




# **Ateneo Clínico**


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

**Residencia de Cardiología**

**Gastón Saint André**

**22/3/23**

<b>Paciente: A.M.</b>	<b>Sexo: Masculino</b>	<b>Edad: 86 años</b>
Fecha ingreso: 10/1/23	Fecha de egreso: 13/1/23	Días de internación: 3
<p><b><u>Motivo de consulta:</u></b></p> <p>Pleja braquiocrural</p> <p><b><u>Enfermedad actual:</u></b></p> <p>Paciente que consulta a guardia externa por episodio de pleja braquiocrural izquierda súbita asociada a disartria de 90 minutos de duración con resolución espontánea</p> <p>Ingresa lúcido, sin foco neurológico con tendencia a la hipertensión (160/80 mmHg). Se realiza tomografía de SNC sin lesiones isquémicas ni hemorrágicas agudas.</p> <p>Se decide su internación en Sala de Clínica Médica para estudio y tratamiento</p>		
		

<h2>Antecedentes</h2>	
<p><b><u>Factores de riesgo cardiovascular:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipertensión arterial</li> <li>- Sobrepeso</li> </ul>	
<p><b><u>Antecedentes de enfermedad actual</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fibrilación auricular permanente no anticoagulada (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc: 7 / HAS-BLED: 4).</li> <li>- Cirugía cardíaca para resección de fibroelastoma papilar y revascularización miocárdica (puente venoso a arteria diagonal) en 2012.</li> <li>- Shock hipovolémico secundario a proctorragia con caída de 16 puntos de hematocrito por diverticulitis colónica severa en contexto de anticoagulación con acenocumarol (RIN en rango) en 2017.</li> <li>- Implante de oclisor de orejuela izquierda "Watchman" (27 mm) en Junio de 2018.</li> <li>- Insuficiencia cardíaca congestiva con fracción de eyección del ventrículo izquierdo levemente reducida.</li> </ul>	

# Antecedentes



## Estudios previos al implante de dispositivo Watchman

### - Tomografía cardíaca computada (20/3/18)

*“Diámetros de AI 54 x 39 mm (plano de 4 cámaras), 69 x 54 mm (plano de 2 cámaras)  
Orejuela de 43 x 23 mm”.*

### - Ecocardiograma Doppler transesofágico (5/4/18)

*“Orejuela de tipo **bilobulada** diámetro máximo de 25 mm, profundidad máxima 25mm, libre de trombos con una velocidad en su interior mayor a los 40 cm/seg”.*

# Ecocardiograma transesofágico (Post implante de Watchman)

13/7/18



# Informe Ecocardiograma Transesofágico



VI no dilatado con espesores parietales normales. Motilidad regional y **función sistólica global normales**

**Aurícula izquierda levemente dilatada sin trombos** (área 28 cm<sup>2</sup>).

Se observa presencia de dispositivo **Watchman** en **orejuela izquierda, normo inserto**, con **pequeña fuga en cara inferior del dispositivo**, en relación a la valva anterior mitral.

Válvula aórtica trivalva, esclerocalcificada, con apertura conservada y mínimo reflujo.

Válvulas mitral, tricúspide y pulmonar morfológicamente normales.

Reflujo tricuspídeo leve.

Septum interauricular sin solución de continuidad, sin evidencia de shunt.

No se observan masas intracavitarias

No se detectan signos de desgarro intimal en aorta ascendente ni descendente.

## Antecedentes

### Medicación habitual:

- Losartán 50 mg/día
- Clopidogrel 75 mg/día
- Atorvastatina 10 mg/día
- Furosemida 40 mg/día



# Ingreso a Sala de Clínica Médica

10/1/23



## Examen físico de ingreso a Clínica Médica

TA: 140/70 mmHg    FC: 90 lpm    FR: 16 cpm    Temp.: 36°C    Sat: 96%

Peso: 82 kg    Altura: 1.75 m    IMC: 26.7 kg/m<sup>2</sup>

**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. Pulso irregular. Ausencia de edemas de miembros inferiores.

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

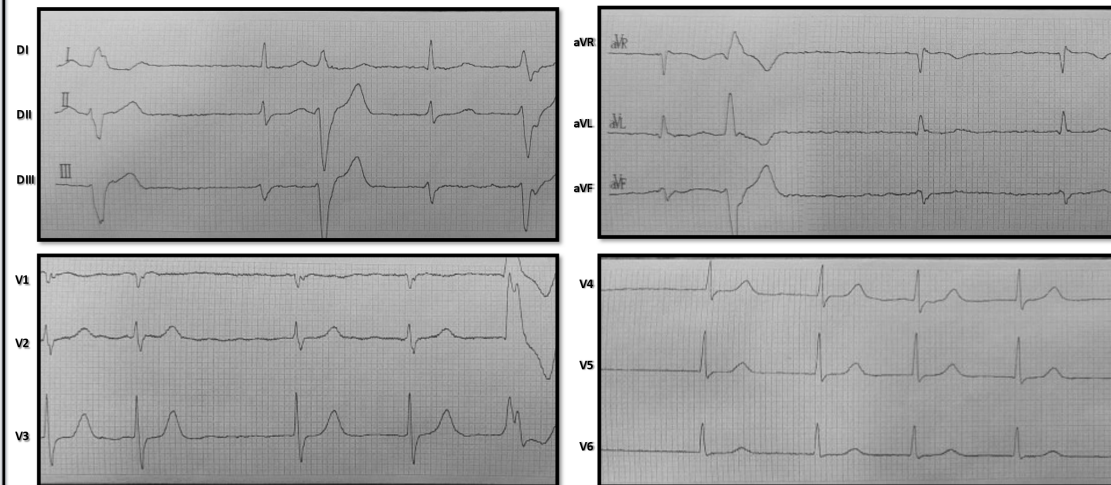
**Abdominal:** blando, depresible, indoloro, ruidos hidroaéreos positivos.

**Neurológico:** lúcido, sin foco motor, sensitivo ni signos meníngeos.

**Piel y partes blandas:** sin particularidades



## ECG ingreso



## Evolución en Clínica Médica

10/1 – 13/1

Evolucionahemodinámicamenteestable, sin presentar nuevo foco neurológico.

Se realiza nueva tomografía de SNC a las 48 hs post-evento que no evidencia cambios respecto a estudio previo por lo que se interpreta cuadro como accidente isquémico transitorio

Para su estudio se realiza ecocardiograma transtorácico,transesofágicoy Holter de 24hs.



# Informe ecocardiograma



DDVD (cm)	DDVI (cm)	DSVI (cm)	SIV (cm)	PP (cm)	AI (cm)	Ao (cm)
normal	4,8	3,1	1	0.8	5.2	4.1

Cavidad ventricular izquierda de dimensiones normales y espesores parietales conservados. Sin trastornos regionales de la motilidad con deterioro leve a moderado de la función sistólica. FEy biplano de 43%.

**Aurícula izquierda dilatada (Área 34cm<sup>2</sup>), sin trombos. Se observa en orejuela dispositivo ocluidor que ocupa parcialmente el cuerpo de la misma, dejando saco residual entre el mismo y el ligamento de Marshall. No se observan trombos en dicho saco.**

Válvulas auriculoventriculares de morfología normal. Válvula aortica esclerocalcificada normofuncionante IT leve que permite estimar **PSAP de 65mmHg.**

**Ventrículo derecho** no dilatado con disfunción sistólica. **TAPSE 14mm.**

No se observan imágenes compatibles con endocarditis. Septum interauricular se observa pequeña comunicación puntiforme de izquierda a derecha que podría corresponder al sitio de punción transeptal

No se observan masas intracavitarias No se detectan signos de desgarro intimal en aorta ascendente, arco ni aorta descendente.

# Informe de Holter de 24hs



FC		EV		ESV	
Min Bradicardia:	38 LPM (22:08:17)	Totales:	22005 (24.89 %)	Totales:	0
Máx Taquicardia:	120 LPM (04:23:20)	Pares:	377	Pares:	0
FC Media:	62 LPM	Tripletas:	494	Tripletas:	0
FC mínima:	37 LPM (01:40:21)	Bigeminadas:	794	Bigeminadas:	0
FC máxima:	119 LPM (04:23:21)	Trigeminadas:	2517	Trigeminadas:	0
Total de Latidos:	88404	Taquicardias:	25	Taquicardias:	0
		Taquic. más larga:	5 Lat (13:24:56)		
		FC Máx de Taquic.:	131 LPM (13:24:56)		
		FC Min de Taquic.:	83 LPM (21:43:55)		
Segmento ST		VFC		Pausas	
Canal 1 total min ST:	Sin eventos	SDNN:	238.48 ms	Pausas > a 2500ms:	0
Canal 2 total min ST:	Sin eventos	SDANN índice:	108.66 ms	Pausa más larga:	--- ms
Canal 3 total min ST:	Sin eventos	SDNN índice:	210.45 ms		
		rMSSD:	309.50 ms		
		NN50:	25265 Lat		
		pNN50:	85.22 %		
		Potencia Total:	33895.82		

**Fibrilación auricular durante todo el estudio.** Frecuencia promedio de **62 LPM**

No se registraron pausas superiores a 2500 ms.

**Extrasístoles ventriculares muy frecuentes, polimorfas, aisladas, duplas, tripletas, episodios de bigeminia y trigeminia. Se observan episodios de taquicardia ventricular de hasta 5 latidos.**

No se observan alteraciones en la conducción interventricular El paciente no refiere síntomas

## Evolución en Clínica Médica

10/1 – 13/1

Se interconsulta con servicio de Cardiología quienes en conjunto con servicio de Hematología indican iniciar anticoagulación con apixaban 2.5 mg dos veces al día.

Se otorga alta hospitalaria en plan de realizar RMN de cerebro y vasos de cuello por ambulatorio para completar estudio etiológico.



## Laboratorio

	12/10
HTO (%) / hb (g/dl)	41/13,6
Leucocitos (/mm <sup>3</sup> )	6400
Plaquetas (/mm <sup>3</sup> )	172000
Glucemia (mg/dl)	119
Urea (mg/dl) / Creatinina (mg/dl)	43/0,98
Colesterol total (mg/dl)	161
Colesterol HDL (mg/dl)	48
Colesterol LDL (mg/dl)	94
Triglicéridos (mg/dl)	90
HB1Ac (g/dl)	5,73
Tpo. de Protrombina (%)	97
aPTT (seg)	29





## Medicación al alta

- Losartán 50 mg/día
- Atorvastatina 40 mg/día
- Apixabán 2,5 mg c/12hs



## Evolución ambulatoria

Se realizó **RMN de SNC** que informa: *“hiperintensidad en flair y T2 en sustancia blanca periventricular y centros semiovoides de tipo isquémico crónico microangiopático, patrón de involución”* y **AngioRMN** de vasos intracraneales y extracraneales sin alteraciones

Actualmente continúa anticoagulación en seguimiento con Hematología y Electrofisiología

