



ATENEO CLÍNICO

Florencia Anzivino
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. Cosme Argerich

Paciente: R. Y.

Sexo: Femenino

Edad: 47 años

Fecha de ingreso: 23/01/2015

Fecha de egreso: 02/03/2015

MOTIVO DE INTERNACIÓN: Disnea

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente con antecedentes de Miocardiopatía restrictiva, que refiere presentar progresión de disnea habitual CF II a CF III-IV, asociado a aumento de diámetro de miembros inferiores de 15 días de evolución, por lo cual el 23/01/2015 consulta a Guardia Externa de nuestra institución.

En Guardia se constata paciente hemodinámicamente estable, con signos de insuficiencia cardíaca descompensada, decidiéndose su internación en Unidad Coronaria para control evolutivo y tratamiento.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

- *El 17/01/15 consulta a Guardia Externa de Hospital Evita, por presentar progresión de disnea habitual asociada a dos episodios de proctorragia, por lo que se suspende anticoagulación vía oral. La paciente refiere agravamiento de cuadro clínico durante la internación, retirándose en forma voluntaria el 23/01.*
- *Endomiocardiofibrosis, diagnóstico en 2008 en Hospital Argerich.*
- *Múltiples internaciones por insuficiencia cardíaca descompensada. En seguimiento por consultorios externos de Cardiología de este Hospital desde Octubre de 2014.*
- *Última internación por Insuficiencia cardíaca el 02/10/2014.*

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

- *Dislipemia. Diagnóstico en 2013, en tratamiento con Rosuvastatina 10 mg por día.*

OTROS ANTECEDENTES:

- *Fibrilación auricular crónica* anticoagulada, desde 2011.
- *Aleteo auricular atípico*: Ablación fallida en 2010.
- *Asma*: Diagnóstico hace 35 años, en tratamiento con Budesonide y Salbutamol.
- *Hipotiroidismo*: Diagnóstico en Septiembre 2014, en tratamiento con Levotiroxina 100 ug por día.
- Úlceras venosas en miembros inferiores de 6 meses de evolución.
- Prolapso genital grado IV, desde 2008, sin tratamiento quirúrgico debido a elevado riesgo cardiovascular de la paciente.
- Lugar de nacimiento: Formosa, Argentina.

MEDICACIÓN HABITUAL

- Digoxina 0,125 mg por día.
- Furosemida 80 mg cada 12 horas, vía oral.
- Acenocumarol según cartilla.
- Espironolactona 100 mg por día.
- Rosuvastatina 10 mg por día.
- Levotiroxina 100 ug por día.
- Salbutamol a demanda.
- Budesonide 1 puff cada 12 hs.

ANTECEDENTES: ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO (10/02/2009)

DDVI: mm	53	DSVI: mm	34	SIV: mm	10	PP: 10 mm	AI: 47 mm
-------------	----	-------------	----	------------	----	-----------	-----------

- Dilatación severa de aurícula izquierda.
- Ventrículo izquierdo con diámetros normales. Obliteración total del ápex que se extiende hacia los segmentos medios y alcanza la porción posterior del anillo mitral. Función sistólica conservada.
- Válvula mitral con leve retracción de la valva posterior. Flujo diastólico de tipo restrictivo.
- Ventrículo derecho virtualmente obliterado por fibrosis involucrando a la válvula tricúspide la cual presenta severa alteración de la coaptación. El flujo de la insuficiencia tricuspídea es laminar.
- Aurícula derecha severamente dilatada con ecogenicidad espontánea en su interior.
- Vena cava inferior y venas suprahepáticas dilatadas ,sin colapso inspiratorio.
- Derrame pericárdico leve, ascitis, derrame pleural bilateral.

EXAMEN FÍSICO: INGRESO A UCO 23/01/15

TA: 100/75 mmHg	FC : 80 Lpm	FR: 24 Cpm	T°: 36 °C	Sat : 96 % (fio2:05)
--------------------	----------------	---------------	--------------	--------------------------

Cardiovascular: Buena perfusión periférica, ingurgitación yugular 3/3 sin colapso inspiratorio. Pulsos presentes, irregulares y simétricos. Choque de la punta 6to EIC LAA, R1 y R2 presentes en cuatro focos hipofonéticos, sin R3 ni R4. Soplo holosistólico en foco tricuspídeo.

Respiratorio: Ortopnea, regular entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados. Hipoventilación bibasal.

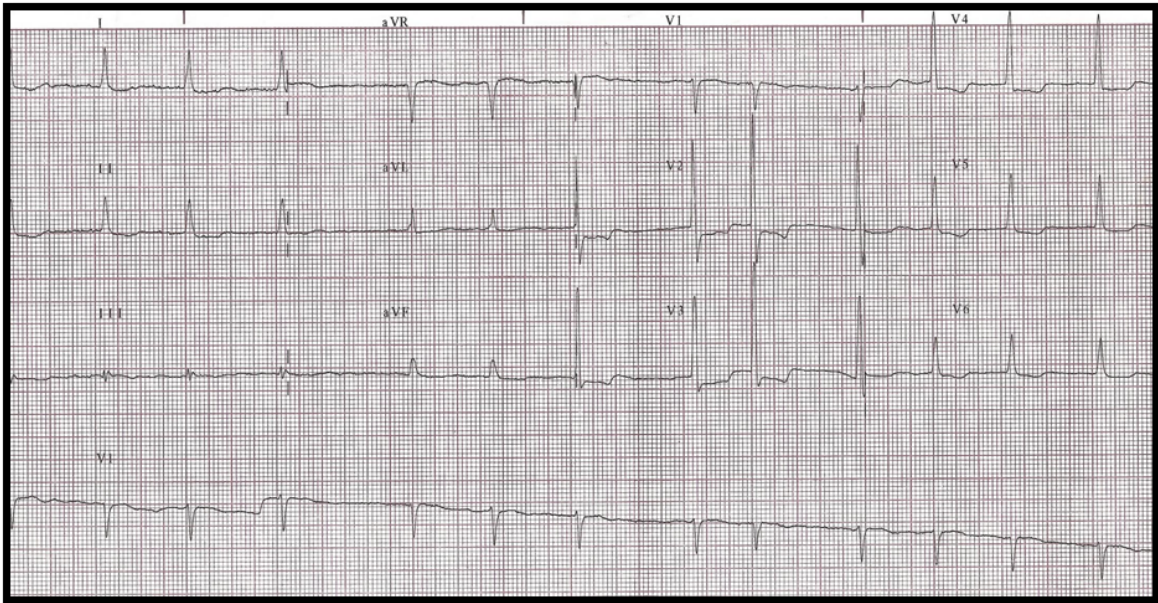
Abdomen: Globoso, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho, sin dolor a la descompresión, hepatomegalia palpable 4 cm por debajo del reborde costal. RHA presentes. Ascitis infraumbilical.

Neurológico: Lúcida, sin signos de foco motor ó meníngeo.

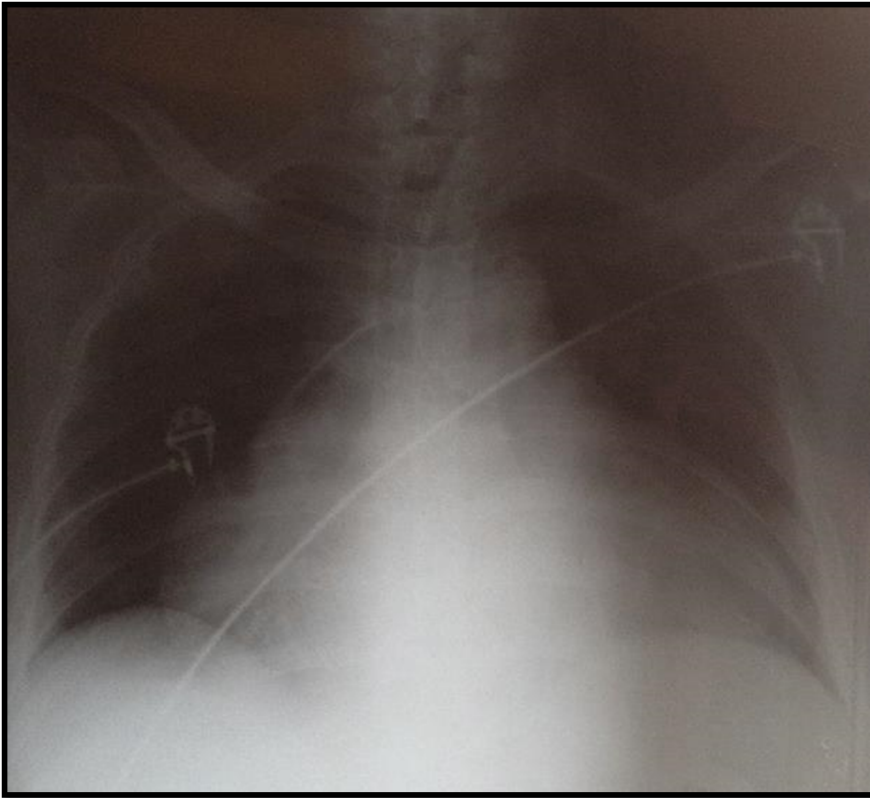
Piel y TCS: Edema de miembros inferiores 3/6 hasta raíz de muslos. Úlcera en cara posterior de pierna derecha de 5 x4 cm y en cara anterior de pierna izquierda de 3 cm de diámetro, ambas con fondo fibrinoso sin signos de flogosis, sin supuración, dolorosas.

Genitourinario: Prolapso genital grado IV.

ECG INGRESO A UCO (23/01/15)



RX DE TÓRAX INGRESO A UCO (23/01/15)



EVOLUCIÓN UCO 23/01 AL 27/01

Evoluciona con adecuada respuesta al tratamiento diurético con furosemida 1 gramo en infusión continua endovenoso (EV), realizando balance hídrico negativo.

Se recibe resultado de laboratorio que informa Hematocrito: 20%, se interpreta la presencia de anemia como causa de su descompensación cardíaca, por lo cual se realiza transfusión de una unidad de glóbulos rojos.

Es evaluada por Servicio de Cirugía general, quienes realizan tacto rectal que evidencia paquete hemorroidal sin signos de sangrado activo y sugieren realizar videocolonoscopia.

El 26/01/2015 se realiza ecocardiograma transtorácico y el 27/01/2015 pasa a sala de Cardiología

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO 26/01/15

DDVI : 62 mm	DSVI: 40 mm	SIV: 7 mm	PP : 7 mm	AI: 22 mm	AD: -	FAC (%) 35
-----------------	----------------	--------------	--------------	-----------	-------	---------------

- Examen técnicamente dificultoso.
- Ventrículo izquierdo levemente dilatado, con grosor parietal normal. La función sistólica impresiona normal o levemente deprimida.
- Presenta obliteración del ápex, sugestivo de fibrosis endomiocárdica.
- Aurícula izquierda moderadamente dilatada.
- Ventrículo derecho no dilatado, con obliteración de la punta, con disfunción sistólica.
- Aurícula derecha severamente dilatada.

- Vena cava inferior dilatada, sin colapso.
- Insuficiencia tricuspídea severa por falta de coaptación, flujo regurgitante laminar, con inversión de onda sistólica en venas suprahepáticas.
- Válvulas con aspecto normal.
- Derrame pericárdico leve, ascitis y derrame pleural bilateral.

EVOLUCIÓN SALA DE CARDIOLOGÍA 27/01 AL 02/03

El 05/02 se realiza Videocolonoscopia, que evidencia hemorroides internas congestivas sin signos de sangrado activo.

Es evaluada por Servicio de Ginecología quienes realizan evaluación del prolapso genital grado IV asociado a cistocele grado I/II, con diagnóstico de infección *candidiásica vaginal* y *herpes genital*. Inicia tratamiento con Fluconazol 100 mg por día y Aciclovir 400 mg cada 5 hs, con adecuada respuesta. Dado el cuadro clínico se sugiere evaluación de inmunodeficiencia.

El 06/02 presenta cuadro de sepsis secundario a foco cutáneo (úlceras con secreción purulenta), por lo cual se toman muestras de hemocultivos por dos, urocultivo e inicia tratamiento antibiótico empírico con Piperacilina Tazobactám + Vancomicina.

Es evaluada por Servicio de Dermatología, quienes indican toma de biopsia cutánea, siendo el resultado de la misma: úlcera cutánea subaguda inespecífica.

En contexto de úlceras dolorosas en miembros inferiores y dolor muscular generalizado, es evaluada por Servicio de Reumatología, quienes sugieren realizar colagenograma, que resulta negativo.

Se recibe resultado de TSH plasmática (17.4 uU/ml) por lo que se progresa tratamiento con Levotiroxina a 150 ug por día.

El 19/02 finaliza tratamiento antibiótico con Piperacilina Tazobactám y Vancomicina, con resultado de cultivos negativo.

Se otorga alta hospitalaria el 02/03 con posterior control por médica de cabecera, consultorios externos de endocrinología, dermatología y hematología.

INDICACIONES AL ALTA

- Digoxina 0,125 mg por día.
- Furosemida 80 mg cada 12 hs, vía oral.
- Espironolactona 50 mg por día.
- Rosuvastatina 10 mg por día.
- Levotiroxina 150 ug por día.
- Salbutamol a demanda.
- Budesonide 1 puff cada 12 hs.
- Acenocumarol según cartilla.
- Anemidox ferrum 1 comprimido por día.
- Pregabalina 75 mg cada 12 hs.

LABORATORIO

	23/01	28/01	31/01	06/02	01/03
Hematocrito	20	22	28	28	30
Leucocitos	9900	11600	10700	9100	6000
Plaquetas	232000	203000	144000	202000	213000
Glucosa	101	108	78	87	108
Urea	59	39	33	35	18
Creat	0.90	1.17	0.96	0.89	0.96
TP	54	62			28
KPTT	30	34			30
RIN	1.52	1.35			2.8
Hepatograma	0.44/0.27/18/15	0.7/15/10			
Albúmina		2.3		2.3	2.3
Ionograma	138/3.89/102	124/3.7/8 5	128/4.4/9 3	123/3.9/8 9	132/3.89/9 9
CK/ CK-MB: 21/NR Factor Reumatoideo: 130 UI/ml.(VN 0-14) PCR: 22 mg/l (VN 0-5)					
TSH: 17 uU/ml (VN 0.5-4.7) ERS: 78 mm (VN 1-15) Serología HIV: negativa.					