



ATENEO CLÍNICO

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

Juan Pablo Lestard

27/08/2014

PACIENTE: B.J.
Fecha de ingreso: 16/01/2010

SEXO: Masculino

EDAD: 49 años

Fecha de alta hospitalaria: 28/01/10

MOTIVO DE CONSULTA:

Progresión de disnea habitual, astenia y adinamia.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente que refiere presentar progresión de disnea CF-II (de más de 1 año de evolución) a CF-III y edemas de miembros inferiores, agregándose en la última semana astenia, adinamia y debilidad muscular, por lo que decide consultar a clínica Los Cedros, de Tapiales.

Se interpreta el cuadro como Insuficiencia cardíaca descompensada, se decide su internación para diagnóstico y tratamiento.

ANTECEDENTES PERSONALES

FACTORES DE RIESGO CORONARIO:

Hipertensión Arterial, tratado desde el año 2010 (Amlodipina-Enalapril)

Tabaquista 32 paquetes/año

Obesidad (IMC 32)

Sedentario

Dislipemia

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

Disnea CF-II de un año de evolución

ANTECEDENTES PERSONALES:

Colecistectomía 2002

Operación de cataratas en 2012

Apendicetomía

MEDICACIÓN HABITUAL:

Enalapril 10mg/12hs

Amlodipina 10mg

EXAMEN FÍSICO – INGRESO

TA: 130/75mmHg	FC:90 lpm	FR: 18 cpm	T: 36,5°C	Sat: 97% (0.21)
----------------	-----------	------------	-----------	-----------------

Aparato cardiovascular: Buena perfusión periférica. Ingurgitación yugular 2/3 con colapso. Choque de punta en 5° EIC desplazado hacia LAA. Pulsos periféricos presentes, regulares y simétricos. R1 y R2 en cuatro focos, sin R3 ni R4. No se auscultan soplos.

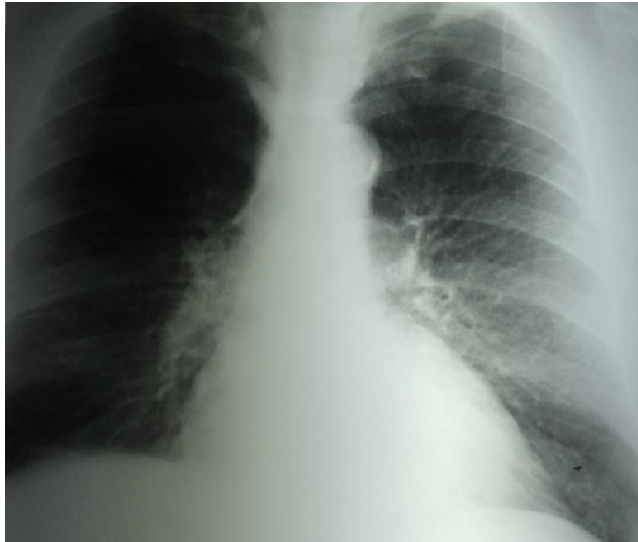
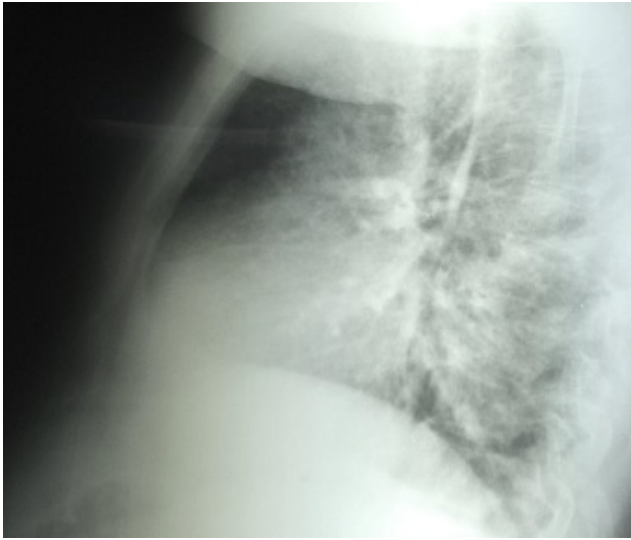
Aparato respiratorio: presenta BMV, buena entrada de aire bilateral. Crepitantes bibasales.

Abdomen: globoso, blando, depresible, hepatomegalia dolorosa, 7 cm debajo del reborde costal. Bazo palpable hasta tercio superior de flanco izquierdo. RHA+.

Neurológico: Lúcido, sin foco motor ni sensitivo. Sin signos meníngeos

Piel y TCS: presenta edemas de MMII 3/6 infrapatelar

Rx de Tórax



ELECTROCARDIOGRAMA (2009)



EVOLUCIÓN

Se realiza Laboratorio de rutina donde se constata anemia con parámetros de hemólisis autoinmune (Hcto 19% Prueba de Coombs directa e indirecta Positiva ++++; hiperbilirubemia y LDH elevada).

Se realiza ecografía abdominal con signos compatibles con hepato-esplenomegalia y aumento de ecogenicidad del parénquima hepático.

Se realiza PAMO con hallazgo de magrófagos con acumulación de esfingolípidos, compatibles con Enfermedad de Gaucher. Dosaje enzimático de Beta glucosidasa: 1.0 (VN: mayor a 3) Quitotriosidasa: 339.6 (VN:1-74). Se inicia tratamiento inmunosupresor con pulsos de corticoides y terapia de reemplazo enzimático (vela-glucerasa α).

Se realiza Ecocardiograma donde constata miocardiopatía dilatada con compromiso de la función ventricular.

Se otorga alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio por servicio de hematología.

Tratamiento: Enalapril 10mg/12hs, amlodipina 10mg, bisoprolol 5mg/día, Furosemida 40mg/día, Omeprazol 20mg/día. Ac. Fólico 0,25mg, Mepredinosona 40mg, Fluticasona 125mcg1-74).

SEGUIMIENTO

El 18/10/2010 cursó internación en servicio de Clínica Médica de este hospital por nuevo episodio de hemólisis aguda, realizándose tratamiento inmunosupresor con pulsos de corticoides.

Se realiza TAC de tórax, abdomen y pelvis donde se evidencia enfisema pulmonar bilateral y hepato-esplenomegalia; y ecocardiograma donde se evidencia dilatación leve y deterioro severo de la función ventricular.

ECOCARDIOGRAMA 20/10/10

DDVI: 65m m	DSVI: 55	FAC: 15	SVI: 10	PP: 10	AI: 24cm ²	AD: 26cm ²
----------------	----------	---------	---------	--------	-----------------------	-----------------------

Aurículas levemente dilatadas.

VI dilatado con hipertrofia parietal moderada.

Motilidad regional y función sistólica global con severo deterioro de la función. Fey 25%

VD normal. TAPSE 23cm.

Válvulas morfológicamente normales. Patrón de llenado mitral de tipo relajación prolongada. IM leve. PSAP 30mmHg.

SEGUIMIENTO

Evoluciona el resto de su internación hemodinámicamente estable, con mejoría de sus parámetros hematológicos.

El 28/10/10 se decide su externación, con terapia de reemplazo enzimático y seguimiento ambulatorio en forma multidisciplinaria con servicio de Neumonología, Hematología, Cardiología y Clínica Médica.

Serologías realizadas durante internación: VDRL reactiva 2 dils, Chagas (ELISA) negativo. C3 y C4 normales.

Paciente que evolucionó hasta el día de la fecha en forma asintomática, sin nuevos episodios de reactivación.

Tratamiento: Enalapril 10mg/12hs, Amlodipina 10mg, Espironolactona 25mg/día, Bisoprolol 5mg/día, Furosemida 40mg/día, Omeprazol 20mg/día, Salmeterol 25 mcg, Fluticasona 125mcg, Velaglucerasa- α

Estudios complementarios realizados hasta el día de la fecha

Densitometría ósea (06/2010): los valores obtenidos de la columna lumbar se encuentran por debajo del umbral teórico de fractura en rango osteoporótico con pérdida ósea máxima de 31% en L4.

Espirometría: moderada obstrucción al flujo aéreo.

SPECT(Reposo-esfuerzo/2011): isquemia apical de escasa extensión, VI severamente dilatado con aspecto hipertrófico. Prueba detenida por agotamiento, no se observaron alteraciones del ST. Comportamiento hiperreactivo de TA.

Ecocardiograma (2012): moderada dilatación del VI, con función moderada. Hipoquinesia global moderada sin alteraciones segmentarias de la contractilidad. VD de diámetros y función conservada. Válvulas normales.

Ergometría (03/13): Prueba insuficiente sintomático por fatiga.

Holter (05/13): ritmo sinusal, ESV poco frecuentes, asintomática, EV monomorfas poco frecuentes asintomática, sin cambios en la repolarización ventricular.

MAPA (09/13): valores promedios dentro de límites de la normotensión, perfil circadiano de la TA configurando un patrón dipper.

Densitrometría ósea (02/2014): osteoporosis de cuello femoral.

ECOCARDIOGRAMA 15/08/2014

DDVI:62	DSVI: 38	FAC: 41	SVI: 11	PP: 10	AI: 4 cm	Ao: 3,6cm
---------	----------	---------	---------	--------	----------	-----------

VI leve a moderadamente dilatado con grosor parietal normal.

Función sistólica globalmente deprimida en forma leve con una Fey de 45%.

VFD de VI de 121ml y VFS de 66ml. Deformación picosistólica longitudinal de -13%.

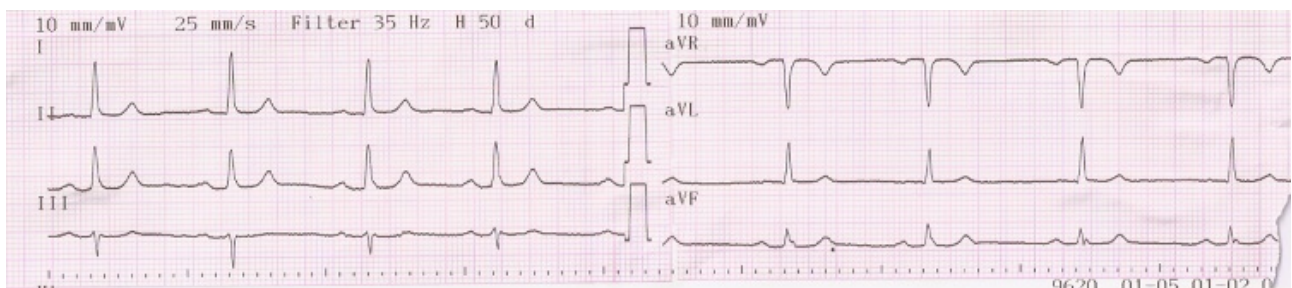
IA no dilatada.

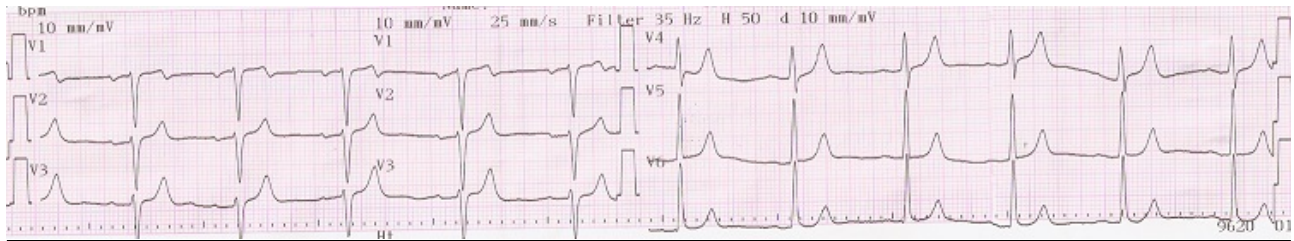
Cavidades derechas normales.

Válvulas normales. IT de grado leve. PSAP 33 mmHg

No se observa derrame pericárdico.

ELECTROCARDIOGRAMA (08/2014)





LABORATORIO

	18/10/10	30/9/11	16/8/12	30/7/13	19/8/13	7/4/14	5/8/14
Hcto	18	39	38	35	47	37	41
GB	2500	6200	5200	3900	8100	4200	6300
Plaquetas	176000	210000	158000	122000	165000	135000	132000
Glucemia			98	80	92	104	
Urea		31	30	31	29	29	41
Creatinina		1,07	1,4	1.02	1,09	1,1	1,1
Ca U.(mg/24)						51	
Calcemia		9,1	9,2			9,6	
Colesterol		220	190	200	232	205	
TGC			130	130		288	
BT/BD	2,2/1,8	0,7	0,6/0,2	0,7/0,2	0,8/0,3	0,3/0,1	0,4/0,1
GOT/GPT	24/11	21/17	17/13	22/23	15/20	27/33	21/22
LDH	518						