



Ateneo clínico

Carolina Pappalettere

Residencia de cardiología

Hospital Argerich

Paciente: V.L.

Edad: 50 años

Sexo: Masculino

Fecha de ingreso: 30/10/15

Fecha de egreso: 27/11/15

Motivo de consulta: dolor torácico.

Enfermedad actual: Paciente refiere comenzar el día 28/10 con dolor torácico de intensidad 3/10 en reposo, de más de una hora de duración cediendo espontáneamente. El día 29/10 presenta cuadro de similares características pero de mayor intensidad y duración exacerbado con la tos y movimientos respiratorios.

Por tal motivo consulta a Hospital Piñero donde se realiza ECG que evidencia elevación del segmento ST en forma difusa, sin respuesta a infusión de NTG. Se administra carga de AAS y Clopidogrel y posteriormente es derivado a nuestro hospital para CCG de urgencia.

Antecedentes

Factores de riesgo cardiovascular: No refiere

Antecedentes personales: No refiere

Antecedentes de enfermedad actual: Cuadro de vías aéreas superiores 20 días previos a la consulta sin asociarse a registros febriles.

Examen físico de ingreso a UCO 30/10/15

TA: 113/68 mmHg	FC: 105 L.p.m.	FR: 20 C.p.m.	T: 36° C	Sat: 89%
--------------------	----------------	---------------	----------	----------

Aparato cardiovascular: Buena perfusión periférica. Ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio, sin RHY. Latido apexiano en 5° EIC LMC. Pulsos regulares y simétricos. R1-R2 en 4 focos, silencios libres, frote pericárdico en precordio de intensidad 2/6 sin irradiación que no modifica con movimientos respiratorios.

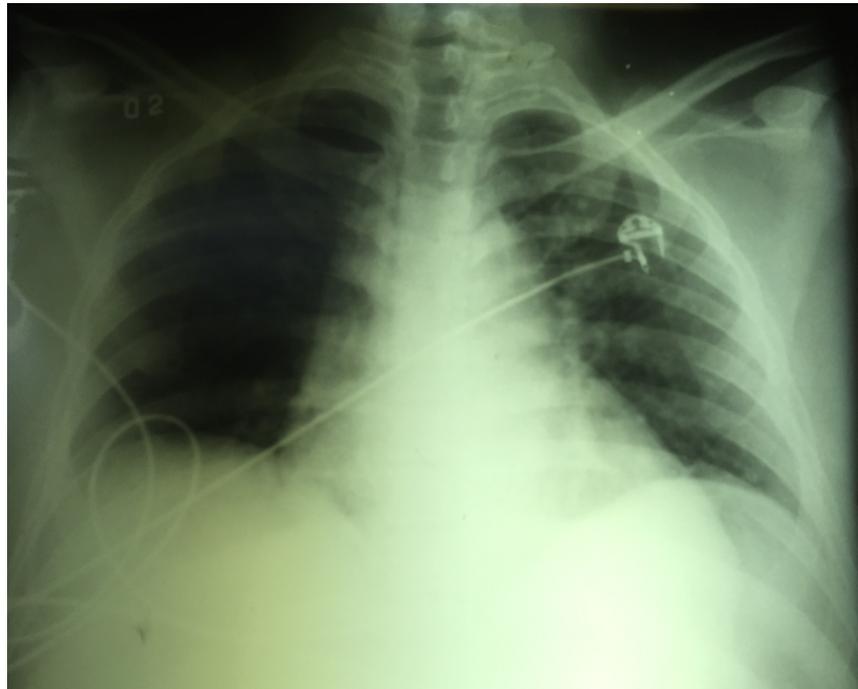
Aparato respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, hipoventilación en ambas bases, sin ruidos agregados.

Abdomen: Blando, depresible, indoloro, RHA positivos.

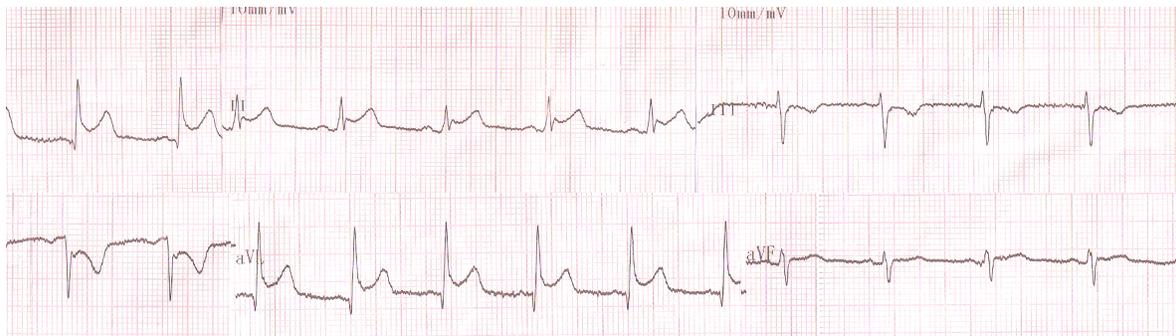
Neurológico: Lucido, sin foco motor ni signos meníngeos.

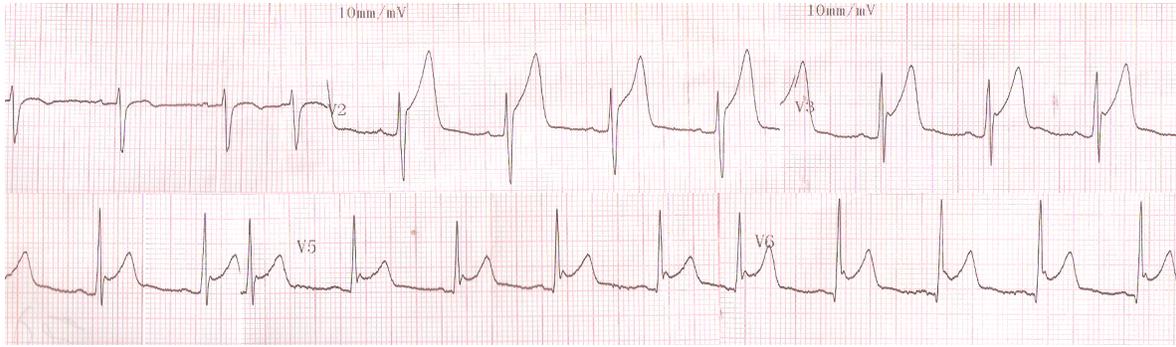
Piel y TCS: Sin edemas.

V.L. Rx de tórax 30/10/15. Ingreso a UCO



V.L. ECG 30/10/15. Ingreso a UCO





V.L.Cinecoronariografía 30/10/15

Arterias coronarias sin lesiones angiográficas significativas. Presenta puente muscular en arteria descendente anterior.

Función sistólica del ventrículo izquierdo conservada.

Test de ergonovina: no reactivo.

Ingreso a UCO

Paciente ingresa a UCO post realización de CCG. Asintomático para angor y equivalentes.

Se realiza ecocardiograma doppler.

V.L. Ecocardiograma doppler 30/10/15

DDVI: 5.0cm	DSVI: 3.3cm	FAC: 34%	SIV: 1.0 cm	PP: 1.0 cm
----------------	----------------	-------------	----------------	---------------

Función sistólica normal. Fracción de eyección 68%.

Sin alteraciones segmentarias de la contracción.

No se observan alteraciones en la relajación parietal.

Válvulas morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción.

No se observa derrame pericárdico.

Evolución en UCO del 30/10/15 al 02/11/15

Se interpreta el cuadro como pericarditis aguda por lo cual se inicia tratamiento con AAS 500mg cada 6 horas y Colchicina 0,5 mg cada 12 horas.

Evoluciona con registro febril ($>38^{\circ}\text{C}$) aislado sin descompensación. Se decide conducta expectante.

Posteriormente el paciente evoluciona hemodinámicamente estable, afebril, sin interurrencias y con mejoría clínica por lo que se decide su pase a sala de cardiología.

Evolución en sala de cardiología del 03/11 al 05/11

El día 05/11 evoluciona con episodio de taquicardia, nauseas, vómitos y sudoración asociados a hipotensión (TA 80/50 mmHg) con pulso paradojal positivo.

Por sospecha de taponamiento cardíaco, se realiza ecocardiograma

V.L. Ecocardiograma doppler 05/11/15

DDVI: 4.4cm	DSVI: 2.6cm	FAC: 41%	SIV: 0.8 cm	PP: 0.9 cm
-----------------------	-----------------------	--------------------	-----------------------	----------------------

VI con función sistólica normal. Disminución del desplazamiento de los segmentos antero lateral basal y medio por adherencias pericárdicas.

VD con función sistólica normal. Desplazamiento apical disminuido por adherencias pericárdicas.

Derrame pericárdico severo, circunferencial, con despegamiento máximo diastólico de 15 mm a predominio inferoposterior, con despegamiento anterior de 6mm. Adherencias múltiples entre hojas parietal y visceral del pericardio en cara inferior y lateral. Variabilidad respiratoria en flujos transvalvulares mayores al 25% (mitral, aórtico y tricuspideo). Colapso de la aurícula derecha. Vena cava inferior dilatada, con colapso menor al 50%. Signos ecocardiográficos de aumento de presión intrapericardica.

Re ingreso a UCO 05/11 al 12/11

Se realiza punción pericárdica presentando débito serohemático de 300 ml. Se remiten muestras para análisis citológico y bacteriológico. Físicoquímico: turbio hemorrágico Glucosa 27 proteínas 59 gr/l albúmina 32 gr/l. Recuento celular coagulado pH 6,93.

Se efectúa TAC de tórax y abdomen que evidencia derrame pleural bilateral a predominio izquierdo por lo cual se efectúa toracocentesis diagnóstica y evacuadora, obteniéndose como resultado un exudado no complicado.

Se inicia tratamiento antibiótico empírico con Ceftriaxona + Vancomicina por indicación de servicio de infectología.

Posteriormente se realiza control ecográfico sin reproducción del derrame pericárdico por lo que se decide su pase a sala de cardiología para completar evaluación.

Evolución en sala de cardiología del 12/11/15 al 27/11/15

Es evaluado por servicio de cirugía quienes deciden retirar catéter de drenaje pleural el día 20/11/15.

Paciente cumple 21 días de tratamiento antibiótico sin rescates microbiológicos.

Por buena evolución el paciente es dado de alta el día 27/11 con seguimiento por consultorios externos de cardiología.

Tratamiento durante la internación

AAS 1 gramo cada 8 horas, vía oral.

Colchicina 0,5 mg cada 12 horas, vía oral.

Omeprazol 20 mg día, vía oral.

Seguimiento al alta

En seguimiento por consultorio de residentes.

Se realiza control ecocardiográfico el día 4/12/15.

V.L. ecocardiograma doppler 04/12/15

DDVI: 4.5cm	DSVI: 2.6cm	FAC: 42%	SIV: 1.1 cm	PP: 9. cm
----------------	----------------	-------------	----------------	--------------

Función sistólica normal. Sin alteraciones segmentarias de la contracción.

Cavidades derechas normales.

No se observa derrame pericárdico.

Exámenes complementarios

- Perfil reumatológico:
 - Factor reumatoide: 0
 - Complemento C3: 142
 - Complemento C4: 38
- Serologías virales:
 - HIV negativo
 - Hepatitis B y C negativos
- PPD: negativa
- ADA: negativo
- Citológico: abundantes linfocitos maduros y moderada cantidad de polimorfonucleares y hematíes.

Laboratorio

	30/10	05/11	25/11
Hto	41	39	41
GB	15700	13700	6300
Plaquetas	328000	448000	325000
Glucemia	174	167	109
Urea	18	25	25
Creat	0,75	0,8	0,8
TP/kptt/RIN	80/36/1,1	84/40/1,08	91/43/1,02
Ionograma	138/3,4/98	136/4,3/97	139/4,3796
Hepatograma BT/BD/Got/Gpt	2,1/1,2/20/33	0,9/0,3/45/80	0,5/41/107
Troponina T	<50		

CK	36		
VSG	44	22	19
PCR	204	51	29