



# **ATENEO CLÍNICO**

**Hospital Dr. Cosme Argerich.  
Servicio de Cardiología**

**Ayuso Sebastián**

**08/07/2015**

PACIENTE: F.F.

SEXO: masculino

EDAD: 23 años

Fecha de ingreso a hospital Argerich: 21/03/2015

Fecha de Egreso: 9/04/2015

Fecha de ingreso a Unidad Coronaria: 21/03/2015

**MOTIVO DE INGRESO:** Disnea y palpitaciones.

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

Paciente refiere presentar desde el mes de enero disnea a moderados esfuerzos asociada a palpitaciones, sin realizar ninguna consulta médica.

El día 21/03 consulta a guardia externa de nuestra institución por disnea que fue progresando hasta hacerse de reposo. Se realiza electrocardiograma que evidencia fibrilación auricular de alta respuesta ventricular (FAARV), por lo cual se decide su internación en unidad coronaria.

**Examen Físico: Ingreso a Unidad Coronaria (21/03/2015)**

TA: 120/88 mmhg    FC: 110 lpm    FR: 17 rpm    Tº: 36    SAT: 97 %(FIO2 0.21)

Aparato cardiovascular: adecuada perfusión periférica, ingurgitación yugular ausente, sin RHY, pulsos presentes, irregulares, simétricos, choque de punta en 5 EIC LMC, R1 y R2 presentes en 4 focos, silencios libres.

Aparato respiratorio: adecuada mecánica ventilatoria, adecuada entrada de aire bilateral, crepitantes aislados en base izquierda.

Neurológico: lúcido, sin foco motor ni meníngeo.

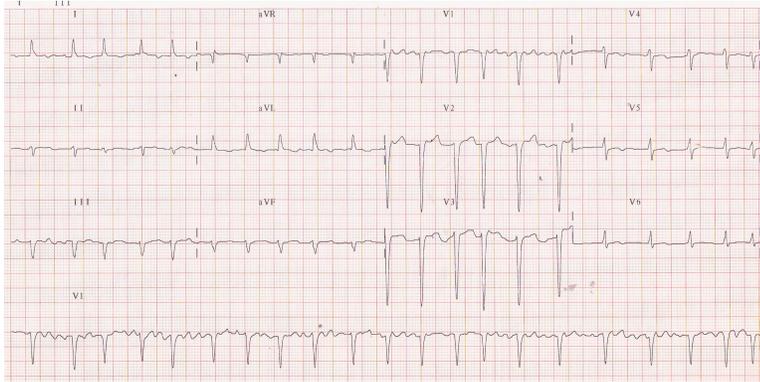
Abdomen: blando, no doloroso a la palpación, RHA presentes. Hígado y Bazo no palpables.

Piel y mucosas: sin edemas periféricos.

**RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (21/03/15)**



## ELECTROCARDIOGRAMA (21/03/15)



## ANTECEDENTES PERSONALES

Factores de riesgo cardiovasculares: Tabaquista (5 cig/día desde los 18 años).

Antecedentes cardiovasculares: no presenta.

Otros antecedentes: Cirugía de tiroides a los tres años por quiste tirogloso.

Serología para Chagas: negativa.

Lugar de nacimiento: Neuquén.

## Evolución en UCO (21/03/ a 25/03/15)

Evoluciona hemodinamicamente estable. Se inicia anticoagulación con enoxaparina y tratamiento betabloqueante con adecuada tolerancia.

Se solicita serología para enfermedad de Chagas (negativa) y metabolitos en orina (cocaína: Negativa).

Se solicita ecocardiograma y posterior pase a sala de cardiología.

## Ecocardiograma Transtorácico 25/03/15

<b><i>DDVI 7.5 cm</i></b>	<b><i>DSVI 6.6 cm</i></b>	<b><i>SIV 0.7 cm</i></b>	<b><i>PP 0.7 cm</i></b>	<b><i>AI 30 cm<sup>2</sup></i></b>
---------------------------	---------------------------	--------------------------	-------------------------	------------------------------------

VI dilatado con paredes delgadas. Hipocinesia generalizada. Disfunción sistólica severa. **FEY: 10%.**

VD no dilatado, con grosor parietal normal y disfunción sistólica leve.

AD levemente dilatada (28 cm<sup>2</sup>). VCI dilatada con mínimo colapso inspiratorio.

Foramen oval permeable. PSAP: 35-40 mmhg.

Válvulas morfológicamente normales con signos de bajo flujo.

IT moderada.

No se observa derrame pericárdico.

### **Evolución en sala de cardiología (26/03/15 a 30/03/15)**

Se realiza titulación de medicación para insuficiencia cardíaca (betabloqueante, IECA y antialdosterónicos) con adecuada tolerancia.

Se decide tratamiento de su fibrilación auricular con cardioversión eléctrica, por lo que se solicita previamente ecocardiograma transesofágico.

### **Ecocardiograma Transesofágico (30/03/2015)**

AI y orejuela con ecogenicidad sanguínea sin evidencias de trombo en su interior. Velocidades bajas a nivel de orejuela izquierda de 0.18 m/seg.

Válvulas morfológicamente normales. No se observan imágenes compatibles con endocarditis.

Septum interauricular presenta FOP con shunt de derecha a izquierda. IM leve.

No se observan masas intracavitarias.

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

### **Evolución en UCO (30/03/15 a 31/03/15)**

Previa realización de cardioversión eléctrica se realiza carga de amiodarona, luego de la cual evoluciona con hipotensión arterial (80/60 mmhg), por lo que se suspende infusión de la misma. Por dicha descompensación se decide no continuar con el procedimiento y realizarlo en un segundo tiempo.

Evoluciona hemodinamicamente estable con posterior pase a sala de cardiología.

### **Evolución en sala de cardiología (1/04/15 a 06/04/15)**

Evoluciona hemodinamicamente estable, sin signos de insuficiencia cardíaca aguda.

Inicia anticoagulación vía oral con acenocumarol.

El día 06/04/15 se realiza ETE y pasa a unidad coronaria para cardioversión.

### **Ecocardiograma Transesofágico (06/04/15)**

AI y orejuela sin evidencias de trombos en su interior, velocidades disminuidas (0.27 m/s).

Válvulas morfológicamente normales. No se observan imágenes compatibles con endocarditis.

Septum interauricular presenta foramen oval permeable con pasaje de izquierda a derecha.

No se observan masas intracavitarias.

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

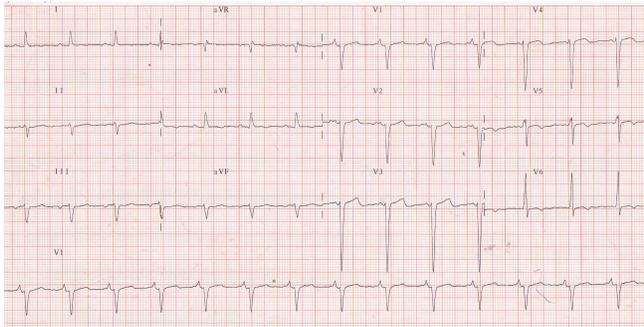
### **UCO (06/04/2015)**

Paciente ingresa a unidad coronaria previa realización de ETE para realización de cardioversión eléctrica de fibrilación auricular.

Se realiza CVE con requerimiento de dos descargas, primera con 100 Joules no exitosa y en segunda oportunidad con 200 Joules anteroposterior exitosa.

Posteriormente se decide su pase a sala de cardiología.

### **ECG POST CVE (06/04/2015)**



### **Evolución en Sala de Cardiología (06/04/15 a 09/04/15)**

Evoluciona hemodinamicamente estable, sin interurrencias.

Continúa con doble esquema de anticoagulación hasta ingresar en rango terapéutico con acenocumarol.

Se realiza nuevo ecocardiograma y se otorga el alta hospitalaria para seguimiento por consultorios externos el 09/04/15.

### **Ecocardiograma (08/04/15)**

<b>DDVI 7.4 cm</b>	<b>DSVI 6.3 cm</b>	<b>SIV 0.8 cm</b>	<b>PP 0.8 cm</b>	<b>AI 41 cm<sup>2</sup></b>	<b>AD 31 cm<sup>2</sup></b>
--------------------	--------------------	-------------------	------------------	-----------------------------	-----------------------------

VI dilatado, con grosor parietal conservado. Hipocinesia generalizada. Disfunción sistólica severa.

Hipertensión pulmonar leve ( PSAP: 46 mmhg). VD con grosor parietal normal y disfunción sistólica leve .

AD moderadamente dilatada. Se observa flujo compatible con FOP .

Válvulas morfológicamente normales. IM, IP e IT funcionales, de grado leve.

No se observa derrame pericárdico.

### **Medicación al alta**

Furosemida 20 mg por día.

Bisoprolol 2.5 mg por día.

Espironolactona 25 mg por día.

Enalapril 2.5 mg cada 12 hs.

Amiodarona 200 mg por día.

Acenocumarol según cartilla.

### **Laboratorio**

	21/03/15 (Ingreso a Guardia Externa)	09/04/15 (Egreso Hospitalario)
HTO	44	43
GB	10000/mm3	5100/mm3
Plaq	204000/mm3	200000/mm3
Glu	100 mg/dl	87 mg/dl
Urea	31 mg/dl	32 mg/dl
Crea	1.09 mg/dl	1.2 mg/dl
NA	143 meq/l	140 meq/l
K	4.1 meq/l	4 meq/l
TP	64%	22%
KPTT	32 seg	49 seg. RIN (3.5)
BT	0.88 mg/dl	
BD	0.22 mg/dl	
GOT	28 UI/L	
GTP	53 UI/L	
LDH	474 UI/L	
CK	81 UI/L	
Troponina	<50 ng/l	

### **Seguimiento Ambulatorio**

Evoluciona asintomático, sin signos de insuficiencia cardíaca.

Luego de un mes, por persistir en ritmo sinusal, se suspende anticoagulación y continua con igual medicación.

Se realiza ecocardiograma al hermano en busca de miocardiopatía dilatada familiar, encontrándose dicho estudio dentro de los parámetros normales.

Se realiza RMN cardíaca el día 6/5/15 y ecocardiograma control el 26/6/15.

### **Ecocardiograma Transtorácico F.F. (26/06/15)**

<b><u>DDVI</u></b> 6.8 cm	<b><u>DSVI</u></b> 5.2 cm	<b><u>SIV</u></b> 1 cm	<b><u>PP</u></b> 0.8 cm	<b><u>AI</u></b> 25cm <sup>2</sup>	<b><u>AD</u></b> 19 cm <sup>2</sup>
---------------------------	---------------------------	------------------------	-------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

VI dilatado, con grosor parietal normal. Hipocinesia global.

Disfunción sistólica moderada. **FEY 43% (biplanar)**.

No se observan alteraciones en la relajación parietal por DTI.

AI levemente dilatada.

VD no dilatado, con grosor parietal y función sistólica normales. S de 14 cm/s.

AD no dilatada.

Válvulas morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción.

No se observa derrame pericárdico.