

Ateneo Clínico

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

Residencia de Cardiología

Giuliana Tresenza

13/10/21

Paciente L.G.	Edad : 29 años
Sexo masculino	Ingreso : 01/07/2021 Egreso: 23/07/2021 Días de internación : 22 días

Motivo de consulta: Síncope y disnea.

Enfermedad actual: : Es derivado de otro nosocomio en donde se le realizó diagnóstico presuntivo de hipertensión pulmonar para estudio y tratamiento.

A su ingreso en guardia externa se constata paciente con signos de insuficiencia cardíaca retrógrada a predominio derecho secundario a progresión de enfermedad de base y realiza balance negativo con diuréticos endovenosos con buena tolerancia.

Se decide su pase a sala de cardiología para diagnóstico y tratamiento.

Antecedentes

Factores de riesgo cardiovascular: Obesidad grado I (IMC 33)

Antecedentes familiares: Padre con policitemia vera (actualmente fallecido por accidente doméstico) y hermana con artritis reumatoidea.

Antecedentes de enfermedad actual:

-Tres episodios de síncope (en el año 2020, enero y mayo 2021), de similares características, ante el esfuerzo, precedido por mareos con liberación de esfínteres

-Disnea CF II que progresó en los últimos meses a CF III y edemas en miembros inferiores.

Exámenes complementarios previos

Ecocardiograma transtorácico 23/6/21

DDVI: 47 MM DSVI 30 mm SIV 13 mm PP 8 mm

Ventrículo derecho severamente dilatado con aumento de sus trabéculas (DD 65 mm) y deterioro severo de la función sistólica (onda S tisular 8,7 cm/s). Aplanamiento sistólico del septum interventricular secundario a sobrecarga de presión del ventrículo derecho. Severa dilatación de la aurícula derecha (área 32 cm²). No se observa pasajes de burbujas de derecho a izquierdo.

Insuficiencia tricúspidea severa secundaria a dilatación del anillo. PSAP 150 mmhg. Onda S reversa a nivel de las venas suprahepáticas.

Válvula aórtica bicúspide con fusión de valva coronariana derecha e izquierda con apertura conservada.

Insuficiencia aórtica moderada con jet de dirección excéntrico. Reflujo holodiastólico reverso en aorta torácica ascendente, ausente en aorta abdominal.

Vena cava inferior dilatada (20 mm) con colapso < 50%.

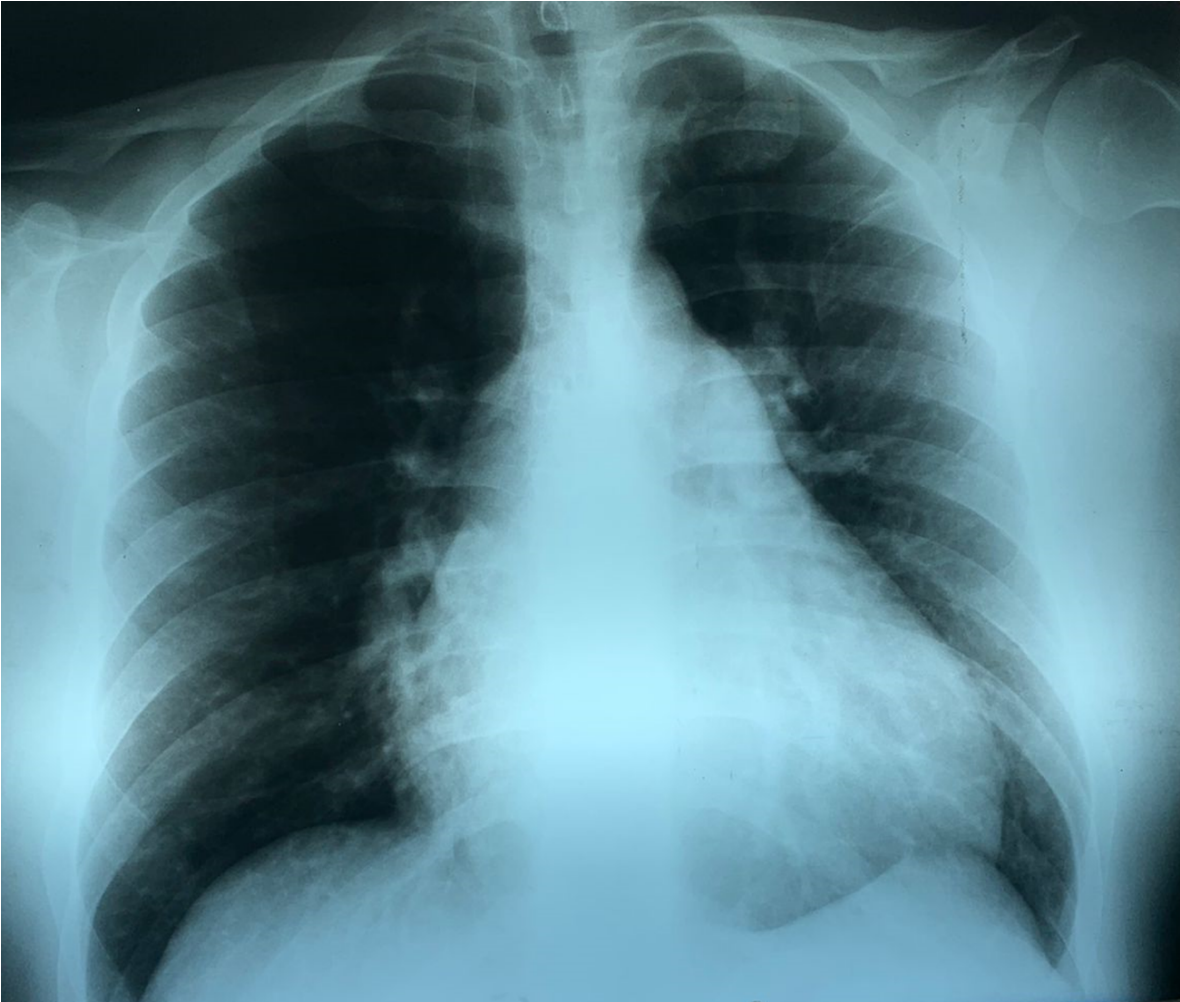
Derrame pericárdico leve a moderado.

Examen físico de ingreso a Sala de Cardiología 3/7/21

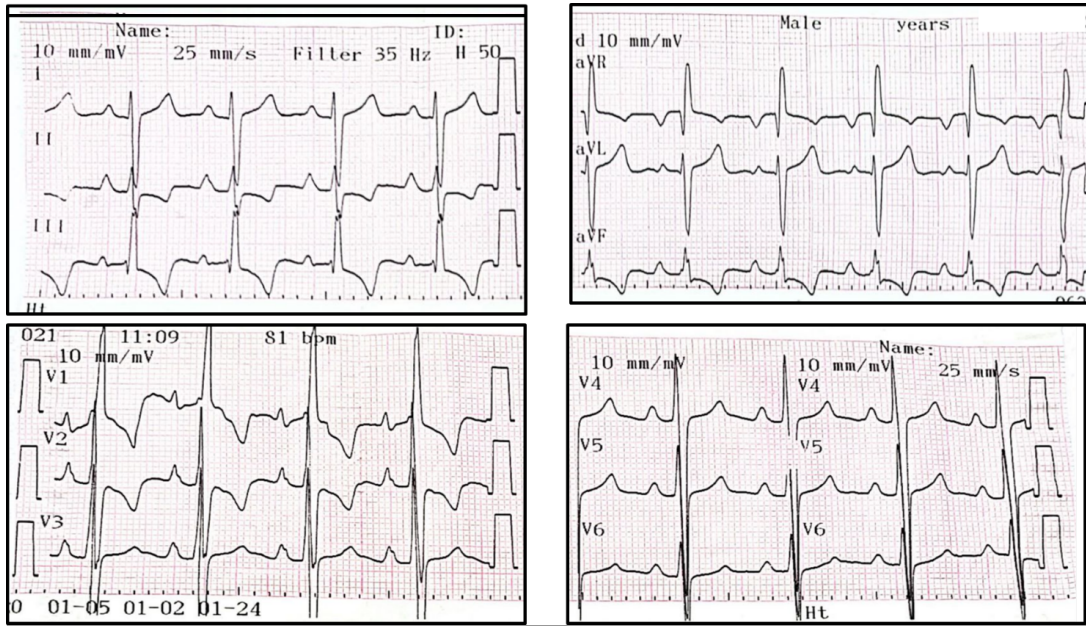
TA 100/70 mmHg	FC: 100 lpm	FR: 16 Cpm	T: 36 °C	Sat 93% (0.21)
Peso 95 kg	Altura 1,69 m	IMC 33 kg/m2		

- **Aspecto cardiovascular:**R1 y R2 en 4 focos, silencios libres. R2 aumentado a predominio de foco pulmonar. Levantamiento sistólico en 2ª EIC izquierdo. Choque de cierre pulmonar palpable. Matidez de 3 cm por fuera del borde paraesternal izquierdo. Choque de la punta en 5º EIC LMC. Buena perfusión periférica, sin ingurgitación yugular, RHY negativo, sin edemas en miembros inferiores.
- **Aspecto respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.
- **Aspecto abdominal:** Abdomen blando, depresible, indoloro, RHA +.
- **Aspecto neurológico:** Lúcido, sin signos de foco motor, ni meníngeo

Radiografía de tórax de ingreso a sala de cardiología 3/7/21



ECG de ingreso a sala de cardiología : 3/7/21



Evolución en Sala de Cardiología 4/7/21-23/7/21

Para estudio de su hipertensión pulmonar se realiza nuevo ecocardiograma transtorácico, cateterismo derecho y test de caminata.

Ecocardiograma transtorácico 5/7/21:

DDVI: 36 mm	DSVI: 26 mm	SIV: 7 mm	PP: 8 mm	AI: 17 cm ²
-----------------------	-----------------------	---------------------	--------------------	----------------------------------

Hipertensión pulmonar suprasistémica (PSAP 159 mmHg)

Dilatación severa del tronco (41 mm) y ramas de la arteria pulmonar.

Ventriculo derecho dilatado e hipertrofiado (pared libre 1,04 cm). Función sistólica del VD deprimida (TAPSE 12 mm; onda S 10 cm/s).

Dilatación severa de la aurícula derecha. No se visualiza shunt interauricular por Doppler color. VCI severamente dilatada sin colapso inspiratorio.

Ventriculo izquierdo no dilatado con grosor parietal normal y función sistólica conservada.

Aplanamiento del septum interventricular, con movimiento paradójico, por sobrecarga del VD. Aurícula izquierda no dilatada.

Válvula aórtica bicúspide sin engrosamiento ni calcificación valvular. Apertura valvular conservada. Insuficiencia aórtica leve-moderada, con jet excéntrico orientado hacia la valva anterior mitral. No se detecta coartación. Válvulas restantes morfológicamente normales.

Insuficiencia tricúspidea moderada. Derrame pericárdico posterior leve.

Cateterismo derecho 19/7/21

Parámetros	Basal
PA (mmHg)	130/94 (106)
FC (lpm)	102
Sat (%)	98
AD (mmHg)	15
PAP (mmHg)	167/80 (119)
PECP (mmHg)	5
Volumen minuto	4,52
Índice cardíaco	2,23
RVS (dyn*s/cm5)	1920
RVP (dyn*s/cm5)	2027

Angiografía de aorta ascendente:

Aorta ascendente y cayado de diámetros conservados (31 mm)
Insuficiencia aórtica de grado moderado



Test de caminata de 6 minutos:

El paciente completa la prueba sin interrupciones. Recorre 323 metros que representa el 65% de su límite superior. No presenta episodios de desaturación y alcanza el 65% de su frecuencia máxima a los 6 minutos. Recupera sus valores basales a los 3 minutos de terminada la prueba.

Evolución en sala de cardiología 4/7/21-23/7/21

Por presentar en ecocardiograma ventrículo izquierdo con función sistólica conservada junto con cateterismo derecho con presión wedge normal se descarta hipertensión pulmonar tipo 2.

Se realiza prueba funcional respiratoria con resultado dentro de los parámetros normales por lo que se descarta hipertensión pulmonar tipo 3.

Continuando con el algoritmo diagnóstico, a fin de descartar hipertensión pulmonar tipo tromboembólica crónica o tipo IV se realiza centellograma v/q y angiotomografía de tórax con protocolo para TEP con resultado negativo.

Evolución en sala de Cardiología 4/7/21-23/7/21 :

Por presentar antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes se realiza panel reumatológico que evidencia como dato positivo anticuerpo antinucleocitoplasmático 1/80 (AC-22). Se realiza interconsulta con Servicio de Reumatología quienes sugieren seguimiento por especialidad por ambulatorio.

Se interpreta hipertensión pulmonar tipo 1, de causa idiopática (paciente niega consumo de drogas, y fármacos). Se inicia tratamiento médico con tadalafilo y anticoagulación con acenocumarol y se otorga alta hospitalaria con seguimiento por servicio de hipertensión pulmonar.

Medicación al alta

Acenocumarol según cartilla- Tadalafilo 20 mg dia vo

Seguimiento por ambulatorio:

Paciente evoluciona hemodinamicamente estable, sin signos de fallo de bomba.

Se encuentra aguardando medicación para iniciar tratamiento con Ambrisentan y Treprostinil.

Laboratorios:

	02/07/21 (INGRESO)	23/07/21 (EGRESO)
HTO (%) /Hb (g/dL)	45/15,7	47/15,9
Leucocitos /mm ³	11.000	6.400
Plaquetas /mm ³	232.000	232.000
BT/GOT/GPT (U/L)	1,39/19/6	0,99/27/18
Glucemia (mg/dL)	97	81
Urea (mg/dL)	32	24
Creatinina (mg/dL)	0,99	0,84
NA/K/CK (mmol/L)	137/3,7/99	141/4,5/103
TP (%) /KPTT (seg) /RIN	74/33/1,14	67/38/1,26
PROBNP (pg/ml)	838	651

	05/07
HIV	NEG
HVB/HVC	NEG
Anti-dsDNA	NEG
FAN AC-22	1/80
ANCA	NEG
Anti Ro	NEG
Anti La	NEG
Anti SCL 70	NEG
FR (UI/ml)	2,4

AC ANTICARDIOLIPINA Igg	NEG
AC ANTICARDIOLIPINA IgM	NEG
AC anti B2 glicoproteína IgG	NEG
AC anti B2 glicoproteína IgM	NEG

TSH (ng/ml)	3,69
-------------	------