

PACIENTE: G.J. EDAD: 23 años

SEXO: MASCULINO FECHA DE INGRESO: 06/10/2011 FECHA DE EGRESO: 31/10/11

MOTIVO DE INTERNACIÓN:

Disnea, palpitaciones.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente que refiere comenzar en las últimas dos semanas con astenia, malestar general, agregándose en las últimas 72 horas disnea en contexto de palpitaciones.

El 05/10 consulta a Guardia Externa de este hospital, ingresando a Shock Room. En ECG se constata taquicardia auricular a 160 x min, que se autolimita a los 20 minutos.

Pasa a sala de Cardiología para seguimiento y tratamiento.

ANTECEDENTES PERSONALES

Factores de Riesgo Cardiovascular:

TBQ (ocasional).

Antecedentes Cardiovasculares:

Transposición de grandes vasos simple diagnosticada a los 40 días de vida. Se realiza atrioseptostomía con balón (Rashkind).

Corrección oximétrica (cirugía de Senning) a los 9 meses.

Múltiples internaciones por episodios de taquicardia auricular reentrante, recibió tratamiento médico (digital).

Colocación de MCP definitivo AAIR septiembre de 2000 por enfermedad del nodo sinusal. Inicia amiodarona.

Ablación por radiofrecuencia de foco reentrante auricular en marzo de 2001.

Se realizan sucesivos Holter, que evidencian episodios de bloqueo AV 2do grado Mobitz 1 y 2:1 en forma aislada.

Ergometría (dic 2005): prueba submáxima, MCP 100% captura. EV monomorfas frecuentes postesfuerzo. Sin otras alteraciones en ECG.

Ecocardiograma (nov 2008): Tunelizaciones con vel. 1,5 m/seg. TSVI y TSVD libres. DDVD 5,5 DSVD 4,5 (FAc 18%). IT moderada. VD sistémico con función globalmente conservada.

Internación previa en este Hospital en febrero de 2011 por ICC en contexto de taquicardia auricular.

MEDICACIÓN HABITUAL

Digoxina 0,25 mg/día.

Furosemida 40 mg/día.

Enalapril 2,5 mg c/12 hs.

Espironolactona 25 mg/día.

Amiodarona 200 mg/día.

Acenocumarol según cartilla.

EXAMEN FISICO

TA 90/60 FC 86 FR 20 T 36,2°

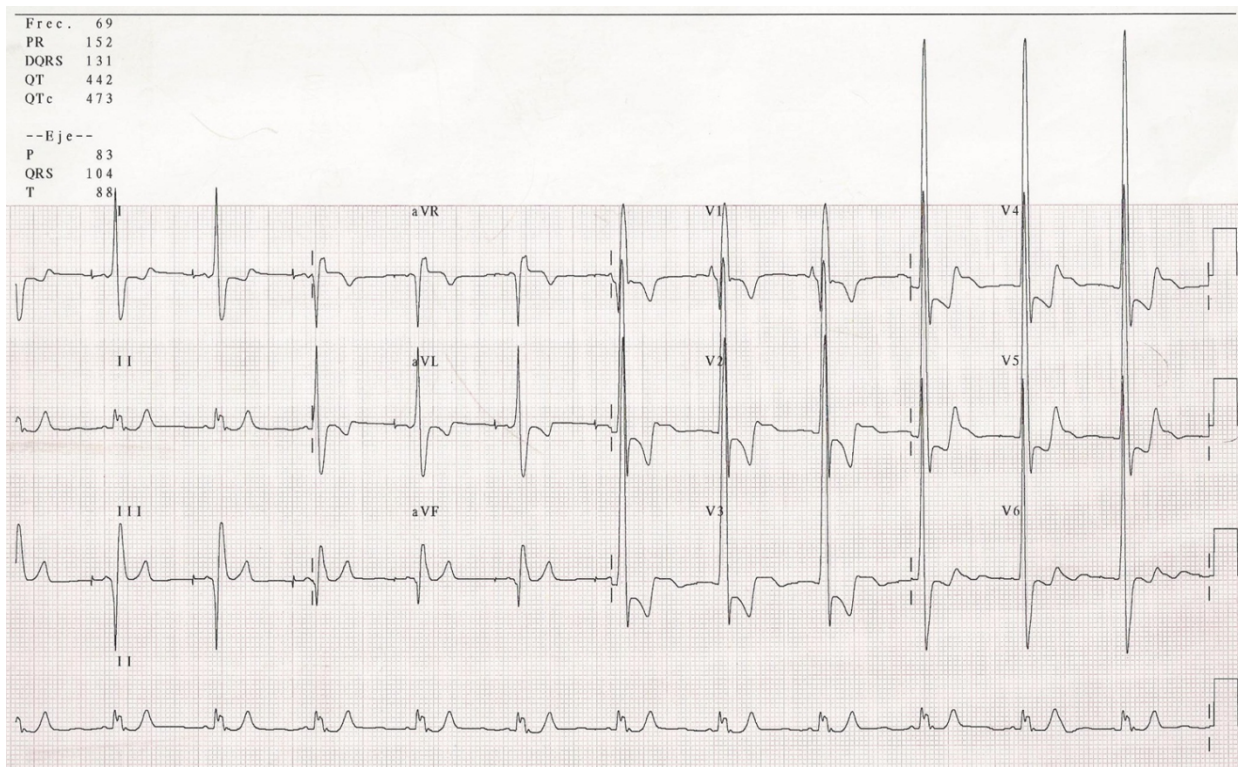
Cardiovascular: Bien perfundido, IY 1/3 con colapso inspiratorio, choque de punta palpable en 6° EIC LAA. Dressler +. Pulsos periféricos presentes y simétricos. R1 R2 en 4 focos, R2 aumentado en mesocardio. Soplo holosistólico 4/6 en ápex, con irradiación a axila, sin R3 o R4.

Respiratorio: BMV, BEAB, escasos crepitantes bibasales.

Abdomen: Blando, depresible, indoloro. No se palpan visceromegalias. RHA presentes.

Neurológico: Lúcido, sin signos de foco motor, sensitivo o meníngeo.

ECG



ECOCARDIOGRAMA (6/10/11)

Transposición de grandes vasos con tunelización tipo senning del retorno venoso pulmonar y sistémico. Flujos conservados en ambos conductos.

Dilatación severa del VD (funcionalmente sistémico) con hipertrofia trabecular y deterioro de su función sistólica.

Función sistólica del VI (funcionalmente pulmonar) conservada.

Insuficiencia tricuspídea significativa.

No se observa derrame pericárdico.

EVOLUCION

06/10/11 – 11/10/11:

Evoluciona con repetidos episodios de taquicardia sintomática por palpitaciones, sin descompensación hemodinámica, autolimitados, de menos de 20 minutos de duración, pudiendo ser constatados varios de ellos por ECG.

Se realiza interconsulta con servicio de Electrofisiología, interpretándose como taquicardia por reentrada intraauricular.

Se programa ETE y estudio electrofisiológico para el 28/10/11.

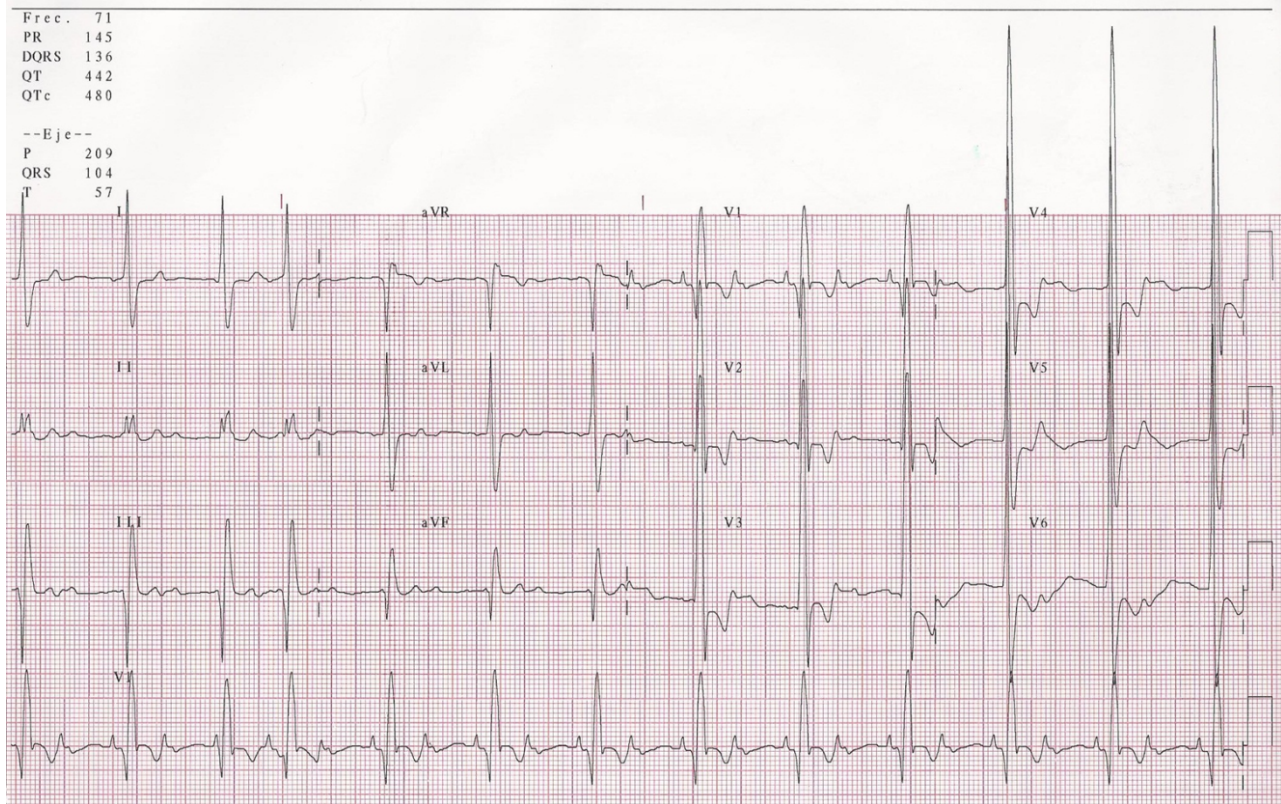
12/10/11 – 27/10/11

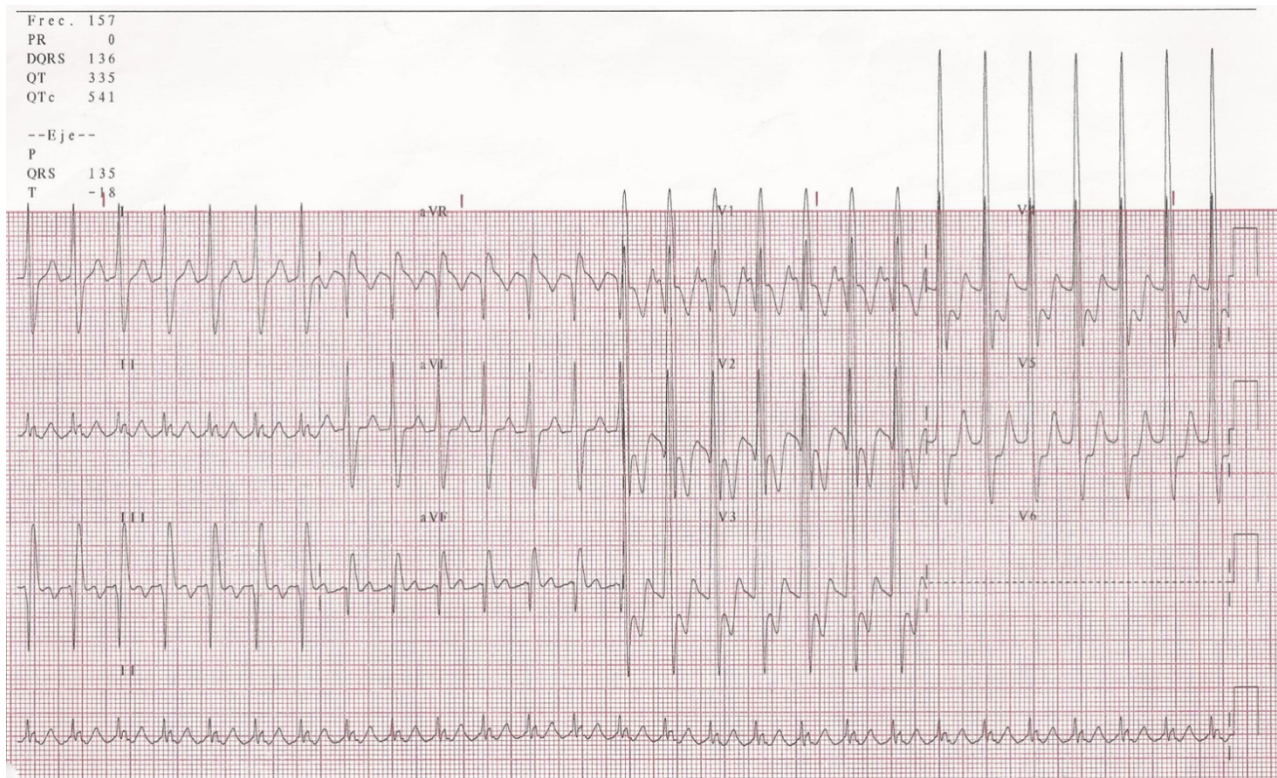
Por episodio de palpitaciones, de iguales características a los previos, pero de mayor duración, pasa a UCO por 24 horas para monitoreo. Se realiza control de frecuencia cardíaca con betabloqueantes EV.

Posteriormente se inicia carvedilol 3.125 mg c/ 12 hs.

Frec. 71
PR 145
DQRS 136
QT 442
QTc 480

--Eje--
P 209
QRS 104
T 57





El 27/10 se realiza ETE.

Transposición de grandes vasos con corrección quirúrgica por procedimiento de Senning.

Conducto sistémico-auricular izquierdo remanente permeable (identificado mediante burbujas).

Derivación pulmonar-auricular permeable.

Función sistólica de orejuela anatómicamente izquierda en el límite inferior normal (40 cm/seg).

Ventrículo sistémico dilatado y disfuncionante con reflujo moderado y presión sistémica estimada en 109 mmHg.

No se observan trombos intracavitarios.

EVOLUCION

28/10/11

Se realiza estudio electrofisiológico:

Se constata taquicardia auricular con ciclo de 400 mseg.

Las diferentes pruebas de estimulación localizan el circuito reentrante en proximidad a la Vena Pulmonar superior derecha, no coincidiendo con los sitios de la ablación previa.

Luego de varios intentos de ablación, permanece con la taquicardia.

Se decide la interrupción del procedimiento.

Se sugiere tratamiento con amiodarona + digital.

Pendiente:

Nueva ablación con navegador tridimensional.

Inducción de bloqueo AV completo.

INDICACIONES AL ALTA

Furosemida 40 mg/día.

Enalapril 2,5 mg c/12 hs.

Espironolactona 25 mg/día.

Carvedilol 3,125 mg c/12 hs.

Amiodarona 400 mg/día.

Digoxina 0,25 mg/día.

Acenocumarol según cartilla.

LABORATORIO

	07/10	14/10	18/10	26/10	27/10
Hematocrito	47,9	44	46,7	44	46
GB	6200	7100	7000	6600	7200
Plaquetas	222000	236000	240000	203000	217000
Glucemia	127	73	66	73	77
Urea	56	46	34	30	36
Creatinina	0,91	0,77	0,81	0,80	0,79
TP/KPTT/RIN	-	26/35/2,61	25/39/3,03	39/35/1,98	57/32/1,47
GOT/GPT	32/28	34/25	27/26	-	25/24
Ionograma	135/3,7/98	136/5,1/100	-	-	136/4,8/99
Ca, Po ₄ , Mg	-	-	-	10,1/5/2,1	-