



ATENEO CLÍNICO

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

Karen Maia Waisten

22/10/2014

Paciente: M. N.

Edad: 26 años

Sexo: femenino

Fecha de ingreso: 07/08/14

Fecha de egreso: 19/09/14

Motivo de Consulta:

Progresión de disnea habitual.

Enfermedad Actual:

Paciente que refiere presentar en el último mes progresión de disnea habitual CF II a CF III, motivo por el cual acude a consultorios externos de Clínica Médica del Hospital Penna el 10/07/14. Con diagnóstico presuntivo de insuficiencia cardíaca se deriva a Cardiología donde el 17/07/14 se realizan ECG y ecocardiograma, que evidencia hipertrofia, sobrecarga del VI y estenosis aórtica severa (gradientes:119/71 mmHg). Se sugiere evaluación para tratamiento quirúrgico.

Por progresión de la sintomatología hasta CF IV y episodios de disnea paroxística nocturna consulta el 07/08/14 a Guardia Externa del Hospital Muñiz donde se constatan signos de insuficiencia cardíaca y se deriva a Shock Room de este hospital. A su ingreso presenta regular mecánica respiratoria, saturando al 80% al aire ambiente, que corrige con oxígeno terapia.

Se realiza ecocardiograma que evidencia derrame pericárdico moderado, por lo que se decide su pase a Unidad Coronaria para tratamiento médico y control evolutivo.

Antecedentes Personales

Factores de riesgo cardiovascular:

No refiere

Antecedentes de enfermedad actual:

Estenosis aórtica severa por válvula bicúspide diagnosticada en 2012 en Hospital Penna, sin tratamiento ni seguimiento posterior.

Otros antecedentes:

Tuberculosis pulmonar en 2011. Realizó tratamiento completo en Htal. Muñiz.

Anemia ferropénica diagnosticada en enero de 2014, probable hipoaporte en seguimiento en Htal. Penna.

Serología para Chagas y HIV negativas.

G1P1C0. Buena tolerancia al embarazo.

Antecedentes epidemiológicos:

Vivienda: material. Habitaciones: 1 Habitantes: 3

Situación laboral: costurera hasta 2011. Actualmente: ama de casa.

Estudios complementarios previos:

ECO Pleura 19/10/11:

Abundante derrame pleural derecho.

Derrame pericárdico leve- moderado con múltiples tabiques.

Ecocardiograma 09/01/12:

DDVI	DSVI	SIV	PP	AI	AD	Raíz de aorta	Grad Máx AO	Grad Medio AO
36 mm	27 mm	18 mm	16 mm	19 cm ²	normal	23 mm	119 mmhg	71 mmhg

Diámetros de cavidades conservados. Hipertrofia concéntrica moderada- severa de VI. Válvula aórtica esclerosada/ calcificada. Impresiona bicúspide (difícil observación). Motilidad parietal globalmente conservada. FSVI conservada. Estenosis aórtica severa. Insuficiencia aórtica moderada. Aumento sistólico severo del gradiente intraventricular: 54 mmhg (sin movimiento anterior sistólico mitral). IM leve.

Ecocardiograma 17/07/14:

DDVI	DSVI	SIV	PP	AI	Raíz de aorta	Grad Máx AO	Grad medio AO
48 mm	23 mm	17 mm	13 mm	25 cm ²	21 mm	150 mmhg	96 mmhg

Ventrículo izquierdo no dilatado, con función sistólica conservada. Válvula aórtica bicúspide con estenosis aórtica severa. Insuficiencia aórtica leve- moderada. Gradiente interventricular 35 mmhg secundario a hipertrofia severa del septum interventricular. Patrón de llenado tipo relajación prolongada. Derrame pericárdico moderado con distancia epipericardio- pared posterior de 8 mm. Cavidades derechas normales.

Medicación habitual

Ácido fólico

Sulfato ferroso

Examen Físico de Ingreso

TA	FC	FR	T°	Sat
120/82 mmhg	100 lpm	30	36°	80% (0,21)

Ap. Cardiovascular: adecuada perfusión periférica, ingurgitación yugular 3/3 sin colapso inspiratorio (a 45°). Pulsos presentes, regulares y simétricos, con amplitud conservada. Choque de punta 4º EIC línea axilar anterior. R1 y R2 presentes en cuatro focos, R2 hipofonético, sin R3. Soplo mesosistólico eyectivo 5/6 en foco aórtico y mitral con irradiación a cuello. Frémito en foco aórtico.

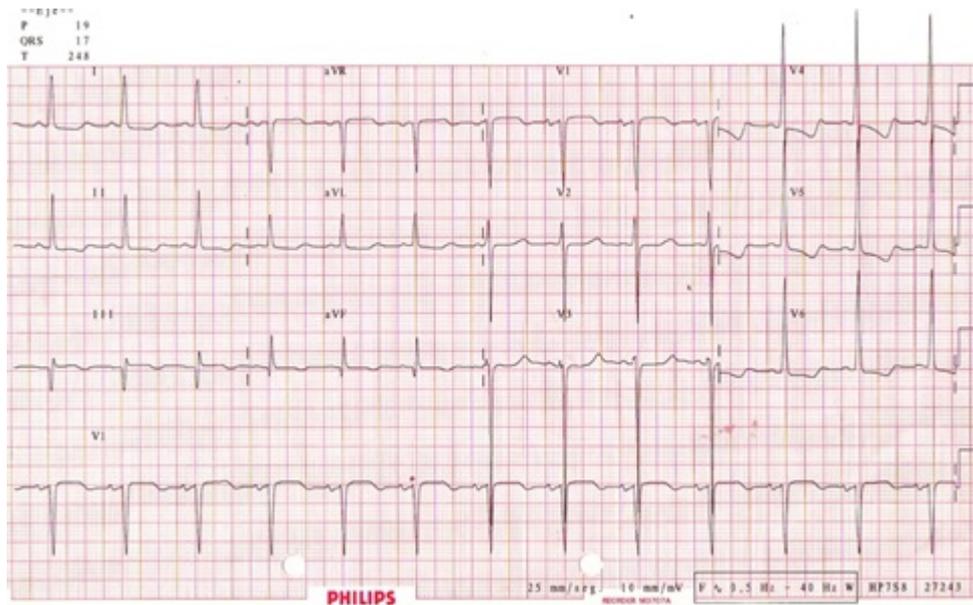
Ap. Respiratorio: regular mecánica ventilatoria a expensas de taquipnea. Hipoventilación campo pulmonar izquierdo. Crepitantes en base derecha. Sat 96% 0,5

Abdomen: blando, depresible, doloroso a nivel de hipocondrio derecho. RHA presentes. Hígado se palpa a 4 cm debajo de reborde costal.

Neurológico: Vigil, sin foco motor ni meníngeo.

Piel y TCS: cianosis distal

ECG de ingreso



Evolución 07 – 08/08/14

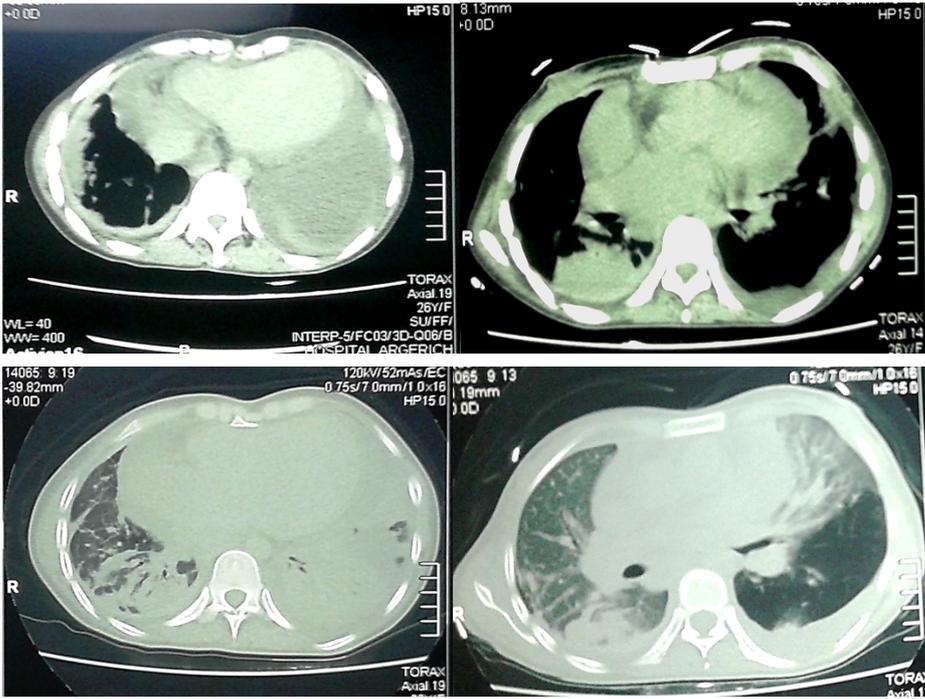
Por disnea y desaturación con tendencia a la hipercapnia, se realiza TC de Tórax sin contraste que evidencia derrame pleural bilateral tabicado y derrame pericárdico moderado.

Evoluciona hemodinámicamente inestable, con tendencia a la hipotensión arterial y desaturación. Se inicia infusión continua de Noradrenalina.

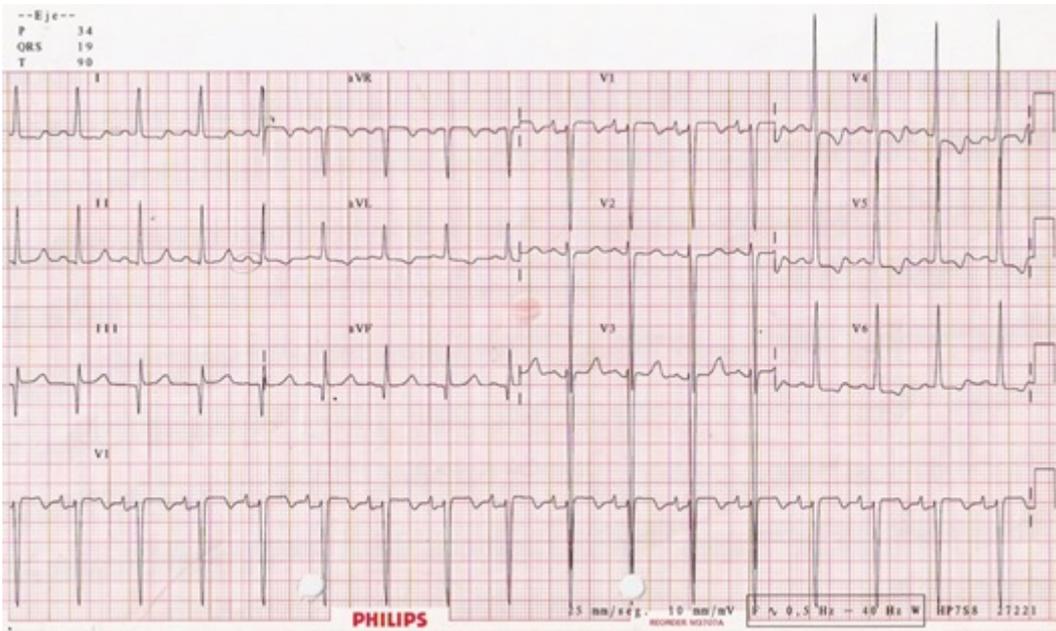
Por mala mecánica ventilatoria se realiza VNI con mala tolerancia. Por deterioro del sensorio e hipercapnia severa (PCO₂ 126 mmHg), se decide IOT y ARM.

El 08/08 Evoluciona con requerimiento de NA en ascenso (hasta 1.7 gamma), con mejoría parcial de parámetros ventilatorios. En dicho contexto, intercorre con PCR secundario a taquicardia ventricular monomorfa sostenida, con requerimiento de CVE (1440 J). Se inicia carga y mantenimiento de Amiodarona.

TAC de Tórax 07/08/14



ECG Post- PCR



Ecocardiograma 08/08/14

DDVI	DSVI	SIV	PP
48 mm	24 mm	20 mm	17 mm

Estudio post- RCP, dificultoso por paciente en ARM y decúbito dorsal.

Estenosis valvular aórtica severa con gradiente máximo de 80 mmhg.

Ventrículo izquierdo no dilatado con severa hipertrofia concéntrica. Función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción.

AI no dilatada.

Cavidades derechas de dimensiones normales. TAPSE 20 mm. Insuficiencia tricuspídea leve con PSAP de 35 mmhg. VCI (paciente en ARM).

Se observa derrame pericárdico de grado leve- moderado rodeando la silueta cardíaca, sin signos de taponamiento.

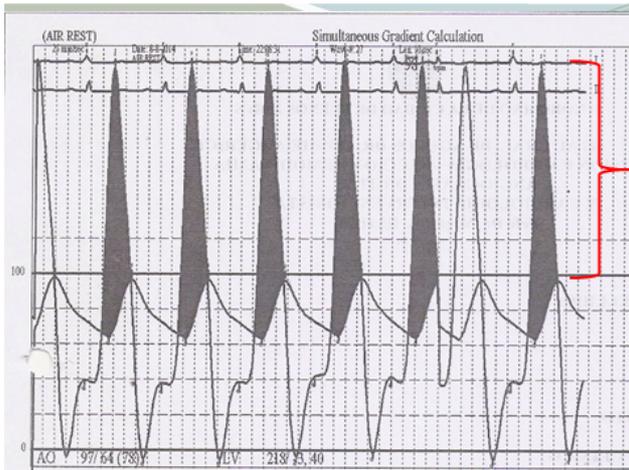
Evolución Uco 08/08/14 (cont.)

Por presencia de derrame pleural izquierdo severo constatado por ecografía, se realiza toracocentesis evacuadora (1300 ml) y diagnóstica sin complicaciones. Físico- químico: GLU: 147 Proteínas: 11 g/l LDH: 83 UI/l ALB: 5,6 g/l recuento celular. 300/ cm³ (80% monomorfonucleares). PH: 7.4. (EXUDADO NO COMPLICADO)

Se envían muestras para ADA, cultivo para gérmenes comunes, BAAR y citología. Resultados negativos.

Paciente evoluciona con hipotensión persistente, con dosis máximas de vasopresores, asociada a signos de mala perfusión, por lo que se realiza interconsulta con servicio de Hemodinamia, decidiéndose en forma conjunta realizar valvuloplastia con balón.

Valvuloplastia 08/08/14



Evolución UCO 08 - 09/08/14

Paciente reingresa a UCO post-valvuloplastia, hemodinámicamente compensada con dosis en descenso de NA.

Presenta registro febril de 38,4° con descompensación hemodinámica por lo que se realiza pancultivos, indicándose en forma empírica piperacilina- tazobactam y vancomicina.

Evolución UCO 10- 14/08/14

10/08/14: Se realiza extubación con buena tolerancia.

11/08/14: Evoluciona en forma favorable con dosis decrecientes de vasopresores. Se suspende NA .

Evoluciona con mala mecánica ventilatoria, asociada a registros hipertensivos y crepitantes hasta campos medios. Se indican vasodilatadores EV y VNI con mejoría parcial.

12/08/14: Por hipercapnia progresiva y deterioro del sensorio, se decide re IOT y ARM. El día 14/08 pasa a UTI para manejo respiratorio.

Evolución UTI 14- 22/08/14

Paciente evoluciona hemodinámicamente estable.

14/08:

Intercurre con Neumonía asociada ventilador por Acinetobacter baumannii y Pseudomona aeruginosa por lo que se rota tratamiento antibiótico a Imipenem y colistín.

19/08:

Extubación no exitosa con requerimientos de re IOT.

Se ajusta antibioticoterapia según sensibilidad, indicándose ciprofloxacina.- colistín.

Evolución UTI 23/08/14- 08/09/14

22/08:

Se realiza traqueostomía.

29/08:

Se suspenden antibióticos por cumplir tiempo necesario de tratamiento, luego de 14 días.

30/08:

Se recibe nueva serología para HIV: negativa.

08/09:

Por buena evolución pasa a servicio de Clínica Médica, traqueostomizada, con seguimiento conjunto con Cardiología

Evolución Clínica Médica 08- 11/09/14

Evoluciona hemodinámicamente estable, sin signos de falla aguda de bomba, buena mecánica ventilatoria.

09/09:

Se realiza Test para enfermedad de Fabry que resulta negativo.

Se indica propranolol 20 mg c/12 hs por indicación de Cardiología.

11/09:

Se realiza IC con Neumonología por presentar aumento de secreciones respiratorias, quienes indican nuevo aspirado traqueal.

Se rota medicación a diltiazem 60 mg c/8 hs y amiodarona 200 mg/d por indicación de Cardiología.

Evolución Clínica Médica 12- 19/09/14

12/09/14:

Se retira tubo de traqueostomía, con buena tolerancia.

Se realiza nuevo ecocardiograma.

15/09:

Se realiza RMN cardíaca con Gadolinio EV.

19/09:

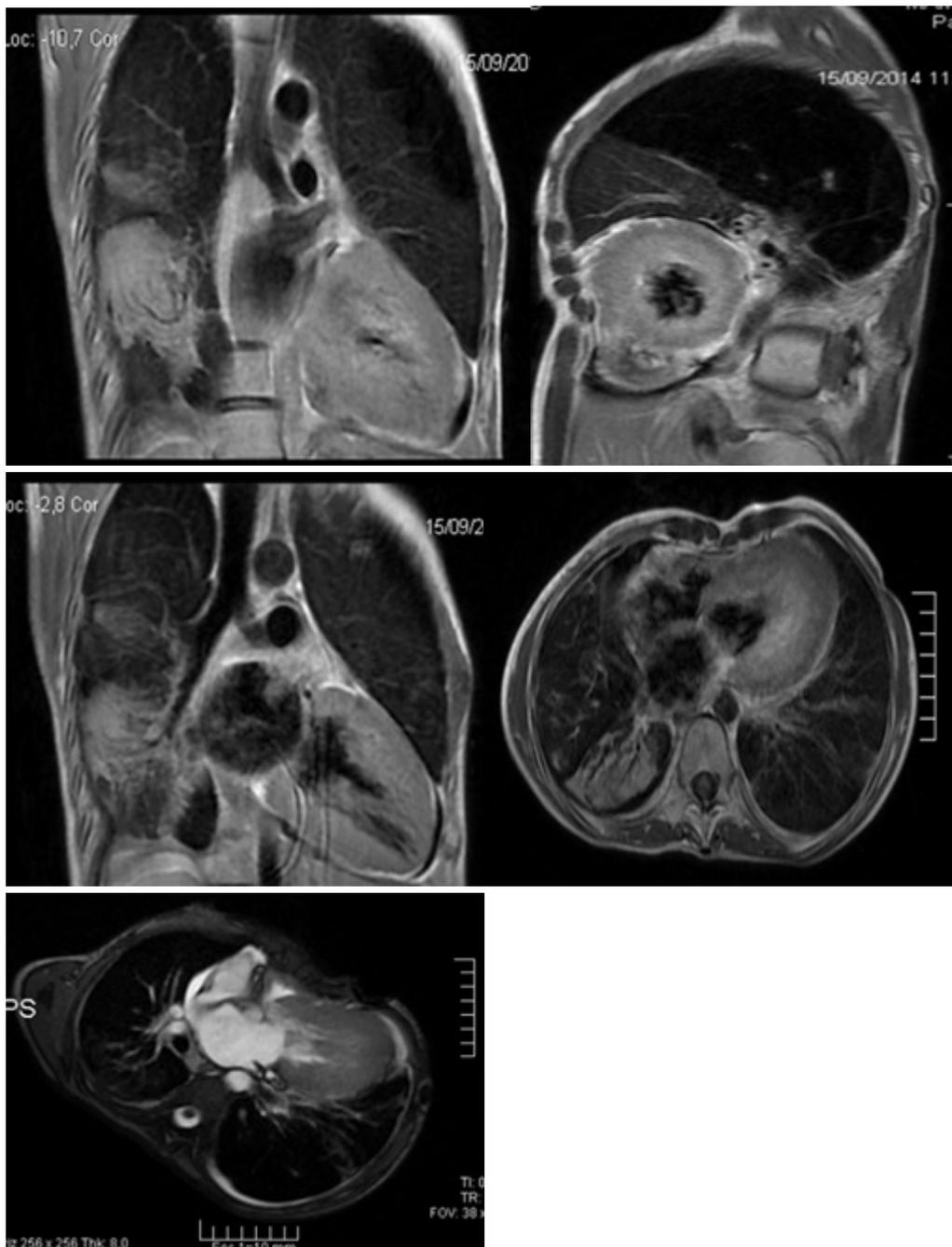
Se otorga el Alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio con servicio de Cardiología y Clínica médica.

Ecocardiograma 12/09/14

DDVI	DSVI	SIV	PP
37 mm	20 mm	16 mm	18 mm

Estenosis valvular bicúspide con gradientes elevados. Insuficiencia aórtica moderada. Gradiente dinámico en tracto de salida del VI de 65 mmhg. VI no dilatado con hipertrofia severa. Función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción. Cavidades derechas de dimensiones normales. IM leve. IT leve con PASAP de 28 mmhg.

RMN



Informe RMN

Aumento del tamaño de AI.

Hipertrofia miocárdica global.

Hipercaptación en el subendocardio y en el espesor del miocardio en forma homogénea con el cte EV.

Aumento del diámetro de aorta ascendente.

Derrame pericárdico moderado.

Proceso de condensación pulmonar en lóbulo inferior y medio del pulmón derecho.

Derrame pleural izquierdo.

Contractilidad conservada, alteración de la relajación de los segmentos hipertrofiados.

Movimiento anterior sistólico de la válvula mitral

Jet de aceleración en tracto de salida del VI.

Jet de insuficiencia mitral leve a moderada.

Laboratorio

Fecha	07/08/14	08/08/14	09/0814	10/08/14	14/08/14	22/08/14	12/09/14
Hto	42	40	38	34	32	26	29
GB	4400	9500	7400	10300	10700	7400	6300
PLQ	188000	205000	152000	108000	164000	324000	238000
Glu	98	215	98	112	133	108	108
Urea	18	23	16	33	27	33,9	23
Cr	0,42	0,82	0,61	0,40	0,47	0,32	0,46
TP	61	52		44		78	85
Kptt	34	24		39		39	31
RIN	1,38	1,59		1,79		1,18	1,12
BT	0,76	1,56		1,5	0,88	0,45	0,45
BD	0,42	0,85		0,81			
GOT	34	97		222	57	37	34
GPT	26	27		60	69	23	29
Na		140		136	137	136	138
K		3,97		3,49	4,53	3,6	4,3
Cl		94		96	94,9	99	96
CK/ CKMB			2363/126	1162/40	167		

Seguimiento al alta

Paciente hemodinámicamente estable, sin signos de falla de bomba.

Medicación Actual:

Diltiazem 60 mg c/ 8 hs VO