



Ateneo clínico

16/09/15

Carolina Pappalettere

Residencia de cardiología

Hospital Argerich

Paciente: M.C	Edad: 24
Sexo: Masculino	Ingreso: 17/06/15 Egreso: 17/07/15

Motivo de consulta: Síndrome febril prolongado

Enfermedad Actual:

Paciente con antecedente de coartación de aorta, que comienza con registros febriles y episodios de sudoración nocturna, por lo que consulta a guardia de distintos centros siendo medicado con diversos esquemas antibióticos.

Por persistencia del cuadro clínico luego de 45 días, concurre a cardióloga de cabecera, quien solicita ecocardiograma transesofágico (ETE) en el que se evidencia imagen compatible con vegetación en cabo distal de coartación aórtica.

Se interpreta cuadro como endarteritis y se decide su internación en sala de cardiología.

Antecedentes:

Antecedentes de enfermedad actual:

- *Coartación de aorta:* angioplastia con balón a los 4 meses de vida en Hospital Gutiérrez. Gradiente residual 22 mmHg.
- *Válvula aortica bicúspide vertical.*
- *Comunicación interventricular diagnosticada en 2004:* subpulmonar restrictiva, perimembranosa leve y muscular apical restrictiva.
- En seguimiento hasta el año 2012 en hospital Elizalde. Desde 2012 hasta abril de 2014 no concurrió a consultas. A partir del 11/4/14 en seguimiento por servicio de cardiología de este hospital.

Factores de riesgo cardiovasculares:

- *Tabaquista: 2 cigarrillos por día por 6 años (0,6 p/y)*

Exámenes complementarios previos:

Ecocardiograma (Htal. Pedro Elizalde)- 7/12:

- Coartación de aorta post angioplastia con gradiente residual de 14 mmHg, zona de coartación 1 cm.
- Aorta bicúspide vertical con rafe en hora 9, con espolón subaortico, con estenosis aortica leve (17mmHg) y con insuficiencia aortica mínima.
- CIV supracristal de 0.3cm restrictiva con gradiente de 111 mmHg y prolapso de valva coronaria derecha.
- CIV muscular apical mínima.
- Buena función ventricular

Ergometría - 7/12:

- TA basal 140/70
- Sin desarrollo de síntomas ni HTA durante el ejercicio. No se informa ITT ni METS alcanzados.

RMN (17/4/14)

DDVI	DSVI	Septum basal	Pared post	Pared lat.
63x98mm	42x81mm	12/16.8mm	10.6/15.5mm	10.5/15mm

- AD aumentada de tamaño (45x46 cm), de morfología derecha.
- VI dilatado, con paredes de grosor conservado

- Se observan alteraciones morfológicas del septum interventricular en la posición más alta del mismo comprometiendo el tercio medio y distal del mismo en un plano que se identifica del lado en correspondencia con el TSVD.
- VD aumentado de tamaño (33x88mm) con espesor de pared normal.
- Aorta con coartación yuxta-ductal con membrana. Diámetro 11.5mm

Examen físico de ingreso a sala (17/6/15):

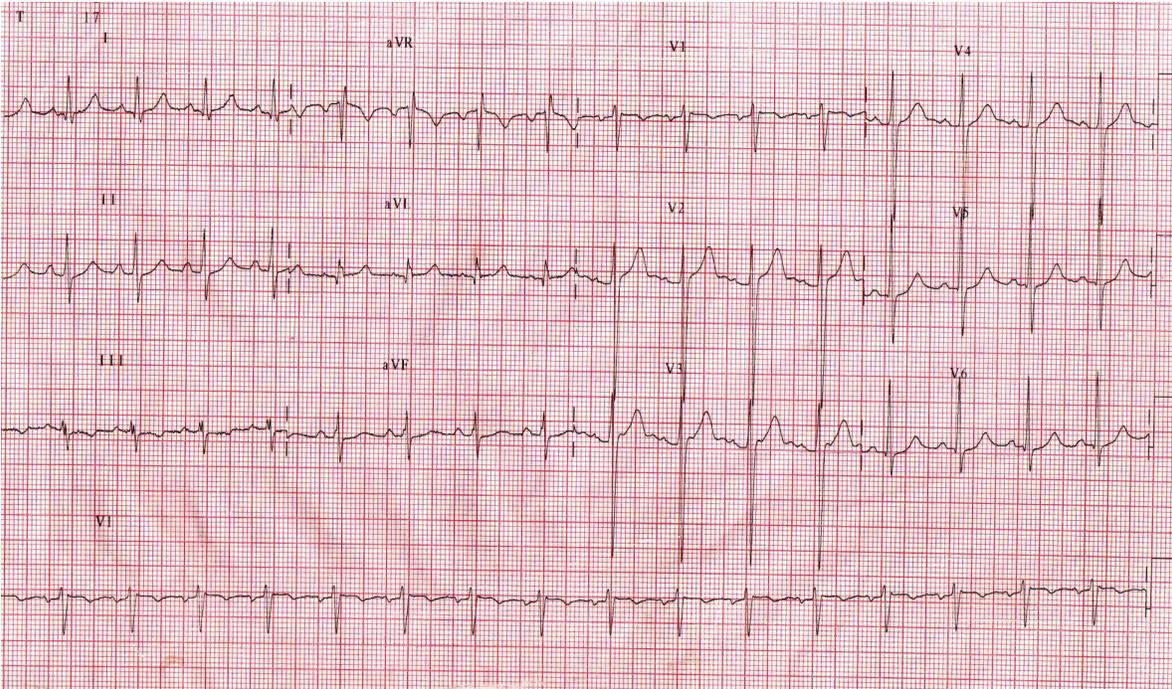
TA: 141/83 mmhg	FC:100 l.p.m.	FR: 18c.p.m.	T: 38°
-----------------	---------------	--------------	--------

- Ap. Cardiovascular:** Buena perfusión periférica. IY 1/3 sin colapso inspiratorio. RHY negativo. Choque de la punta en 5to EIC LMC. Pulsos regulares, iguales y simétricos. R1 y R2 en 4 focos, soplo mesotesistólico eyectivo 6/6 en 4 focos a predominio foco pulmonar con irradiación a carótidas y dorso. Frémito sistólico en foco pulmonar. Presión diferencial entre miembros superiores e inferiores: 40 mm Hg.
- Ap Respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria. Buena entrada de aire bilateral.
- Abdomen:** Blando, depresible, indoloro, RHA presentes.
- Neurológico:** Lúcido, sin foco motor ni sensitivo.
- Piel y TCS:** sin edemas

Rx de tórax de ingreso a sala (17/6/15):



ECG de ingreso a la sala (17/6/15):



Ecocardiograma transesofágico (17/6/15):

- VI levemente dilatado con hipertrofia concéntrica leve. Función sistólica conservada.
- Aurícula izquierda y orejuela sin evidencia de trombos en su interior.
- Válvula aórtica bicúspide, con comisura vertical y rafe en hora 9 con insuficiencia leve.
- Válvulas sin particularidades.
- Comunicación interventricular subpulmonar de 10 mm con shunt de izquierda a derecha (gradiente 140 mm Hg), muscular apical chica y perimembranosa con gradiente de 110mmHg.
- Coartación aórtica con gradiente máximo de 28 mm Hg. En el cabo distal de la misma se observa imagen filiforme de 4 mm altamente sugestiva de vegetación.

Evolución en sala del 17/6 al 19/6:

- Se realizan hemocultivos por 3, con rescate de Streptococcus Sanguinis por lo que inicia tratamiento antibiótico con ceftriaxona y gentamicina por 4 semanas.
- Evoluciona estable y afebril durante toda la internación.

Evolución en sala del 20/6 al 17/6:

- Por presentar endarteritis se continúan estudios, realizándose:
 - Ecografía abdominal, descartando impactos sépticos.
 - Fondo de ojos, sin particularidades.
 - Sedimento de orina, que resulta normal.
 - Factor reumatoideo, negativo.
 - Evaluación odontológica, sin evidencia foco séptico.
- Por buena evolución es dado de alta el día 17/07 con seguimiento por consultorios externos de cardiología, en plan de colocación de stent en Hospital Rivadavia y posterior reparación de comunicación interventricular.

Seguimiento al alta:

- Una semana posterior a su egreso se realizan hemocultivos control que resultan negativos.
- Se realiza ecocardiograma transtoràcico el día 8/9/15.

DDVI	DSVI	FAC	SIV	PP
64 cm	41 cm	35%	1 cm	0,9cm

- Re coartación de aorta localización yuxtaductal, membranosa, con gradiente de 26 mmHg.
- Válvula aórtica bicúspide vertical, no calcificada, con insuficiencia leve.
- CIV muscular apical restrictiva.
- CIV subpulmonar restrictiva.
- CIV perimembranosa leve.
- VI dilatado, con grosor parietal normal y función sistólica conservada.
- AI no y AD no dilatadas.
- VD no dilatado, con grosor parietal y función sistólica conservada.
- AD no dilatada.

Laboratorio:

	17/06	26/06	14/07
Hto	38	36.5	39
GB	10500	8000	6500
Plaquetas	229000	227000	230000
Glucemia	72	99	118
Urea	29	29	22
Creat	0.81	0.94	0.88
TP/kptt/RIN	87/31/1.06	106/33/0.92	101/33/0,90
Ionograma	142/4.1/97.5	135/5.0/93	141/4,2/99
Hepatograma BT/BD/Got/Gpt	0.67/0.24/20/37	0.20/44/151	0,4/37/41

