

ATENEO CLÍNICO



Hospital Argerich
Residencia de Cardiología

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

Residencia de Cardiología

Agustín Padula

22/09/21

Paciente: G.M.	Edad: 42 años	Sexo: Femenino
Fecha de ingreso: 25/08/21	Fecha de egreso: 09/09/21	
Días de internación: 15 días		

- ❖ **Motivo de consulta:** Disnea progresiva asociado a cefalea.
- ❖ **Enfermedad actual:** Paciente con antecedente de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) concurre a consultorios externos de Reumatología por disnea progresiva hasta CF III, de 8 días de evolución asociado a cefalea. Por presentar ecocardiograma transtorácico realizado en forma ambulatoria que evidencia derrame pericárdico moderado, se decide su internación en servicio de Clínica Médica para diagnóstico y tratamiento.

ANTECEDENTES

Factores de riesgo cardiovascular:

- Hipertensión arterial.

Antecedentes de enfermedad actual:

- LES, con diagnóstico en 2009.
- Enero 2021: Diagnóstico de nefritis lúpica, grado IV, por lo que recibió pulsos de metilprednisolona y micofenolato, que suspende en dos oportunidades por intolerancia gastrointestinal.
- Mayo 2021: Internación en servicio de Nefrología por neumonía adquirida en la comunidad por lo que realizó tratamiento con AMS, en dicha internación se evidenció derrame pericárdico leve y derrame pleural bilateral en la TC de torác.
- Julio 2021: Internación en Hospital Argerich por reactivación lúpica, donde recibe tratamiento inmunosupresor con deltisona (40 mg) y ciclofosfamida (**500 mg - último pulso 21/8**).

ANTECEDENTES

❖ **Medicación habitual:**

- Enalapril 10 mg cada 12 horas.
- Deltisona 40 mg por día.
- Ácido fólico 10 mg por día.
- Calcio base y vitamina D.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS PREVIOS

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO 16/07/2021

DDVD (cm)	DDVI (cm)	DSVI (cm)	SIV (cm)	PP (cm)	F. Ac (%)	AI (cm ²)	Ao (cm)
Normal	3.93	3.00	0.87	0.72	24	15	3.40

Ventrículo izquierdo de tamaño conservado, espesores parietales conservados. Función sistólica globalmente conservada, FEy estimada 65%. No se observan alteraciones segmentarias de la motilidad.

Patrón de llenado ventricular tipo normal. Aurícula izquierda no dilatada.

Cavidades derechas normales con función sistólica conservada, TAPSE 19 mm. Vena cava inferior no dilatada con adecuado colapso inspiratorio.

Válvula mitral presenta engrosamiento basal de la valva posterior. IM leve.

IT leve. PSAP estimada de 38 mmhg.

Derrame pericárdico, circunferencial, con separación de las serosas 9.8 mm anterior y 10 mm posterior.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO 13/08/2021

Estudio realizado en otra institución

DDVD (cm)	DDVI (cm)	DSVI (cm)	SIV (cm)	PP (cm)	F. Ac (%)	AI (cm ²)	Ao (cm)
Normal	4.0	2.4	1.1	1	37	3.6	3.2

Ventrículo izquierdo no dilatado con grosor parietal normal. FEy 67%, sin alteraciones segmentarias de la motilidad.

Patrón de llenado ventricular tipo relajación prolongada . Aurícula izquierda no dilatada. Cavidades derechas normales con función sistólica conservada, TAPSE 24. Presión pulmonar en límites normales.

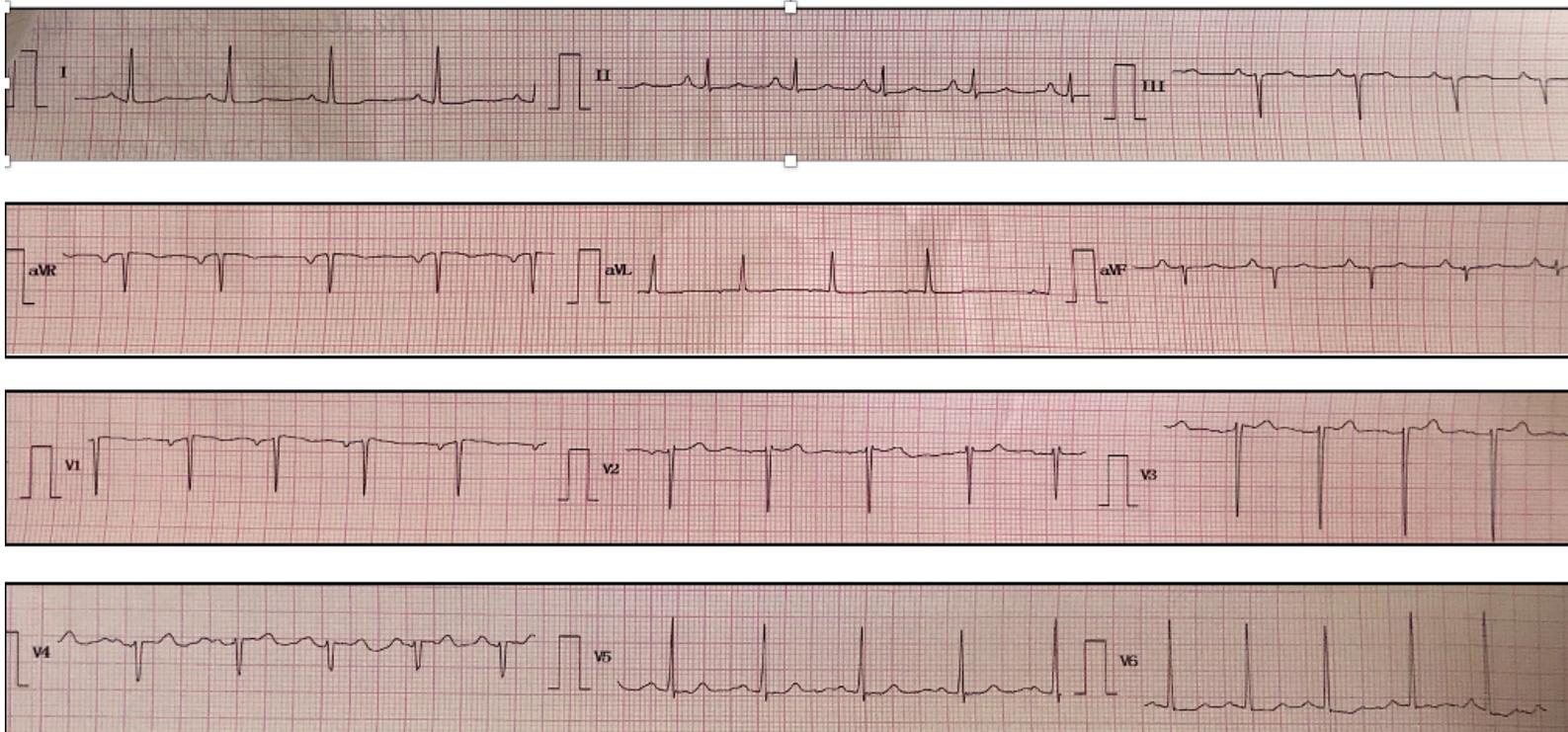
Válvulas morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción.

Vena cava inferior dilatada con colapso < 50%.

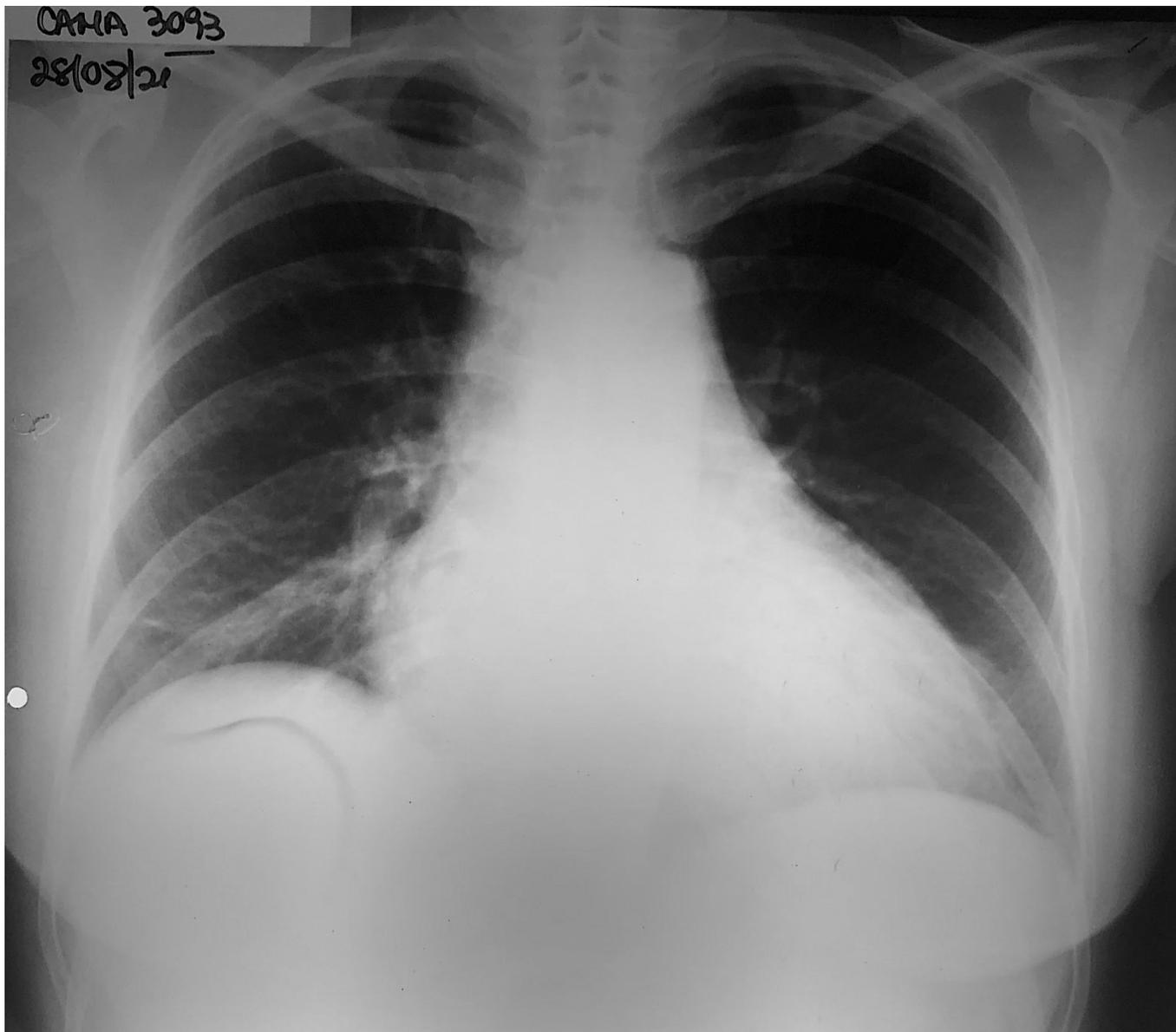
Derrame pericárdico moderado, circunferencial, (12 mm en ELPI) sin colapso de cavidades. **Derrame pleural izquierdo leve**.

INGRESO A CLÍNICA MÉDICA (25/08/31)

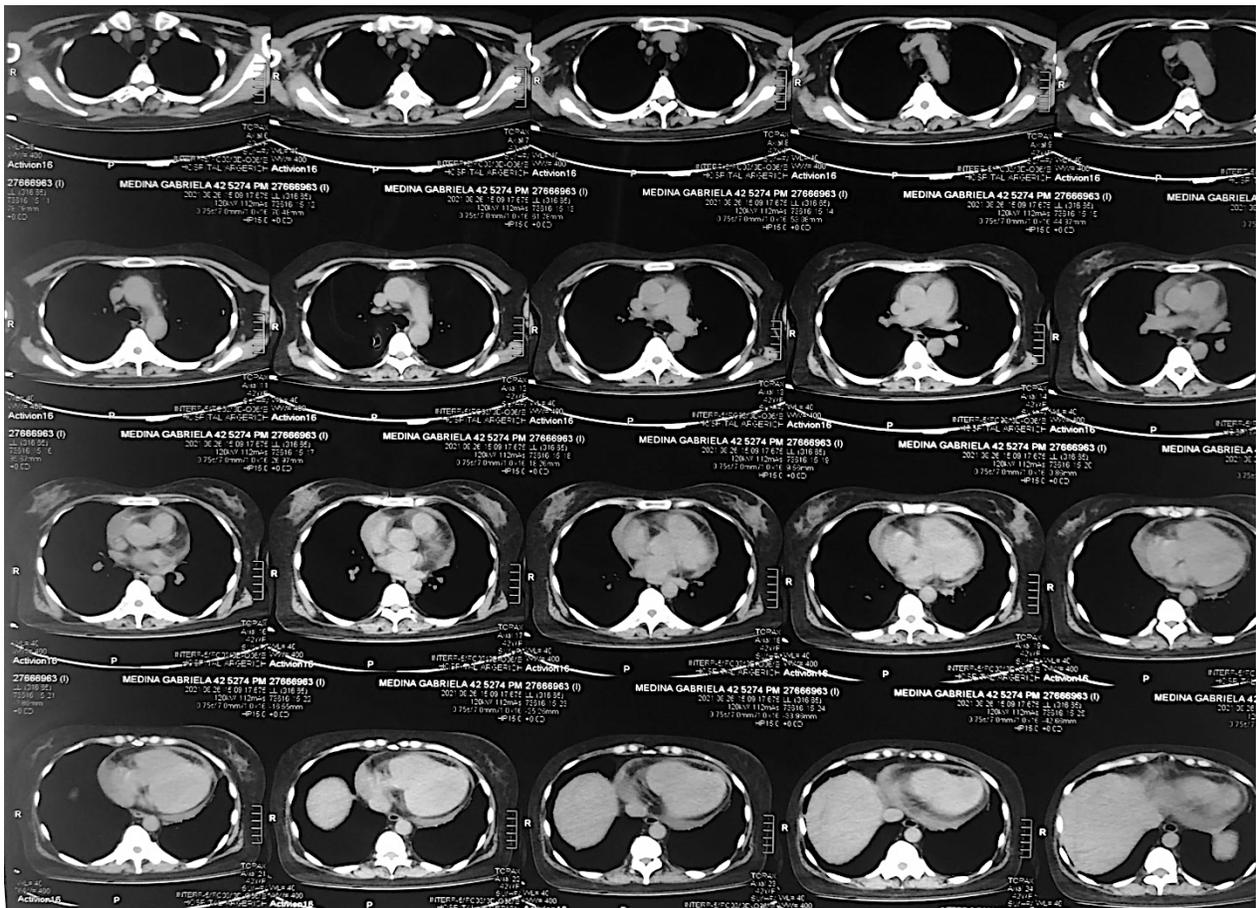
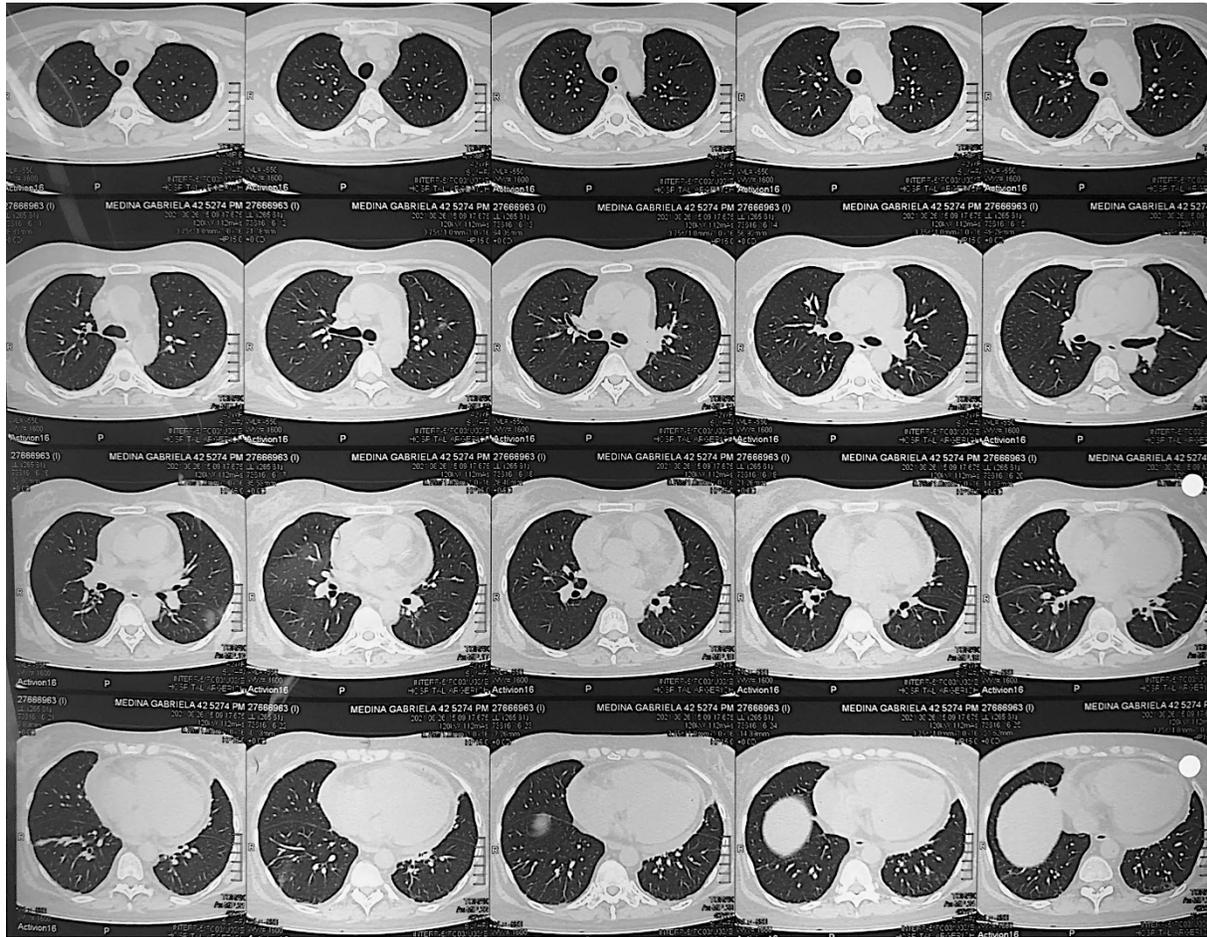
ELECTROCARDIOGRAMA



RADIOGRAFÍA DE TÓRAX DE INGRESO (25/08)



TOMOGRAFÍA DE TORÁX Y CEREBRO DE INGRESO (25/08)



TOMOGRAFÍA DE TORÁX Y CEREBRO DE INGRESO (25/08)

TC cerebro:

Línea media conservada. No se observan alteraciones tomodensitométricas de la sustancia blanda y gris cortico subcortical en ambos hemisferios cerebrales.

Sistema ventricular de forma y tamaño conservado.

No se observan colecciones intra ni extra axiales.

Las cisternas axiales de la base, silvianas y los espacios subaracnoideos corticales de la convexidad cerebral se hallan conservados. No se observan alteraciones antómicas en fosa posterior.

TC tórax:

Opacidad focal en vidrio esmerilado en segmento superior de la llingula de aspecto inespecífico.

Tronco de arteria pulmonar de 33 mm. Atelactasias laminares en ambas bases pulmonares.

Imágenes ganglionares mediastinales, fuera de rango adenomegálico.

Cavidades cardíacas aumentadas de tamaño. **Leve derrame pericárdico.**

Ausencia de derrame pleural.

EXÁMEN FÍSICO DE INGRESO (25/08)

TA	FC	FR	T ^o	Saturación	Peso	Talla	IMC
160/90 mmhg	115 lpm	18 cpm	36 °C	96% (fio 0.21)	49 kg	1.56 mts	18.4 kg/m ²

- ❖ **Aparato cardiovascular:** Buena perfusión periférica, pulsos regulares y simétricos. Pulso paradójal negativo. Ingurgitación yugular 2/3 con reflujo hepatoyugular. Latido apaxiano en 5^o EIC izquierdo LMC. R1-R2 en 4 focos, normofonéticos, silencios libres. Edemas en miembros inferiores 3/6.
- ❖ **Aparato respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria, hipoventilación bibasal, rales crepitantes bibasales.
- ❖ **Abdomen:** Blando, depresible, indoloro, matidez infraumbilical, con ruidos hidroaéreos conservados.
- ❖ **Neurológico:** Lúcida, sin signos de foco motor ni sensitivo.
- ❖ **Piel y partes blandas:** Eritema malar.



Hospital Argerich
Residencia de Cardiología

Normal	4.05	3.74	1.14	1.07	0	20.90	11.90
--------	------	------	------	------	---	-------	-------

Ventrículo izquierdo no dilatado, con grosor parietal levemente aumentado.

Hipoquinesia difusa. Disfunción sistólica moderada a severa. **FEy por método biplanar 38%, FEy por impresión visual 30%.**

Onda de llenado VI monofásica por taquicardia. Aurícula izquierda levemente dilatada.

Ventrículo derecho no dilatado, con disfunción sistólica (TAPSE 15 mm). PSAP 52 mmhg.

Válvulas morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción.

Vena cava inferior no dilatada con colapso < 50%.

Derrame pericárdico moderado circunferencial (10 mm de separación máxima).



Hospital Argerich
Residencia de Cardiología

EVOLUCIÓN EN CLÍNICA MÉDICA (25/08 AL 29/08)

Por sospecha de miocarditis en contexto de deterioro agudo de la función biventricular, se solicitan biomarcadores (Troponina T y CK), los cuales resultan negativos.

El día 27/08 se reciben serologías positivas para Citomegalovirus (CMV) (IgM+/IgG+), por lo que se interpreta inicialmente como miocarditis por CMV e inicia tratamiento con ganciclovir.

Presenta anemia con requerimientos transfusionales, por lo que recibe 1 unidad de glóbulos rojos.

EVOLUCIÓN EN CLÍNICA MÉDICA (25/08 AL 29/08)

Evoluciona con registros hipertensivos (TA 190/90 mmhg), con escasa respuesta a antihipertensivos orales, por lo que se decide su pase a terapia intensiva.

EVOLUCIÓN EN UTI (27/08 AL 30/08)

Durante su internación en UTI presenta adecuado control de tensión arterial, con alfa-metildopa y amlodipina, sin requerimiento de drogas titulables.

Luego de 48 hs de monitoreo, se decide su pase a Clínica Médica para continuar diagnóstico y tratamiento.

EVOLUCIÓN EN CLÍNICA MÉDICA (30/08 – 09/09)

Se recibe resultado de carga viral para CMV (PCR cuantitativa) no detectable y se decide suspender tratamiento con ganciclovir.

En contexto de marcadores de actividad lúpica elevados, tratamiento inmunosupresor previo con ciclofosfamida y registros hipertensivos de difícil manejo se consideran los diagnósticos diferenciales de:

- Miocarditis lúpica.
- Miocardiopatía catecolaminérgica.
- Cardiotoxicidad por ciclofosfamida.

Continúa realizando balance negativo con mejoría de los signos de sobrecarga hídrica y adecuado control de la tensión arterial con 3 drogas antihipertensivas.

El día 01/09 se realiza ecocardiograma control.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO 01/09/2021

DDVD (cm)	DDVI (cm)	DSVI (cm)	SIV (cm)	PP (cm)	F. Ac (%)	AI (cm)	AD (cm)
Normal	4.27	3.05	1.07	0.91	29	19.70	15.20

Ventrículo izquierdo no dilatado, con grosor parietal normal.

Hipoquinesia difusa leve. Función sistólica en el límite inferior normal. **FEy por método biplanar 58%, FEy por impresión visual 50%.**

Onda de llenado VI pseudonormal, con leve aumento de las presiones diastólicas. Aurícula izquierda levemente dilatada.

Ventrículo derecho no dilatado, con función sistólica conservada (TAPSE 19 mm, Onda S 13 cm/seg). PSAP 39 mmhg.

Válvulas morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción.

EVOLUCIÓN EN CLÍNICA MÉDICA (25/08 AL 29/08)

nivel posterolateral).



Por buena evolución clínica, se otorga alta hospitalaria, en plan de realizar tratamiento inmunosupresor por ambulatorio.

INDICACIONES AL ALTA HOSPITALARIA

- Omeprazol 20 mg/día.
- Alfa-metildopa 500 mg cada 12 horas.
- Enalapril 10 mg cada 12 horas.
- Amlodipina 10 mg/día.
- Meprednisona 40 mg/día.
- Hidroxicloroquina 200 mg/día.
- Ácido fólico 10 mg/día.
- Calcio base 2 comprimidos por día.
- Vitamina D 100.000 UI mensual.
- TMS forte 1 comprimido lunes-miércoles-viernes.

LABORATORIOS

Determinación	25/08	28/08	05/09
Hto (%) / Hb (g/dL)	20.6 / 6.6	23 / 7.7	30.3 / 10.4
Globulos blancos (/mm3)	2.500	2.200	2.300
Plaquetas (/mm3)	62.000	57.000	209.000
Glucemia (mg/dL)	90	101	68
Urea (mg/dL)	80	112	90
Creatinina (mg/dL)	1.81	2.26	1.57
BT/BD(mg/dl) - GOT/GPT (UI/L) LDH/ GGT	0.50 / 0.27 - 227 / 394 1016/2029	0.28 / 0.06 - 351 / 580	0.28 / 0.12 / 36 / 32
Na+/K+/Cl-	145 / 3.65/ 105	135 / 4.47 / 98	137 / 4.75 / 102
TP(%), Kptt (seg), RIN	119 / 28 / -	-	123 / 27
Troponina T - CK/MB Dímero D	< 40 – Negativa (26/08) 0.41 mg/dl (negativo)		
Serologías	Anti CMV IgM + / Anti CMV IgG + / PCR CMV no detectable HIV no detectable		
TSH uU/ml	2.80		
Proteinuria	+++ (26/08) – 1.52 gr/24 hs (01/09)		
Cl Cr medido / Creatinuria	26 ml/min – 25.2 mg/dl		
ERS (mm) – PRC (mg/l)	72 – 9.2 (26/08)		

C3: 64 mg/dl (VN 90-180)
C4: 7 mg/dl (VN 10-40)