



ATENEO CLÍNICO

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

Bono Leandro

25/06/2014

PACIENTE: J.P. SEXO: Femenino EDAD: 26 años

Fecha de ingreso: 14/03/14 Fecha de alta: 25/04/14

MOTIVO DE INTERNACIÓN: Derivada para evaluación y eventual implante de Cardiodesfibrilador (CDI).

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente derivada de Hospital Regional de Ushuaia, por haber presentado el 7 de marzo de este año paro cardiorrespiratorio (PCR) en contexto de *TV polimorfa*, con requerimiento de cardioversión eléctrica (CVE), intubación oro-traqueal y conexión a ARM. En ECG post PCR, según informe de derivación, se constata intervalo QT prolongado.

Se extuba el día 10/3, siendo derivada el 14/3 a nuestro Hospital, para evaluación por servicio de Electrofisiología y eventual implante de CDI.

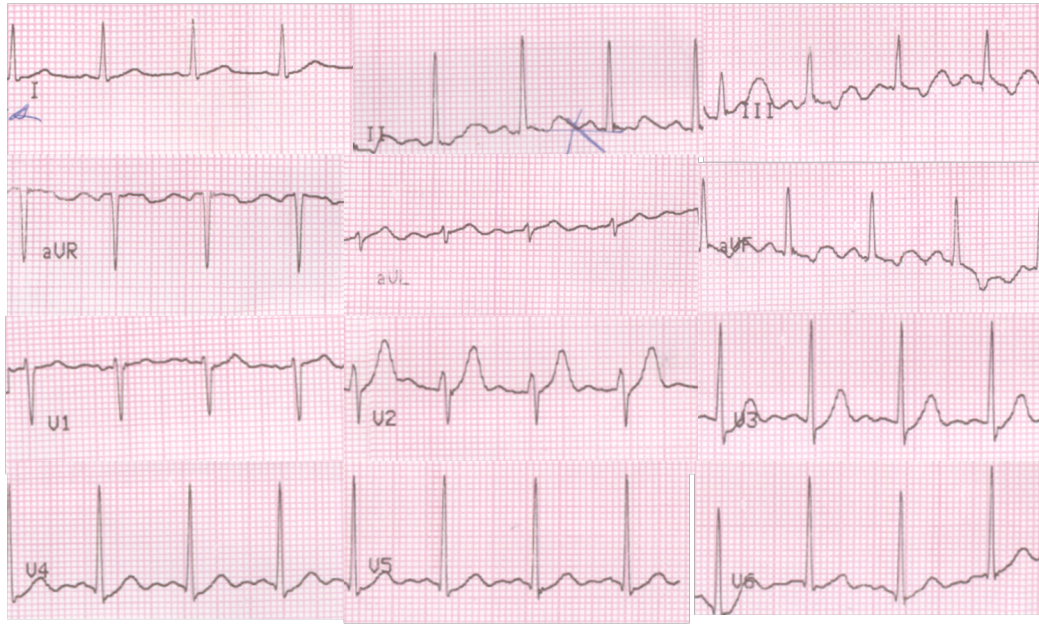
ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

-Presentó **episodio sincopal** el día 07/03/14 a las 10 am en contexto de caminata, con recuperación espontánea.

-Pocas horas después sufre **PCR en vía pública**, siendo asistida por bomberos del lugar, que le realizan RCP durante aproximadamente 20 minutos, y cardioversión eléctrica (CVE) con desfibrilador externo automático (DEA), con recuperación de la conciencia. Luego es derivada a Hospital regional de Ushuaia.

-Se realizaron, en ese centro Ecocardiograma y TAC de cerebro que según informe de derivación, fueron normales.

ECG I.P. (07/03/13): Pos CVE en UTI Ushuaia:



ANTECEDENTES

Factores de riesgo coronarios:

Tabaquismo: 10 cigarrillos día, desde los 18 años.

Otros antecedentes:

No refiere.

Medicación habitual:

Propranolol 40 mg cada 6 hs vo (desde internación en Hospital de Ushuaia).

EXAMEN FÍSICO INGRESO A UCO:

Ap. Cardiovascular: Buena perfusión periférica. Ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio. Sin RHY. Choque de la punta en 5to EIC LMC. Pulsos regulares, iguales y simétricos. R1 y R2 en 4 focos normofonéticos, silencios libres.

Ap Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria. Buena entrada de aire bilateral.

Abdomen: RHA presentes, blando, depresible, hígado y bazo no palpables.

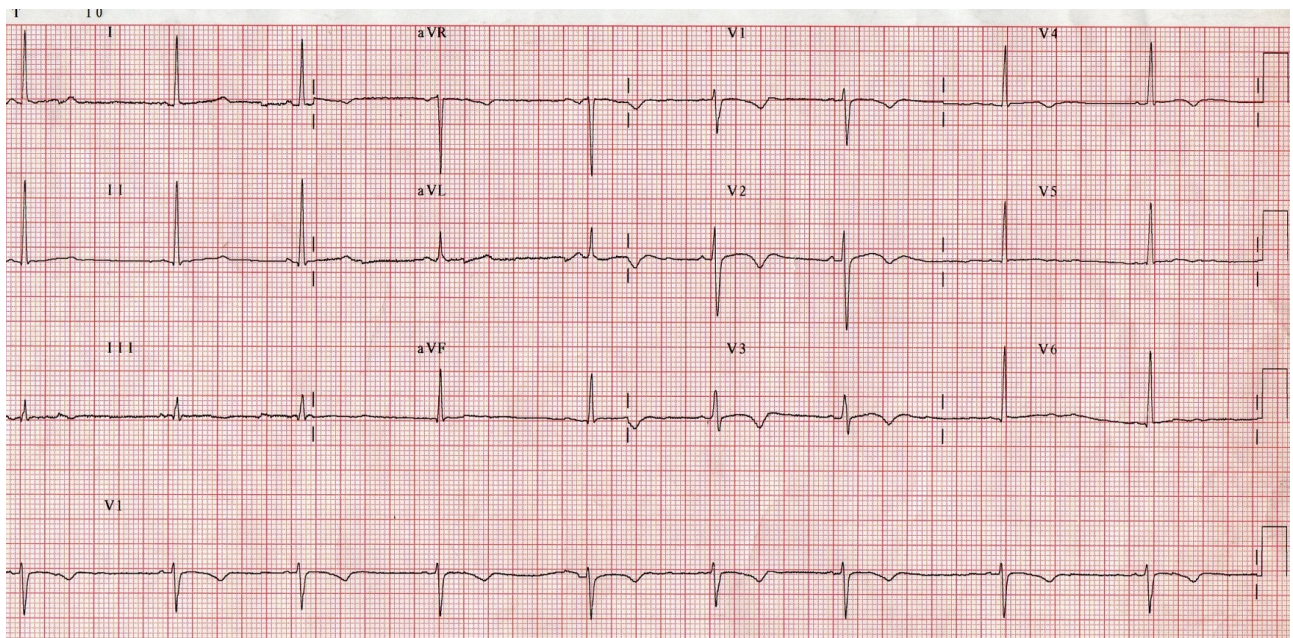
Neurológico: Lúcida, sin foco motor ni sensitivo.

Piel y TCS: sin edemas. Múltiples tatuajes.

RX TORAX INGRESO UCO:



ECG INGRESO UCO (14/03/13): J.P.



EVOLUCIÓN UCO (14/03 AL 25/03)

Evoluciona estable hemodinámicamente, sin nuevos episodios arrítmicos.

Durante su internación en UCO se realizan:

-18/03: Ecocardiograma doppler.

-18/03: Holter 24 hs.

-19/03: Serologías: HCV- HBc- HAV- Chagas: negativas

-20/03: Prueba de Adrenalina.

ECOCARDIOGRAMA 18/03/14:

DDVI: 48 mm	DSVI: 32 mm	SIV: 7 mm	PP: 7 mm	AI: 12 cm²	AD: 11 cm²	Ao: 30 mm
--------------------	--------------------	------------------	-----------------	------------------------------	------------------------------	------------------

Cavidad ventricular izquierda de dimensiones normales.

Ventrículo izquierdo con grosor parietal normal y función sistólica normal. FEY VI: 65%

Leve hipoquinesia septal. Doppler tisular a nivel septal con velocidad sistólica disminuida.

Área de miocardio no compacto en región apical, en segmento inferior y lateral. Con relación MNC/MC >2:1.

Aurícula izquierda no dilatada.

Cavidad ventricular derecha de dimensiones normales.

Ventrículo derecho con grosor parietal y función sistólica normales.

Aurícula derecha no dilatada. Insuficiencia mitral mínima. No se observa derrame pericárdico.

HOLTER (18/03/14):

Ritmo sinusal durante todo el estudio. No se observaron extra sístoles supra ventriculares. No se observaron extra sístoles ventriculares. Se observaron episodios de taquicardia sinusal durante el estudio. Sin cambios en la repolarización ventricular. Frecuencia cardíaca (FC) media: 84 lpm. FC mínima: 65 lpm. FC máxima: 153 lpm El porcentaje de latidos con QTc> 540 mseg fue de 0%. *Máximo QTc: 480 mseg.*

PRUEBA DE ADRENALINA (20/03/14):

ECG Basal (20/03/13): J.P.

QT corregido: V5 440 mseg., V3: 440 mseg

ECG: Adrenalina 0.3 ∂/kg/min (20/03/13): J.P.

QT corregido: V5 482 mseg. V3 671 mseg.

ECG: Adrenalina 0.6 μ /kg/min(20/03/13): J.P.

QT corregido: V5 560 mseg.V3 581 mseg.

ECG: 5 min post-adrenalina (20/03/13): J.P.

QT corregido: V5 490 mseg.V3 581 mseg.

EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGÍA (26/03 AL 27/03):

Dada estabilidad eléctrica, en consenso con servicio de Electrofisiología, pasa a sala de cardiología en plan de colocación de CDI.

Evoluciona estable hemodinámicamente y asintomática.

Se realiza los siguientes estudios complementarios:

-26/03: Resonancia magnética nuclear cardíaca.

-27/03: SPECT reposo/esfuerzo.

RMN CARDÍACA 26/03/14:

DDVI: 45 mm	DSVI: 23 mm	SIV: 11 mm	PP: 11 mm	AI: 19cm²	AD: 18 cm²	Ao: 32 mm
--------------------	--------------------	-------------------	------------------	-----------------------------	------------------------------	------------------

Volumenes:

VFDVI: 81 ml	VFSVI: 35 ml	FEY VI: 68%	VFDVD: 75ml	VFSVD: 35ml	FEY VD: 61%
---------------------	---------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

Descripción:

-Cavidad ventricular izquierda de dimensiones conservadas. Espesores parietales en límites normales. Función sistólica del VI global conservada.

-Se observa hipertrabeculado en cara inferior e inferolateral sin criterios de miocardio no compacto. (Porción compacta mayor a 6 mm, engrosamiento sistólico conservado, relación NC/C: 1.7).

-Diámetros de grandes vasos conservados. Función sistólica del VD conservada.

-No se observa flujo regurgitante en válvula mitral.

-En secuencias potenciadas en T2 se observa leve hiperintensidad de señal miocárdica a nivel anterior y anterolateral, dichos hallazgos se consideran inespecíficos y no impresiona corresponder a miocarditis.

-Sin evidencia de infiltración lípidica en estructuras cardíacas en secuencias potenciadas en T1. No se observa derrame pericárdico. No se observa derrame pleural. No se observa fibrosis con técnica de realce tardío.

Conclusión:

-Miocardio hipertrabeculado en cara inferior e inferolateral sin criterios de miocardio no compacto. Relación MNC/MC: 1.7.

-En secuencias potenciadas en T2 se observa leve hiperintensidad de señal miocárdica a nivel anterior y anterolateral, dichos hallazgos se consideran inespecíficos y no impresiona corresponder a miocarditis.

SPECT REPOSO/ESFUERZO (27/03/14):

Ergometría:

-Prueba insuficiente por no alcanzar la FC esperada.

-Detenida por agotamiento muscular.

-No presento cambios del segmento ST-T hasta el doble producto alcanzado (12.100).

-No refirió angor ni equivalentes.

-Comportamiento normal de la FC y la presión arterial.

SPECT gatillado:

-Esfuerzo:

Distribución homogénea del radiotrazador.

-Reposo:

Sin cambios.

-Gated Post Estrés:

FEY: 62% VFD: 76 ml VFS: 29ml

Motilidad parietal y engrosamiento sistólico conservados. Volúmenes ventriculares normales.

Conclusión:

El estudio SPECT en reposo y esfuerzo no evidencia desarrollo de isquemia miocárdica.

EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGÍA (28/03 AL 01/04):

Se decide en Ateneo conjunto entre Servicio de Hemodinamia y Sala de Cardiología, realizar CCG más test de Ergonovina y Acetilcolina.

CCG,VTG Y TEST DE ERGONOVINA Y ACETILCOLINA 01/04/14:

Coronariografía:

-Tronco coronaria izquierda: sin lesiones angiográficamente significativas.

-Descendente anterior: sin lesiones angiográficamente significativas.

-Circunfleja: sin lesiones angiográficamente significativas

-Coronaria derecha: sin lesiones angiográficamente significativas.

-Ventriculograma Izquierdo en oblicua anterior derecha: Volumen de fin de diástole y de fin de sístole aumentados. Presenta hipoquinesia leve a moderada anteromedial, anteroapical y apical. Válvula mitral móvil y competente.

Test de ergonovina y acetilcolina:

-Luego de colocación de marcapasos transitorio, se realizaron inyecciones crecientes y sucesivas de ergonovina y acetilcolina.

-Conclusión:

Arterias coronarias sin lesiones angiográficamente significativas.

Función ventricular izquierda conservada con deterioro en grado leve.

Sin respuesta vasorreactiva a la administración de Ergonovina y acetilcolina.

Nota: Luego de realizada la punción para colocar el introductor arterial, la paciente presenta taquicardia, supradesnivel del ST transitorio y molestia mandibular, que ceden espontáneamente, no volviéndose a repetir en el procedimiento.

EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGÍA (02/04 AL 23/04):

El día 9/04 se le realizan maniobras de vaso reactividad, que resultan negativas.

El día 23/04 se coloca cardiodesfibrilador implantable.

Se realiza control de CDI sin complicaciones.

EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGÍA (24/04 AL 25/04)

El día 24/04 se le realiza nueva ergometría.

El 25/04 se otorga el alta hospitalaria con pautas de alarma, medicada con propranolol 40 mg cada 6 hs y control ambulatorio por servicio de Electrofisiología.

ERGOMETRÍA 24/04/14

Etapa Basal: V5. Qtc: 420mseg.Etapa 600 kgm: V5. Qtc: 472mseg.

Etapa recuperación 3 min: V5. Qtc: 506 mseg.

LABORATORIO:

	14/03	17/03	24/04
Hematocrito	38	40	40
G. blancos	9100	7800(53/ 40 /4/2/0.8	7200
Plaquetas	254000	273000	184000
Glucemia	87	70	73
Urea	29	28	32
Creatinina	0.64	0.75	0.86
Ionograma (Na/K/Cl)	145/ 3.07 /101	140/4.63/98	141/4.9/100
TP/K_{ptt}/RIN	104/23/0.98	112/26/0.94	98/26/1.02
Hepatograma BT/BD/GOT/GPT	0.24/0.09/18/45	0.45/0.26/29/47	0.58/0.20/17/7
CK	57		
CoI/TGL/HDL/LDL	169/154/87/103		
Hba1		5.74	
Ca/P/mg		9.98/4.4/2.1	
TSH		1.9	