



Ateneo Clínico

Alejandro Kim
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. Cosme Argerich
20/02/2019

PACIENTE	SEXO	EDAD	E.I.	E.A.
AL	Masculino	60 años	12/10/18	25/10/18

- **MOTIVO DE CONSULTA**

Disnea y angor

- **ENFERMEDAD ACTUAL**

Paciente en seguimiento por Clínica Médica (mayo 2018) por cirrosis en estudio, refiere progresión de disnea habitual CF II a CF III de 5 meses de evolución y dolor precordial característico y atípico, por lo que concurre a guardia externa. Se constata rales crepitantes bibasales e IY 3/3, se realiza TC de tórax, que evidencia derrame pleural severo, con posterior toracentesis evacuadora (400 mL trasudado). Se interpreta IC descompensada de etiología no filiada, y se decide internación en Sala de Cardiología.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

- HTA
- Tabaquismo 80 paquetes/año

ANTECEDENTES PERSONALES

- Cirrosis en estudio. Se descarta etiología viral y por enolismo.

ESTUDIOS PREVIOS

ECOCARDIOGRAMA 18/05/18

DDVI	DSVI	SIV	PP
52 mm	25 mm	12 mm	11 mm

- Hipoquinesia global. Motilidad anormal del septum. Fey 40%.
- AI 26 cm².
- VD hiperquinético con moderada a severa dilatación.
- AD 59 cm².
- VCI dilatada sin colapso.
- IM leve e IT moderada.
- PSAP 54

ESTUDIOS PREVIOS

ECOGRAFÍA ABDOMINAL 05/18: hepatomegalia a expensas del lóbulo izquierdo, nódulos compatibles con cirrosis.

TAC ABDOMEN 06/18: hígado disminuido de tamaño, bordes lobulados. Ascitis. Signos de enfermedad diverticular.

TORACOCENTESIS 04/10: exudado. Recuento celular 1300 (93% MN). Cultivos y ZN negativos. Examen citológico negativo.

MEDICACIÓN HABITUAL

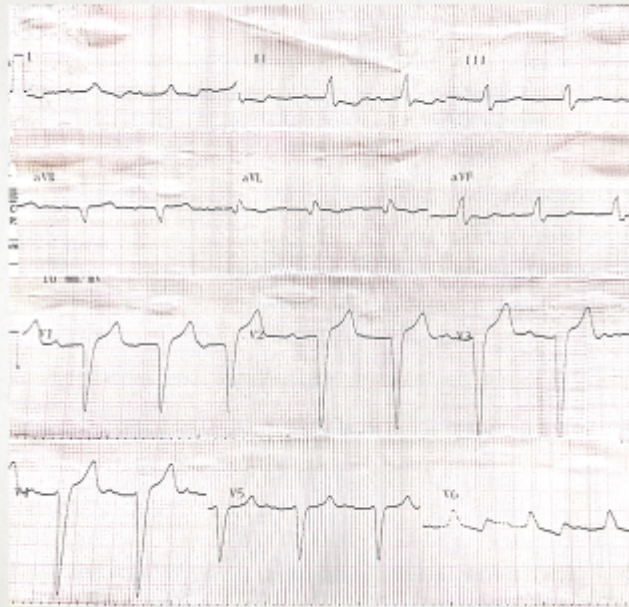
- Losartán 50 mg día
- Espironolactona 50 mg día
- Furosemida 40 mg cada 12hs

EXAMEN FÍSICO AL INGRESO A SALA DE CARDIOLOGÍA

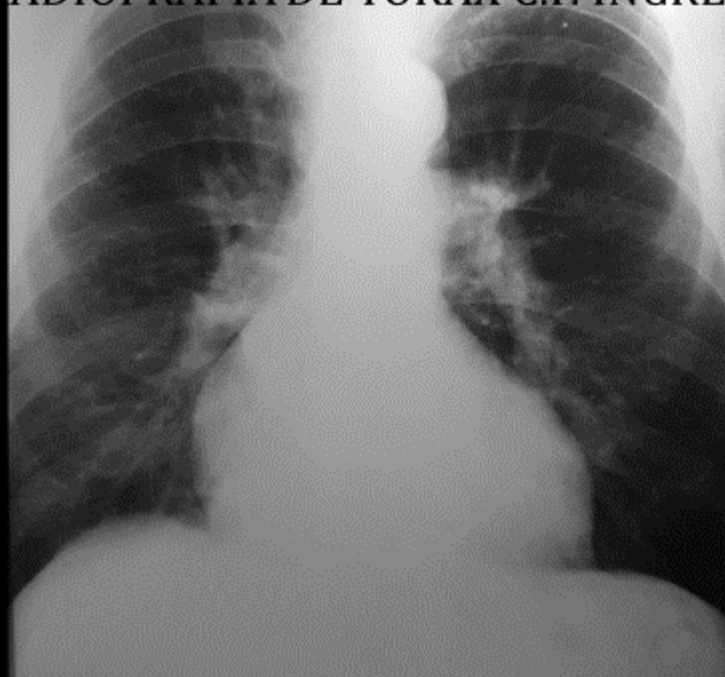
TA	FC	FR	T°	Sat	Altura	Peso	IMC
99/64 mmHg	79 lat/min	20 crm/min	36°C	98% 0.21	1.7 m	66 Kg	22.86

- **Ap. Cardiovascular:** buena perfusión periférica, pulsos periféricos presentes, regulares y simétricos. IY 2/3 sin colapso inspiratorio, RHY positivo. R1 y R2 en 4 focos normofonéticos, soplo sistólico 2/6 en foco pulmonar no irradiado.
- **Ap. Respiratorio:** buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral y rales crepitantes bibasales.
- **Abdomen:** blando, depresible, indoloro, RHA positivos, hígado no palpable.
- **Neurológico:** lúcido, sin signos de foco motor, ni signos meníngeos.
- **Piel y partes blandas:** sin edemas periféricos.

ECG AL INGRESO



RADIOGRAFIA DE TORAX C.P. INGRE



**EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGÍA
11/10/18 AL 12/10/18**

- Paciente evoluciona hemodinámicamente estable y afebril.
- Realiza balance negativo con mejoría sintomática.
- El 12/10/18 se realiza ecocardiograma transtorácico.

**ECOCARDIOGRAMA DOPPLER
TRANSTORÁCICO
12/10/18**

ECOCARDIOGRAMA DOPPLER 12/10/18

DDVI	DSVI	SIV	PP
50 mm	-	13 Mm	10 mm

- Motilidad septal paradójal. Hipoquinesia global con deterioro severo de la función sistólica.
- Dilatación de cavidades derechas. Deterioro de la función sistólica del VD. TAPSE 16.
- Al levemente dilatada.
- Reflujo tricuspídeo severo (inversión de flujo en venas supraheáticas).
- Se realizó inyección de 10cc de SF, observándose pasaje inmediato de burbujas a cavidades izquierdas.

ECOCARDIOGRAMA DOPPLER TRANSESOFÁGICO 12/10/18

- Comunicación interauricular seno venoso tipo cava superior con probable drenaje venoso anómalo parcial (VPSD en VCS).
- Shunt bidireccional.
- Se realizó inyección de 10cc de SF, observándose pasaje inmediato de burbujas a cavidades izquierdas.

EVOLUCIÓN SALA DE CARDIOLOGÍA 13/10/18 AL 25/10/18

- Dado a la presencia de BCRI, a la clínica presentada por el paciente y los hallazgos ecocardiográficos, el 16/10 se realiza CCG diagnóstica para descartar enfermedad coronaria, y cateterismo derecho con medición de oximetrías.

**CINECORONARIOGRAFÍA
CATETERISMO DERECHO
OXIMETRÍA
16/10/18**

CINECORONARIOGRAFÍA 16/10/18

- Tronco de coronaria izquierda: no presenta lesiones angiográficas significativas.
- Arteria descendente anterior: de normal calibre. No presenta lesiones angiográficas significativas.
- Arteria circunfleja: no presenta lesiones angiográficamente significativas.
- Arteria coronaria derecha: de gran calibre. No presenta lesiones angiográficamente significativas.
- Ventriculograma: volúmenes de fin de sístole y diástole moderadamente incrementados. Hipoquinesia global. Deterioro severo de la función sistólica ventricular.

CATETERISMO DERECHO

Aurícula derecha	10 mmHg
Ventrículo derecho	30/4 mmHg
Arteria pulmonar	29/12 (18) mmHg
PCP	11 mmHg
Volumen minuto	3.83 L/min

OXIMETRÍAS

Qp/Qs	2.3
Vena cava superior	72.8%
Vena cava inferior	85.5%
Aurícula derecha alta	97%
Aurícula derecha media	91.3%
Aurícula derecha baja	88.4%
Ventrículo derecho	88%
Arteria pulmonar	88.1%
Aorta	99%

EVOLUCIÓN SALA DE CARDIOLOGÍA
13/10/18 AL 25/10/18

- Continúa realizando estudios complementarios durante la internación.
- Holter 24hs: RS durante todo el estudio, ESV poco frecuentes, un episodio de taquicardia auricular de 5 latidos con aberrancia, EV polimorfos poco frecuentes, duplas poco frecuentes. Trastornos en la conducción intraventricular.

EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGÍA
25/10/18

- Por buena evolución clínica se decide el alta hospitalaria, continuando seguimiento ambulatorio por Insuficiencia Cardíaca.

INDICACIONES AL ALTA

- Enalapril 2.5 mg cada 12hs
- Carvedilol 3.125 mg cada 12hs
- Espironolactona 25 mg día
- Furosemida 40 mg día

LABORATORIO

	12/10/18	14/02/17
Hematocrito	51%	47%
Hemoglobina	16.6 gr/dL	16 gr/dL
Leucocitos	8100/mm ³	5900/mm ³
Plaquetas	151000/mm ³	153000/mm ³
Glucemia	126 mg/dL	170 mg/dL
Urea	75 mg/dL	73 mg/dL
Creatinina	1.08 mg/dL	0.85 mg/dL
TP/KPTT/RIN	74%/40 seg/1.18	86%/43 seg/1.07
Na ⁺ /K ⁺ /Cl ⁻	136/4.15/100	140/4.3/103
BT/BD	1.75/0.71	1.23/0.6
GOT/GPT	21/13	20/16
Colesterol total/TG	150/94	
HDL/LDL	42/89	
Hb glicosilada	1.38 mg/dL	
Eritrosedimentación	3 mm/seg	
PCR	1.9 mg/dL	

SEGUIMIENTO AMBULATORIO

- Es evaluado en servicio de Insuficiencia Cardíaca donde se realiza ajuste de dosis de la medicación
- Es evaluado por servicio de Cirugía Cardiovascular, quien descarta conducta quirúrgica por enfermedad avanzada y compromiso biventricular.
- El 05/12/18 se realiza RNM cardíaca sin contraste.
- El 14/02/19 se realiza ecocardiograma doppler control.

RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA
05/12/19

RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA

- Conexión venosa pulmonar anómala parcial con drenaje de vena pulmonar superior derecha a cara posterior derecha de la vena cava superior.
- AD severamente dilatada. AI dilatada con drenaje normal de ambas venas pulmonares izquierdas y de la vena pulmonar derecha inferior.
- CIA tipo seno venoso superior, con foramen que impresiona de aproximadamente de 14 mm.
- En el cine se observa parte del flujo de la vena pulmonar inferior derecha desviándose hacia la CIA.
- VD severamente dilatada. Fey 34%.
- VI de tamaño normal, con pérdida de la esfericidad, e hipokinesia generalizada moderada a severa en segmentos anterior, lateral e inferior, e hipokinesia septal leve. Fey 37.7%.
- Qp/Qs 2.09

SEGUIMIENTO AMBULATORIO

- Paciente evoluciona asintomático, realizando seguimiento ambulatorio por Consultorio de Residencia de Cardiología y con Clínica Médica.