



# 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 progresó CF IV y ortopnea. Se interpreta ICC reagudizada y se interna en sala de cardiología

## Antecedentes

- ◉ **Factores de riesgo cardiovascular**

- > Sobre peso

- ◉ **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 <sup>2</sup>	PSAP 37 mHg
----------------	----------------	---------------	--------------	----------------------------	----------------

- Cavidad 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 cm<sup>3</sup>/m<sup>2</sup>).
- Cavidad 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 tricúspide 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.

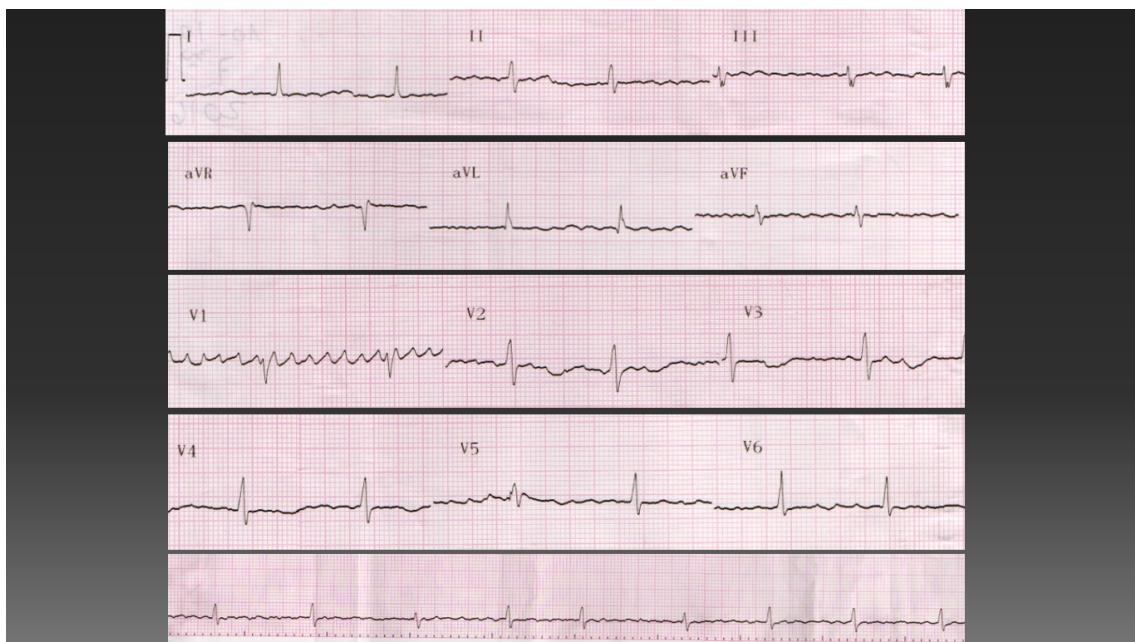
## Medicación habitual

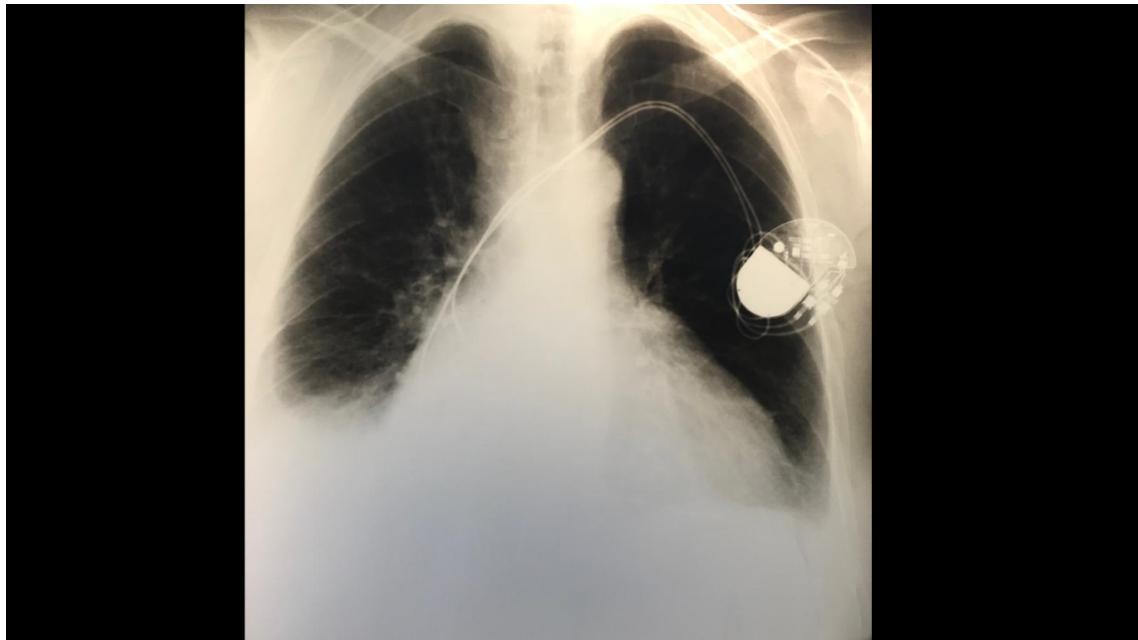
- Furosemida 80 mg cada 8 hs
- Sacubitril 24 mg-valsartán 26 mg cada 12 hs
- Espironolactona 25 mg día
- Digoxina 0,25 mg día
- Amiodarona 100 mg 3 veces por semana
- Acenocumarol según cartilla

## 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 5º EIC LMC. R1-R2 en 4 focos. No se evidencian soplos. Pulso periféricos presentes, regulares y simétricos.
- **Aparato respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria, se ausulta murmullo vesicular en tercio superior y medio, rales crepitantes e hipoventilación básisal. Campos pulmonares con matidez básisal.
- **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 continua 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 (ClNa), 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 cardiaco.

## 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 <sup>2</sup> )	2,61	2,45
Gradiente transpulmonar	10	10
Gradiente diastólico transpulmonar	0	1
Resistencias vasculares sistémicas (Dinas*s/cm <sup>5</sup> )	1141,7	1112,8
Resistencias vasculares pulmonares (Dinas*s/cm <sup>5</sup> )	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

<b>DDVI</b> 4,3 cm	<b>DSVI</b> 2,9 cm	<b>SIV</b> 0,7 cm	<b>PP</b> 0,7 cm	<b>AI</b> 29,1 cm <sup>2</sup>	<b>PSAP</b> 33 mHg
-----------------------	-----------------------	----------------------	---------------------	-----------------------------------	-----------------------

- Ventrículo 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.
- Ventrículo 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.