

# Cardiología: Caso clínico



Rodrigo Leopold  
Camila Zepeda  
Internos Campus Centro  
Febrero de 2011

## Presentación del caso clínico por el doctor Estévez, docente



- Este caso es muy docente, tanto desde el punto de vista clínico como ECG.
- Es una paciente de 62 años con una valvulopatía aórtica de causa no precisada que determina una estenosis severa. Entre sus antecedentes destacan hipertensión arterial y dislipidemia. Es decir tiene una probabilidad pre test muy alta de tener enfermedad coronaria, sin embargo su coronariografía resultó normal.
- Tiene una historia de dolores torácicos que inclusive hicieron que fuera tratada como un IAM con SDST y tratada como tal. Por otro lado tiene historia de síncope, y su serie ECG muestra BCRI desde antes de la cirugía y luego de la cirugía alternó BAVC, BCRI; BCRD y ausencia de bloqueos (No disponemos del trazado con BAVC).
- En términos clínicos generales discutir fecha de hospitalización e impacto en las decisiones médicas de la religión de la paciente.
- ¡¡¡¡¡A discutir el caso con sus docentes!!!

# Paciente



## ■ MAG

- Sexo femenino
- 62 años

## ■ Antecedentes

- HTA
- Dislipidemia
- Rechazo de transfusiones por motivos religiosos

# Anamnesis



## ■ 2008

·Angina de esfuerzo, DPN, disnea, ortopnea, pre-síncope, palpitaciones.

## ■ 2010

Control en CDT HCSBA

Examen físico:

- RR2T Soplo sistólico eyectivo III/VI en foco aórtico, irradiado a los demás focos y cuello. R4(-)
- CF III
- Edema de EEII

# Anamnesis



- **Diagnóstico:** Estenosis Ao severa
- **Indicación:**
  - Reemplazo valvular Ao
  - Estudio cardiológico

# Exámenes Ambulatorio



## ■ 19/Oct/2010: Ecocardiografía

1. Enfermedad Ao degenerativa con estenosis severa e insuficiencia leve
2. Enfermedad mitral degenerativa con insuficiencia leve a moderada
3. Hipertrofia concéntrica VI con disfunción sistólica moderada
4. Dilatación severa AI
5. Disfunción diastólica tipo II
6. Pericardio Normal
7. HTP leve

·FE 46%

·Área Ao: 0.3 cm<sup>2</sup>

·Gradiente media: 62 mmHg

# HUAP



## ■ 18/dic/2010

- Consulta en HUAP por cuadro de varias horas de evolución de dolor retro esternal opresivo con irradiación a EESS.  
ECG: BCRI + HVI

## ■ Diagnóstico:

- Angina en contexto de estenosis Ao

## ■ Tratamiento:

- Manejado como SCA c/SDST → Trombo lisis

# Ambulatorio



- 19/dic/2010
  - Coronariografía diferida: NORMAL

## HCSBA



- **23/dic/2010**
  1. Completar estudio
  2. Cirugía de reemplazo valvular Ao
  
- **Examen físico:**
  - Normotensa
  - Afebril
  - vPulso: 55 lat/min, tardus et parvus
  
- RR2T con soplo sistólico de eyección IV/VI en foco Ao irradiado a todos los focos y cuello.
  
- EEII: Edema (+)



# Ambulatorio



- 1. IC etapa C
  - Etiología valvular e HTA
- 2. Estenosis Ao severa sintomática
- 3. HTA
- 4. Dislipidemia

# Ambulatorio



- 1. IC etapa C
  - Etiología valvular e HTA
- 2. Estenosis Ao severa sintomática
- 3. HTA
- 4. Dislipidemia

# Evolución



- Paciente estable sin disnea, sin ángor, con ortopnea.  
SV: Normales
- **23/dic/2010:** Destaca al ingreso
  - Examen Pulmonar: MP (+) disminuido en bases con crépitos basales
  - Examen EEl: edema (+), sin TVP

# Evolución



- 29/dic/2010:  
Ecocardiograma TE
  1. Valvulopatía Ao fibrocálcica con estenosis severa
  2. dilatación moderada de Ao ascendente
  3. ATE moderada Ao Torácica
  4. HVI con disfunción sistólica moderada

# Evolución



- 29/dic/2010:  
Ecocardiograma TE
  1. Valvulopatía Ao fibrocálcica con estenosis severa
  2. dilatación moderada de Ao ascendente
  3. ATE moderada Ao Torácica
  4. HVI con disfunción sistólica moderada



- **14/feb/2011:** Manejo quirúrgico
  - Se implanta válvula Ao percutánea transcatéter (TAVI)
  - En postoperatorio inmediato presenta bloqueo A-V completo, se instala SMPT y se traslada a HCSBA
  - Postoperatorio destaca:  
Examen cardiaco: RR2T soplo sistólico eyectivo II/VI  
Resto igual

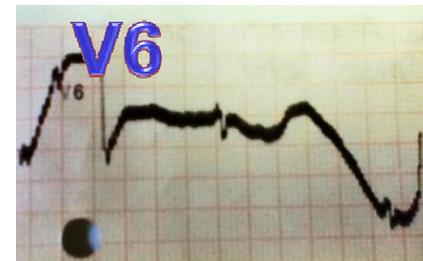
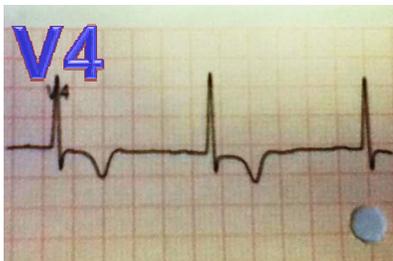
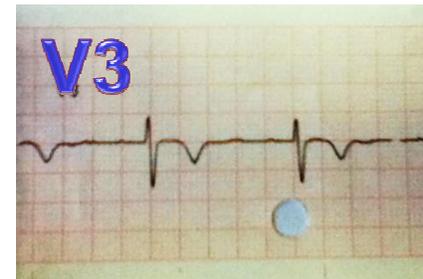
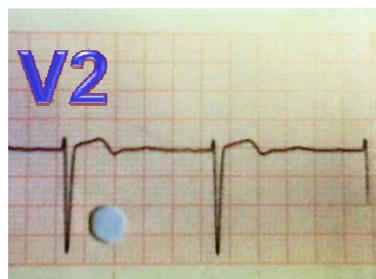
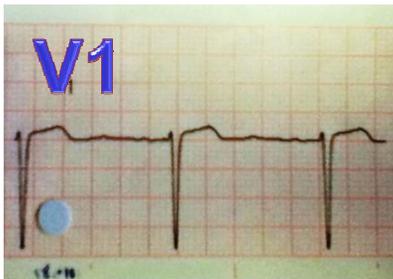
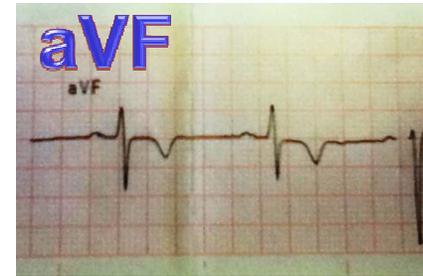
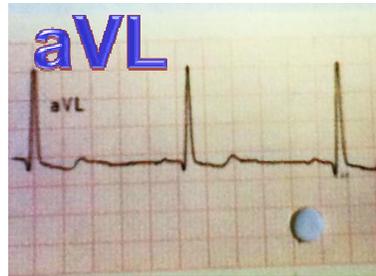
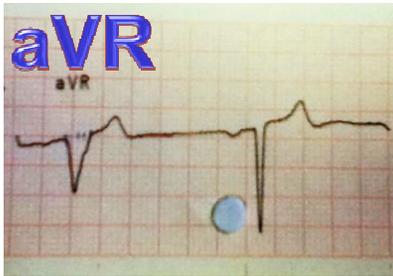
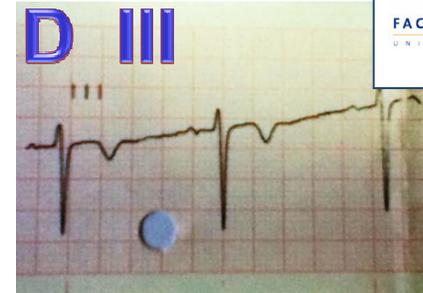
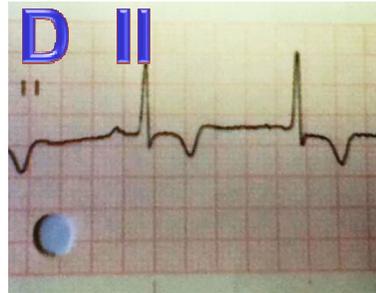
# Evolución



## ■ 05/ene/2011

- Episodio de angina en reposo con irradiación a región cubital de brazo izquierdo, intensidad 4/10, disminuyó progresivamente y desapareció a la hora + lipotimia + cefalea.
- Dolor similar el **06 y 07 de enero** y se determinó que no era isquémico, manejándose con paracetamol con buena respuesta.
- Examen Físico: pulsos carotídeos muy débiles con soplo.

■ 25/12/2010



# Evolución



## ■ 05/ene/2011

- Episodio de angina en reposo con irradiación a región cubital de brazo izquierdo, intensidad 4/10, disminuyó progresivamente y desapareció a la hora + lipotimia + cefalea.
- Dolor similar el **06 y 07 de enero** y se determinó que no era isquémico, manejándose con paracetamol con buena respuesta.
- Examen Físico: pulsos carotídeos muy débiles con soplo.

## HCSBA



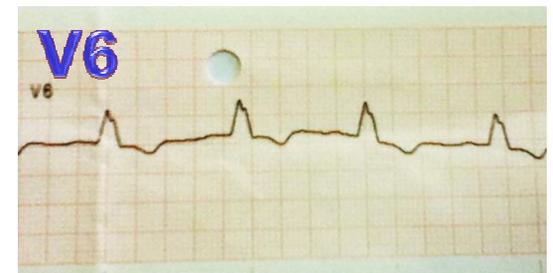
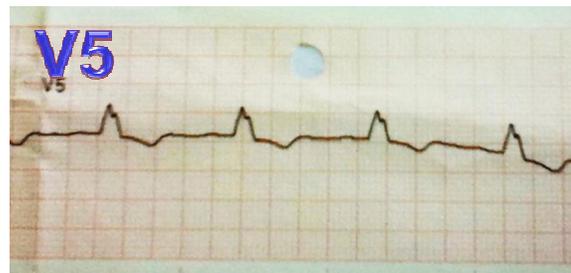
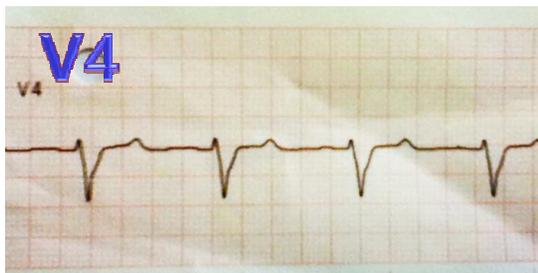
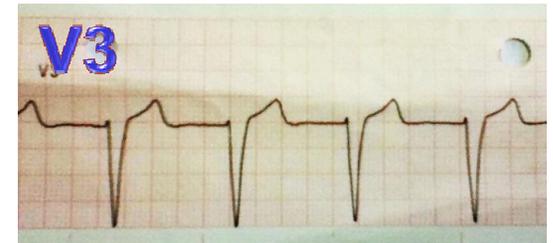
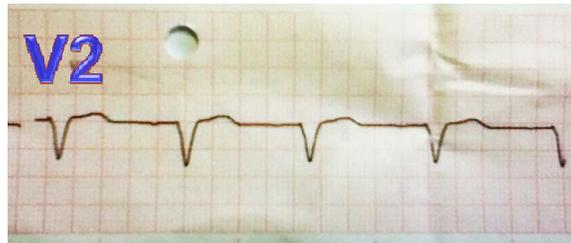
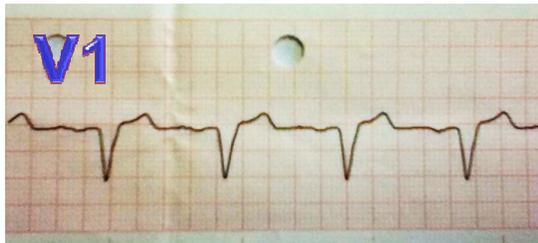
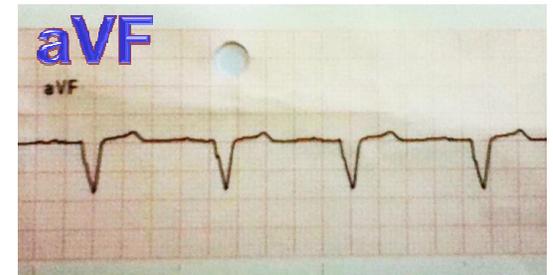
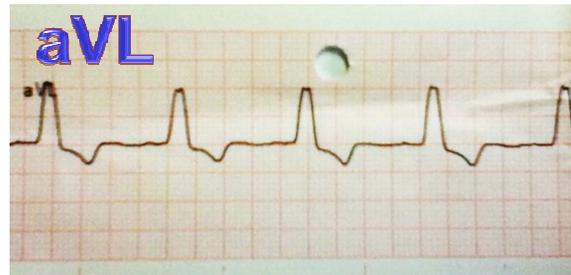
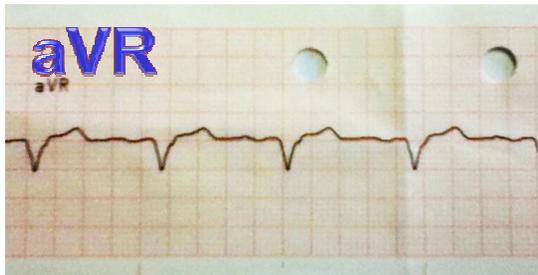
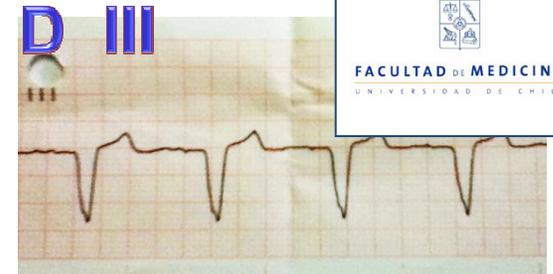
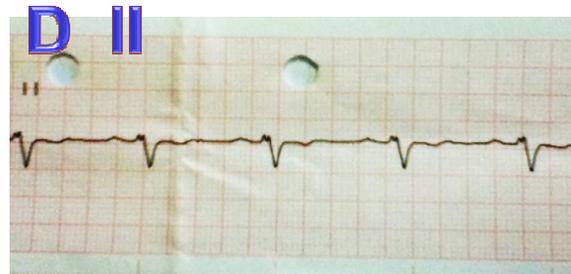
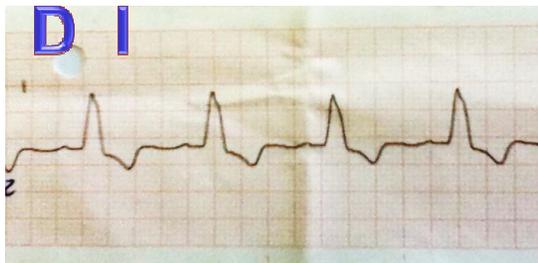
### ■ 18/feb/2011

#### · Examen cardiaco:

- Dolor tipo puntada en tórax no impresiona angina.  
Sin arritmia y cede espontáneo.



13/02/2011



# Ambulatorio



- 1. IC etapa C
  - Etiología valvular e HTA
- 2. Estenosis Ao severa sintomática
- 3. HTA
- 4. Dislipidemia

# Evolución



## ■ 19/feb/2011

- Se evidencia bloqueo alternante de rama derecha y rama izquierda a la monitorización: Alta probabilidad de MPD
- Presenta dolor en cara lateral izquierda del cuello en relación a múltiples punciones (sonda MPT) y catéter con aumento de volumen duro en la piel + dolor: hematoma antiguo sin signos de sangrado

# Evolución



## ■ 19/feb/2011

- Se evidencia bloqueo alternante de rama derecha y rama izquierda a la monitorización: Alta probabilidad de MPD
- Presenta dolor en cara lateral izquierda del cuello en relación a múltiples punciones (sonda MPT) y catéter con aumento de volumen duro en la piel + dolor: hematoma antiguo sin signos de sangrado

# Evolución



## ■ 20/feb/2011

- Aumento de volumen en zona CVC + dolor intenso + secreción mucopurulenta Afebril. Parámetros inflamatorios normales
- No impresiona infección con riesgo sistémico, pero riesgo es alto por Prótesis Ao
- Ante dificultad para instalar catéter contralateral se desiste y se observará para que la visita decida si requiere SMPT o implante.

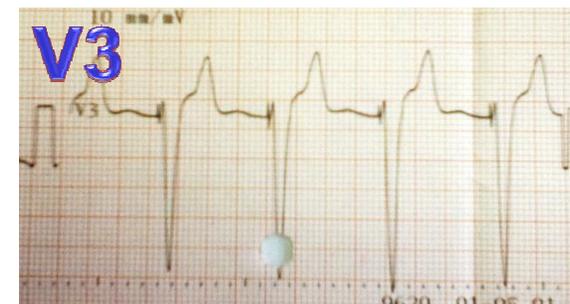
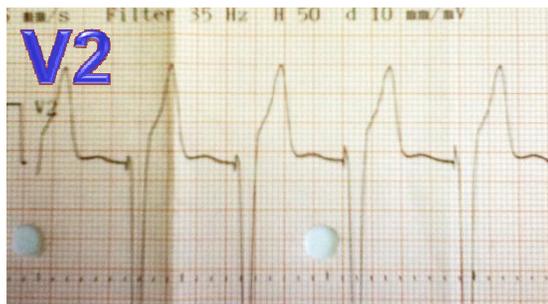
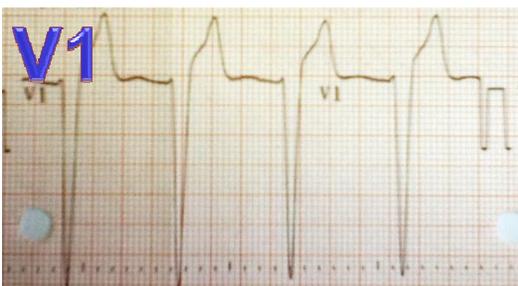
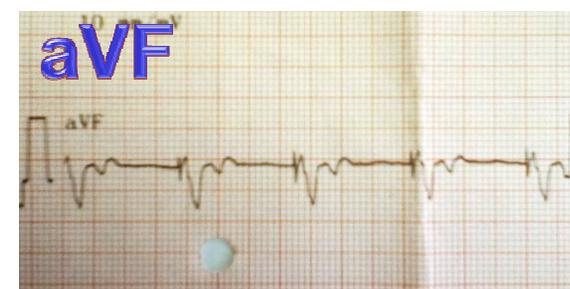
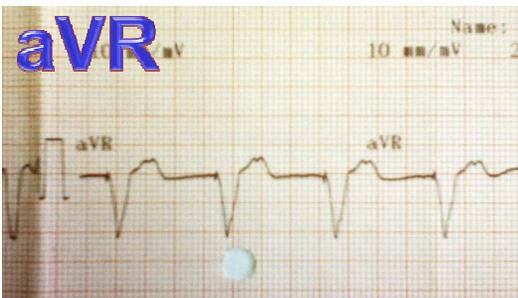
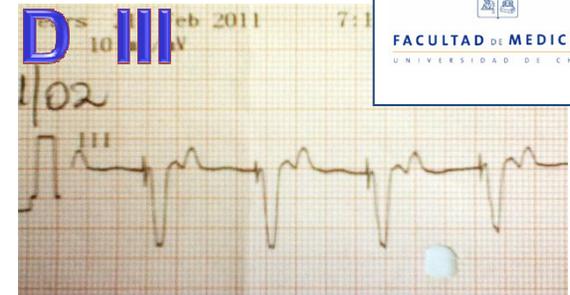
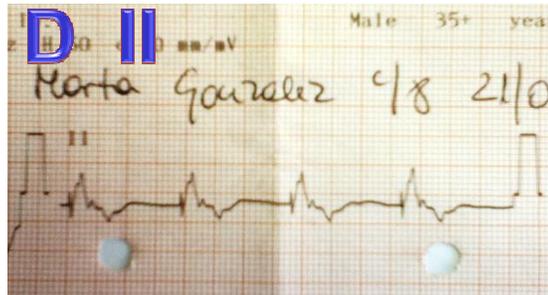
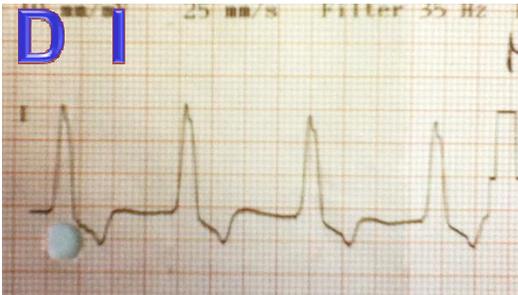
# Evolución



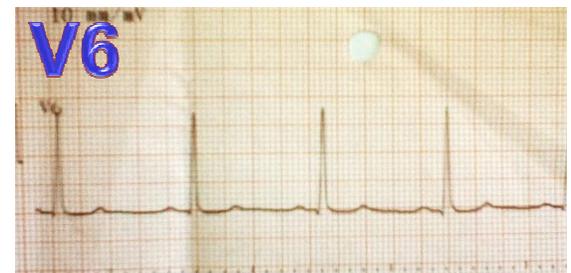
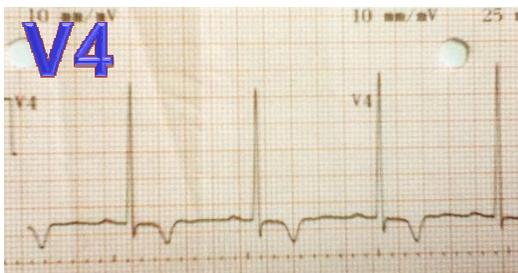
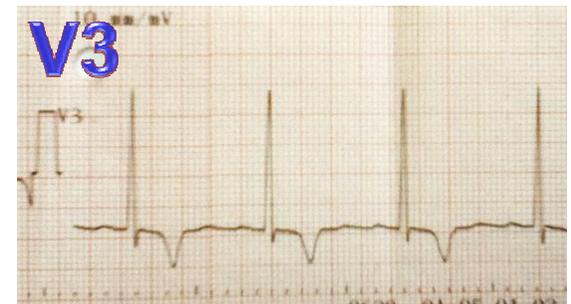
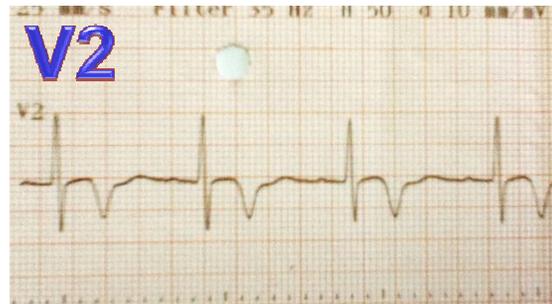
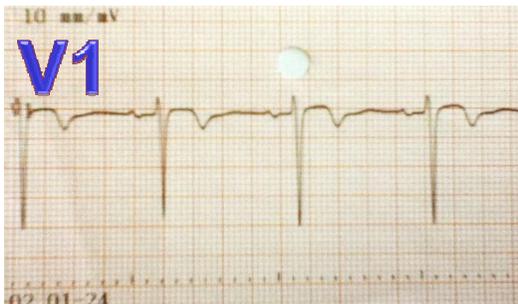
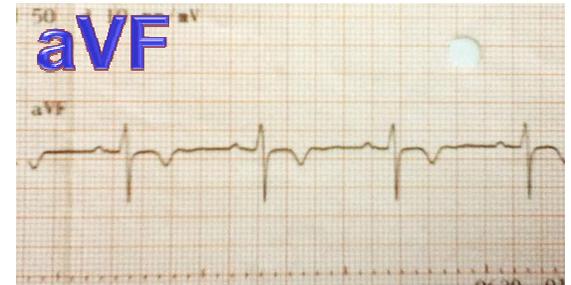
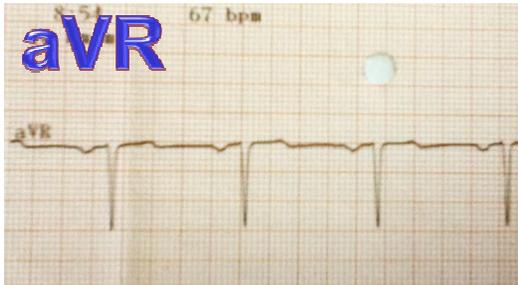
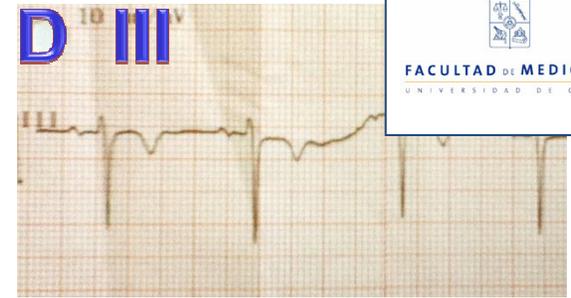
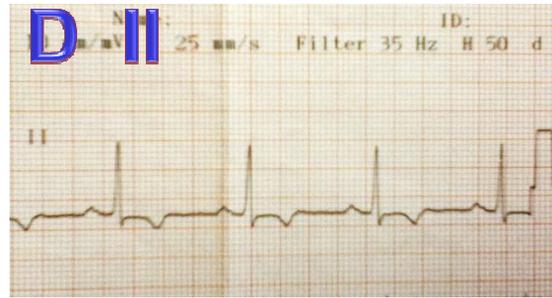
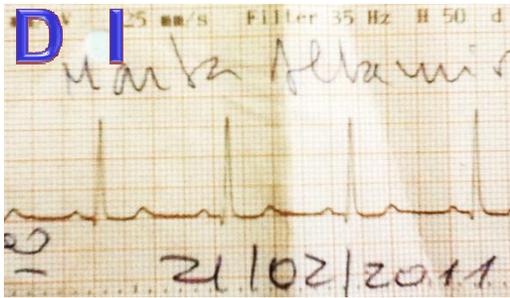
- **21/feb/2011**  
Infectología: Se envía punta cateter + 2 hemocultivos
- **22/feb/2011**  
Cultivos (+) *Staphylococcus*

En ritmo propio (RS) con BR intermitente al monitor y QRS ancho intermitente al monitor Inicio tratamiento ATB

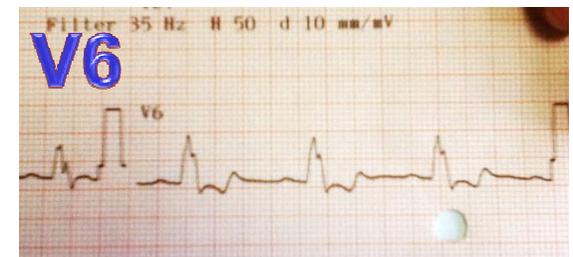
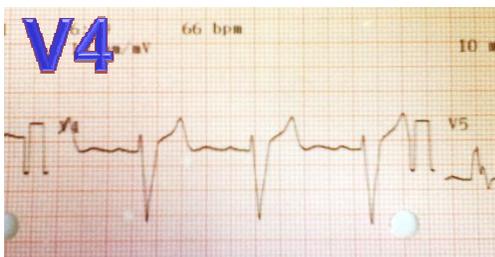
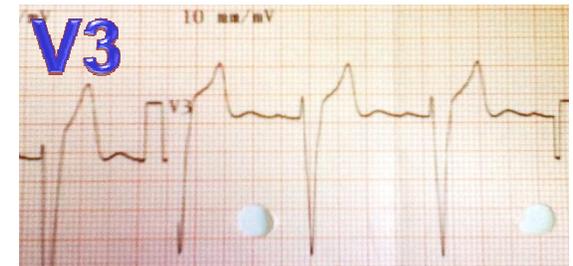
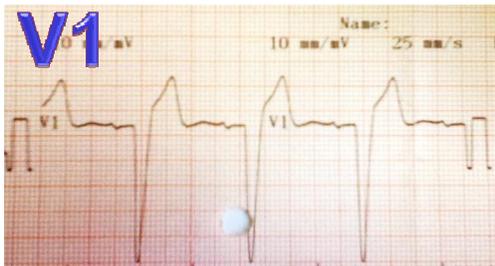
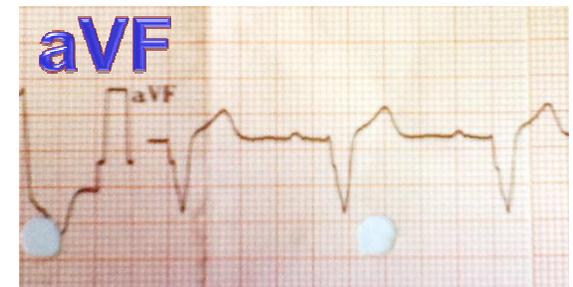
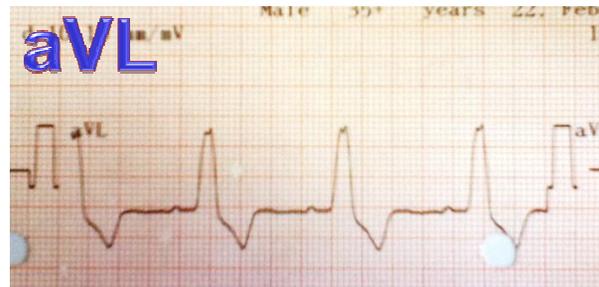
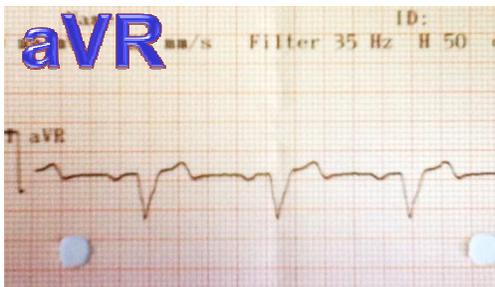
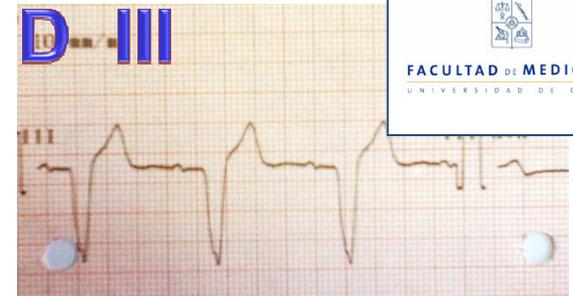
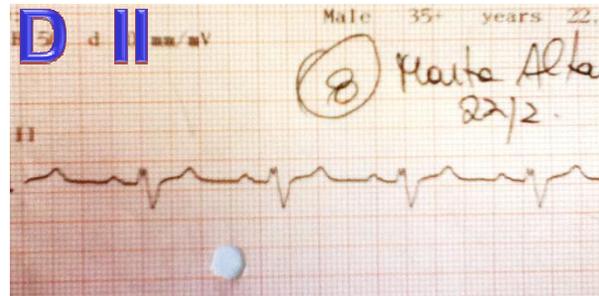
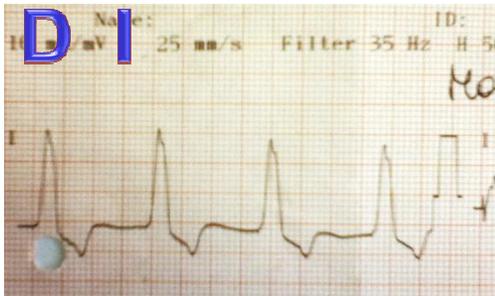
21/02/2011 - 07:00 hrs



21/02/2011 - 09:00 hrs



22/02/2011



23/02/2011

