



Ateneo clínico

Hospital C. Argerich

Residencia de cardiología

Carolina Pappalettere

Paciente: S.M.

Edad: 26 años

Sexo: femenino

Fecha de ingreso: 15/06/16

Fecha de egreso: 27/06/16

- **Motivo de consulta:** Progresión de disnea habitual.
- **Enfermedad actual:** Paciente con antecedentes de malformación congénita compleja con requerimiento de cirugía de corrección en la infancia. Consulta por progresión de disnea habitual de CF I a III/IV de un mes de evolución en contexto de abandono de anticoagulación. Realiza consulta a médica cabecera quien decide realizar centellograma V/Q que resulta sugestivo para tromboembolismo pulmonar por lo cual se decide su internación en unidad coronaria.

Antecedentes

- **Factores de riesgo cardiovascular:** sedentaria.
- **Antecedentes cardiovasculares:**
- Cardiopatía congénita:
 - Comunicación interauricular
 - Comunicación interventricular
 - Atresia tricuspídea
 - Transposición de grandes vasos
 - Estenosis subpulmonar
- Cirugías (Htal. Garrahan):
 - Anastomosis subclavio pulmonar izquierda (Blalock Taussig) a los 2^o meses.
 - Derivación cavopulmonar (Glenn) y atriopulmonar (Fontan) a los 5 años.

- Accidente isquémico transitorio hace 1 año por lo cual se indicó anticoagulación, actualmente sin tratamiento.

- **Otros antecedentes:**

- hipotiroidismo

Exámenes complementarios previos

- **Ecocardiograma doppler (07/08/15):**

Atresia tricuspídea tipo IIb. Glenn y anastomosis atriopulmonar permeables y normo funcionantes con velocidades 0,5 m/s y 0,4 m/s. Fracción de eyección 49%. Patrón de relajación prolongada. Onda S 0,10 m/s. Válvula mitral competente.

- **Holter (21/04/15):** ritmo sinusal. Total de extrasístoles ventriculares: 118 (prematividad 25%).

Medicación habitual

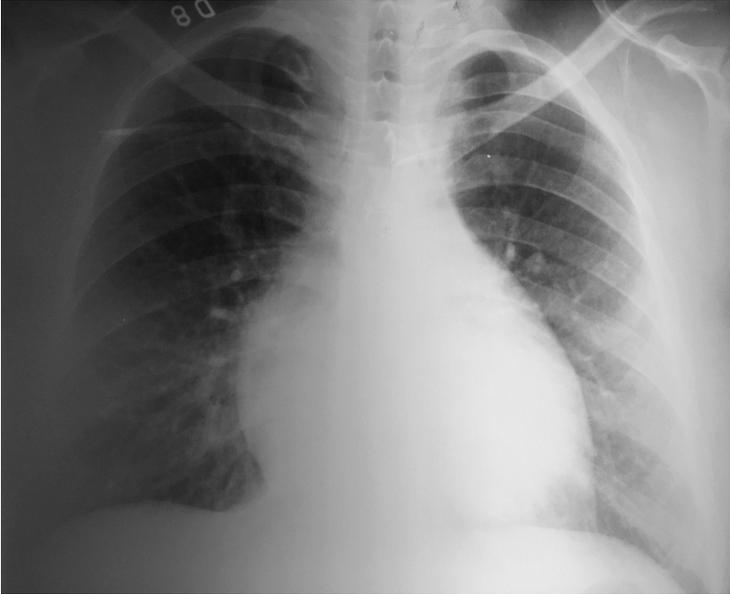
- Furosemida: 20 mg día, vía oral.
- Espironolactona: 25 mg día, vía oral.
- Warfarina: martes y sábado 2,5 mg, resto de los días 5 mg vía oral. (actualmente discontinuada)

Examen físico de ingreso a UCO 15/06/16

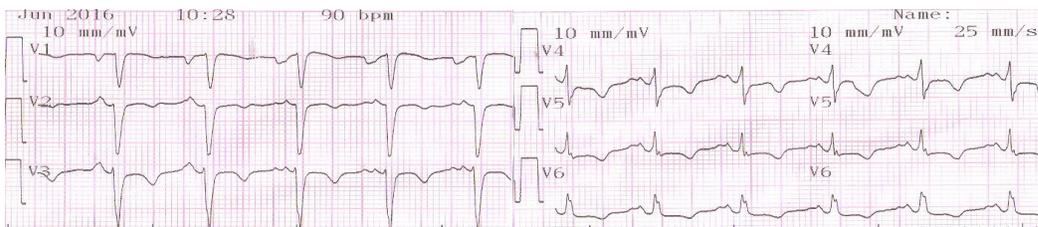
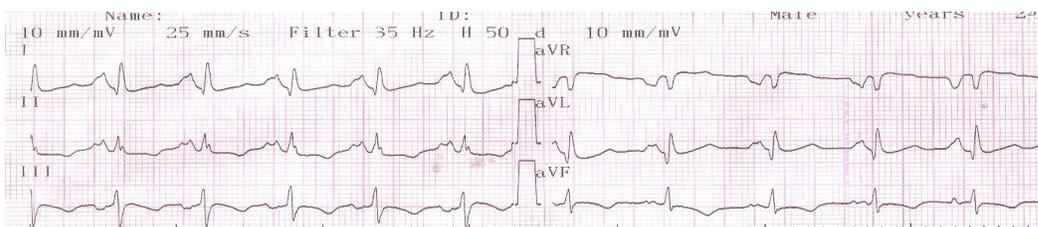
TA: 110/80mmHg	FC: 100 L.p.m.	FR: 14 C.p.m.	T: 36° C	Sat: 98%
---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-----------------	---------------------------

- **Aparato cardiovascular:** buena perfusión periférica. Ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio. Latido apexiano en 5º EIC LMC. Pulsos simétricos y regulares. R1-R2 en 4 focos, silencios libres.
- **Aparato respiratorio:** buena mecánica ventilatoria y buena entrada de aire bilateral.
- **Abdomen:** blando, depresible, indoloro, RHA presentes.
- **Neurológico:** lúcida, sin foco motor ni signos meníngeos.

S.M. Rx de tórax 15/06/16. Ingreso a UCO



S.M. ECG 15/06/16. Ingreso a UCO



Ecocardiograma doppler 16/06/16

- Ventana ultrasónica inadecuada.
- Ventrículo izquierdo no dilatado. Fey 50%.
- Patrón de llenado de tipo normal.
- Aurícula izquierda 15 cm².
- Ventrículo derecho hipoplásico. CIV amplia con flujo laminar. Aurícula derecha de 28 cm².
- Insuficiencia mitral leve.
- Atresia tricuspídea.
- No se observa derrame pericárdico.

Centellograma pulmonar ventilación/perfusión

- Pulmón derecho: ventilación y perfusión globalmente conservadas.
- Pulmón izquierdo: ventilación conservada con leve hipoventilación generalizada respecto del pulmón contralateral. Hipoperfusión severa en todo el pulmón.
- Conclusiones: evidencia mismatch en todo el pulmón izquierdo sugestivo de TEP, asociado a clínica compatible.

Evolución en UCO del 15/06 al 17/06

- Paciente evoluciona hemodinámicamente estable, sin signos de falla de bomba con hipoxemia leve que corrige con cánula nasal.
- Se inicia anticoagulación con enoxaparina y posteriormente se decide su pase a sala de cardiología.

Evolución en sala de cardiología del 18/06 al 25/06

- Durante su internación se re inicia anticoagulación con warfarina a dosis habituales de la paciente.
- Debido al antecedente de cardiopatía congénita corregida se realiza tomografía de tórax con contraste endovenoso para visualizar anatomía vascular.

- Informe TAC: no se visualizan imágenes por defecto de relleno en arterias pulmonares principales y sus ramas, evidenciando asimetría en el calibre de las mismas de aspecto crónico.
- Ante nuevos hallazgos en estudios de imágenes se replantea diagnóstico y se realiza interconsulta con médica de cabecera quien sugiere considerar como diagnóstico alternativo hipoplasia de arteria pulmonar izquierda siendo la responsable del defecto de perfusión observado. Se indica por tal motivo iniciar tratamiento con sildenafil para lograr vasodilatación pulmonar.
- Por buena evolución clínica el día 27/06 es dada de alta en seguimiento por médica de cabecera.

Medicación al alta

- Furosemida: 20 mg día, vía oral.
- Espironolactona: 25 mg día, vía oral.
- Warfarina: martes y sábado 2,5 mg, resto de los días 5 mg vía oral.
- Sildenafil: 25 mg cada 8 horas, vía oral.

Laboratorio

	15/06 ingreso	26/06
Hto	52	55
GB	6700	5300
Plaquetas	193000	153000
Glucemia	169	122
Urea	38	27
Creat	0,9	0,8
TP/kptt/RIN	63/32/1,3	23/37/2,5
Ionograma	145/3/102	139/4,4/100
Hepatograma BT/Got/Gpt	1,2/32/30	0,9/37/52
Troponina T	<50	

Seguimiento al alta

- Paciente evoluciona con recurrencia de disnea en CF II/III por lo que el día 03/08 se decide realizar nuevo ecocardiograma doppler.

Ecocardiograma doppler 03/08

- Ventrículo sistémico de morfología izquierda con deterioro de la función sistólica (Fey 45%).
- AI no dilatada. AD dilatada (27,3 cm²).
- Flujo bidireccional a nivel de la CIV entre el ventrículo sistémico y el bulbo ventricular.
- Imagen compatible con trombo fresco próximo a la anastomosis con la rama derecha pulmonar.
- VCI dilatada (26mm). A nivel lateral de la AD se observa tubo de anastomosis desde la VCI.
- Refuerzo pre eyectivo de flujo de la VCS y VCI compatible con disfunción del sistema.

Re internación en sala de cardiología del 04/08 hasta la actualidad

- Debido a hallazgos ecocardiográficos sumado a que la paciente se encuentra fuera de rango de anticoagulación se decide su internación en sala de cardiología.
- Se realiza nuevo estudio de ventilación/perfusión pulmonar en el que se evidencian mismos hallazgos que en estudio anterior: pulmón izquierdo con ventilación conservada con leve hipoventilación generalizada respecto del pulmón contralateral. Hipoperfusión severa en todo el pulmón.
- Actualmente paciente en plan de realización de nuevos exámenes complementarios para evaluar funcionalidad del Fontan.

