



Ateneo Clínico

31-03-21

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

Residencia de Cardiología

Agustín Padula

Paciente: A.M.	Edad: 42 años	Sexo: Masculino
Fecha de ingreso: 25/11/20	Fecha de egreso: 09/12/20	
Días de internación: 15 días		

Motivo de consulta: Disnea y edemas en miembros inferiores.

Enfermedad actual: Paciente de 42 años consulta a guardia externa de este centro por edemas de miembros inferiores asociado a disnea en clase funcional III, de dos meses de evolución.

A su ingreso se realiza ETT bedside con dilatación de cavidades derechas e HTP. Por sospecha de TEP se realiza eco doppler de miembros inferiores sin signos de TVP y TC de Tórax que evidencia derrame pleural derecho, hepatomegalia y ascitis moderada, con protocolo para TEP negativo.

Se interpreta cuadro clínico como insuficiencia cardiaca de novo a predominio retrógrado derecho y se decide su internación en Sala de Cardiología para diagnóstico y tratamiento.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL

❖ Factores de riesgo cardiovascular

Tabaquismo (10 paquetes/año).

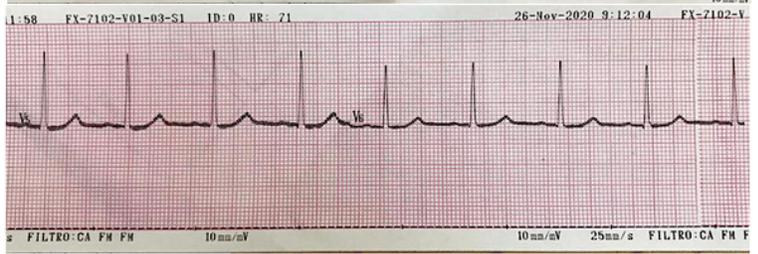
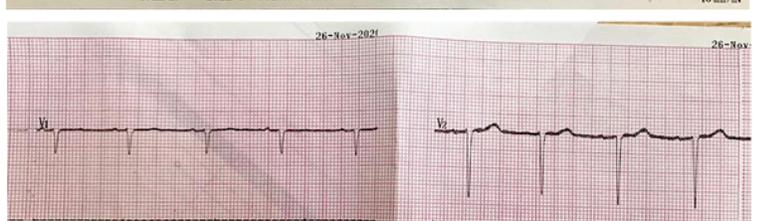
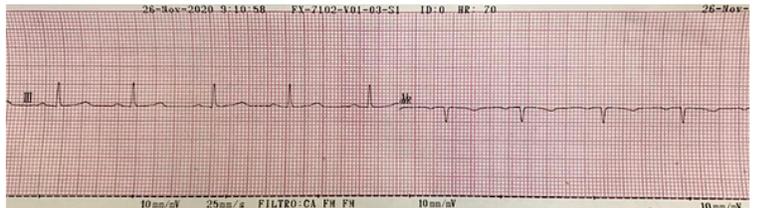
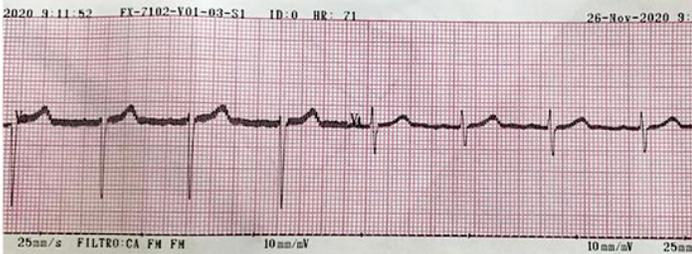
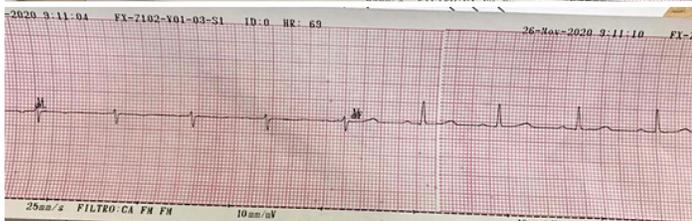
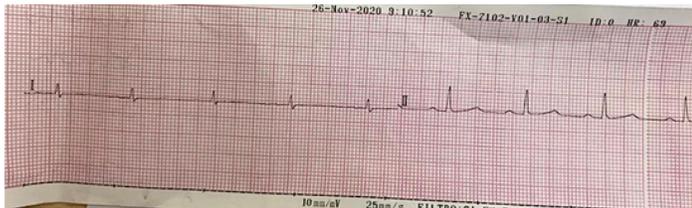
❖ **Medicación habitual**

Niega.

❖ **Antecedentes familiares**

Madre y tíos con bocio tiroideo.

ECG DE INGRESO



EXÁMEN FÍSICO DE INGRESO (25/11/20)

TA 100/60 mmhg	FC 83 lpm	FR 18 cpm	T° 36 °C	Saturación 94% (fio 0.21)	Peso 78 kg	Talla 1.70 mts	IMC 27	Jose rda,
-------------------	--------------	--------------	-------------	------------------------------	---------------	-------------------	-----------	--------------

ramas lobares y segmentarias, siendo **negativos para TEP**.

• **Silüeta cardíaca aumentada de tamaño, a expensas de cavidades derechas, en especial de su aurícula derecha.**

• Hilios pulmonares de aspecto vascular.

• **Derrame pleural** derecho moderado y derrame pleural izquierdo leve.

• **Hígado aumentado de tamaño** de densidad heterogénea, de aspecto **congestivo**. No se observa dilatación de vías biliares.

• Bazo y páncreas de forma, tamaño y densidad conservadas.

• Suprarrenales de tamaño conservado.

• Ambos riñones de forma, tamaño y densidad conservados.

• Se observan **moderados signos de ascitis** en cavidad peritoneal.

• Aorta de calibre conservado. Vena cava inferior prominente.

- **Aparato cardiovascular:** R1-R2 en 4 focos, R2 aumentado con desdoblamiento amplio. Ingurgitación yugular 2/3 con reflujo hepatoyugular positivo. Buena perfusión periférica, pulsos regulares y simétricos. Edemas en miembros inferiores 5/6.
- **Aparato respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria, hipoventilación en base pulmonar derecha, matidez a la percusión en base derecha y columna, sin ruidos agregados.
- **Abdomen:** Blando, depresible, con ruidos hidroaéreos conservados. Hepatomegalia dolorosa, hasta 4 cm del reborde costal.
- **Neurológico:** Lúcido, sin signos de foco motor ni sensitivo.
- **Piel y partes blandas:** Bocio difuso y visible con cuello en extensión.

EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGÍA (25/11/20 al 09/12/20)

Durante su internación en Sala de Cardiología inicia diuréticos endovenosos, en plan de balance negativo.

Se realiza ecocardiograma transtorácico:

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO (25/11/20)

Ecocardiograma	
DDVD (cm)	
DDVI (cm)	5.5
DSVI (cm)	3.2
F. Ac. (%)	40
SIV (cm)	0.87
PP (cm)	0.76
AI (cm)	4.9
Ao (cm)	2.5

Doppler	Veloc. Pico (m/seg)	Grad. (mmHg)		Regurgitación
		Max.	Medio	
Tricúspide				M
Pulmonar	0.96	4		No
Mitral E	1.34			No
A	0.44			
Aórtica	1.99	16	1	No

Ventrículo izquierdo no dilatado. Grosor parietal normal. **Función sistólica conservada**, no se observan trastornos segmentarios de la motilidad. Fey del 60%.

Patrón de llenado del VI normal. DTI del anillo mitral normal.

AI levemente dilatada (área de 29 cm²).

VD levemente dilatado (44 mm de diámetro basal). Función sistólica del VD conservada. **TAPSE 24.8 mm**. Onda S' por DTI 13 cm/seg. **AD dilatada** (área 29 cm²). **VCI dilatada** (31 mm) con escasa variabilidad respiratoria. PAD estimada de 20 mmhg. Aparatos valvulares estructuralmente conservados.

IT moderada, **PSAP estimada de 69 mmhg**. **No se observan shunts** por doppler color. Sin derrame pericárdico.

EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGÍA (25/11/20 al 09/12/20)

Se interpreta cuadro clínico como insuficiencia cardíaca derecha secundaria a hipertensión pulmonar.

En búsqueda etiológica de HTP se realiza:

- ❖ **Ecocardiograma con test de burbujas** con solución salina por vena braquial derecha: donde se constata pasaje tardío de escasas burbujas a cavidades izquierdas, luego del 6º latido.
- ❖ **Centellograma de perfusión pulmonar con cortes SPECT/TC** para descartar enfermedad tromboembólica crónica: sin evidencia de hallazgos que sugieran etiología tromboembólica, ni alteraciones parenquimatosas del pulmón.
- ❖ **Laboratorio** completo con perfil tiroideo por presentar bocio tiroideo, serologías, perfil reumatológico.

Se recibe resultados de laboratorio compatibles con hipertiroidismo:

- ❖ TSH < 0.01 uUI/ml (VN 0.5 - 4.7)
- ❖ T4: 13.73 ug/dl (VN 4.87 - 11.72)
- ❖ T3: 1.85 ng/ml (VN 0.58 - 1.59)
- ❖ Anticuerpo antiperoxidasa > 1.000 UI/ml (VN < 5.60)

Se realiza interconsulta con servicio de Endocrinología quienes sugieren realizar ecografía y centellograma de tiroides.

EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGÍA (25/11/20 al 09/12/20)

Ecografía de tiroides:

Glándula tiroides de bordes ligeramente lobulados, **aumentada de tamaño con ecoestructura heterogénea en forma difusa** predominantemente hipoeoica con presencia de flujo vascular al estudio doppler color.

Lóbulo derecho: 58 x 30 x 30 mm

Lóbulo izquierdo: 57 x 27 x 25 mm.

Istmo: 9 mm

Curva de captación de tiroides (con I 131) y centellograma de tiroides (con Tcm 99)

1º hora: 18% (VN 3 a 8%).

2º hora: 30 % (VN 8 a 16%, se realiza cuando la 1º hora es > 8%).

3º hora: 59% (VN 16 a 32%).

4º hora: 57%

Curva por encima de valores normales, compatible con hiperfunción glandular.

Centellograma: **Aumento difuso del tamaño glandular con distribución homogénea del radiotrazador**, sin áreas netas diferenciables, compatibles con bocio difuso.

Por presentar hipertiroidismo con centellograma y captación tiroidea compatibles con hiperfunción glandular, sin otros hallazgos positivos en los exámenes complementarios, se interpreta cuadro clínico como HTP secundaria a hipertiroidismo.

Por indicación de Endocrinología inicia tratamiento con metimazol 10 mg c/ 12 hs.

Durante su internación en Sala de Cardiología evoluciona con mejoría sintomática, realiza balance negativo con descenso de 8 kg de peso.

Se realiza nuevo ecocardiograma transtorácico control:

Por buena evolución clínica y de parámetros ecocardiográficos se otorga alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio por Cardiología y Endocrinología.

SEGUIMIENTO AMBULATORIO

- ❖ Espironolactona 25 mg/día.
- ❖ Metimazol 10 mg c/12 hs.

PP (cm)	0.8
AI (cm)	4.9
Ao (cm)	2.8

A				
Aórtica				

Ventrículo izquierdo de diámetro normal. Espesores parietales normales. **Función sistólica global y regional normal.**

Signos indirectos de presión en aurícula izquierda normal. Relación E/e' = 5.6

Cavidades derechas de tamaño normal. Función sistólica del VD conservada. **TAPSE 23 mm.**

Valvulas cardíacas morfológicamente normales.

VCI normal (18 mm) con colapso inspiratorio normal.

IT leve, **PSAP estimada de 42 mmhg.**

Pericardio libre.

El paciente evoluciona asintomático, sin recurrencia de sintomatología de insuficiencia cardiaca.

Continúa seguimiento por Endocrinología con metimazol 10 mg c/12 hs.

El 12/03/21 se realiza ecocardiograma transtorácico de control:

LABORATORIO

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO (09/12/20)

Ecocardiograma		Dopplerv	Veloc. Pico (m/seg)	Grad. (mmHg)		Regurgitación
				Max.	Medio	
DDVD (cm)	2.3	Tricúspide	0.57	1	1	Leve
DDVI (cm)	5.5	Pulmonar	0.98	2	1	No
DSVI (cm)	3.5	Mitral E	0.97	2	1	No
F. Ac. (%)	30	A	0.59			
SIV (cm)	0.8	Aórtica	1.14	7	1	No
PP (cm)	1.07					
AI (cm)	3.2					
Ao (cm)	3.0					

Ventrículo izquierdo no dilatado con grosor parietal normal. Función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción.

AI no dilatada (Área de 17 cm²)

Patrón de llenado del ventrículo izquierdo de tipo normal.

Cavidades derechas no dilatadas. Función sistólica del ventrículo derecho conservada. Aurícula derecha no dilatada.

Insuficiencia tricuspídea leve que permite estimar una **PSAP de 27 mmhg**. No se observa derrame pericárdico