



ATENEO CLÍNICO

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

Sofia Gabriela Rodríguez

07/09/2016

Paciente: J.L.	Edad: 78 años
Sexo: Masculino	Fecha ingreso primera internación: 05/01/16
	Fecha egreso ultima internación: 04/07/16

Motivo de internación: Síncope

Enfermedad Actual: paciente es traído por familiar a guardia externa por episodio de pérdida transitoria de la conciencia y tono postural con recuperación ad integrum, asociado a relajación de esfínteres, mientras caminaba.

A su ingreso se constata paciente hipertenso (TA 150/70mmHg), sudoroso, lúcido, sin signos de foco neurológico.

Antecedentes

- **Factores de riesgo cardiovascular:**

DBT tipo 2 en tratamiento con hipoglucemiantes orales

Dislipemia

Ex-tabaquista (60 paquetes/año)

- **Antecedentes cardiovasculares**

CRM 4 puentes en 2002

ACE CFII

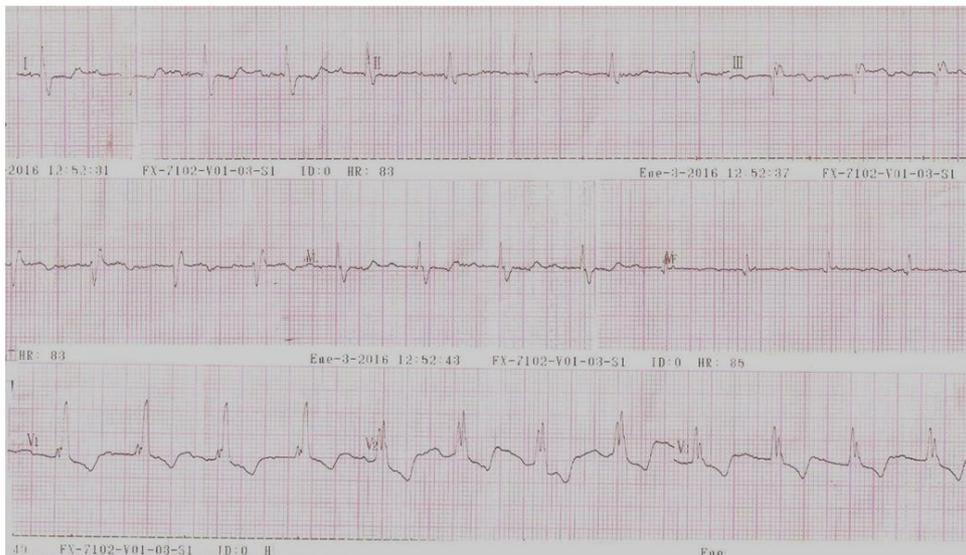
- **Otros antecedentes**

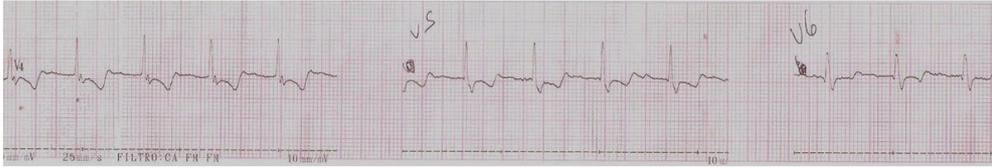
Hiperplasia prostática benigna

Medicación habitual

- Aspirina 100mg / día
- Atorvastatina 10 mg / día
- Atenolol 50mg/ día
- Tamsulosina 0,4 mg / día
- Metformina 850mg cada 12hs

ECG ingreso a guardia externa





- Por persistencia de hipertensión se indica NTG endovenosa evolucionando hemodinámicamente estable, sin nuevos eventos.
- Por sospecha de síncope de origen cardíaco se realiza ecocardiograma doppler.

Ecocardiograma transtorácico (04/01/16)

DDVI cm	DSVI cm	SIV cm	PPcm
5,5	4,7	1,5	1

- Aquinesia inferior y posterior con movilidad normal en las paredes restantes.
- Fracción de eyección del 45%. Deterioro leve de la función global. Aurícula izquierda levemente dilatada.
- Insuficiencia mitral de grado leve a moderado.
- Estenosis aórtica calcificada de grado severo con área de 0,6 cm². Gradiente máximo 51mmHg, medio 25mmHg. Velocidad pico 3,55m/s
- Cavidades derechas de dimensiones normales. Insuficiencia tricuspídea leve con PSAP de 28 mmHg. No se observa derrame pericárdico.

Examen Físico de ingreso a Sala de Cardiología

TA 100/60mmHg	FC 60 lpm	FR 18 cpm	Sat 97% al 0,2l	T 36°
---------------	-----------	-----------	-----------------	-------

- Aparato cardiovascular: Ingurgitación yugular 2/3, con colapso inspiratorio. RHY positivo. Latido apexiano en 5º EIC LMC, Pulso radial parvus y tardus. Pulsos periféricos regulares y simétricos. R1 y R2 en 4 focos, no se ausculta R3 ni R4. Sopro sistólico grave, eyectivo, intensidad 3/6, a predominio en foco aórtico con irradiación a cuello.
- Aparato respiratorio: Buena mecánica ventilatoria. Hipoventilación y rales crepitantes bibasales. Campos pulmonares y columna dorsal sonoros.

- Neurológico: Lúcido, sin signos de foco motor ni meníngeo, pupilas isocóricas y reactivas.
- Abdomen: Blando, depresible, indoloro, ruidos hidroaéreos presentes, no se palpan visceromegalias.
- Piel y partes blandas: buena perfusión periférica, edemas en miembros inferiores bimalleolar 3/6.

Evolución en sala de Cardiología (05/01/16 al 03/02/16)

Por presentar signos de insuficiencia cardíaca se inicia diuréticos de asa realizando balance negativo.

Con diagnóstico de estenosis aórtica severa sintomática se decide cirugía de reemplazo valvular aórtico. Se realizan estudios para evaluación de riesgo quirúrgico.

Ecodoppler de vasos de cuello

- Ateromatosis difusa.
- Carótida interna y bulbo: placa fibrocálcica que obstruye menos del 50% del calibre, patrón de flujo conservado.
- Resto de vasos de calibre normal, con patrón de flujo conservado.

Holter de 24hs

- Ritmo sinusal con bloqueo AV de primer grado, EV poco frecuentes, trastorno en la conducción intraventricular.

Espirometría

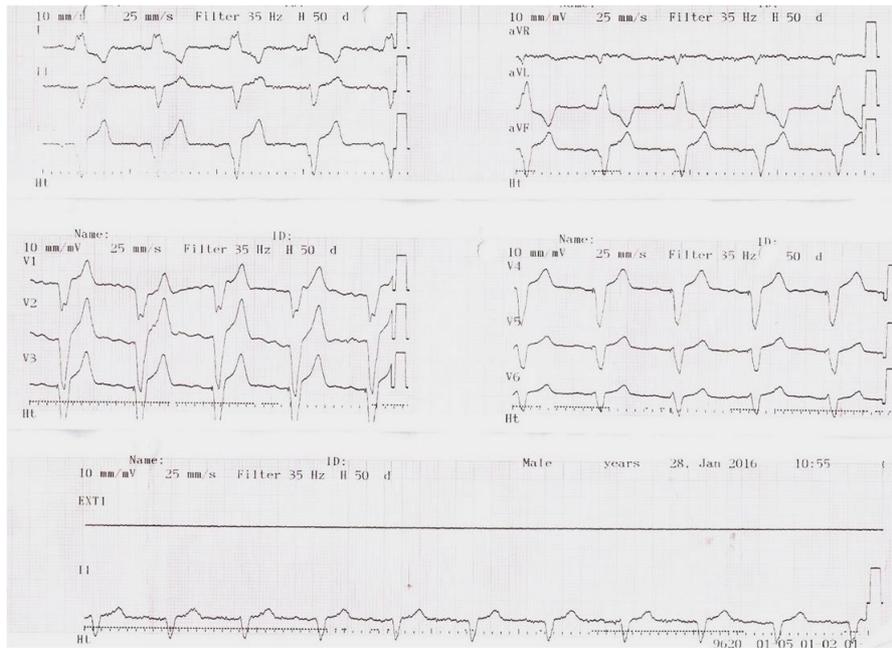
- Dentro de límites normales.

Ante el rechazo del paciente al procedimiento quirúrgico, se realiza ateneo de decisión conjunto, servicio de Hemodinamia y médicos de sala contemplando el riesgo quirúrgico del paciente decidiéndose implantación de válvula aórtica transcatóter.

Secundario a cuadro sincopal, y no pudiéndose descartar que el origen del mismo sea debido a bloqueo de alto grado en un paciente en plan de TAVI, se decide colocación de MCP definitivo.

El día 27/01 se implanta MCP DDD en forma exitosa, sin complicaciones.

ECG post implantación de MCP



En continuación de estudios pre quirúrgicos se realiza *CCG diagnóstica*

Conclusiones:

- ❖ Arteriosclerosis coronaria.
- ❖ Enfermedad angiográficamente significativa de tres vasos; arteria descendente anterior ocluida en su nacimiento, arteria circunfleja ocluida en porción AV, arteria coronaria derecha ocluida en su nacimiento.
- ❖ Lesión severa en puente aorto-coronario a coronaria derecha.
- ❖ Puente venoso a descendente anterior permeable.
- ❖ Se observa un tercer puente venoso que se encuentra ocluido.

Por evolución clínica estable, el día 03/02 se decide alta hospitalaria y seguimiento ambulatorio en plan de TAVI.

- Tratamiento al alta
 - Aspirina 100mg por día
 - Atorvastatina 20mg por día
 - Furosemida 40mg por día
 - Enalapril 2,5 mg cada 12 hs
 - Carvedilol 12,5mg cada 12 hs
 - Metformina 850mg cada 12 hs

Internación en UCO y Sala de Cardiología 15/02/16

El día 15-02-16 consulta nuevamente a guardia externa por presentar dos episodios de pérdida brusca y transitoria de la conciencia mientras realizaba actividades cotidianas. Se interpreta como síncope de alto riesgo, por lo cual se decide pase a Unidad Coronaria.

Durante internación en UCO se interroga MCP descartándose evento arrítmico.

El día 26-02 presenta nuevo episodio de síncope en reposo. Por presentar síncope a repetición, se decide realizar valvuloplastia aórtica con balón con el objetivo de lograr estabilidad clínica y hemodinámica como puente al tratamiento definitivo.

Valvuloplastia aórtica 10/03/16

- Con gradiente basal de 60mmHg, se realizan 2 insuflaciones con balón con 22cm³ a nivel de la válvula aórtica. Se constata posteriormente gradiente valvular 40mmHg. Se realiza nueva valvuloplastia con balón con 25cm³. Gradiente valvular residual: 5 mmHg.
- Aortograma torácico: aorta no dilatada. Insuficiencia valvular aórtica grado leve.

Durante mismo procedimiento se colocan stent x 2 a puente venoso de coronaria derecha, exitoso.

Ecocardiograma postvalvuloplastia

DDVI cm	DSVI cm	SIV cm	PPcm
4,5	4,7	1,29	0,78

- Deterioro leve a moderado de la función sistólica global. Aquinesia inferior y posterior.
- Patrón de llenado de tipo relajación prolongada.
- Cavidades derechas no dilatadas. Se observa cable de MCP en cavidades derechas.
- Esclerocalcificación valvular aórtica con reducción de gradientes con respecto a estudio previo. Gradiente máximo 31,8mmHg, medio 19,2mmHg. Velocidad pico 2,82m/s. Insuficiencia leve.
- Insuficiencia mitral leve.
- Insuficiencia tricuspídea leve que no permite estimar la PSAP.
- No se observa derrame pericárdico.

Por evolución clínica y hemodinámica estable, sin presentar síntomas durante su internación se otorga el alta hospitalaria el día 11/03/16 en seguimiento por servicio de Hemodinamia en plan de TAVI.

Internación programada 30/06/16 al 04/07/16

Se interna en forma programada para implante percutáneo valvular.

TAVI 30/06/16

Bajo anestesia general se realiza disección de arteria femoral derecha y se coloca introductor. Se realiza punción de arteria femoral izquierda colocándose introductor. A través introductor femoral derecho se transpone plano valvular aórtico, se realiza intercambio por cuerda Amplatz. A través de introductor de femoral izquierda se progresa catéter pig tail y se posiciona en aorta ascendente(seno no coronario). Se progresa sobre cuerda Amplatz balón N°25, y se realiza valvuloplastia aórtica en forma exitosa. Se retira balón y se progresa válvula aortica percutánea ACURATE neo talla M. Se libera la válvula en forma exitosa.

- Se realiza medición de gradientes: 3mmHg.
- Aortograma insuficiencia valvular mínima.

Ecocardiograma post TAVI

DDVI cm	DSVI cm	SIV cm	PP cm
5,5	-	1,38	0,76

- Función sistólica globalmente conservada. FEY 57%.
- Patrón de llenado de tipo relajación prolongada.
- Raíz de aorta de tamaño conservado.
- Prótesis biológica en posición aórtica con leve insuficiencia protésica (central). Gradiente máximo 9,4mmHg, medio 5,06mmHg. Velocidad pico 1,53m/s. No se observa leak.
- No se observa derrame pericárdico.

No presenta complicaciones post procedimiento. Evoluciona estable, asintomático por lo que es dado de alta el día 04/07 en seguimiento por consultorio de Hemodinamia. Hasta la actualidad asintomático.

Tratamiento al alta

- Aspirina 100mg /día
- Clopidogrel 75 mg/ día
- Atorvastatina 20 mg / día
- Carvedilol 6,25 mg / día
- Metformina 850mg c 12 hs

Grilla de laboratorio

	05/01/2016	15/02/2016	30/06/2016
Hto	42	35	36
GB	7300	5700	4200
Plaquetas	210000	229000	146000
Glucemia	317	157	128
Urea	40	56	39
Creat	1,05	1,05	0,89
TP/kptt/RIN	86/25/1	84/32/1	73/35/1,2
Ionograma	138/4,2/100	137/3,6/96	142/4,4/102
Hepatograma BT/BD/GOT/GPT	0,88/0,19/55/54	0,95/0,31/23/16	1,7/0,55/25/23
CK	110	116	