



# Ateneo Clínico

Dra. Florencia Cichello  
Hospital Dr. Cosme Argerich  
31/07/2019

<b>Paciente: L.E.</b>	<b>Edad: 44 años</b>	<b>Sexo: Masculino</b>
<b>Fecha de ingreso: 27-05-19</b>		<b>Fecha de egreso: 18-06-19</b>

- **Motivo de consulta:** Control de rutina
- **Enfermedad actual**
- Paciente con MCPD en estudio, que concurre a control por consultorios externos de Cardiología donde se realiza ECG que evidencia TV no sostenida, sin descompensación hemodinámica, por lo que se decide su internación en UCO.

### **Antecedentes**

#### **Factores de riesgo cardiovascular**

- Sedentarismo
- Sobrepeso

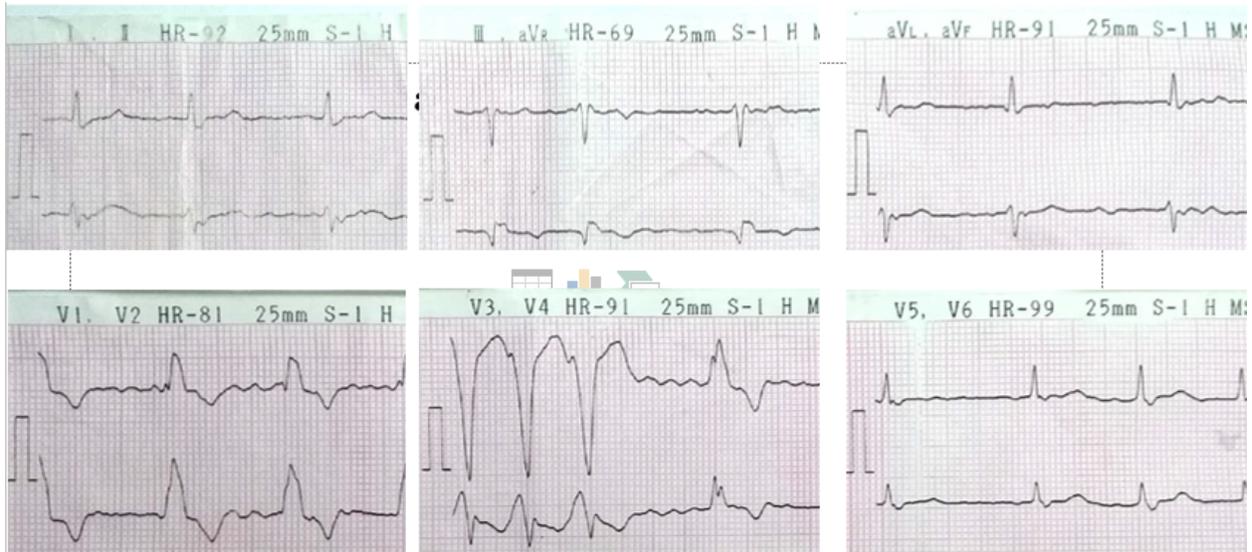
#### **Antecedentes de enfermedad Actual**

- Diagnóstico en Marzo de 2019 de fibrilación auricular, con episodios de alta respuesta ventricular asociada a disnea en CF III, palpitaciones y ortopnea.
- Miocardiopatía dilatada en estudio.

#### **Medicación habitual**

- Nebivolol 5 mg día
- Acenocumarol según cartilla

## ECG en Consultorio externo



### Estudios Complementarios previos: Ecocardiograma transtorácico 20/05/19

**DDVI: 62mm DSVI: 46 mm SIV: 11 mm PP: 10 mm**

VI dilatado con aumento de la masa ventricular. Hipoquinesia global a predominio inferior y posterior. Deterioro moderado de la función sistólica global. Fey 35%.

Dilatación leve de ambas aurículas. Área AI 27 cm<sup>2</sup>, AD 22 cm<sup>2</sup>. Ventrículo derecho no dilatado con función sistólica normal. TAPSE 24,5 mm. Válvulas morfológicamente normales. Insuficiencia mitral, pulmonar y tricuspídea leves. Presión arterial pulmonar de 27/10 mmHg. No se observa derrame pericárdico.

### **Ingreso a Unidad Coronaria 27-05-19**

TA (mmHg)	FC (lpm)	FR (cpm)	SatO2 (0,21%)	Temp. (°C)	Peso (kg)	Talla (mts)	IMC
132/76	80	18	98	36,5	75	1,60	29

**Cardiovascular:** Buena perfusión periférica, ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio. Reflujo hepatoyugular positivo. Choque de punta en 4 EIC LMC izquierda. R1 y R2 en 4 focos normofonéticos, no se auscultan soplos. Pulsos periféricos regulares y simétricos.

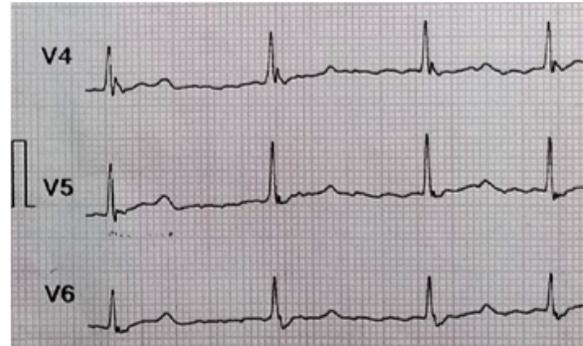
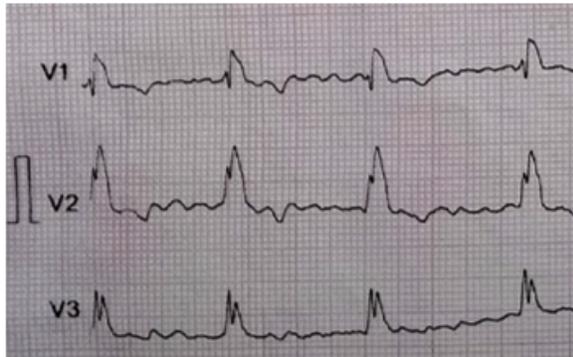
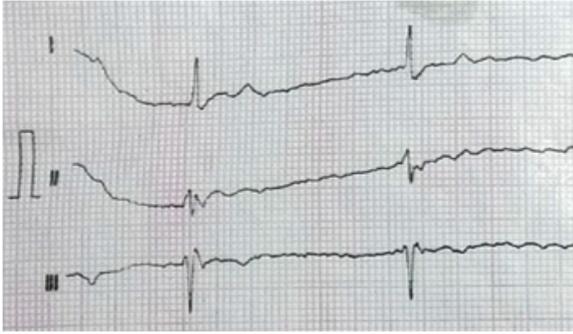
**Respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.

**Neurológico:** Lúcido, sin foco neurológico.

**Abdomen:** Blando, depresible, indoloro, ruidos hidroaereos positivos, sin reacción peritoneal.

**Piel y partes blandas:** Edemas 1/6 en miembros inferiores

### **ECG de ingreso a UCO**



### **Evolucion en Unidad Coronaria 27-05 al 28-05**

Evoluciona estable, sin nuevo evento por telemetría.

Se realiza curva enzimática negativa y serología para Enfermedad de Chagas positiva.

Se optimiza tratamiento médico y por buena evolución se decide su pase a Sala de Cardiología.

### **Evolucion en Sala de Cardiologia 28-05 al 3-06**

Evoluciona con persistencia de fibrilación auricular, y por sospecha de probable cardiomiopatía inducida por arritmia se decide realizar ecocardiograma transesofágico, para posterior CVE.

### **Ecocardiograma Transesofágico**

Miocardopatía dilatada con deterioro de la función sistólica global. Fey 32%. Hipoquinesia global. Aurícula izquierda y orejuela dilatadas sin evidencias de trombos en su interior. No se observa ecogenicidad sanguínea espontaneas. Onda S sistólica de baja velocidad (0,07 cm/seg). Válvulas morfológicamente normales.

No se observan imágenes compatibles con endocarditis. Insuficiencia mitral y aorticas leves. Septum interauricular sin solución de continuidad, sin evidencias de shunt.

No se observan masas intracavitarias. No se detectan signos de desgarro intimal en aorta ascendente, arco ni aorta descendente.

### **Ingreso a Unidad Coronaria 3-06-19**

TA (mmHg)	FC (lpm)	FR (cpm)	SatO2 (0,21%)	Temp. (°C)
120/72	105	18	98	36,5

**Cardiovascular:** Buena perfusión periférica, ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio. Reflujo hepatoyugular positivo. Choque de punta en 4 EIC LMC izquierda. R1 y R2 en 4 focos normofonéticos, no se auscultan soplos. Pulsos periféricos regulares y simétricos.

**Respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.

**Neurológico:** Lúcido, sin foco neurológico.

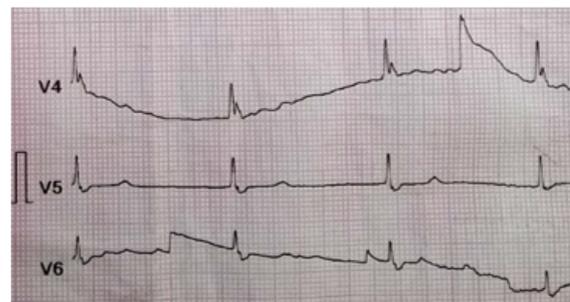
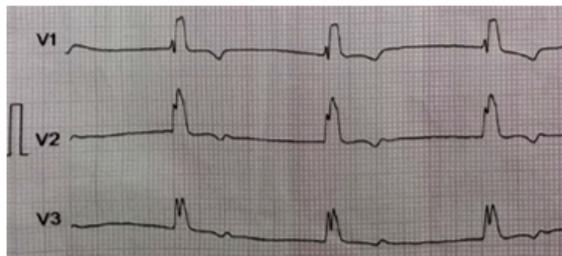
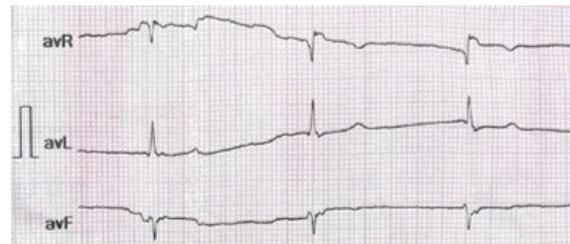
**Abdomen:** Blando, depresible, indoloro, ruidos hidroaereos positivos, sin reacción peritoneal.

**Piel y partes blandas:** Edemas 1/6 en miembros inferiores

## Evolucion en Unidad Coronaria 3-06 al 15-06

Se efectúa CVE con 300 J, exitosa.

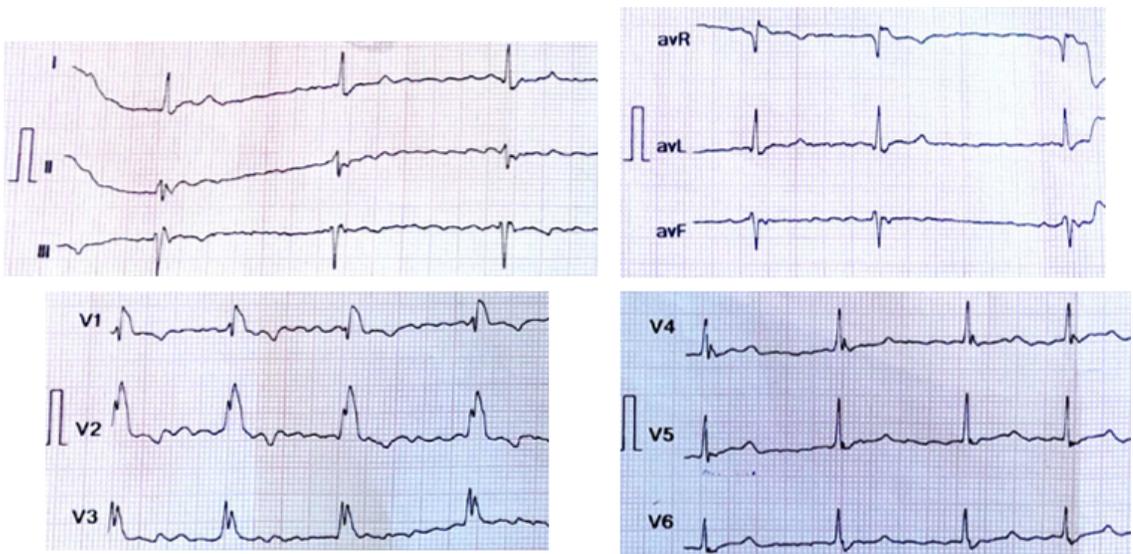
Evolucion con paro sinusal con escape suprahisiano a 30 lpm, sin respuesta a drogas.



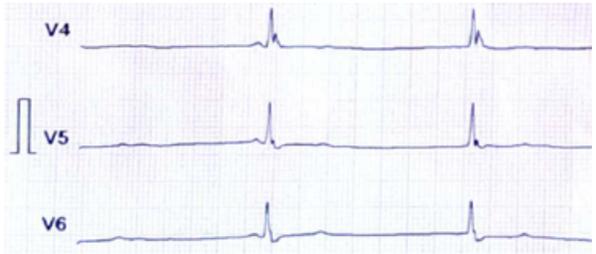
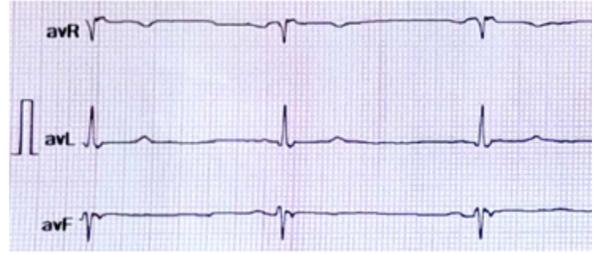
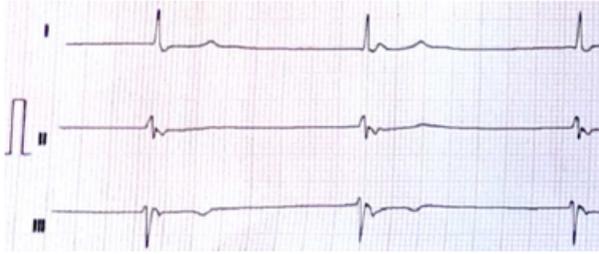
## Evolucion en UCO 3/06 – 15/06

- El día 05/06 se realiza ecocardiograma control que presenta FEY conservada, interpretando probable cardiomiopatía inducida por arritmia.
- Es evaluado por Servicio de Electrofisiología, quienes deciden colocación de marcapasos, el cual se realiza el día 14/06.

### **ECG previo**



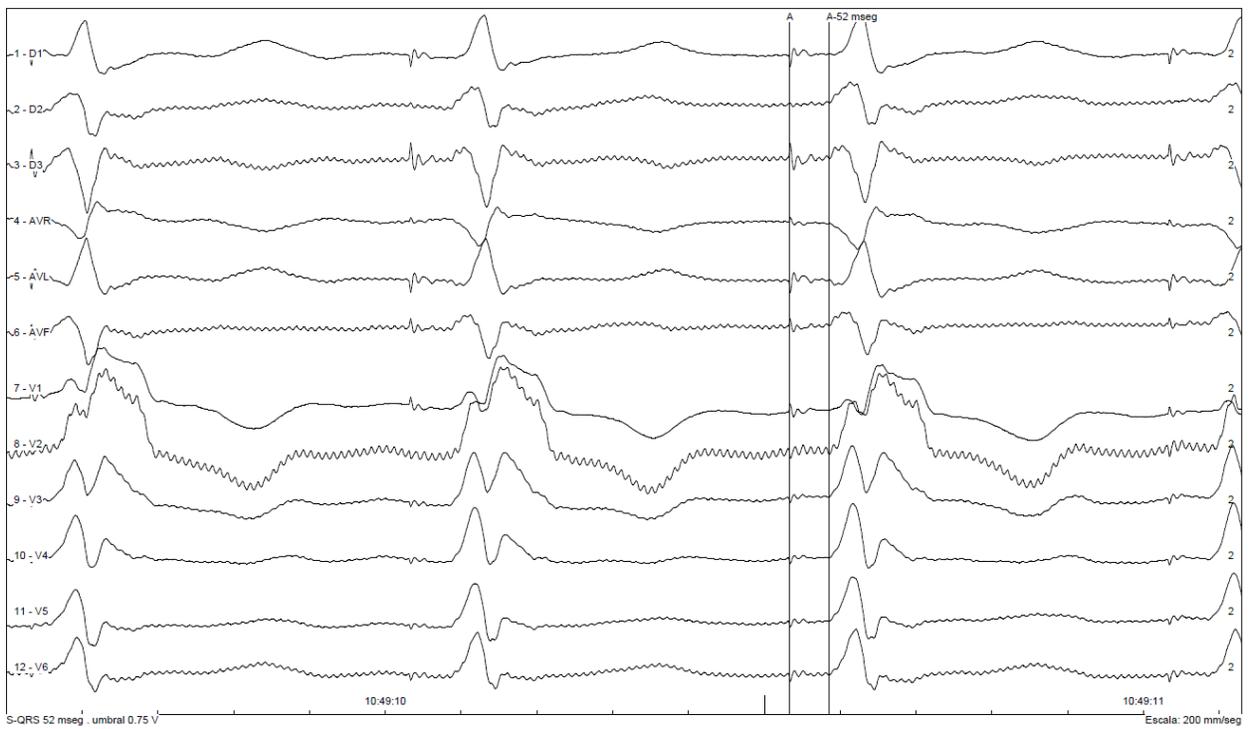
### **ECG conducido**



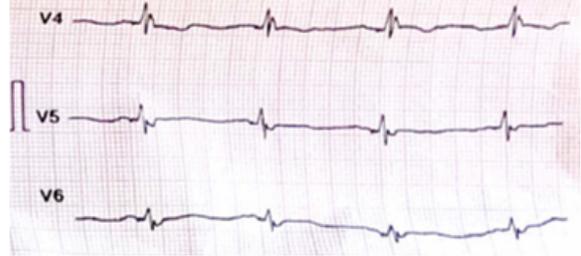
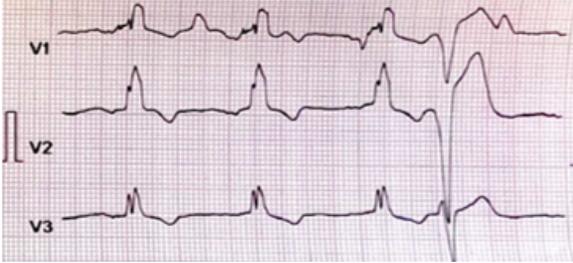
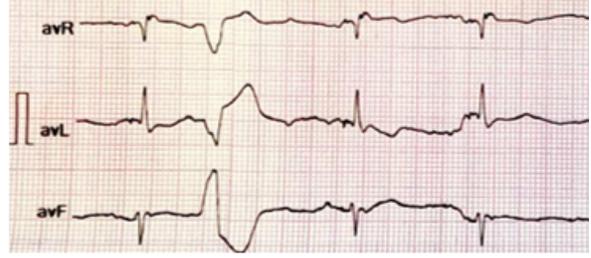
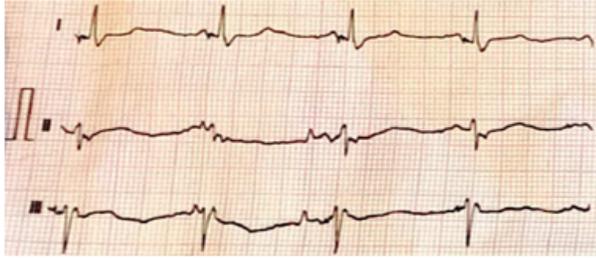
**Pacing selectivo**



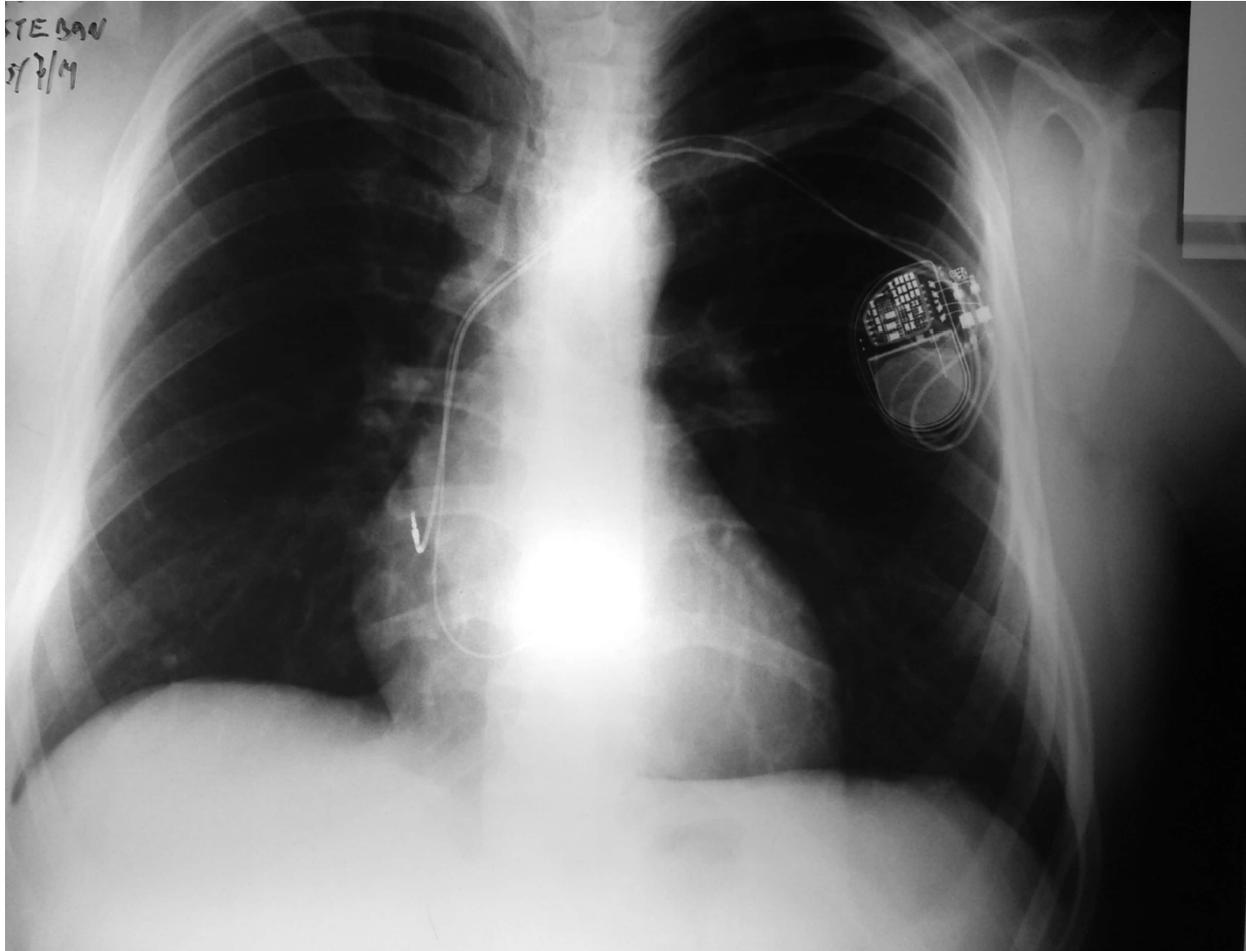
**QRS 52 msec**



**Estimulacion auricular**



## Radiografia de Torax



### **Evolucion en UCO 3-06 al 15-06**

Por presentar episodios de FA ARV, se realiza nueva CVE con 200 J, exitosa, con posterior carga y mantenimiento de amiodarona.

Evoluciona estable, por lo que se decide su pase a sala de cardiología para continuar seguimiento.

### **Evolucion en Sala de Cardiologia 15-06 al 18-06**

Evoluciona sin complicaciones post procedimiento.

El día 18/06 se decide alta hospitalaria.

## Medicación al alta

Acenocumarol 2 mg día VO

Amiodarona 200 mg día VO

## Laboratorios

FECHA	Ingreso 27/05/19	Egreso 17/06/19
Hto (%)	46,5	46,3
Glóbulos blancos	7700	6800
Plaquetas	280.000	282.000
Glucemia	111	85
Urea/ creatinina	21/ 0.89	36/ 0,87
BT/GOT/GPT	0,3/ 21/ 25	0,5/ 32/ 37
Colesterol	193	
TP / KPTT/ RIN	52%/ 41 <u>seg</u> / 1,49	79%/ 34 <u>seg</u> / 1,1
Na / K / Cl	142/ 4,6/ 102	135/ 4/ 97
CK/ Troponina	71-50/ <40	
<b>Serología para Chagas: CMIA y ELISA: reactiva</b>		

## Estudio complementario ambulatorio. Ecocardiograma transtorácico 22-07

DDVI	DSVI	SIV	PP
65 mm	42 mm	14 mm	12 mm

Ventrículo izquierdo moderadamente dilatado con hipertrofia de sus paredes. Función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción. **Fey 63%**.

Aurícula izquierda levemente dilatada. Patrón de llenado del VI con enlentecimiento de la velocidad de relajación del ventrículo izquierdo. Cavidades derechas no dilatadas. Función sistólica del VD conservada. Aurícula derecha levemente

dilatada. Catéter endocavitario correspondiente a MCP definitivo. Insuficiencia tricúspide leve con PSAP 23 mmHg. Válvulas restantes morfológicamente normales.

No se observa derrame pericárdico.