



Ateneo clínico

Hospital C. Argerich
Residencia de cardiología
Guido Vannoni

21 de junio de 2017

Paciente: C.R.	Sexo: Masculino	Edad: 69años	F.I.: 9/5/17	
-------------------	--------------------	-----------------	--------------	--

- Motivo de internación: Pérdida de conciencia.
- Enfermedad Actual: Paciente de 69 años con **antecedente** de miocardiopatía dilatada idiopática, consulta a otro centro por presentar **pérdida** de conciencia en reposo con restitución en reintegro. Es dado de alta, realizando consulta posterior con **médico** de cabecera quien decide internación programada para **diagnóstico** y tratamiento.

Antecedentes Personales

- Factores de riesgo cardiovascular
 - Ex tabaquista
 - Hipertenso
- Antecedentes de enfermedad actual
 - Miocardiopatía dilatada de etiología no filiada, de 12 años de evolución, en clase funcional II, FEVI 20%.
- **Medicación** habitual:
 - Esplerenona 25mg día
 - Furosemida 20mg día
 - Carvedilol 50mg día

Estudios previos

- **Cámara** gamma negativa para isquemia
- Ecocardiograma Doppler 23/5/09

DDVI:70mm	DSVI: --	SIV 1,3cm	PP 1,3cm
-----------	----------	-----------	----------

- Hipoquinesia global
- Deterioro severo de la función sistólica del VI (Fey 20%).
- Cavidades derechas de dimensiones normales.

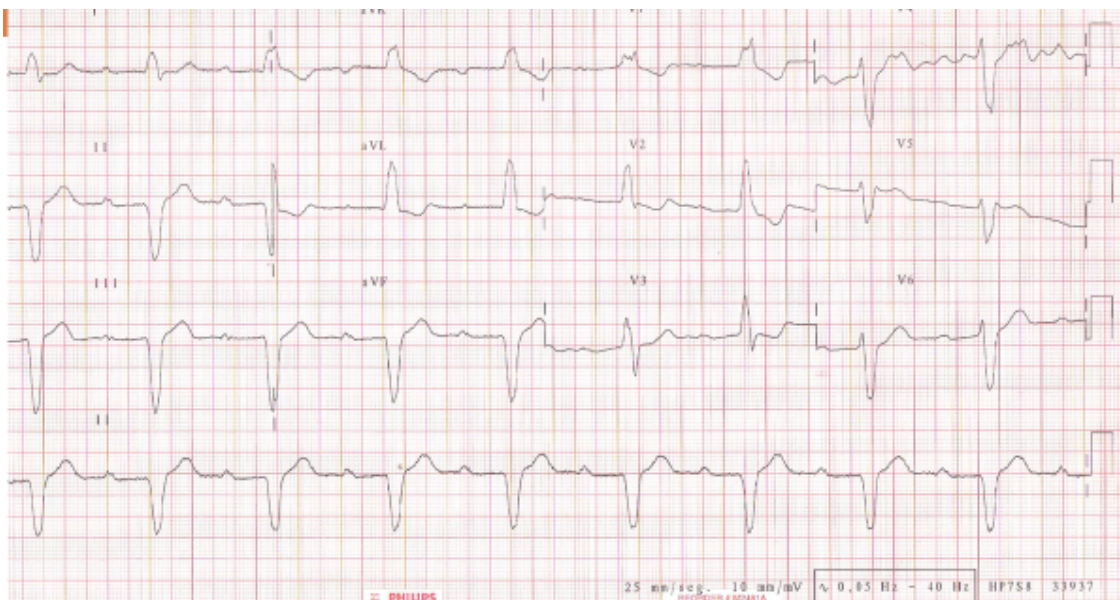
- Se observan parámetros de disincronía interventricular y auriculoventricular.
- Sin derrame pericárdico

Examen físico de ingreso a sala 9/5/17

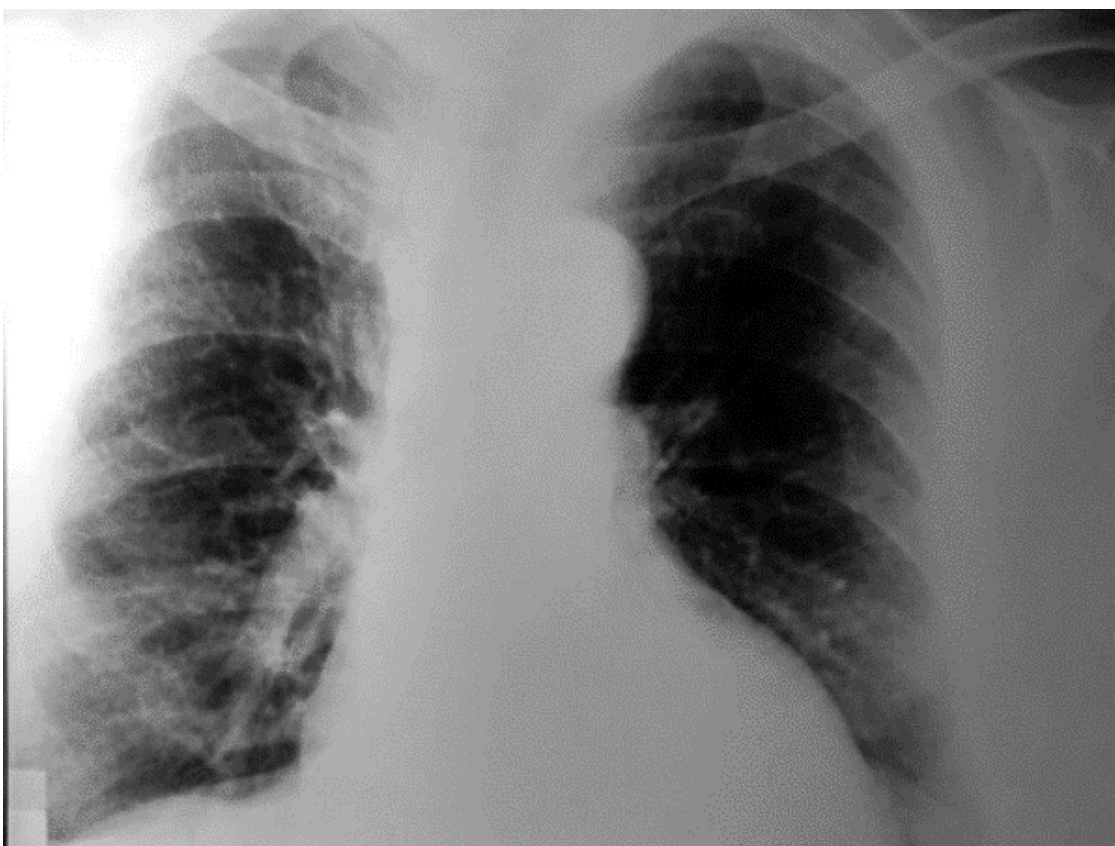
TA: 130/60 mmHg	FC: 50 lpm	FR: 16 cpm	T: 36°C	IMC: 27 Peso: 86 kg Talla: 1.65 mts
--------------------	---------------	------------	---------	---

- **Aspecto cardiovascular:** Buena perfusión periférica, ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio, sin edemas en miembros inferiores, choque de punta en 5to espacio intercostal, línea axilar anterior, R1 y R2 en 4 focos, silencios libres, pulsos periféricos conservados.
- **Aspecto respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria con buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.
- **Abdomen:** Blando, depresible, indoloro. No se palpan visceromegalias.
- **Aspecto neurológico:** Lúcido, sin signos de foco motor o sensitivo.

ECG de ingreso a sala C.R



Radiografía de tórax C.R



Evolución sala de cardiología 9/5/17 al 22/5/17

- Se interpreta como bloqueo AV trifásico sintomático por síncope.
- Se realiza ecocardiograma

Ecocardiograma transtorácico 10-5-17

DDVI:63mm

DSVI: 53 mm

SIV 1,4cm

PP 0,8cm

- Hipoquinesia global a predominio de la pared posterior.
- Deterioro moderado de la función sistólica del VI. Fey 40%.
- Aurícula izquierda dilatada.
- Cavidades derechas de dimensiones normales.
- Esclerosis aórtica con apertura normal.
- Calcificación del anillo mitral con insuficiencia leve.
- Sin derrame pericárdico.

Evolución sala de cardiología 9/5/17 al 22/5/17

- Ante necesidad de colocar marcapaso definitivo, se realiza ateneo de decisión sobre estrategia de estimulación (marcapaseo bicameral ó resincronizador).
- Debido a mala ventana ultrasónica, se decide realizar cámara gamma para determinar con mayor exactitud el grado de deterioro de la función sistólica del VI.

Cámara Gamma 17/5/17

- Se realiza estudio de perfusión miocárdica SPECT con MIBI Tc en reposo.
- **Reposo:** Hipoperfusión severa inferior de ápex a base.
- **Gated:** Fey 35%, VFD 200 ml, VFS 131 ml.
- **Conclusión:** Secuela de necrosis en probable territorio de coronaria derecha. La FVI está

severamente deprimida con moderado aumento de los volúmenes.

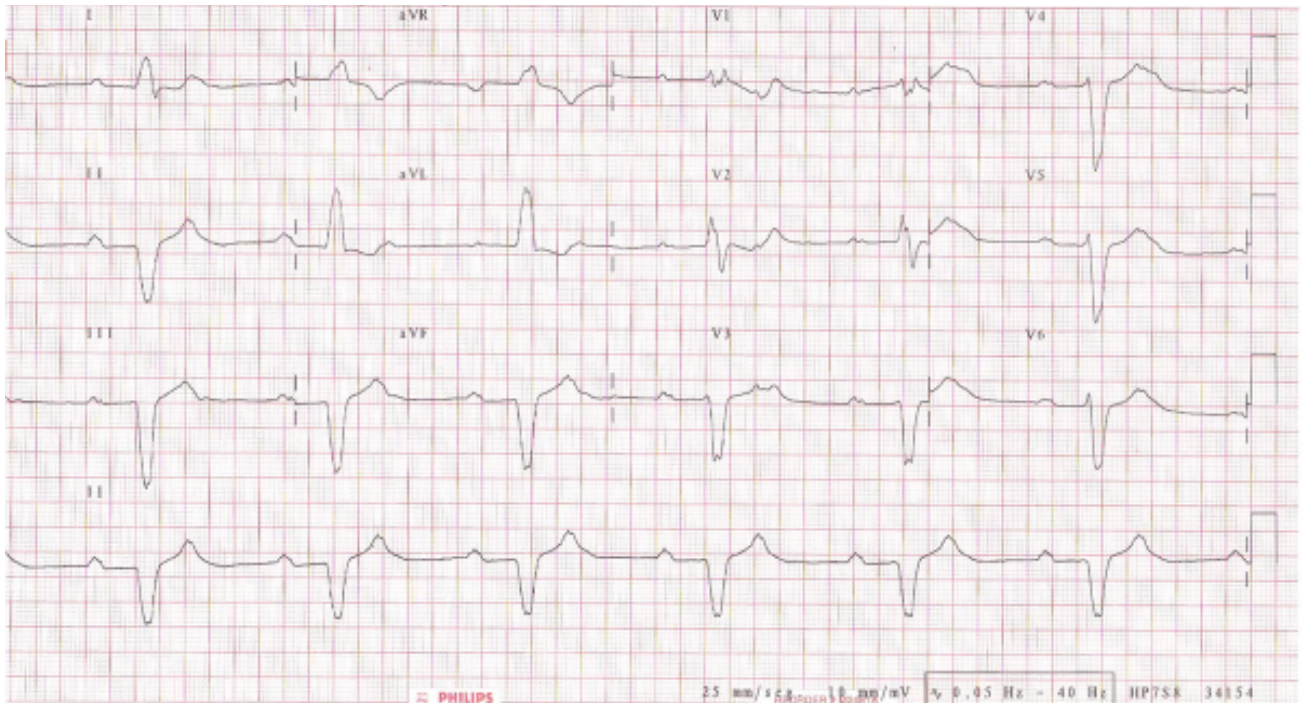
Evolución sala de cardiología 9/5/17 al 22/5/17

- Se decide colocación de marcapasos DDD con función de resincronizador, quedando internado a la espera de la llegada del dispositivo.
- El día 22/5/17 presenta nuevo episodio sincopal en reposo, precedido de palpitaciones, por lo cual pasa a UCO.

Ingreso a UCO 22/5/17

- El paciente ingresa lucido, hemodinámicamente inestable por bradicardia a 30 lpm, con regular perfusión periférica.
- Buena mecánica ventilatoria, con buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.
- Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, sin foco motor.

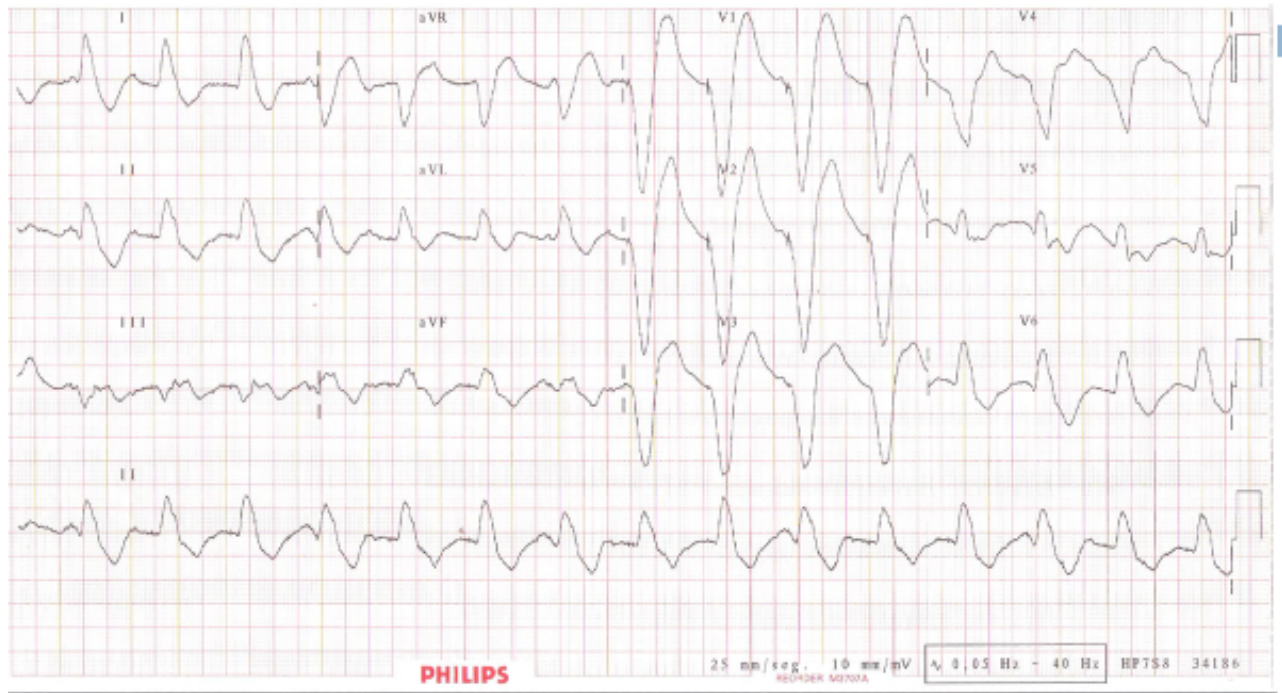
ECG de ingreso a UCO 22/5/17



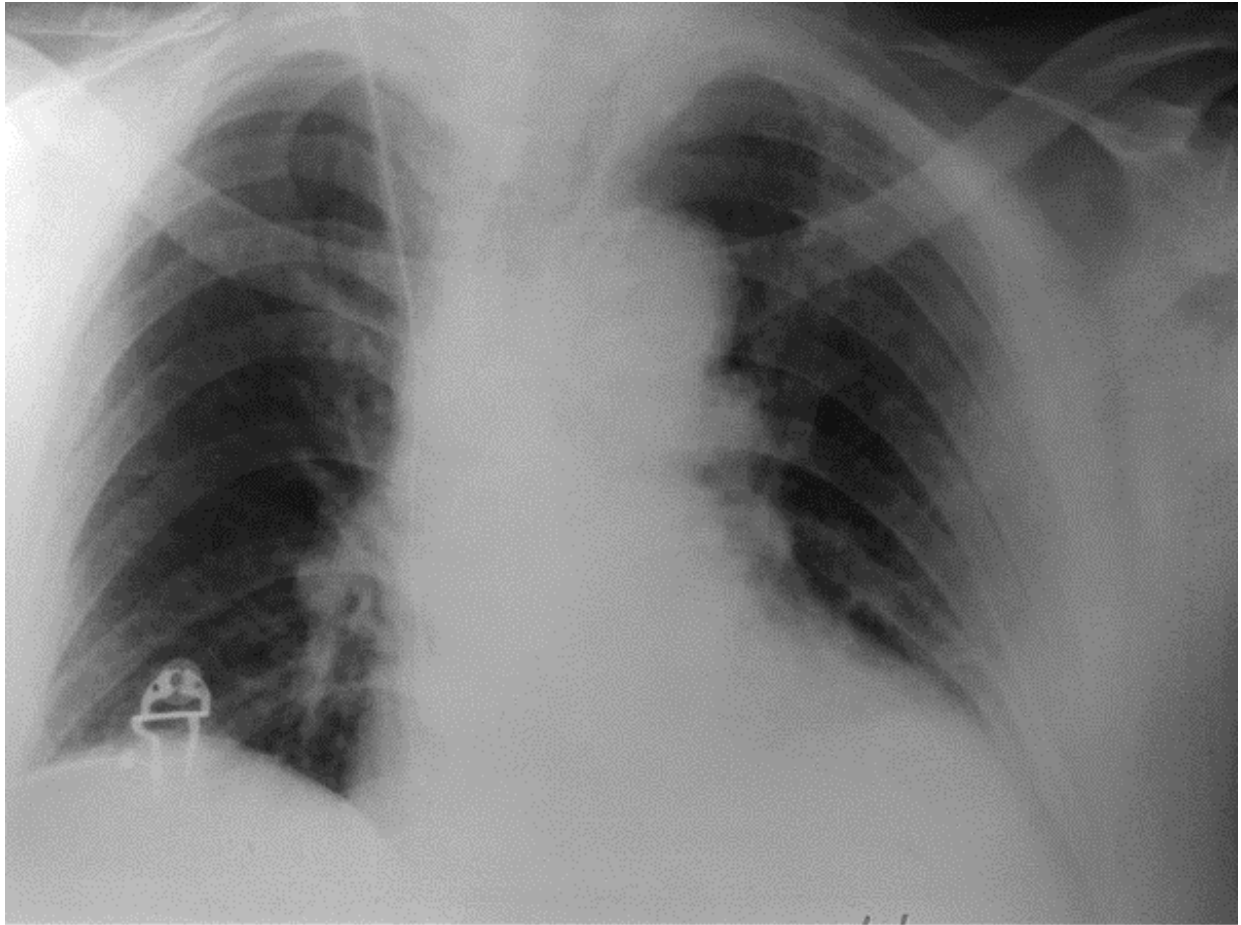
Evolución en UCO 22/5/17 al 2/6/17

- Se interpreta como Bloqueo AV completo con escape infrahisiano.
- Se coloca introductor yugular posterior derecho ante eventual requerimiento de marcapaseo **transitorio**.
- **Se inicia** infusión de Dopamina a 6,6 mcg/Kg/min con adecuada respuesta cronotrópica.
- El día 23/5 presenta episodios de BAV completo, con prolongación del QT y episodios de TV polimorfa con requerimiento de CVE con 360 J.
- Se coloca MCP transitorio en modo VOO: Umbral **de** estimulación 0.6, **umbral** de seguridad 4
- Evoluciona favorablemente, sin signos de ICC ni bajo gasto.

ECG 23/5/17



Radiografía de tórax 23/5/17

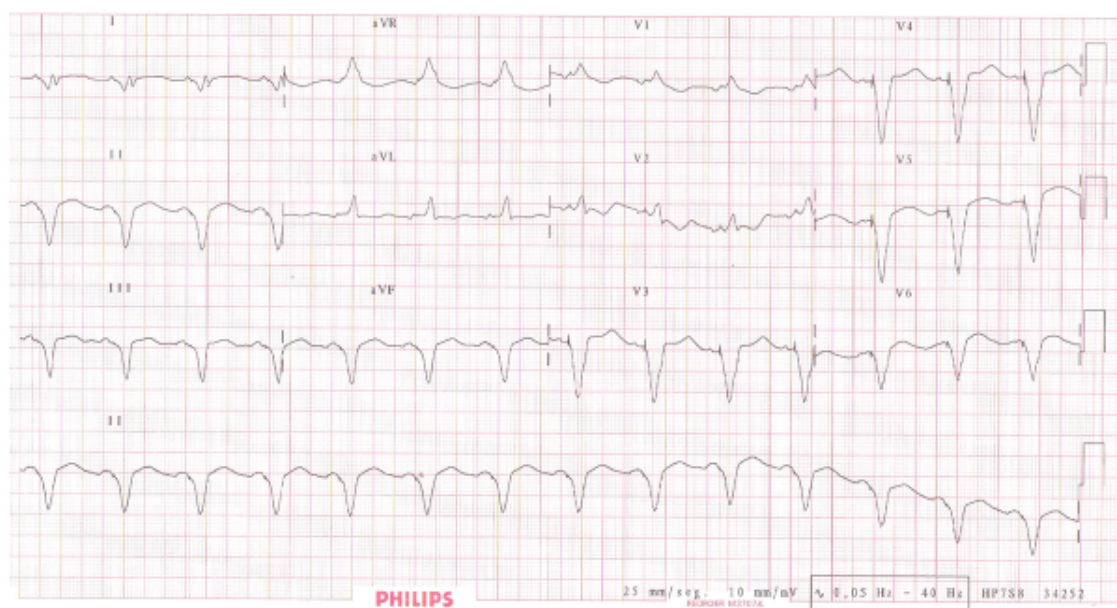


Evolución en UCO 22/5/17 al 2/6/17

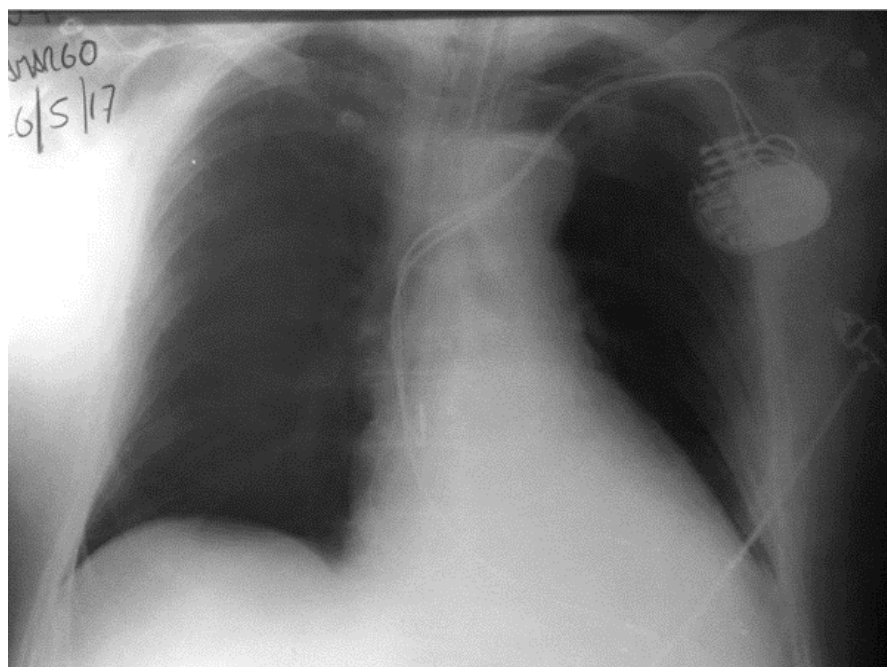
Presenta desplazamiento de cable de MCP con posterior bloqueo AV completo y múltiples episodios de TV polimorfa seguida de excitación psicomotriz.

- Se intenta recolocación de MCP en UCO. Procedimiento dificultoso por lo cual ingresa a sala de Hemodinamia de urgencia para recolocación del mismo, logrando umbrales de estimulación aceptables.
- El día 26/5/17 se realiza en quirófano colocación de marcapasos definitivo DDD/resincronizador. Durante el procedimiento presenta nuevos episodios de TV, excitación psicomotriz, requerimiento de intubación orotraqueal y conexión a ARM.
- Ingres a UCO en POP inmediato bajo sedo analgesia, RASS-4, en ARM bien adaptado, hemodinámicamente compensado con requerimiento de noradrenalina 0,5mcg/kg/min. Herida quirúrgica en buen estado.

ECG 26/5/17



Radiografía de tórax 26/5/17



Evolución en UCO 22/5/17 al 2/6/17

- Presenta registros febriles, con aumento de requerimiento de vasoactivos, leucocitosis (GB 21600). Se toman hemocultivos y **retrocultivo**, se rotan accesos venosos e inicia PTZ más vancomicina, interpretándose cuadro como shock séptico a foco endovascular.
- Evoluciona favorablemente, con descenso progresivo de vasoactivos, logrando suspensión de los mismos y siendo extubado posteriormente con buena tolerancia.
- Se rescata en hemocultivos y **retrocultivo** de introductor Staphilococo Epidermidis, rotándose antibiótico a Cefalexina ajustado a sensibilidad.
- El **día 2/6/17** pasa a sala de cardiología.

Evolución en sala de cardiología 2/6/17 a la fecha

- Se realiza ETE que descarta endocarditis.
- Se realiza CCG que evidencia coronarias normales.
- **Se realiza nuevo ecocardiograma que no evidencia asincronía interventricular ni intraventricular evaluada mediante doppler espectral y tisular en ninguno de los tres modos de estimulación (DDD, resincronizador o ritmo propio).**
- Actualmente paciente en plan de alta hospitalaria.

Grilla de laboratorio

	9/5	23/5	25/5	26/5	28/5	30/5	2/6
HEMATOCRITO (%)	46	46	45	43	37	33	32
GLOBULOS BLANCOS (10 ³ /mm ³)	10300	15500	11000	22400	23200	9700	20400
PLAQUETAS 10 ³ /mm ³	287000	393000	264000	210000	202000	184000	162000
GLUCEMIA mg/Dl	102	218	93	146	140	143	113
UREA mg/Dl	38	80	66	48	63	80	21
CREATININA mg/Dl	0,86	1,28	1,12	0,87	0,99	0,67	0,66
PH	7,38	7,38		7,34	7,34	7,43	7,47
PO2 mmHg				88	111	70	115
PCO2 mmHg	40	40		39	43	38	35
HCO3 Mmol/L	23,7	24		21	23	25	25
SVO2 %	--	66		73	80		
ACIDO LACTICO mg/dL	10	16		33	9	10	8
TP %	78	94	77	62	106	97	
KPTT seg	34	31	32	54	30	24	
RIN	1,14	1,01	1,15	1,34	0,94	0,99	