



Ateneo Clínico

Hospital Argerich
Residencia de Cardiología
Dra. Diana Bastidas

Paciente	C.D.	Fecha de ingreso	29/07/2010
Sexo	Masculino	Fecha de egreso	12/08/2010
Edad	55 años		

Motivo de consulta: Disnea progresiva y edema de miembros inferiores.

Enfermedad Actual: Paciente refiere comenzar hace aproximadamente 8 meses con disnea CF II que progresa los últimos 5 días a CF III-IV, acompañado por edema de miembros inferiores. Por este motivo consulta el 27/07 a guardia externa de este hospital donde se interpreta el cuadro como insuficiencia cardíaca descompensada, permaneciendo internado en guardia por 48 horas. El 29/07 pasa a sala de cardiología para diagnóstico y tratamiento.

Antecedentes Personales

Factores de Riesgo Cardiovascular:

- * Hipertensión Arterial (Diagnosticada hace 3 años tratado con enalapril), Diabetes Mellitus (hace 2 años sin tratamiento), Tabaquista 30p/y, Dislipemia, Sedentario.

Antecedentes cardiovasculares:

- * Insuficiencia cardíaca CF II de 3 años de evolución, de etiología no filiada.
- * Internaciones previas por insuficiencia cardíaca descompensada (la última 2 años atrás).

Antecedentes Personales

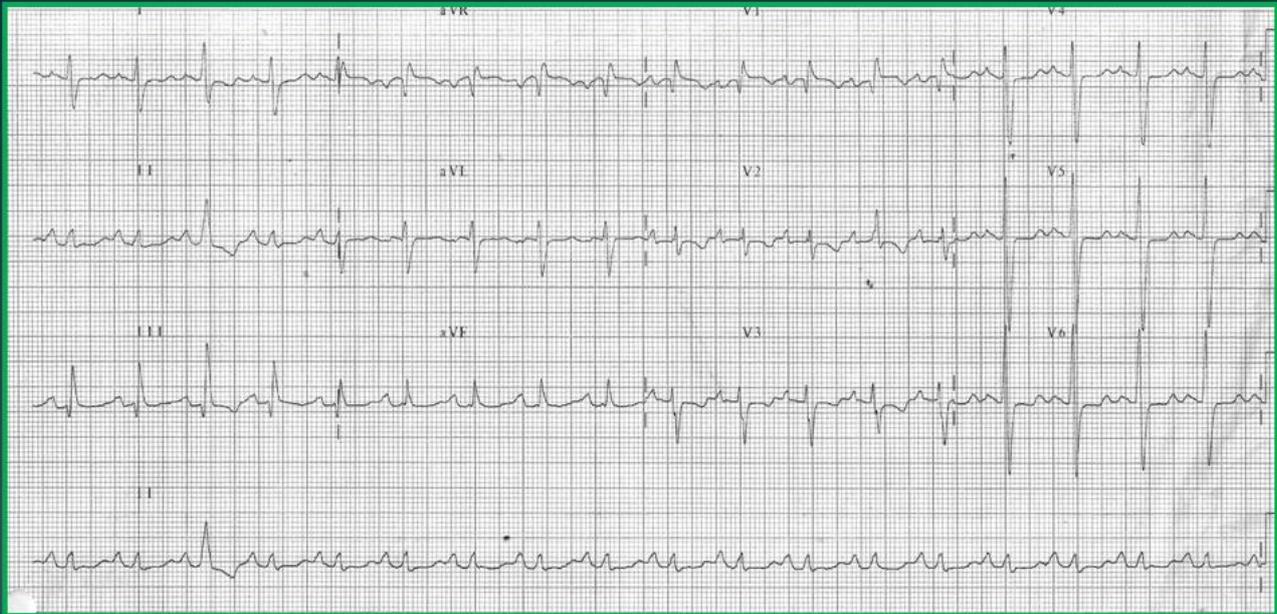
Antecedentes personales:

- * Psoriasis
- * Enolista de 60 gr/día por 30 años, (1 vaso de whisky/día). Actualmente sin consumo desde hace 3 años.

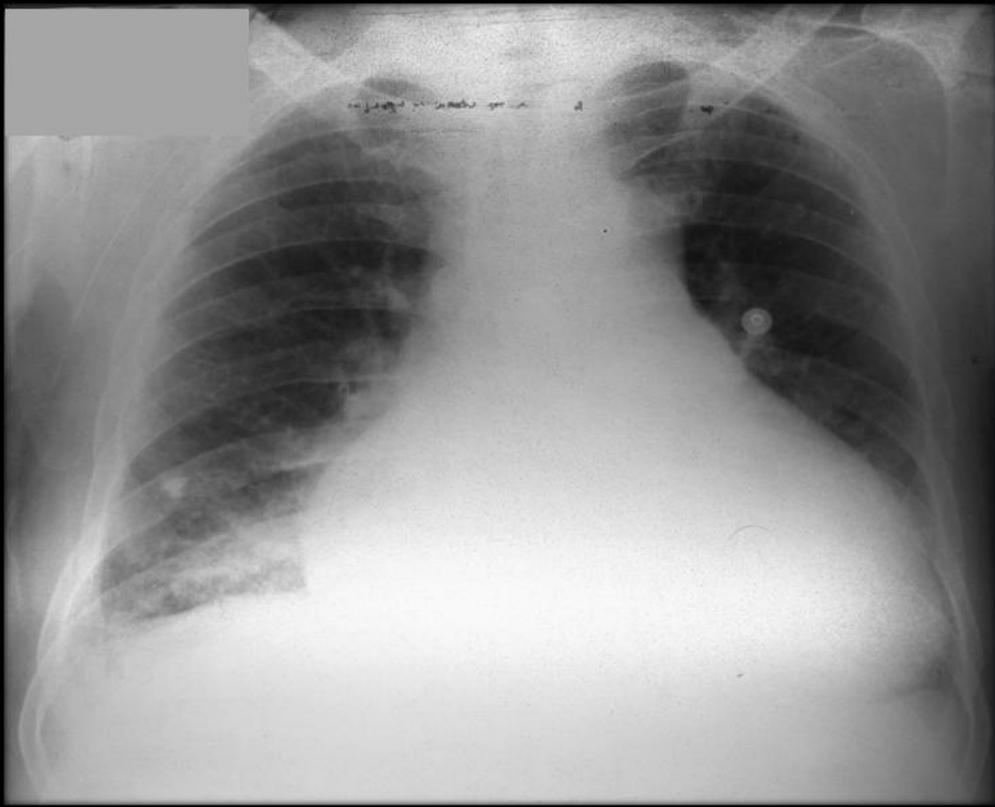
Medicación habitual

- * Furosemida 40 mg cada 12h.
- * Enalapril 5 mg cada 12hs.
- * Carvedilol 3,125 mg cada 12 hs.

ECG de ingreso



Rx tórax al ingreso (29/07/10)



Evolución

29/07

- * Se interpreta el cuadro como insuficiencia cardíaca descompensada retrógrada derecha, por falta de adherencia tratamiento versus progresión de su enfermedad de base. Inicia tratamiento con IECA y diuréticos, realizando balance negativo con buena respuesta.

Ecocardiograma 02/08/10

DDVD	DDVI	DSVI	FAC	SIV	PP	AI	AO
4.5	4.6	3.4	25	1.3	1.1	4.3	4

- * Ventrículo izquierdo no dilatado con hipertrofia de sus paredes.
- * Severa dilatación del ventrículo y aurícula derecha con deterioro de la FSVD (TAPSE 10 mm) e hipertrofia de la pared libre.
- * Insuficiencia tricuspídea moderada a severa. PSAP 45 mmHg.
- * Dilatación de la arteria pulmonar 28 mm y VCI 23 mm. con colapso inspiratorio.
- * No se observa pasaje de burbujas.
- * Válvulas normales.

Evolución

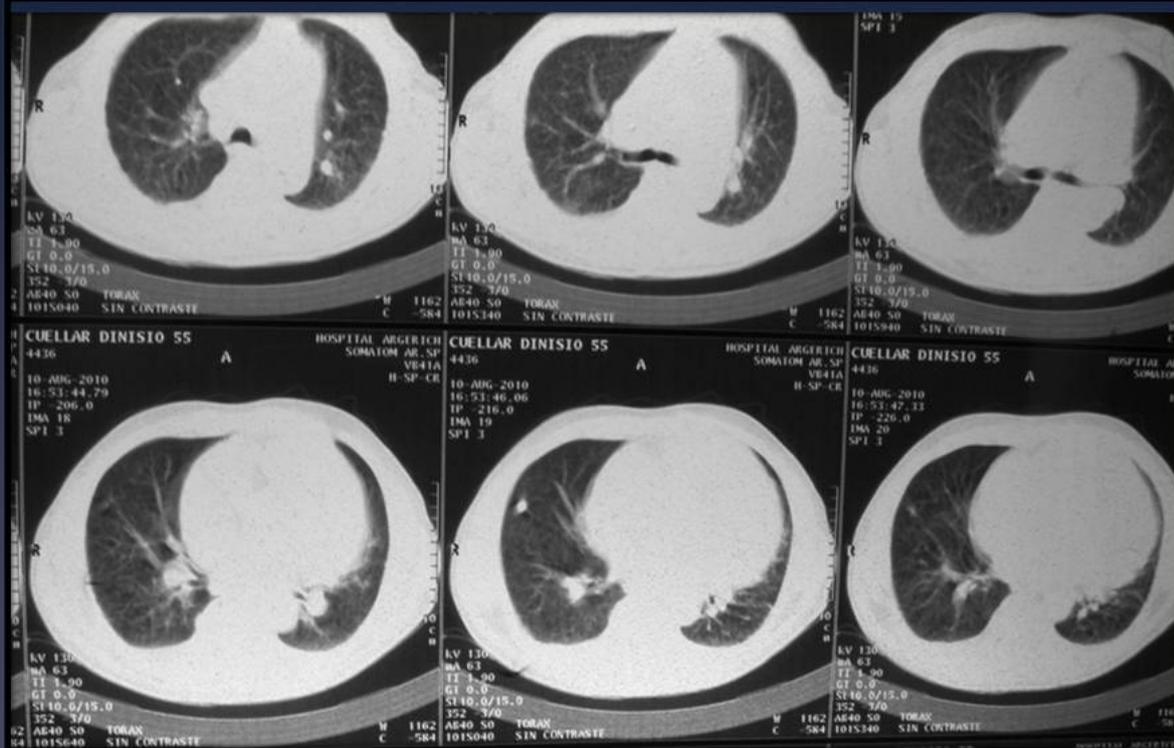
02/08

- * Se realiza serología de Enfermedad de Chagas y HIV (ambas negativas).
- * Se realiza TAC de tórax para evaluar causas secundarias de HTP.

Informe TAC

- * Tronco principal de la arteria pulmonar prominente.
- * Pequeño nódulo pulmonar calcificado de ubicación periférica a nivel del segmento lateral del lóbulo medio.
- * Reforzamiento difuso intersticial bilateral de la trama pulmonar de aspecto reticular.

TAC Tórax (10/08/10)



Evolución

12/08/10

- * Evoluciona durante la internación favorablemente por lo que se indica alta y control posterior en forma ambulatoria para completar evaluación de su patología.

	29/07	2/08	05/08	12/08
Hto	49	47.8	49.2	43
GB	6500	7400	6700	10600
Plaq	204.000	232000	235000	350000
Glu	0.88	1.22	0.80	0.89
Urea	0.60	0.54	0.65	0.36
Creat	1.74	1.46	1.23	0.99
TP	60	-	44	90
KPTT	38		39	32
RIN	1.52		1.4	1.08
GOT/GPT	137/82	55/46		30/69
BT	4.82	2.86		1.1
BD	1.88	2.10		0.2
Mg	2.2			
Na	143	135	137	132
K	3.34	4.23	4.3	4
Cl	98	84	101	102

	29/07	10/08
pH	7.45	7.41
pCO2	42.3	30.9
pO2	35.2	69
HCO3	28.8	20
BE	4.3	5.8
Sat	70.2	95
Trastorno	Alc. metab	Acidosis MTB + Alc RESP.

Tratamiento al alta

- * Aspirina 100mg día.
- * Atorvastatina 10 mg día.
- * Furosemida 1 comprimido cada 12hs.
- * Espironolactona 25mg día .
- * Enalapril 5mg cada 12hs.
- * Metformina 500mg con almuerzo y cena.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS
realizados de forma ambulatoria

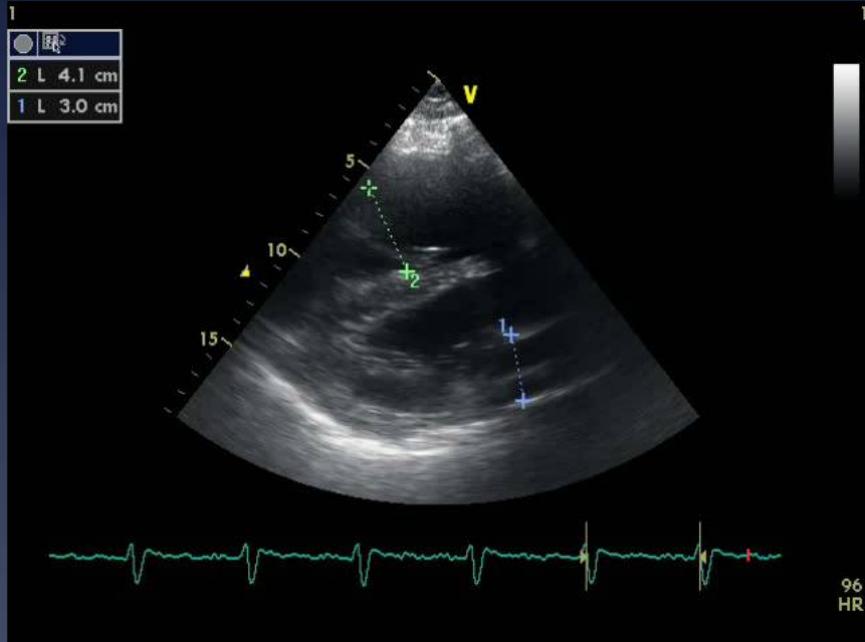
Centellograma de perfusión pulmonar (01/03/11)

- * Pulmón derecho: perfusión globalmente conservada, sin evidencia de defectos segmentarios.
- * Pulmón izquierdo: leve hipoperfusión generalizada con respecto al pulmón contralateral. Superposición de la silueta cardíaca.
- * Baja probabilidad de TEP.

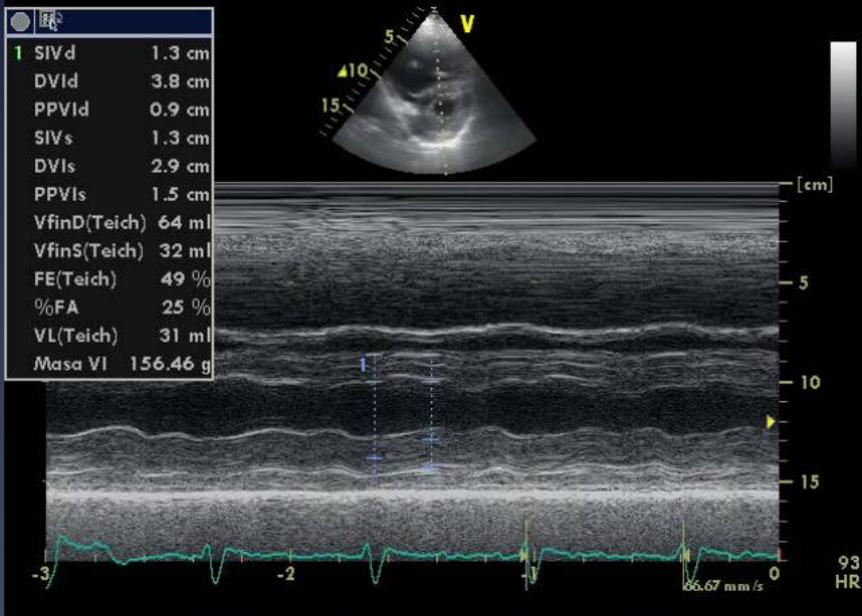
Ecocardiograma 1/03/11

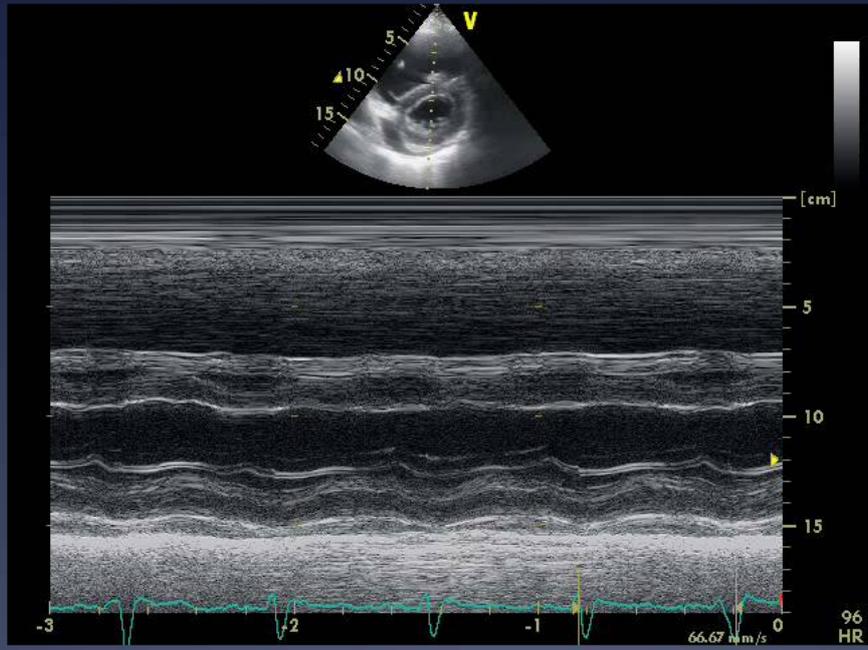
DDVD	DDVI	DSVI	FAC	SIV	PP	AI	AO
5.70	4.2	3.1	27	1.1	1.0	3.0	3.4

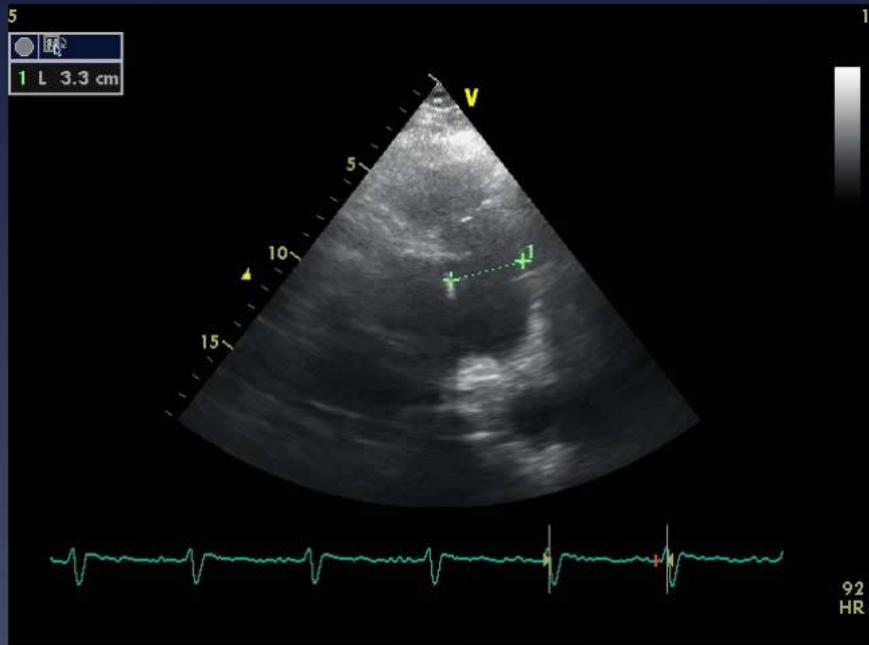
- * Ventrículo derecho muy dilatado, con hipoquinesia global y función sistólica severamente deprimida (TAPSE 7mm)
- * Insuficiencia Tricuspídea severa por dilatación del anillo
- * Aurícula derecha dilatada (37cm) VCI no dilatada sin colapso inspiratorio. Arteria pulmonar dilatada. PSAP 60-65 mmHg PDAP 22-27 mmHg .
- * VI no dilatado motilidad anormal del septum por la IT y /o la HTP. Función sistólica global normal . Válvulas normales.



2

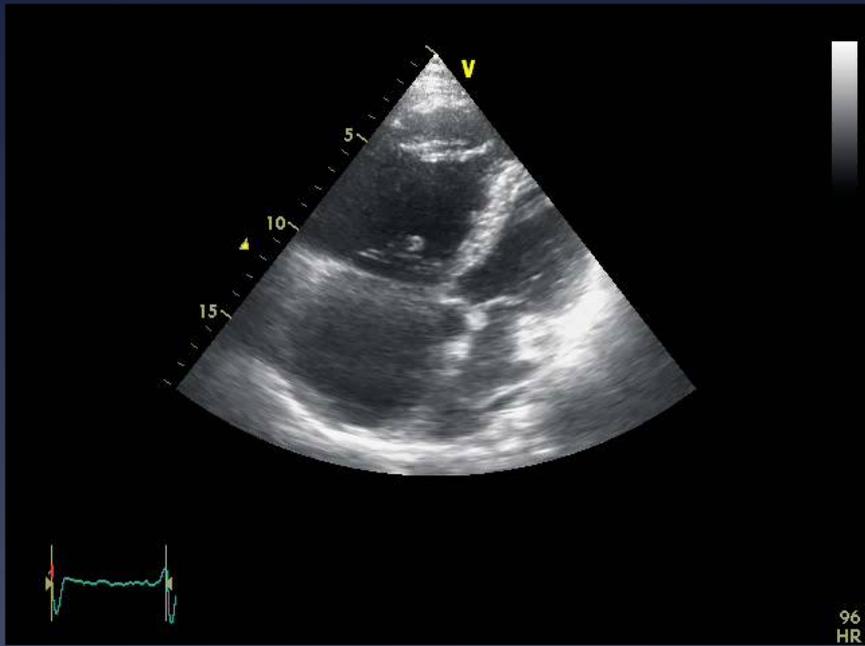


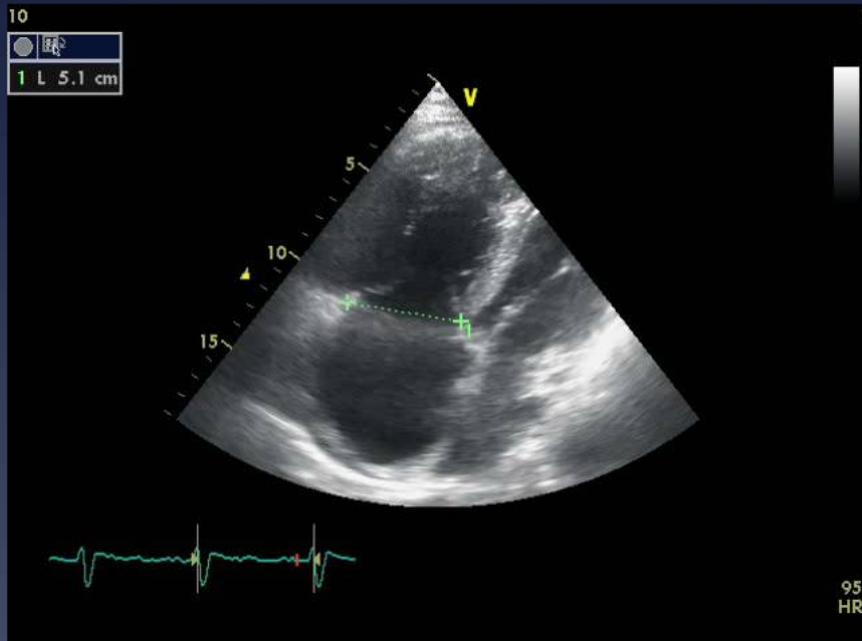


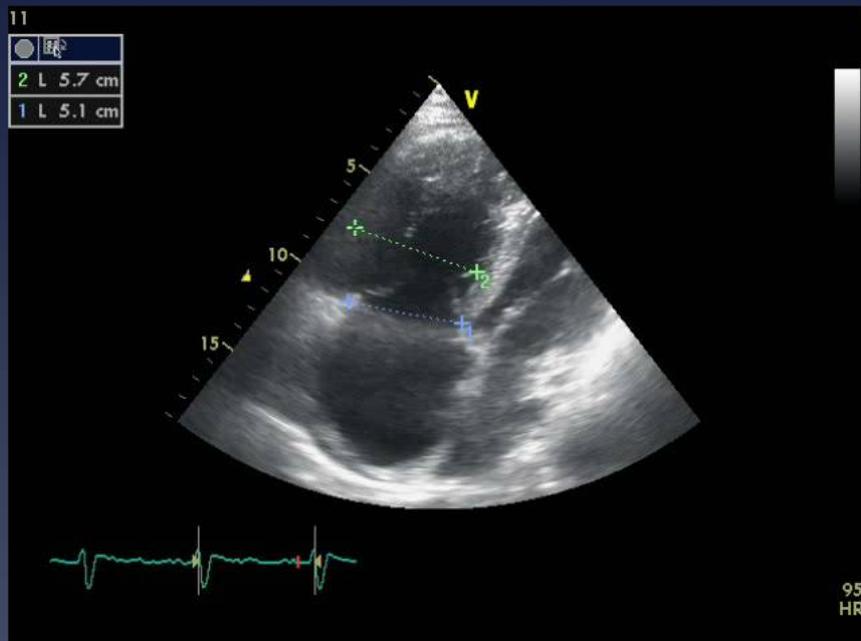


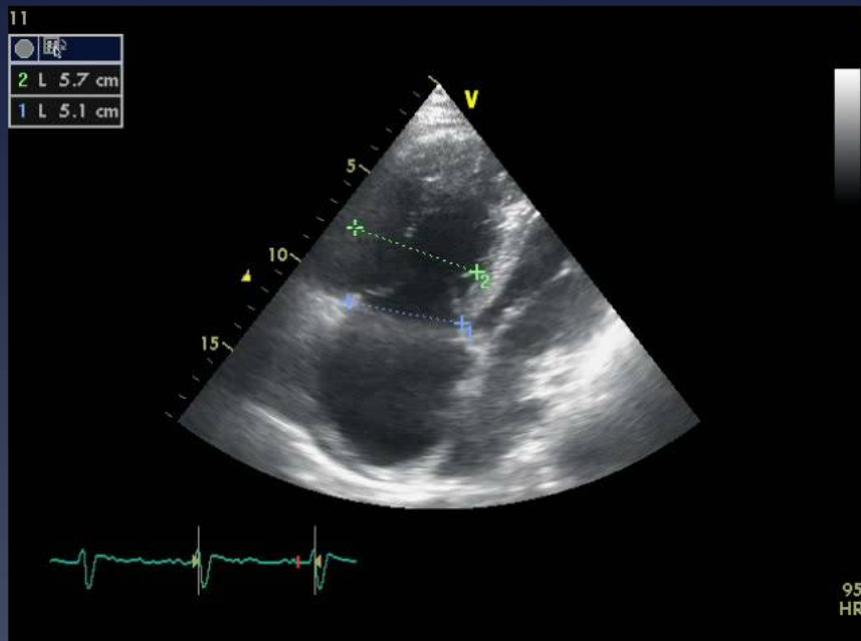


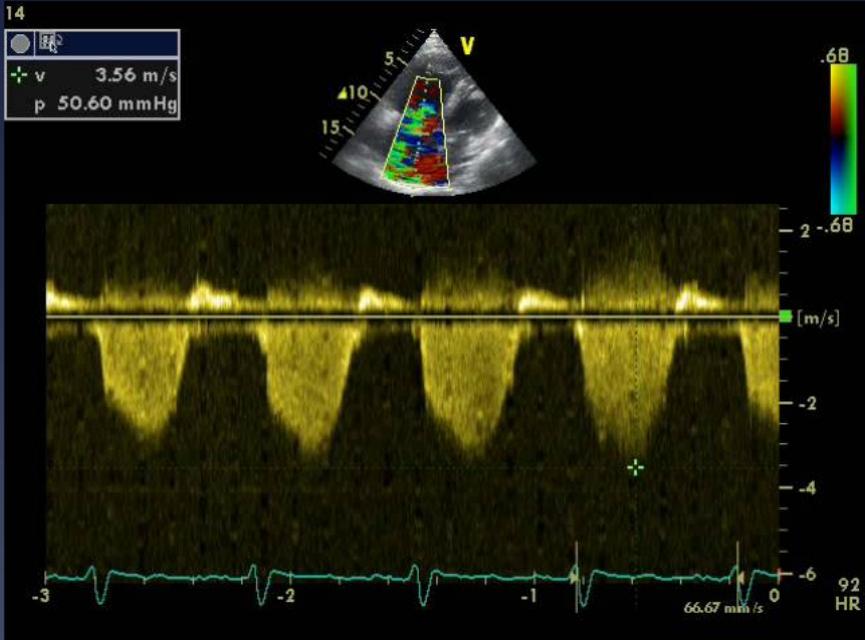


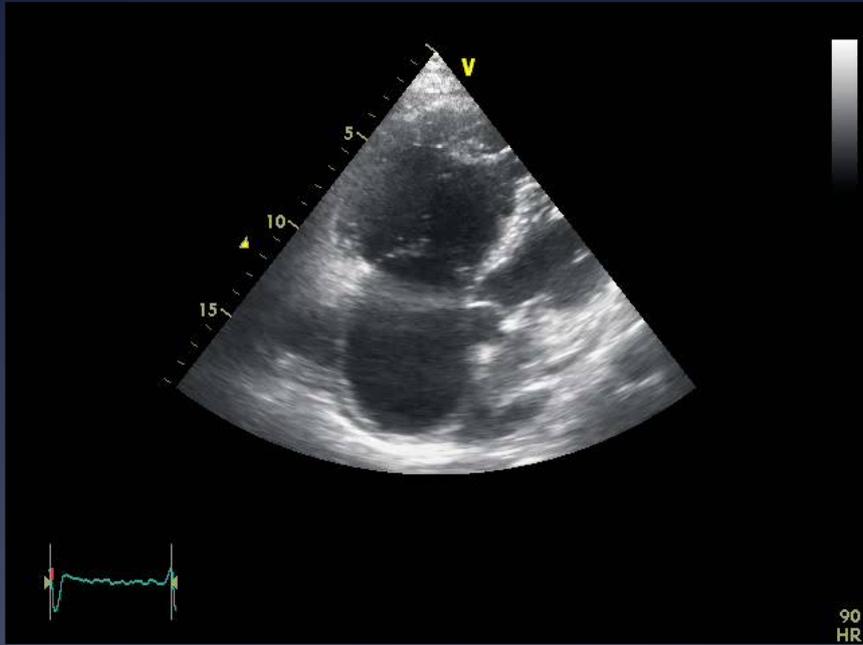


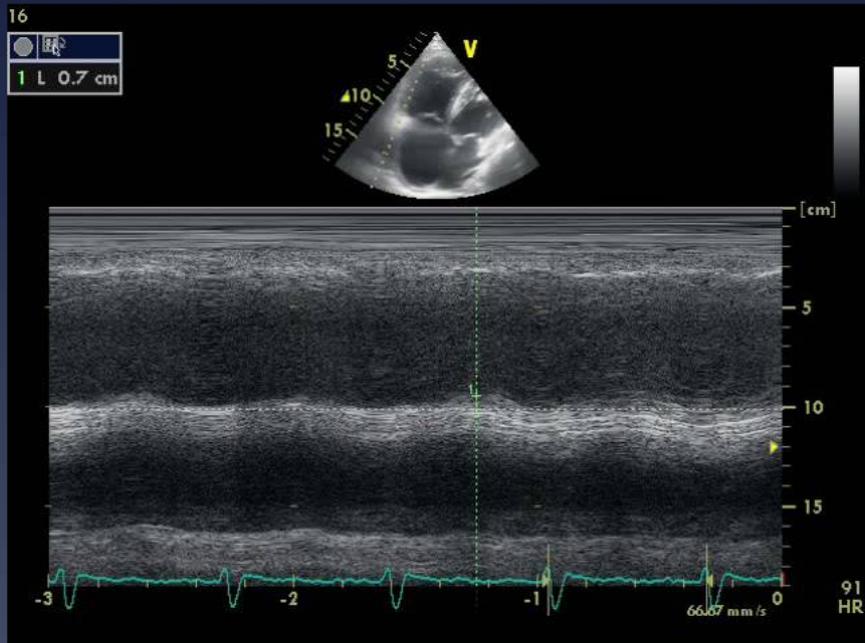


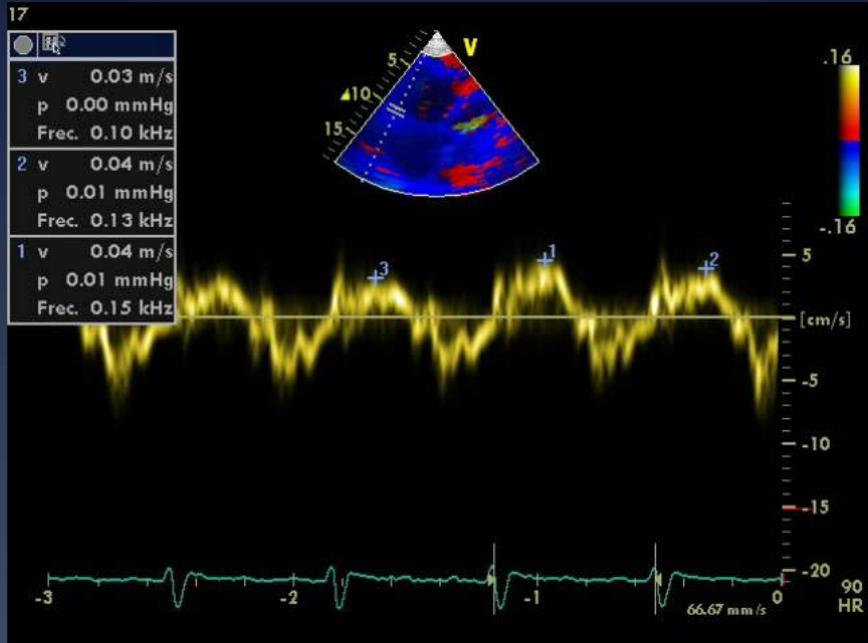


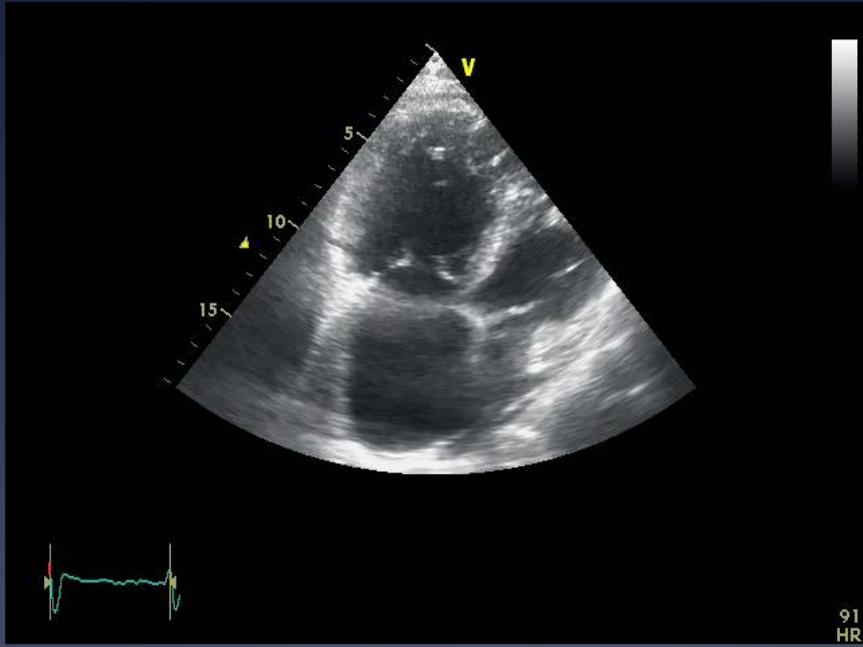


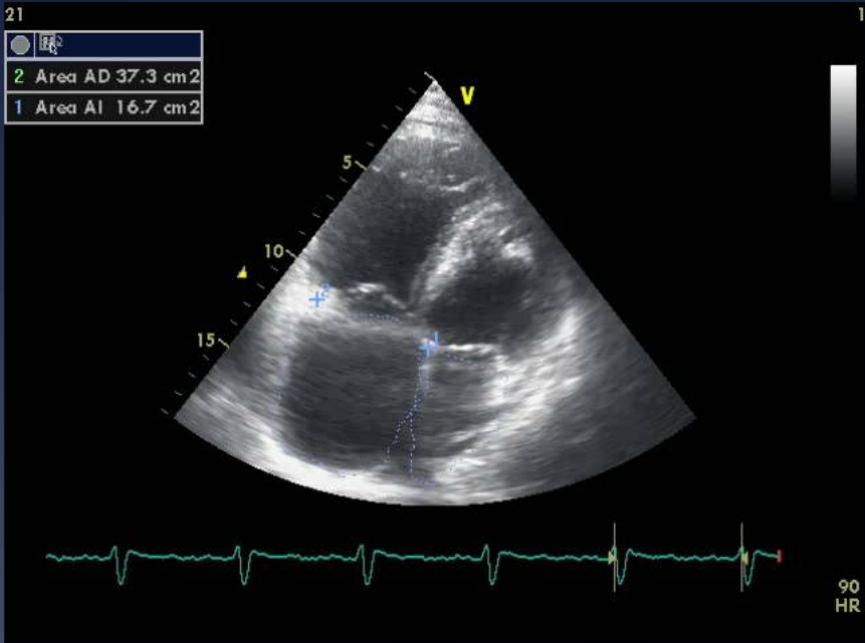






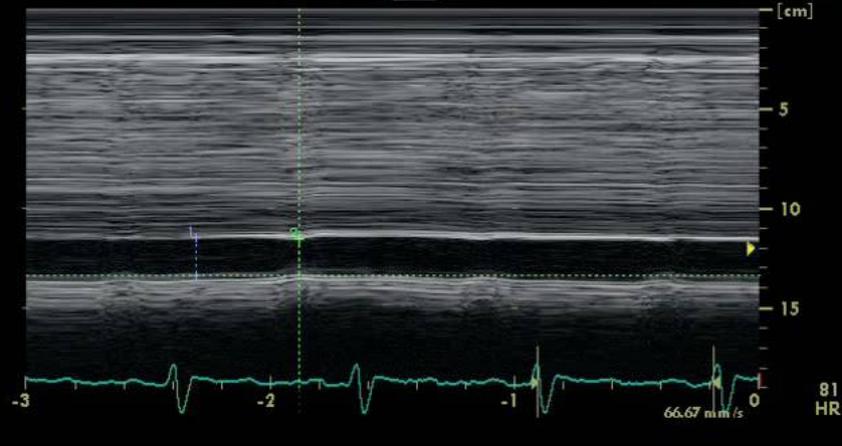
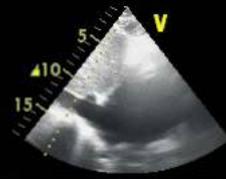






22

2 L 1.8 cm
1 L 1.9 cm



Exámenes

- * Colagenograma 13/03/11 : pendiente resultados
- * Espirometría 18/03/11: defecto ventilatorio no obstructivo moderado VEF1 61% FVC 67% IT 90%
- * Ecografía abdominal 22/03/11: hígado de forma , tamaño y ecoestructura conservadas, sin evidencia de imágenes focales. Sin signos de hipertensión portal. Vesícula biliar de paredes finas, alitiásica. Vía biliar no dilatada. Riñones forma, tamaño y ecoestructura conservada.

Discusión