

ATENEO CLÍNICO

HOSPITAL ARGERICH
RESIDENCIA CARDIOLOGÍA
ALEJANDRO KIM

23/05/2018

PACIENTE	SEXO	EDAD	F.I.	F. óbito
BB	F	47	08/03/18	15/03/18

- **MOTIVO DE INTERNACIÓN**

Ceguera y debilidad generalizada

- **ENFERMEDAD ACTUAL**

Paciente refiere visión borrosa que progresa a ceguera asociado a astenia de 10 días de evolución. Por lo que concurre a guardia externa de éste hospital.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL

- Episodios de TVP recurrente (con sospecha de secundarismo de síndrome paraneoplásico sin primario conocido) con múltiples internaciones recientes en el Hospital Presidente Perón de Avellaneda.
 - En seguimiento por servicio de Neumonología por imágenes nodulares en pulmón y engrosamiento peribroncovascular hilar derecho.
-

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

No presenta

OTROS ANTECEDENTES

Depresión mayor

ESTUDIOS PREVIOS

- **Ecografía abdominal 01/06/17**

Sin particularidades

- **Ecografía transvaginal 21/06/17**

Sin particularidades

- **Ecografía mamaria 21/06/17**

Mama izquierda con 3 imágenes quísticas simples menor a 6 mm.

- **Eco Doppler venoso y arterial de miembros inferiores
30/01/18**

Vena femoral común, superficial y vena poplítea con material ecogénico en su interior, no compresibles compatible con trombosis.

ESTUDIOS PREVIOS

- **TC de tórax 23/12/18**

Imágenes nodulares a nivel pulmonar periférico derecho, infiltrado y engrosamiento pleural, enfisema centrolobulillar, adenopatías mediastinales.

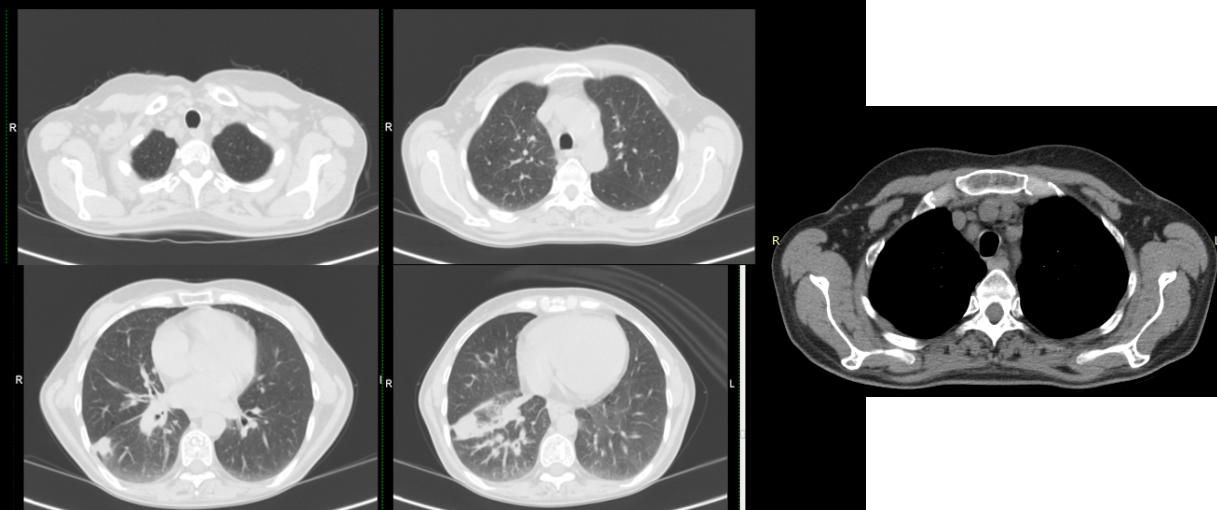
- **TC de abdomen y pelvis 29/12/17**

Sin evidencias de imágenes patológicas

- **Centellograma óseo 28/12/18**

Negativo para secundarismo.

TAC TÓRAX 23/02/18



ESTUDIOS PREVIOS

- **Punción biopsia pulmonar 17/01/18**

No se observan alteraciones de mayor significación.



MEDICACIÓN HABITUAL

- Pantoprazol 40 mg día VO
 - Sertralina 50 mg día VO
 - Acenocumarol según cartilla
 - Clonazepam 0.5 mg día VO
-

EVOLUCIÓN EN GUARDIA EXTERNA 08/03/18 AL 10/03/18

- A su ingreso se constata paciente hemodinámicamente estable y afebril, confusa, con debilidad generalizada.
 - Se realizan estudios complementarios
-

TC DE CEREBRO CON Y SIN CTE EV 08/03/18

- Múltiples lesiones hipodensas cortico subcorticales que no refuerzan con el contraste.
 - Las mayores localizadas en región occipital bilateral con leve efecto de masa, y otras a nivel parietal derecho, frontal izquierdo y en hemisferios cerebelosos.
 - Impresionan focos de isquemia aguda-subaguda temprana. Sin embargo no es posible descartar otra etiología.
 - Sistema ventricular de tamaño conservado con cierto colapso y desplazamiento del asta occipital derecha por el efecto de masa.
-

EVOLUCIÓN EN GUARDIA EXTERNA 08/03/18 AL 10/03/18

- Se realiza test de HIV: negativo
 - Se interconsulta con servicio de Neurocirugía, quien descarta conducta quirúrgica.
 - El 10/03/18 se decide internación en servicio de Clínica Médica para diagnóstico y tratamiento.
-

EXAMEN FÍSICO AL INGRESO CM 10/03/18

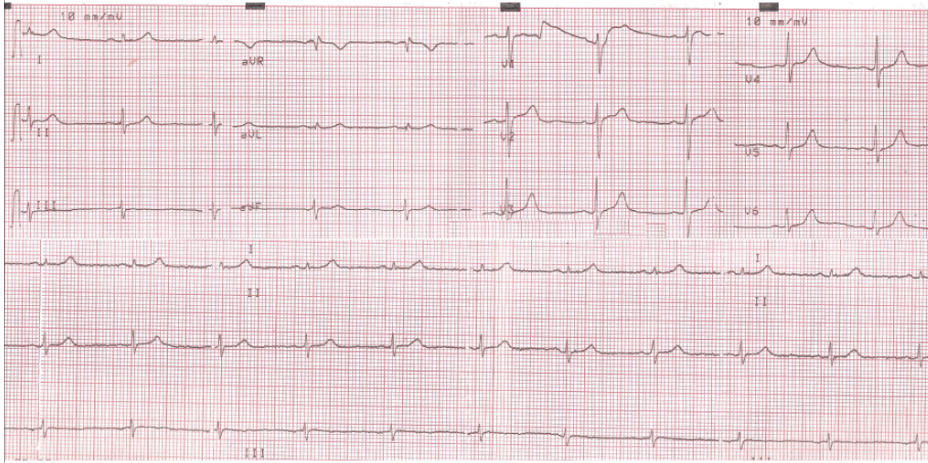
TA	FC	FR	T°	Sat	Altura	Peso	IMC
120/60 mmHg	85 lat/min	18 crm	36.4°C	98% 0.21	1.59 m	56 Kg	22

- **Ap. Cardiovascular:** buena perfusión periférica, pulsos periféricos presentes, regulares y simétricos. IY 1/3 con colapso inspiratorio, RHY negativo. R1 y R2 en 4 focos normofonéticos, silencios impresionan libres.
 - **Ap. Respiratorio:** buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados
 - **Abdomen:** blando, depresible, indoloro, RHA positivos, hígado palpable a 2 cm por debajo del reborde costal.
 - **Neurológico:** lúcida, sin signos de foco motor ni sensitivo. Pupilas isocóricas y reactivas, reflejo fotomotor conservado. Ceguera total.
-

EVOLUCIÓN EN SALA DE CM 10/03/18 AL 11/03/18

- Paciente evoluciona hemodinámicamente estable y afebril. Presenta progresión de foco neurológico, con afasia de expresión y deterioro del sensorio.
 - Se realiza nueva TC de cerebro sin contraste, que evidencia progresión del área isquémica.
 - Se realiza nueva IC con servicio de Neurocirugía, descartándose la intervención quirúrgica.
 - Por evolución desfavorable se decide pase a UTI.
-

ECG AL INGRESO



EXAMEN FÍSICO AL INGRESO UTI 11/03/18

TA	FC	FR	T°	Sat	Altura	Peso	IMC
129/78 mmHg	120 lat/min	20 crm	36°C	98% 0.21	m	Kg	

- **Ap. Cardiovascular:** pulsos periféricos presentes, regulares y simétricos. R1 y R2 en 4 focos normofonéticos, silencios impresionan libres.
 - **Ap. Respiratorio:** buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.
 - **Abdomen:** blando, depresible, indoloro, RHA positivos.
 - **Neurológico:** vigil, desorientada globalmente. Pupilas isocóricas reactivas. Obedece parcialmente órdenes simples. Glasgow 12/15.
-

EVOLUCIÓN EN UTI

11/03/18 AL 15/03/18

- Paciente evoluciona con deterioro del sensorio, Glasgow 8/15, por lo que se decide realizar IOT/ARM el 12/03/18.
 - Se constata frialdad distal, con ausencia de pulsos poplíteos y tibiales.
 - Es evaluada por servicio de CCV, quien realiza ecodoppler arterial y constata disminución de perfusión periférica, signos de isquemia en ambas manos a predominio derecho, y oclusión de arteria carótida externa izquierda. Se decide no realizar revascularización por las condiciones clínicas de la paciente.
-

EVOLUCIÓN EN UTI

11/03/18 AL 15/03/18

- Se solicita ecocardiograma para evaluar posible cuadro neurológico de origen cardioembólico.
-

ECOCARDIOGRAMA 12/03/18

- VI no dilatado con espesores conservados. Disfunción sistólica moderada, con hipoquinesia global.
 - AI no dilatada.
 - Aumento de presiones de llenado, relación E/e' 15, pseudonormal.
 - Se observa a nivel de la valva anterior mitral, un engrosamiento de la misma. Que podría ser compatible con una masa trombótica vs vegetación de 15 x 16 mm, no móvil de aspecto friable, que genera IM severa (ORE 0.5).
 - Cavidades derechas normales.
 - PSAP 48 mm Hg.
 - Derrame pericárdico leve.
-

ECOCARDIOGRAMA 12/03/18

- VI no dilatado con espesores conservados. Disfunción sistólica moderada, con hipoquinesia global.
 - AI no dilatada.
 - Aumento de presiones de llenado, relación E/e' 15, pseudonormal.
 - Se observa a nivel de la valva anterior mitral, un engrosamiento de la misma. Que podría ser compatible con una masa trombótica vs vegetación de 15 x 16 mm, no móvil de aspecto friable, que genera IM severa (ORE 0.5).
 - Cavidades derechas normales.
 - PSAP 48 mm Hg.
 - Derrame pericárdico leve.
-

EVOLUCIÓN EN UTI

11/03/18 AL 15/03/18

- Por los hallazgos ecocardiográficos, y sospecha de endocarditis infecciosa, se realiza HCx3 y se inicia antibióticos empíricos.
 - Es evaluada por servicio de Hematología, quien realiza FSP:
 - Probable pseudotrombocitopenia.
 - No se observa microangiopatías trombóticas.
-

EVOLUCIÓN EN UTI

11/03/18 AL 15/03/18

- Paciente evoluciona con inestabilidad hemodinámica con requerimiento de noradrenalina, insuficiencia renal aguda con alteraciones del medio interno.
 - Se realiza ecodoppler de arterias renales, sin evidencias de trombosis arterial.
 - Realiza hemodiálisis el 13/03/18.
-

EVOLUCIÓN EN UTI

11/03/18 AL 15/03/18

- Por mala evolución clínica y pronóstico ominoso, se decide limitar las medidas terapéuticas en conjunto con familiares.
 - El 15/03/18 la paciente presenta shock refractario, se constata óbito a las 10hs.
-

INDICACIONES

- PHP SF 84 mL/hs
 - Fentanilo 2 ampollas en 100 mL SF por BIC
 - Midazolam 10 ampollas en 250 mL dx 5% por BIC
 - Vancomicina 1 gr cada 12hs EV
 - Ceftriaxona 2 gr día EV
 - Enoxaparina 0.6 mL cada 12hs SC
-

LABORATORIO

	09/03/18	14/03/18
Hto/Hb	40/13.4	35/11.1
Leucocitos	19570	17500
Plaquetas	75000	49000
Glucosa	124	110
Urea/Creatinina	25/0.79	45/2.23
Ionograma	137/3.9/106	136/5.48/103
TP/KPTT/RIN	71/28/1.22	79/34/1.13
BT	0.44	0.34
GOT/GPT	59/55	157/159
LDH	-	3968
Ca/P/Mg	-	8.19/5.3/2
Factor reumatoide	-	7.8
Fibrinógeno	-	193
Factor V	-	64
Factor VII	-	103
Factor VIII	-	250
Complemento C3 y C4	-	125/24