



Ateneo Clínico

24/08/16

Negrete Alejandro

Residencia de cardiología

Hospital Dr. Cosme Argerich

Paciente: I. M.

Edad: 20 años

Sexo: Femenino

Ingreso: 01/07/16

Egreso: 26/07/16

MOTIVO DE CONSULTA: perdida de la conciencia

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente con antecedentes de Miocardiopatía Hipertrófica (MCPH) diagnosticada a los 14 años e implante de CDI en el 2013 por prevención secundaria por síncope asociado a antecedentes familiares de muerte súbita. Consulta a guardia externa de este Hospital el 27/06 por síncope en reposo, sin pródromos.

A su ingreso se realiza interrogatorio de CDI que evidencia descarga apropiada de FV precedida de FAARV, por lo cual se decide medicar con Amiodarona. La paciente permanece en Shock Room por falta de disponibilidad de camas en UCO.

El 29/06 presenta nuevo episodio de descarga del CDI por FV desencadenada por FAARV según interrogatorio de dispositivo por servicio de Electrofisiología. Por lo tanto, se indica nueva dosis de carga de amiodarona. El 01/07 pasa a UCO para control evolutivo.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

- No refiere

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

- Miocardiopatía Hipertrófica diagnosticada a los 14 años en contexto de síncope de esfuerzo.
- Implante de CDI por prevención secundario (2013) con requerimiento de recambio del mismo por infección del bolsillo.
- Descargas apropiadas del CDI en forma esporádica durante seguimiento.

OTROS ANTECEDENTES:

- Tocoginecológicos: 1 hijo de 3 años.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Dos hermanos fallecidos por muerte súbita a los 10 y 28 años.

- Madre y hermana con diagnóstico de MCPH mediante screening familiar, asintomáticas.

MEDICACION HABITUAL:

- Atenolol 25mg cada 12hs, vía oral.
- Espironolactona 25mg por día, vía oral.
- AAS 100mg por día, vía oral.
- (Tratamiento abandonado hace dos años).

EXAMEN FISICO - INGRESO A UCO 01/07/16

TA: 110/70mmHg

FC: 60 lpm

FR: 14 cpm

Sat: 99% (FiO₂: 0,21)

T: 36,4 °C

Cardiovascular: Buena perfusión periférica, pulsos regulares y simétricos, Sin IY. Latido apexiano en 5to EIC LMC, R1 y R2 en 4 focos normofonéticos, silencios libres.

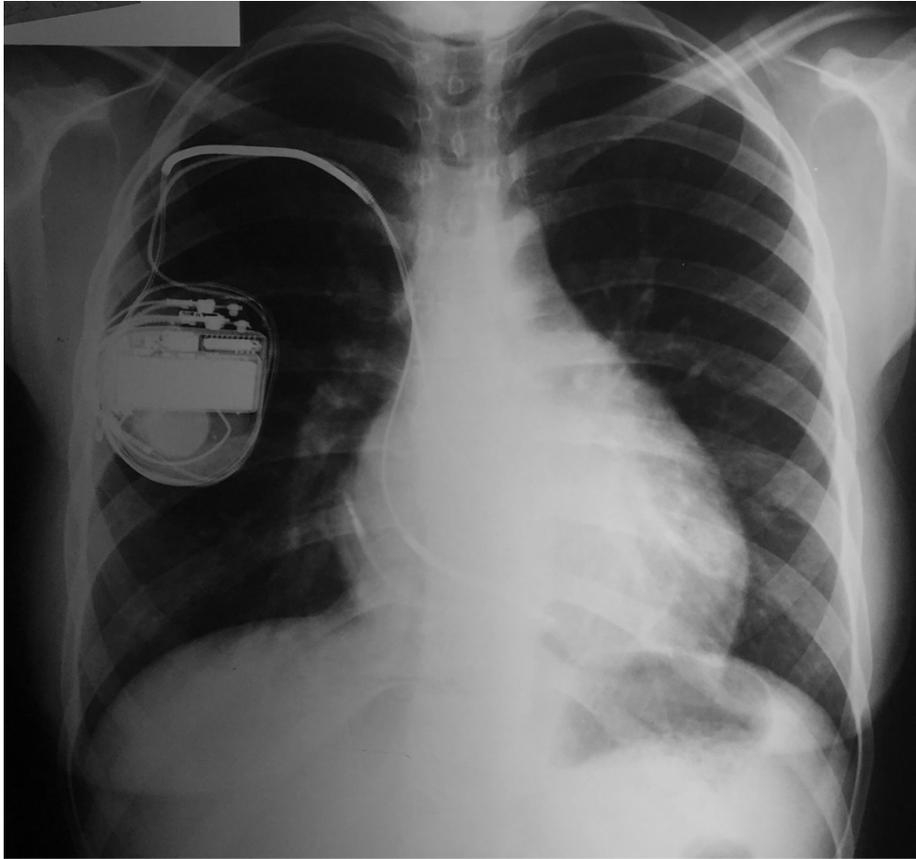
Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.

Abdomen: Blando, depresible e indoloro con RHA positivos.

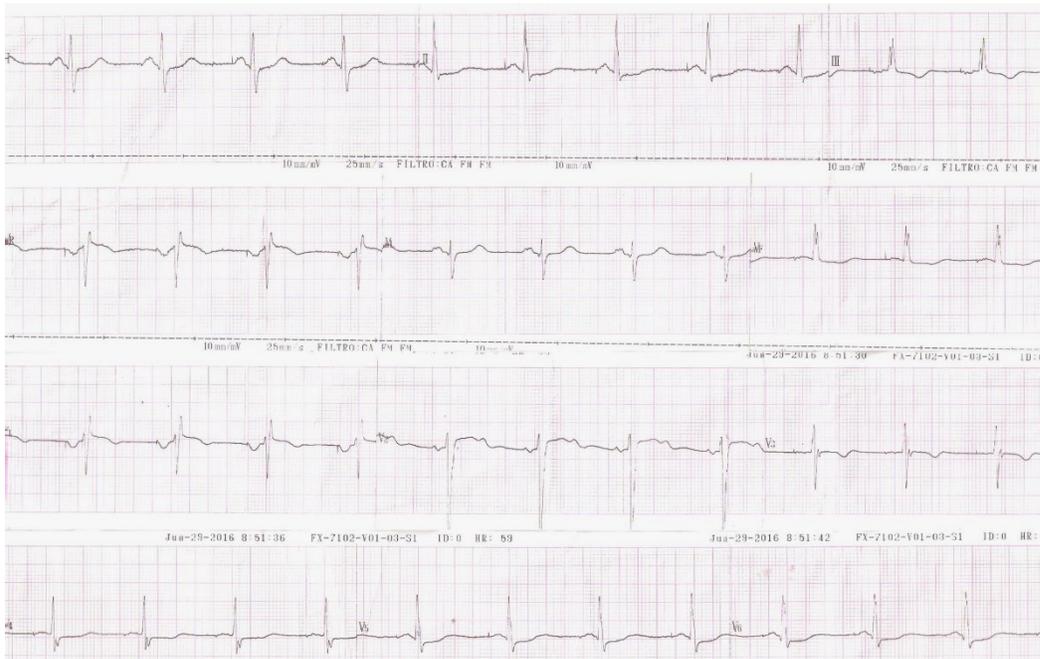
Neurológico: Lúcido, sin signos de foco motor ni sensitivo.

Piel y Partes blandas: sin edemas periféricos, resto sin particularidades.

Rx de tórax I.M. - Ingreso 01/07/16



ECG I.M. - Ingreso UCO 01/07/16



EVOLUCIÓN EN UCO 01/07 /16 AL 03/07/16

- La paciente evoluciona en UCO hemodinamicamente estable, sin interurrencias.
- Se realiza ecocardiograma control.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO 01/07/16

<u>DDVI:</u> 40mm	<u>DSVI:</u> 29mm	<u>SIV:</u> 21 mm	<u>PP:</u> 11 mm	<u>AI</u> 34cm ²	<u>AD</u> 23cm ²
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

- MCPH asimétrica septal con predominio del septum medial anterior, pared anterior y lateral, sin obstrucción al tracto de salida. Índice de masa 171,62 g/m². Fey 59%.
- Flujo mitral trifásico con onda L, por aumento de las presiones de llenado. IM leve.
- Strain longitudinal muy disminuido en los segmentos basal septal y lateral (-9%) que podría corresponder a la localización de fibrosis miocárdica. Dilatación biauricular, correspondiente a miocardiopatía hipertrófica con fisiología restrictiva. Dilatación de orejuela izquierda.
- Hipertrofia de VD, pared anterior de 9mm. Función conservada.
- HTP moderada 43mmHg. Imagen filamentososa unida a catéter de CDI en AD de 1,6 por 0,3cm que podría corresponder a trombo.

EVOLUCIÓN EN SALA 04/07/16 - 07/07/16

- Se inicia tratamiento anticoagulante por trombo en AD. El 04/07 por buena evolución, se decide su pase a sala de cardiología.
- Se realiza nuevo ecocardiograma con estimulación de VD con fines de evaluar compromiso de la sincronía interventricular, sin cambios significativos.

Preestimulación	Postestimulación
VTI aórtico 21,9cm Fey 58%	VTI aórtico 23,5cm Fey 59% Sincronía Interventricular conservada

- El 7/07 se decide otorgar el alta Hospitalaria con seguimiento ambulatorio conjunto por consultorio de Miocardiopatías Hipertróficas y Electrofisiología.

Tratamiento al alta

- 1) Bisoprolol 5mg por día, vía oral.
- 2) Amiodarona 400mg por día, vía oral.
- 3) Acenocumarol según cartilla de Hematología.

Laboratorios

	01/07/16	06/07/16
Hto	41	45
GB	10800	6900
Plaq	268000	268000
Gluc	105	122
Urea/Creatinina	30/0,88	26/0.90
TP/KPTT/RIN	99/44/0,9	19/51/3,8
Na/K/Cl/Ca	142/4/102	144/4/101
pH/HCO3	7,40/23	7,35/28
HCG Subunidad Beta:	negativa	

SEGUIMIENTO AMBULATORIO:

Control 19/08/16

- Interrogatorio de CDI: sin nuevos episodios arrítmicos.
- Ecocardiograma: persistencia de imagen compatible con trombo en AD, resto sin cambios.
- Coagulograma: TP 26% /KPTT 40seg / RIN 2,83.
- Determinación de mutaciones en el gen de (GLA): sin evidencia para el diagnóstico de FABRY.