



Ateneo Clínico

Dr. Rodríguez Diego Martín
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. Cosme Argerich
12/12/2018

Ateneo clínico

Hospital Cosme Argerich
Residencia de Cardiología
Diego Martín Rodríguez

Paciente E.V.	Edad : 55 años
Sexo: Femenino	Fecha de ingreso: 21-09-18 Fecha de egreso: 19-10-18

- **Motivo de consulta:** Disnea de reposo
- **Enfermedad actual:** Paciente consulta a médico de cabecera por disnea clase funcional II habitual que progresa CF IV y ortopnea. Se interpreta ICC reagudizada y se interna en sala de cardiología

Antecedentes

- ◉ **Factores de riesgo cardiovascular**

- > Sobrepeso

- ◉ **Antecedentes de enfermedad actual**

- > Miocardiopatía restrictiva de etiología desconocida diagnosticada a los 36 años
- > Internaciones a repetición por IC
- > FA y aleteo auricular con ablación y CVE exitosa en 2018
- > Colocación de marcapasos DDD en 2011 por bloqueo AV
- > Chagas

Otros antecedentes

- ◉ Apendicetomía 2009
- ◉ Hipotiroidismo

Exámenes complementarios previos: Ecografía transtorácica (2017)

DDVI 4,2 cm	DSVI 2,8 cm	SIV 0,9 cm	PP 0,7 cm	AI 26,4 cm ²	PSAP 37 mmHg
----------------	----------------	---------------	--------------	----------------------------	-----------------

- Cavity de ventrículo izquierdo de dimensiones normales.
- Ventrículo izquierdo con grosor parietal y función global conservada (**Fey 60%**). Disminución de velocidad de onda S (Septal:0,04 m/s, lateral 0,06 m/s). Mala ventana ultrasónica que no permite realizar strain.
- Sin alteraciones segmentarias de la contracción.
- **Patrón de llenado del ventrículo izquierdo monofásico.**
- **AI severamente dilatada** (Volumen indexado: 79,6 cm³/m²).
- Cavity ventricular derecha de dimensiones (Base 3,9 cm) y grosor parietal normales.
- **Deterioro de la función sistólica de ventrículo derecho** (TAPSE:13 mm, S' 0,07 ms/s).
- **AD severamente dilatada**
- **Calcificación del aparato valvular mitral.** Insuficiencia mitral leve. Insuficiencia tricúspida leve que permite estimar **PSAP de 37 mmHg**
- **Vena cava inferior dilatada (2,8 cm) con colapso menor al 50%**
- No se observa derrame pericárdico.

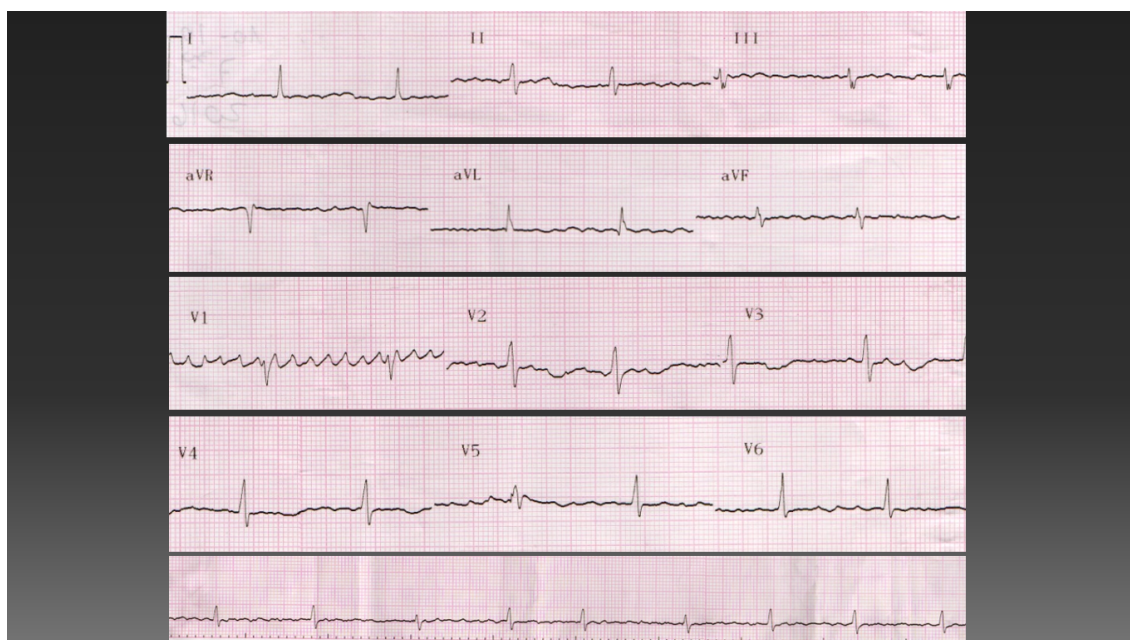
Medicación habitual

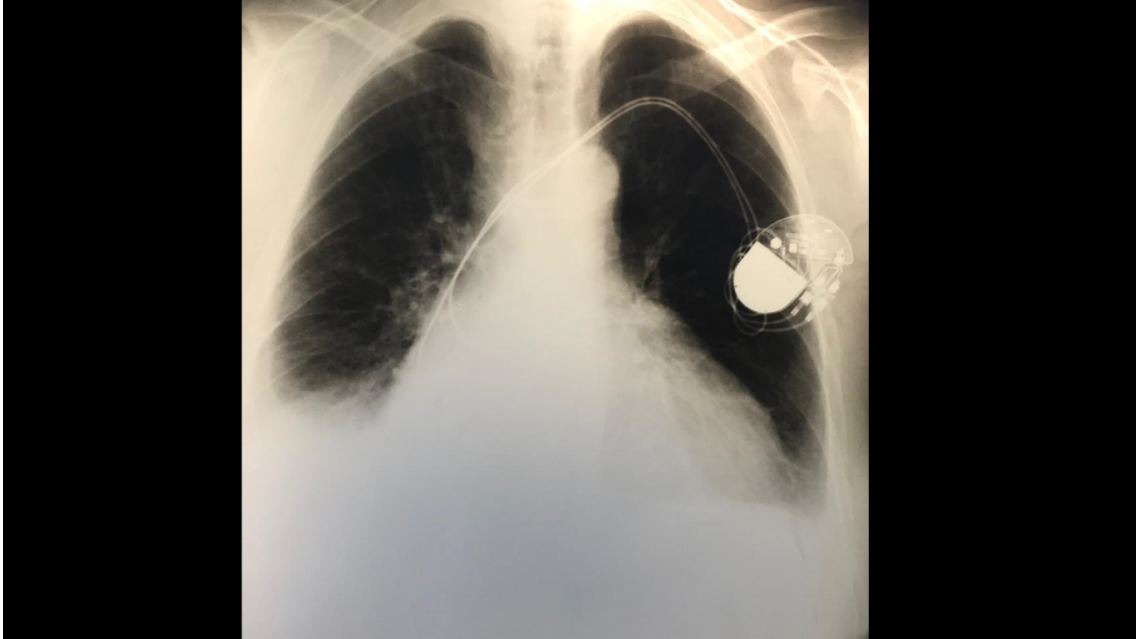
- Furosemida 80 mg cada 8 hs
- Sacubitril 24 mg-valsartán 26 mg cada 12 hs
- Espironolactona 25 mg día
- Digoxina 0,25 mg día
- Amiodarona 100 mg 3 veces por semana
- Acenocumarol según cartilla

Examen físico al ingreso a la sala de cardiología

TA (mmHg) 110/70	FC (lpm) 75	FR (cpm) 23	SatHb 97% (0,21)	Temp. 36,3 °C	Peso 72 kg Talla: 157 cm	IMC 29
---------------------	----------------	----------------	---------------------	------------------	-----------------------------	-----------

- **Aparato cardiovascular:** Ingurgitación yugular 2/3 con colapso inspiratorio. RHY positivo. Se observa y se palpa latido apexiano en 5° EIC LMC. R1-R2 en 4 focos. No se evidencias soplos. Pulsos periféricos presentes, regulares y simétricos.
- **Aparato respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria, se ausculta murmullo vesicular en tercio superior y medio, rales crepitantes e hipoventilación bibasal. Campos pulmonares con matidez bibasal.
- **Abdomen:** Blando, depresible e indoloro, RHA positivos.
- **Neurológico:** lúcido, sin foco motor ni signos meníngeos.
- **Piel y partes blandas:** Edemas en MMII, bimaleolar 4/6, dermatitis ocre en ambos miembros inferiores.





Evolución en sala de cardiología del 21-9 al 6-10

- Se inicia diuréticos con bomba de infusión continúa con respuesta parcial.
- Evoluciona con anuria, se interpreta secundaria a falla de VD por lo que se decide iniciar dobutamina que se rota a milrinona por taquicardia.

Sala de cardiología del 21-9 al 6-10

- Por evolucionar con falla renal e hiponatremia se interconsulta con nefrología quienes indican microexpansión con solución hipertónica (CINa), disminuir dosis de diuréticos y eliminar nefrotóxicos.
- Por elevación de transaminasas y hepatomegalia se sospecha cirrosis y se realiza ecografía hepática.

Ecografía abdominal

- Abundante meteorismo, hígado disminuido de tamaño, bordes irregulares, estructura heterogénea difusa, sin evidencia de imágenes focales. Esplenomegalia homogénea, líquido a nivel peri hepático peri esplénico y en cavidad pelviana. Vesícula alitiásica de paredes finas, vía biliar no dilatada. Páncreas conservado. Riñones de tamaño y forma conservada

Sala de cardiología 7-10

- El 7/10 evoluciona con episodio de pirogenemia asociado a registro febril y posteriormente shock con requerimiento de vasopresores .
- Se decide su pase a UCO.

UCO del 7-10 al 9-10

- Se realizan cultivos e inicia tratamiento antibiótico empírico.
- Evoluciona con aumento de requerimiento de noradrenalina. Para optimizar monitoreo hemodinámico se coloca catéter de Swan Ganz.

Swan Ganz 8/10 al 9/10

Hora	TAM	FC	PVC	PAP	PW	GC/IC	RVS	RVP	IVS/ITS	Terapéutica
00:30	91	71	19	28/18 (21)	16	4,1/2,2	1404	98		Milrinona 0,3, furosemida 1 g
7:00	47	70	21	40/23 (29)	18	4,2/2,2	405	209	31,9/20	Milrinona 0,6 Noradrenalina 0,07 furosemida 1 gramo
10:40	63	72	13	44/26 (33)	24	4,6/2,7	869	104		
18:30	70	63	23	51/30 (36)	11	4,2/2,2	838	176	30,2/27	Milrinona 0,2 gammas Noradrenalina 0,07 gammas
21:30	71	67	25	51/26 (35)	26	4,3/2,3	781	167	35/31	---
00:40	74	60	26	53/28 (35)	24	5,6/3	700	129	47/22	---
3:50	74	57	22	55/30 (40)	25	4,2/2,3	962	267	39/38	---
6:40	68	58	27	55/32 (40)	25	3,5/1,9	914	320	34/32	---

UCO del 7-10 al 9-10

- Se interpreta falla de VD con congestión retrograda de VI - VD y normalización del gasto cardiaca con inotrópicos y vasoactivos
- Se realiza balance negativo y evoluciona de manera favorable.
- Se ajusta esquema antibiótico a rescate de cultivos.
- Se realiza lectura de marcapasos sin eventos y se programa a 50 lpm para optimizar llenado ventricular
- Se decide su pase a sala de cardiología

Sala de cardiología 10-10 al 19-10

- Es presentada a servicios de trasplante cardíaco quienes sugieren biopsia hepática por presentar ecografía abdominal sugestiva de cirrosis y evaluar eventual ingreso a lista de espera de trasplante cardíaco.
- Se decide alta para seguimiento por servicio de trasplante cardíaco y cardiología

Laboratorio

Determinación	21/09/2018 (Ingreso)	10/10/2018 (Alta)
Hematocrito(%) / Hemoglobina (mg/dl)	40 - 13	31-10
Leucocitos (cel/mm3)	5430	16.400
Plaquetas (cel/mm3)	165.000	88.000
Glucosa (cel/mm3)	105	68
Urea / Creatinina (mg/dl)	69 - 1,25	137 - 2,55
Na / K / Cl (mmol/l)	130 - 3,97 - 91	133 - 2,65 - 90
BT / BD / BI / GOT / GPT / FA (mg/dl- mg/d- mg/d U/L-U/L- U/L)	3,15 - 1,95 - x - 35 - 16 - x	3,79 - 2,82 - 0,97 - 36 - 25 - 199
Col tot, prot tot, alb (mg/dl-g/dl-g/dl)		169 - 8,2 - 4,2
TP / Kptt / Rin (%-seg-RIN)	32 - 31 2,37	49-34-1,58
EAB		7.,-47-31-30-4,4-61
Gamma GT (U/L)	271	
Chagas	positivo	-----
HIV VHB VHC	-----	-----
TSH	10,8	-----

Medicación al alta

- ◉ Furosemida 80 mg cada 8 hs VO
- ◉ Espironolactona 25 mg día VO
- ◉ Acenocumarol 1 mg día
- ◉ Levotiroxina 50 mcg día

Reingreso

Ingreso a UCO 5 -11 al 8 -11

- El 5/11 concurre a consultorios externos de cardiología por aumento de peso y diámetro abdominal asociado a anuria de 3 días de evolución.
- Se interpreta como insuficiencia cardíaca y se decide internación en UCO.

UCO 5/11 al 8/11

- Se realiza tratamiento médico con diuréticos EV con mejoría del cuadro clínico.
- Se decide su pase a sala de cardiología para seguimiento por trasplante cardíaco.

Trasplante cardiaco 9-11 a la fecha

- Se realiza proteinuria con 1,28 gr/24 hs.
- Presento durante la internación falla hepática que mejoró con balance negativo.
- Se realiza cateterismo derecho.

Cateterismo cardiaco derecho	Basal	Oxígeno
FC (lpm)	85	77
TA (mmHg)	109/71 (83,6)	111/72 (85)
Saturación de Oxígeno (%)	98	100
Presión arteria pulmonar (mmHg)	47/22 (32)	51/23 (32)
Presión enclavamiento arteria pulmonar (mmHg)	22	22
AD (mmHg)	23	22
VD (mmHg)	50/8-3	50/6-22
Volumen minuto (litros por minuto)	4,20	3,95
Índice cardíaco (litros por min. x m ²)	2,61	2,45
Gradiente transpulmonar	10	10
Gradiente diastólico transpulmonar	0	1
Resistencias vasculares sistémicas (Dinas*s/cm ⁵)	1141,7	1112,8
Resistencias vasculares pulmonares (Dinas*s/cm ⁵)	190	202

Trasplante cardiaco 9-11 a la fecha

- Se realiza biopsia endomiocárdica. A la espera de resultados.
- Se incluye paciente en lista de trasplante.

Imágenes de ecografía T.T.
23/11

Informe ecografía 23/11

DDVI 4,3 cm	DSVI 2,9 cm	SIV 0,7 cm	PP 0,7 cm	AI 29,1 cm ²	PSAP 33 mHg
----------------	----------------	---------------	--------------	----------------------------	----------------

- Ventriculo izquierdo no dilatado con grosor parietal normal
- Hipocinesia septal. Función sistólica en límite inferior normal.
- Relajación miocárdica anormal evaluada por Doppler tisular.
- Áreas calcificadas en el endocardio de la pared posterolateral.
- Aurícula izquierda moderada a severamente dilatada.
- Ventriculo derecho levemente dilatado con disfunción sistólica.
- Catéter de marcapasos en cavidades derechas.
- Aurícula derecha y VCI severamente dilatadas, esta última sin colapso inspiratorio.
- Foramen oval permeable.
- Válvulas morfológicamente normales, sin signos de disfunción.
- No se detecta derrame pericárdico ni signos hemodinámicos que sugieran constricción.
- Presenta ascitis y derrame pleural derecho.