

ATENEO CONJUNTO (CLÍNICA – CARDIOLOGÍA)

Paciente: F.V. Sexo: Masculino Edad: 63 Fecha de ingreso: 22/08/14

Motivo de Consulta: Disnea. Cefalea.

Enfermedad Actual:

Comenzó hace 3 meses con cefalea y disnea progresiva hasta CF III. Refiere también dolor en articulación coxofemoral derecha y tobillo izquierdo que limita su actividad; la cefalea no es pulsátil, tiene intensidad moderada y calma parcialmente por la noche. Consulta en Paraguay, donde reside; por cardiopatía y falta de acceso a servicios de salud, se le recomienda viaje a Bs. As. para estudio y tratamiento.

En Bs. As, se realiza Ecocardiograma (19/08) que informa: VI severamente dilatado con hipertrofia excéntrica e hipoquinesia global. Fey 46%. AI dilatada (área 32 cm²). Patrón de llenado del VI de tipo relajación prolongada. Válvula aórtica bicúspide, calcificada, con insuficiencia aórtica severa (THP 249 mseg, pendiente 5,2 cm/seg², flujo hodiastólico reverso en aorta abdominal). Anillo posterior mitral calcificado con insuficiencia mitral leve. DDVI: 7,9 DSVI: 5,8 SIV: 1,3 PP: 1,4 AI: 4.6 AO: 5

El 22/08 acude a consultorios externos de este hospital y se interna.

Antecedentes patológicos: No refiere.

Nacionalidad:Paraguayo. **Ocupación:** Agricultor.

Medicación: Carvedilol12,5 mg/d. Furosemida 40 mg/d. Losartán50mg/d

Examen físico:

- CSV:TA: 120/40 FC: 62 FR: 16 T°: 36° Sat: 98% (FiO₂: (0,21)
- Piel: Costras ligeramente descamativas en región frontal y parietal de cuero cabelludo (refiere de larga data). *Pitting* en uñas de las manos
- SOMA: Dolor, tumefacción, aumento de temperatura e impotencia funcional de tobillo izquierdo. Dolor a la exploración de la cadera derecha. Fuerza muscular normal. Sin signos de polimialgia reumática.
- SNC: Lúcido. Pupilas isocóricas y reactivas. Sin signos de foco neurológico. Sin claudicación mandibular ni lingual.
- Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria. Buena entrada de aire bilateral. Sin ruidos agregados.
- Cardiovascular: R1-R2 en 4 focos, R2 con intensidad disminuida. Soplo diastólico 3/6 aspirativo, en 4 focos, a predominio Aórtico y para-esternal izquierdo. Choque de punta: 4° espacio en línea axilar anterior.

Pulsos amplios con "martillo de agua". Baile arterial en cuello; signo de Hill (20 mmHg de diferencia de MMII a MMSS). Tolera decúbito a 0°. IY: 1/3 con colapso Inspiratorio. Pulsos temporales (+), simétricos, sin induración ni dolor a la palpación.

- SNC: Lúcido. Sin claudicación mandibular ni lingual.

Laboratorio de ingreso:

HTO: 33% GB: 6400 Pla: 345000 Na: 143 K: 4,09 Cl: 99 U: 49 Cr: 1,09
Glu: 95TP: 90% KPTT: 26. EAB: 7,37/51/29/3,2 BT: 0,34.GOT: 22 GPT: 20

Diagnósticos presuntivos: arteritis temporal vs. Artritis psoriásica vs espondilitis anquilosante.

Se indica tratamiento con su medicación cardiológica e ibuprofeno 600mg c/8 hs; hielo en tobillo izquierdo.

Exámenes solicitados:

PCR: 33,7 U. VSG: 79mm/1°h

Factor reumatoideo, FAN, HIV, HBV, HCV y VDRL: Negativos. Prueba treponémica: (-)

- Ecografía de tobillo izquierdo (29/08): marcado engrosamiento de los tendones peroneos; líquido peritendinoso (tenosinovitis).
- Ecografía cadera derecha (29/08): normal.
- TAC pelvis ósea (29/08): Fenómenos productivos marginales a nivel sacroilíaco bilateral de aspecto degenerativo crónico.
- Rx manos: Sugieren signos de resorción ósea en falanges distales de primer dedo.
- Centellograma óseo (04/09): Aumento patológico de fijación del radiotrazador en tobillo izquierdo con compromiso de superficies articulares tibio-peroneo-astragalinas. Aumento de concentración en 1° y 2° metatarsofalángica homolateral, compatible con proceso inflamatorio. Signos de osteoartrosis en hombros, esternoclaviculares, caderas, rodillas y carillas articulares del raquis, a predominio lumbar bajo, donde se observa disminución del espacio articular intervertebral L4-L5.

Interconsulta con Dermatología: Escamas gruesas untuosas en cuero cabelludo. Pitting en uñas de manos. Impresión diagnóstica: dermatitis seborreica vs. sebopsoriasis.

Evoluciona con mejoría del dolor a nivel del tobillo izquierdo; persiste con **cefalea** continua, de tipo opresiva a nivel occipital.

Ecodoppler de arterias temporales (2/9): Engrosamiento de la pared arterial y alteración de los registros de flujo circulatorio. No se observa halo hipoecoico. *Conclusión:* 2 de 3 criterios para arteritis temporal.

Ecocardiograma (8/9): Insuficiencia aórtica de grado severo. La válvula aorta es Trivalva, pero se observa la aorta ascendente dilatada a nivel de los senos de Valsalva, donde alcanza un diámetro máximo de 51 mm, se normaliza a nivel de la unión sinotubular a 31 mm. Cayado: 26mm. Descendente: 20mm. VI severamente dilatado con hipertrofia concéntrica. Función sistólica levemente deprimida, sin alteraciones segmentarias de la contracción. Fey: 58%. AI no dilatada. DDVD: 1,7 cm DDVI: 8,3 cm DSVI: 5,6 cm. F.Ac: 31% SIV: 1,3 cm PP: 1,1 cm AI: 4,2cm Ao: 5,1 cm. Dg: valvulopatía aórtica severa secundaria a dilatación de aorta ascendente.

Biopsia arteria temporal izquierda (3/9): Informe verbal: hiperplasia intimal, lesión de la elástica interna y calcificación, compatible con probable arteritis evolucionada.

RMN aórtica: No se evidencian lesiones inflamatorias de pared aortica

PET/TC: se realiza 23/9