

# **Ateneo Clínico**

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

**Residencia de Cardiología**

**Matti Sofia Ileana**

**06/07/2022**

**Paciente:** E.V.  
**Sexo:** Masculino  
**Edad:** 68 años

**Fecha de ingreso:** 05-05-2022  
**Fechas de egreso:** 01-06-2022  
**Días de internación:** 28 días

**Motivo de internación:** trastornos conductuales y parestesias.

**Enfermedad actual:**

Paciente consulta a guardia externa de este hospital por parestesias de miembros inferiores y cambios conductuales constatados por familiares.

Se realiza tomografía de cerebro sin contraste endovenoso.

## ANTECEDENTES

---

**Factores de riesgo cardiovasculares:**

- Hipertensión arterial.
- Ex tabaquismo.

**Otros antecedentes:**

- Hipotiroidismo.
- Internación reciente en Hospital Piñero por SCASEST con cinecoronariografía sin lesiones angiográficamente significativas.

**Medicación habitual:**

- Enalapril 5 mg cada 12 hs.
- Levotiroxina 75 mg por día.

## ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PREVIOS

### CINECORONARIOGRAFÍA – 24/02/2022

---

▪ Sin lesiones angiográficamente significativas.

### ECOCARDIOGRAMA TRANSTÓRACICO – 03/03/2022

---

DDVI	53 mm
DSVI	23 mm
SIV	12 mm
PP	10 mm

▪ Fracción de eyección normal.

▪ Masa móvil 40x34 mm, de bordes irregulares, que se encuentra adherida al septum interauricular y que protruye a ventrículo izquierdo.

▪ Insuficiencia tricúspidee leve.

▪ PSAP 50 mmHg.

### INFORME TOMOGRAFÍA DE CEREBRO – 05/05/2022

---

▪ Múltiples lesiones hipodensas cortico – subcorticales, de aspecto isquémico, una subaguda crónica en la convexidad frontal derecha y una imagen subaguda a nivel cerebeloso derecho.

▪ Otras dos lesiones agudas en región occipital bilateral.

▪ Pequeñas lesiones lacunares periventriculares frontales.

# EVOLUCIÓN EN GUARDIA EXTERNA DEL 04/05/2022 AL 06/05/2022

---

Se interpreta cuadro como ACV isquémico de probable origen tromboembólico secundario a masa móvil en aurícula izquierda.

El día 06/05 se indica su internación en Unidad Coronaria para control evolutivo, diagnóstico y seguimiento.

## EXAMEN FÍSICO DE INGRESO A UNIDAD CORONARIA

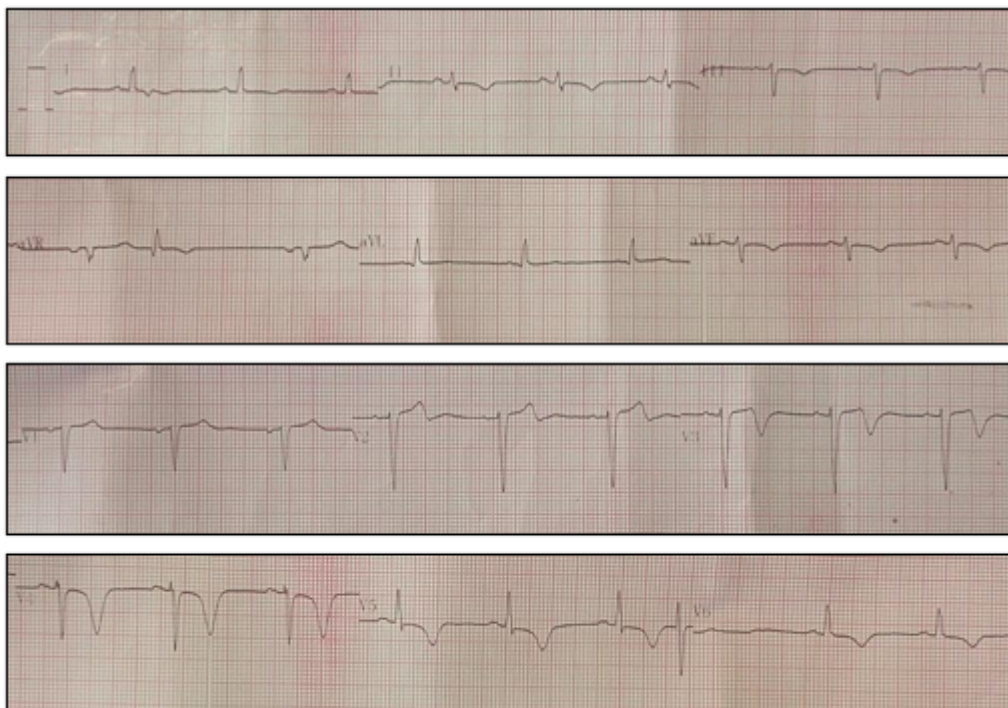
---

TA	FC	FR	TEMPERATURA	SATURACIÓN O2	PESO	ALTURA	IMC
156/89 mmHg	63 lpm	16 rpm	36.5 ° C	98 % al 0.21	70 kg	1.65 mts	25.7 kg/mts2

- **Cardiovascular:** R1 y R2 en 4 focos, silencios impresionan libres. Pulsos periféricos simétricos y palpables. Buena perfusión periférica. Sin ingurgitación yugular.
- **Respiratorio:** buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.
- **Neurológico:** vigil, orientado en tres esferas, bradipsíquico, sin signos de foco motor ni meníngeo.
- **Abdominal:** abdomen blando, depresible, indoloro, RHA presentes.

## ELECTROCARDIOGRAMA DE INGRESO A UNIDAD CORONARIA

---



## **RADIOGRAFÍA DE TÓRAX DE INGRESO A UNIDAD CORONARIA**



## EVOLUCIÓN EN UNIDAD CORONARIA DEL 06/05/2022 AL 09/05/2022

---

Ante ACV de probable origen tromboembólico secundario a tumor cardíaco, es evaluado por servicio de Neurología, quienes indican esperar tratamiento anticoagulante hasta 10 días posteriores al evento agudo. Sugieren realizar nuevo tomografía de cerebro, la cual no evidencia cambios respecto a previa.

Evoluciona hemodinámicamente estable, sin presentar cambios al examen físico, sin nuevos eventos isquémicos.

El día 09/05 se decide su pase a Sala de Cardiología para control evolutivo y definición de tratamiento.

## EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGÍA DEL 09/05/2022 AL 19/05/2022

---

Paciente evoluciona hemodinámicamente estable, sin presentar cambios al examen físico.

Se realiza ecocardiograma transtorácico.

## ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO – 11/05/2022

---

▪ Fracción de eyección conservada.

▪ **Masa en aurícula izquierda compatible con mixoma auricular, con silueta irregular, morfología variable y ecodensidad heterogénea, insertada en el septum interauricular. Mide aproximadamente 7 x 3 cm e invade el tracto de entrada del VI en diástole generando obstrucción moderada (AVA 1.24). Sin elevación de los gradientes.**

▪ Ventrículo izquierdo no dilatado, con **hipoquinesia apical**.

▪ **Aurícula izquierda levemente dilatada.**

▪ PSAP 42 mmHg.

▪ Aurícula derecha no dilatada.

▪ Cavidades derechas no dilatadas. Función sistólica del ventrículo derecho conservada.

▪ Vena cava inferior normal.

▪ Sin valvulopatías.

▪ No se observa derrame pericárdico.

DDVI	54 mm
DSVI	34 mm
SIV	11 mm
PP	10 mm

## **EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGIA DEL 09/05/2022 AL 19/05/2022**

---

Paciente es presentado en Heart Team donde se decide, de manera conjunta entre servicios de cirugía cardiovascular, cardiología y neurología, realizar cirugía de resección de masa tumoral, la cual se lleva a cabo el día 19/05.

### **CIRUGÍA DE RESECCIÓN TUMORAL – 19/05/2022**

---

Se realiza la exéresis completa de tumoración auricular por vía transeptal, ingresando muestra correspondiente para anatomía patológica.

Presentó 79 minutos de circulación extracorpórea y 32 minutos de clampeo aórtico.

Ingresa en el post operatorio inmediato a Unidad Coronaria para control hemodinámico y evolutivo.

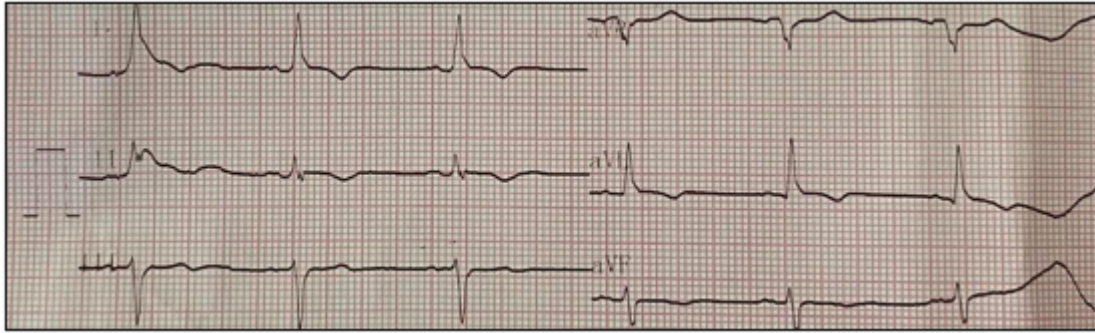
# EXAMEN FÍSICO DE INGRESO A UNIDAD CORONARIA POST OPERATORIO

TA	FC	FR	TEMPERATURA	SATURACIÓN O2
109/70 mmHg	80 lpm	16 vpm	36.9 ° C	97 % (FiO2 0.8)
<b>VCV</b>	480 – 10 – 16 – 0.8		<b>REQUERIMIENTOS</b>	Fentanilo 0.4 gammas Noradrenalina 0.03 gammas

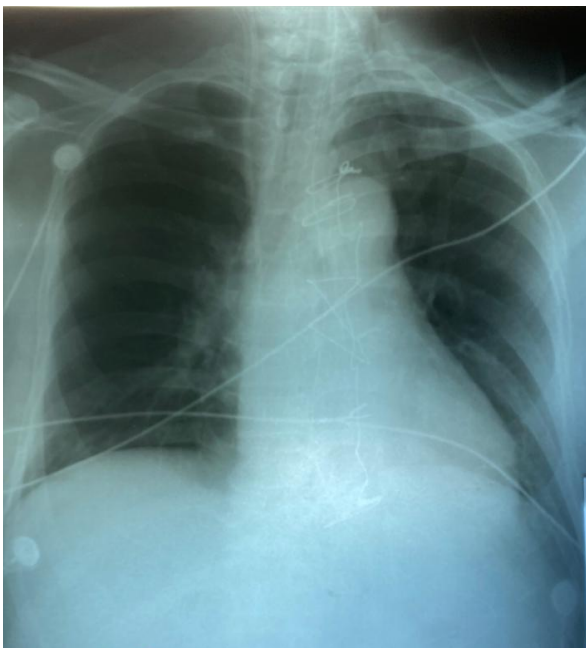
- **Cardiovascular:** R1 y R2 en 4 focos, silencios impresionan libres. Pulsos periféricos simétricos y palpables, buena perfusión periférica. Sin signos agudos de falla de bomba.
- **Respiratorio:** bajo IOT/ARM, buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.
- **Neurológico:** RASS -5, bajo sedoanalgesia. Pupilas isocóricas y reactivas.
- **Abdominal:** abdomen blando, depresible a la palpación, ruidos hidroaéreos ausentes.
- **Otros:** herida quirúrgica cubierta por gasas limpias y secas. Introdutor y catéter venoso central yugular posterior derecho. Línea arterial radial izquierda. Dos tubos mediastinales, con escaso débito.

## ELECTROCARDIOGRAMA DE INGRESO A UNIDAD CORONARIA POST OPERATORIO





**RADIOGRAFÍA DE TÓRAX  
DE INGRESO A UNIDAD CORONARIA  
POST OPERATORIO**



## EVOLUCIÓN EN UNIDAD CORONARIA DEL 19/05/2022 AL 24/05/2022

---

Evoluciona con patrón hipovolémico, realizándose reanimación con fluidos y soporte transfusional. Se realiza extubación precoz, sin complicaciones.

Presenta episodio confusional, por lo que se realiza tomografía de cerebro que informa leve transformación hemorrágica de ACV previo a nivel frontal derecho, sin conducta por Servicio de Neurocirugía.

Se realiza nuevo ecocardiograma transtorácico.

Por estabilidad clínica, el día 22/05 se decide su pase a sala de Cardiología para seguimiento.

### ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO – 24/05/2022

---

▪ **Fracción de eyección 45%.**

▪ **Movimiento septal anormal.**

▪ **Hipocinesia global.**

▪ **Aurícula izquierda levemente dilatada.**

▪ Cavidades derechas sin particularidades.

▪ TAPSE 15.

▪ Válvulas sin particularidades.

▪ **Aumento de la refringencia y grosor del septum interauricular.**

▪ Sin derrame pericárdico.

DDVI	58 mm
DSVI	44 mm
SIV	9.5 mm
PP	7.5 mm

## EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGIA DEL 24/05/2022 AL 01/06/2022

---

Evoluciona hemodinámicamente estable, afebril, sin presentar cambios al examen físico.

Por estabilidad clínica, se otorga alta hospitalaria.

Paciente continua seguimiento ambulatorio por consultorios de cardiología.

# MEDICACIÓN AL ALTA HOSPITALARIA

- Enalapril 2,5 mg cada 12 horas.
- Omeprazol 20 mg por día en ayunas.
- Levotiroxina 75 mcg por día en ayunas.

## LABORATORIO

Valores	Ingreso a UCO	Post quirúrgico	Al alta
Hto % - Hb g/dl	<b>35 - 11.5</b>	<b>24 - 8</b>	<b>33</b>
GB / mm3	9900	15300	12100
Plaquetas / mm3	341000	289000	435000
Glucemia mg/dl	126	241	174
Urea - Creatinina mg/dl	<b>37 - 1.05</b>	<b>70 - 1.72</b>	<b>29 - 0.91</b>
BT mg/dl - GOT - GPT U/l	<b>0.43 - 40 - 29</b>	<b>1.02 - 96 - 116</b>	<b>0.49 - 26 - 32</b>
TP % - KPTT seg - RIN	97 - 31 - 1.09	75 - 31 - 1.27	94 - 30 - 1.08
Na - K - Cl mmol/l	137 - 4.08 - 100	138 - 3.87 - 102	137 - 4.3 - 101
CK - CKMB UI/l	<b>461 - 27</b>	<b>774 - 53</b>	<b>154</b>
Troponina pg/ml	<b>494</b>	<b>517</b>	-
<b>Otros</b>	Colesterol total 100 Triglicéridos 124 LDL 43 HDL 31 HbA1c 6.4 Acido úrico 6 VDRL No reactiva HIV No reactiva		

## SEGUIMIENTO AL ALTA

El día 13/06 se realiza nuevo ecocardiograma transtorácico:

- **Ventrículo izquierdo no dilatado con grosor parietal normal.**
- **Movimiento septal anormal.**
- **Hipocinesia global.**
- **Aurícula izquierda levemente dilatada (área 25 cm<sup>2</sup>) .**
- Cavidades derechas sin particularidades, con disfunción severa del ventrículo derecho. TAPSE 13.
- Válvulas morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción.
- **Aumento de la refringencia y grosor del septum interauricular sin evidencias de shunt por Doppler color.**
- Sin derrame pericárdico.

DDVI	48 mm
DSVI	34 mm
SIV	10 mm
PP	10 mm

## INFORME ANATOMOPATOLÓGICO

### Examen macroscópico:

- Formación de aspecto veloso de coloración pardusca con áreas blanquecinas que alternan con áreas de aspecto gelatinoso, que mide 6 x 4 x 3 cm y pesa 42 gr.

### Examen microscópico:

- Proliferación constituida por células estrelladas, sin atipia citológica, inmersas en estroma mixoide, con macrófagos con hemosiderina, aislados linfocitos y plasmocitos y vasos del tipo capilar y arteriolar. No se observan figuras mitóticas ni necrosis. Presenta hemorragia focal. Base de implantación libre de lesión.

### Diagnóstico:

- Lesión auricular izquierda, resección: **mixoma con configuración macroscópica vellosa.**

