



Ateneo Clínico

Carolina Reynoso
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. Cosme Argerich
14/11/2018

ATENEO CLINICO

Carolina Giselle Reynoso

Residente de Cardiología

Hospital Cosme Argerich

Paciente C.S.

Edad 64 años

Sexo Femenino

Fecha de ingreso: 14/09/18

Óbito: 09/10/18

Motivo de internación: Disnea de reposo.

Enfermedad Actual: Paciente concurre a guardia externa de este hospital por presentar progresión de disnea habitual CF II a CF IV de 1 semana de evolución. Se constatan signos y síntomas de sobrecarga hídrica interpretándose como insuficiencia cardíaca descompensada e iniciándose tratamiento con diuréticos EV.

Evoluciona con edema agudo de pulmón normotensivo, por lo que el día 15/9 se decide pase a UCO para tratamiento.

Antecedentes

Factores de riesgo cardiovascular: No presenta

Antecedentes de enfermedad actual:

- Fiebre reumática diagnosticada a los 20 años con seguimiento en los últimos 18 años por consultorio de valvulopatías hasta el 2011. Retorna seguimiento en 2013 donde se constata presencia de enfermedad mitral e HTP severa .

Antecedentes

- Valvuloplastia mitral en el año 2000 y 2003.
- Fibrilación auricular anticoagulada desde el 2003.
- Múltiples internaciones por insuficiencia cardíaca, última 12/08/18.

Ecocardiograma: Evolución

	23/03/00	27/09/01	15/08/18
DDVI(mm)	44	49	50
DSVI(mm)	24	35	30
SIV(mm)	9	7	10
PP(mm)	9	5	8
FEY(%)	normal	normal	normal
AVA(cm2)	0.8	1.32	0.7
Grad medio (mmHg)	15	8	11
Grad maximo	27	23	18
PSAP(mmHg)	77	28	77
VD	No dilatado	No dilatado	No dilatado
TAPSE	19	21	19
AI(cm2)	5.5	5.4	5.1
			Aneurisma del tronco de AP 52 mm,rD 32 mm,rl 28 mm.

Medicación habitual

- Furosemida 40 mg día
- Eplerenona 25 mg día
- Acenocumarol según cartilla médica
- Carvedilol 3.125 mg cada 12 hs

Examen físico de ingreso a UCO

TA 140/100 mmhg	FC 105 lpm	FR 40 cpm	T° 36	Sat% 80 0.2l	Peso 50	Alt 1.55	IMC 20
-----------------------	---------------	--------------	-------	-----------------	---------	----------	--------

Cardiovascular: Ingurgitación yugular 3/3 sin colapso inspiratorio. Se observa y se palpa choque de punta en 5-6 EIC, sobre LAA. Signo de Dressler positivo. Complejo de Chávez presente. Pulsos periféricos positivos disminuidos, irregulares y simétricos, mala perfusión periférica con frialdad distal y sudoración fría. R1 y R2 en 4 focos. Soplo diastólico en foco mitral 3/6 sin irradiación, soplo diastólico de IP 2/6 sin irradiación.

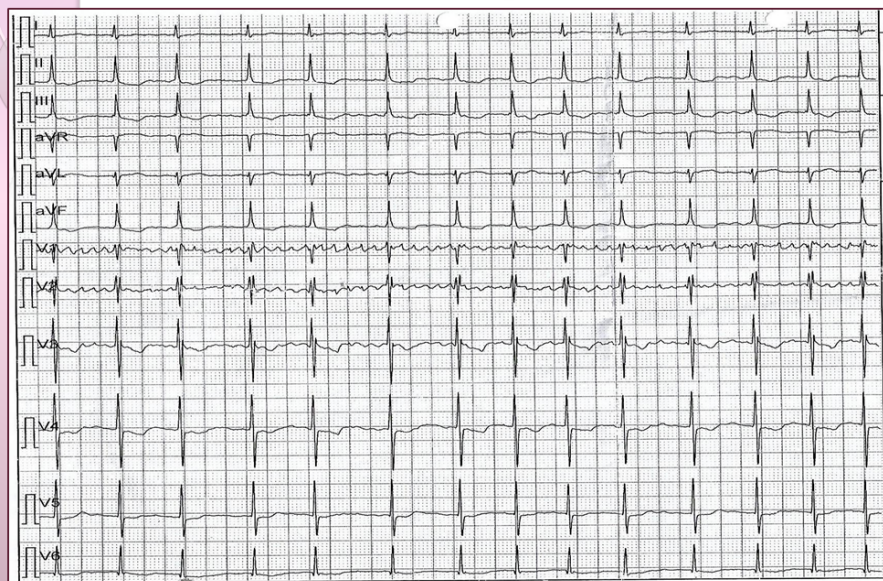
Respiratorio: Mala mecánica ventilatoria a expensas de taquipnea y utilización de músculos accesorios, regular entrada de aire bilateral. Se percute matidez hasta campo pulmonar medio derecho y basal izquierdo. Se auscultan crepitantes hasta campo medio. No tolera decúbito.

Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación profunda. RHA presentes. Hepatomegalia dolorosa.

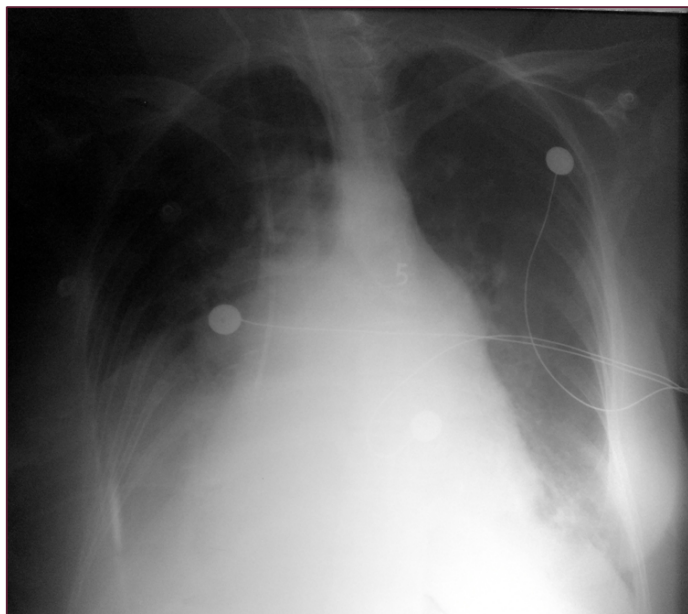
Neurológico: Lúcida, sin signos de foco motor ni sensitivo.

Piel y Partes blandas: Edemas de miembros inferiores infrapatelar y superiores 3/6.

ECG de ingreso



Rx tórax



Evolución en UCO 15-9 a 09-10

- Se inicia tratamiento con diuréticos en infusión continua, NTG y VNI. Evoluciona con mala mecánica ventilatoria, desaturación y desasosiego, se decide IOT/ARM.
- Se realiza ecocardiograma que evidencia:

Ecocardiograma 17-09-18

DDVI	DSVI	SIV	PP	AI	AD
46mm	29mm	9mm	9 mm	50 cm2	38 cm ²

- Paciente en ARM, FAARV.
- Función sistólica VI conservada. AI severamente dilatada.
- VD no dilatado con función sistólica deprimida, **TAPSE 14 mm.**
- AD severamente dilatada. **PSAP 66mmhg**
- Válvula mitral severamente calcificada con restricción de la motilidad. **Estenosis mitral severa** (AVM 0.7cm² gradiente pico 33 mmHg, gradiente medio 22 mmHg), **IM severa** (ORE 0.69 cm²)
- IP moderada.**

Evolución en UCO 15-9 a 09-10

- Se intenta weaning en reiteradas oportunidades con mala tolerancia y ante la presencia semiología de derrame pleural con sospecha de neumonía se realiza TC de tórax con contraste.

Informe TC tórax 19-9-18

- Cardiomegalia a predominio de aurículas e incremento de los diámetros de la art. Pulmonar y sus ramas principales (50mm principal, derecha 34mm, izquierda 33mm).
- La aurícula izquierda comprime y desplaza el esófago hacia posterior y derecha con dilatación del mismo.
- Derrame pleural derecho severo e izquierdo moderado. Imágenes nodulillares con vidrio esmerilado y árbol en brote de aspecto infeccioso. Imágenes ganglionares mediastinales.

Evolución en UCO 15-09 a 09-10

- Ante la sospecha de neumonía asociada a ventilador con derrame paraneumónico se realiza toracocentesis que evidencia trasudado descartándose etiología infecciosa. Complica con hemotorax con requerimiento de TAP.
- El 21-09 presenta shock mixto (cardiogenico y séptico) con doble soporte inotrópico y vasopresor y rescate en HMC de S.aureus por lo que servicio de infectología solicita HMC control, ETE, y panTC.
- Se realiza el 21-09 nuevo ecocardiograma que evidencia HTP severa (PSAP 90 mmhg); incrementada con respecto a estudios previos por lo que se decide iniciar infusión oxido nítrico.

ECOCARDIOGRAMA: Evolución

	21/09/18	24/09/18	01/10/18
Cavidad izquierda		normal	
FEY(%)		normal	normal
Estenosis mitral		severa	
Insuficiencia mitral			
PSAP(mmHg)	90	52	30
VD	No dilatado	No dilatado	No dilatado
TAPSE	17	16	16
Insuficiencia pulmonar		severa	
		Aneurisma del tronco de AP 57 mm, rD 23 mm, rI 29 mm.	

Ecocardiograma transesofágico 28-09-18

- Valvulopatía mitral reumática con **estenosis e insuficiencia severas** (AVM 1 cm², Gm 12 mmHg) Score Wilkins 12/16.
- Aneurisma de AP 53mm, rama derecha 34 mm, rama izquierda 30 mm. AD 34 cm², **IP moderada**.
- AI severamente dilatada con ecogenicidad sanguínea espontánea, trombo organizado en orejuela disfuncionante.
- **TAPSE 20 mm.**

Evolución en UCO 15-09 a 09-10

- Se realiza interconsulta con servicio de hipertensión pulmonar quienes ante la respuesta favorable al óxido nítrico y lograr la retirada del mismo deciden iniciar bloqueantes cálcicos.
- Es evaluada por servicio de CCV quienes ante elevado riesgo descartan conducta quirúrgica.
- Evoluciona con hipotensión y requerimiento de vasoactivos en ascenso.

Evolución en UCO 15-09 a 09-10

- El día 09-10 intercorre con PCR en ritmo de asistolia, se realizan maniobras de RCP no exitosas constatándose óbito.

Indicaciones en UCO

- Tramadol por BIC
- NA por BIC
- Espironolactona 50 mg día vO
- Oxido nítrico inhalado.

Laboratorios

	15-09-18	20-09-18	01-10-18	09-10-18
Hto(%)	43	47	31	29
GB(/mm3)	7340	11300	10700	8000
Plaquetas(mm3)	214000	266000	437000	411000
Glucemia	187	167	137	127
Urea	89	129	37	91
Creatinina	0.80	1.27	0.3	0.8
Tp/Kpt/RIN	12/34/6	68/33/1.26	111/56/0.9	79/33/1.13
Bt/Bd(mg/dl)	1.55/0.6		0.56	1.13/0.79
Got/Gpt (U/L)	46/59		39/23	34/24
EAB	7.52/43/140/35 /11/99%	7.43/58/161/38/11/ 98%	7.4/53/150/32/ 5.5/99%	7.29/37/116/17/ -8.3/98%
Lactato (mg/dl)	19	23	7	25
Na/K/Cl	129/3.36/84	163/3.98/+108	144/3.69/99	153/4.82/112
Albumina		3.1 gr/dl		