



**Ateneo  
Clínico**

**Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich  
Residencia de Cardiología  
Bárbara Zambudio  
01/12/21**

Paciente: P. S.  
Edad: 63 años  
Sexo: femenino

Fecha de ingreso: 21/09/21  
Fecha de egreso: 21/10/21  
Días de internación: 30 días

**Motivo de consulta:** disnea y edemas de miembros inferiores.

**Enfermedad actual:** paciente que es derivada desde centro de salud por disnea clase funcional II asociada a edemas de miembros inferiores de 1 mes de evolución para evaluación por servicio de Ecocardiografía de este Hospital.

### **Antecedentes personales**

---

○ **Antecedentes de enfermedad actual**

El 18/08 presentó episodio de disnea y dolor precordial característico, clase funcional IV de 2 horas de evolución por lo que consultó a Guardia Externa de este Hospital donde se interpretó como reagudización asmática y recibió tratamiento con corticoesteroides de forma parenteral (IM) sin mejoría sintomática solicitando el alta voluntaria, cediendo el cuadro a las 24 horas.

Evoluciona posteriormente con disnea clase funcional II y edemas en miembros inferiores por lo que se encontraba en seguimiento ambulatorio en centro de salud barrial.

○ **Factores de riesgo cardiovascular**

- Diabetes no insulino-requiriente, sin tratamiento.
- Tabaquista 52 paquetes/año.

○ **Otros antecedentes**

- Asma.
- Hipotiroidismo, sin tratamiento.

○ **Medicación habitual:**

- Puff de budesonide 160 ug/formoterol 4,5 ug (ocasional).

**Ecocardiograma Doppler 21/09/21**

---

DDVI 51 mm DSVI 27 mm SIV 9 mm PP 8 mm

Aurícula izquierda dilatada. Area de 31 cm<sup>2</sup>.

Ventrículo izquierdo de diámetro normal con espesores parietales normales. Función sistólica global del ventrículo izquierdo normal.

**Dilatación aneurismática del segmento inferior basal y del septum inferior basal. En la unión del segmento inferior y medio del septum inferior se observa Comunicación interventricular de aproximadamente 8 a 10 mm de diámetro con shunt de izquierda a derecha.**

Cavidades derechas levemente dilatadas con deterioro de la función sistólica ventricular. **TAPSE de 13 mm y velocidad S tisular de 0.9 m/s.**

Insuficiencia mitral leve. Insuficiencia tricuspídea leve. PSAP de 54mmHg.

Vena Cava inferior dilatada sin colapso inspiratorio.

Pericardio libre.

**Por diagnóstico de comunicación interventricular de probable etiología isquémico-necrótica asociada a insuficiencia cardíaca retrógrada biventricular a predominio derecho se decide su internación en Sala de Cardiología.**

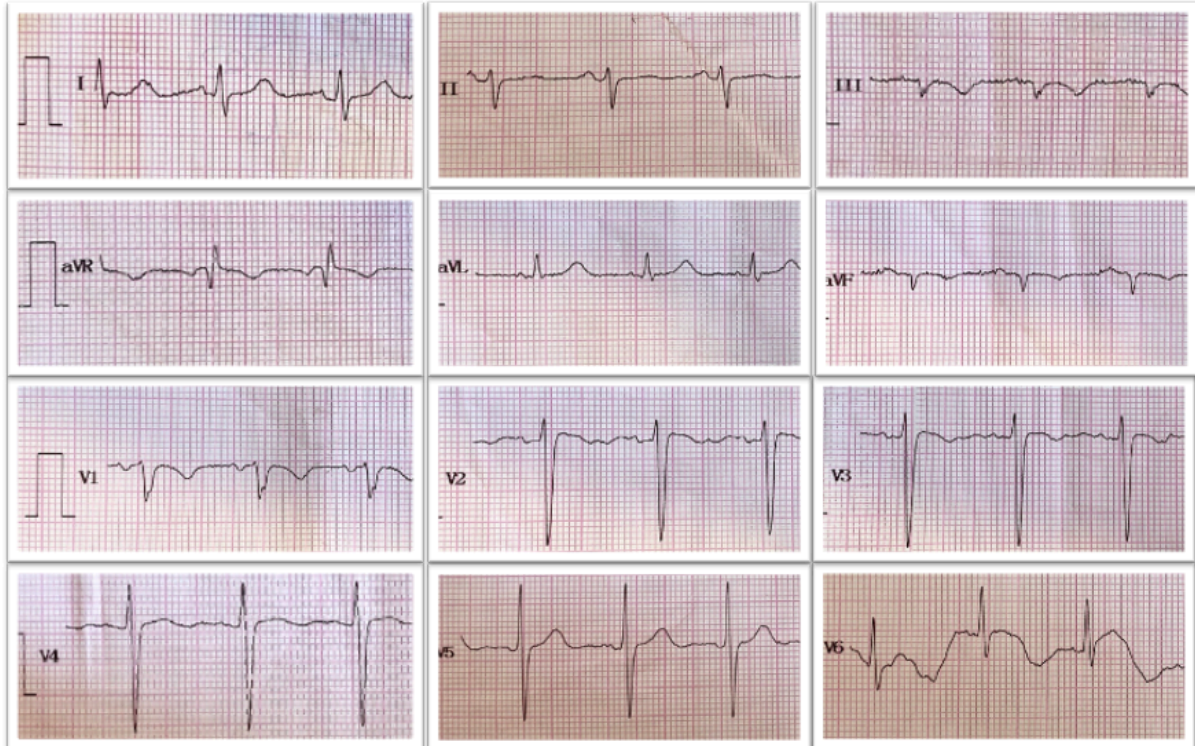
**Ingreso a sala de Cardiología 21/09/21**

**Examen físico al ingreso**

TA: 101/63 mmHg	FC: 75 lpm	FR: 18 cpm	SpO2: 95%	TAx: 35,9°C
Peso: 65,2 kg		Altura: 1,63 m		IMC: 24 kg/m <sup>2</sup>

- **Cardiovascular:** R1 presente en cuatro focos, R2 disminuido por la presencia de soplo holosistólico de intensidad 3/6, con mayor intensidad en mesocardio, sin irradiación. Ingurgitación yugular 2/3 con reflujo hepato-yugular presente. Choque de punta en 5° EIC, LMC. Adecuada perfusión periférica con pulsos presentes y simétricos. Edemas de miembros inferiores 2/6 perimaleolares.
- **Respiratorio:** buena mecánica ventilatoria, hipoventilación bibasal, sin ruidos agregados.
- **Abdominal:** blando, depresible, no doloroso, ruidos hidroaéreos presentes, no se palpan vísceromegalias.
- **Neurológico:** lúcida, sin signos de foco motor ni sensitivo. Ausencia de signos de irritación meníngea.

**Electrocardiograma de ingreso.**



## Radiografía de ingreso

---



## Evolución en sala de Cardiología (21/09/21 al 05/10/21)

---

Por presentar signos de insuficiencia cardíaca retrógrada biventricular a predominio derecho realizó balance negativo con diuréticos endovenosos con mejoría clínica.

El día 23/09 se realiza angiografía coronaria diagnóstica.

## **Angiografía coronaria (23/09/21)**

---

### Cinecoronariografía

- Tronco Coronario Izquierdo: de normal calibre; ostium libre. Sin lesiones significativas.
- Arteria Descendente Anterior: de buen calibre y desarrollo. Presenta tres lesiones de grado significativo en tándem significativas en su tercio proximal. Da origen a ramos diagonales y septales, sin lesiones significativas.
- Arteria Circunfleja: de buen calibre y desarrollo, tortuosa. Presenta una lesión significativa en su tercio medio. Da origen a ramos lateroventriculares sin lesiones significativas.
- Arteria Coronaria Derecha: de normal calibre en su segmento proximal. Presenta infiltración parietal severa proximal y posteriormente se ocluye encuentra ocluida en su tercio medio. Su lecho distal se visualiza tenuemente por circulación hetero y homocoronariana.

Ventriculograma: VFD y VFS aumentados. Hipoquinesia severa inferior basal y media. Deterioro moderado a severo de la función sistólica del VI. Se observa CIV a nivel inferior del SIV con pasaje de izquierda a derecha de grado significativo. Válvula mitral competente, sin regurgitación. Válvula aórtica trivalva, sin gradiente transvalvular aórtico. Presión Z de 21 mmHg.

### **Conclusiones:**

- **Enfermedad aterosclerótica de arterias coronarias.**
- **Lesión significativa de tres vasos: Descendente Anterior, Circunfleja y Coronaria Derecha.**
- **Deterioro moderado a severo de la función sistólica del ventrículo izquierdo.**

- **Comunicación interventricular con pasaje de izquierda a derecha de grado significativo.**

## **Evolución en sala de Cardiología (21/09/21 al 05/10/21)**

---

En contexto de complicación mecánica y enfermedad de tres vasos se decide en Heart Team cirugía de reparación del defecto septal y de revascularización miocárdica, la cual se realiza el día 05/10/21.

Se realiza cirugía de revascularización miocárdica con puente arterial (LIMA) a la arteria Descendente Anterior, puente venoso al ramo latero-ventricular de la arteria Circunfleja y cierre de la comunicación interventricular posterior con parche de dacrón.

Tiempo de circulación extracorpórea de 176 minutos y de clampeo aórtico de 128 minutos.

Presentó requerimientos de 2500ml de cristaloides, 5 unidades de glóbulos rojos, 1 unidad de PFC, 1 pool de plaquetas, 2 ampollas de ácido tranexámico, noradrenalina (máx. 0,3 ug/kg/min) y milrinona (máx. 0,65 ug/kg/min).

Ingres a Unidad Coronaria en el posoperatorio inmediato.

## **Ingreso a Unidad Coronaria (05/10/21)**

---

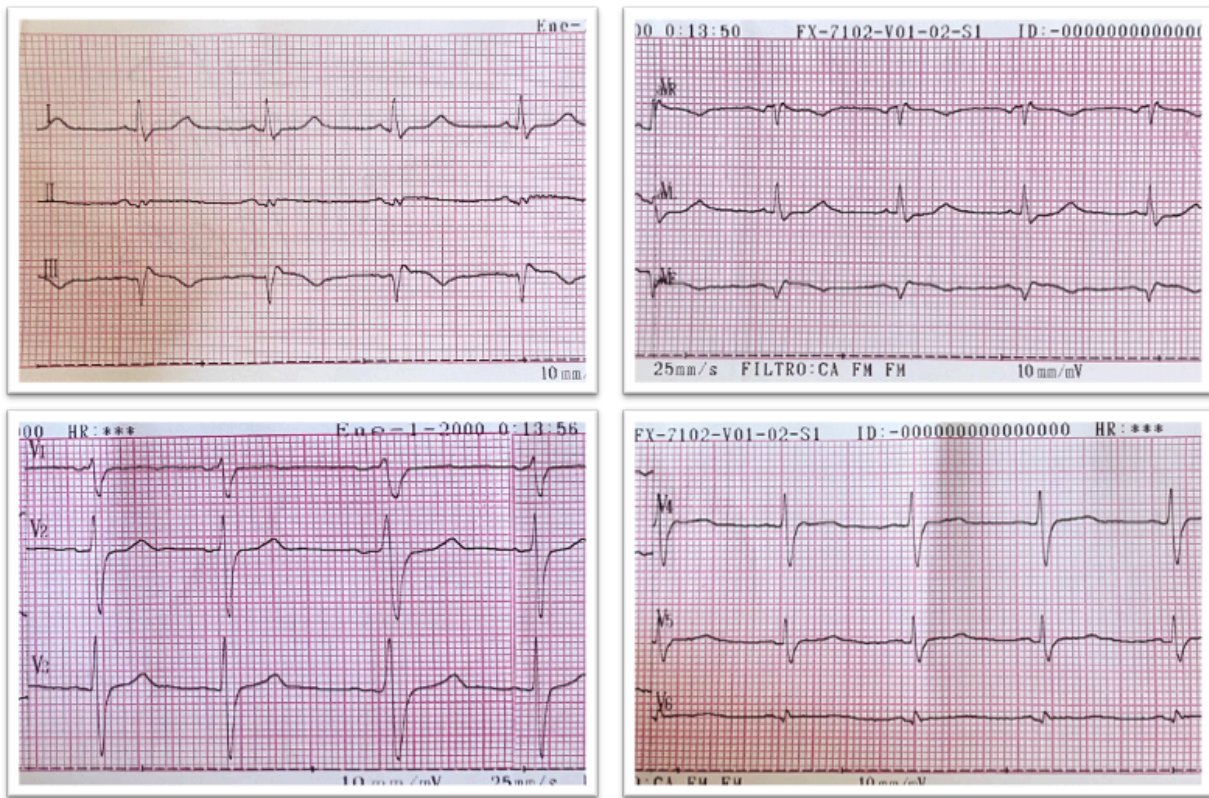
TA: 93/55 mmHg	FC: 83 lpm	FR: 18 cpm	SpO2: 100%	TAx: 35°C
<b>Drogas:</b> NA 0,13 ug/kg/min; Fentanilo 0,9 ug/kg/h; MDZ 0,12 mg/kg/h				
VCV: 450/5/18/50%				

- **Cardiovascular:** buena perfusión periférica, pulsos presentes y simétricos. R1 y R2 presentes en cuatro focos, no se auscultan soplos, sin signos de falla aguda de bomba.
- **Respiratorio:** buena mecánica ventilatoria, adaptada a ARM, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.
- **Abdominal:** blando, depresible, ruidos hidroaéreos ausentes.

- **Neurológico:** bajo sedoanalgesia, RASS -5.
- Presenta catéter venoso central yugular anterior derecho e introductor yugular anterior derecho con catéter de Swan-Ganz; línea arterial derecha. Esternotomía cubierta con gasas secas y limpias. Tubos de avenamiento mediastinal izquierdo y pleuromediastinal derecho permeables con escaso débito hemático.

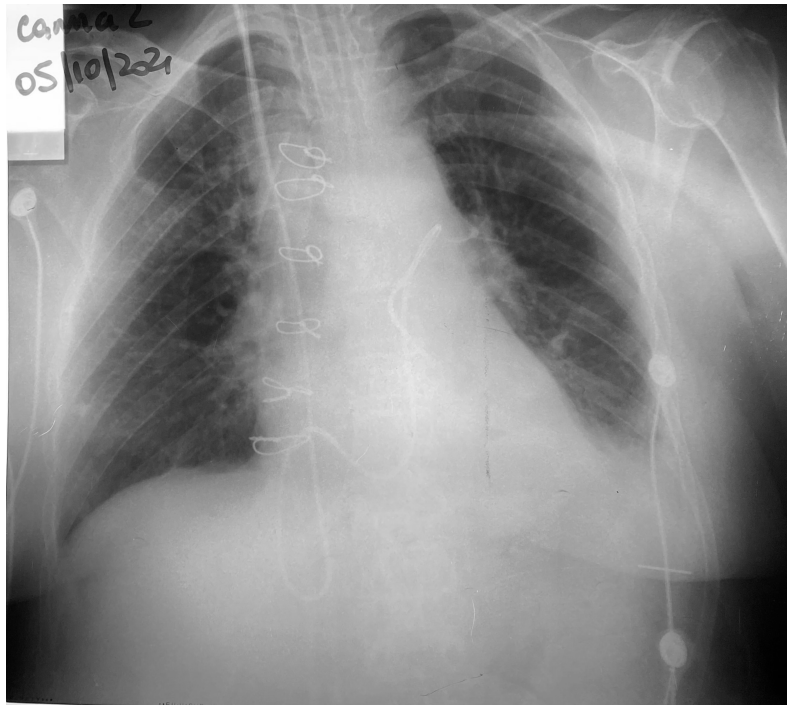
### ECG de ingreso a Unidad Coronaria (28/07/21)

---



### Radiografía de tórax de ingreso a Unidad Coronaria (29/07/21)

---



### **Evolución en Unidad Coronaria (05/10 al 12/10/21)**

---

En el posoperatorio inmediato presentó shock mixto, vasopléjico e hipovolémico, con requerimientos de una unidad de glóbulos rojos y noradrenalina por 24 horas evolucionando hemodinámicamente compensada por lo que se realiza extubación orotraqueal sin complicaciones. Se retiran tubos de drenaje sin complicaciones y se inician beta-bloqueantes con buena tolerancia.

El día 15/10 se decide su pase a Sala de Cardiología para control evolutivo.

### **Evolución en Sala de Cardiología (12/21 al 21/10/21)**

---

Se optimiza tratamiento médico y se realiza rehabilitación kinésico-motora.

El día 12/10/21 se realiza ecocardiograma doppler para control del posoperatorio y se otorga posteriormente el alta hospitalaria en seguimiento por servicio de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.



## **Ecocardiograma Doppler (12/10/21)**

---

DDVI 47 mm DSVI – SIV 11 mm PP 9 mm

POP de cierre de CIV quirurgica

Aurícula izquierda no dilatada. Área de 20 cm<sup>2</sup>

Ventrículo izquierdo de diámetro normal. Espesores parietales normales con aneurisma inferior basal. Deterioro leve de la función sistólica global del ventrículo izquierdo. **FEy biplanar de 47%.**

**Aquinesia inferior medioapical y del septum posterior. Hipoquinesia posterior.**

**Comunicación interventricular residual de aproximadamente 3 mm con shunt de izquierda a derecha.**

Patrón de llenado del ventrículo izquierdo de tipo relajación prolongada

Cavidades derechas levemente dilatadas. Función sistólica ventricular derecha deteriorada. TAPSE de 10 mm y velocidad S tisular de 0.05 m/seg

Vena Cava inferior de 14 mm con colapso inspiratorio parcial. Derrame pericárdico leve.

## **Tratamiento al alta Hospitalaria**

---

- ASPIRINA 100 mg por día.
- ATORVASTATINA 40 mg por día.
- CARVEDILOL 6.25 mg cada 12 horas.
- METFORMINA 500 mg cada 12 horas.
- OMEPRAZOL 20 mg por día.
- ANEMIDOX FERRUM 1 comprimido cada 12 horas por un mes.
- LEVOTIROXINA 75 ug por día.
- PUFF BUDESONIDE 160 ug / FORMOTEROL 4,5 ug.

## Laboratorios

Determinación	21/09/21 INGRESO	05/10/21 POSTQUIRÚRGICO	14/10/21 ALTA
HTO (%)	36	25	29
GB (10*3/mm3)	8100	12900	13400
PLT (10*3/mm3)	184	147	423
Glucemia (mg%)	196	227	115
Urea (mg/dl)	53	59	19
Creatinina (mg/dl)	0.99	1.34	0.89
TP (%)	59	51	64
KPTT (seg)	27	34	29
RIN	1.35	1.52	1.3
<u>Ionograma (mEq/l)</u>	144/4.5/106	140/4.2/101/1.29	136/3.8/98
BT (mg/dl)	1.03	2.08	1.23
GOT (U/l)/ GPT (U/l)	15 / 10	87 / 13	16 / 5
CK UI/l	20	836-132	35
TT (mg/l)	<40	-	-

TSH 6.65
CT 135
TG 76
HDL 53
LDL 66
HB1Ac 6.5
CHAGAS NR