



ATENEO CLÍNICO

**Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich
Residencia de Cardiología**

**Sofía Pizarro
22/06/22**

Paciente: A.O

Edad: 19 años

Sexo: femenino

Fecha de ingreso: 17/02/2022

Fecha de egreso: 04/04/2022

Días de internación: 48

MOTIVO DE CONSULTA

Tos y diarrea.

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente comienza con cuadro de tos, diarrea y vómitos de 1 mes de evolución, agregando síntomas constitucionales y fiebre por lo que consulta a Guardia Externa de esta institución.

Allí se constata paciente hemodinámicamente estable, afebril, con abdomen distendido y doloroso a la palpación en fosa ilíaca izquierda, sin signos peritoneales.

Se realiza ecografía abdominal que evidencia adenomegalias en hilio hepático, retroperitoneo y ascitis y TAC de tórax y abdomen con imágenes en patrón de árbol en brote bilaterales y múltiples imágenes ganglionares en rango adenomegálico.

Se realiza paracentesis diagnóstica compatible con exudado secundario a TBC diseminada y se decide su internación en Clínica Médica.

ANTECEDENTES

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

- No presentaba.

MEDICACIÓN HABITUAL

- No presentaba.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL

- Desnutrición crónica (IMC 16 kg/m²).
- Anemia de los trastornos crónicos.

EXÁMEN FÍSICO DE INGRESO (17/02/22)

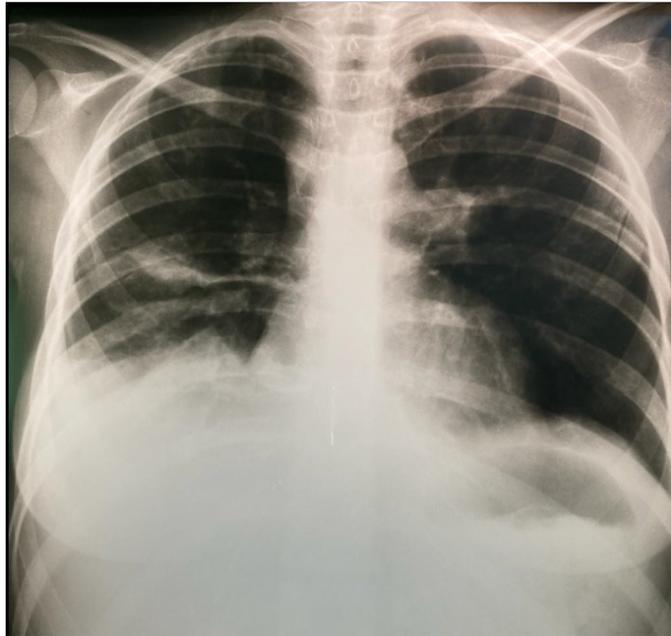
TA 100/60 mmHg	FC 130 lpm	FR 12 cpm	T° 37.8 °C	SpO2 96% (0.21)	Peso 43 kg	Talla 1.65 mts	IMC 16 kg/m2
-------------------	---------------	--------------	---------------	--------------------	---------------	-------------------	-----------------

- **Aspecto cardiovascular:** R1 y R2 en 4 focos, regular. Silencios impresionan libres. Ingurgitación yugular y RHY ausentes. Sin signos de falla aguda de bomba, buena perfusión periférica.
- **Aspecto respiratorio:** mecánica ventilatoria sincrónica con buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.
- **Aspecto abdominal:** abdomen distendido, depresible, timpánico a la percusión. Ruidos hidroaéreos conservados.
- **Aspecto neurológico:** lúcida, sin signos de foco motor ni meníngeos. Debilidad generalizada.

ELECTROCARDIOGRAMA DE INGRESO 17/02/22



RADIOGRAFÍA DE TÓRAX DE INGRESO (17/02/22)



EVOLUCIÓN EN CLÍNICA MÉDICA (17/02/22-17/03/22)

- Durante su internación en dicho servicio se realiza lavado broncoalveolar con resultado positivo para BAAR por lo que se confirma diagnóstico e inicia tratamiento con HRZE.
- Además, para optimización de anemia, se indica reposición vitamínica y dieta hipercalórica.
- Posterior a la instauración de dicho tratamiento, evoluciona afebril, con mejoría de los síntomas respiratorios y digestivos, persistiendo taquicárdica.
- Por dicho motivo, es evaluada por Servicio de Cardiología quienes solicitan ecocardiograma transtorácico:

DDVI 49 mm.	DSVI 35 mm.	SIV 9 mm.	PP 6 mm.	AI 29 cm.
----------------	----------------	--------------	-------------	--------------

Ventrículo izquierdo con diámetro conservado y grosor parietal normal. **Disfunción sistólica severa, hipoquinesia global, por probable taquicardiomiopatía.** AI no dilatada. Patrón de llenado del ventrículo izquierdo de tipo monofásico por taquicardia a 150 lpm. Onda E: 0.94 m/seg.

Cavidades derechas no dilatadas. Función sistólica del ventrículo derecho conservada. TAPSE 24 mm. AD no dilatada.

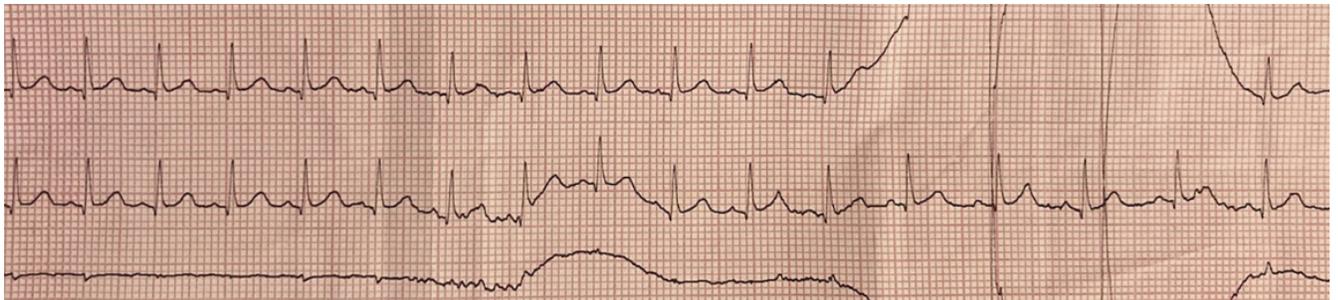
Insuficiencia tricuspídea leve que permite estimar PSAP 32 mmHg. Resto de las válvulas morfológicamente normales sin evidencia de estenosis ni regurgitaciones significativas.

Derrame pericárdico leve posterior. VCI no dilatada.

- Se interpreta deterioro severo de la función ventricular izquierda secundaria a taquicardia sinusal inapropiada vs. taquicardia auricular incesante.
- Pese a la corrección de los posibles factores desencadenantes persiste taquicárdica por lo que el 14/03 se decide su internación en Unidad Coronaria para estudio.

EVOLUCIÓN EN UNIDAD CORONARIA (14/03/22)

Para estudio de taquicardia supraventricular a QRS angosto se realiza maniobra parasimpática de MSC y posterior infusión de 12 mg de adenosina:



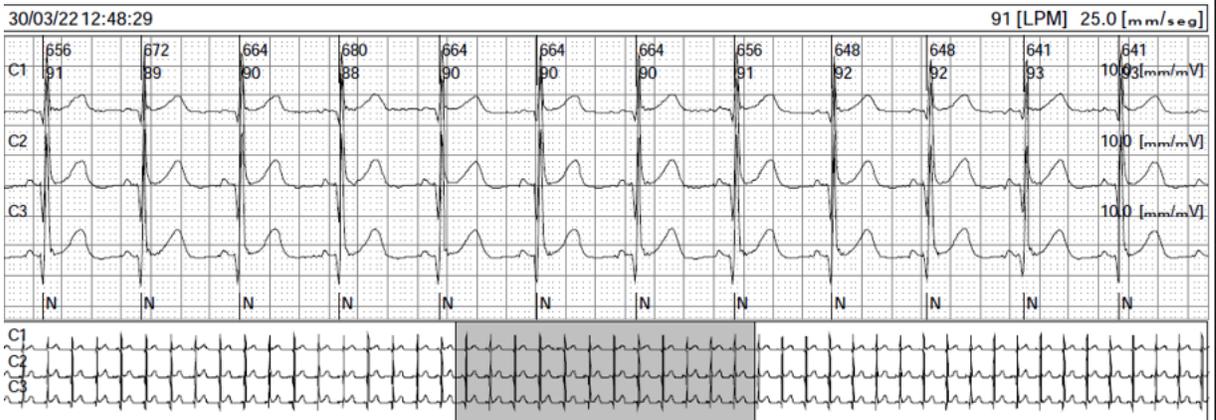
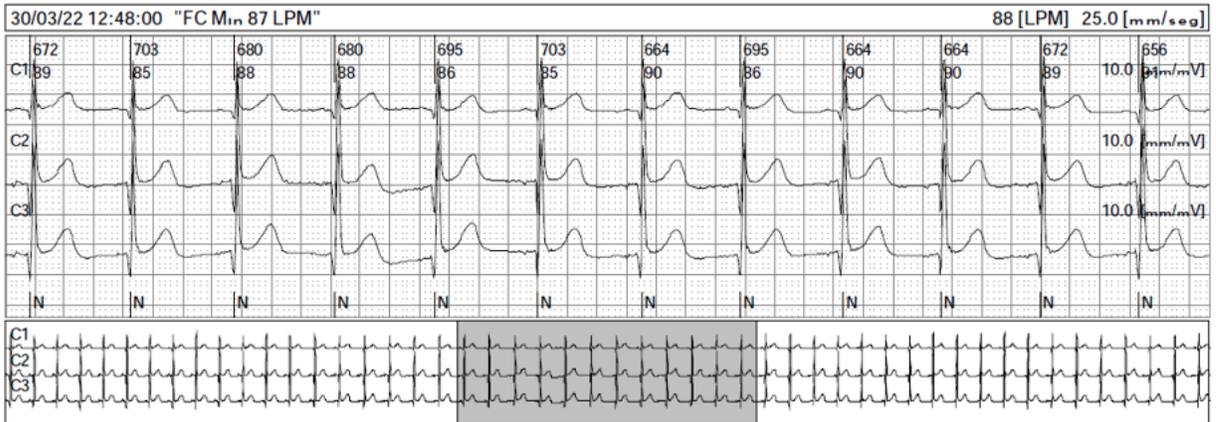
Por tratarse de una taquicardia sinusal sin descompensación hemodinámica, se decide no realizar CVE, retornando a Clínica Médica para control evolutivo.

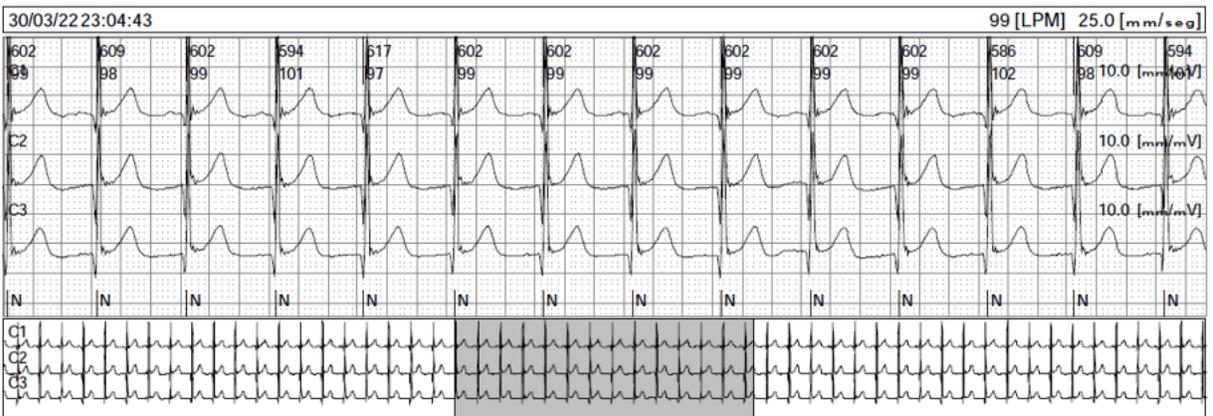
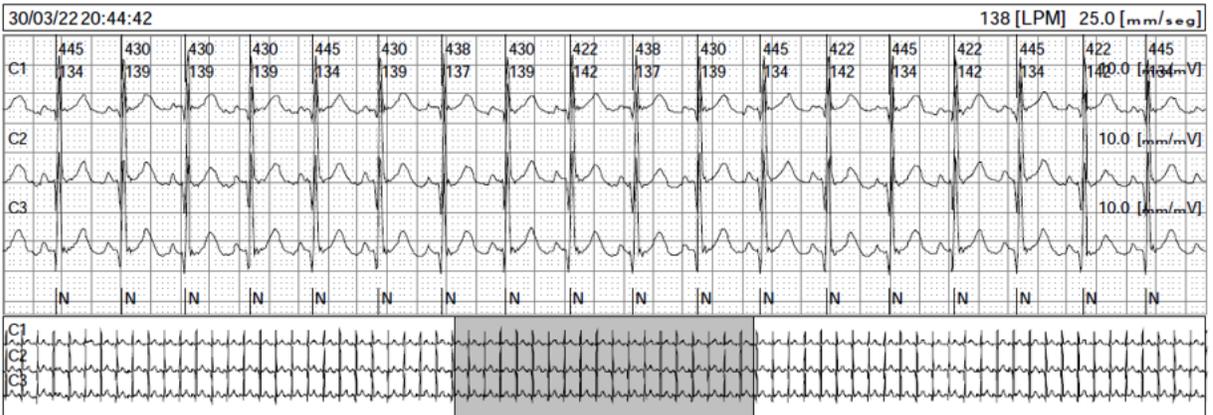
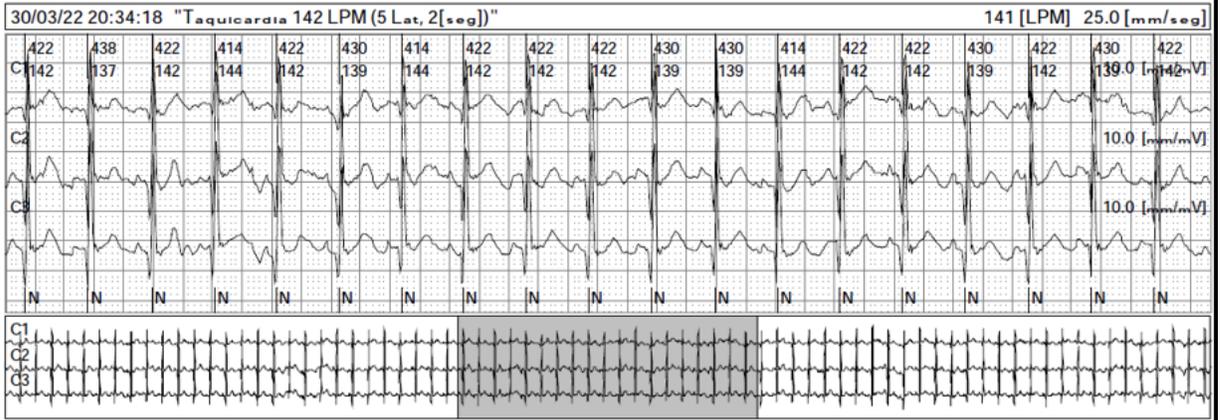
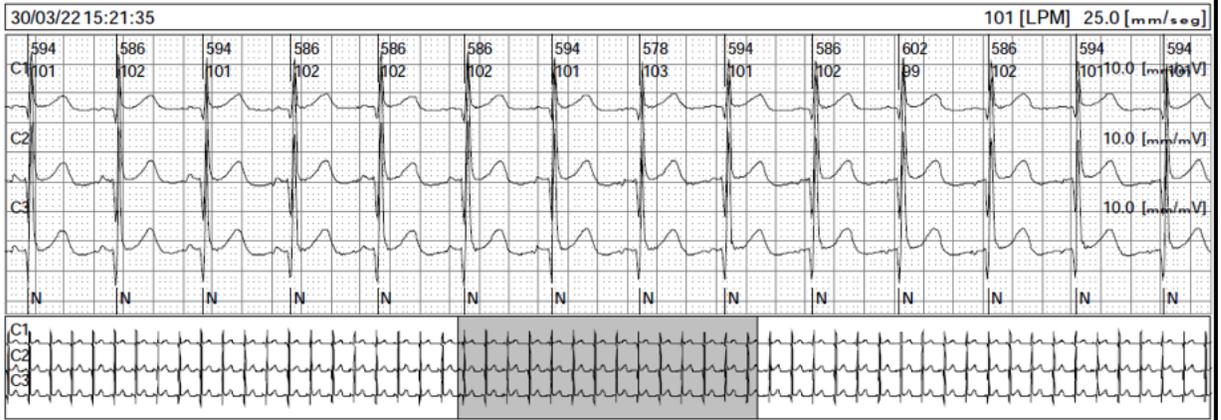
EVOLUCIÓN EN CLÍNICA MÉDICA (17/02/22-17/03/22)

- En contexto de disfunción ventricular y taquicardia, se inicia tratamiento con ivabradina, betabloqueantes y espironolactona.
- Por estabilidad clínica desde el aspecto infectológico, el 17/03 se decide su pase a Sala de Cardiología.

EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGÍA (17/03/22-04/04/22)

- Evoluciona estable, afebril, sin signos de insuficiencia cardiaca.
- Se optimiza el tratamiento médico instaurado sin inicio de vasodilatadores por mala tolerancia.
- El 30/03 se realiza holter:





FC		EV		VFC	
Min Bradicardia:	Sin eventos de Bradicardia	Total de EV:	0	SDNN:	0.00 [mSeg]
Max Taquicardia:	143 [LPM] (08:41:06)	EV Pares:	0	SDANN Índice:	0.00 [mSeg]
FC Media:	111 [LPM]	EV Bigeminadas:	0	SDNN Índice:	0.00 [mSeg]
FC mínima:	87 [LPM] (12:48:02)	EV Trigeminas:	0	rMSSD:	0.00 [mSeg]
FC máxima:	147 [LPM] (08:41:16)	EV Tripletas:	0	NN50:	0.00
Total de Latidos:	99308	Total de Taquic. V:	0	pNN50:	0.00
				Potencia Total:	4240.89
Segmento ST		ESV		Pausas y QT	
Canal 1 total min ST:	0 [min]	Total de ESV:	0	Pausas > a 2500 [mSeg]:	0
Canal 2 total min ST:	0 [min]	ESV Pares:	0	Pausa más larga:	—
Canal 3 total min ST:	0 [min]	ESV Bigeminadas:	0	Máximo QT:	0 [mSeg] (08:39:00)
		ESV Trigeminas:	0	Máximo QTc:	0 [mSeg] (08:39:00)
		ESV Tripletas:	0		
		Total de Taquic. SV:	0		

- FC promedio: 111 lpm.
- FC máxima: 147 lpm.
- Eventos de taquicardia: 1035.

CONCLUSIONES:

Ritmo sinusal, sin alteraciones de la conducción AV ni en la intraventricular.

El 01/04, presentando una frecuencia cardíaca promedio de 110 lpm, se realiza nuevo ecocardiograma:

DDVI 47 mm.	DSVI 34 mm.	SIV 8 mm.	PP 6 mm.	AI 30 cm.
-----------------------	-----------------------	---------------------	--------------------	---------------------

Ventrículo izquierdo no dilatado con grosor parietal normal. **Hipoquinesia global con deterioro leve de la función sistólica (FEY: 48%)**. SLGP: - 16.6%. Patrón de llenado ventricular conservado. Aurícula izquierda no dilatada (área: 12.8 cm²). Cavidades derechas normales. Válvulas morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción. No se observa derrame pericárdico.

- El 04/04 por buena evolución clínica se decide otorgar el alta hospitalaria, en plan de realizar resonancia magnética nuclear cardíaca de manera ambulatoria.

	17/02/22 (INGRESO)	04/04/22 (EGRESO)	Otros
HTO (%) /Hb (g/dL)	27/9	33/10	VDRL NR
Leucocitos /mm ³	14300	8800	Chagas NR
Plaquetas /mm ³	464.000	380.000	HIV NR
BT/GOT/GPT (U/L)	0.45/28/10	0.20/36/18	HBV: AgS NR, antiCore IgG NR, antiS NR.
Glucemia (mg/dL)	97	103	Anti HCV NR
Urea (mg/dL)	13	12	Ferritina 918, ng/ml.
Creatinina (mg/dL)	0.36	0.3	PCR 169 mg/l
NA/K/CK (mmol/L)	127/3.8/90	138/4/98	VSG 15 mm.
TP (%) /KPTT (seg)	73/32	70/28	Fólico 2.3 ng/ml, B12 >2000 pg/ml
TnT (ng/l)	-	< 40 ng/l	TSH 1.9 mUI/l
BNP	-	257 pg/ml	HNF SARS COV2 NR

INDICACIONES AL ALTA

- Bisoprolol 2.5 mg/12hs.
- Espironolactona 25 mg/día.
- Ivabradina 7.5 mg/12hs.
- HRZE 200/450/1000/800 mg/día.
- Complejo B 1 comprimido por día.
- Acido fólico 1 comprimido por día.

RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR (05/04/22)

Estructuras del circuito izquierdo:

Venas pulmonares: anatomía normal.

Aurícula izquierda: dimensiones conservadas .

Válvula mitral: morfología y dinámica normales.

Ventrículo izquierdo: volúmenes cavitarios conservados para talla y peso. Función sistólica global con deterioro leve. Hipoquinesia global. Espesores parietales normales. Músculos papilares y trabeculado parietal sin alteraciones.

DD: 47 mm VFD: 117 ml VFS: 59 ml VS: 58 ml FEY: 50 % Masa: 56 g

Válvula Aórtica: morfología y dinámica normales.

Aorta torácica: Aorta sinusal , sinotubular, ascendente, cayado y descendente de calibre normal. No se observan alteraciones parietales.

Realce tardío de contraste: no hay signos de fibrosis parietal.

FC		EV		ESV	
Min Bradicardia:	Sin eventos	Totales:	0	Totales:	0
Máx Taquicardia:	181 LPM (08:20:10)	Pares:	0	Pares:	0
FC Media:	104 LPM	Tripletas:	0	Tripletas:	0
FC mínima:	60 LPM (05:20:25)	Bigeminadas:	0	Bigeminadas:	0
FC máxima:	187 LPM (08:20:22)	Trigeminadas:	0	Trigeminadas:	0
Total de Latidos:	138986	Taquicardias:	0	Taquicardias:	0
Segmento ST		VFC		Pausas	
Canal 1 total min ST:	Sin eventos	SDNN:	91.60 ms	Pausas > a 2500ms:	0
Canal 2 total min ST:	Sin eventos	SDANN Índice:	80.46 ms	Pausa más larga:	-- ms
Canal 3 total min ST:	Sin eventos	SDNN Índice:	42.61 ms		
		rMSSD:	20.69 ms		
		NN50:	3326 Lat		
		pNN50:	2.58 %		
		Potencia Total:	1694.87		

- FC promedio: 104 lpm.
- FC máxima: 187 lpm a las 8:20 hs.

CONCLUSIONES:

Ritmo sinusal durante todo el estudio. Taquicardia sinusal.

Sin alteraciones de la conducción AV ni en la intraventricular.

No se observan extrasístoles.

La paciente no refiere síntomas.