



Ateneo

Clínico

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

Residencia de Cardiología

Gastón Saint André

15/06/22

Paciente: P. D.	Edad: 57 años	Sexo: masculino
Seguimiento ambulatorio		

Enfermedad actual:

Paciente derivado desde el consultorio de clínica médica al consultorio de cardiología el 10/3/22 por presentar extrasístoles ventriculares polimorfas en ecocardiograma estrés, solicitado para apto físico. Al interrogatorio no refería síntomas.



Antecedentes

Factores de riesgo cardiovascular:

Dislipidemia

Antecedentes de enfermedad actual:

- Vacunado para COVID 19 con 3 dosis de BNT162b ARNm (Pfizer-BioTech).
 - 1ra dosis: 16/4/21
 - 2da dosis: 17/5/21
 - 3ra dosis: **15/11/21**
- Síncope en diciembre de 2021.
- COVID-19 leve con aislamiento domiciliario.
 - fecha de inicio de síntomas: **20/1/22**

Antecedentes

Medicación habitual:

No presentaba.

Estudios previos a la consulta:

Informe ergometría 4/3/22

	Tiempo	Esfuerzo	METS	FC	PA	ITT	VO2	ST	Ángor
Etapa	[min]	[Kgm/Min]		[LPM]	[mmHg]	[LPM]*[mmHg]	[ml/min]		
Basal	00:42	Basal	1,0	77	110/80	8470	259,00	No	No
Etapa 1	02:00	300	3,8	117	120/80	14040	984,20	No	No
Etapa 2	02:00	600	5,6	134	150/80	20100	1450,40	No	No
Etapa 3	01:59	900	7,9	160	180/80	28800	2059,00	No	No
Recuperación	03:27	Recuperación	1,0	95	120/80	11400	259,00	No	No

Prueba realizada en cicloergómetro.

Prueba máxima y suficiente (alcanzó el 98% de la FC máxima)

No refirió ángor ni disnea

No se observaron alteraciones del segmento ST.

Extrasistolia ventricular polimorfa, aislada y en duplas durante el esfuerzo máximo y la recuperación temprana.

Respuesta presora normal.



Informe ecocardiograma basal post-esfuerzo 4/3/22

Eco 2D basal

Cavidades ventriculares de tamaño normal. Aurícula izquierda de dimensiones normales.

Función sistólica del VI, global y segmentaria, conservada.

Fracción de eyección estimada: **60%**.

Patrón de llenado del VI de características normales. Válvulas mitral y tricúspide normales.

Diámetros de la raíz aórtica dentro de los límites normales.

No se observa derrame pericárdico.

Eco 2D post-esfuerzo inmediato

Hipercontractilidad de todos los segmentos.

Informe Holter 4/3/22



FC		EV		ESV	
Mín Bradicardia:	43 [LPM] (11:10:29)	Totales:	10507 (10.63 %)	Totales:	5472 (5.53 %)
Máx Taquicardia:	126 [LPM] (19:44:44)	Pares:	18	Pares:	0
FC Media:	67 [LPM]	Tripletas:	0	Tripletas:	0
FC mínima:	40 [LPM] (11:16:03)	Bigeminadas:	631	Bigeminadas:	0
FC máxima:	130 [LPM] (19:44:45)	Trigeminadas:	247	Trigeminadas:	14
Total de Latidos:	98820	Taquicardias:	0	Taquicardias:	0
Segmento ST		VFC		Pausas y QT	
Canal 1 total min ST:	Sin eventos	SDNN:	178.78 [mSeg]	Pausas > a 2500[mSeg]:	0
Canal 2 total min ST:	Sin eventos	SDANN índice:	143.49 [mSeg]	Pausa más larga:	--- [mSeg]
Canal 3 total min ST:	Sin eventos	SDNN índice:	100.68 [mSeg]	Máximo QT:	726 [mSeg] (07:57:47)
		rMSSD:	86.06 [mSeg]	Máximo QTc:	654 [mSeg] (11:16:01)
		NN50:	12645 Lat	Diferencia QT:	523 [mSeg]
		pNN50:	23.82 %		
		Potencia Total:	9298.75		

- Ritmo Sinusal durante todo el estudio.
- La frecuencia cardíaca promedio fue de 67 [LPM].
- La FC mínima fue de 48 [LPM].
- La FC máxima fue de 126 [LPM].
- No se registraron pausas superiores a los 2500[mSeg].
- Presentó **Extrasístoles Ventriculares muy frecuentes (10.507)(10.6%)**, imorfas, aisladas, duplas y trigeminias.
- Presentó **Extrasístoles Supra Ventriculares muy frecuentes (5.472)(5.5%)**, aisladas y trigeminias.

Laboratorio

Estudios previos a la consulta

	8/3/22
HTO (%) / hb (g/dl)	44/14,5
Leucocitos (/mm ³)	7100
Plaquetas (/mm ³)	275000
Glucemia (mg/dl)	100
Urea (mg/dl)	35
Creatinina (mg/dl)	1,03
ERS (mm)	6
Colesterol total (mg/dl)	243
Colesterol HDL (mg/dl)	62
Colesterol LDL (mg/dl)	162
Trigliceridemia (mg/dl)	93
HB1Ac (g/dl)	5,6



Consultorio cardiología 10/3/22

Examen físico ambulatorio 10/3/22



TA: 120/70 mmHg	FC: 62 lpm	FR: 16 cpm	Temp: 36,5°C	Sat: 98% (0,21)
Peso: 74Kg		Altura: 171 cm	IMC: 25,31 kg/m ²	

Cardiovascular: buena perfusión periférica. Ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio. Reflujo hepatoyugular negativo. Latido apexiano no palpable. R1 y R2 en 4 focos, silencios libres. Ausencia de edemas de miembros inferiores.

Respiratorio: buena mecánica ventilatoria. Buena entrada de aire bilateral. Sin ruidos agregados.

Abdominal: blando, depresible, indoloro, ruidos hidroaéreos positivos.

Neurológico: lúcido, sin foco motor ni signos meníngeos.

Piel y partes blandas: sin particularidades



Consultorio cardiología 10/3/22

Para descartar origen isquémico del cuadro se solicita angiotomografía coronaria para evaluar aterosclerosis.

En contexto de COVID 19 reciente, sospechando miocarditis asociada, se solicita resonancia magnética cardiaca con realce tardío con gadolinio.



Informe angiotomografía coronaria 11/3/22

Tronco de Coronaria Izquierda sin obstrucción significativa.

Arteria Descendente Anterior: de moderado calibre y larga extensión, irriga hasta el ápex cardiaco. Presenta ateromatosis con **placa cálcica a nivel ostial y proximal que genera obstrucción leve a moderada**. Ramos diagonales sin obstrucciones.

Arteria Circunfleja: de importante calibre y extensión, no se evidencian obstrucciones significativas.

Arteria Coronaria Derecha: Dominante. Presenta ateromatosis parietal por placa blanda, sin obstrucciones significativas.

Conclusiones:

Placa cálcica en DA proximal que genera obstrucción leve a moderada.



Informe resonancia magnética cardíaca coronaria 15/3/22

Ventrículo Izquierdo: volúmenes dentro de parámetros normales. Motilidad parietal normal y ***Función sistólica en límite inferior de lo normal. Fev 54%.*** Secuencias T1 y T2 stir sin evidencia de signos compatibles con edema o hiperemia.

Luego de la inyección de gadolinio se evidencia ***realce tardío del mismo con patrón subepicárdico compatible con etiología inflamatoria a nivel latero apical.***

Ventrículo Derecho: Volúmenes conservados con función sistólica dentro de parámetros normales. Luego de la inyección de gadolinio no se evidencia realce tardío del mismo lo cual sugiere ausencia de focos de inflamación, fibrosis o necrosis.

SIV: 12,5 mm. AI: No dilatada. AD: no dilatada Válvulas morfológicamente normales, sin disfunciones.

Conclusión: *Estudio con hallazgos que sugieren inflamación miocárdica con función y volúmenes ventriculares dentro de parámetros normales.*



Consultorio cardiología 23/3/22

Por enfermedad aterosclerótica se inicia tratamiento con estatinas. Por diagnóstico de extrasístoles ventriculares y supraventriculares frecuentes secundario a probable miocarditis, se inicia bisoprolol como antiarrítmico.

Se realiza ECG y se solicita nuevo holter para evaluar respuesta al tratamiento, ecocardiograma Strain para mejor caracterización de función ventricular y RMN cardíaca a los 3 meses.



Informe Holter 6/4/22

FC		EV		ESV	
Min Bradicardia:	51 [LPM] (05:50:04)	Totales:	0	Totales:	14 (0.01 %)
Máx Taquicardia:	100 [LPM] (14:00:09)	Pares:	0	Pares:	1
FC Media:	62 [LPM]	Tripletas:	0	Tripletas:	0
FC mínima:	47 [LPM] (08:00:48)	Bigeminadas:	0	Bigeminadas:	0
FC máxima:	100 [LPM] (14:00:11)	Trigeminadas:	0	Trigeminadas:	0
Total de Latidos:	80688	Taquicardias:	0	Taquicardias:	0
Segmento ST		VFC		Pausas y QT	
Canal 1 total min ST:	Sin eventos	SDNN:	114.86 [mSeg]	Pausas > a 2500[mSeg]:	0
Canal 2 total min ST:	Sin eventos	SDANN índice:	102.75 [mSeg]	Pausa más larga:	--- [mSeg]
Canal 3 total min ST:	Sin eventos	SDNN índice:	46.98 [mSeg]	Máximo QT:	671 [mSeg] (12:54:33)
		rMSSD:	21.19 [mSeg]	Máximo QTc:	654 [mSeg] (12:54:33)
		NN50:	1703 Lat	Diferencia QT:	507 [mSeg]
		pNN50:	2.13 %		
		Potencia Total:	2041.70		

- Ritmo Sinusal durante todo el estudio.
- La frecuencia cardíaca promedio fue de 62 [LPM].
- La FC mínima fue de 48 [LPM].
- La FC máxima fue de 100 [LPM].
- No se registraron pausas superiores a los 2500[mSeg].
- Presentó Extrasístoles Supra Ventriculares ocasionales (14), aisladas y 1 dupla.

Informe Ecocardiograma 9/4/22



DDVD (cm)	DDVI (cm)	DSVI (cm)	SIV (cm)	PP (cm)	AI (cm)	AI (cm)
normal	4,9	2,3	0,9	0,9	3,7	3,4

Ventrículo izquierdo no dilatado con grosor parietal normal. Función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción. (FEy: 65%).

SLG conservado: -18,8%, con disminución del Strain en los segmentos lateral basal y lateral medio. Patrón de llenado ventricular de tipo relajación prolongada

Aurícula izquierda no dilatada (área 15,7 cm²).

Cavidades derechas normales.

Válvulas morfológicamente normales, sin evidencia de disfunción.

No se observa derrame pericárdico.

Evolución ambulatoria



Por indicación de médico clínico de cabecera recibió glucocorticoides vía oral por 5 días.

Actualmente el paciente se encuentra asintomático en plan de realizar resonancia cardiaca control.

Tratamiento

Atorvastatina 10 mg/día.

Bisoprolol 2,5 mg/día.