



# Ateneo Clínico

Dra. Florencia Cichello  
Hospital Dr. Cosme Argerich  
04/09/2019

| NOMBRE | EDAD    | SEXO     | FECHA CONSULTA |
|--------|---------|----------|----------------|
| M.Q    | 54 años | Femenino | 22/03/2019     |

- Motivo de consulta: Control
- Enfermedad Actual: Paciente con diagnóstico de síndrome de cimitarra (2011), concurre a consultorios externos de cardiopatía congénita para control.

### Antecedentes

Factores de riesgo Cardiovascular: Niega

Antecedentes de enfermedad actual:

Dos episodios de taquicardia paroxística supraventricular, en tratamiento con atenolol 25 mg. (España).

Se realiza como parte de los estudios radiografía de tórax con imagen sugestiva de Síndrome de Cimitarra (2011).

Medicación Habitual: Atenolol 25 mg día.

### Estudios complementarios previos

**Radiografía de Torax**



Por sospecha de Síndrome de Cimitarra se solicitan:

**Ecocardiograma doppler transtorácico (2011)**

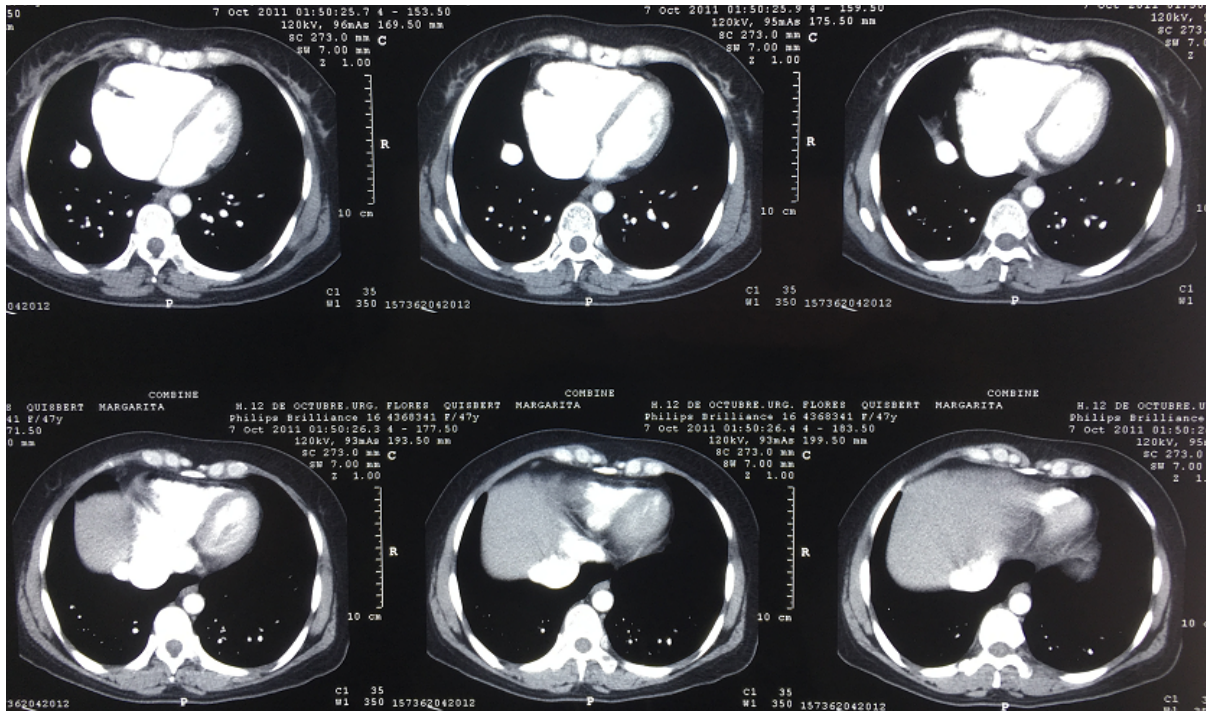
VI normal

**VD dilatado: 32mm, contractilidad normal, TAPSE 26mm**

**AD ligeramente dilatada (22 cm<sup>2</sup>). Al normal**

Válvulas anatómicamente normales. Insuficiencia tricuspídea moderada (PSAP 42mmHg ). VCI dilatada (24mm) sin variaciones respiratorias. Sin derrame pericárdico.

**Tomografía de Torax (2011)**



Signos de drenaje venoso anómalo pulmonar derecho a través de gran vena pulmonar derecha que drena infradiafragmática en la unión de la Aurícula Derecha y la VCI.

Se identifican 2 venas pulmonares derechas hipoplásicas con drenaje a la AI, y dos venas pulmonares izquierdas normales. No se identifica aporte arterial sistémico a la aorta descendente.

Discreta pérdida de volumen del pulmón derecho, con desplazamiento del mediastino ipsilateral, observándose dilatación de cavidades cardíacas derechas.

Las arterias pulmonares son permeables y de calibre normal, sin signos de TEP.

**Conclusión:** Drenaje venoso anómalo pulmonar derecho a través de la vena pulmonar derecha con drenaje infradiafragmático a vena cava inferior («síndrome de la cimitarra»).

No se identifica hipoplasia de la arteria pulmonar derecha ni secuestro lobar asociado.

**Discreta pérdida de volumen de pulmón derecho. Sin signos de TEP.**

**Resonancia Magnética (2012)**

Flujo aórtico: volumen latido: 56ml, Gasto cardiaco 3304 ml/min.

Flujo pulmonar: Volumen latido: 86ml

**Qp/Qs: 1.5**

Ventrículo izquierdo: VTD 84 ml, VTS 33 ml, FE 61% Diámetro teledistólico: 38mm, SIV 5mm, PPVI 4,5mm

Ventrículo derecho: VTD: 140 ml, VTS 51 ml, FEY 63% Diámetro telediastólico 63 mm.

AD área 36 cm<sup>2</sup>, AI 19,5 cm<sup>2</sup>

Levocardia, levoapex. Drenaje venoso ortotópico.

DVAP con VPSD y VPID que confluyen en un colector común que desciende en paralelo, lateral y posterior a la AD y drena en la VCI subdiafragmática. Existen dos venas pulmonares rudimentarias que probablemente correspondan a drenaje subsegmentario y que drenan la AI. SIA integro.

VD dilatado, con volúmenes normales, pero que duplican los del VI. FSG normal. AD dilatada. El estudio angiográfico de grandes vasos confirma el diagnóstico antes descripto.

**Conclusión: Drenaje venoso anómalo parcial con VPSD y VPID drenando mediante un colector común en la VCI infradiafragmática.**

**QP/QS: 1,5.**

**Dilatación de cavidades derechas con función sistólica normal**

### **Ecocardiograma transesofágico (2013)**

**VD dilatado 38 mm, función sistólica conservada.** TAPSE 31mm. Anillo Tricuspídeo 38mm. Válvula tricúspide anatómicamente normal. IT moderada. Test de SF agitado por shunt de D-I que sugiere FOP.

**Septum interauricular anatómicamente integro, no se objetiva defecto anatómico** ni por Doppler color y tras la inyección de SF agitado IV.

**Membrana de la fosa oval fina, con morfología de FOP, que se confirma por doppler color y por SF agitado iv.**

Se visualizan venas pulmonares izquierdas, pero no las derechas. Ambas venas cavas drenan a la AD.

**Existe un colector venoso que desciende en forma vertical en mediastino, posterior a la AD y que drena en la VCI, justo en la desembocadura de la VCI, aunque sugiere infradiafragmático. La VCI esta dilatada, con colapso inspiratorio <50%. PSAP 43 mmHg**

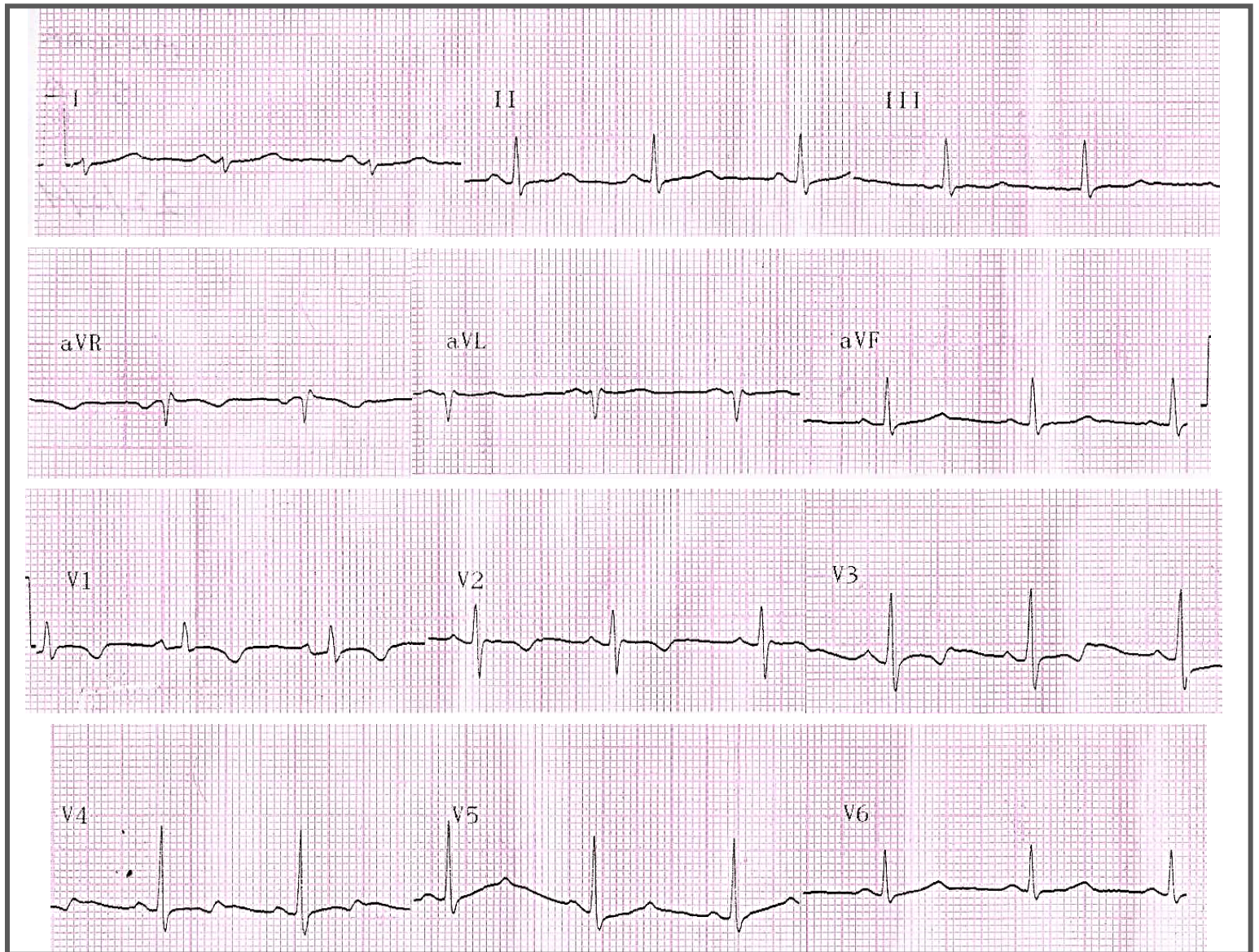
### **Examen físico en consultorio externo de Cardiopatía Congénita**

| TA (mmHg) | FC (lpm) | FR (cpm) | SatO2 (0,21%) | Temp. (°C) | Peso (kg) | Talla (mts) | IMC  |
|-----------|----------|----------|---------------|------------|-----------|-------------|------|
| 110-60    | 75       | 16       | 97            | 36,4       | 65        | 1,62        | 24,8 |

- Cardiovascular: Choque de punta en 4to EIC LMC. 2 ruidos en 4 focos, no se auscultan soplos. Ingurgitación yugular 2/3 con colapso inspiratorio. Reflujo hepato-yugular negativo, sin signos de falla de bomba aguda.
- Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados. Asintomática para disnea.
- Neurológico: Lúcida, sin signos de foco motor ni sensitivo.
- Abdominal: Blando, depresible, indoloro, RHA positivos.
- Piel y partes blandas: Sin edemas periféricos.

Se realiza:

# Electrocardiograma



## Cateterismo derecho y CCG

### MEDICIÓN DE PRESIONES (mmHg)

|              |                |            |                   |
|--------------|----------------|------------|-------------------|
| AD 16        | VD 41/9 (19,6) | PCP 17     | Aorta 141/69 (93) |
| AP izquierda | 38/19 (25,3)   | AP derecha | 36/18 (24)        |

### SATURACIÓN DE O<sub>2</sub> (%)

| Arterial | Colector pulmonar | VCS  | VCI baja | VCI alta | AD baja | AD media | AD alta | VD   | Tronco pulmonar |
|----------|-------------------|------|----------|----------|---------|----------|---------|------|-----------------|
| 96,6     | 97,8              | 74,6 | 76,8     | 78,1     | 84,1    | 83,4     | 81,8    | 84,3 | 82,3            |

### CÁLCULOS HEMODINÁMICOS BASALES

QP/QS 1,36

|             |      |                                |                |             |
|-------------|------|--------------------------------|----------------|-------------|
| GC L/MIN    | 7,15 | RESISTENCIA ARTERIAL SISTEMICA | 860 DIN/SEG/CM | 19,7 U WOOD |
| IC L/MIN/M2 | 4,35 | RESISTENCIA ARTERIAL PULMONAR  | 89 DIN/SEG/CM  | 1,1 U WOOD  |

## Ecocardiograma transtoracico 13-09-19

Ventrículo izquierdo no dilatado con grosor parietal normal.

Función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción. Movimiento anormal septal.

Aurícula izquierda no dilatada (área 20 cm<sup>2</sup>)

**Cavidades derechas moderadamente dilatadas. Área de aurícula derecha 26 cm<sup>2</sup>. Función sistólica ventricular derecha normal.**

Válvulas morfológicamente normales. Insuficiencia mitral leve.

Insuficiencia tricuspídea moderada. **PSAP 51 mmHg.**

No se observan shunts intracardíacos. No se observa derrame pericárdico.

Vena cava inferior dilatada sin colapso inspiratorio. **Con doppler color se observa desde ventana subcostal imagen compatible con drenaje de vena pulmonar en vena cava inferior.**

### Seguimiento

- Continúa en seguimiento por consultorios externos de cardiopatía congénita, medicada con atenolol 25 mg día.

### Laboratorio

| 17 de abril de 2019 |         |
|---------------------|---------|
| Hto (%)             | 36,8    |
| GB                  | 4100    |
| Plaquetas           | 166.000 |
| Glucemia            | 94      |
| Urea                | 27      |
| Creatinina          | 0,81    |
| Ac Úrico            | 2,7     |
| Ionograma           | 140/4,3 |
| TSH                 | 4,1     |