

# Paciente de 30 años con molestias digestivas y torácicas y disnea – 2017

Dr. Oswald Londono

Apreciado Edgardo, me gustaría comentar el siguiente caso con el Foro, pues quiero saber la opinión de los foristas,

Se trata de un paciente joven de 30 años que presenta molestias digestivas y torácicas y un aumento de disnea a mínimos esfuerzos..

Se le realizó endoscopia en México, donde reside, y mostró una mucosa afectada por *Helicobacterium Pily*.

Realizó el tratamiento con triple terapia, pero sin mejoría alguna.

Me avisa por dolor torácico con inicio en la zona epigástrica.

El ECG no muestra alteraciones de la repolarización.

Holter sin alteraciones del automatismo. Solo una bradicardia con RV mínima de 32bpm y máxima de 45lpm.. No clínica de mareos.

ECO: insuficiencia mitral i aòrtica ligeras. FE conservada.

Como curiosidad: el dolor aumenta cuando está de pie. Nunca sube de frecuencia cardiaca mayor a 70.

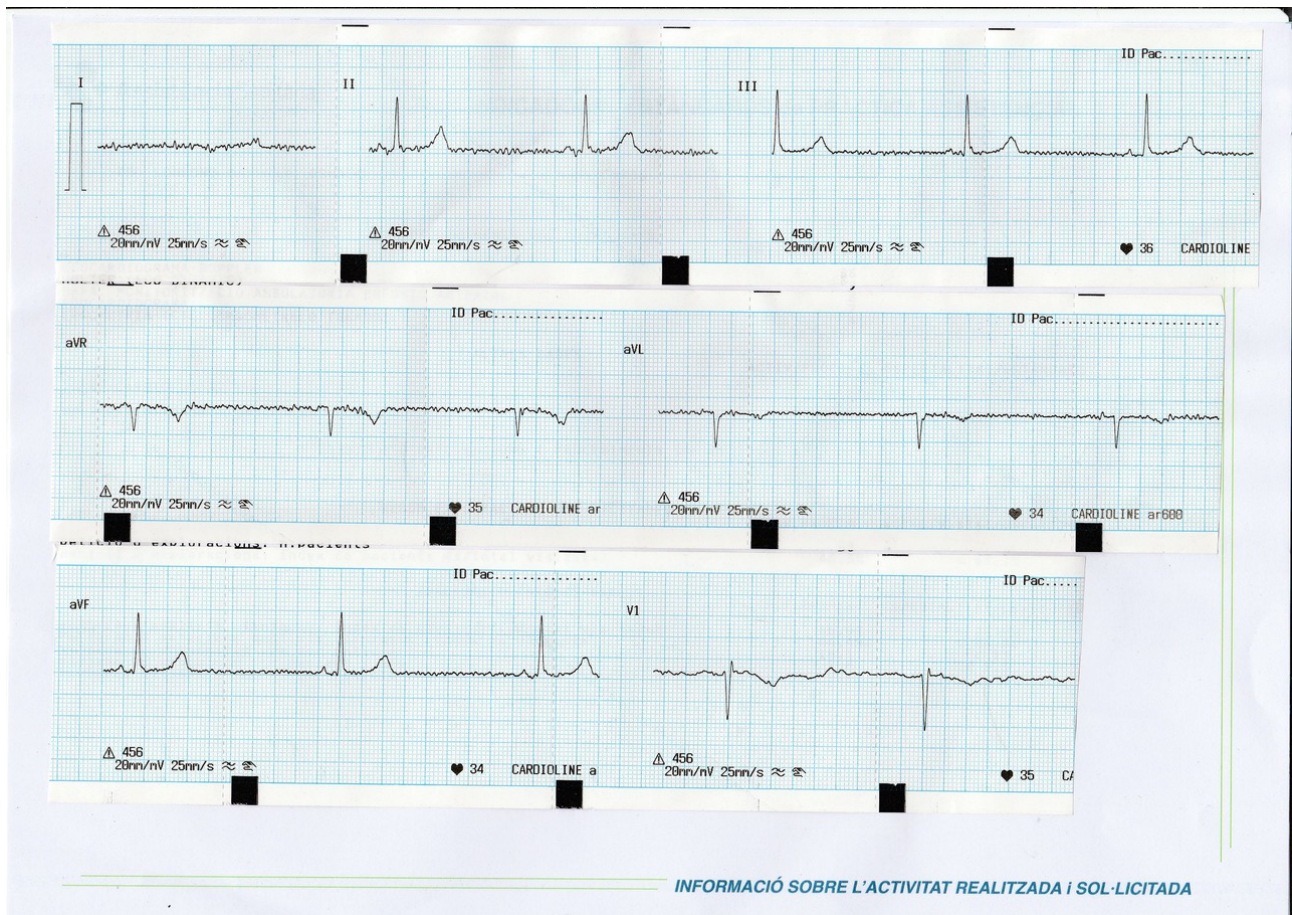
Esta clínica desde hace un año. Me llama la atención su frecuencia cardiaca. Además ahora pesa 50 kilos. Paciente de 190 de alzada.

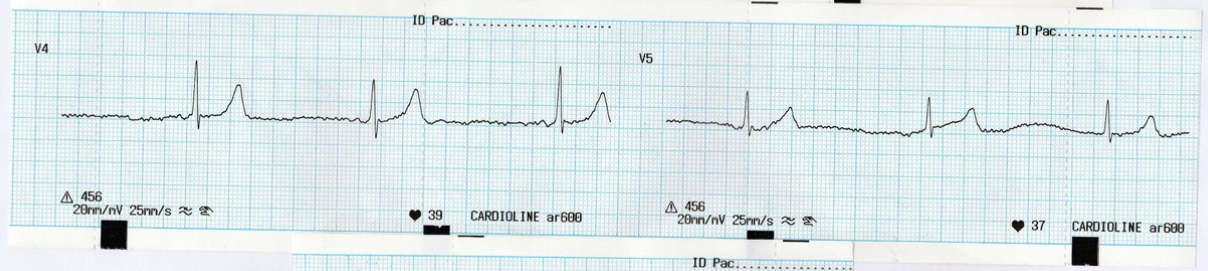
Sin antecedentes familiares de cardiopatía isquémica. No antecedentes de muerte súbita. No practica el deporte.

Agradezco vuestros comentarios de antemano.

Atentamente,

Dr. Oswald Londono  
Barcelona









Nº Análisis  
**M02099071**

Fecha toma de muestra  
**07/08/2017**

Fecha recepción  
**07/08/2017**

Fecha edición  
**22/08/2017**

PRUEBA

M02099071

RESULTADO

UNIDADES

VAL.DE REFERENCIA

**CALPROTECTINA / HECES**

Enzimoimmunoensayo (ELISA)

RESULTADO..... **388 †** mg/kg heces (**<51**)

**PARÁSITOS**

Microscopía óptica de campo claro

MUESTRA                      Heces                      Muestra 1

RESULTADO

Ausencia macroscópica de helmintos adultos.

CONCENTRACIÓN

No se observan quistes de protozoos, ni huevos de helmintos.

**PARÁSITOS**

Microscopía óptica de campo claro

MUESTRA                      Heces                      Muestra 2

RESULTADO

Facultativos:

Conchita Balado  
Sergio Cigarrán  
Sandra Esteban

Sergio Fuentes  
Carme Gomá  
Josep Fr. Nomdedeu

Sandra Nuri  
Ana Pardo  
Pilar Pelagio

Magda Pujols  
M<sup>ra</sup> Carmen Rodríguez  
Iñaki Salvador

Raül Santamaria  
Nuria Segarra  
Inés Valle



Dr. Londono  
Avda. Roma, 148-150, entl. 1  
08011 Barcelona  
Telf. 93 424 2046

Nom i cognoms: X-man  
No. Història: 3001101  
Motiu de sol·licitud: Dispnea  
Sol·licitat pel Dr. Londono  
Diagnòstic clínic:  
Procedència: Assistència Sanitària  
Data de neixement: 25/10/1986  
Ritme: sinusal

Data: 25/08/2017

Freqüència cardíaca: 35bpm

### Ecocardiografia

|                               |         |                          |        |
|-------------------------------|---------|--------------------------|--------|
| Diàmetre diastòlic del VE     | 41 mm   | Diàmetre sistòlic del VE | 25 mm  |
| Grosor TIV                    | 8.0 mm  | Grosor PP                | 8.0 mm |
| Aurícula esquerra             | 31.0 mm | Anell Aòrtic             | 27 mm  |
| Aorta Ascendent               | 27 mm   | Fracc. de Acort. VE      | 38.3 % |
| Fracció d'ejecció VE Teicholz | 69.1 %  | Massa VE                 |        |
| Fracció d'ejecció VE Simpson  | %       |                          |        |

#### Comentari:

Ventricle esquerre no dilatat, no hipertròfic amb funció sistòlica conservada. FE 69%.  
Aurícula esquerra, anell aòrtic i aorta ascendent no dilatades.  
Vàlvula aòrtica trivalva amb obertura conservada.  
Vàlvula mitral morfològicament normal.  
Cavitats dretes no dilatades amb funció sistòlica conservada.  
Absència de foramen ovale.  
Absència de vessament pericàrdic.  
Vena cava inferior no dilatada amb colapse inspiratori normal.

#### Estudi Doppler

##### Vàlvula mitral

|                   |         |              |         |
|-------------------|---------|--------------|---------|
| Ona E             | 0.43m/s | Ona A        | 0.68m/s |
| Relació E/A       | 0.63    | Regurgitació | I       |
| Area Regurgitació |         |              |         |

##### Vàlvula aòrtica

|                   |         |                |   |
|-------------------|---------|----------------|---|
| V. Màx.           | 0.66m/s | Regurgitació   | I |
| Gradient Màx.     |         | Gradient Mitjà |   |
| Area Regurgitació |         |                |   |

##### Vàlvula tricuspídea

|                   |   |
|-------------------|---|
| Regurgitació      | 0 |
| Area Regurgitació |   |

##### Pressió arteria pulmonar

|              |  |
|--------------|--|
| T.acc. pulm. |  |
| Regurgitació |  |

**CONCLUSIONS:** Insuficiència aòrtica i mitral lleugeres. Contractilitat global conservada.

Dr. Londono  
Avda. Roma, 148-150, entl. 1  
08011 Barcelona  
Telf. 93 424 2046

Nom i cognoms: X-man  
No. Història: 3001101  
Motiu de sol·licitud: Dispnea  
Sol·licitat pel Dr. Londono  
Diagnòstic clínic:  
Procedència: Assistència Sanitària  
Data de neixement: 25/10/1986  
Ritme: sinusal

Data: 25/08/2017

Freqüència cardíaca: 35bpm

### Ecocardiografia

|                               |         |                          |        |
|-------------------------------|---------|--------------------------|--------|
| Diàmetre diastòlic del VE     | 41 mm   | Diàmetre sistòlic del VE | 25 mm  |
| Grosor TIV                    | 8.0 mm  | Grosor PP                | 8.0 mm |
| Aurícula esquerra             | 31.0 mm | Anell Aòrtic             | 27 mm  |
| Aorta Ascendent               | 27 mm   | Fracc. de Acort. VE      | 38.3 % |
| Fracció d'ejecció VE Teicholz | 69.1 %  | Massa VE                 |        |
| Fracció d'ejecció VE Simpson  | %       |                          |        |

#### Comentari:

Ventricle esquerre no dilatat, no hipertròfic amb funció sistòlica conservada. FE 69%.  
Aurícula esquerra, anell aòrtic i aorta ascendent no dilatades.  
Vàlvula aòrtica trivalva amb obertura conservada.  
Vàlvula mitral morfològicament normal.  
Cavitats dretes no dilatades amb funció sistòlica conservada.  
Absència de foramen ovale.  
Absència de vessament pericàrdic.  
Vena cava inferior no dilatada amb colapse inspiratori normal.

#### Estudi Doppler

##### Vàlvula mitral

|                   |         |              |         |
|-------------------|---------|--------------|---------|
| Ona E             | 0.43m/s | Ona A        | 0.68m/s |
| Relació E/A       | 0.63    | Regurgitació | I       |
| Area Regurgitació |         |              |         |

##### Vàlvula aòrtica

|                   |         |                |   |
|-------------------|---------|----------------|---|
| V. Màx.           | 0.66m/s | Regurgitació   | I |
| Gradient Màx.     |         | Gradient Mitjà |   |
| Area Regurgitació |         |                |   |

##### Vàlvula tricuspídea

|                   |   |
|-------------------|---|
| Regurgitació      | 0 |
| Area Regurgitació |   |

##### Pressió arteria pulmonar

|              |  |
|--------------|--|
| T.acc. pulm. |  |
| Regurgitació |  |

**CONCLUSIONS:** Insuficiència aòrtica i mitral lleugeres. Contractilitat global conservada.

Fecha del informe: 27-07-2017

Diagnóstico

TC DE ABDOMEN Y PELVIS

MOTIVO DE EXPLORACIÓN:  
Gastritis. Úlcera.

#### TÉCNICA

Se practican cortes axiales desde diafragmas hasta periné para valoración de órganos abdominales y pélvicos. Se administró contraste endovenoso.

#### HALLAZGOS

Vesícula biliar de forma y tamaño normal.

No hay dilatación de vías biliares.

Hígado de tamaño aumentado, con venas suprahepáticas dilatadas y un importante reflujo venoso en el estudio, secundario a insuficiencia cardíaca vs insuficiencia valvular, a valorar, sin la presencia de lesiones focales.

Páncreas de tamaño y morfología dentro de límites normales, sin cambios densitométricos significativos.

Bazo homogéneo de tamaño normal.

Suprarrenales de forma y tamaño normal.

Riñones de situación, tamaño y morfología dentro de los límites de la normalidad.

Retroperitoneo sin evidencia de masas ganglionares ni alteración de los grandes vasos.

Vejiga urinaria de morfología normal, sin cambios patológicos.

No identifico focalidades gástricas en éste estudio. No se observan focalidades en el intestino delgado o en el colon.

Mínimo líquido libre pélvico.

#### CONCLUSIÓN

Gran reflujo de contraste en fase arterial (Insuficiencia cardíaca ? valvular?). No identifico focalidades gástricas en éste estudio.



# OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Dr. Londono,

Me olvidaría por el momento de la frecuencia cardiaca de este paciente.

La tomografía de abdomen demuestra un hígado agrandado con venas suprahepática dilatadas con reflujo. Por otro lado el ecocardiograma informa que la vena cava inferior no está dilatada y tiene colapso inspiratorio normal. Si estas dos observaciones son correctas, estaríamos en presencia de un síndrome de Budd Chiari con dolor epigástrico por hepatomegalia. No vi análisis de laboratorio. El paciente tiene muy bajo peso y esto se puede asociar a bradicardia.

En fin, necesita una evaluación clínica muy profunda antes de enfocarse en el corazón.

Saludos,

Mario D. Gonzalez

---

Este longilíneo asténico hombre joven de 190m de altura y apenas 50kg de peso es portador de una obstrucción venosa de la circulación de salida del hígado "*Hepatic venous outflow obstruction*". Esta situación debe hacernos pensar en 3 posibles cuadros sindrómicos semejantes:

1) La enfermedad veno-oclusiva *veno-occlusive disease (VOD)*,

2) El syndrome de Budd-Chiari (BCS): Hay bloqueo de las venas hepáticas "*blockage of hepatic veins*". Esta es una condición rara que se observa en 1/100.000 habitantes. Puede ser:

a) primaria o

b) secundaria.

La primera es una lesión endoluminal venosa con trombosis “*endoluminal venous lesion-like thrombosis*”

Las secundarias causada por compresión extrínseca das estructuras vecinas o invasión tumoral de las venas supra-hepáticas como la enfermedad mieloproliferativa primária como policitemia vera o metaplasia mieloide agnogénica.

En la mayoría de los casos existe un estado de hipercoagulación (75%). En el 25% de los casos hay mutación en el factor V de Leiden, en el factor II, (5%), mutación en el gen de la protombina.

En el 25% de los casos se encuentran anticuerpos anticardiolipinas y es frecuente el aumento de homocisteína.

En aproximadamente 10% de los casos existe hemoglobinuria paroxística. Se describen como causas secundarias trauma abdominal, colitis ulcerativa y enfermedad celíaca, riñon policístico, quiste hidatídico, o amebiasis hepática,

Debe sospecharse en pacientes con inicio abrupto de ascitis y dolor con hepatomegalia más al quedar de pie, ascitis masiva con hígado relativamente preservado, enfermedad hepática, coagulopatía trombogénica, nivel de transferasa sérica 5 veces el límite normal, así como fosfatasa alcalina y bilirrubina lo que puede justificar la bradicardia (las sales biliares son una de las causas de bradicardia), leve hipoalbuminemia.

El Doppler hepático es la técnica de elección con sensibilidad y especificidad de > 85% venas hepáticas tortuosas en forma de araña, colaterales subcápsulas venosas se observan en 80% de los casos. Son útiles la resonancia, el CT scanning, venografía hepática, cavografía e biopsia

3) Hígado de estasis “*congestive hepatopathy*” (CH). No es este el caso

Existe un trabajo muy interesante donde podran leer las características diferenciales de los 3 cuadros en este link

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4146966/>

Comentario final

Este paciente tiene el signo electrocardiográfico que el gran electrocardiografía Sudafricano Leo Shamrrot lo consideraba patognomónico de enfisema y lo denominara “signo de los 30 segundos después de las 6 y 30”.

Es decir el eje de P, el eje del QRS y el de T se encuentran perpendiculares a DI como en este caso DI muestra una línea isoelectrica señalando que el eje de los 3 está en + 90 grados. O sea el reloj marca las 30 segundos después de las seis y treinta.

Andrés R. Pérez Riera.

Mi pregunta es desde mi "ignorancia".

¿Por qué hablan de síndrome de Budd-Chiari o síndrome de "vena oclusiva"?, si lo que se observa es dilatación de las suprahepáticas con reflujo (no se ven obstrucciones ni parciales ni totales) con una cava normal y ambas son permeables?

Este hallazgo desde mi punto de vista pueden ser secundarios a la dilatación de los sinusoides hepáticos, a la atrofia de los hepatocitos perivenulares y la fibrosis pericelular focal.

Estoy de acuerdo en que me centraría en estudiar al paciente desde el punto de vista gastroenterológico porque existen asociaciones diversas entre aumento calprotectina fecal, hepatomegalia, bradi o taquicardia.

Afectuosamente

Isabel Konopka

---

Estimados

Comparto que me centraría más en estudiar este paciente buscando otras afecciones no cardíacas. En cuanto al Budd-Chiari este es más frecuente en mujeres y debutan durante el embarazo lleva la evolución a la ascitis por hipertensión portal y la cirrosis luego. Entidad poco frecuente (en mi experiencia sólo he visto 2 y eran mujeres) pero no excluye al hombre, en este hay que buscar parasitismo. Policitemias, coagulopatías leucemias. Otros tumores pero descartando primero las causas hematológicas.

No conozco la epidemiología de la zona en cuanto a enfermedades parasitarias

Indicaría (estudios de función hepática con bilirrubina, coagulograma completo, perfil lipídico. Hto, lámina periférica, electroforesis de Hb. Drenaje biliar buscando parasitismo en vías biliares a veces puede ser negativo el estudio de las Heces.

Sería interesante ver radiografía de tórax.

Creo que el corazón aquí es víctima

Otra pregunta además de la pérdida de peso febrícula vespertinas sudoraciones profusas

Es mi humilde opinión

José Enrique Castellanos

---

Buenos días Dr. González. Se realizó un estudio gastro-enterológico sin encontrar patología digestiva.

Colonoscopia y endoscopia normal.

Análisis de sangre sin alteraciones.

Agradezco su comentario.

Apreciada Isabel, gracias por tus comentarios.

Se comenzó con un estudio gastro-enterológico en México, pero sin encontrar patología alguna, excepto el Helicobacterum pylori.

Aquí en Barcelona pasó otro estudio con un digestólogo sin nuevos hallazgos.

Llama la atención una bradicardia extrema y una pérdida de peso tan importante.

Cordialmente

Oswald Londono

Es claro que el diagnóstico de síndrome de Budd-Chiari (BCS) es apenas una hipótesis. El colega del caso debería hacer exámenes iniciales simples y nos contará en poco tiempo los hallazgos

De 138 casos estudiados la edad de presentación media fue de 26 años muy próxima de este caso (30 años) y el sexo 94 eran mujeres y 40 hombres.(Sakr MA1, Abdelkader N, Dabbous H, Eldorriy A.Prevalence of portal vein thrombosis in Egyptian patients with Budd-Chiari syndrome.Indian J Gastroenterol. 2014 Sep;33(5):489-91.)

¿Cuáles exámenes serían?

- 1) Electroforesis de proteínas idealmente o proteínas totales y fracciones
- 2) Bilirrubinas
- 3) Coagulograma
- 4) Anticardiolipinas
- 5) Homocisteína
- 6) Parasitológico 3 muestras.
- 7) Ultra sonografía hepática
- 8) Color Doppler pulsado
- 9) Una endoscopia esófago gastro duodenal ya realizada debería siendo el síndrome mostrar várices esofágicas porque se refiere encontrarlas en un alto porcentaje (más de 90% de los casos)
- 10) Interconsulta con hepatologista o gastroenterologista o internista.

En fin con medidas baratas y accesibles le darán un á un norte inicial. Talvez en caso de dudas se pueda indicar una biopsia que cerraría el diagnóstico

Una cosa ¿cuál era el peso inicial del paciente?

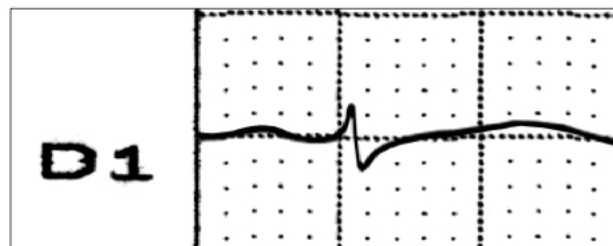
Les mando el signo comentado presente en este caso en forma lúdica para quien no entendio

**Andrés R. Pérez Riera**



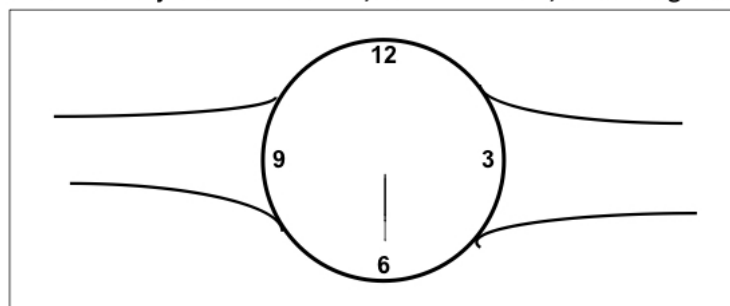
# Signo de la derivación estándar DI

¿Cuál es el diagnóstico clínico y electrocardiográfico de este caso, sólo con la derivación I?



¿No lo saben? ¿Necesitan ayuda?

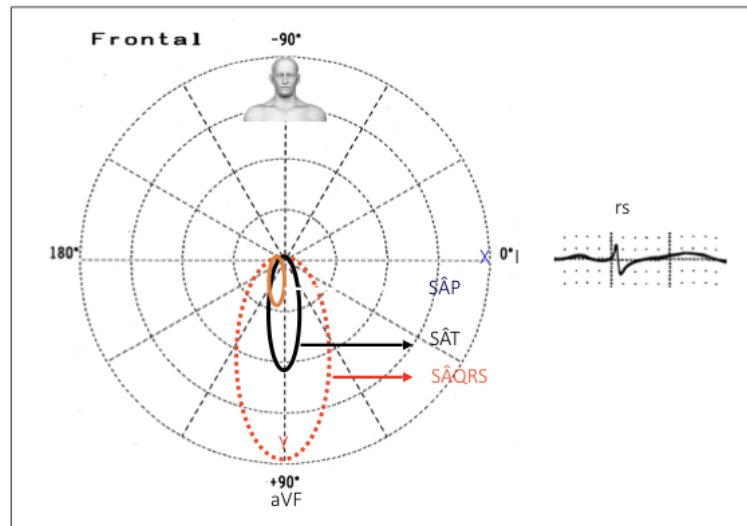
En mi reloj la hora es 6 horas, treinta minutos, treinta segundos.



¿Ahora está claro? ¿O necesitan más ayuda?



El eje de P, QRS y T puede hallarse alrededor de  $+90^\circ$  en el plano frontal, que causa ausencia de P y T e isodifasismo de voltaje menor en la derivación I, porque los electrodos de exploración son presionados alejándose del corazón.



El signo se conoce como "signo estándar de la derivación I", casi patognomónico de enfisema, y proponemos llamarlo en homenaje a su creador, signo de Leo Schamroth. ECG típico de SVD de enfisema. Parece que se ve en longilíneos extremos

---

Buenos días! Lo estaría de más solicitar una serología para Enfermedad de Chagas. (HAI y Elisa o TIF )

Cordialmente

Dr Juan Carlos Manzardo

---

Dr. Manzardo, debido a sus viajes por zonas endémicas, lo solicité y su resultado fue negativo.

Oswald Londono

He observado bradycardia extrema en personas jóvenes con caquexia de diferentes causas, sobre todo anorexia nervosa. La frecuencia cardíaca subió con el aumento de peso. Desconozco los mecanismos celulares y moleculares de esta respuesta que aparece adaptativa.

Cordialmente.

Sergio Pinski

---

Hola Dr. Londono: comparto con el Dr. Pinski ha sido estudiado y no presenta patologías, el resultado positivo en materia fecal podría corresponderse con un colon irritable. Refiere laboratorio normales, ¿el hepatograma también es normal?

Si es así ¿no pensaron en repetir la TAC de abdomen y aprovechar TAC de tórax?

Más aún una ecografía hepatobiliopancreática con doppler de la vena porta aportara a evidenciar si existe compromiso hepático.

Si sigue presentando alteraciones hepáticas en la TAC o en la ecografía. Pensaría en una biopsia hepática por razones obvias. Descartaría patología vesicular.

En las parasitosis la vesícula actua como reservorio de las parásitos y en la TAC no se encuentra descripta la misma.

Entiendo que debe ser estudiado por un especialista en enfermedades del viajero. Aunque por lo referido no presenta evidencia de estás.

Mientras tanto lo pondría en un plan de engorde y le pediría que realice una curva térmica con 3 tomas diarias de la misma.

La bradicardia extrema en un sujeto vagotónico no me preocupa, es descifrar si el Sme de Impregnación si es que es tal con perdida de peso en los últimos 3 meses. Las patologías vesiculares perfectamente cursan con bradicardia y presentan molestias precordiales con irradiación a MSD.

Muy interesante desde el interés clínico, pero no presenta patología cardíaca.

Un cordial saludo

Martín Ibarrola

---

Buenos días

Creo que sería prudente que el Dr. Londono envíe un resumen de todo lo que se le ha hecho al paciente para evitar preguntar por exámenes que ya se ha realizado. Este es un paciente con hallazgos poco frecuente en la práctica médica por lo que lleva su tiempo y su razonamiento. Un paciente de 190cm con 50 Kg esta severamente desnutrido y a esa edad hay que buscar un grupo de causas que muchas veces son rarísimas y nos lleva a la búsqueda de lo poco común.

Si no es molestia que se haga un resumen detallado del caso para poder ayudar

Saludos

Dr. José Enrique Castellanos

---

Creo que si ven un parasitólogo encuentran el diagnóstico

Orlando Álvarez



Opino igual al Dr Castellanos la bradicardia es muy común en diversas patologías del adelgazamiento

Encontrar 2 cosas el origen del mismo y la concomitancia de la bradicardia solo es posible con un completo estudio semiológico

Dr Alejandro Rivera

Médico endocrinólogo

---

Dr. Riera, todos los análisis han salido dentro de la normalidad.

El peso inicial de hace una año era de 80kg. Ahora es de 50.

Saludos

Apreciado Dr. Castellanos, mañana os enviaré un resumen de lo realizado.

Un saludo

Muchas gracias Dr. Ibarrola. He solicitado un control con hepatólogo. Esperaré el resultado.

Sin duda alguna el sistema cardiovascular no está involucrado, la bradicardia no es el problema actual.

Le he recomendado alimentos con alta concentración de proteínas, tipo power powder, lo que les recomiendo a mis pacientes nonagenarios al alta del Hospital. Ha notado cierta mejoría.

Me inclino por una patología digestiva y espero el resultado de las pruebas que pueda pedir el hepatólogo.

Agradezco vuestro y vuestros comentarios.

Un abrazo

Gracias Dr. Alvarez. En México le hicieron un estudio y salió negativo. Le pedí una serología de Chagas y también negativa.

Oswald Londono

Como este paciente del Dr Lodolo presenta un índice de massa corporal (del inglés BMI) extremadamente bajo procuramos un trial prospectivo con prolongado acompañamiento que involucró nada menos que 900.000 adultos provenientes de 57 estudios prospectivos publicados en la prestigiosa revista Lancet en 2009 que pueden leer integralmente en el siguiente link. La discusión no tiene desperdicio.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673609603184>

Andrés R. Pérez Riera

---