



Ateneo Clínico

21/10/2015

Rivara, Pablo Leandro
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. Cosme Argerich

Paciente: S. S.

Edad 38 años

Sexo: Femenino

Ingreso: 23/06/2013

Egreso: 02/07/2013

Seguimiento actual

Motivo de consulta: Hemoptisis.

Enfermedad Actual:

Paciente con antecedentes de recambio valvular mitral y FA crónica anticoagulada, consulta a guardia externa por hemoptisis de 48hs de evolución. Se revierte anticoagulación y se transfunde 1 UGR cediendo los síntomas ese mismo día.

El 24/06/13 se decide su pase a sala de cardiología para su control evolutivo.

Antecedentes de enfermedad actual:

-Reemplazo valvular mitral con válvula biológica de pericardio bovino, HP bio nro. 27, con preservación del aparato cordal. Realizado en el año 2002 en Hospital Nacional del Paraguay, debido a Insuficiencia mitral (IM) severa de etiología no aclarada constatando en parte quirúrgico: Fibrosis importante del aparato subvalvular.

-Disfunción valvular mitral evidenciada por ecocardiografía al mes del reemplazo, presentando IM moderada y gradientes transmitrales elevados.

-Hipertensión Pulmonar severa postcapilar.

-Disnea clase funcional II desde el año 2000.

-En seguimiento por consultorio de valvulares de este Hospital desde 2004.

-Múltiples internaciones en nuestro Hospital por insuficiencia cardíaca descompensada asociadas a interurrencias infecciosas entre el 2006 y el 2009.

-Nuevo reemplazo valvular mitral con válvula mecánica St. Jude n°25 y plástica de válvula tricúspide en nuestro Hospital en Octubre 2009.

-Fibrilación auricular crónica diagnosticada en el 2008 y desde entonces anticoagulada con acenocumarol.

Factores de riesgo cardiovascular: no refiere

Antecedentes personales:

- 2 gestas (2000 y 2005), 2 partos por cesárea con posterior de internación en UTI en ambas ocasiones. Ligadura de trompas en el 2005.

Medicación al habitual:

- Atenolol 12,5 mg cada 12 hs
- Digoxina 0,25 mg por día
- Furosemida 20 mg por día
- Acenocumarol según cartilla

Examen físico al ingreso

- TA: 120/80
- FC: 92 lat/min
- FR: 21 ciclos / min
- Temp 36°c

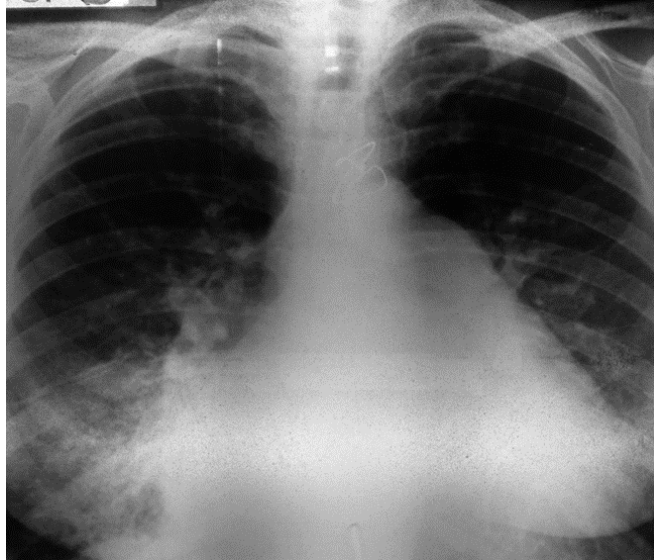
Ap. Cardiovascular: Buena perfusión periférica, Ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio. RHY neg. R1 y R2 en 4 focos, click protésico en foco mitral, soplo sistólico 2/6 en foco mitral sin irradiación. Pulsos irregulares y simétricos, no se palpa choque de la punta.

Ap. Respiratorio: Ventilando espontáneamente, buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.

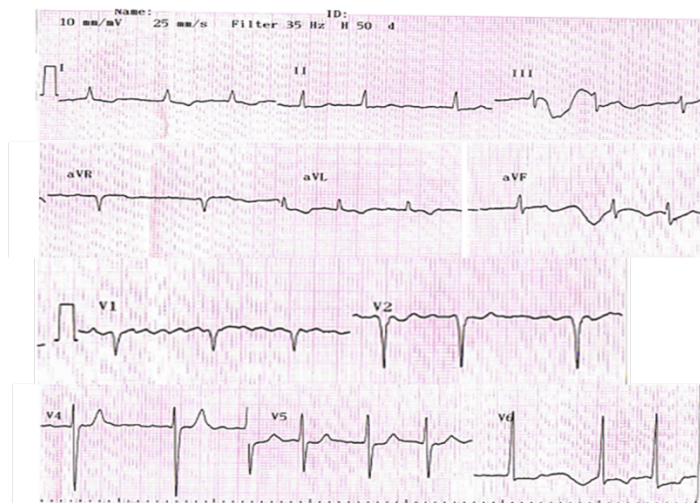
Abdomen: blando depresible e indoloro, RHA positivos, hígado palpable 1 cm por debajo del reborde costal.

Neurológico: Lucida sin signos de foco motor ni signos meníngeos.

Radiografía de Tórax. S.S. Agosto 2015



Electrocardiograma de ingreso. S.S. Julio 2013



Laboratorio

	24/06/2013	25/06/2013	26/06/2013	01/07/2013
Hto	32	37	36	
GB	6700	7200	6300	
Neutrofilos			48,9% (3,1)	
Eosinofilos			23,8% (1,51)	
Basofilos			0,3% (0,02)	
Linfocitos			18,1% (1,15)	
Monocitos			8,9% (0,56)	
Plaquetas	161000	194000	167000	
Glucemia	93	94	107	
Urea	20	27	30	
Creat	0,44	0,59	0,60	
TP/kptt/RIN	32/38,5/2,49	40/34/2,02	72/28/1,22	35/39/2,05
Ionograma		147/3,62/100		
Hepatograma BT/BD/Got/Gpt	1,03/0,46/24/18			

Estudios complementarios previos

Ecocardiograma 25/03/08

DDVI: 5,50 cm	DSVI: 3,60 cm	FAC: 35%	SIV: 0,80 cm	PP: 0,80 cm	AI: 5,4 cm	AO: 2,30 cm
-------------------------	-------------------------	--------------------	------------------------	-----------------------	----------------------	-----------------------

- Prótesis biología en posición mitral con severa disfunción, severo aumento de los gradientes. (Vel Pico 2,68 / Grad Max 28,8 / Grad Med 10).
- Insuficiencia mitral severa con jet excéntrico que se dirige al septum iantrauricular. ORE 0,6 cm².
- Severa dilatación biauricular.
- VD dilatado con función sistólica global normal.
- Insuficiencia tricuspídea moderada a severa.
- PSAP de 65 mmHg.

Ecocardiograma 20/06/08

DDVI: 5,58 cm	DSVI: 3,2 cm	FAC: 42%	SIV: 0,99 cm	PP: 0,81 cm	AI: 7,2 cm	AO: 2,45 cm
-------------------------	------------------------	--------------------	------------------------	-----------------------	----------------------	-----------------------

- Disfunción protésica severa por regurgitación transprotésica severa sin observar vegetaciones ni ruptura de los velos
 - Orificio regurgitante efectivo: 0,68 cm²
 - Volumen regurgitante: 63 ml/latido
 - Gradiente medio: 16 mm Hg
 - Área protésica efectiva: 5cm²
- Leve dilatación ventricular izquierda con función sistólica conservada.
- Mega aurícula izquierda (área 40 cm², volumen 163 ml)
- Insuficiencia tricúspide severa funcional por dilatación del anillo tricúspideo (4,08 cm)
- Moderada dilatación auricular derecha (área 24 cm², volumen 71 ml)
- Leve dilatación del ventrículo derecho con función sistólica moderadamente deprimida (TAPSE 12 mm)
- Hipertensión pulmonar severa (PSAP 69 mm Hg)
- No se observa derrame pericárdico. Derrame pleural derecho pequeño.

Ecocardiograma 06/03/09

DDVI: 6,0 cm	DSVI: 3,8 cm	FAC: 39%	SIV: 0,9 cm	PP: 1,2 cm	AI: 7,0 cm	AO: 3,9 cm
------------------------	------------------------	--------------------	-----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

- Reemplazo valvular mitral con prótesis mecánica bidisco con gradientes habituales (Gradiente máximo de 11 mm Hg y gradiente medio de 2 mm Hg) y área de 2,7 cm², sin signos de regurgitación.
- Ventrículo izquierdo levemente dilatado con grosor parietal normal. Función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción.
- Aurícula izquierda severamente dilatada.
- Cavidades derechas de dimensiones normales.
- Plástica tricúspide sin signos de regurgitación.
- Comunicación interauricular con cortocircuito izquierda a derecha de 6 mm de diámetro.

Ecocardiograma 06/06/11

DDVI: 6,6 cm	DSVI: 3,6 cm	FAC: 46%	SIV: 1,0 cm	PP: 0,8 cm	AI: 7,5 cm	AO: 2,7 cm
------------------------	------------------------	--------------------	-----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

- Prótesis mecánica con gradientes habituales y sin regurgitación.
- Vel pico 2,6 / Grad Max 28 / Grad Med 8
- Ventrículo Izquierdo moderadamente dilatado con grosor parietal normal. Función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción.
- Aurícula izquierda severamente dilatada.
- Engrosamiento valvular aórtico.
- Cavidades derechas de dimensiones dilatadas con función normal.
- Insuficiencia tricuspídea leve con hipertensión pulmonar (PSAP 52 mmHg).

Ecocardiograma 10/07/15

DDVI: 6,60 cm	DSVI: 4,50 cm	FAC: 32%	SIV: 0,6 cm	PP: 0,5 cm	AI: 76 cm ²	AO: 2,4 cm
-------------------------	-------------------------	--------------------	-----------------------	----------------------	----------------------------------	----------------------

- Prótesis mecánica bidisco en posición mitral. Se observan ambos discos con apertura conservada, pero con gradientes elevados y sin regurgitación.
- Vel pico 2,95 / Grad Max 35 / Grad Med 12,40
- Ventrículo Izquierdo con función sistólica normal, fracción de eyección del 56%. Movilidad parietal normal. Engrosamiento apical con calcificaciones correspondientes a endomiocardiofibrosis.
- Aurícula izquierda severamente dilatada, con ecogenicidad sanguínea espontánea y foramen oval permeable (6 mm) con cortocircuito de izquierda a derecha.
- Cavidades derechas de dimensiones aumentadas, dilatación de la VCI (22 mm).
- Deterioro de la función sistólica ventricular derecha (TAPSE 13 mm, onda S tisular 5 cm/seg)
- Insuficiencia tricuspídea severa con hipertensión pulmonar severa. Plástica tricuspídea.

Evolución en sala de cardiología (25/06/2013 al 02/07/2013)

Se reinicia anticoagulación.

Se realiza TAC de tórax que informa opacidades en vidrio esmerilado, que probablemente corresponda a edema intersticial. Mediastino sin particularidades.

El 25/06 se decide el alta hospitalaria.

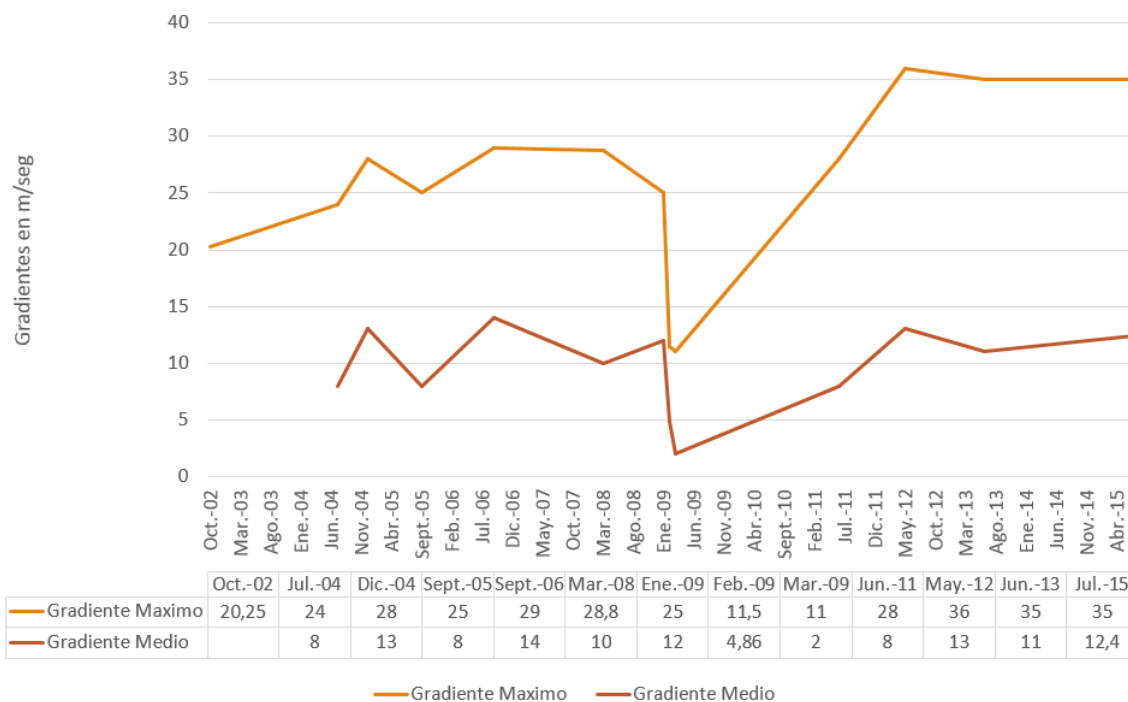
Seguimiento en consultorios externos 2013 a 2015.

Paciente persiste con disnea clase funcional II posterior al segundo reemplazo.

Por presencia de gradientes transprotésicos elevados con sospecha de miocardiopatía restrictiva se decide realizar estudio hemodinámico.

Dado persistencia de sintomatología y posibilidad limitada en su tratamiento médico se decide su evaluación por servicio de trasplante cardiaco.

Evolución de los Gradientes Mitrales



Estudio Hemodinámico (05/08/15)

Evaluación de las presiones ventriculares simultaneas:

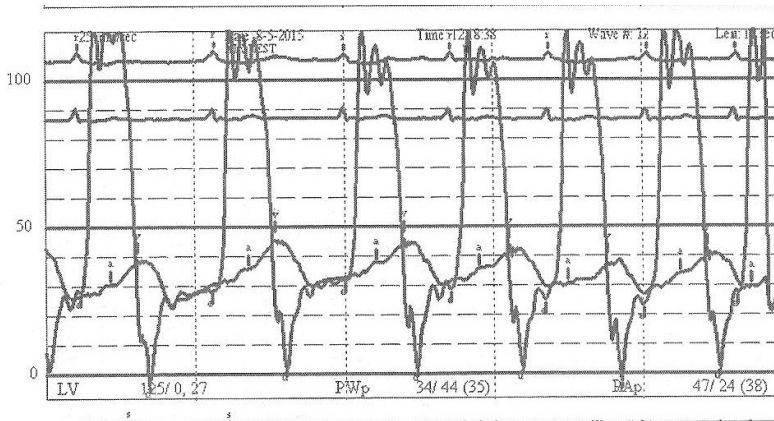
Gradiente de presión de fin de diástole ventrículo izquierdo – ventrículo derecho de 20 mm Hg, lo cual se corresponde con fisiología de llenado de tipo restrictivo.

No se observan variaciones significativas de ambas cavidades con maniobras respiratorias.

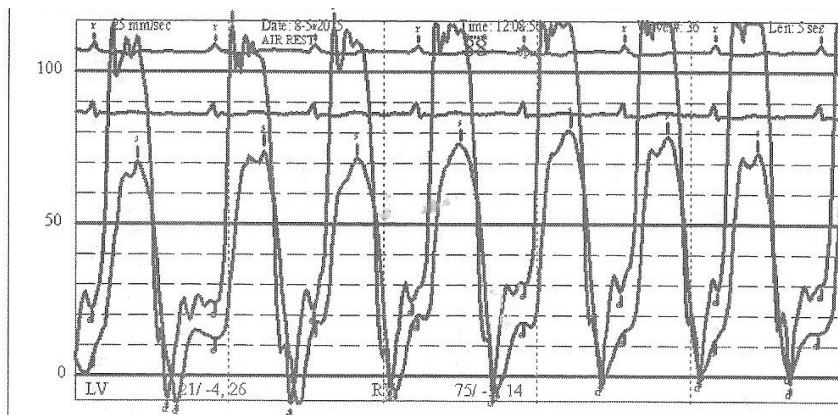
Se observa gradiente de diástole entre presión ventricular izquierda y presión de enclavamiento de la AP, que se interpreta como gradiente transvalvular mitral.

Calculo área valvular mitral (formula Gorlin): 0.95 cm².

Presión wedge y VI:



Presión VI y VD



Presiones

Ubicación	Presión en mm Hg
Ao	123/68 (89)
VI	123/30
AD	12
VD	74/13
AP	74/34 (50)
Wedge	33

Volumen Minuto: 4,1 l/min.

Informe:

CCG: Arterias coronarias sin lesiones angiografías significativas.

VTG izquierdo: Volúmenes conservados. Función ventricular izquierda conservada. Prótesis mecánica en posición mitral móvil y con regurgitación de grado leve.

VTG derecho: Diámetros aumentados, regurgitación tricuspidea de grado moderado a severo.

Hipertensión pulmonar severa tipo II

Patrón de llenado ventricular de tipo restrictivo.

Al final de la presentación se mostrara el análisis realizado de la válvula biológica explantada de la paciente.