



**ATENEO**

---

**CLINICO**

---

**29/04/2015**

**OLIVER DIESEL**

*Hospital Dr. Cosme Argerich.*

*Servicio de Cardiología*

Nombre: GI

Edad: 21 años

Sexo: femenino

Fecha consulta: noviembre 2014

### Motivo de consulta: Control de generador

Paciente de 21 años con diagnóstico de miocardio no compacto y colocación de resincronizador epicárdico a los 18 años, en plan de trasplante cardíaco, es derivada a servicio de electrofisiología para control de generador.

### Antecedentes de enfermedad actual

#### Marzo 1993 (14 meses)

- CIV perimembranosa de 9mm operada a los 14 meses de edad, en Htal Gutiérrez con BCRD + BAV 1er grado residual (Dr. Kreuzer).
- Seguimiento posterior en Provincia de Santiago del Estero.

#### Agosto 2006 (13 años)

- Agosto 2006 (13 años) aleteo auricular por lo que se realiza en diciembre del mismo año (HtalGarrahan) estudio electrofisiológico que evidencia taquicardia auricular reentrante incisional realizándose ablación del istmo cavo-tricuspídeo y de cicatriz de auriculotomía derecha hacia VCI. Complica con paro sinusal mayor a 8 segundos requiriendo MCP transitorio reapareciendo taquicardia auricular a las 24hs. (indemnidad conducción AV)
- Ecocardiograma: Parche de CIV fijo, sin shunt residual. Ventrículo izquierdo (VI) trabeculado con tendón anómalo hacia punta. Fey VI normal. FAC 38%. SIV disquinético.

#### Agosto 2007 (14 años)

- Luego de ateneo conjunto, se realiza cirugía de Maze derecho (Dr. Cornelis) y colocación de MCP tipo DDD epicárdico con función de marcapaseo antitaquicardia. Debido trastorno de la conducción intraauricular y falta de captura ventricular (altos umbrales) se reposicionan cables en AD alta y VD.
- ECG: Estimulación auricular con sensado ventricular, espiga A-V 280mseg, QRS 160-200mseg, BCRD.

#### Septiembre 2008 (15 años)

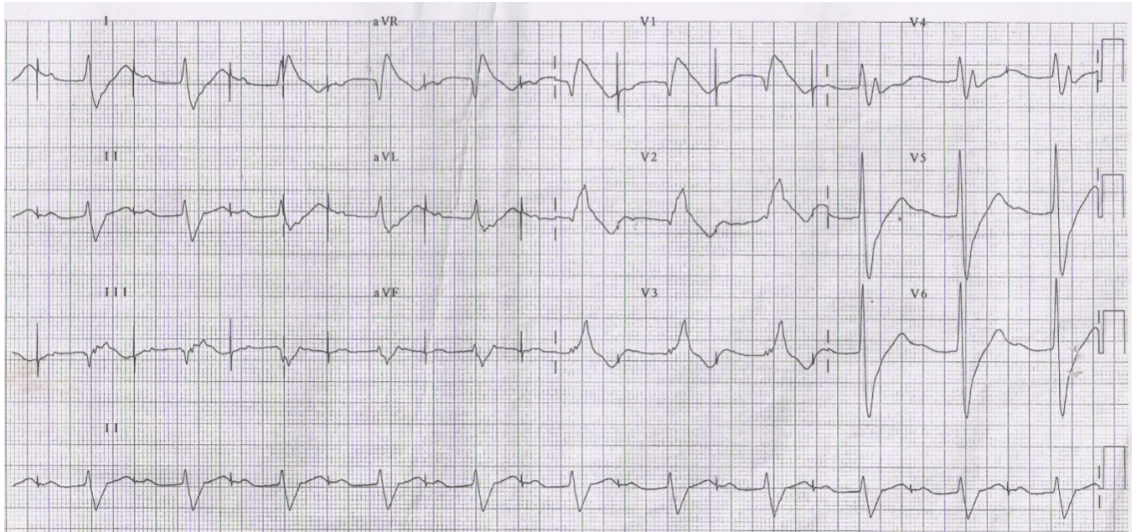
- Presenta palpitaciones frecuentes. En control ambulatorio por Electrofisiología se evidencia períodos de Fibrilación auricular no sostenida, inicia amiodarona 100mg/d.

#### Septiembre 2009 (16 años)

- Presenta episodio sincopal presentando en interrogatorio de marcapasos de dicho suceso, episodio de TPS autolimitada. Se aumenta dosis de amiodarona a 200mg/d y se inicia atenolol 25mg/d.

#### Octubre 2009 (16 años)

- En seguimiento por consultorios externos de Electrofisiología (Dr. Sciegata) presenta prolongación progresiva de PR (360mseg) y del QRS (BCRD 220mseg con Q profunda en V1 y DIII). Se solicitan ecocardiograma



- Ecocardiograma: VI de características espongiiformes, VD con trabeculaciones menores que VI. Septum interventricular disquinético. DDVI 5cm DSVI 3 cm. FAC 40%. Patrón tisular pared libre VI 6cm/seg. Patrón tisular pared libre VD 5cm/seg. IT e IM leve. PSAP 20mmHg. Conclusión: Miocardio no compacto con disfunción sistó-dióstólicá
- AngioTAC cardíaca: Trabeculación de 15mm en región apical y pared libre de VI hasta tercio medio del septum. VI dilatado. Trabeculaciones de 17mm en pared libre y tercio inferior septum y región apical del VD. Conclusión: Miocardio no compacto biventricular.
- Inicia AAS 100mg/d, enalapril 2,5 c/12hs y carvedilol 1.56mg c/12hs.

#### Diciembre 2011 (18 años)

- Debido a agotamiento de batería de generador se realiza upgrade a resincronizador epicárdico, implantándose cables en VI y recolocando cables de AD (altos umbrales).

#### Julio 2012 (18 años)

- Internación por insuficiencia cardíaca descompensada en Htal Garrahan requiriendo pulso de levosimendan.
- Ecocardiograma: Miocardiopatía no compacta (trabeculaciones de pared libre de VI, SIV y punta de ambos ventrículos). Disfunción severa biventricular. DDVI 56mm. IT moderada PSAP 65mmHg. E/E' = 10. E/A >2. Conclusión: MCP dilatada no compacta. Disfunción biventricular severa.

Octubre 2013 (20 años):

- Inicia furosemida 40mg/día, es derivada a servicio de trasplante cardíaco y consultorio de cardiopatías.

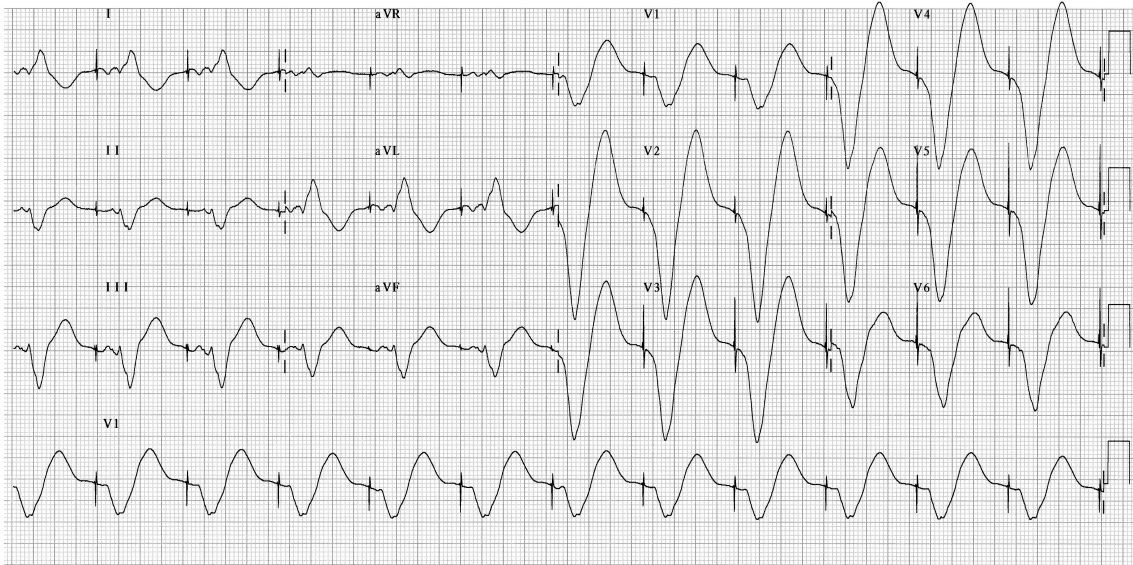
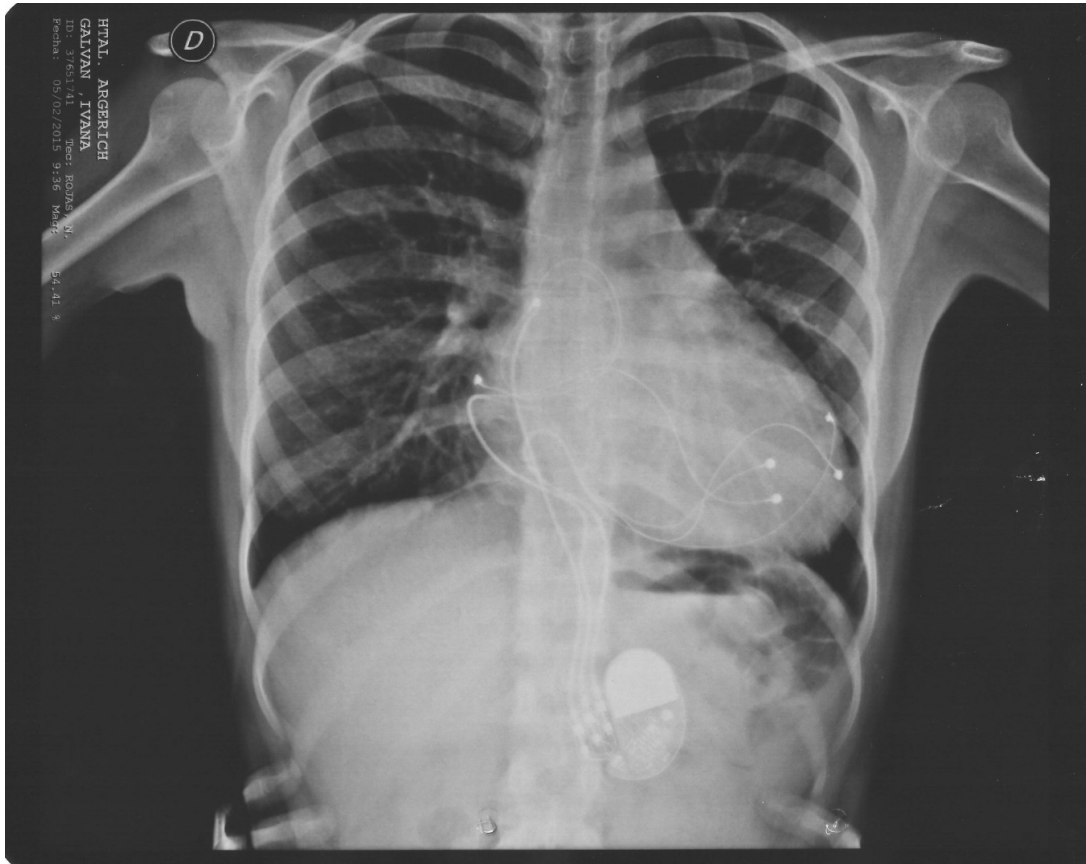
Evaluación por servicio de trasplante cardíaco (octubre 2013)

- TA: 95/60mmHg FC: 70lpm FR: 18cpm sat:98% (0,21=)
- Altura: 1.64mts Peso: 48kg (BMI 18)
- Cardiovascular: IY 1/3 con colapso inspiratorio. RHY presente. Choque de punta en 5to EIC axilar anterior. Pulsos simétricos regulares. R1 y R2 en 4 focos, soplo sistólico 2/6 en mesocardio, sin R3.
- Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados. Tolera decúbito.
- Abdomen: blando, depresible, no doloroso. Sin visceromegalias. RHA positivos.
- SNC: Lúcida sin foco motor ni meníngeo.
- Piel y TCS: sin edemas.

Paciente estable, encontrándose en CF I. (Sube 2 pisos por escalera).

Tratamiento:

- Amiodarona 200mg/día
- Enalapril 2.5mg/día
- Carvedilol 3.125mg c/12hs
- Furosemida 40mg/día
- Acenocumarol según tabla



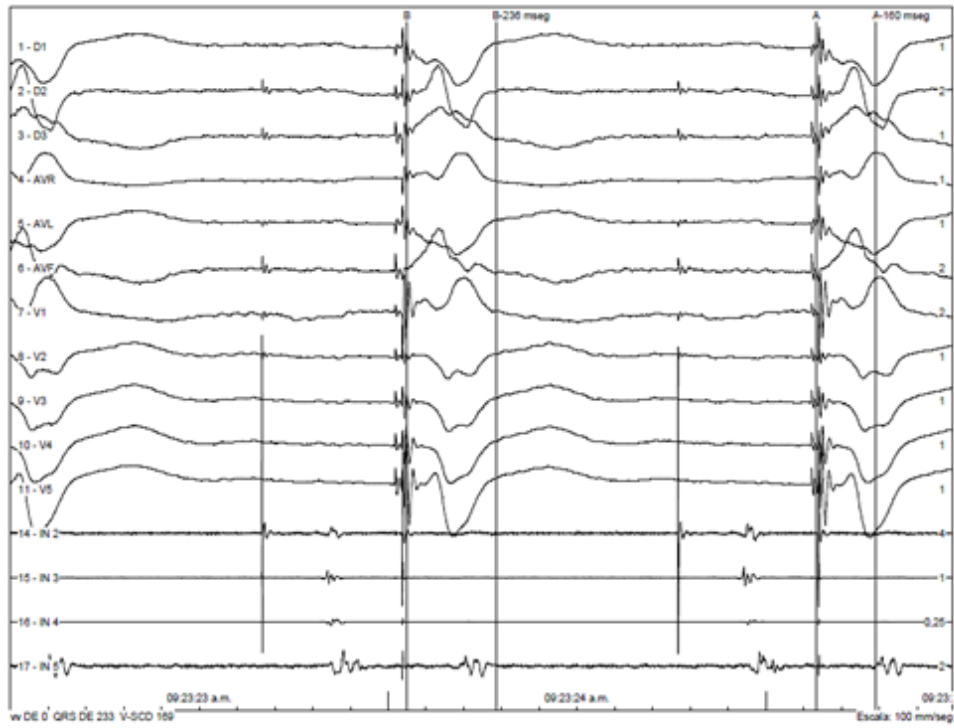
Ecocardiograma (octubre 2013)

DDVI	DSVI	FAc	SIV	PP	AI	AD	Ao
6.0 cm	4.4 cm	27%	1.0 cm	0.8 cm	22 cm <sup>2</sup>	15 cm <sup>2</sup>	2.2 cm

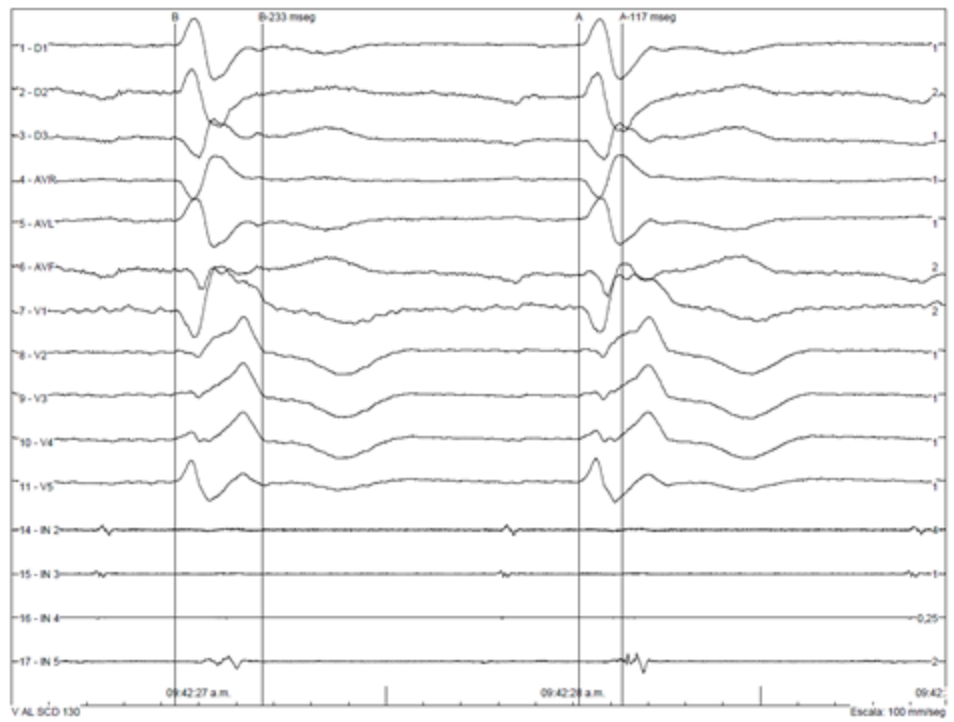
- VI moderadamente dilatado. Deterioro severo de la función sistólica global. Patrón transmitral restrictivo.
- Área de miocardio no compacto medial y apical en segmentos lateral, inferior y posterior.
- Aurícula izquierda levemente dilatada.
- VD de dimensiones normales con deterioro de la función sistólica global. AD no dilatada.
- Presiones pulmonares normales.
- Válvulas morfológicamente normales, sin evidencia de disfunción.

#### Evaluación por electrofisiología (noviembre 2014)

- En interrogatorio de dispositivo se evidencia agotamiento del mismo (ERI).
- Debido a presencia de aberrancia significativa y sospecha de retraso de la activación ventricular se decide realizar estudio electrofisiológico que lo confirma.

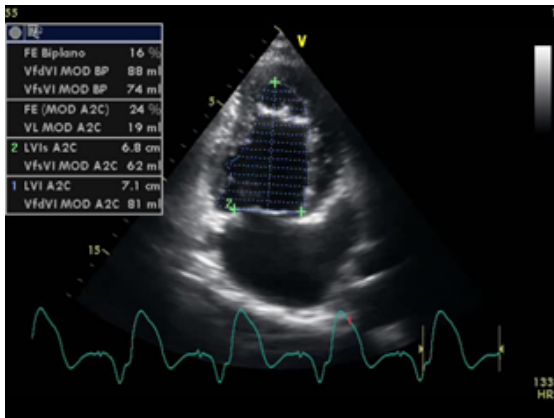


Estimulación VI y VD (resincronizador)

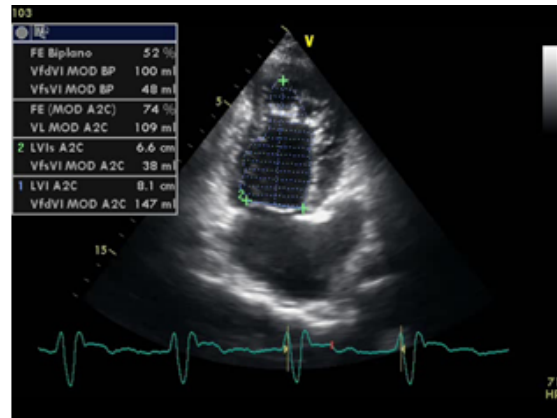


Sin resincronizador, ritmo propio

- Por resultados en estudio electrofisiológico se decide realizar ecocardiograma comparativo:



Resincronizador prendido



Resincronizador apagado

- Se coloca MCP en modo VVI a 40lpm de back up.
- Ante la necesidad de un pronto recambio de generador de marcapasos, se plantea la siguiente dicotomía:
  - Colocación de resincronizador endocavitario para estimulación auricular y biventricular sincronizada
  - Colocación de marcapasos tipo DDD para estimulación auricular priorizando conducción propia, y eventual back-up ventricular