



Ateneo Clínico

Dr. Agustín Padula
Hospital Dr. Cosme Argerich
9/10/2019

Paciente: A. G.	Edad: 77 años	Sexo: Masculino
Fecha de ingreso: 05/01/18	Fecha de egreso: 10/01/18	

Motivo de ingreso: Postoperatorio de Implante valvular aórtico transcater (TAVI) programado.

Enfermedad actual:

Paciente con antecedente de estenosis valvular aórtica severa sintomática para la que ingresa de forma programada para colocación de TAVI Core valve nº 29 exitoso (Gradientes previos: Máximo 67.9 mmHg y medio 41.6 mmHg y gradientes posteriores: Máximo de 11.5 mmHg y medio de 7.5 mmHg), sin insuficiencia aórtica.

Ingresa a UCO en el postoperatorio inmediato hipertenso con requerimiento de NTG.

Factores de riesgo cardiovascular:

- Hipertensión arterial.
- Dislipemia.
- Obesidad grado I (IMC=30.85).

Antecedentes de enfermedad actual

- Cirugía de revascularización miocárdica con 2 puentes en 2011 (mamaria interna a arteria descendente anterior y puente venoso a arteria circunfleja) por ACE CF IV.
- Angina inestable con angioplastia con stent a tercio proximal de la arteria coronaria derecha en 2016, que evoluciona con disección de arteria femoral derecha.
- Estenosis valvular aórtica severa degenerativa con diagnóstico en 2011 que evoluciona desde 2016 sintomática para ángor CF II/III
- **Euroscore II: 10,62%;**

- **STS: 8%**
- **ArgenScore: 10%**

Medicación previa:

- AAS 100 mg/día.
 - Clopidogrel 75 mg/día.
 - Atorvastatina 40 mg/día.
- Enalapril 5 mg cada 12 hs

Exámenes complementarios previos

Ecocardiograma doppler transtorácico 20/12/17

DDVI (mm) : 51	DSVI (mm): -	SIV (mm): 14	PP (mm): 8
AI (cm²) : 19.20	AD (cm²): 14.10	Masa VI (g): 214	IMVI (g/m²): 109

Cavidad ventricular izquierda de dimensiones normales.

Hipertrofia concéntrica leve. **Función sistólica normal (60%).**

Sin alteraciones segmentarias de la contracción.

Patrón de llenado mitral tipo relajación prolongada.

Cavidad ventricular derecha de dimensiones y grosor normales.

Estenosis aórtica severa degenerativa (AVA 0,79 cm²; Vel Máxima: 4.12 m/seg; G max 67.9 mmhg; G medio 41.6 mmhg). Resto de las válvulas morfológicamente normales. Insuficiencia mitral leve. No se observa derrame pericárdico.

CCG 28/07/2016

Arterias nativas:

- Ostium y tronco coronario izquierdo: Ostium libre. Tronco de calibre normal sin lesiones angiográficamente significativas.

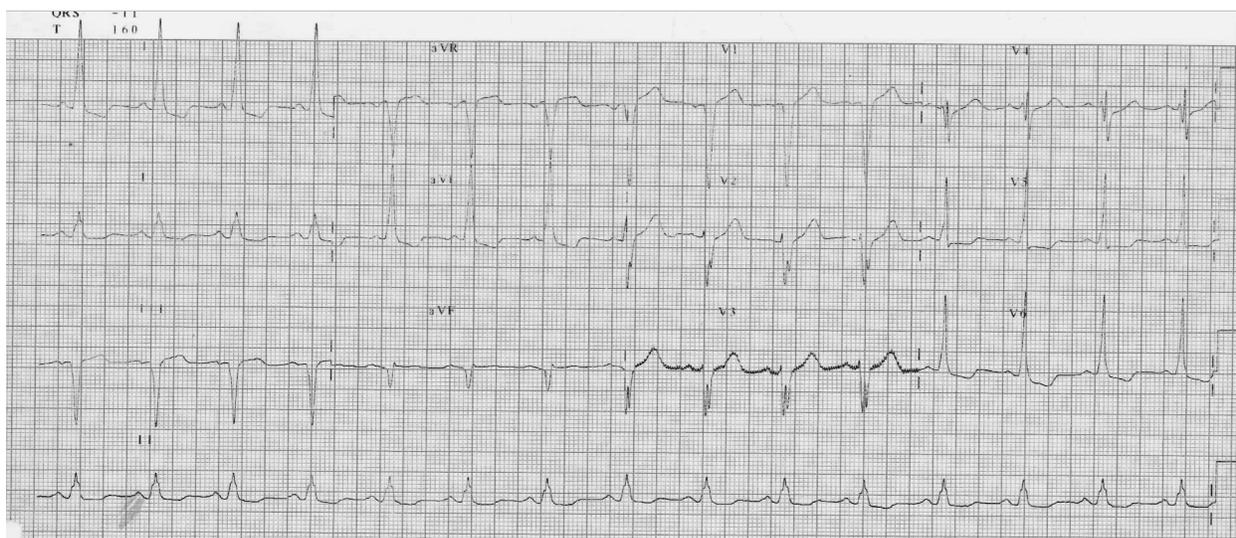
- Arteria descendente anterior: Se encuentra ocluida a nivel proximal, luego del nacimiento de un ramo diagonal. Sus lechos distales y proximales se observan por circulación desde puente mamario izquierdo. El ramo diagonal es de importante desarrollo y no presenta lesiones angiográficamente significativas.
- Arteria circunfleja: Se encuentra ocluida a nivel ostial. Sus lechos distales y ramos obtusos marginales se observan por circulación desde puente venoso aorto-coronario.
- Arteria coronaria derecha: De normal calibre y trayecto tortuoso. Dominante. Se observa stent en su tercio proximal sin reestenosis.
- **Puentes coronarios:**
- Puente mamario izquierdo a descendente anterior: No se observan lesiones en todo su trayecto. Anastomosis proximal y distal sin lesiones angiográficamente significativas.
- Puente venoso aorto-coronaria circunfleja: No se observan lesiones en todo su trayecto. Anastomosis proximal y distal sin lesiones angiográficamente significativas

Examen físico de ingreso a UCO 5/01/2018

TA: 187/68 mmhg	FC: 87 lpm	FR: 16 cpm	T°: 36,5 C°	Sat: 95% al 0,21	Peso: 84 kg	Talla: 1.65m	IMC: 30.85
-----------------	------------	------------	-------------	---------------------	-------------	--------------	------------

- **Aparato cardiovascular**: Buena perfusión periférica, Ingurgitación yugular 1/3 sin colapso inspiratorio, Choque de punta en 5° EIC LMC. Pulsos regulares y simétricos. R1-R2 en 4 focos normofonéticos, silencios libres.
- **Aparato respiratorio**: Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.
- **Abdomen**: Blando, depresible, indoloro, con ruidos hidroaéreos positivos.
- **Neurológico**: Lúcido, sin signos de foco motor ni sensitivo.
- **Piel y partes blandas**: Rafia femoral izquierda sin signos de flogosis ni sangrado. Sin edemas en MMII.

Electrocardiograma



Evolución en UCO 5/01 al 8/01

Evoluciona hemodinámicamente estable, sin signos de falla de bomba. En el ECG se evidencia bloqueo incompleto de rama izquierda, sin requerimiento de marcapasos transitorio.

Se titulan antihipertensivos por vía oral con buena tolerancia, logrando suspender NTG. Por buena evolución clínica, el día 08/01 se decide su pase a Sala de Cardiología.

Evolución en sala de Cardiología

El día 10/01 se realiza ecocardiograma transtorácico que evidencia gradientes habituales e insuficiencia aórtica leve.

Por buena evolución clínica se decide su alta hospitalaria y seguimiento ambulatorio.

Ecocardiograma 10/01/2018

Inadecuada ventana ultrasónica. Ventrículo izquierdo no dilatado con moderada hipertrofia concéntrica. **Función sistólica global normal. Aurícula izquierda levemente dilatada (43 mm).** Ventrículo derecho no dilatado con función sistólica conservada. AD normal. Prótesis biológica endovascular (core valve) en posición aórtica normofuncionante **con gradientes habituales (Gradiente máximo de 11,5**

mmhg y gradiente medio de 7,5 mmhg) e insuficiencia leve. Se calculó un área protésica de 1,80 cm². No se observa derrame pericárdico.

Laboratorios

Determinación	05/01/18 (ingreso)	08/01/18	10/01/18 (alta)
Hto (%) / Hb (g/dL)	41 / 13.1	38 / 11.9	44 / 13.7
Globulos blancos (/mm ³)	6510	10.100	7800
Plaquetas (/mm ³)	170.000	188.000	190.000
Glucemia (mg/dL)	176	126	101
Urea (mg/dL)	35	44	40
Creatinina (mg/dL)	1,02	1,09	1,02
BT/BD (mg/dl) GOT/GPT (UI/L)	1,22/0,66/214/119	1,78/0.96/256/194	0,67/-/161/141
Na+/K+/Cl-	141 / 3,6 / 105	142 / 3,16 / 101	141 / 4,1 / 99
CK	179	-	-
TP(%), Kptt (seg), RIN	87 / 24 / 1,06	86 / 25 / 1,07	-
Hb glicosilada(%) - Col/TG/HDL/LDL	-	5,19/105/111/42/41	-

Medicación habitual

- AAS 100 mg/día.
- Clopidogrel 75 mg/día.
- Atorvastatina 40 mg/día.
- Amlodipina 10 mg/día.
- Hidroclorotiazida 25 mg/día.
- Enalapril 10 mg c/12 hs.
- Omeprazol 20 mg/día.

Seguimiento ambulatorio

Paciente evoluciona asintomático, en seguimiento por consultorio de valvulares.

El día 18/01/19 se realiza ecocardiograma transtorácico control que evidencia elevación de gradientes valvulares (**Velocidad 3,26 m/seg; Gradiente máximo 42 mmHg, Gradiente medio 21 mmHg**), insuficiencia transvalvular leve, con ausencia de leak perivalvular.

Por presencia de disfunción valvular se realiza ecocardiograma transesofágico para mejor evaluación.

Ecocardiograma transesofágico

Bioprótesis aórtica percutánea tipo Core Valve N° 29, normoinserta, se observa engrosamiento de la cúspide coronaria derecha con movilidad conservada compatible con posible trombosis valvular.

Aumento del gradiente sistólico anterógrado (Gradiente máximo 42 mmhg; Gradiente medio 21 mmhg), presencia de insuficiencia transvalvular leve.

Hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo. Motilidad regional y función sistólica global normal. Aurícula izquierda levemente dilatada, orejuela sin evidencia de trombos en su interior.

Leve insuficiencia mitral.

Septum interventricular sin solución de continuidad, sin evidencias de shunt.

No se observan masas intracavitarias.

No se detectan signos de desgarro intimal en aorta ascendente, arco aórtico ni aorta descendente.

Por sospecha de trombosis valvular, se realiza Angiotomografía cardíaca con contraste.

Angiotomografía 8/03/2019

Se visualiza prótesis valvular aórtica percutánea auto expandible tipo Core Valve, la misma tiene una altura de 55 mm aproximadamente. Se observa integridad de la estructura protésica. La prótesis a nivel del plano valvular tiene un diámetro interno de 21x20 mm.

Se observa **engrosamiento valvar** asociado a la presencia **de zona de hipo atenuación** sobre la cara ventricular de la prótesis que involucra la periferia y la base predominantemente de las valvas de ubicación coronaria derecha y no coronaria. **La atenuación tiene una densidad promedio de 90 UH que es compatible en primer lugar con la presencia de trombo** y en segundo lugar la presencia de panus valvular.

El tracto de salida del ventrículo izquierdo se encuentra libre de obstrucciones. Los ostium coronarios se encuentran permeables. Orejuela libre de trombos. Pericardio de características normales

Se indica anticoagulación con acenocumarol, cumpliendo 6 meses de tratamiento.

Se realiza control ecocardiográfico periódico evidenciándose disminución del gradiente transvalvular aórtico.

Se realiza ecocardiograma transesofágico y Angiotomografía con contraste control.

Ecocardiograma transesofágico 24/07/2019

Prótesis aortica percutánea Core Valve N° 29, normoinserta, normofuncionante

(Gradiente medio 4 mmhg), velos con morfología y movilidad conservada. En comparación con estudio previo no se evidencian lesiones sospechosas de trombo. Hipertrofia del ventrículo izquierdo. Motilidad regional y **función sistólica global normal.**

Aurícula izquierda levemente dilatada y orejuela sin evidencias de trombos en su interior. Leve insuficiencia mitral.

Septum interauricular sin solución de continuidad, sin evidencias de shunt.

No se observan masas intracavitarias. No se detectan signos de desgarramiento intimal en aorta ascendente, arco aórtico ni aorta descendente.

Angiotomografía 14/08/2019

Los leflets presentan espesores normales, sin calcificaciones y buena apertura. A nivel del plano subvalvular, en contacto con la valva no coronariana se observa una imagen hipodensa que esta en contacto con la valva nativa que podría corresponder con trombo de 3x3 mm y que no impresiona generar estenosis de grado significativo.

Seguimiento

Paciente evoluciona asintomático, pero por persistencia de trombosis valvular evidenciada en la angiotomografía se decide continuar con anticoagulación hasta el día de la fecha.

