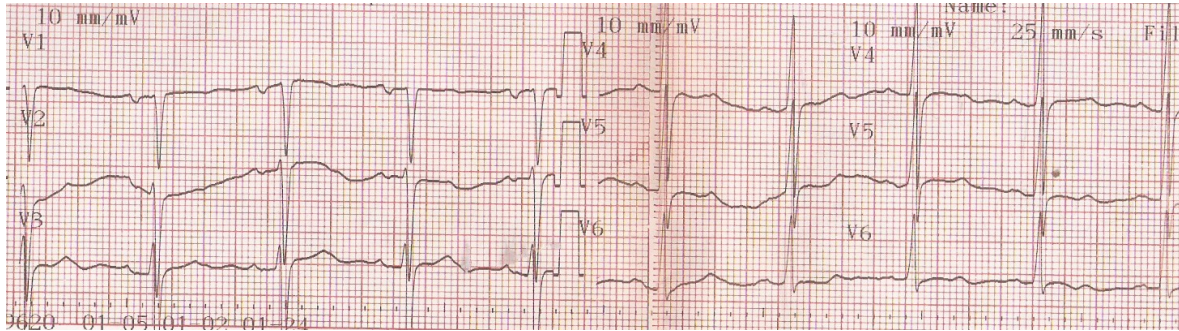
- El 6 noviembre 2012 se extrae proyectil de vena ilíaca izquierda (venotomía).
- Evolución favorable, siendo dado de alta el 9 de noviembre.
- Ecocardiograma al alta: VI no dilatado, FEy 48%. Hipoquinesia septal. AI 16cm2 AD 14cm2. Resto sin hallazgos patológicos.
- Tratamiento al alta: broncodilatadores y AINEs.

#### **EXAMEN FÍSICO (consultorios externos de cardiología)**

- **TA** 100/56 mmHg **FC** 80 lpm **FR** 16 cpm afebril
- **Ap. Cardiovascular:** *Ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio. RHY ausente. Choque de punta en 4° EIC LMC. Pulsos periféricos simétricos, regulares. R1, R2 en 4 focos. Soplo sistodiastólico en mesocardio. Sin frémito.*
- **Ap. Respiratorio:** *buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.*
- **Abdomen:** *blando, depresible, no doloroso. Ruidos hidroaéreos presentes.*

- **Neurológico:** *lúcido, sin foco motor ni meníngeo.*
- **Piel y TCS:** *sin edemas*

Por los antecedentes personales y la presencia de un soplo sistodiastólico, se solicitan estudios de rutina y ecocardiograma Doppler.



### Laboratorio

- Hemograma
  - Hematocrito 46.6% HB 15.2 g/dl
  - Leucocitos 6500 mm<sup>3</sup> (N 35% L 51%)

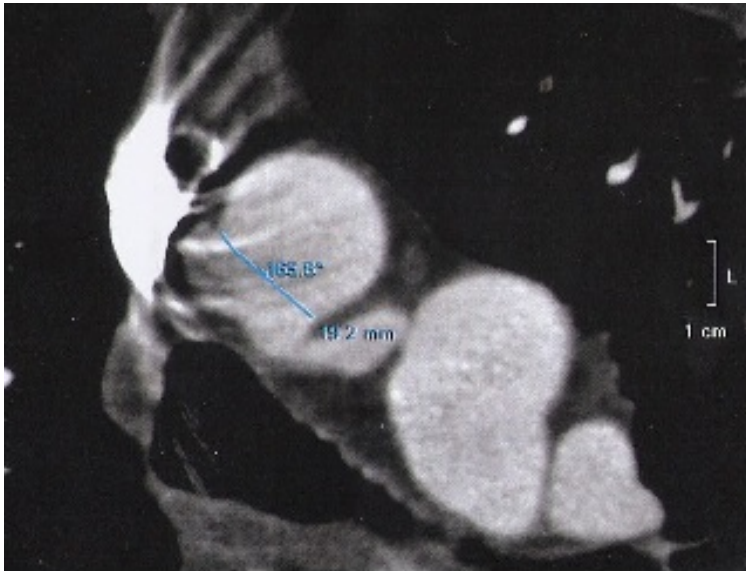
- Plaquetas 226000 mm<sup>3</sup>
- Función renal
  - Urea 29mg/dl
  - Creatinina 0.92mg/dl
- Ionograma
  - Na<sup>+</sup> 139mEq/L
  - K<sup>+</sup> 5.4mEq/L
  - Cl<sup>-</sup> 98mEq/L
- Hepatograma
  - Bilirrubina total 0.18mg/dl
  - GOT 21U/L GPT 31U/L FAL 31U/L
  - Albúmina 4.9 g/dl
- Lipidograma
  - Colesterol total 174mg/dl LDL 102mg/dl HDL 30mg/dl
  - Triglicéridos 272mg/dl

### **ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO (19/02/13)**

<b>DDVI</b>	<b>DSVI</b>	<b>FAc</b>	<b>SIV</b>	<b>PP</b>	<b>AI</b>	<b>Ao</b>
<b>6,0 cm</b>	<b>4,0 cm</b>	<b>26%</b>	<b>1,0 cm</b>	<b>0,9 cm</b>	<b>3,6cm<sup>2</sup></b>	<b>3,5cm</b>

- VI dilatado, con grosor parietal normal. Deterioro leve-moderado de la función sistólica global.
- Patrón de llenado normal. AI no dilatada.
- Cavidades derechas normales.
- Insuficiencia mitral leve secundaria a prolapso de ambas valvas a predominio anterior la cual se observa redundante.
- Valvas tricúspide y aórtica sin cambios.
- A nivel del cayado aórtico se observa flujo continuo hacia tronco de la arteria pulmonar.

### **AngioTAC tórax (27/03/14)**



- Trayecto fistuloso que comunica sector distal de la aorta ascendente, previo al origen del tronco arterial común, con el techo del tronco de la arteria pulmonar. El defecto aórtico se ubica sobre su cara postero-lateral derecha y mide 16mm, irregular. El extremo pulmonar es de menor tamaño y mide 4mm.
- Variante anatómica: nacimiento conjunto del tronco arterial braquiocefálico y arteria carótida izquierda.
- En lóbulo superior derecho se observa área de aumento de la atenuación irregular asociada a tractos densos de aspecto fibroadherencial, retráctil.
- Coronariografía: sin lesiones ni alteraciones.
- Ventriculograma: Función VI deterioro leve con hipoquinesia global. Incremento de VFD y VFS FEY 52%. Aumento diámetro del VD.

**Seguimiento por consultorios externos**

- Con el resultado de los estudios se realiza interconsulta con Servicio de Hemodinamia Pediátrica (Dr.Faella, Htal.Garrahan), decidiéndose el cierre de fistula aórto-pulmonar mediante dispositivo Amplatzer, el cual se realiza el día 15 mayo 2013 de manera exitosa (Clínica del Sol).

#### **ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO (01/07/13)**

<b>DDVI</b>	<b>DSVI</b>	<b>FAc</b>	<b>SIV</b>	<b>PP</b>	<b>AI</b>	<b>Ao</b>
<b>6,3 cm</b>	<b>4,6 cm</b>	<b>27%</b>	<b>0,9 cm</b>	<b>0,8 cm</b>	<b>3,9 cm<sup>2</sup></b>	<b>3,5 cm</b>

- VI dilatado con grosor parietal normal. Hipoquinesia global. Deterioro moderado de la función sistólica.
- AI no dilatada.
- Cavidades derechas normales.
- Válvula aórtica impresiona bicúspide, no engrosada ni calcificada. Sin evidencias de disfunción.
- Pequeño prolapso de valva anterior mitral con reflujo telesistólico no significativo.
- No se observan flujos anormales entre aorta y la arteria pulmonar por Doppler color desde las vistas supraesternal y paraesternal.

#### **ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO (04/02/14)**

<b>DDVI</b>	<b>DSVI</b>	<b>FAc</b>	<b>SIV</b>	<b>PP</b>	<b>AI</b>	<b>Ao</b>
<b>5,3 cm</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1,0 cm</b>	<b>1,0 cm</b>	<b>3,5 cm<sup>2</sup></b>	<b>3,3 cm</b>

- VI no dilatado con grosor parietal normal. Hipoquinesia septal leve. Función sistólica conservada.
- AI no dilatada.
- Cavidades derechas normales.
- Válvula aórtica sin evidencias de disfunción.
- Pequeño prolapso de valva anterior mitral con reflujo telesistólico no significativo.
- No se observan flujos anormales entre aorta y la arteria pulmonar por Doppler color desde las vistas supraesternal y paraesternal.

#### **Seguimiento consultorios externos**

- Paciente evoluciona con mejoría sintomática, actualmente sin sintomatología de IC.
- Tratamiento actual:
  - Bisoprolol 5mg/día
  - Eplerenona 25mg/día
  - Dieta hiposódica