



ATENEO CLÍNICO

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

Maximiliano Gastón Mascarello

15/10/2014

Paciente: B. F

Edad: 21 años

Sexo: Masculino

Fecha de ingreso: 22/07/14

Fecha de egreso: 15/08/14

Motivo de internación:

Progresión de disnea, asociada a expectoración sanguinolenta

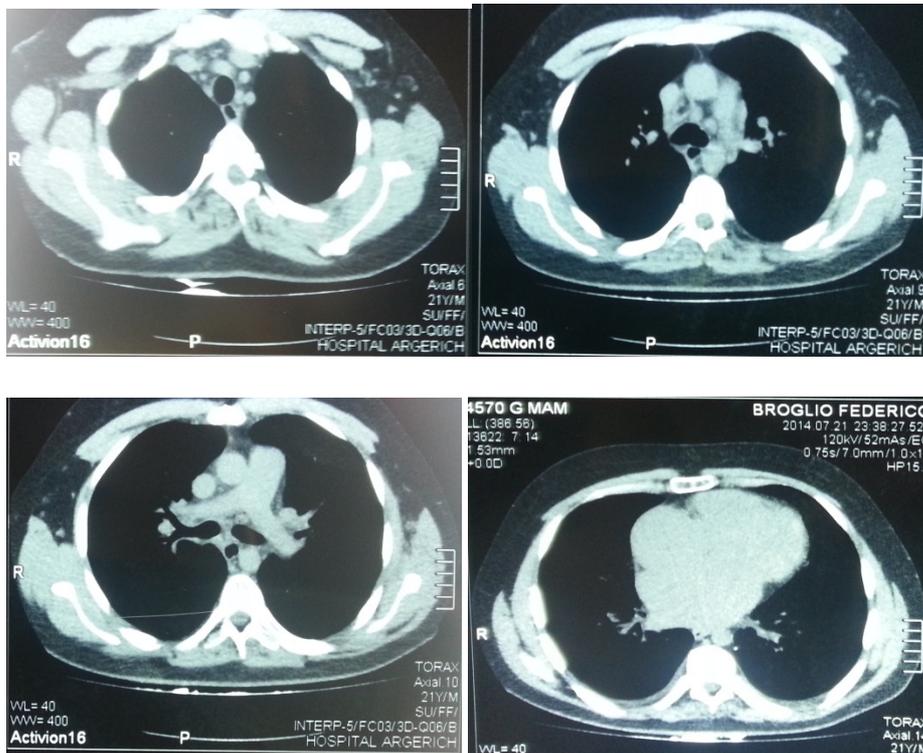
Enfermedad Actual:

Paciente que refiere presentar progresión de disnea habitual CF II a CF III en los últimos 3 meses, asociado a tos con expectoración sanguinolenta, motivo por el cual consulta en guardia externa de este Hospital.

A su ingreso, paciente hemodinámicamente estable, con signos de insuficiencia cardíaca global, a predominio retrógrado (rales crepitantes bilaterales, edemas e ingurgitación yugular) y tos con expectoración sanguinolenta constatada.

Se interpreta el cuadro como insuficiencia cardíaca descompensada secundaria a probable cuadro infeccioso respiratorio, por lo cual se realiza tomografía de tórax y se decide su internación en sala de Cardiología para diagnóstico y tratamiento.

Tomografía de Ingreso





Informe TAC 21/03

Múltiples ganglios mediastinales que individualmente no superan el rango adenomegálico.

Cardiomegalia, destacándose el aumento del diámetro de la aurícula izquierda.

Derrame pleural bilateral leve.

Engrosamiento de los septos interlobares y del intersticio peribroncovascular que podría estar relacionado a edema.

En el segmento paracardíaco del lóbulo medio se observa área hiperlucente bien delimitada asociada a una bronquiectasia, por lo que podría estar asociada a atrapamiento aéreo.

Granulomas secuelares bilaterales.

Huellas quirúrgicas esternales.

Hígado de aspecto congestivo.

Antecedentes Personales

Factores de riesgo cardiovascular:

- Sobrepeso
- Tabaquista
- Dislipémico

Antecedentes cardiovasculares:

- Estenosis subaórtica fibromuscular con corrección quirúrgica a los 5 años (Octubre de 1998) en el Hospital Garrahan; gradiente residual 25-30 mmHg).
- Miocardiopatía Hipertrófica asimétrica diagnosticada en el año 2000.

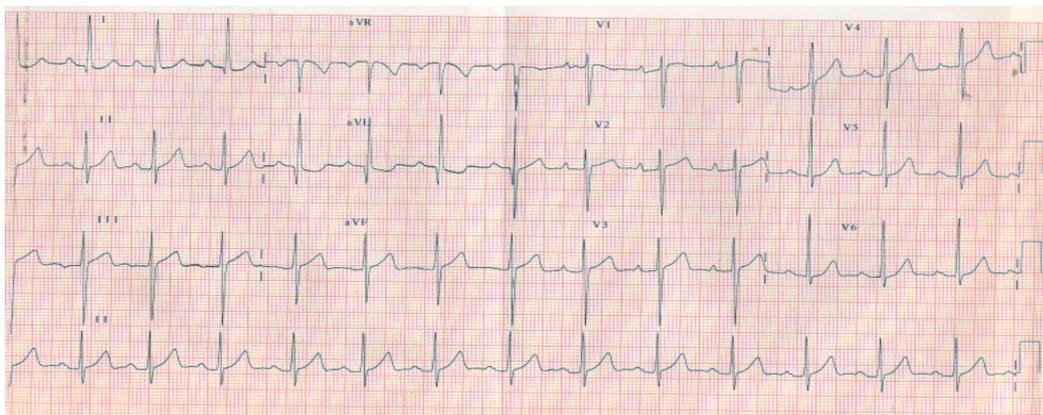
- Bloqueo A-V de primer grado. Diagnóstico en 2005.
- Último control en hospital Garrahan en 2006, sin seguimiento posterior.
- Fibrilación Auricular crónica anticoagulada. Diagnóstico en 2012.

Otros antecedentes

- Consumo de paco y marihuana desde los 16 años (14 internaciones en centros de rehabilitación; último consumo hace 3 meses).

Estudios Complementarios previos

- **ECO 29/10/1996:** Estenosis subaórtica fibromuscular. Gradiente de 40 mmHg. PP 0,8 cm, SIV 0,8 cm. Buena función del VI.
- **ECO 29/9/1997:** Estenosis subaórtica fibromuscular. Gradiente de 45 mmHg. Cavidades izquierdas dilatadas con función normal.
- **Ergometría 2003:** Capacidad funcional 10,5 mets, ligeramente disminuida. No presentó arritmias. En el máximo de esfuerzo se observó desnivel del ST de 3 mm. La TA se elevó normalmente.
- **ECO 31/8/2004:** Estenosis subaórtica operada con dilatación del ventrículo izquierdo y leve disminución de la contractilidad. Insuficiencia mitroaórtica.
- **ECO 11/3/2008:** DDVI dentro de límites normales, espesores parietales conservados. Aurícula izquierda dilatada. Función del VI conservada sin alteraciones de la contractilidad. IAo e IM leve.
- **Ergometría 2008:** PEG submáxima e insuficiente por agotamiento muscular. Negativa para angor, ST y arritmias al doble producto alcanzado (22200). Respuesta de TA normal. Recuperación normal.
- **ECG control (Garrahan 2006)**



Medicación habitual

- Acenocumarol según cartilla.
- Atenolol 50 mg/día.
- Enalapril 5 mg/día.
- Risperidona 1 mg nocturno.
- Lorazepam 2.5 mg (1/2 comprimido a la mañana, ½ comprimido a la tarde, 1 comprimido nocturno).
- Paroxetina 20 mg nocturno.
- Levomepromacina 12.5 mg nocturno.

Examen Físico de Ingreso

TA: 120/70 mmHg	FC: 90 lpm	FR: 18 cpm	Sat. 98% al 0,21	T 36°C	Peso: 107 Kg
-----------------	------------	------------	------------------	--------	--------------

Aparato cardiovascular: Buena perfusión periférica. Ingurgitación yugular 2/3 sin colapso, RHY presente. Latido apexiano en 4º EIC por fuera de LMC, pulsos irregulares y simétricos. R1 variable, R2 en 4 focos, soplo sistólico 3/6 en foco aórtico, eyectivo, que aumenta con maniobra de valsalva, irradiado a cuello; soplo holo-sistólico, regurgitativo, intensidad 2/6, en foco mitral.

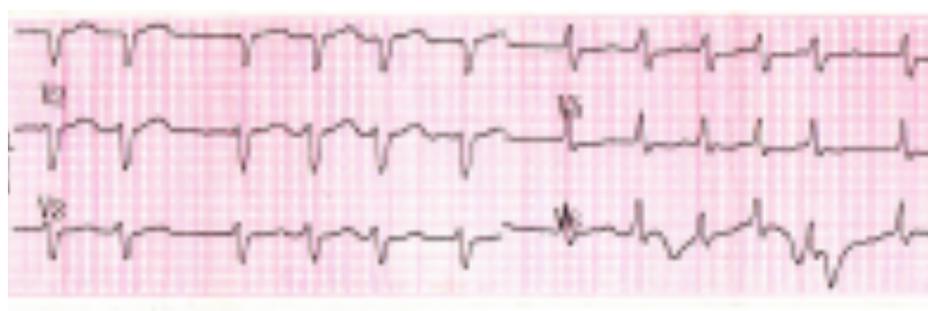
Aparato respiratorio: Hipoventilación bilateral, rales crepitantes bilaterales hasta campo medio, percusión submate bilateral bibasal.

Neurológico: Lúcido, orientado en 3 esferas, sin foco motor ni meníngeo, pupilas isocóricas y reactivas.

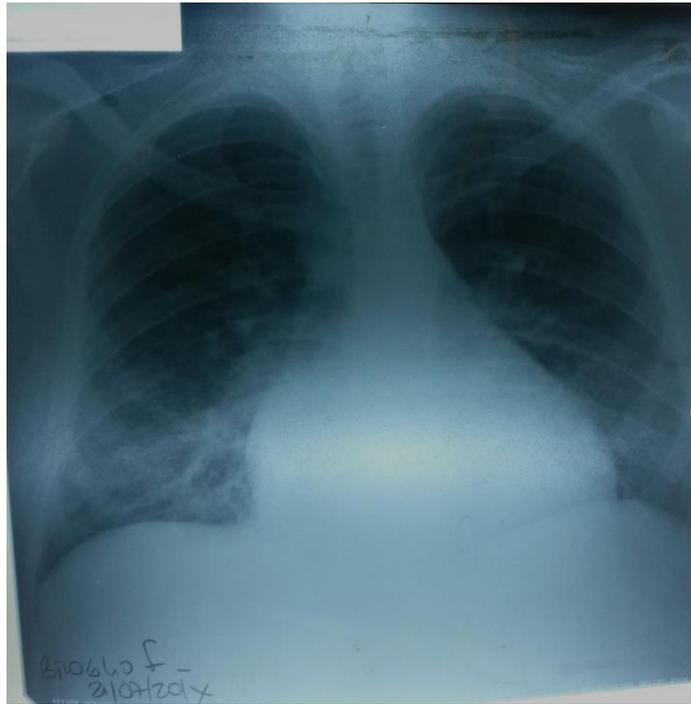
Abdomen: Blando, depresible, distendido, ruidos hidroaéreos presentes, hepatomegalia 3 cm debajo del reborde costal.

Piel y TCS: Lesiones por rascado. Edemas 3/6 perimaleolar, 2/6 sacro.

ECG de ingreso a Sala



RX de Tórax de ingreso a sala



Ecocardiograma transtorácico (22/07)

DDVI	DSVI	SIV	PP	AI cm ²	AD cm ²
4,8 cm		1,4 cm	1,3 cm	37 cm ²	31 cm ²

Ventrículo izquierdo no dilatado con grosor parietal aumentado.

Función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción.

Ventrículo derecho de diámetro y función normal.

Movimiento anterior sistólico de la válvula mitral, que genera una estenosis subaórtica dinámica con gradiente basal mayor a 100 mmHg.

Insuficiencia mitral moderada.

Insuficiencia aórtica leve a moderada. La válvula aórtica impresiona trivalva con apertura conservada.

Insuficiencia tricuspídea leve. PSAP 36 mmHg.

No se observa derrame pericárdico.

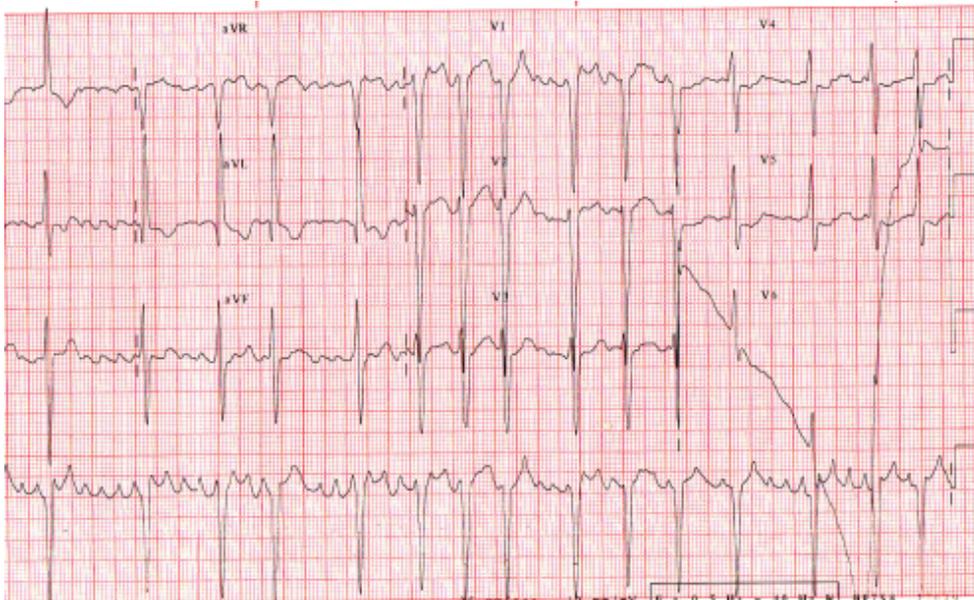
Evolución en sala 22/7 al 23/7

- Paciente evoluciona hemodinámicamente estable, con respuesta favorable al tratamiento con diuréticos endovenosos, realizando balance negativo por peso, con mejoría sintomática.
- Por presentar expectoración hemoptoica, se solicita esputo para gérmenes comunes-BAAR, y se suspende anticoagulación con acenocumarol.
- Por antecedente de consumo de sustancias ilícitas, se solicitan metabolitos en orina, resultando positivos para benzodiazepinas.
- Serología para HIV negativa.

Evolución en sala 24/7 al 28/7

- 24/7: Se realiza fibrobroncoscopia por antecedente de hemoptisis, no evidenciando lesiones de sangrado activo. Se envían muestras para cultivo de BAAR y gérmenes comunes, con aislamiento de S. Aureus sensible. Se toman muestras de hemocultivos por dos y en conjunto con servicio de infectología, por encontrarse el paciente hemodinámicamente estable, afebril, se adopta conducta expectante.
- 28/7: Evoluciona con edema agudo de pulmón normotensivo (TA: 100/60 mmHg) y FA de alta respuesta ventricular, motivo por el cual se decide su pase a Unidad Coronaria

ECG de ingreso a UCO



Evolución en UCO 29/7 al 30/7

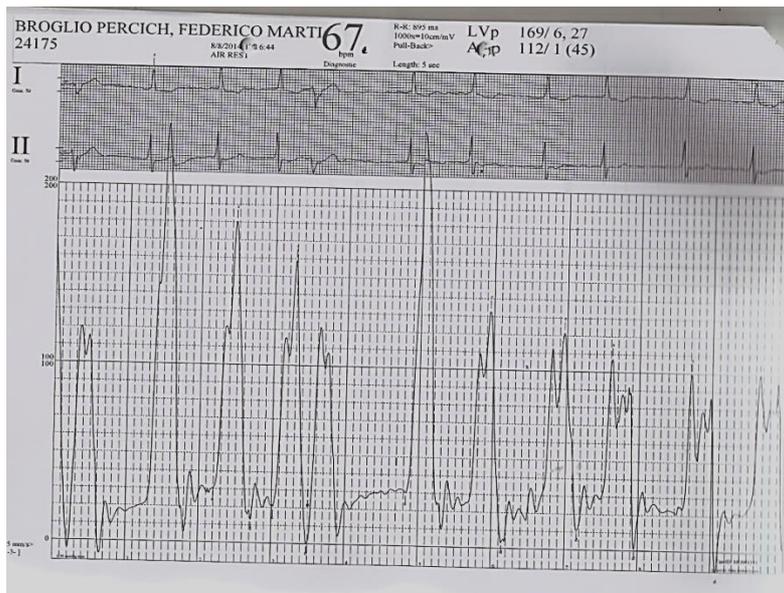
- Se realiza control de frecuencia con digoxina, balance negativo con diuréticos endovenosos y ventilación no invasiva con respuesta favorable.
- Evoluciona hemodinámicamente estable, afebril, con adecuado control de frecuencia cardíaca, por lo que se decide reingreso a sala de cardiología para completar estudios diagnósticos y tratamiento.

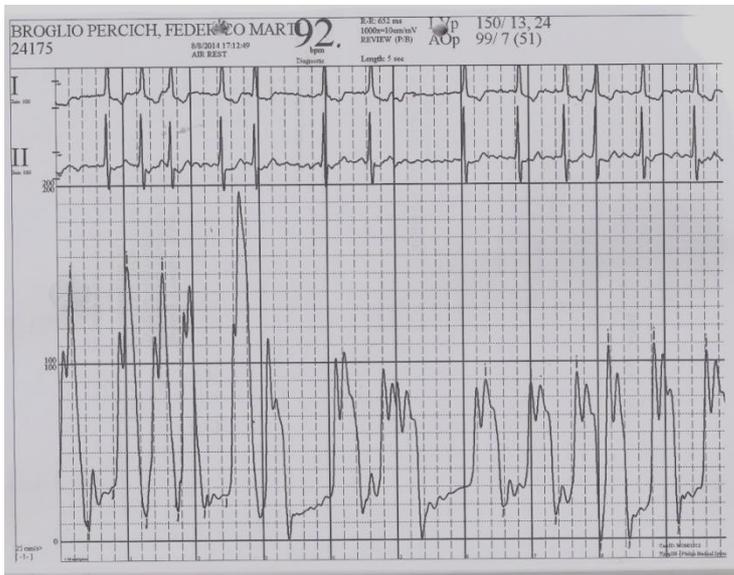
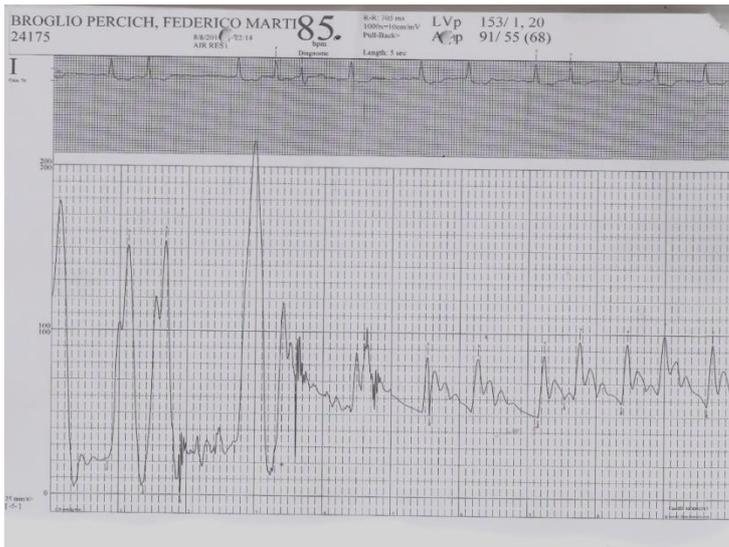
Evolución en sala 31/7 al 15/8

El paciente evoluciona estable, sin nuevas interurrencias clínicas:

- Aspecto infectológico: Afebril, sin descompensación hemodinámica. Se desestima rescate microbiológico en muestra de BAL.
- Aspecto hematológico: No presenta nuevo episodio de hemoptisis por lo cual se reinicia tratamiento con acenocumarol.
- Aspecto cardiovascular: Evoluciona hemodinámicamente estable, sin fallo agudo de bomba, balance negativo por peso de 9 kilos, adecuado control de frecuencia cardíaca. Se completan estudios diagnósticos:
 - ❖ 8/8/14: Se realiza cateterismo cardíaco, con medición de presiones intracavitarias y CCG diagnóstica.
 - ❖ 14/8/14: Se realiza nuevo Ecocardiograma control.
 - ❖ 15/8/14: Se otorga alta hospitalaria y control por consultorios externos.

Cateterismo 8/8/14





PRESIONES						
Aorta	Wedge	AP	VD	AD	Vol. minuto	IC
96/60 (73) mmHg	25 mmHg	60/41 (51) mmHg	60/13-17 mmHg	15 mmHg	3,21 l	1,5 l

- **Coronariografía:** Arterias coronarias sin lesiones significativas
- **Ventriculograma izquierdo en OAD:** Volumen de fin de sístole y diástole levemente dilatados. IM de grado moderado. Hipoquinesia severa anteromedial, anteroapical e inferoapical. Función ventricular izquierda con deterioro moderado. Se constata gradiente intraventricular: apical (175/3-22 mmHg), basal (105/6-18 mmHg).

- **Aortograma en OAI:** Aorta no dilatada. IAO leve.

Ecocardiograma 14/8/14

DDVI cm	DSVI cm	SIV cm	PP cm	AI cm ²	AD cm ²
45		1,3	1,2	50	37

Función sistólica globalmente conservada. FEY 62%. No se observan trastornos segmentarios de la motilidad. Strain global reducido (-14.4%)

Onda E única de llenado ventricular. Signos indirectos de aumento de la PFDVI. Relación E/e' 26.

Aurícula izquierda severamente dilatada.

Ventrículo derecho de tamaño conservado, con deterioro de la función sistólica. Onda s' por Doppler tisular 6 cm/seg. Hipertrofia de la pared libre del VD (7 mm de espesor). Aurícula derecha dilatada.

Válvula aórtica trivalva, con leve insuficiencia (jet central). Obstrucción dinámica del TSVI, con gradientes basales de 135 mmHg, que con fase presora de valsava se incrementa hasta 200 mmHg.

Insuficiencia mitral moderada, secundaria a movimiento anterior sistólico de la valva anterior, con jet dirigido hacia el SIA, ORE de 0,3 cm². Volumen regurgitante 46 ml/latido.

IT leve a moderada. PSAP de 55 mmHg. Vena cava inferior no dilatada con adecuado colapso inspiratorio

Medicación al Alta

- Carvedilol 25 mg cada 12 horas
- Diltiazem 60 mg cada 8 horas
- Furosemida 40 mg día
- Acenocumarol 1 mg día
- Lorazepam 2.5 mg cada 12 horas
- Levomepromacina 12.5 día
- Risperidona 1 mg día
- Paroxetina 30 mg día

Laboratorio

	22/7	29/7	30/7	5/8	9/8
Hto	32	44	43	39	38
GB	7.400	16.000	7.900	6.400	10.900
PL	193.000	240.000	250.000	209.000	222.000
Glu	81	132	70	81	133
U	29	57	50	41	29
Cr	0.96	0.88	0.96	1.24	0.88
NA	142	126	127	140	136
K	3.7	4.3	4.9	3.8	3.8
Cl	103	86	88	96	97
TP	32	73		74	60
KPTT	38	30		34	34
RIN	2.12	1,23		1.22	1.4
BT	0.91			0.61	
BD	0.43				
GOT	18			30	
GPT	10			26	

Seguimiento ambulatorio:

Ecocardiograma 22/8/14

DDVI cm	DSVI cm	SIV cm	PP cm	AI cm ²	AD cm ²
3,6	2,4	1,6	1,4	56	

Miocardiopatía hipertrófica con gradiente dinámico en tracto de salida del VI de 105 mmHg. Función ventricular izquierda conservada. Fracción de eyección del 63%.

Aurícula izquierda severamente dilatada.

Fibrilación auricular.

Insuficiencia mitral de grado moderado. Insuficiencia aórtica leve.

Ventrículo derecho normal con deterioro de su función sistólica (onda s ticular 6 cm/seg). Leve dilatación de la aurícula derecha. Vena cava inferior con 24 mm y colapso conservado.

Insuficiencia tricuspidea leve con PSAP 53 mmHg.

No se observa derrame pericárdico.