



Ateneo Anatomopatológico

Dra. Döppler, María Eugenia
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. Cosme Argerich
25/04/2018

Paciente: P.R.

Edad 68 años

Sexo: Femenino

Ingreso: 26/02/2018

Óbito: 30/03/2018

Motivo de consulta

Disnea y edemas en miembros inferiores

Enfermedad actual

Paciente presenta cuadro clínico de 10 días de evolución caracterizado por progresión de disnea habitual de CFII a CFIV, ortopnea y edemas en miembros inferiores, por lo cual concurre a guardia externa. Por sospecha de ICC descompensada se decide su internación en sala de cardiología para diagnóstico y tratamiento.

- **Factores de riesgo CV**

- HTA
- Dislipemia
- Sobrepeso

- **Antecedentes personales**

- Reemplazo valvular aórtico por HP Biplus n°27 por Insuficiencia aórtica severa en 2005
- Colocación de marcapasos DDD en 2014 (se desconoce motivo)

- **Medicación habitual**

- Acenocumarol según cartilla
- Enalapril 5 mg día
- Atorvastatina 20 mg día
- Espironolactona 25 mg día
- Carvedilol 12,5 mg c 12 hs

EXAMEN FÍSICO AL INGRESO A SALA DE CARDIOLOGÍA – 26/02/18

TA: 110/60 mmHg	FC: 85 lpm	FR: 20 cpm	T: 37 °C	Peso 71 kg Talla 1,54 m	IMC 29,6 kg/m ²
-----------------	------------	------------	----------	----------------------------	-------------------------------

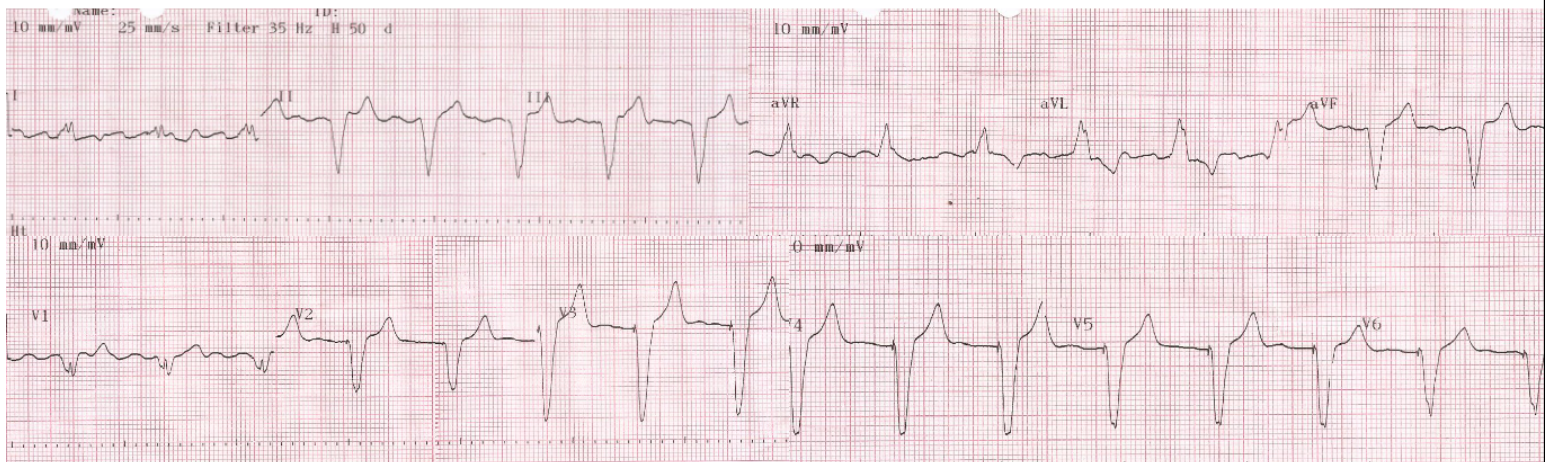
Ap. Cardiovascular: Buena perfusión periférica, ingurgitación yugular 2/3, sin colapso inspiratorio. RHY positivo. R1 y R2 en 4 focos normofonéticos, click de cierre valvular mecánico en foco aórtico. Soplo sistólico eyectivo de intensidad 3/6, a predominio en foco aórtico, sin irradiación. No se auscultan soplos de insuficiencia. Pulsos periféricos conservados y simétricos. Edemas de miembros inferiores 3/6, infrapatelares.

Ap. Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, crepitantes hasta campo medio bilaterales.

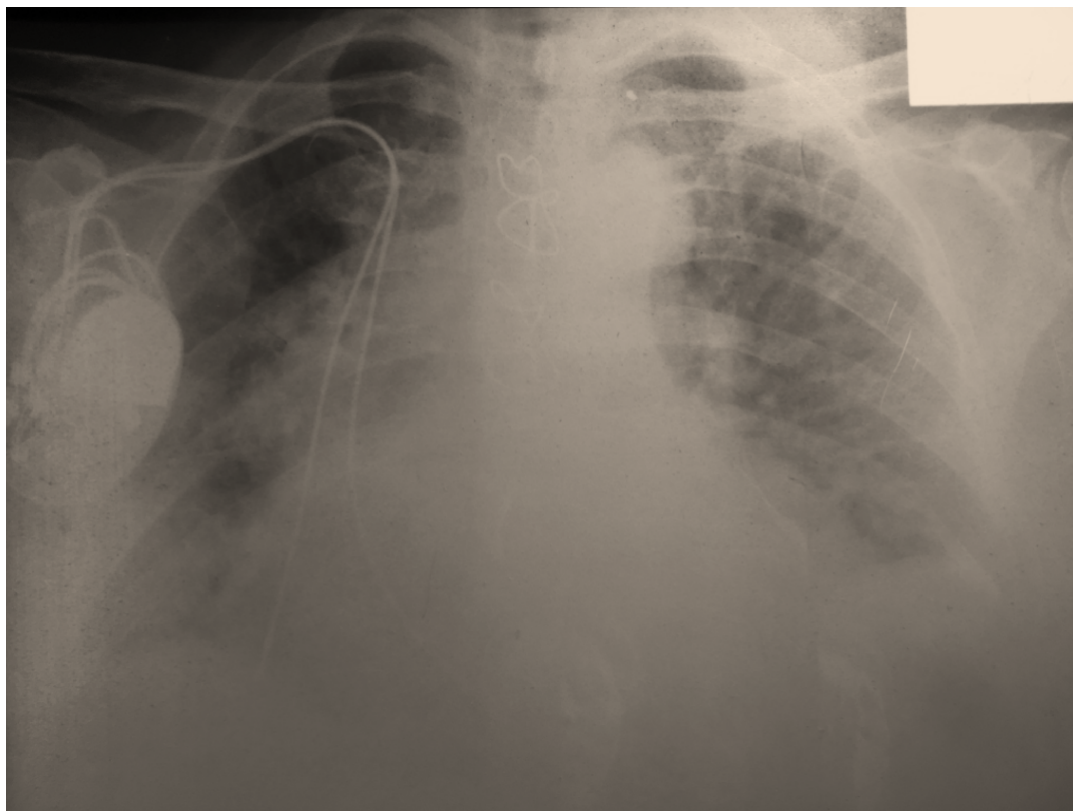
Abdomen: Globoso, blando, depresible, indoloro, RHA positivos. Hígado no palpable.

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

ECG AL INGRESO A SALA DE CARDIOLOGÍA – 26/02/18



RX de TÓRAX de ingreso a sala de cardiología – 26/02/2018



Evolución en sala de cardiología – 26/02/18 al 28/03/18

En sala de cardiología se lleva a cabo balance negativo con diuréticos de asa.

Se realiza ecocardiograma.

ECOCARDIOGRAMA – 20/03/18

DDVI:	DSVI:	FEY:	SIV:	PP:
66 mm	49 mm	30%	11 mm	8 mm
Válvula aórtica	Vel pico	Gr máximo	Gr medio	Regurgitación
	3,45 m/seg	48 mmHg	24 mmHg	leve

- Prótesis HP Biplus disfuncionante por estenosis e insuficiencia periprotésica leve. Plano valvular móvil (rocking).
- Insuficiencia mitral de grado moderado (ORE 20mm² y volumen regurgitante de 26 ml/latido).
- VI moderadamente dilatado. Hipoquinesia global severa, con disquinesia septal. FEY 30%.
- VD no dilatado con función sistólica conservada. Catéter endocavitario de MCP definitivo.
- PSAP 38 mmHg.

Por presentar disfunción protésica el 07/03 se decide en conjunto con servicio de cirugía cardiovascular conducta quirúrgica.

Se realizan exámenes prequirúrgicos sin particularidades.

El 14/03 se realiza ETE.

ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO – 14/03/18

- Prótesis mecánica HP Biplus en posición aórtica, con leak periprotésico leve. Se observa movilidad anormal de la prótesis.
- Válvula mitral con reflujo holosistólico de grado moderado (jet central).
- VI dilatado con grosor parietal normal. Hipoquinesia global con deterioro severo de la FEY.
- Cavidades derechas normales con catéter de MCP.
- AI levemente dilatada, sin trombos. Orejuela con velocidad de flujo disminuida, sin evidencias de trombo.
- No se observan imágenes compatibles con EI.
- Septum interauricular sin solución de continuidad.

La paciente evoluciona HDE, sin complicaciones durante la internación, a la espera de cirugía de reemplazo valvular.

Se realiza fluoroscopia para evaluación de la prótesis aórtica, donde se observa anillo protésico en posición aórtica. No se visualizan valvas (radiolúcidas) por lo que no se puede obtener información funcional de las mismas.

Parte quirúrgico – 28/03/18

Se realiza reemplazo valvular aórtico por válvula mecánica nº25, con resección de vegetaciones. Presenta signos de endocarditis protésica. Se envían muestras a cultivos.

Se reseca pannus subaórtico en contacto con válvula anterior mitral, y de parte del septum interventricular con reparación mediante rafia. Al momento del recambio la válvula se encuentra desprendida en 2/3 de la circunferencia.

Tiempos de CE 276 minutos y TCA 105 minutos, con salida fallida de bomba en tres oportunidades, con requerimiento de triple soporte inotrópico (noradrenalina, dobutamina y adrenalina) y balón de contrapulsación aórtico. Presenta durante la cirugía falla de captura de MCP con requerimiento de marcapaseo epicárdico.

EXAMEN FÍSICO AL INGRESO A UCO – 28/03/18

TA: 110/60 mmHg	FC: 85 lpm	FR: 15 cpm	T: 37 °C
Dobutamina 20 gammas – Noradrenalina 0,05 gammas – Adrenalina 0,5 gammas			
Balón de contrapulsación 1:1			

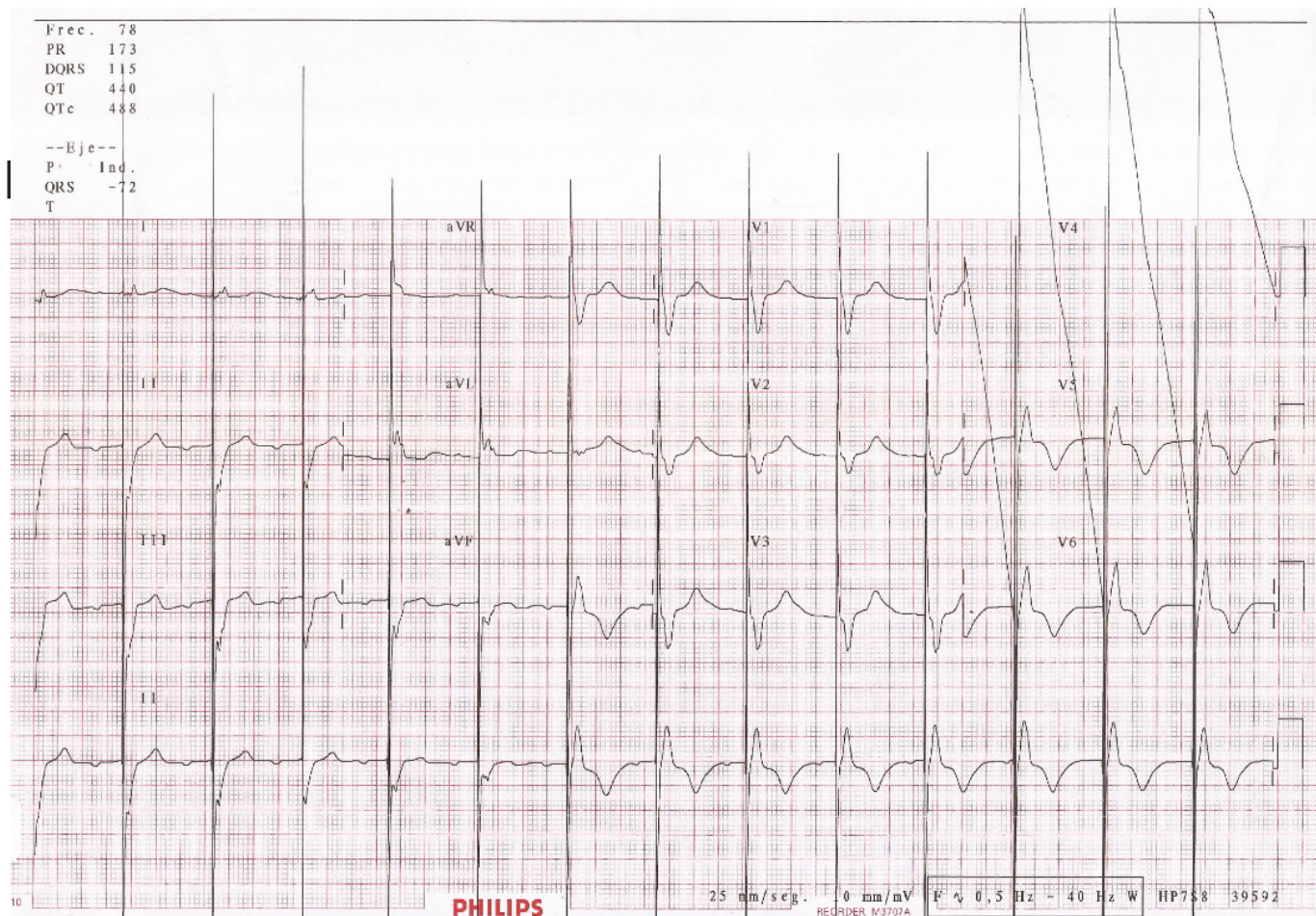
Ap. Cardiovascular: buena perfusión periférica. R1 y R2 en 4 focos normofonéticos, click de cierre valvular en foco aórtico. Sin ingurgitación yugular, RHY negativo. Pulsos periféricos conservados y simétricos. Sin edemas periféricos.

Ap. Respiratorio: en ARM. Buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.

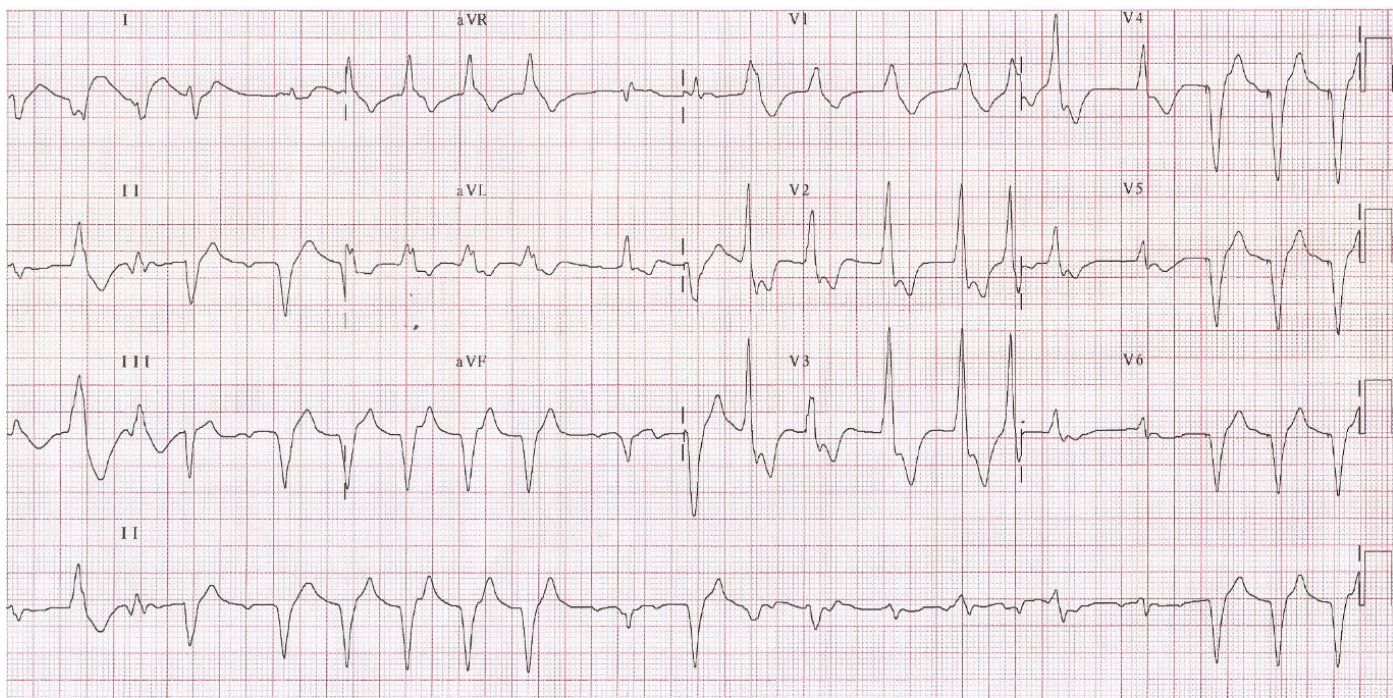
Abdomen: Globoso, blando, depresible, RHA negativos. Hígado no palpable.

Neurológico: RASS -5, bajo sedoanalgesia.

ECG de ingreso a UCO – 28/03/2018



ECG sin MCP epicárdico – 28/03/2018



RX DE TÓRAX INGRESO A UCO – 28/03/2018



Evolución en uco – 28/03/18 al 30/03/18

Se toman HMCx3 ante sospecha de endocarditis por informe de vegetaciones durante la cirugía.

La paciente evoluciona con shock mixto, con requerimiento de doble soporte inotrópico (milrinona y dobutamina) y vasopresor (noradrenalina y adrenalina). Se coloca catéter de Swan Ganz para mejor manejo hemodinámico.

Debido al shock vasopléjico refractario al tratamiento vasopresor y la imposibilidad de brindar un beneficio terapéutico a través del balón de contrapulsación se decide retirar el mismo.

Presenta evolución con shock mixto refractario, con dosis supra terapéuticas de drogas inotrópicas y vasopresoras. El 30/03/18 presenta PCR en ritmo de asistolia. Se realiza maniobras básicas y avanzadas de RCP sin éxito.

Posterior al óbito se reciben resultados de cultivos de las muestras enviadas a bacteriología que informan la presencia de 2/2 E. epidermidis con diferentes sensibilidades en la válvula protésica.

El resto de los tejidos enviados resultan negativos.

LABORATORIOS

Determinación	26/02	27/03	28/03	30/03
Hto/Hb	33/10,5	35/11	35/11,3	30/10
Leucocitos	5.200	4.200	13.300	10.900
Plaquetas	111.000	82.000	103.000	66.000
Glucosa	87	103	192	286
Urea	40	946	51	109
Creatinina	0,82	0,88	0,95	2,47
Na/K/Cl	143/3,8/102	141/4,6/101	138/3,77/99	137/4,7/100
EAB			7,34/44/120/23/ 98	7,25/48/20/-6,7
TP/kPTT/RIN	29/33/2,5	90/33/1	65/29/1,3	44/36/1,74
BT/BI	1,17	0,44	0,64	1,07
GOT/GPT	33/26	44/57	263/139	326/340
CK/ CK MB			1370/114	2104/97