

# Ateneo Clínico

02/12/15

Carolina Pappalettere

Residencia de cardiología

Hospital C. Argerich

<b>Paciente: Q.D.</b>	<b>Edad: 45</b>
Sexo: Masculino	Fecha de ingreso: 26/10/15 Actualmente internado

- **Motivo de consulta:** Disnea.
- **Enfermedad actual:** Paciente con antecedente de miocardiopatía dilatada isquémico necrótica que refiere comenzar hace un año con disnea que progresa a CF III. Por tal motivo consulta el 15/09 a cardiólogo en Hospital de San Miguel quien solicita estudio de perfusión miocárdica de manera ambulatoria por presentar dolores precordiales incharacterísticos en CF variable.  
El día 19/10 concurre a nuestro hospital para realización de SPECT, presentando en el reposo disnea CF IV por lo cual es derivado a guardia externa. Se interpreta allí cuadro como shock cardiogénico, se inician inotrópicos por 24 horas y diuréticos en bolo, con buena respuesta. El día 26/10 se decide su pase a sala de cardiología.

### **Antecedentes de enfermedad actual:**

- **Probable IAM no Q** en 2013 con tratamiento médico.
- **Miocardiopatía dilatada interpretada como isquémico-necrótica.** Hace un año inicia con disnea que progresa paulatinamente hasta CF III. En seguimiento en Hospital de San Miguel y evaluado en 2 oportunidades en consultorio externo de este hospital.
- **Perdida de aproximadamente 90 kg en un año.**

- **Factores de riesgo cardiovascular:**

- Obeso (IMC:48). Actualmente IMC:17
- Ex tabaquista: 40 cigarrillos/día

- **Medicación habitual:**

- AAS 100mg día, vía oral.
- Furosemida 40 mg día, vía oral
- Carvedilol 12,5 mg por la mañana y 6,25 mg por la tarde, vía oral.

**Exámenes complementarios previos:**

- **Ecocardiograma (14/11/14):**

DDVI: 65 mm	DSVI: 61 mm	SIV: 8 mm	PP: 6 mm	AD: 25 cm	AI: 28 cm
-------------	-------------	-----------	----------	-----------	-----------

- Ventrículo izquierdo dilatado con grosor parietal normal. Hipocinesia global severa.
- Disfunción sistólica severa. Patrón de llenado restrictivo.
- Aurícula izquierda levemente dilatada.
- Presión sistólica pulmonar normal a levemente elevada.
- Ventrículo derecho dilatado con disfunción sistólica.
- Aurícula derecha levemente dilatada.
- Válvulas morfológicamente normales sin evidencia de disfunción.
- Derrame pericárdico severo, sin evidencias ecocardiográficas de taponamiento.

**Examen físico de ingreso a la sala de cardiología (26/10/15)**

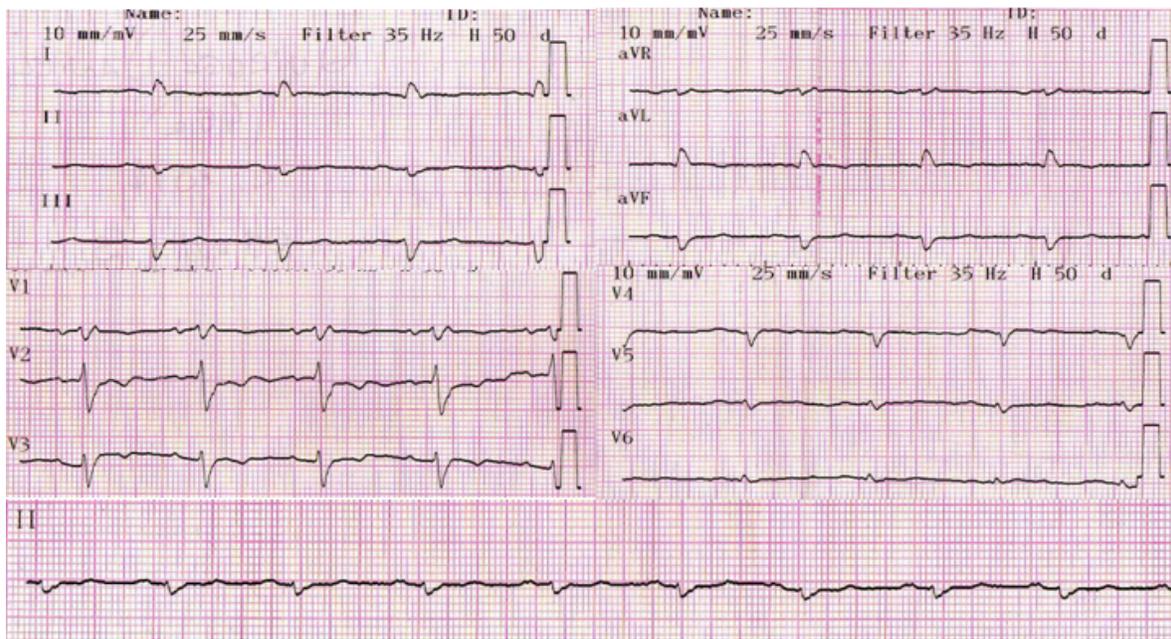
TA: 143/96 mmHg	FC: 62 l.p.m.	FR: 20 c.p.m.	T: 36° C	Sat: 96%
-----------------	---------------	---------------	----------	----------

- **Aparato cardiovascular:** adecuada perfusión periférica. IY 1/3 con colapso inspiratorio. No presenta RHY. Pulsos regulares, simétricos y disminuidos. R1 y R2 en 4 focos, silencios libres.
- **Aparato respiratorio:** buena mecánica ventilatoria, crepitantes en base izquierda.
- **Abdomen:** blando, depresible, doloroso en flanco izquierdo, RHA presentes.
- **Neurológico:** lucido, debilidad en 4 miembros a predominio de miembros superiores.
- **Piel y TCS:** piel indurada con disminución de pliegue cutáneo, lesiones en abdomen en "sal y pimienta", maculas hipopigmentadas de contornos irregulares en frente y zona de implantación pilosa, microstomía, facies de "pájaro".

**Rx de ingreso a la sala (26/10/15)**



### ECG de ingreso a la sala (26/10/15)



### Evolución en sala de cardiología del 26/10/15 al 02/12/15

- **Aspecto cardiológico:** Evoluciona sin nuevos episodios de disnea. Realizó balance negativo con diuréticos con adecuada respuesta, hasta llegar a suspender los mismos. Para evaluar etiología de miocardiopatía y por sospecha de patología reumatológica (*esclerodermia*) se realiza cateterismo izquierdo, derecho y test de frío, ya que presentaba fenómeno de Raynaud.
- Por presentar trombo en VI se inicia anticoagulación con acenocumarol.

- **Aspecto infectológico:** Al ingreso a sala presentó dos registros febriles asociados a edema y dolor testicular. Se realizó ecografía testicular con posterior interconsulta con servicios de urología e infectología interpretándose el cuadro como orquiepididimitis por lo que cumple tratamiento antibiótico con ciprofloxacina con buena respuesta.
- **Aspecto reumatológico:** Se realiza interconsulta con servicio de dermatología, quienes evalúan al paciente y realizan toma de biopsia de piel interpretando el cuadro como **esclerodermia**.
- También es evaluado por servicio de reumatología quienes sugieren realizar panel de anticuerpos, enzimas musculares, electromiograma y TAC de torax ya que el paciente presentaba manifestaciones reumatológicas heterogéneas.
- El día 18/11 se decide su pase a clínica médica y seguimiento conjunto con servicio de cardiología.

### Exámenes complementarios

#### SPECT

- Reposo: aperfusión anterior, septal y lateral apical. Hipoperfusión severa anterior y anterolateral medioventricular, basal y del ápex.
- Gated: Fey 24%, VFD 199 ml, VFS 151 ml, hipocinesia severa anterior, lateral y del ápex sin engrosamientos.
- Score de reposo: 27
- Conclusión: el estudio en reposo evidencia secuela de necrosis extensa probables territorios de arterias DA y/o CX. El análisis de la motilidad y el engrosamiento sugiere ausencia de viabilidad clínicamente significativa. FVI severamente deprimida con severo aumento de volúmenes.

#### Ecocardiograma transtorácico (27/10/15)

DDVI: 68 mm	DSVI: 59 mm	SIV: 8 mm	PP: 8 mm	AD: 22 cm	AI: 26 cm
-------------	-------------	-----------	----------	-----------	-----------

- VI dilatado. Aquinesia ínfero-latero-dorsal. Hipoquinesia difusa del resto de segmentos. Trombo mural apical, función sistólica severa, FEy 17%.
- Patrón diastólico mitral restrictivo.
- AI dilatada.
- Hipertensión pulmonar leve (PSAP 37 mmHg)
- VD dilatado con hipoquinesia de su pared libre. TAPSE y velocidades tisulares reducidas.
- VCI dilatada con colapso inspiratorio menor del 50%.
- AD levemente dilatada.
- Leve reflujo mitral y tricuspideo.
- Derrame pericárdico circunferencial moderado. Derrame pleural izquierdo.
- **Cateterismo izquierdo y derecho**

Gasto cardiaco	2.35 lt/min
Índice cardiaco	1.38 lt/min/m <sup>2</sup>
Tensión arterial (media)	100/63 (75) mmHg
Presión arteria pulmonar (media)	25/17 (20) mmHg
Presión capilar pulmonar	16 mmHg
Aurícula derecha	13 mmHg
Resistencia venosa sistémica	2100 dn-s/cm <sup>5</sup>
Resistencia venosa pulmonar	136 dn-s/cm <sup>5</sup>

Conclusiones: -Arterias coronarias sin lesiones angiográficamente significativas.

- Función sistólica del VI severamente deteriorada.

- Volumen minuto e índice cardiaco disminuidos

- **Proteinograma electroforético:**

- Hipoproteinemia severa
- Hipoalbuminemia marcada
- Hiper gammaglobulinemia de tipo policlonal

- **Espirometría:** patrón no obstructivo moderado

- **Electromiograma:** signos electromiográficos de compromiso miopático proximal. Neuroconducción normal. Sin patrón neurógeno axial.

- 

- **TAC de torax:** derrame pleural bilateral. Derrame pericárdico. Atelectasia en LII. Escasa cantidad de líquido perihepático. Aumento difuso de la densidad de la grasa del TCS.

**Perfil reumatológico:**

anticuerpos	resultado
Anti Ro	negativo
Anti La	negativo
Anti Sm	negativo
Anti RNP	positivo
Anti Scl70	negativo
Anti Jo 1	negativo

**Enzimas musculares:**

CK: 114

Aldolasa: dentro de parámetros normales

### **Medicación en la Sala de Cardiología**

- Omeprazol 20 mg día, vía oral
- Bisoprolol 2,5 mg día, vía oral
- Enalapril 5 mg día, vía oral
- Eplerenona 25 mg día, vía oral
- Acenocumarol 1 mg día, vía oral
- Dolofrix 1 comprimido cada 12 horas, vía oral

### **Laboratorio**

	19/10(guardia)	26/10(ingreso)	02/11	17/11
HTO	42	42	38	36
GB	6100	6400	5900	4900
plaquetas	173000	151000	163000	141000
glucemia	69	74	87	70
urea	36	30	25	34
creatinina	0,76	0,74	0,9	0,84
TP/kpft/RIN		18/-/4,5	180/53/12	29/50/2,7
ionograma	136,5/4,2/99	135/3,5/98	130/4,6/94	137/4,7/100
BT/BD/Got/ Gpt		0,7/0,4/15/8	0,4/ 16/6	1,4/0,9/15/8
LDH	385	316		
Pro-BNP		8215		
PCR/VSG		49,7/30		