

# ATENEO ANATOMOPATOLOGICO

Residencia de Cardiologia

Hospital Cosme Argerich

Dr. Edgar Antezana

**Paciente:** F.R.

**Fecha de ingreso:** 08/04/10

**Sexo:** Femenino.

**Fecha de Egreso:** 04/05/10

**Edad:** 53 años.

**Motivo de Ingreso:**

Mareos

**Enfermedad Actual:**

Paciente de 52 años que refiere presentar desde hace 4 años episodios de mareos ocasionales en CF II y 2 episodios de síncope en el año 2009.

Por nuevo episodio de mareos consulta a guardia donde se evidencia bradicardia sinusal y se decide internación para estudio y tratamiento.

**Antecedentes Personales:**

**ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES**

Serología para Chagas positiva.

Internación en diciembre de 2009 en Hospital de La Plata por TPS que revierte con adenosina y evoluciona a bradicardia sinusal.

**FACTORES DE RIESGO CORONARIO**

HTA

DLP

**TRATAMIENTO HABITUAL**

Ninguno

## **Exámen Físico**

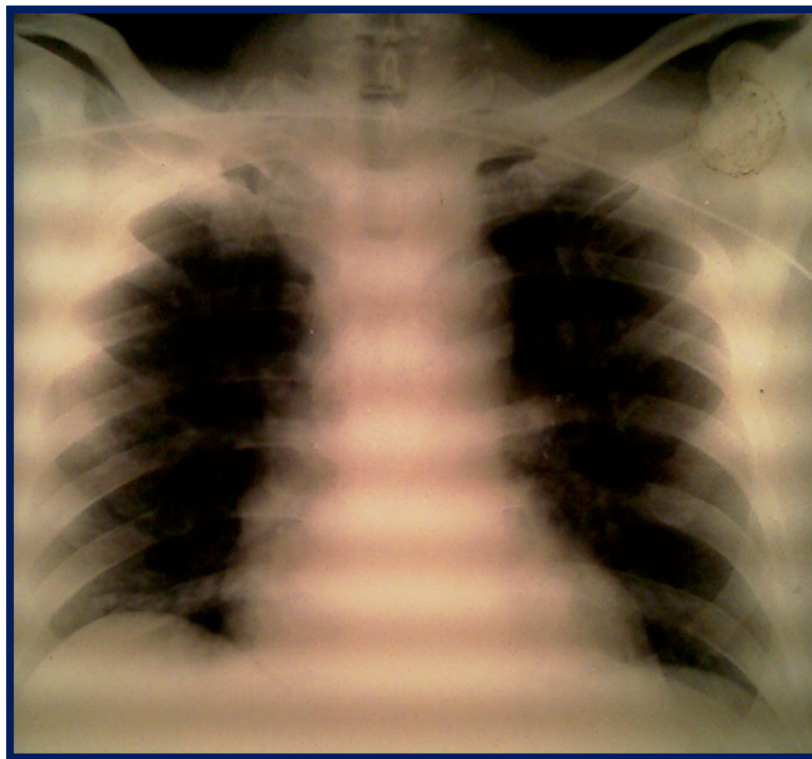
**Aparato cardiovascular:** Ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio. Pulsos periféricos simétricos. Choque de punta en 5to EI LMC. R1 y R2 en 4 focos, no R3 ni R4, silencios libres.

**Respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria, murmullo vesicular y vibraciones vocales conservados, sin ruidos agregados.

**Abdomen:** Blando, depresible, no doloroso. Sin visceromegalias. RHA (+).

**SNC:** Glasgow 15/15, sin signos de foco motor ni meníngeo.

## **RX DE TORAX**



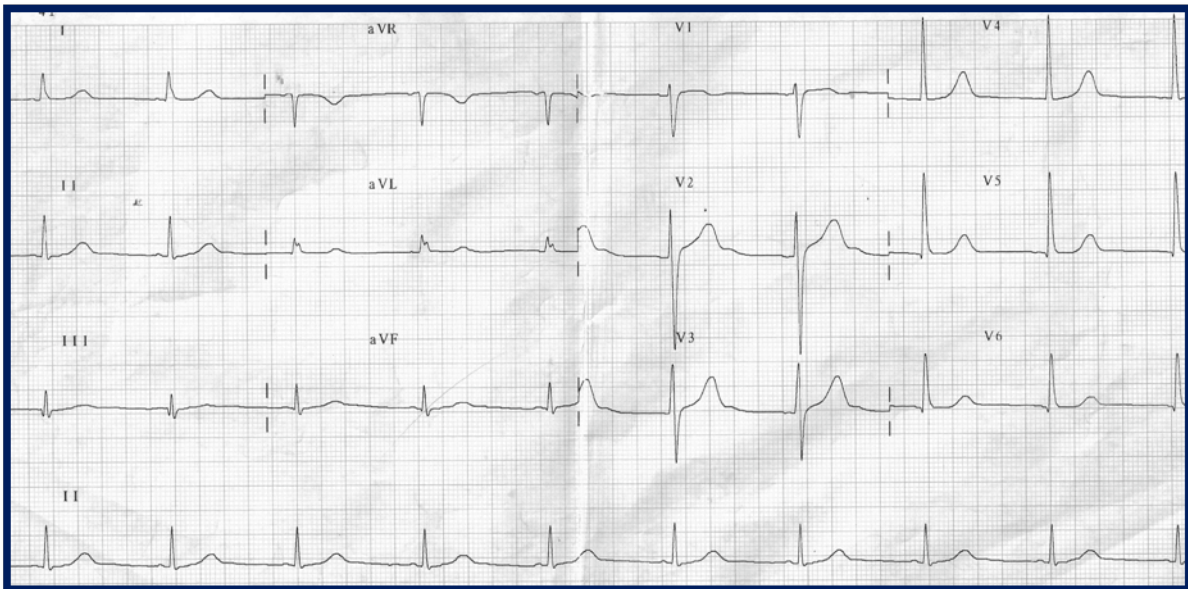
ECG 08/04/10



---

### **Evolución**

Al ingreso a UCO se realiza prueba con drogas cronotrópicas evidenciando mejoría de la FC.



## **Ecocardiograma (12/04/09)**

**DDVI: 51mm DSVI: 39mm FAC: 22%**  
**SIV: 11mm PP: 8mm AI: 33mm Ao: 33mm**

VI no dilatado con grosor parietal normal.

Movimiento anormal del septum interventricular

Función sistólica del VI conservada

AI no dilatada.

Cavidades derechas normales.

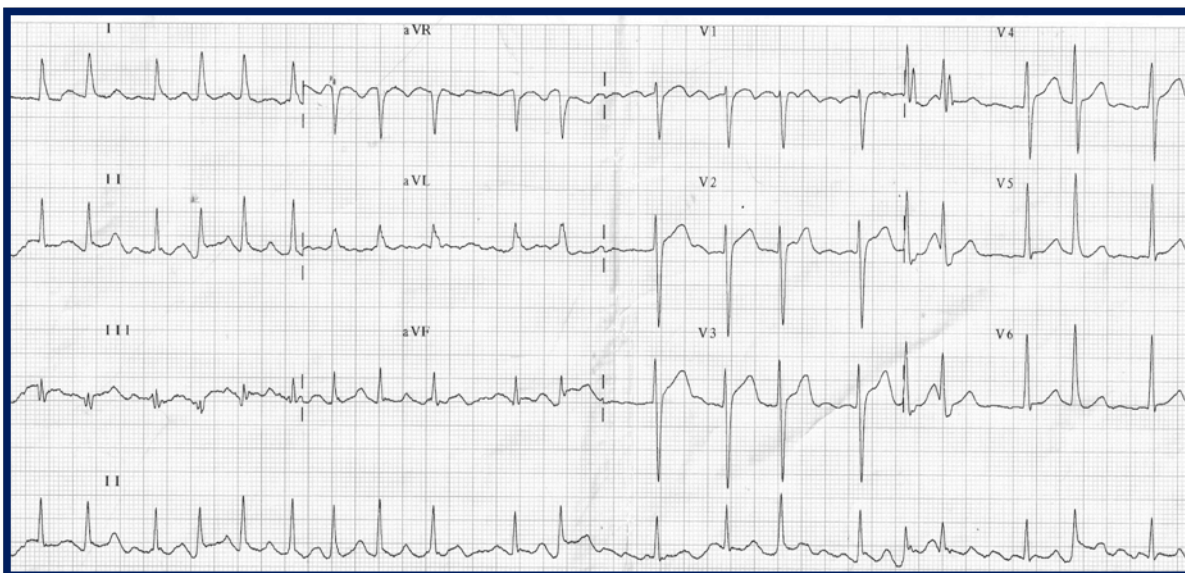
Válvulas morfológicamente normales.

## **EVOLUCION**

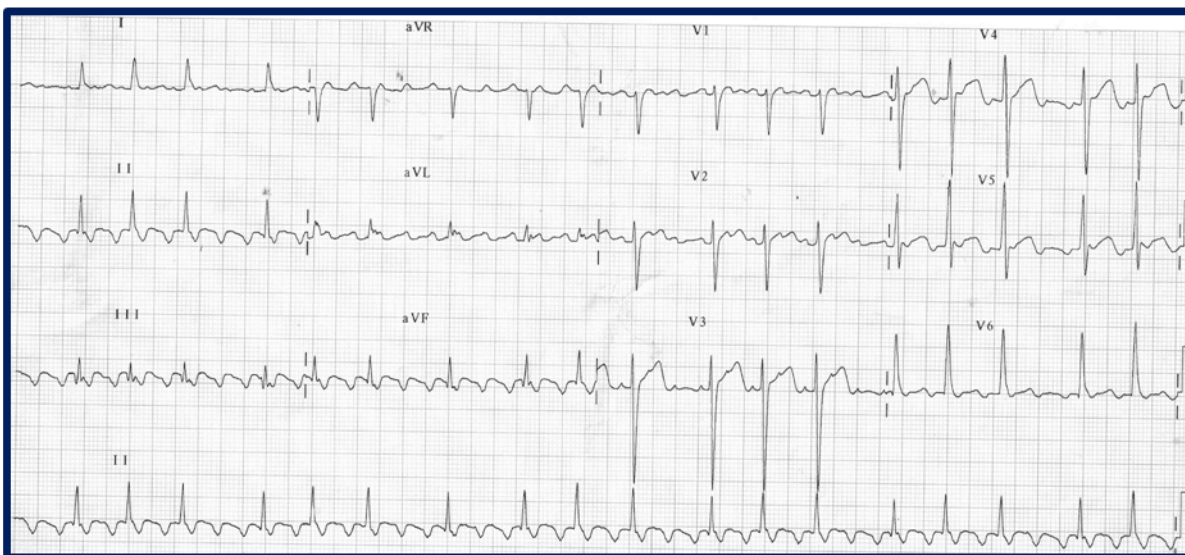
**09/04/10:** Evoluciona con FAARV y posteriormente aleteo auricular con conducción AV variable, sin descompensación hemodinámica, se decide control de frecuencia cardíaca y se inicia anticoagulación con enoxaparina.

Se interpreta cuadro como síndrome taquicardia-bradicardia por lo que es evaluado por servicio de electrofisiología y se indica colocación de MCP definitivo.

**ECG 09/04/10**



**ECG 09/04/10**



## **EVOLUCION**

Paciente evoluciona estable hemodinámicamente. Persiste con ritmo de aleteo auricular de alta respuesta ventricular.

Pasa a sala de cardiología el 12/04/10.

Permanece con anticoagulación y control de frecuencia cardíaca con digoxina continuando con frecuencias entre 90 y 120 lpm.

## **Ecocardiograma (27/04/09)**

<b>DDVI: 52 mm DSVI: 44 mm FAC 15% SIV: 13 mm PP: 12 mm AI: 45 mm AO: 34 mm</b>
---

VI no dilatado, leve hipertrofia de sus paredes. Hipoquinesia difusa, con mejor motilidad posterolateral.

Función sistólica del VI severamente deprimida. Fey 35%.

Moderada dilatación de aurícula izquierda (área 25 cm<sup>2</sup>).

Leve dilatación de cavidades derechas. TAPSE 12mm. Velocidad tisular del anillo tricuspídeo reducida.

Leve derrame pericárdico posterior.

Válvulas morfológicamente normales. Reflujo mitral y tricuspídeo leve. PSAP 27.

## **EVOLUCION**

El 29/04/10 se implanta MCP bicameral.

Por presencia de aleteo auricular permanece con anticoagulación oral y digoxina 0,25 mg c/ día.

El 30/04/10 luego de realizarse ETE para descartar trombos se realiza CVE con 75 Joules, exitosa.

Paciente permanece estable, en ritmo sinusal a 55 lpm por lo que se indica alta hospitalaria el 04/05/10.

## **TRATAMIENTO AL ALTA:**

- Acenocumarol según indicación de hematología.
- Enalapril 2,5 mg cada 12 hs.
- Atorvastatina 10 mg cada día.
- Amiodarona 200 mg cada día

	<b>08/04</b>	<b>09/04</b>	<b>15/04</b>	<b>26/04</b>	<b>30/04</b>	<b>03/05</b>
<b>Hto</b>	41	44	44	41	41	38,9
<b>GB</b>	5500	5600	5000	4100	4600	4300
<b>Plaq</b>	380000	170000	167000	168000	132000	141000
<b>Glu</b>	0,88	1,35	0,94	1,42	0,95	1,41
<b>Urea</b>	0,29	0,28	0,31	0,35	0,26	0,28
<b>Creat</b>	0,82	0,81	0,76	0,81	0,70	0,73
<b>Na</b>	137	135	15		133	135
<b>K</b>	3,81	3,6	4,1		3,7	3,6
<b>Cl</b>	106	102	104		112	107
<b>Ca</b>		9,59				
<b>Mg</b>		2,2				
<b>P</b>		1,8				
<b>TP</b>	100	101	104	100	80	40
<b>KPTT</b>	44	41	44	41	48	36
<b>CK</b>	131					
<b>CK-MB</b>	14					
<b>TnT</b>		< 0,001				

**Ecocardiograma (17/05/10)**

**DDVI: 56 mm DSVI: 35 mm FAC 34% SIV: 10 mm  
PP: 8 mm AI: 39 mm AO: 34 mm**

VI no dilatado con grosor parietal normal

Movimiento anormal del septum interventricular

Función sistólica de VI normal

Cavidades derechas de dimensiones normales. Se observa catéter de marcapasos.

Válvulas morfológicamente normales.

Insuficiencia mitral y tricuspídea leves. PSAP 33.

No se observa derrame pericárdico.