

Paciente: P.A.

Edad: 53 años

Sexo: Masculino

Ingreso: 19/09/14

Egreso: 27/09/14

Motivo de Ingreso: Recambio de marcapasos por resincronizador.

Enfermedad actual: Paciente con antecedentes de aleteo auricular (AA)/ fibrilación auricular (FA) refractaria a tratamiento médico que requirió ablación del nodo aurículo ventricular (NAV) y colocación de marcapasos se interna de manera programada para recambio de marcapasos por resincronizador.

Antecedentes de enfermedad actual

Factores de riesgo cardiovasculares:

Sedentario

Ex tabaquista 40 paquetes año

Hipertensión arterial

Sobrepeso

Antecedentes:

ACV isquémico en el año 2000 secundario a FA paroxística, por lo que se indicó tratamiento anticoagulante.

Taquicardiomiopatía por aleteo auricular en seguimiento en hospital Santojanni ablacionado en 2004 con posterior normalización de función y diámetros ventriculares.

Ecocardiograma 09/09/04

DDVI 78 mm, DSVI 64 mm, FAC 13%, SIV 0,6 cm, PP 0,7 cm.

Sin alteraciones valvulares.

Pericardio libre.

Evoluciona nuevamente con FA paroxística de alta respuesta ventricular motivo por el que es derivado en el año 2005 a servicio de electrofisiología de este hospital.

Informe ecocardiograma P.A. 08/09/2005

| <u>DDVI</u> | <u>DSVI</u> | <u>FAC</u> | <u>SIV</u> | <u>PP</u> |
|-------------|-------------|------------|------------|-----------|
| 59 mm | 41 mm | 30 % | 1,0 cm | 0,9 cm |

- Función sistólica del ventrículo izquierdo conservada.
- Sin alteraciones segmentarias de la contracción.
- Área aurícula izquierda 20 cm².
- Área aurícula derecha 19 cm².
- No presenta alteraciones valvulares.
- Pericardio libre.

Evoluciona con FA persistente con mal manejo de la FC con tratamiento médico por lo que se decide su ablación por radiofrecuencia mediante la técnica Atricure.

Intercurre al mes de la ablación con nuevos episodios de FA, intentándose en múltiples ocasiones cardioversión eléctrica y farmacológica sin éxito, por lo que se asume FA permanente.

Debido a mala respuesta (imposibilidad de control de la frecuencia cardiaca) en el año 2005 se realiza ablación del nodo aurícula ventricular (NAV) y colocación de marcapasos (MCP) VVI.

Posterior a la colocación del marcapasos presenta disnea progresiva hasta CF II, con un marcado deterioro de la función ventricular.

Se ajusta tratamiento médico con mejoría parcial de la sintomatología.

En el año 2014 se constata en consultorio agotamiento de batería de marcapasos, se decide colocación de resincronizador, por que se interna en sala de cardiología el 19/09/2014.

Examen físico al ingreso a sala 19/09/14

| | | | |
|------------------------|----------------------|-----------------------|-------------------|
| <u>TA:</u> 150/90 mmHg | <u>FC:</u> 60 l.p.m | <u>FR:</u> 12 c.p.m | <u>T:</u> 36,2°C |
| | <u>PESO:</u> 97,5 kg | <u>ALTURA:</u> 1,84 m | <u>IMC:</u> 28,79 |

Ap. Cardiovascular: R1 R2 en 4 focos, silencios impresionan libres, ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio, sin reflujo hepatoyugular.

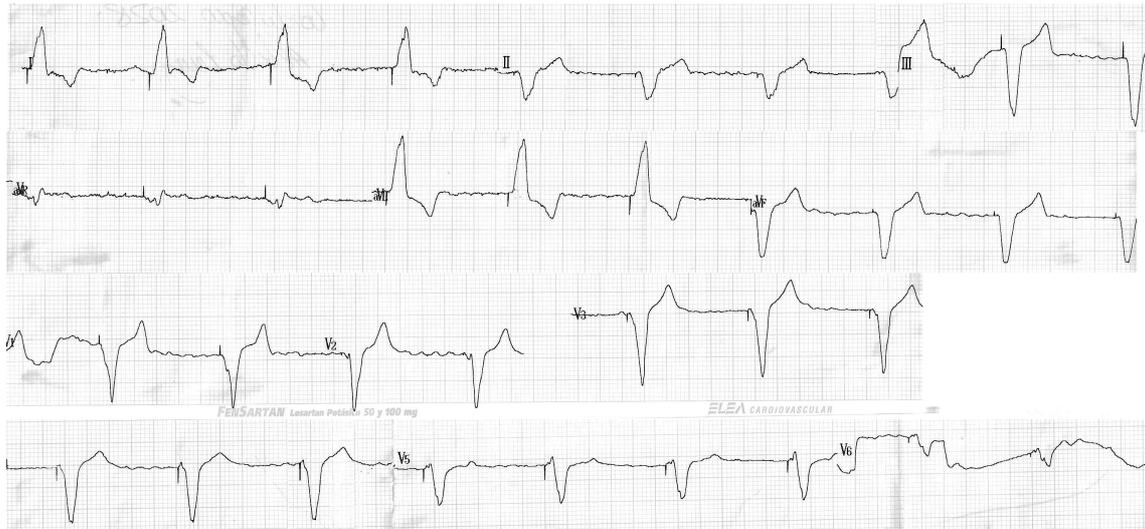
Ap. Respiratorio: Buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.

Abdomen: Blando, depresible, indoloro, RHA (+), hígado y bazo no se palpan.

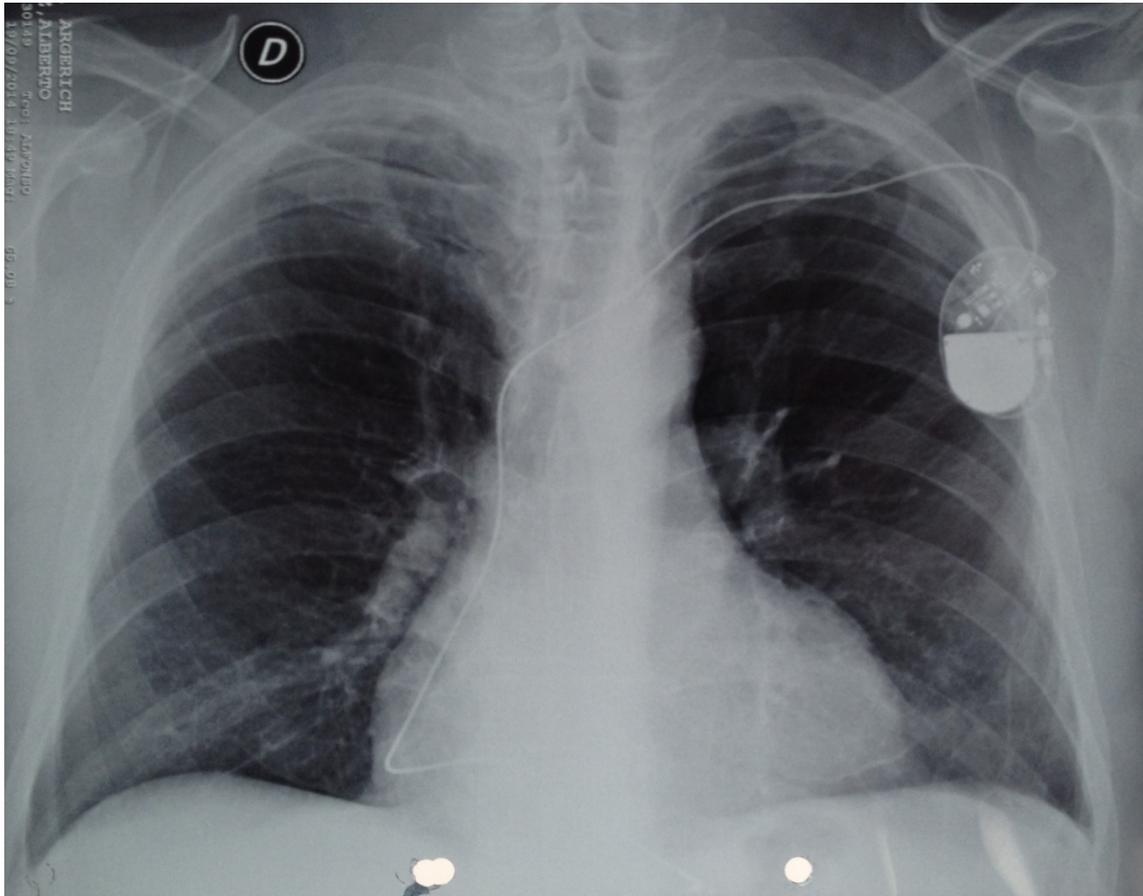
Neurológico: Paciente lúcido, sin signos meníngeos ni foco motor.

Piel y partes blandas: Buena perfusión periférica, sin edemas.

ECG ingreso P.A. sala 19/09/14



Rx ingreso P.A. sala 19/09/14



Evolución en sala 19/09/14 al 26/09/14

Se suspende acenocumarol y se indica enoxaparina.

El 24/09/16 se realiza ecocardiograma.

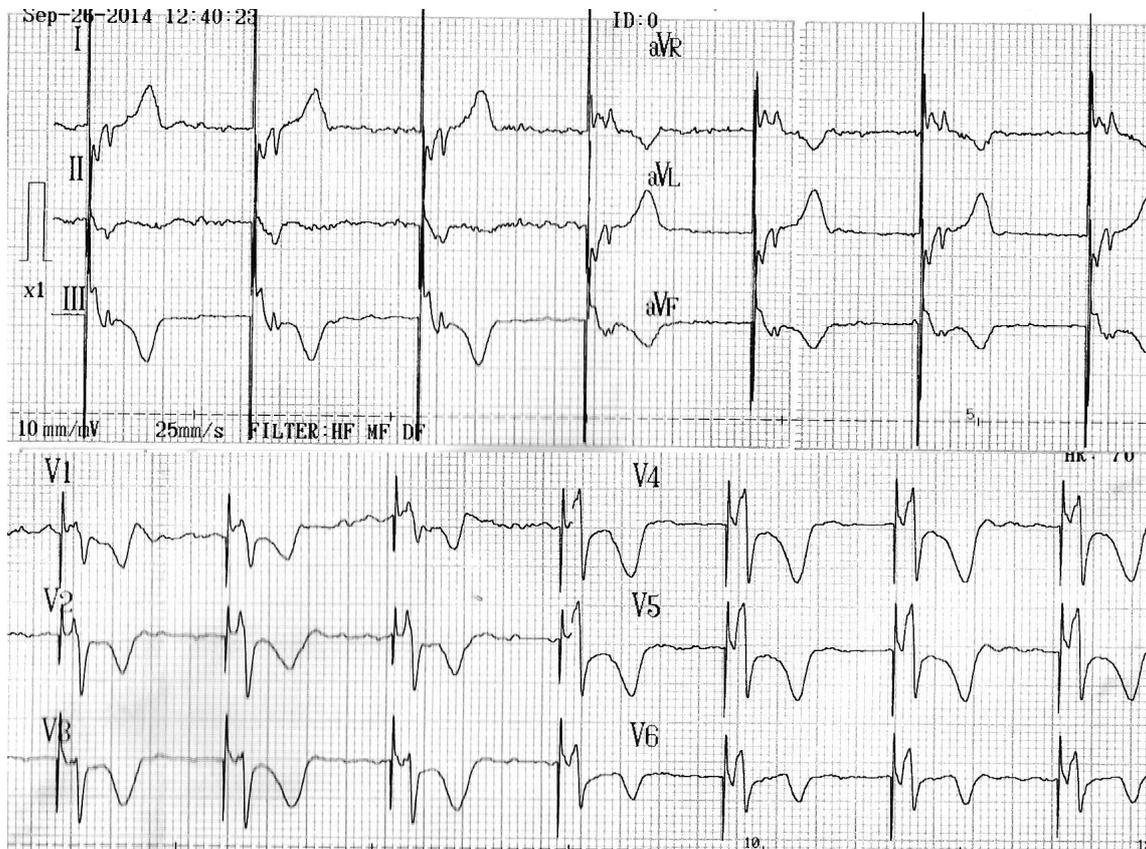
Es intervenido el 26/09/16 sin complicaciones.

Informe ecocardiograma P.A. 24/09/14

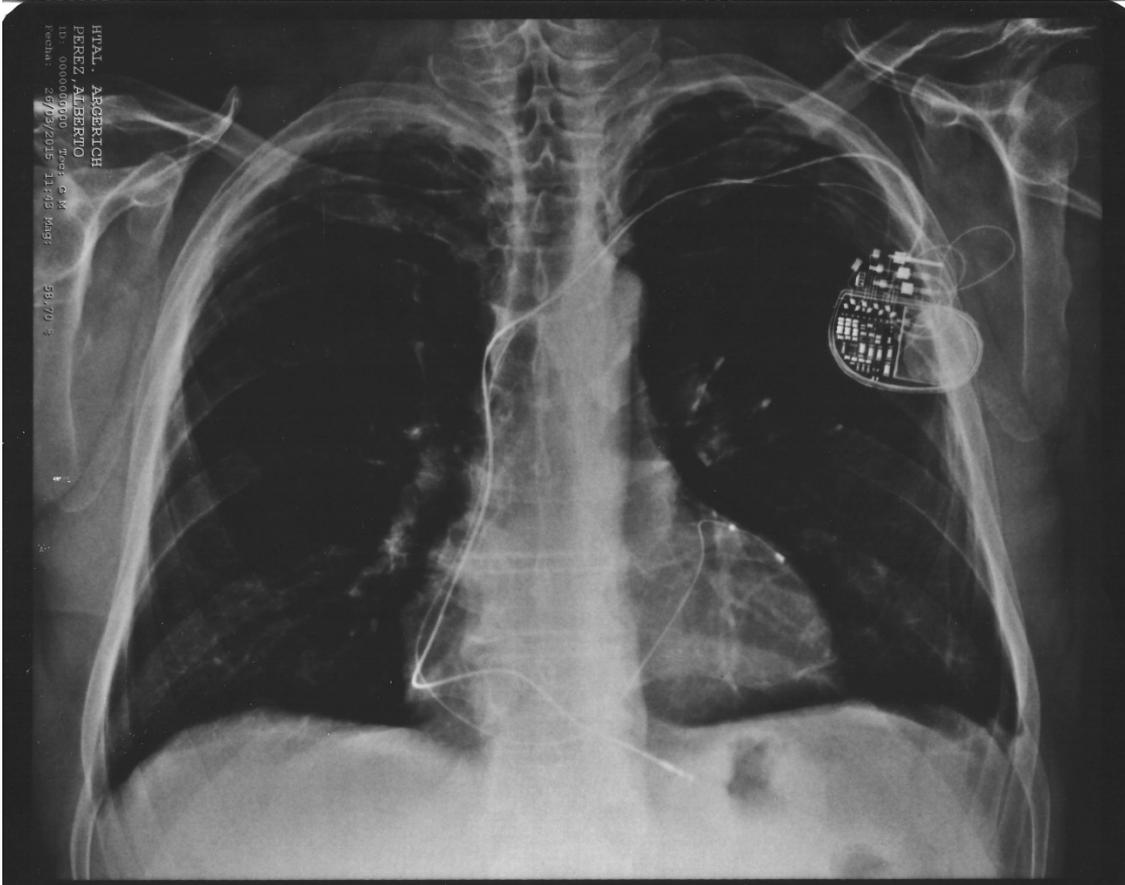
| <u>DDVI</u> | <u>DSVI</u> | <u>FAC</u> | <u>SIV</u> | <u>PP</u> |
|-------------|-------------|------------|------------|-----------|
| 60 mm | 45 mm | 25 % | 1,1 cm | 0,8 cm |

- Hipoquinesia global.
- Disfunción sistólica moderada a severa.
- Aurícula izquierda 28,9 cm².
- Aurícula derecha 22,8 cm².
- Ventriculo derecho levemente dilatado, con grosor parietal normal y disfunción sistólica (S'7cm/s). Se observa catéter.
- Leve dilatación de raíz aortica.

ECG TRC P.A. sala 26/09/14 post TRC



Rx ingreso P.A. sala 26/09/14 post TRC



Evolución en sala del 26/09/14 al 27/09/14

Evolucionó favorablemente, sin complicaciones del procedimiento.

Se decide alta hospitalaria y seguimiento ambulatorio.

Laboratorio

| | <u>Ingreso 19/09</u> | <u>25/09</u> | <u>Egreso 27/09</u> |
|------------------------------|----------------------|--------------|---------------------|
| Hematocrito | 43 | 49 | 46 |
| GB | 8100 | 7900 | 13700 |
| Plaquetas | 156000 | 181000 | 157000 |
| Glucosa | 102 | 129 | |
| Urea | 35 | 47,7 | |
| Creatinina | 0,87 | 1,04 | |
| Hepatograma BT/BD/GOT/GPT | | 0,7/-/82/138 | |
| TP/KPTT/RIN | 38/30/2,03 | 82/25/1,14 | |
| Ionograma | 145/3,5/109 | 132/5,0/92 | |
| TSH | 3,5 mIU/L | | |

Seguimiento ambulatorio del 27/09/14 al 17/08/16

Presenta mejoría sintomatológica de su insuficiencia cardiaca, actualmente en CF I.

Se realiza ecocardiograma control a los 3 meses del implante del resincronizador.

Informe ecocardiograma P.A. 15/12/14

| <u>DDVI</u> | <u>DSVI</u> | <u>FAC</u> | <u>SIV</u> | <u>PP</u> |
|-------------|-------------|------------|------------|-----------|
| 62 mm | 44 mm | 29 % | 1,2 cm | 0,8 cm |

- Función sistólica del VI conservada. Fey 50%.
- No se encontró dissincronía significativa interventricular, inter aurículo ventricular y un leve retraso, no significativo, a nivel posterior basal.
- Aurícula izquierda 4,9 cm.
- Leve dilatación raíz aortica.
- Con el marcapaseo exclusivo del ventrículo derecho se observa disminución de la deformación longitudinal global a predominio de las paredes inferior y posterior con retraso de la contracción en dichas paredes evaluado por strain longitudinal y Doppler tisular y Fey global de 43%.

Informe ecocardiograma P.A. 11/02/16

| <u>DDVI</u> | <u>DSVI</u> | <u>FAC</u> | <u>SIV</u> | <u>PP</u> |
|-------------|-------------|------------|------------|-----------|
| 57 mm | 38 mm | 33 % | 0,8 cm | 0,9 cm |

- Función sistólica del ventrículo izquierdo globalmente conservado. Fey 57%.

- Aurícula izquierda 31,8 cm². Aurícula derecha 24,3 cm².
- Ventrículo derecho de tamaño y función conservada.
- Insuficiencia tricuspídea leve. PSAP 29 mmHg.
- Se efectuaron modificaciones de parámetros de resincronización obteniéndose los siguientes resultados:
- Con resincronizador VTI TSVI 14,5 cm, PPEy derecho 100 mseg, PPEy izquierdo 116 mseg.
- Con MCP de VD unicameral VTI 14,3 cm, PPEy derecho 111 mseg, PPEy izquierdo 161 mseg.