



iCor.cat

INSTITUT DEL COR DEL GERMANS TRIAS I PUJOL



Cas clínic

Societat Catalana de Cardiologia



Oriol de Diego Soler

Hospital Germans Trias i Pujol

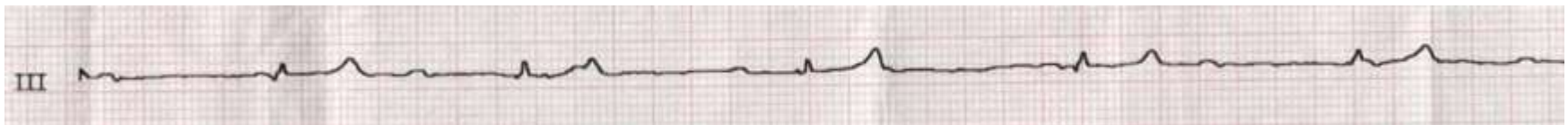
2.02.2015

Pacient de 60 anys

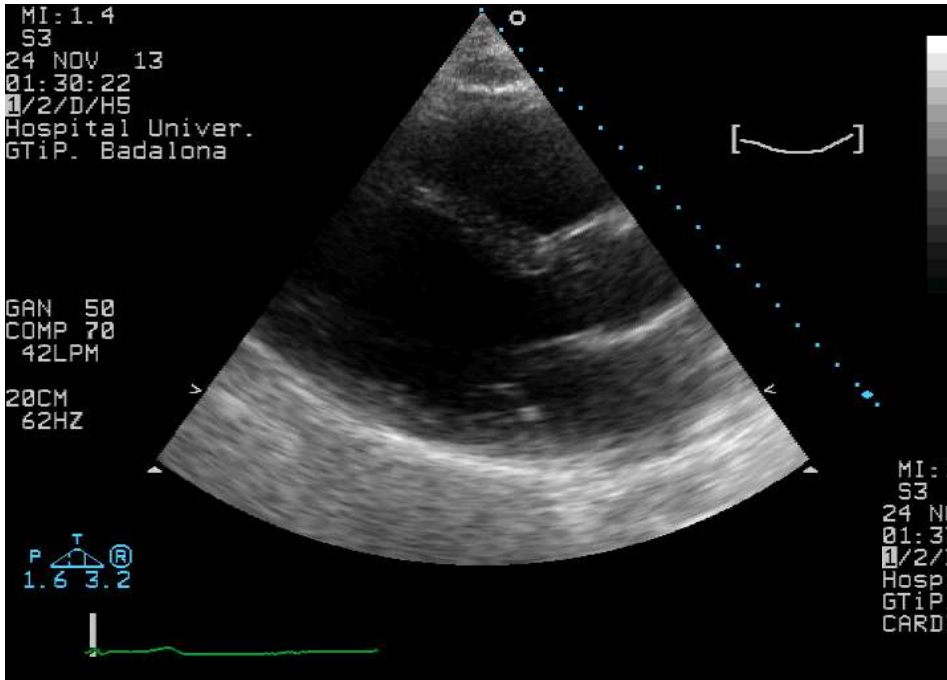
- **Fumador** 20 cig/dia. Enolisme moderat/sever.
- **Hipertensió.**
- **Diabetis mellitus** tipus 2. Insulina.
 - **Nefropatia diabètica.** Creatinina 1.5 mg/dL.
- **MPOC** amb HRB i tractament BD.

- Història cardiològica.
 - **BAV 2n grau Mobitz I** d'anys d'evolució asimptomàtic.
 - **EcoC** (nov 2012): VE amb hipertròfia moderada-severa de predomini septal, no dilatada, **FE 63%**; AE lleugerament dilatada.

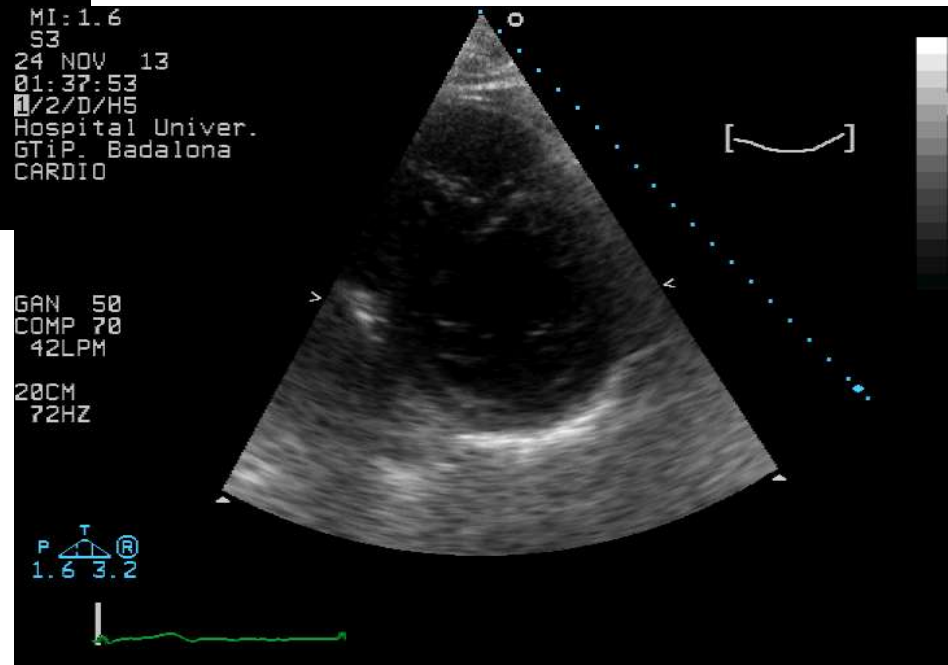
- **Dispnea progressiva** 2 setmanes fins CF III-IV amb ortopnea i DPN, **anasarca**.
- PA 150/82 mmHg, **FC 40x'**, satO2 98% basal.
- ECG: BAV complet, escapament 45x', QRS estret.

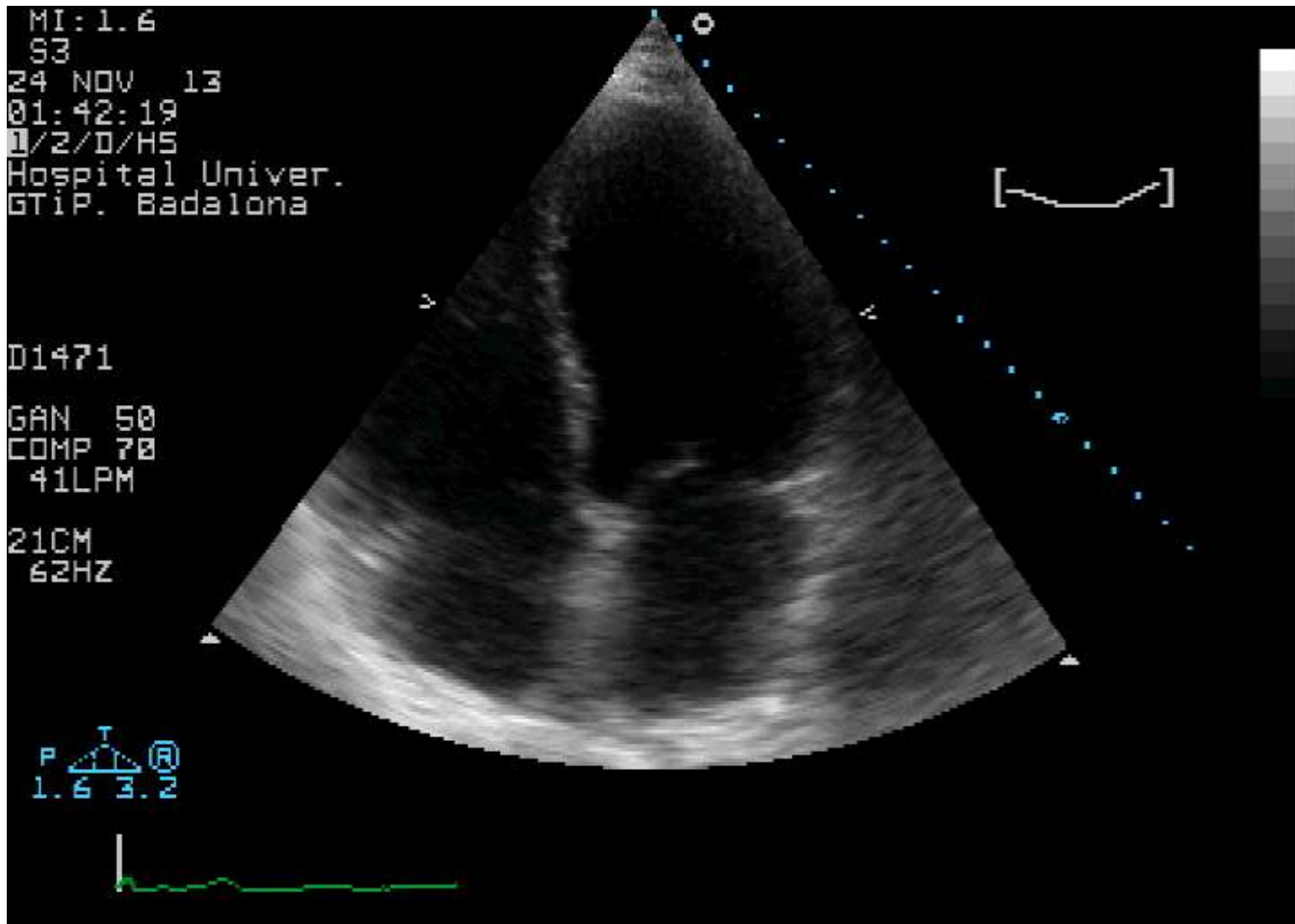


- Ecocardiografia (24.11.13):

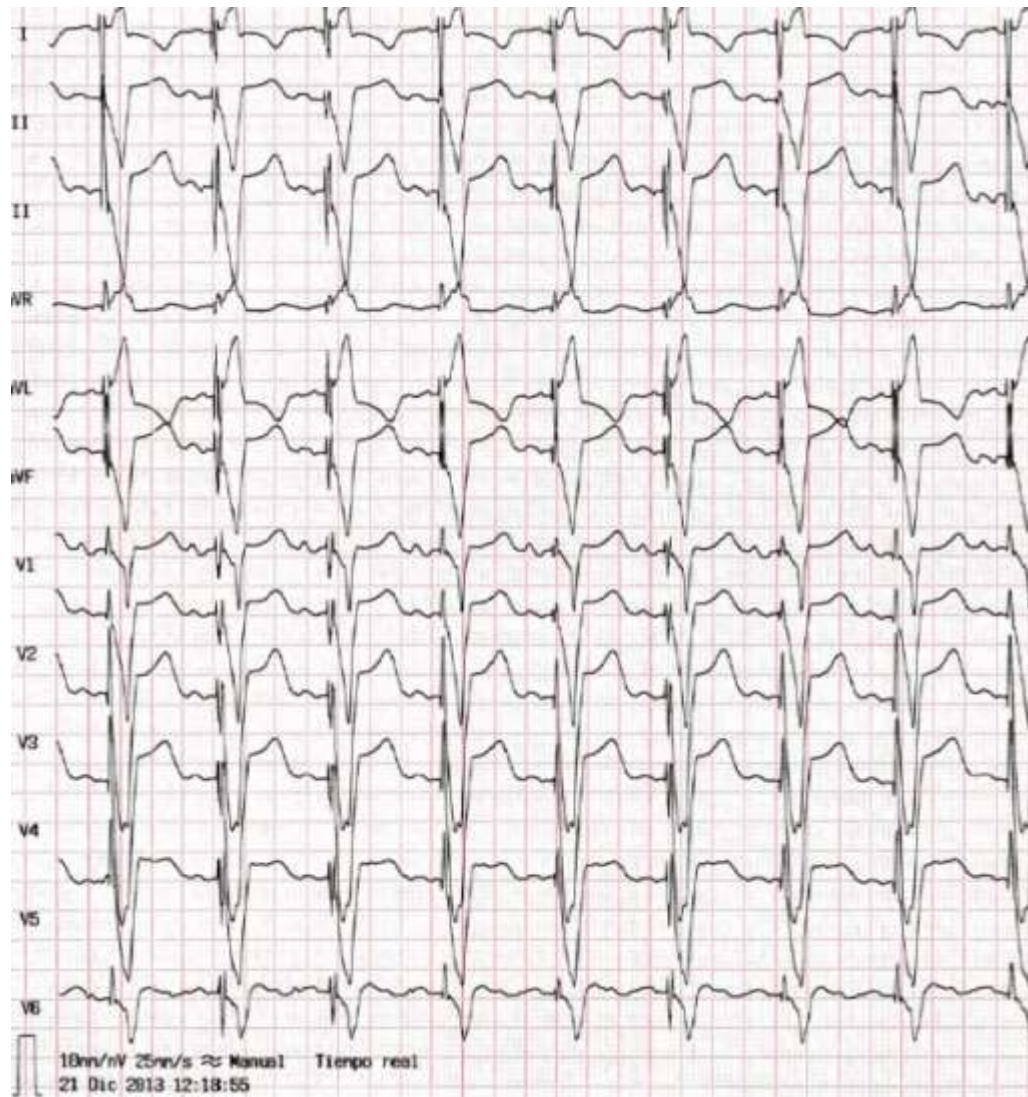


- **VE 49/38 mm, 14/11 mm**
- **FE 50%**
- IM (II); IT lleugera; PAPs 55 mmHg.





- **Implant MCP DDD:** electrode à apex VD de fixació activa i electrode a AE de fixació activa.



- 25.11.13: RX post-implant de MCP.



➔ Poques hores més tard de l'implant:

- Dolor toràctic atípic, ECG sense canvis.
- **Tn I** positiva amb pic **18 ng/mL** (límit de referència 0.5 ng/mL).

➔ Evolutivament:

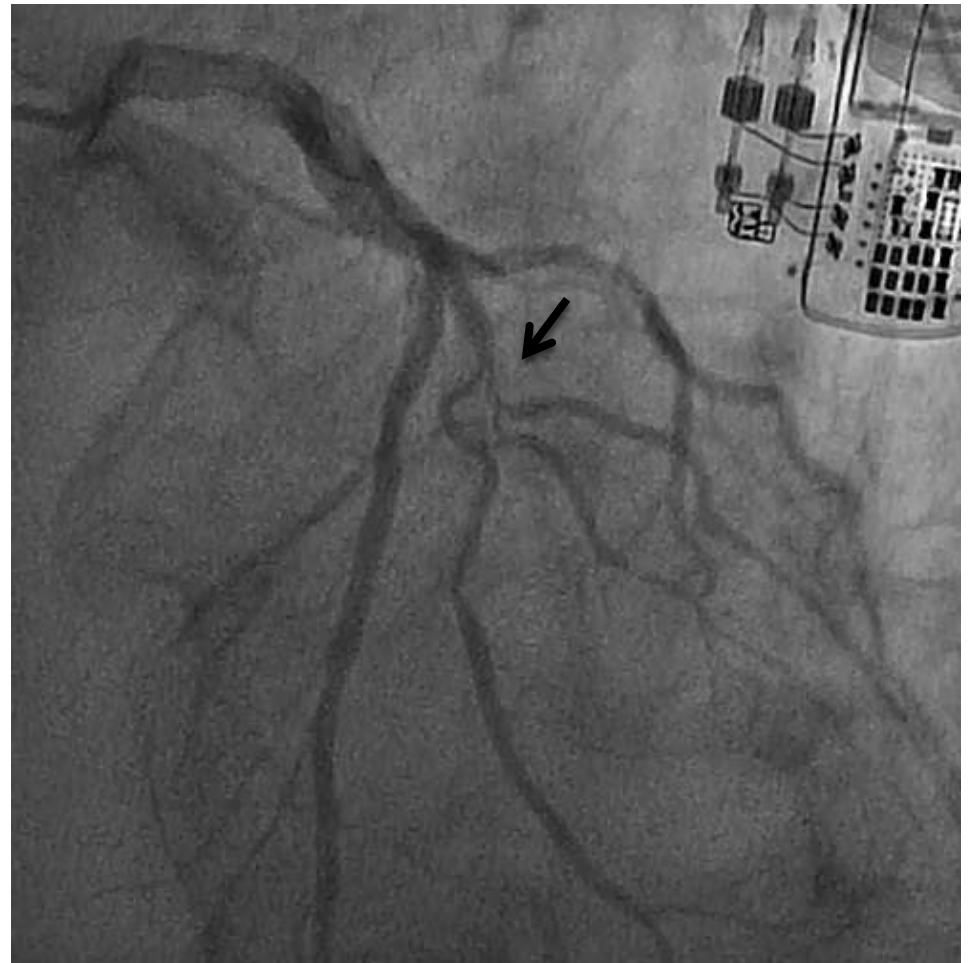
- Clínica d'infecció respiratòria: antibiòtic.
- EcoC (29.11.13): **VE 67/40 mm**, **FE 35%**; IM lleugera-moderada central, PAPs 55 mmHg.
- IC refractària: amines.

➔ Durant l'ingrés presenta:

- IC dreta persistent.
- Dolor pericardític + freq pericàrdic: inici AAS → ibuprofè
- Intensificació dispnea i augment vessament pleural dret.
 - TC toràcica: important vessament pleural dret amb atelectàsia passiva del pulmó dret; àrea en vidre desllustrat LSE (edema vs infecció).
 - Toracocentesi + drenatge pleural **3L: exsudat serohemàtic**. Cultius i citologia negatius.
- EcoC (20.12.13): **VE 71/61 mm**, hipocinèsia global, més marcada apical, **FE 29%**; mínim vessament pericardíac; IM lleu-mod; PAPs 37 mmHg.

Coronariografia:

- D1 bifurcada de bon calibre i recorregut amb lesió severa i calcificada a la bifurcació.
- CD lesió a nivell mig al límit de la significació.



- Lesions coronàries que no justifiquen tot el quadre clínic ni la disfunció ventricular.
- Estabilitat clínica.
- Alta hospitalària el 27.12.13, seguiment estret.
- SPECT ambulatori.

Reingrés a les 48 hores per IC progressiva

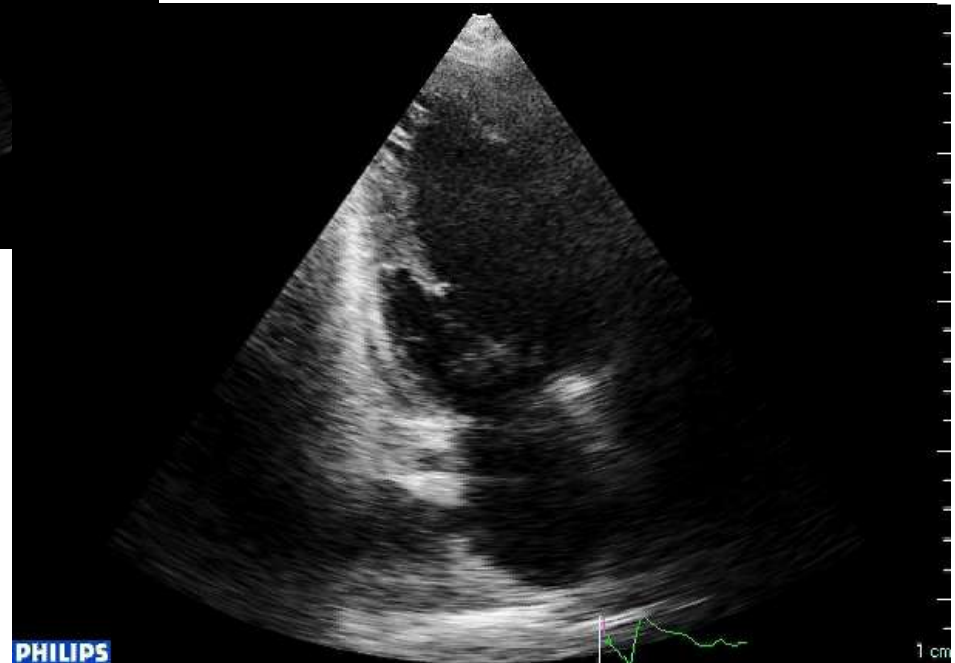
- Clínica i RX compatibles amb edema pulmonar.
- NT-proBNP 34.700 pg/mL.



- Ecocardiografia (2.1.14):

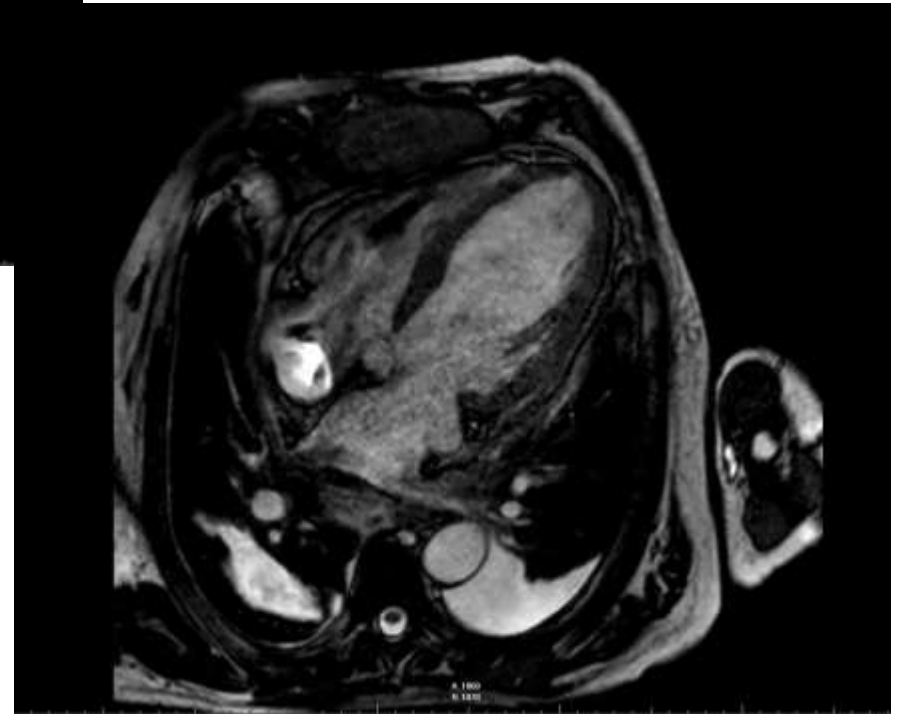
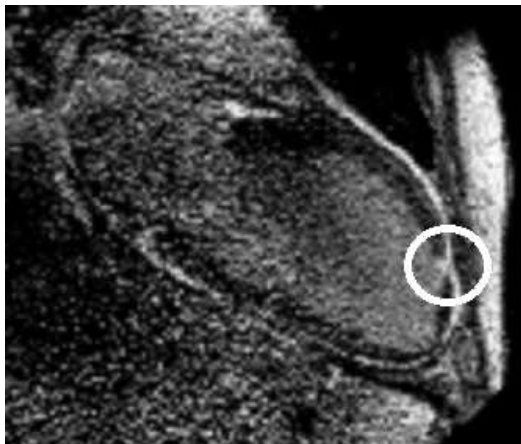
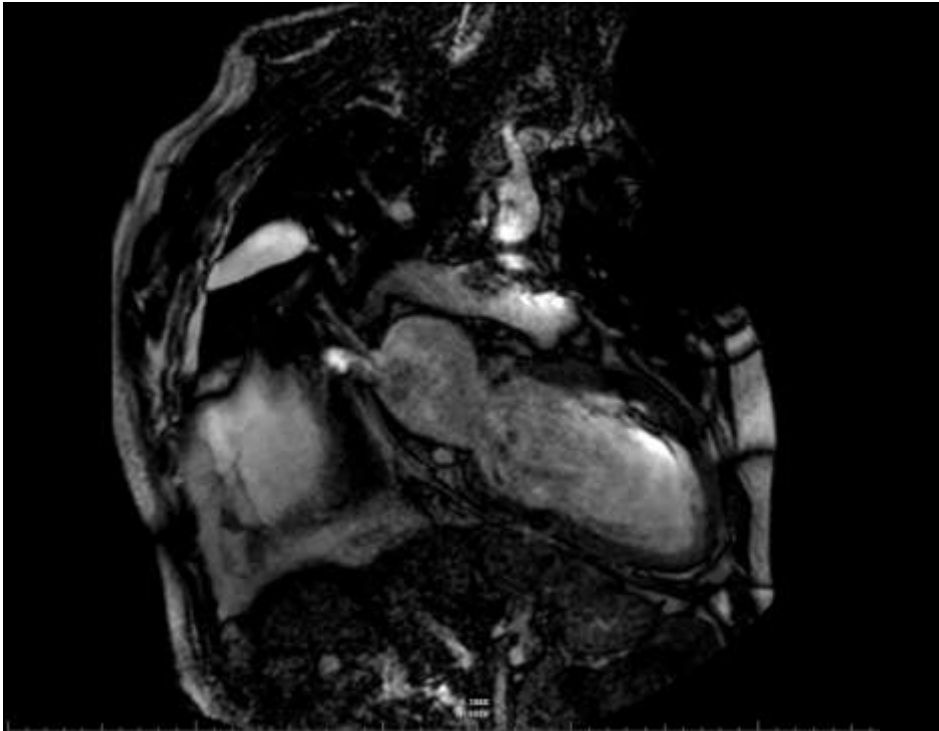


- **VE 73/65 mm, 11/10 mm.**
- **FE 20%**; hipocinèsia global, acinèsia apical i septal apical
- Sense vessament pericardíac.

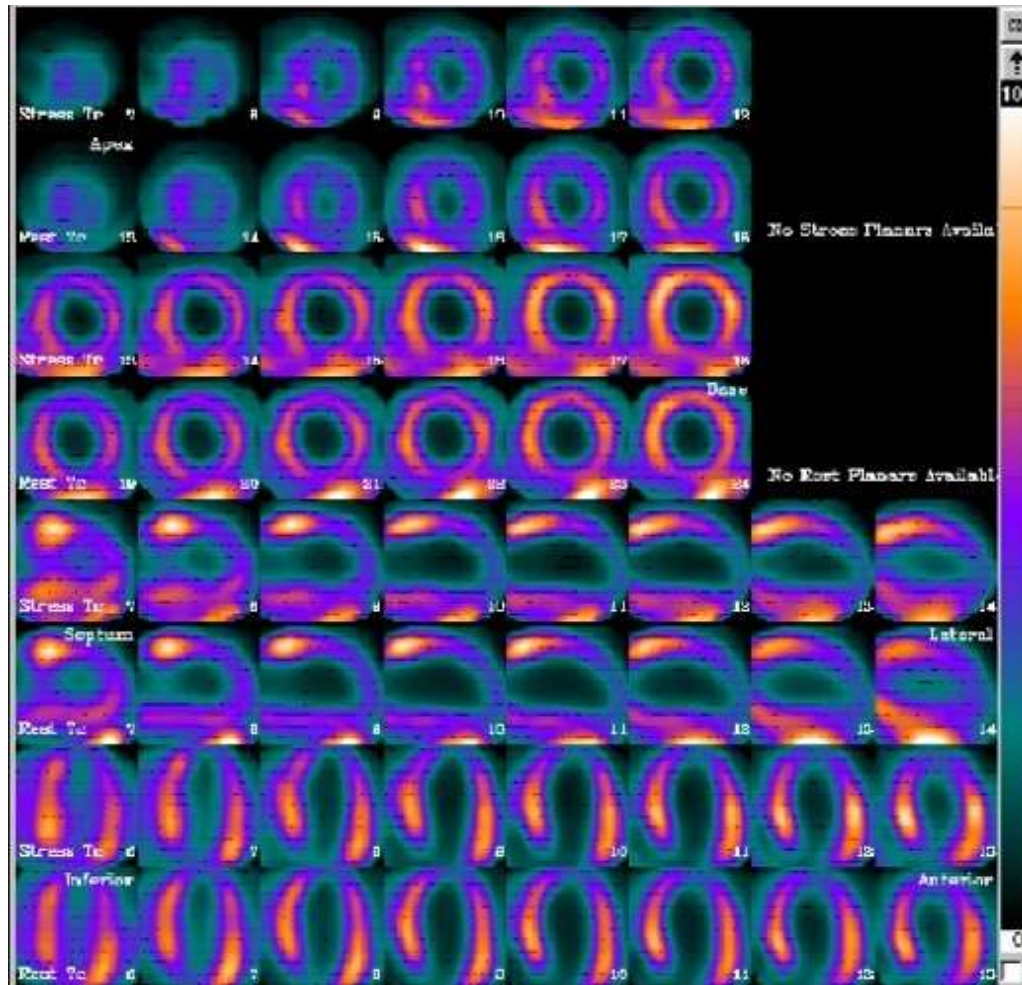


● RMN cardíaca:

- VE severament dilatat.
- Acinèsia inferior apical i mitja, acinèsia de l'apex i hipocinèsia anterior apical i mitja.
- **FE 18%.**
- Necrosi transmural focal anterior apical.
- No edema.



- **SPECT** amb tetrofosmina-Tc99. Estimulació amb **dipiridamol**:
 - **Extens defecte de perfusió apical**, amb compromís anteroapical i lateral, present també en les imatges en repòs.
 - **FE 18%** per GATED SPECT repòs.



- IC dreta progressiva per BAV.

- FE conservada.

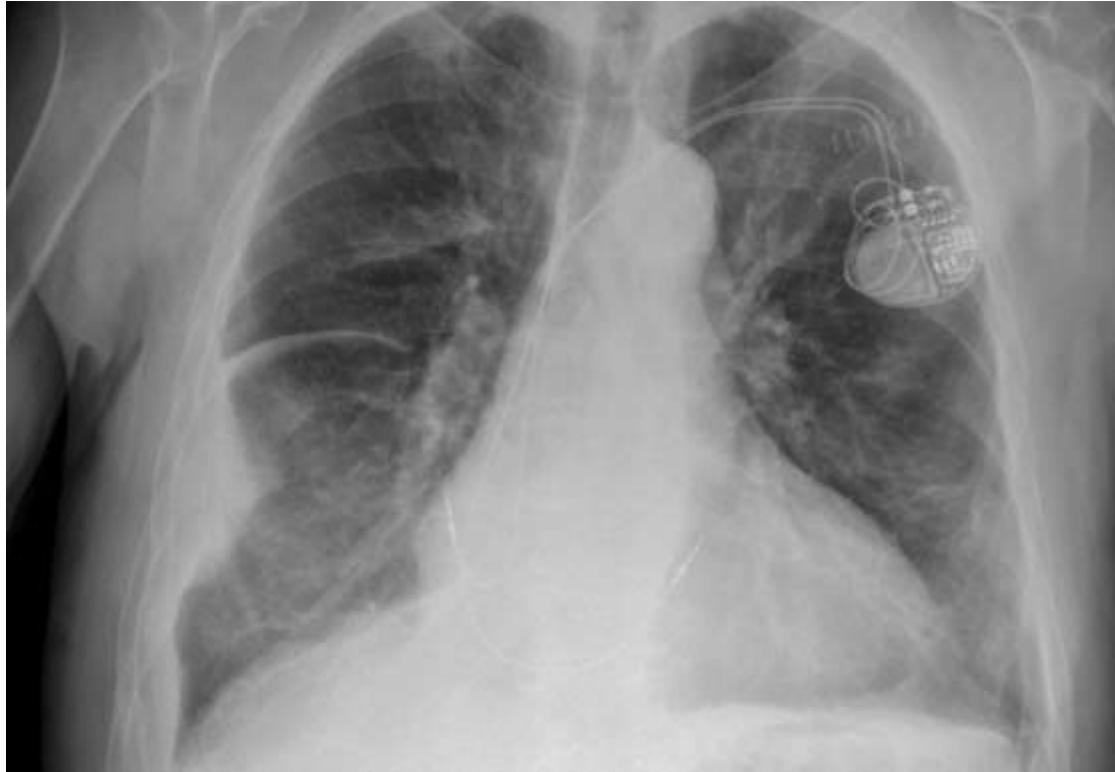


- Implant de MCP.



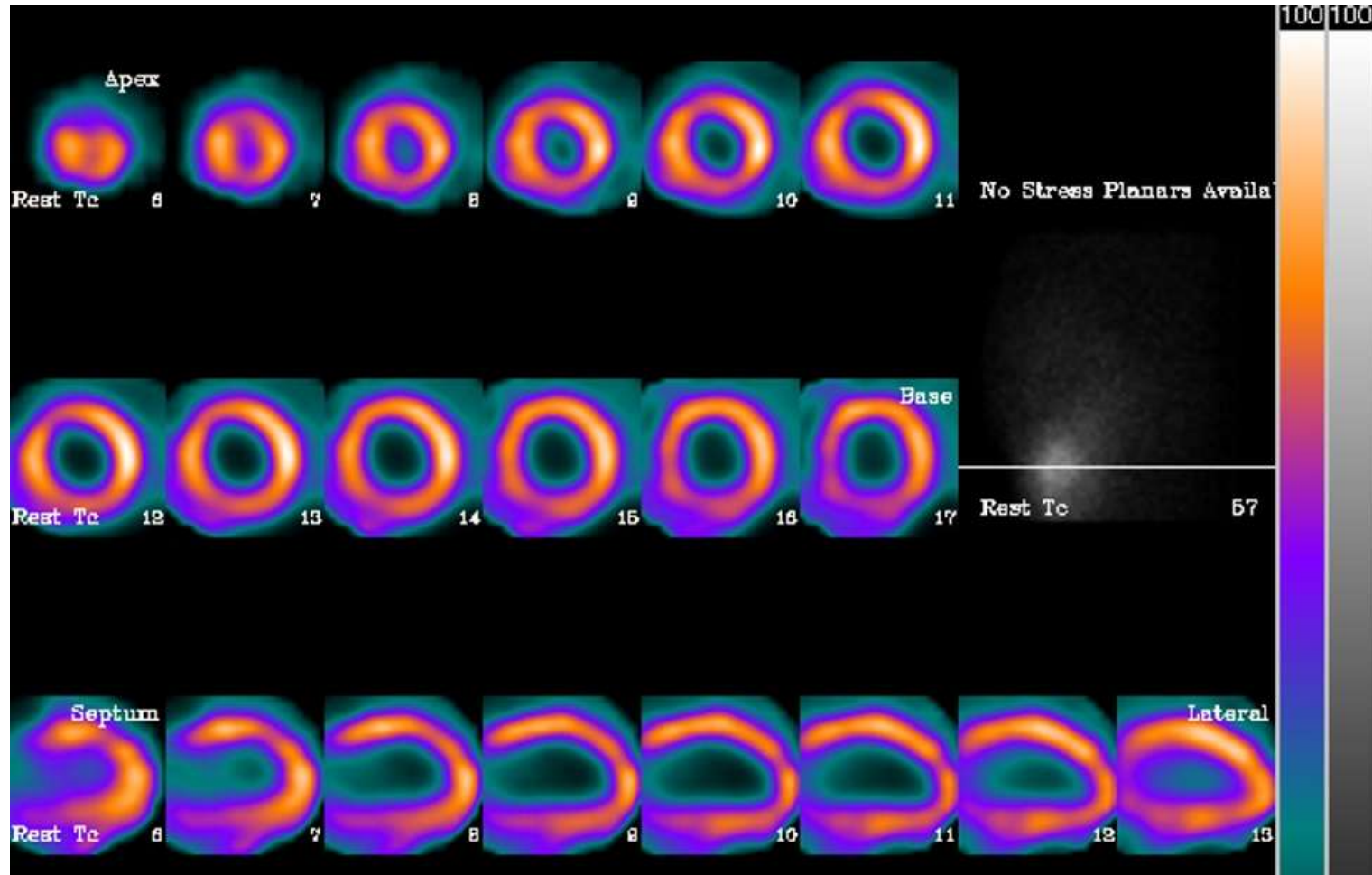
- Dolor toràctic atípic amb ECG no valorable i elevació de TnI.
- IC persistent + dilatació disfunció VE progressives.
- Anatomia coronària no justificant de la disfunció ventricular.
- RMN amb mínima necrosi anterior apical, sense edema.
- **SPECT** amb **defecte de perfusió** apical, anteroapical i lateral en esforç i repòs.

- Canvi en el lloc d'estimulació al TSVD.



- Gran millora clínica. Resolució dels signes d'IC

- **Ecocardiografia: VE 62/57 mm, FE 27%.**
- **SPECT de repòs: clara millora de la perfusió global del miocardi. FE 28% per GATED SPECT.**



- Bona evolució clínica → Alta.
- Controls Unitat IC. Dispnea CF II-III habitual.

RX desembre 2014

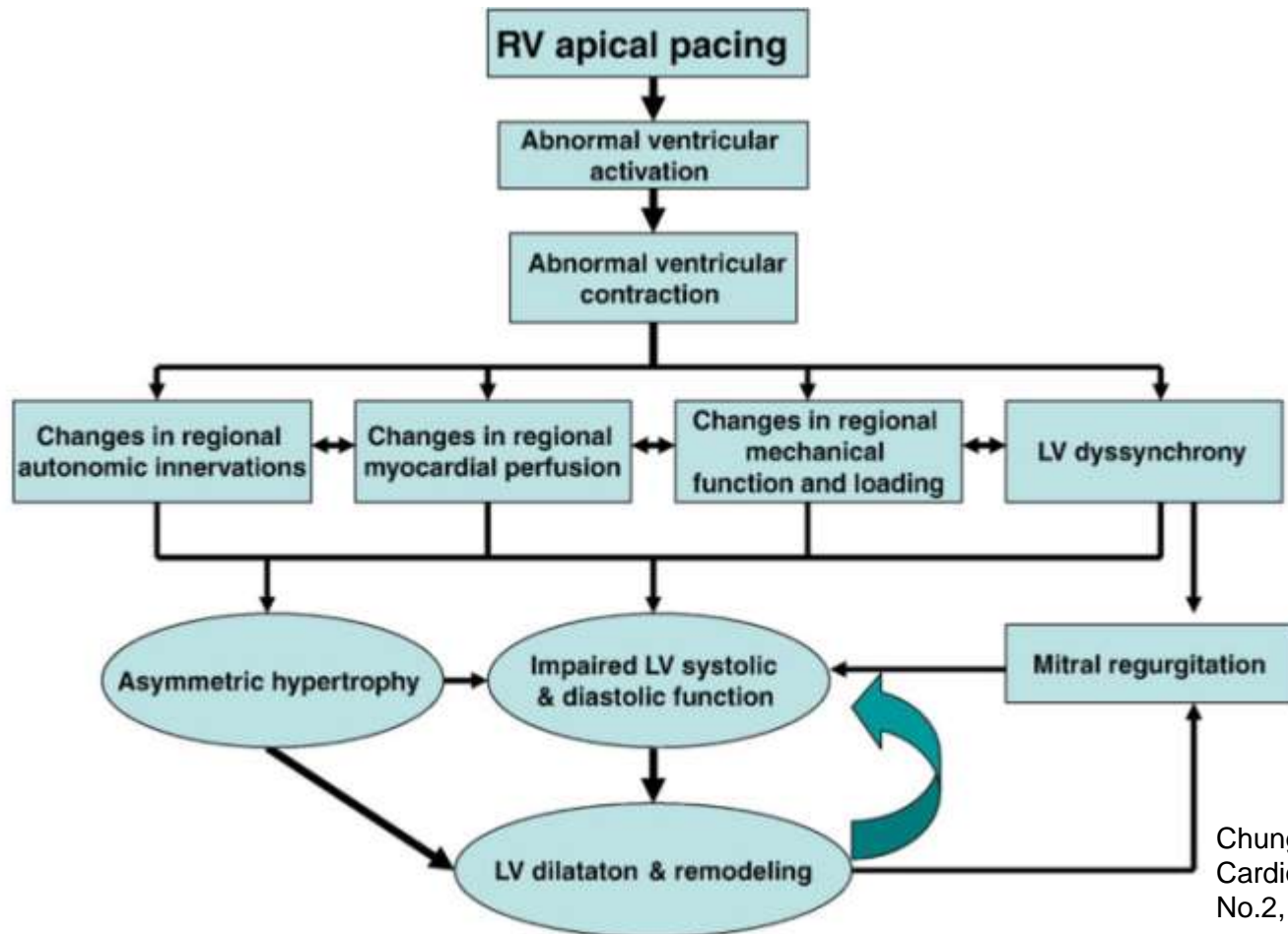


- **Ecocardiografia (nov-2014): VE 54/42 mm, hipocinèsia global, més marcada inferior i apical, FE 38%.**



Quina ha estat la causa de la disfunció ventricular?

- Disfunció induïda per estimulació apical?



Altres possibles causes...

- Miopericarditis?
- IAM?
- Tako-Tsubo?

- Totes les anteriors?

- Upgrade a TRC?



Moltes gràcies.