



# Ateneo de decisión

Florencia Anzivino  
Residencia de Cardiología.  
Hospital Dr. Cosme Argerich.  
03/09/2014

**Paciente:** G. J.

**Sexo:** Femenino

**Edad:** 62 años.

**Fecha de internación:** 31/07/14

**Fecha de alta:** 22/08/14

**Motivo de ingreso**

Disnea, edemas de MMII y aumento del perímetro abdominal.

**Enfermedad actual**

Paciente que refiere comenzar hace 20 días con cuadro de disnea disnea progresiva hasta mínimos esfuerzos, asociado a edemas de MMII, tos productiva y fiebre.

Consulta a servicio de Infectología (en seguimiento por osteomielitis crónica), donde se realiza diagnóstico de neumonía asociada a insuficiencia cardíaca. Por dicho motivo es derivada a Guardia Externa, donde se decide su internación en Sala de Cardiología para diagnóstico y tratamiento.

**Factores de riesgo cardiovascular:**

- Diabetes: diagnosticada hace 25 años, en tratamiento con hipoglucemiantes orales e insulina.
- HTA: 25 años de evolución.
- Dislipemia, Ex tabaquismo, Obesidad.

**Antecedentes cardiovasculares:**

- Estenosis aórtica moderada con insuficiencia leve. (ABRIL 2014).
- Claudicación intermitente de miembros inferiores, de 2 años de evolución.

**Otros antecedentes:**

•Osteomielitis de 5° dedo de pie izquierdo, en abril de 2014, realiza tratamiento crónico con ATB.

**Estudios previos:**

•ECOCARDIOGRAMA: VI no dilatado, hipertrofia concéntrica y función sistólica conservada, enfermedad aórtica a predominio de estenosis.

## Examen físico, ingreso a sala de Cardiología

•Ap. Cardiovascular: Pulsos periféricos palpables, regulares y simétricos, IY 3/3 sin colapso, choque de la punta 5° EIC LAA, R1 y R2 en 4 focos normofonéticos. Soplo sistólico eyectivo en 4 focos sin irradiación.

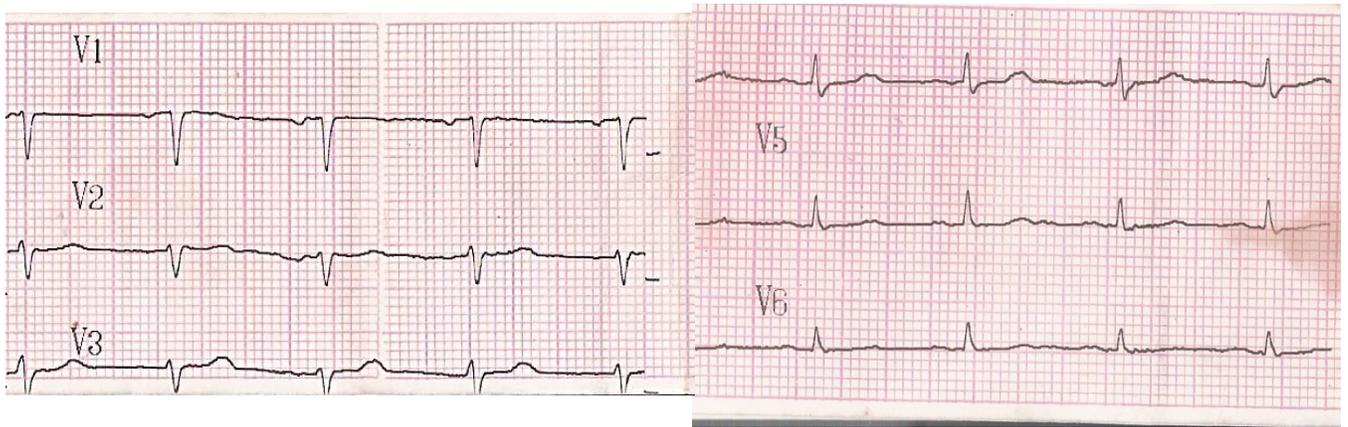
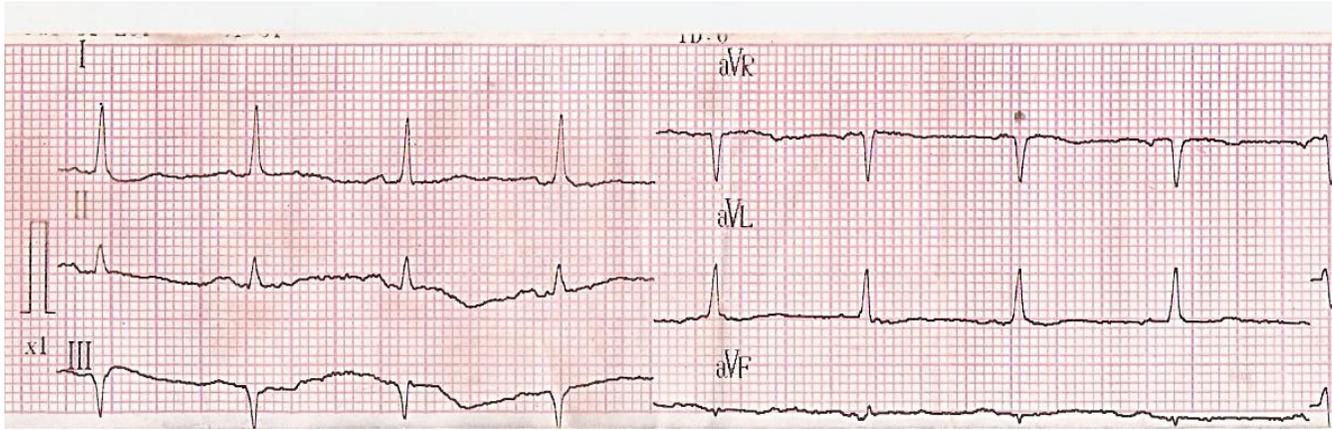
•Ap. Respiratorio: BMV, buena entrada de aire bilateral, rales crepitantes hasta campos medios, sibilancias generalizadas.

•Abdomen: Globoso, blando, depresible, indoloro. RHA +. No se palpan visceromegalias.

•Neurológico: Vigil, lúcida, sin signos de foco motor o meníngeo.

•Piel y Faneras: Edema de MMII 3/6 infrapatelar, simétrico.

# ECG de ingreso



Rx de tórax 10/8/14



## Evolución en sala de Cardiología

- Paciente que evoluciona hemodinámicamente estable, afebril, con adecuada respuesta a diuréticos. En tratamiento antibiótico empírico con Piperacilina Tazobactam por neumonía intrahospitalaria.
- Se solicita ecocardiograma.

## Ecocardiograma 01/08/14

- DDVI: 41 DSVI: 26 SIV 1.1 PP 1.1. AI 40cm
- VI no dilatado con grosor parietal normal. Función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción.
- Estenosis Aórtica severa. Grad. Máx. 44 mmHg. Medio: 26 mmHg. AVA 0.9 cm<sup>2</sup>.
- Cavidades derechas de dimensiones normales. PSAP 50 mmHg. Derrame pericárdico severo sin signos de taponamiento. Derrame pleural derecho.

## Evolución en sala de Cardiología

- Debido a la presencia de derrame pleural bilateral constatado en ecocardiograma se realizó toracocentesis, informándose como trasudado. Se indica balance negativo con diuréticos endovenosos, con adecuada respuesta y tolerancia.
- Se solicita nuevo ecocardiograma control y se realiza TAC de tórax sin contraste.

## Ecocardiograma 15/08/14

- DDVI: 38 DSVI: 24 SIV 1.5 PP 1.0 AI 23cm
- VI no dilatado con grosor parietal normal. Función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción.
- Engrosamiento difuso del pericardio visceral, anterior al VD con derrame pericárdico moderado. Desde vista subcostal espacio pericárdico posterolateral de 15mm, anterior al VD 7 mm.
- En el estudio basal la reducción de la velocidad del flujo transmitral en inspiración no supera el 28%, el incremento de la velocidad del flujo tricuspídeo alcanza el 50%. La señal de flujo en la vena suprahepática no muestra patrón restrictivo.
- Se realiza carga de 400cc de SF en 30 minutos, sin diferencias en las mediciones respecto al estudio basal.
- Los resultados no permiten confirmar la presencia de constricción.

## TAC de tórax sin contraste. 14/08/14

- Derrame pericárdico que impresiona con engrosamiento de sus serosas que rodea a todo el corazón.
- Consolidación con broncograma aéreo en lóbulo medio. En ambas bases se observan bandas lineales densas múltiples compatibles con atelectasia.

- Derrame pleural laminar izquierdo.
- Patrón de atenuación en mosaico parcheado en ambos parénquimas pulmonares probablemente de origen vascular por oligohemia.

## Evolución en sala de Cardiología

- Con el nuevo informe ecocardiográfico con probable diagnóstico de pericarditis constrictiva y ante la sospecha de TEP crónico se solicita centellograma v/q que, se informa como negativo.
- Paciente evoluciona hemodinamicamente estable, afebril. Realiza balance negativo con adecuada respuesta.
- El 22/8/14 se decide su alta hospitalaria con posterior control por consultorios externos.

## Laboratorio al alta

- HTO: 30%
- GB: 9.000
- Plaq: 223.000
- Glu: 166
- Urea: 73
- Creatinina: 0.87
- TP: 100%
- KPTT: 24''

- RIN 1.01
- Colagenograma negativo, FAN negativo.
- TSH 0.9 UI/ml
- ERS 46mm.

## Indicaciones al alta

- AAS 100 mg/día.
- Atorvastatina 40 mg/día.
- Amlodipina 5 mg/día.
- Enalapril 10 mg c/12hs.
- Furosemida 40 mg/día.
- Espironolactona 50 mg/día.
- Amoxicilina-clavulánico 1 gr c/12hs.
- Insulina lantus 15U predesayuno, control con HGT precomidas y corrección con insulina corriente.