

Ateneo Clínico

**Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich
Residencia de Cardiología
Vinuesa Ana Inés María
07/07/21**

PACIENTE: V.C
EDAD: 30 años
SEXO: masculino

FECHA DE INGRESO: 7/03/2021
FECHA DE EGRESO: 8/05/2021
DÍAS DE INTERNACIÓN: 62 días

MOTIVO DE CONSULTA

Disnea y palpitaciones

ENFERMEDAD ACTUAL

-Paciente con antecedentes de miocardiopatía dilatada de probable etiología isquémica necrótica e internaciones en el año 2010, 2019 y 2020 por episodios de taquicardia ventricular monomorfa presenta el día 07/03 cuadro de disnea CF III y palpitaciones de 2 horas de evolución, por lo que consulta a guardia externa de este hospital.

-Se realiza electrocardiograma que evidencia taquicardia ventricular monomorfa sostenida, sin descompensación hemodinámica, por lo que se indica cardioversión farmacológica exitosa (lidocaína y amiodarona).

-El día 09/03 se decide su pase a Unidad Coronaria (UCO) para control evolutivo.

ANTECEDENTES

Factores de riesgo cardiovascular

- Ex Tabaquista (10 paquetes/año)

Antecedentes de enfermedad actual

- Herida de arma de fuego en hemitórax izquierdo (2006 y 2016) con requerimientos de intervención quirúrgica de urgencia.

-Evoluciona con miocardiopatía dilatada y disfunción ventricular severa, e internación en el año 2010, 2019 y 11/2020 por episodios de taquicardia ventricular sin descompensación hemodinámica con requerimientos de cardioversión eléctrica (2010/2020) y farmacológica (2019).

-En seguimiento ambulatorio en país de residencia (Paraguay) se realiza Cinecoronariografía (06/01/2021) que evidencia lesión severa en el tercio medio de la arteria descendente anterior.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PREVIOS AL INGRESO

Cinecoronariografía 11/05/2010:

-Tronco: de normal calibre. Ostium libre. Sin lesiones angiográficamente significativas.

-Descendente anterior: de buen calibre y desarrollo. Presenta lesión de carácter irregular y grado severo en su tercio medio. Da origen a ramos diagonales y septales sin lesiones.

-Circunfleja: de moderado calibre y desarrollo. Sin lesiones angiográficamente significativas.

-Coronaria derecha: de normal calibre. Dominante. Sin lesiones angiográficamente significativas.

-Ventriculograma: volumen de fin de diástole y fin de sístole aumentados. Discinesia antero medial, antero apical, apical e ínfero apical. Deterioro de la función sistólica del ventrículo izquierdo.

Ecocardiograma 10/05/2010:

- DDVI 58 mm DSVI 45 mm PP 11mm SIV 9 mm
- **Ventrículo izquierdo dilatado a nivel basal**, con grosor parietal normal.
- **Aneurisma apical**. No se observan imágenes sospechosas de trombo.
- Los segmentos basales conservan engrosamiento sistólico.
- Deterioro moderado a severo de la función sistólica. **Fey 35%**
- Patrón de relajación pseudonormal.
- Aurícula izquierda no dilatada.
- Cavidades derechas normales.
- Válvulas morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción.
- No se observa derrame pericárdico.

Resonancia magnética 25/01/2021:

- **Adelgazamiento miocárdico con signos de disquinesia de los segmentos medial anterior, medial anteroseptal, medial inferoseptal, medial inferior, segmentos apicales anterior, lateral, inferior y ápex**, observándose a dicho nivel una **dilatación aneurismática e hipodensidad de señal**.

- Luego de la inyección de contraste muestra en la secuencia de perfusión un **retraso de perfusión con respecto al resto del músculo cardíaco y en la secuencia de realce tardío una importante y extensa captación de contraste difusa compatible con signos de fibrosis**.

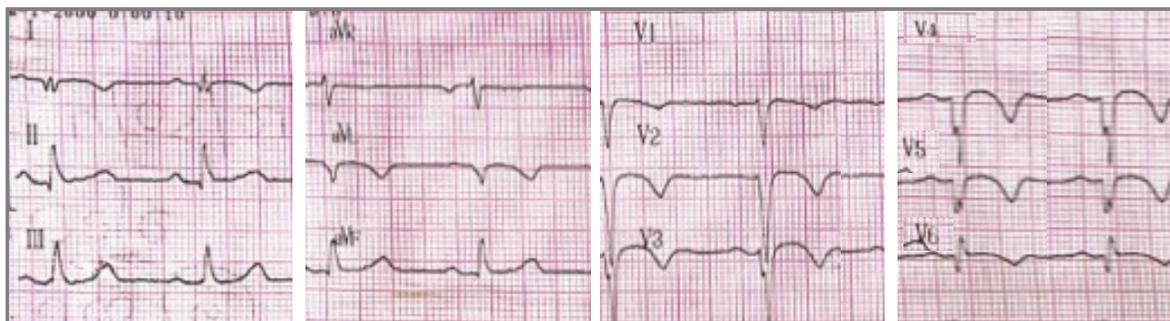
- Los hallazgos sugieren una **lesión secuelar** por antecedentes de herida de arma de fuego.

Holter 2/03/2021:

- La frecuencia cardíaca (FC) promedio fue de 65 LPM.
- La FC mínima fue de 37 LPM.
- La FC máxima fue de 121 LPM.



ELECTROCARDIOGRAMA POST REVERSIÓN DE RITMO 07/03/2021



EVOLUCIÓN EN UNIDAD CORONARIA

- Al ingreso a UCO evoluciona sin episodios de taquicardia ventricular por telemetría.
- Se inician betabloqueantes con mala tolerancia por bradicardia asintomática (40 latidos por minuto) por lo que se suspenden.

- Por antecedentes de miocardiopatía dilatada de probable causa isquémico necrótica y episodios de arritmias ventriculares se realizan estudios complementarios diagnósticos.

CINECORONARIOGRAFÍA 11/03/2021

-Tronco: de normal calibre. Ostium libre. Sin lesiones angiográficamente significativas.

-Descendente anterior: de buen calibre y desarrollo. **Presenta lesión de carácter irregular y grado severo en su tercio medio, que podría corresponder a sutura quirúrgica.** Da origen a ramos diagonales y septales sin lesiones.

-Circunfleja: de moderado calibre y desarrollo. Sin lesiones angiográficamente significativas.

-Coronaria derecha: de normal calibre. Dominante. Sin lesiones angiográficamente significativas.

-Ventriculograma: **volumen de fin de diástole y fin de sístole aumentados: 164 ml y 90 ml respectivamente. Discinesia antero medial, antero apical, apical e ínfero apical. Deterioro de la función sistólica del ventrículo izquierdo.** Válvula mitral móvil, regurgitación de grado leve. Válvula aórtica trivalva, sin gradiente transvalvular.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO 6/5/2021

- DDVI 58 mm PP 10mm SIV 9 mm

- **Ventrículo izquierdo levemente dilatado**, con grosor parietal normal.

- Deterioro moderado a severo de la función sistólica del ventrículo izquierdo, **FEY estimada 33/35%**. Patrón de llenado ventricular tipo relajación prolongada.

- **Aneurisma ventricular medio-apical con movimiento disquinético**, con ecogenicidad sanguínea espontánea pero **sin evidencia ecográfica de trombosis mural. Hipoquinesia del septum anterior basal y de los segmentos inferior basal y medial.**

- Aurícula izquierda no dilatada (área: 18,7 cm²).

- Cavidades derechas no dilatadas, con **deterioro de la función sistólica del ventrículo derecho con onda s` por DTI 7 cm/seg.**

- VCI normal.

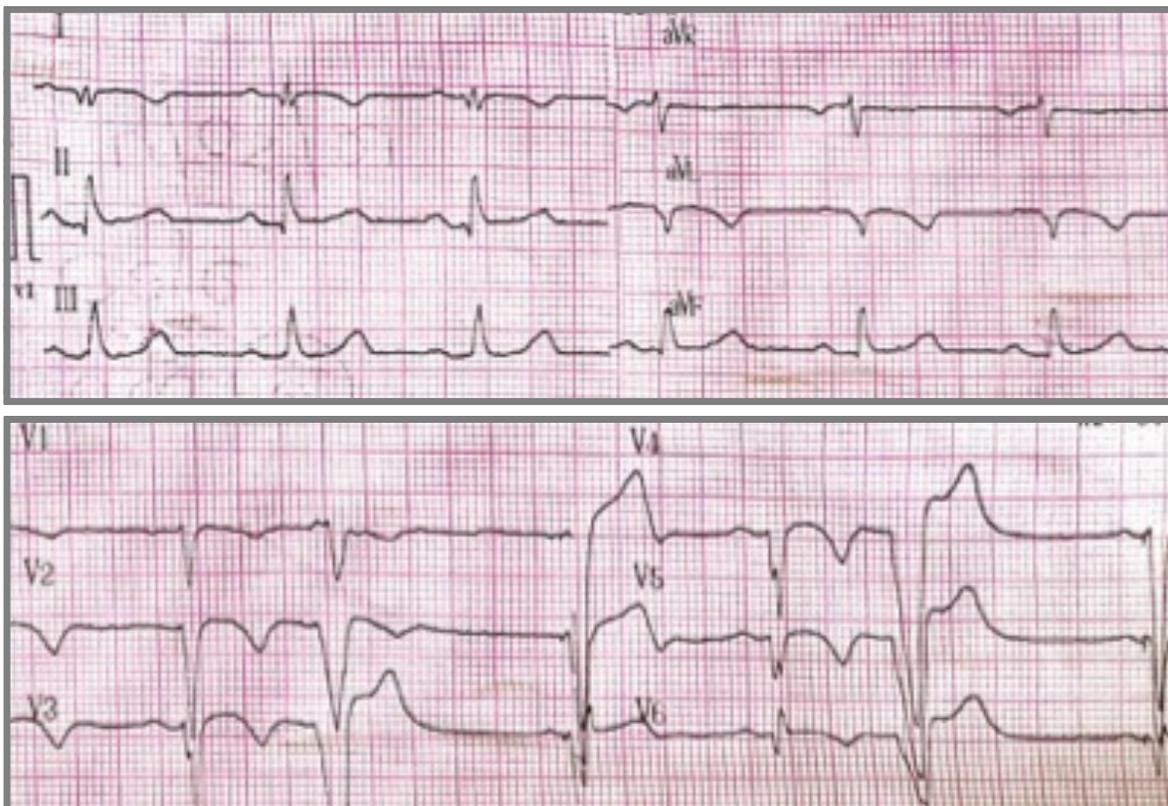
- Raíz de aorta no dilatada, Válvulas morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción.

- No se observa derrame pericárdico.

EVOLUCIÓN EN UNIDAD CORONARIA

- Se interpreta miocardiopatía dilatada de causa isquémico necrótica no aterosclerótica por probable traumatismo local; y por la presencia de aneurisma ventricular se decide iniciar anticoagulación.
- El día 17/3 se decide su pase a sala de cardiología en plan de colocación de dispositivo cardiodesfibrilador implantable (CDI) y ablación de arritmia por radiofrecuencia con mapeo tridimensional.
- El día 03/05 se realiza implante de dispositivo (CDI) unicameral VVI Biotronik exitoso.

ELECTROCARDIOGRAMA POST COLOCACIÓN CDI



EVOLUCIÓN EN UNIDAD CORONARIA

Se reinicia tratamiento con betabloqueantes, con buena tolerancia.

El 07/05 se lleva a cabo ablación por radiofrecuencia con mapeo tridimensional.

ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA 7/03/2021

Se observó un aneurisma apical de grandes dimensiones con extensa cicatriz densa y zonas de tejido viable hacia el margen septal del aneurisma y de los bordes del mismo.

Se observan espontáneamente extrasístoles ventriculares (EV) muy esporádicas, que coinciden morfológicamente con la TV clínica registrada en ECG de 12 derivaciones al momento de la internación.

Mediante estimulación programada desde el ventrículo derecho (VD) se inducen dos TV no clínicas (morfología de BRD) con mala tolerancia hemodinámica que fueron revertidas mediante sobreestimulación.

Se realizó pacemapping desde distintos puntos de la zona aneurismática, sin buena concordancia.

Se decide realizar ablación del sustrato mediante aplicaciones de radiofrecuencia (35W- 43 C) en las zonas de tejido viable dentro del aneurisma, priorizando posiciones septales. Se registraron pequeñas zonas de potenciales anormales (fraccionados, no muy tardíos) y en algún punto apicoseptal se observó también un doble potencial separado y tardío.

Se completaron las aplicaciones de radiofrecuencia en toda la región. Se decidió no abordar el VD con catéter de ablación debido a la cercanía temporal al implante de CDI y al consecuente riesgo de desplazar el catéter de desfibrilación.

EVOLUCIÓN EN UNIDAD CORONARIA

-Evoluciona hemodinámicamente estable, sin complicaciones posteriores al procedimiento, por lo que se decide su pase a sala de cardiología y el día 08/05 se otorga el alta hospitalaria.

LABORATORIO DE EGRESO

DETERMINACIÓN	INGRESO 07/03/21	ALTA 07/05/21
Hematocrito (%) Hemoglobina (g/dl)	40/14	38/14
Glóbulos Blancos (x mm3)	7.700	9.900
Plaquetas (x mm3)	212.000	237.000
Urea (mg/dl) Creatinina (mg/dl)	48/1.21	65/1.52
NA / K / CL (mmol/L)	138/3.68/99 Calcio 1.19	143/3.94/104
BT (mg/dl) GOT / GPT / FAL (UI/L)	0.48/24/27	0.29/31/33
TP (%) KPTT (seg) RIN	77/32/1.11	82/30/1.07
EAB	7.38/43/25/-0.6	7.37/41/23/-1.7

TRATAMIENTO AL ALTA

OMEPRAZOL 20 mg/día
 ESPIRONOLACTONA 25 mg/día
 CARVEDILOL 3.125 mg c/12 hs
 ACENOCUMAROL según cartilla

EVOLUCIÓN AL ALTA

-Evoluciona sin signos de falla de bomba aguda.
 -Presentó infección por Sars Cov2 con sintomatología leve y alta epidemiológica el día 11/6.

-El día 22/6 concurre a consultorios externos de electrofisiología para lectura del dispositivo donde se evidencia la presencia de un único evento de taquicardia ventricular no sostenida el día 07/6, asintomática.

-No se observan descargas del dispositivo, ni otros eventos arrítmicos.