



HOSPITAL
argerich



Ateneo Clínico

Dra. Jessica Volpato
Hospital de agudos Dr. Cosme Argerich
27/11/2019

Paciente	Edad	Sexo	Fecha de ingreso	Fecha de egreso
O.G.	58 años	Masculino	05-07-2019	06-07-2019

○ **Motivo de Consulta:**

Ablación programada de extrasístoles ventriculares.

○ **Enfermedad Actual:**

Paciente en seguimiento por Servicio de Electrofisiología por sospecha de taquicardiomiopatía, ingresa a Unidad Coronaria en postoperatorio inmediato de ablación epicárdica de extrasístoles ventriculares en summit del ventrículo izquierdo bajo control angiográfico con hemodinamia.

ANTECEDENTES

Factores de Riesgo Cardiovascular:

- Hipertensión Arterial
- Obesidad grado II
- Sedentarismo
- Diabetes mellitus insulino requiriente
-

Antecedentes de la Enfermedad Actual:

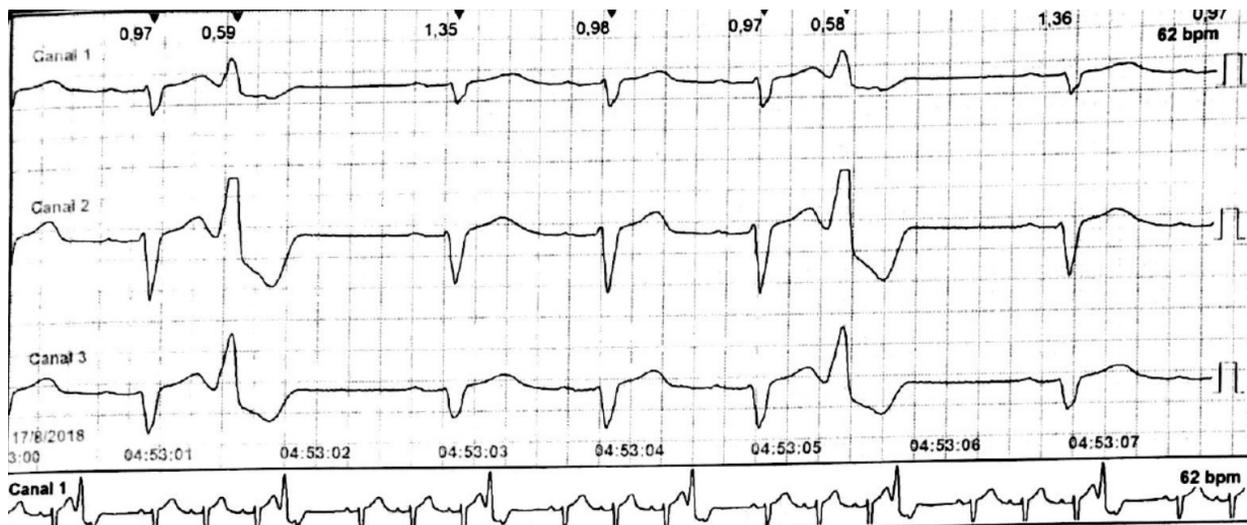
- Enfermo renal crónico sin requerimiento de hemodiálisis (Clearance Cr: 24).
- Miocardiopatía dilatada con FEy moderada (46%) con sospecha de taquicardiomiopatía, sintomática para disnea en CF II. (Diagnóstico en diciembre de 2018 – Hospital Durand)
- Internaciones previas por insuficiencia cardiaca. Última internación en diciembre de 2018 en Hospital Durand.
- Ablación retrógrada no exitosa de extrasístoles ventriculares del tracto de salida del ventrículo izquierdo, el 03-12-2018 en Hospital Durand.
- Serología para Enfermedad de Chagas: negativo.

Medicación actual

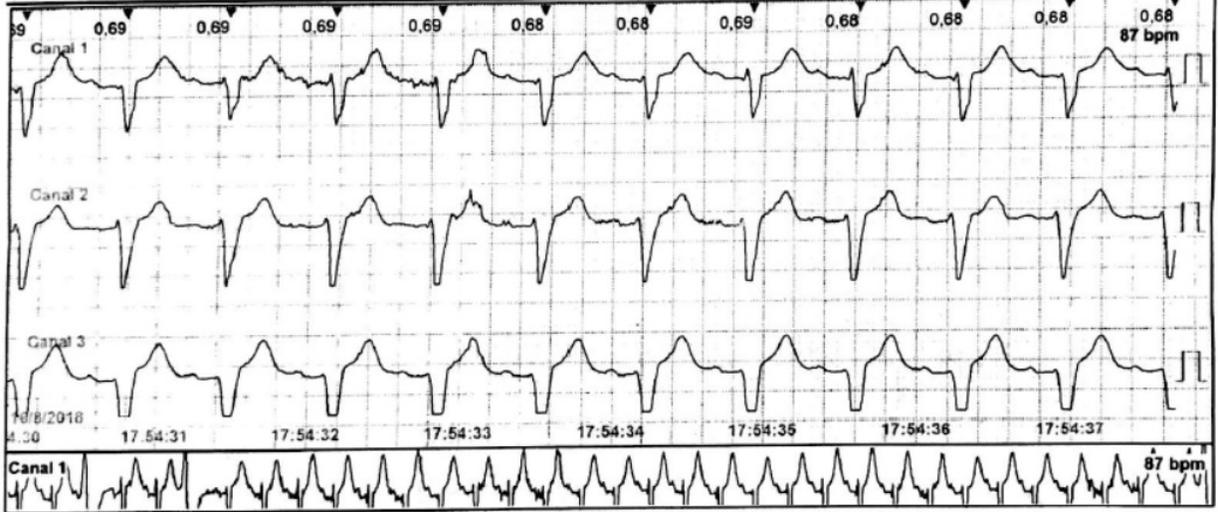
- Amlodipina 10 mg / día .
- Carvedilol 12.5 mg cada 12 hs.
- Hidroclorotiazida 12.5 mg día.
- AAS 100 mg / día.
- Amiodarona 400 mg día.
- Ranitidina 150 mg / día.
- Insulina NPH 10UI predesayuno; 20UI prealmuerzo; 15UI precena.

Estudios complementarios

-Holter 24 hs 2018

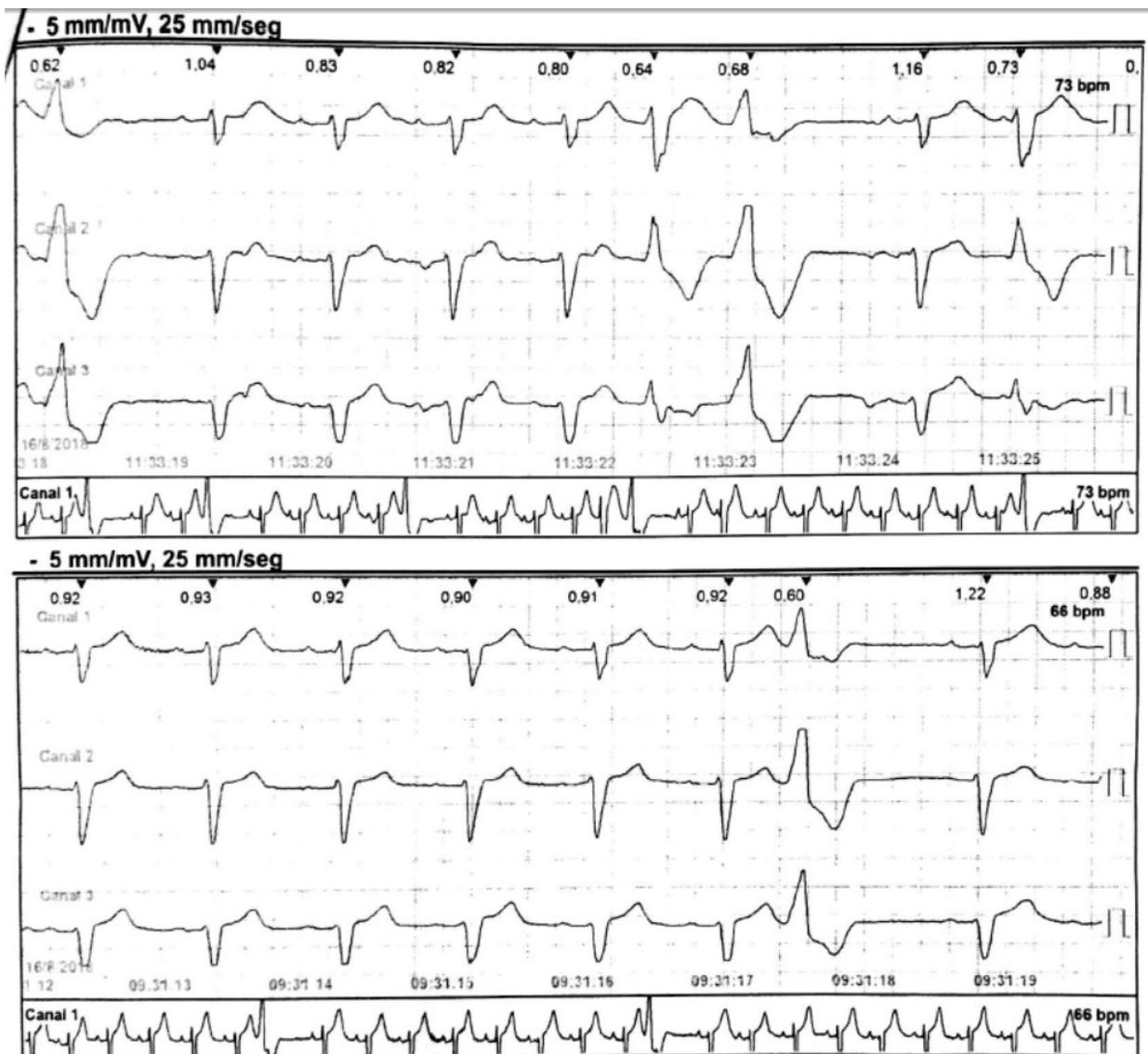


FC Máxima - 5 mm/mV, 25 mm/seg



- 5 mm/mV, 25 mm/seg





Frecuencia cardiaca media: 68 lpm.

Ritmo sinusal durante el estudio.

Extrasistolia ventricular muy frecuente (15923 latidos – 16.19%), monomorfas, aisladas y agrupadas en duplas.

No se observó ectopia supraventricular.

Sin pausas ni alteraciones del ST-T.

El paciente no refirió síntomas.

-Ecocardiograma doppler 2016

Ventrículo izquierdo de tamaño conservado, **leve hipertrofia septal basal anterior.**

Deterioro moderado de la función sistólica global. Aquinesia septal anterior media, anterior media y todos los segmentos apicales.

Patrón de llenado de tipo seudonormalizado. Relación E/e' 11.7 sugestiva de aumento de PFDVI.

Aurícula izquierda levemente dilatada.

Cavidades derechas de difícil visualización, impresionan sin particularidades. Raíz de aorta de tamaño conservado.

No se observan valvulopatías significativas.

No presenta shunts por Doppler color.

No se observa derrame pericárdico.

-SPECT reposo y esfuerzo 2018

Esfuerzo: Dilatación moderada de la cavidad del VI.

Distribución homogénea del radiotrazador.

Reposo: Sin cambios.

Gated: FEY 43% VDF: 88 ml VFS:15 ml. Hipokinecia moderada global

Conclusiones:

El estudio **no evidencia desarrollo de isquemia miocárdica ni secuela de necrosis.**

FVI moderadamente deprimida.

Estudio compatible con **miocardiopatía dilatada.**

-Cinecoronariografía 2018

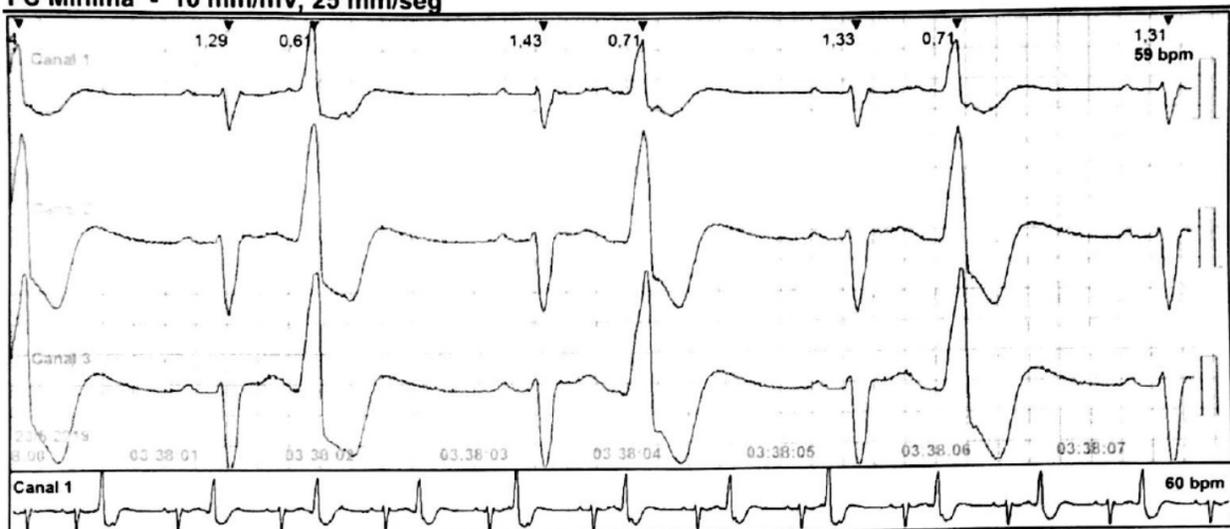
Conclusiones:

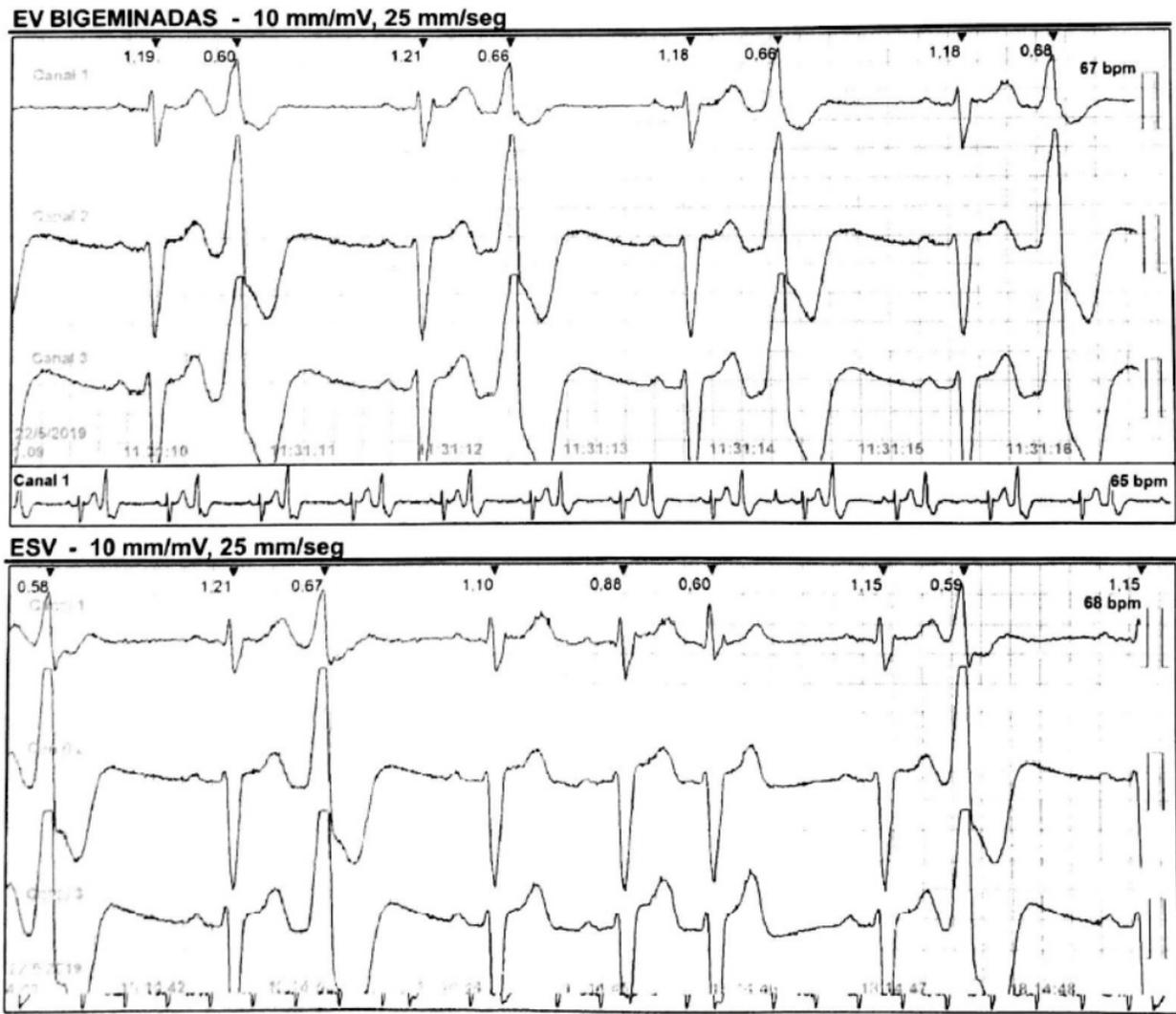
- Tronco Coronario Izquierdo: Sin lesiones.

- Descendente Anterior: Presenta irregularidades parietales no significativas a nivel proximal y tercio medio.
- Circunfleja: Dominante. Sin lesiones de consideración.
- Ramo intermedio: Estenosis severa focal a nivel terminal, en zona de fino calibre y con escaso lecho distal remanente.
- Coronaria Derecha: Hipoplásica. Sin lesiones de consideración.

Holter 24 horas 2019

FC Minima - 10 mm/mV, 25 mm/seg





Frecuencia cardiaca media: 67 lpm.

Ritmo sinusal con rango cronotrópico conservado durante el estudio.

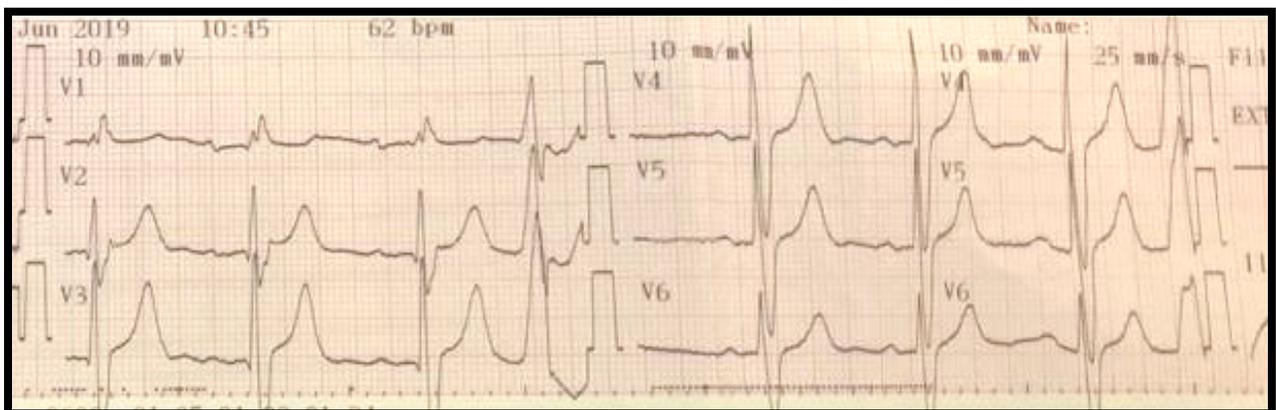
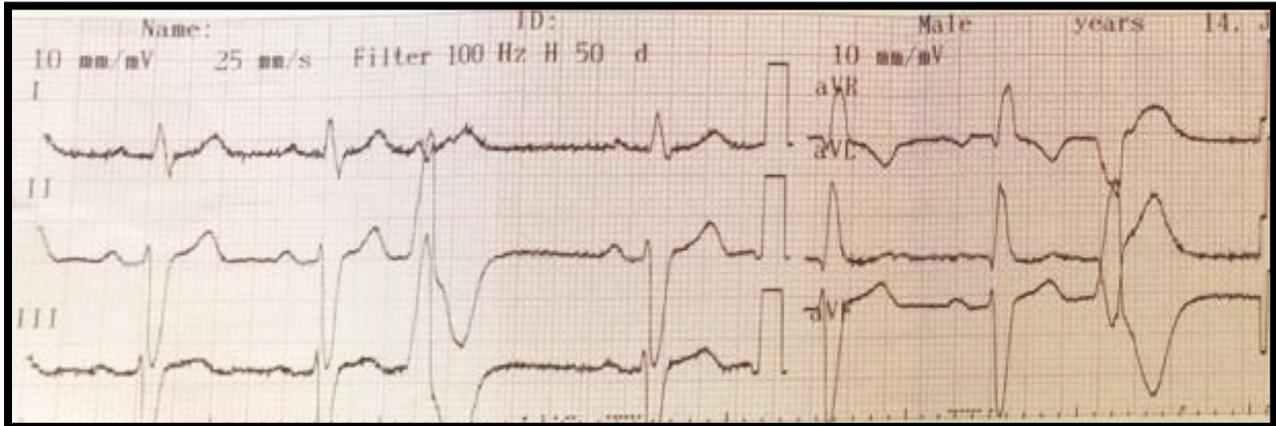
Extrasistolia supraventricular poco frecuente y de presentación aislada. Agrupada en duplas y salvas de taquicardia auricular de hasta 4 latidos.

Extrasistolia ventricular muy frecuente (10826 latidos – 11.97%), de distribución heterogénea a predominio diurno, de presentación aislada, en bigeminia, trigeminia, y agrupadas en duplas y tripletas.

Sin pausas ni alteraciones del ST-T.

El paciente no refirió síntomas.

Electrocardiograma basal



Ablación por radiofrecuencia 5-07-2019

Mediciones:

RR: 790 mseg.

QRS: 145 mseg BCRD.

En el seno coronario izquierdo se obtienen precocidades de hasta -15 mseg. Se aplica radiofrecuencia allí con 35W y 43°C con abolición transitoria y tardía de la EV. Se mapea zona sin mayor precocidad. Se observa precocidad de -35 mseg en GCV en la zona del Summit. Se realiza aplicación de RF 20W 43°C con abolición de EV. Se

interrumpe a los 30 Seg por alta impedancia. Se repite aplicación de consolidación con 25W y 43°C interrumpida nuevamente por alta impedancia. Durante las aplicaciones se monitoreo el ST sin cambios y sin síntomas. Se reitera CCG sin evidenciarse interurrencias. No se observan EV luego de 20 min.

Conclusión:

Ablación exitosa de extrasístoles ventriculares originadas en el Summit de VI.

Cinecoronariografía: Se realiza una angiografía en la cual se observa a la arteria descendente anterior de normal calibre y desarrollo, sin lesiones angiográficamente significativas; arteria circunfleja de normal calibre y desarrollo, sin lesiones angiográficamente significativas.

Dada la cercanía del catéter de ablación con el segmento proximal de la arteria circunfleja y el primer ramo lateroventricular se colocan en sus respectivos segmentos distales dos cuerdas guías HTF 0.014'', a fin de restituir rápidamente el flujo coronario en caso de comprometerse la luz arterial luego de la aplicación de radiofrecuencia.

Luego de realizada la ablación se observan las arterias Descendente Anterior y Circunfleja sin cambios.

Conclusiones:

Arteria descendente anterior y circunfleja sin lesiones luego de la aplicación de radiofrecuencia.

Examen físico de ingreso a UCO

TA (mmHg)	FC (lpm)	FR (rpm)	T°	SatO2	Peso (Kg)	Altura (Mts)	IMC
115/70	93	16	37°C	96%	102	1.70	35

Cardiovascular: Buena perfusión periférica. Ingurgitación yugular 2/3 con colapso inspiratorio. Reflujo hepatoyugular positivo. Choque de la punta desplazado hacia la izquierda. R1-R2 en 4 focos, hipofonéticos. Sin soplos. Pulsos presentes y simétricos.

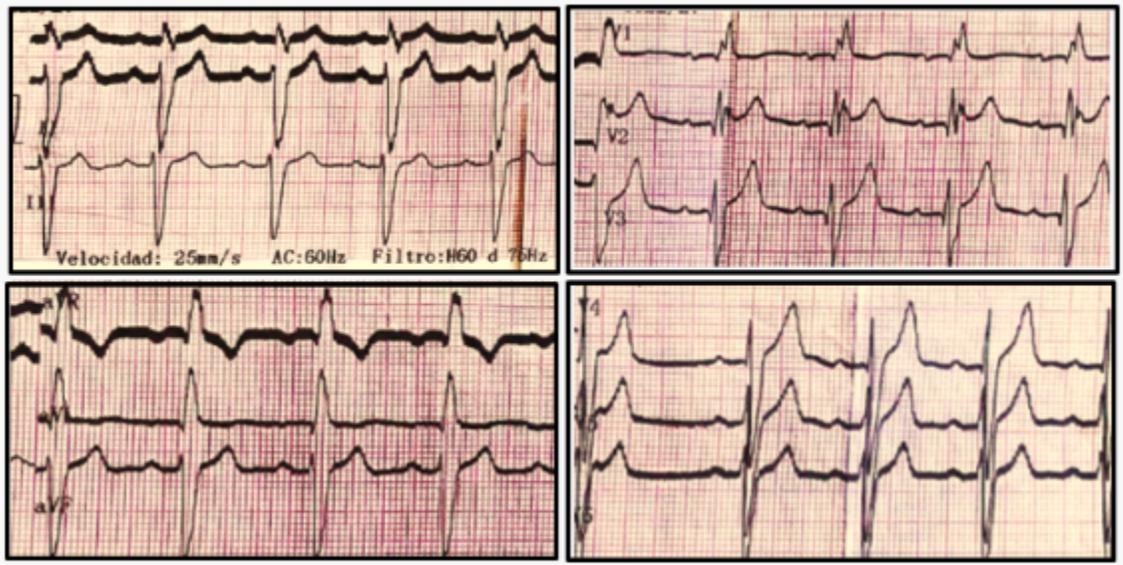
Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria. Buena entrada de aire bilateral. Sin ruidos agregados.

Abdomen: Globoso. Blando. Depresible. Indoloro. RHA +.

Neurológico: Lúcido. Sin signos de foco motor ni meníngeos.

Piel y Partes blandas: Sin edemas de miembros inferiores. Punción femoral arterial y venosa derecha y venosa izquierda.

Electrocardiograma



Evolución en Unidad Coronaria

Evoluciona hemodinámicamente estable, sin signos de fallo de bomba. Telemetría sin evidencia de eventos arrítmicos.

El 06/07 se decide el alta y seguimiento por consultorio externos de Electrofisiología.

Indicaciones al alta

- AAS 100 mg / día.
- Carvedilol 12.5 mg cada 12 hs.
- Amlodipina 10 mg / día.

- Hidroclorotiazida 12.5 mg / día.
- Omeprazol 20 mg / día.
- Insulina NPH 10UI predesayuno; 20UI prealmuerzo; 15UI precena.

Laboratorios

Hto(%)	42	BT (mg/ <u>dL</u>)	1.10
GB (/mm ³)	3300	GOT/GPT (U/L)	19/7
Plaquetas (/mm ³)	211000	TP/KPTT/RIN	71/32/1.19
Glucosa (mg/ <u>dL</u>)	154	NA/K/CL (<u>mmol/L</u>)	138/3.5/99
Urea (mg/ <u>dL</u>)	86	Lactato (mg/ <u>dL</u>)	30
Creatinina (mg/ <u>dL</u>)	2.74	CK/ <u>Ck-mb</u> (U/L)	203/19

Seguimiento ambulatorio

- Evoluciona hemodinámicamente estable, asintomático. Se realiza Holter de 24 horas, ECG y ecocardiograma control

Holter 24 hs





Frecuencia cardíaca media: 73 lpm.

Ritmo sinusal durante todo el estudio.

Extrasístoles supraventriculares no se observaron.

Extrasístoles ventriculares poco frecuentes (448 latidos), Monomorfas. Dos duplas.

El paciente no refirió síntomas.

Trastornos de la conducción intraventricular.

Sin otros hallazgos.

Electrocardiograma 28-10-2019



Ecocardiograma doppler color

Ventrículo izquierdo levemente dilatado, con hipertrofia leve a moderada.

Acinesia inferior. Hipocinesia posterior.

Función sistólica en el límite inferior normal. **Fey 55%**

Strain longitudinal global -18.1% con áreas anormales en segmentos basales.

Patrón de relajación prolongada.

Aurícula izquierda levemente dilatada.

Ventrículo derecho no dilatado, con grosor parietal normal y función sistólica normal.

Aurícula derecha levemente dilatada.

VCI normal.

Válvulas morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción.

No se observa derrame pericárdico.