

INSUFICIENCIA CARDÍACA POR ALTO GASTO CARDÍACO

Autores: Cristiani J.; Lerner, J.; Caro B.; Ochoa V.; De la Vega B.; López R.

Institución: Unidad Coronaria. Hospital Centro de Salud Zenón Santillán, San Miguel de Tucumán.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca (IC) de alto gasto cardiaco (GC) representa una forma infrecuente e infradiagnosticada de IC, asociada a alta morbilidad. La misma se caracteriza por un volumen minuto mayor a 8 L/min con índice cardiaco mayor 3.9 L/min/m², que tiene como causas diferentes condiciones sistémicas, entre las cuales las fistulas arteriovenosas (A-V) representan una proporción considerable de casos.

CASO CLÍNICO

Sexo: Masculino **Edad:** 23 años. **FRCV:** HTA – Ex Tabaquista – Adicciones (cocaína – marihuana). **Antecedentes CV:** Insuficiencia Cardiaca de Novo el 03/08/2022 con alta voluntaria. **Otros antecedentes:** Herida de arma de fuego, complicada con hemoperitoneo, con bala en lóbulo inferior del pulmón izquierdo, año 2019.

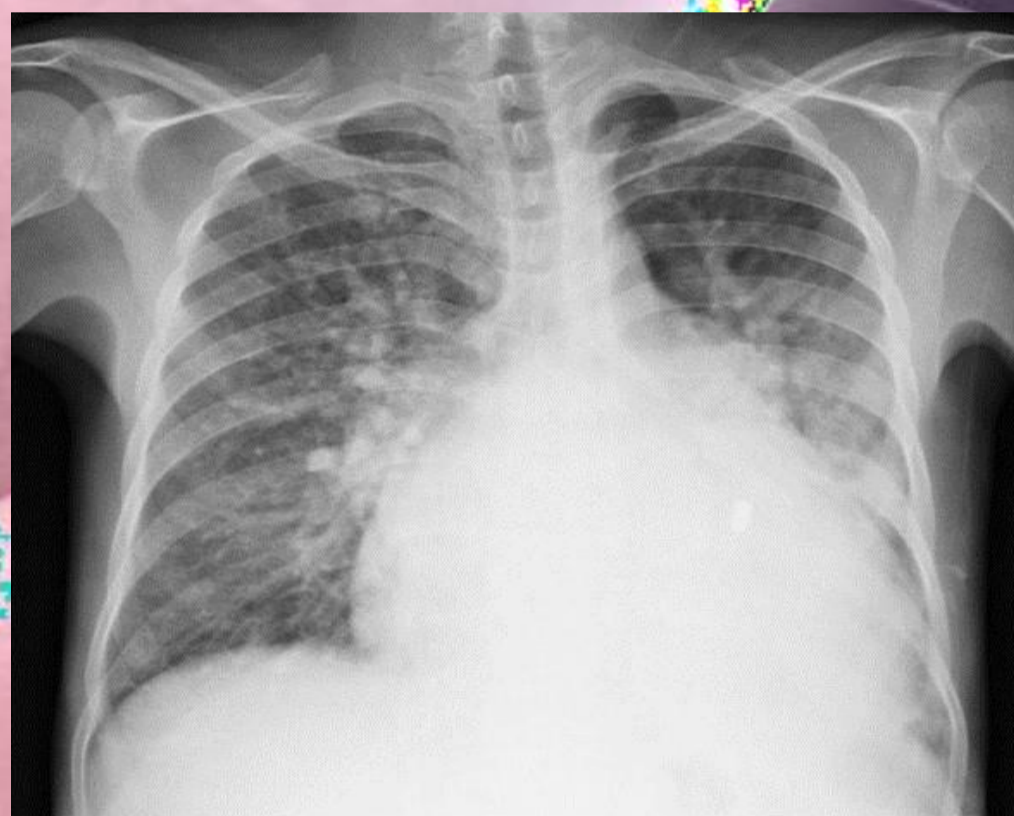
Motivo de consulta: Disnea – Ascitis.

Enfermedad actual: Paciente refiere disnea Clase Funcional (CF) II permanente desde su ultima internación, refiere empeorar la CF III/IV en la ultima semana, acompañado de proceso odontógeno, se evalúa por guardia, se constatan signos de falla cardiaca, se palpa frémito en región de epigastrio, se ausculta soplo sisto-diastólico en hemiabdomen superior, se decide internación, con NT-proBNP 9840 ng/L.

MÉTODOS COMPLEMENTARIOS



ECG de ingreso: Ritmo sinusal, FC 100 lpm, Eje +60°, pr 180 msec, signos de sobrecarga auricular y ventricular.

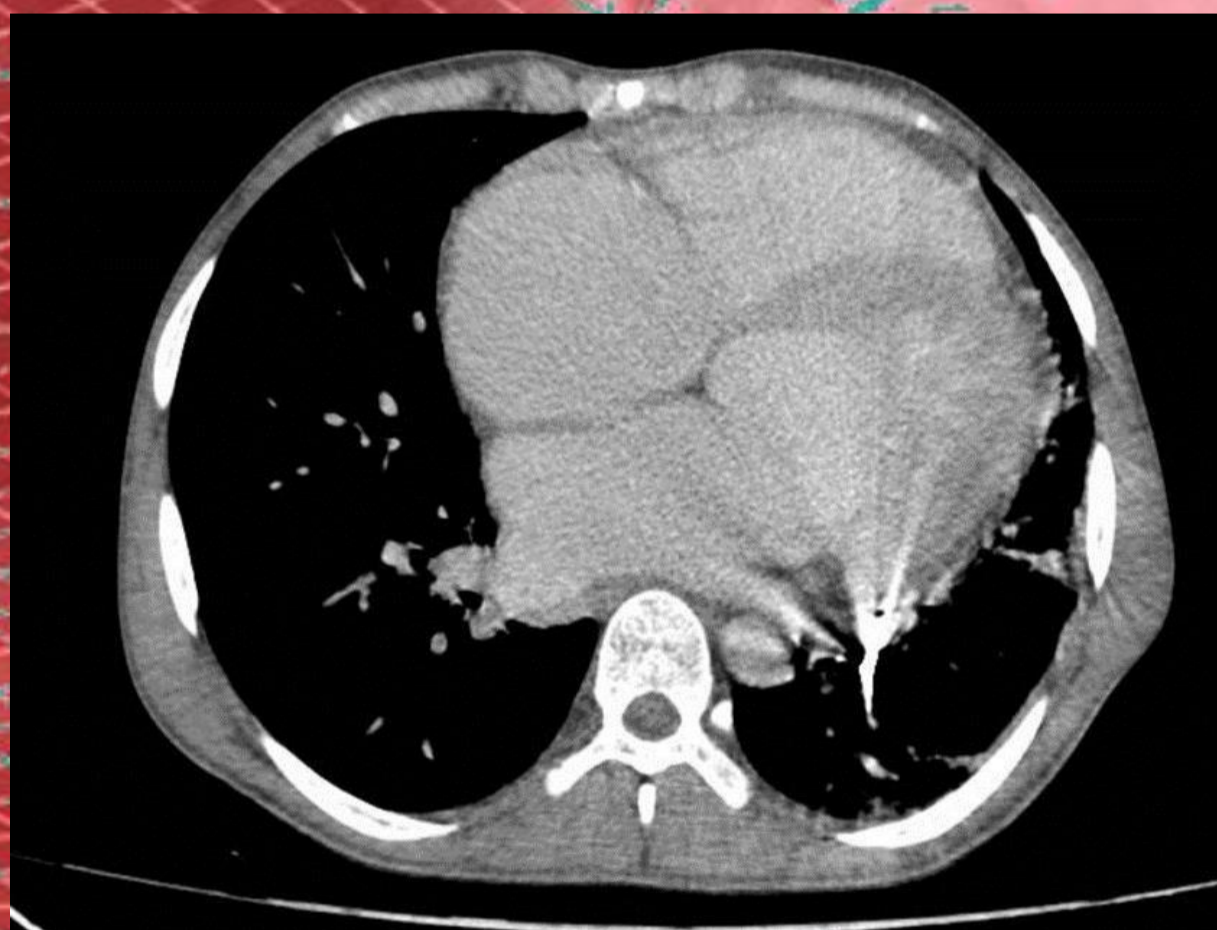


RX de Tórax: Cardiomegalia, con arco pulmonar prominente, signos de redistribución de flujo y elemento radiopaco en lóbulo inferior de pulmón izquierdo.

Eco Doppler Cardíaco

DFD	67 mm
DFS	50 mm
FEY	53%
ES	16 mm
EPP	14 mm
DAO	50 mm
Área	40 cm ²

Patrón restrictivo. IT leve con PAP 58 mmHg. VCI 36 mm sin colapso.



TAC con contraste EV:

- Vena cava inferior marcadamente dilatada presentando elemento biparietal estimado en 7 cm.
- Dilatación de las estructuras venosas del eje espleno portal.
- Vena renal izquierda con marcada dilatación.

DIAGNÓSTICO

Con estos hallazgos y la imposibilidad de realizar una angio-resonancia, se plantea interconsulta con servicio de Hemodinamia para evaluación del caso. Se decide realizar AORTOGRAMA Y ARTERIOGRAFÍA DE ARTERIAS RENALES.



Aortograma: FÍSTULA AV AORTO-RENAL IZQUIERDA DE ALTO FLUJO, con origen por debajo de arteria mesentérica superior y por encima de origen de ambas arterias renales, hacia la vena renal izquierda (la cual se encuentra con marcada dilatación en toda su extensión) y evidencia de vena cava inferior con marcada dilatación.

CONCLUSIÓN

Debido a la alta sospecha de la etiología de la Insuficiencia Cardiaca con fracción de eyección preservada en este paciente se debe al alto gasto cardiaco por la fistula arteriovenosa aorto-renal de alto flujo, por su complejidad, se propone Tratamiento Endovascular, mediante Angioplastia con STENT forrado o endoprotesis fenestradas con técnica de Chimenea.