



Ateneo Clínico

Dr. Julián Colla
Hospital Dr. Cosme Argerich
24/07/2019

Paciente: F. M.	Edad: 59 años	Sexo: Masculino
Fecha de ingreso: 22-03-19		Fecha de egreso: 18-04-19

- **Motivo de consulta:** Síncope
- **Enfermedad actual**

Paciente que presenta en el último mes 2 episodios de pérdida de conciencia y tono muscular con recuperación completa, con pródromos (palpitaciones), por lo que consulta a otro centro, donde se indica realizar Holter.

Por resultado patológico, se decide derivación a este Hospital. A su ingreso se realiza ECG que presenta extrasístoles ventriculares. Se constata taquicardia ventricular sostenida sin descompensación en monitor multiparametrico.

Por sospecha de síncope de origen arrítmico se decide internación en Unidad Coronaria para diagnóstico y tratamiento.

Antecedentes

Factores de riesgo cardiovascular

- Ex-tabaquista (30 paquetes/año)

Antecedentes de enfermedad Actual

- Episodios de síncope en reposo, el 12/03 y 14/03 precedido por palpitaciones. Evaluado en Centro Privado donde se realizó Holter.

Medicación habitual

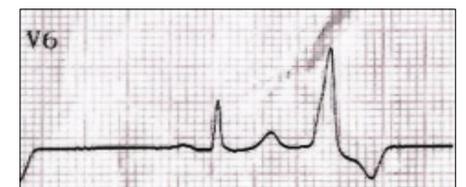
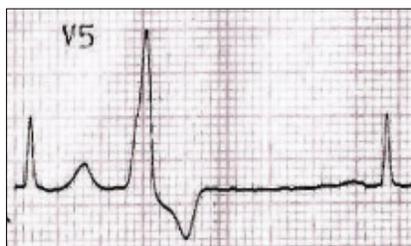
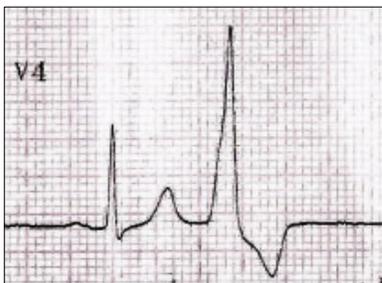
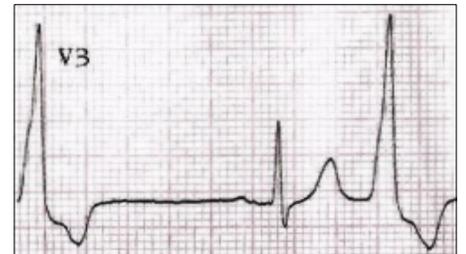
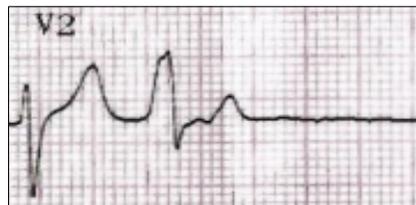
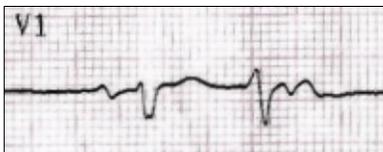
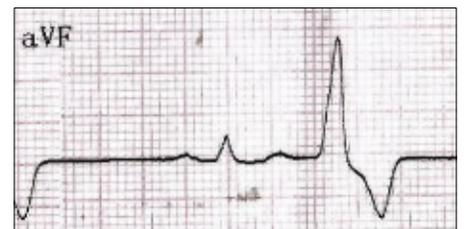
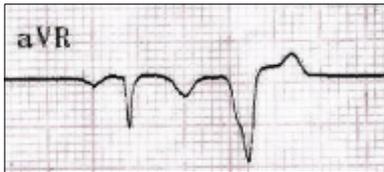
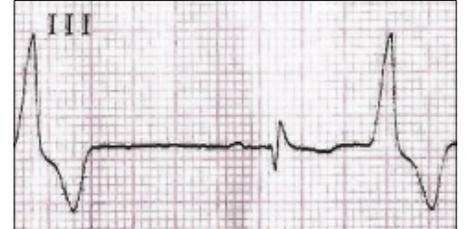
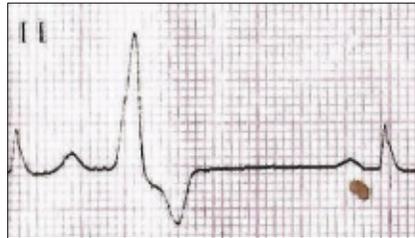
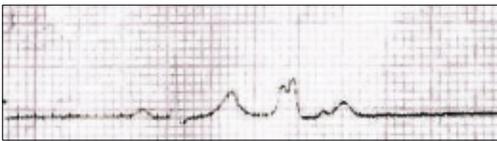
- No presentaba

Examen Físico al ingreso UCO 22-03-19

TA : 110 / 60mmHg	FC: 67 lpm	FR: 16 cpm	T°: 36,3 °C	SatO2: 97% (0,21)
Peso: 74 Kg	Altura: 1,75 m	IMC: 24,6		

- Cardiovascular: Buena perfusión periférica. Ingurgitación yugular 1/3, con colapso inspiratorio. Latido apexiano en 5° EIC LMC. R1 y R2 normofonéticos en 4 focos. Silencios libres. Pulsos regulares y simétricos.
- Respiratorio: Buena mecánica respiratoria, buena entrada de aire bilateral. Sin ruidos agregados.
- Neurológico: Lúcido, sin foco motor ni meníngeo.
- Abdomen: Blando, depresible, indoloro. Hígado palpable 2 traveses de dedo por debajo de reborde costal. Ruidos hidroaereos positivos.
- Piel y partes blandas: sin particularidades

ECG DE INGRESO A UNIDAD CORONARIA



Rx tórax ingreso a uco 22-03-19



Evolución en UCO
(22-03 al 27-03)

- Por presentar síncope de alto riesgo (EGSYS: 8), se realiza ecocardiograma transtorácico, y por sospecha de origen isquémico CCG diagnóstica.

Ecocardiograma transtorácico
(25-03-19)

DDVI	DDSV	SIV	PP	Ao
52mm	35mm	11mm	8mm	37mm

- *Función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción.*
- *Aurícula izquierda levemente dilatada, área 24cm².*
- *Cavidades derechas levemente dilatadas, diámetro basal del ventrículo derecho desde la vista 4 cámaras apical 45mm, longitud 64mm. Función sistólica normal, TAPSE 23mm. Veloc S´ 13,5cm/seg. No se observan imágenes anormales en el interior de la cavidad.*
- *Aurícula derecha: área de 24cm². Válvulas morfológicamente normales.*
- *Insuficiencia mitral leve. Insuficiencia pulmonar y tricuspídea leves. Presión sistólica estimada en la arteria pulmonar de 22mmHg. No se observa derrame pericárdico.*

Cinecoronariografía diagnóstica (25-03-19)

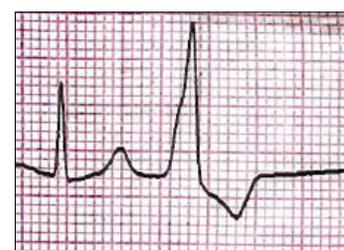
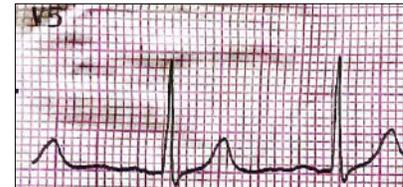
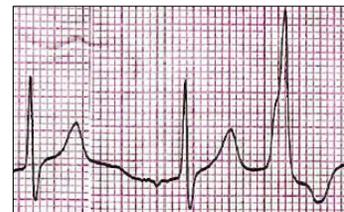
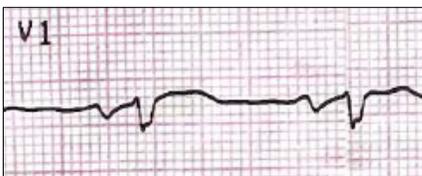
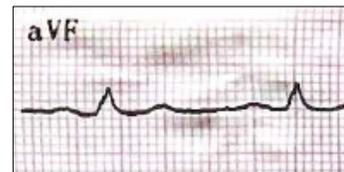
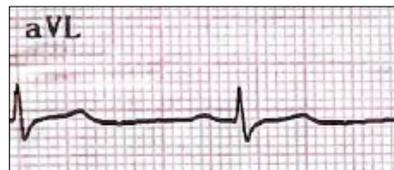
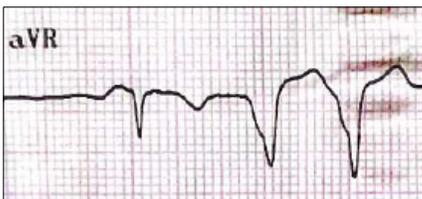
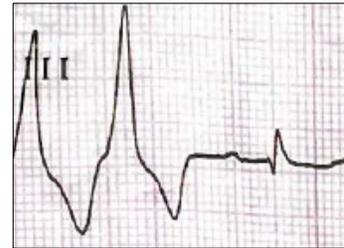
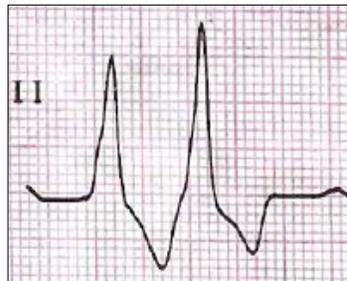
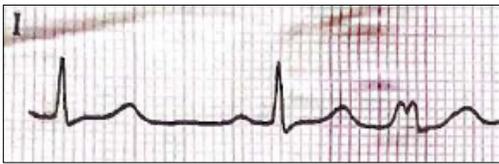
- **Coronariografía:**
- **Ostium y Tronco Coronario Izquierdo:** *presenta características ectásicas. Se observa una lesión que compromete 50% de su luz.*
- **Ramo Intermedio:** *De buen calibre y desarrollo. De características ectásicas. No se observan lesiones significativas.*
- **Arteria Descendente Anterior:** *Arteria de buen calibre y desarrollo. Presenta características ectásicas. Da origen a ramas septales y diagonales. No presenta lesiones angiográficamente significativas.*
- **Arteria Circunfleja:** *de normal calibre. Da origen a dos ramos lateroventriculares de regular calibre y desarrollo. No presenta lesiones angiográficamente significativas.*
- **Arteria Coronaria Derecha:** *Dominante, de buen calibre y desarrollo. Presenta características ectásicas. No se observan lesiones angiográficamente significativas.*
- **Conclusiones:**
Enfermedad aterosclerótica de arterias coronarias.

Lesión de tronco de coronaria izquierda.

Evolución en UCO
(22-03 al 28-03)

- Se interpreta TV de probable etiología isquémica, por lo que se inicia tratamiento con betabloqueantes.
- El 27/03 se decide realizar angioplastia a tronco coronario izquierdo, que resulta exitosa con stent DES x1.

ECG post angioplastia (27-03-19)



Evolución en UCO
(22-03-19 al 28-03-19)

- Evolucionada hemodinámicamente estable, sin ágor ni equivalentes.
- Por no presentar nuevos eventos arrítmicos ni sincopales, se decide su pase a sala de Cardiología.

Evolución en Sala de Cardiología
(29-03-19 al 15-04-19)

- Es evaluado por servicio de electrofisiología, quienes solicitan holter 24hs:
- Ritmo sinusal. Conducción AV normal.
- **Extrasístoles ventriculares monomorfas muy frecuentes. (total de 17,972)**
- **Duplas poco frecuentes (164) - tripletas muy poco frecuentes (18).**
- **Un episodio de taquicardia ventricular de 4 latidos.**
- Sin cambios en repolarización ventricular. Sin otros hallazgos.
- Por persistencia de arritmia ventricular y sospecha de síncope relacionado a taquicardia ventricular pese a revascularización coronaria, se decide realizar ablación por radiofrecuencia el día 15/4/19.

Ablación con radiofrecuencia
(15-04-19)

Ablación exitosa de extrasístoles ventriculares del tracto de salida del VI (senos de Valsalva)

Examen Físico al reingreso a UCO 15-04-19

TA: 115/
83mmHg

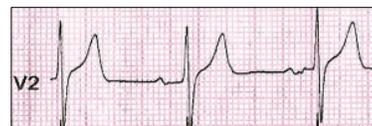
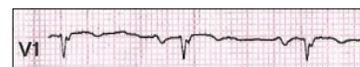
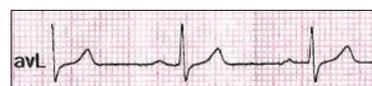
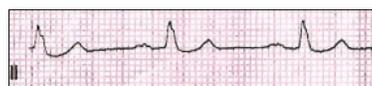
FC: 80 lpm

FR: 16cpm

SatO2: 97% (0,21)

- **Cardiovascular:** Buena perfusión periférica. Ingurgitación yugular 1/3, con colapso inspiratorio. Latido apexiano en 5° EIC LMC. R1 y R2 normofonéticos en 4 focos. Silencios libres. Pulsos regulares y simétricos.
- **Respiratorio:** Buena mecánica respiratoria; buena entrada de aire bilateral. Sin ruidos agregados.
- **Neurológico:** Lúcido, sin foco motor ni meníngeo.
- **Abdomen:** Blando, depresible, indoloro. Ruidos hidroaereos positivos.
- **Piel y partes blandas:** punción femoral derecha venosa; punción femoral arterial derecha y punción femoral venosa izquierda sin complicaciones, cubiertas por vendaje compresivo con gasas limpias y secas.

ECG DE REINGRESO A UNIDAD CORONARIA 15-04-19



Evolución en UCO
(15-04 al 16-04-19)

- Paciente evoluciona hemodinámicamente estable, sin nuevos eventos.
- Se decide pase a Sala de cardiología para control evolutivo.
- Por buena evolución clínica y Holter control sin eventos arrítmicos, se decide otorgar alta hospitalaria y seguimiento ambulatorio por servicio de Electrofisiología y Cardiología.

Holter 24hs 16-04-19

- Ritmo sinusal. Conducción AV normal.
- **Extrasístoles ventriculares no se observó.**
- **No se registraron eventos de taquicardia.**

Sin cambios en la repolarización. Sin otros hallazgos

Medicación al alta

- Aspirina 100mg /día
- Clopidogrel 75mg/día
- Atorvastatina 40mg/día
- Bisoprolol 10mg/día

Estudio complementario ambulatorio: RNM cardiaca
(16-05-19)

- **VI:** De tamaño y forma conservados. Presenta las siguientes dimensiones:
- DDVI: 47 mm
- DSVI: 34 mm
- Pared ant. (díás/sist) 6,7/11,5mm
- Septum (díás/sist) 12,3/14,6 mm
- Pared inf. (díás/sist) 6,7/11,5
- Pared lat. (díás/sist) 7,0/ 12,4 mm
- Válvula tricúspide: con anillo valvular de 34mm, se observa jet de insuficiencia tricuspídea leve.
- **VD:** 38 x 65mm, de tamaño normal, presenta leve adelgazamiento del tercio apical sin alteraciones de la señal (no se observa infiltración grasa) y sin anomalías de la contractilidad. El tracto de salida del VD es de tamaño normal

Estudio Funcional (valoración contractilidad):

- Se realizaron varios cortes en modo cines, tanto en eje largo como en eje corto del VI y VD para valorar función y anomalías de la contracción.
- Se observa contractilidad conservada de todos los segmentos analizados
- Insuficiencia tricuspídea leve. Se registraron los siguientes valores para:
- Ventrículo izquierdo (FC 62 lpm)
- Fracción de Eyección : 64.7% (VN: 56 a 78%)
- VFD: 126.1 ml (VN: 77 a 195 ml)
- VFS: 44.5 ml (VN 19 a 72ml)
- Vol. Latido (SV): 81.6 ml (VN: 51 a 133 ml)
- Gasto Cardíaco (CO): 5.06 l/min (VN: 2.8 a 8.82 l/min)

Estudio con Gadolinio (captación tardía):

Se realizó inyección de gadolinio y valoración de la captación tardía sin encontrarse alteraciones de la misma.

Laboratorios

	22-03-19	15-04-19
Hto (%)	43	42
GB (/mm3)	7300	9600
Plaquetas (/mm3)	241000	236000
Glucemia	95	101
Urea	31	28
Creatinina	0,96	0,87
TP/KPTT/RIN	80/31/1	81/53/1
Bt (mg/dl)	0,5	0,5
Got/Gpt (U/L)	16/14	22/19
Troponina	<40	65
CK	59	
Na/K/Cl	138/4,1/99	140/3,9/103
Lactato	8	11

