



Ateneo clínico

Hospital C. Argerich
Residencia de cardiología
Ana Laura Mori

18 de Octubre de 2017

Paciente: G. J.		Edad: 40 años
Sexo: Masculino	Fecha de Ingreso: 17/2/17	Fecha de óbito: 9/3/17

Motivo de consulta:

Fiebre

Enfermedad actual:

Paciente concurre a consultorios externos de infectología de este Hospital por cuadro febril de una semana de evolución.

Al examen físico se constata a la auscultación soplo aórtico eyectivo de intensidad 3/6 en foco aórtico. Resto sin particularidades.

Se solicita eco cardiograma que evidencia válvula aórtica bicúspide con vegetación de 11x8 mm.

Se decide internación en sala de cardiología con diagnóstico presuntivo de endocarditis infecciosa.

Antecedentes Personales

Antecedentes de enfermedad actual:

Refiere episodios febriles de 1 semana de evolución sin foco aparente.

Factores de riesgo cardiovascular:

Diabetes diagnosticada hace 1 año.

Medicación habitual:

Metformina 850 mg c/12hs

Glimepirida 4mg c/12hs

Examen físico de ingreso a sala de cardiología 17/2/17

TA: 110/70 mmHg	FC:95 l.p.m	FR:18 c.p.m	T: 37.2 °C	Sat: 97%	Peso: 75kg	Talla: 1.73 m	IMC: 25
--	------------------------------	------------------------------	---------------------------------------	---------------------------	-----------------------------	--	--------------------------

Ap. Cardiovascular: ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio. RHY ausente. R1 y R2 en 4 focos. Soplo sistólico de intensidad 4/6, audible en foco aórtico sin irradiación, y soplo protomesodiastólico 3/6 en foco aórtico. Pulsos regulares, iguales y simétricos.

Ap. Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sonoridad a la percusión, sin ruidos agregados.

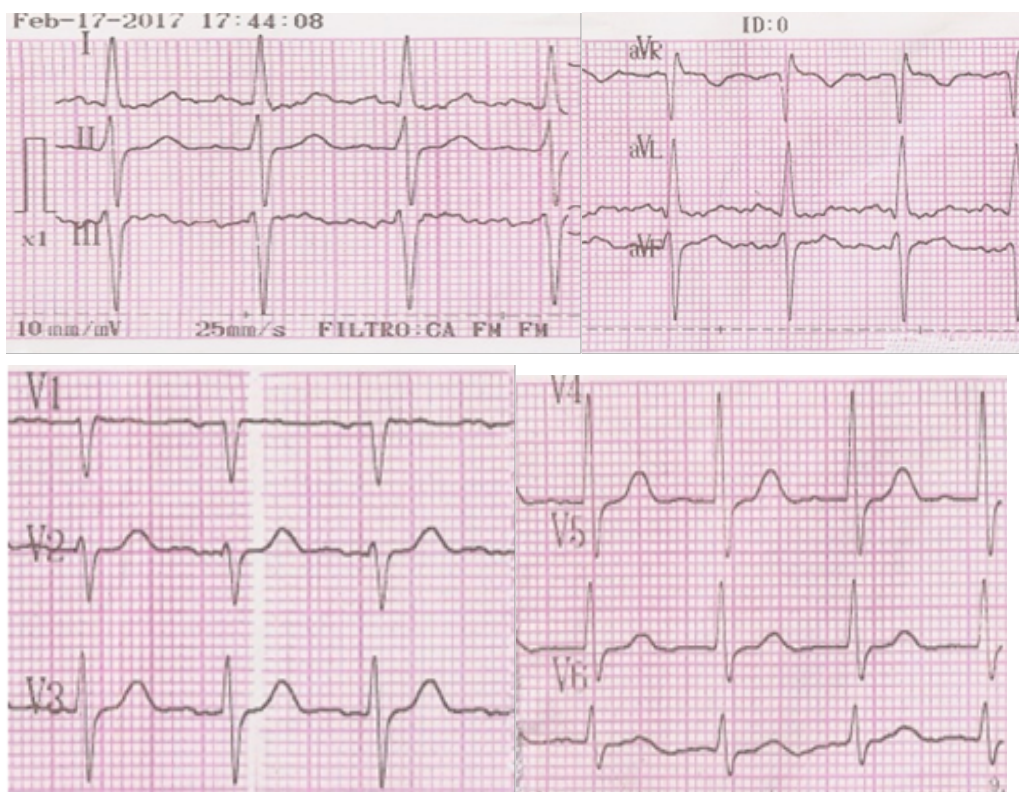
Abdomen: blando, depresible, indoloro. RHA positivos.

Neurológico: Lúcido, sin signos de foco motor, sensitivo ni meníngeo.

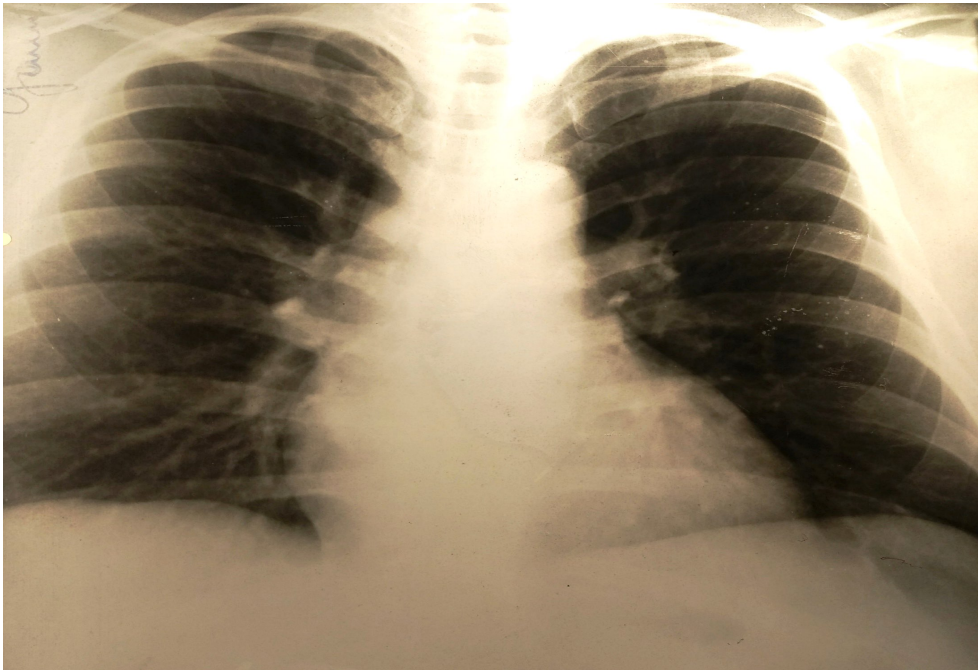
Piel y partes blandas: Buena perfusión periférica. Sin edemas periféricos.

Evaluación odontológica: piezas dentarias en mal estado general

Electrocardiograma de ingreso a sala de cardiología 17/2/2017



Radiografía de ingreso a sala de cardiología 17/2/17



Ecocardiograma 17/2/17

DDVI:	DSVI:	FAC:	SIV:	PP:
5.9 cm	2.9 cm	51%	1.2 cm	1.1 cm

Válvula aórtica de tipo bicúspide con una comisura que se dirige de hora 12 a hora 6, calcificada, con vegetación que en diástole protruye en tracto de salida del ventrículo izquierdo, de aproximadamente **11 x 8 mm**, de menor ecodensidad.

Estenosis e insuficiencia leve con área de 1.6 cm².

Ventrículo izquierdo no dilatado con grosor parietal normal.

Función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción.

Fracción de eyección del 77%.

Cavidades derechas de dimensiones normales.

Válvulas restantes morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción.

No se observa derrame pericárdico.

Evolución en sala de cardiología (17/2/2017 al 23/2/2017)

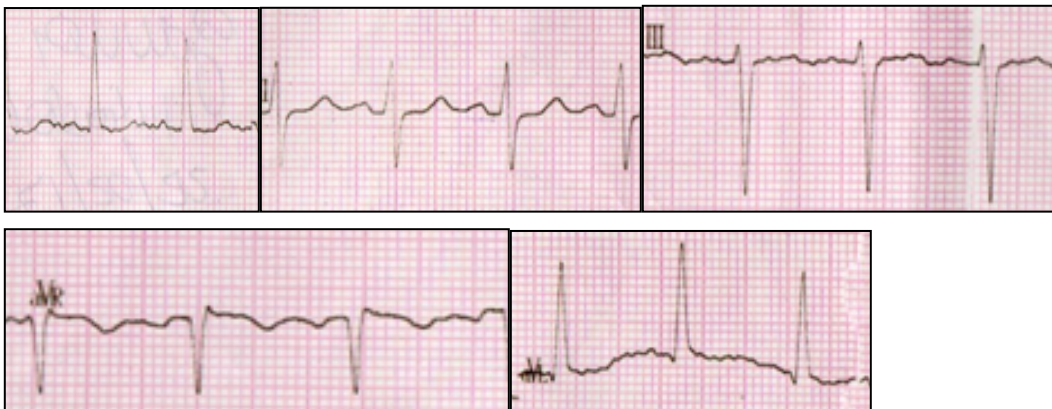
El paciente evoluciona con registros febriles diarios, sin descompensación hemodinámica.

El 20/2 se recibe resultado de hemocultivos positivos 1 de 2 para ***Streptococcus constellatus*** por lo que inicia tratamiento antibiótico con ceftriaxona y gentamicina

Se realiza ecografía abdominal que descarta impactos sépticos

El 23/2 presenta episodio de dolor precordial en reposo de intensidad 4/10 sin irradiación. Se realiza ECG que presenta nuevas ondas q de V1 a V3. dosaje de biomarcadores positivo sin variaciones (troponinas 100 ng/l ; 104 ng/l. CK total 49 ; 56)

Se realiza posteriormente ecocardiograma





Ecocardiograma 24/2/17

DDVI: 5.9 cm	DSVI: 23.4 cm	FAC: 42%	SIV: 1.2 cm	PP: 1.1 cm
-------------------------------	--------------------------------	-----------------	------------------------------	-----------------------------

Válvula aortica de tipo bicúspide con una comisura que se dirige de hora 12 a hora 6, calcificada, con vegetación que en diástole protruye en tracto de salida del ventrículo izquierdo, de aproximadamente **15 x 13 mm**, de menor ecogenicidad.

Estenosis e insuficiencia leve con área de 1.4 cm².

Ventrículo izquierdo no dilatado con grosor parietal normal.

Función sistólica normal.

Aquinesia del segmento apical de la pared inferior y septal, sin alteraciones segmentarias de la contracción en el resto de las paredes.

Fracción de eyección del 68%.

Se observa derrame pericárdico de grado moderado

Evolución en sala de cardiología (17/2/2017 al 24/2/2017)

Se interpreta infarto anteroseptal evolucionado de probable etiología embólica. Se decide no realizar cateterismo por alto riesgo de embolización

El paciente continúa con registros febriles diarios por lo que se toma nueva muestra de cultivos.

El 3/3 se realiza ecocardiograma transesofágico.

Eco cardiograma trans-esofágico 3/3/2017

DDVI: 5.9 cm	DSVI: 2.3 cm	FAC: 42%	SIV: 1.2 cm	PP: 1.1 cm
-------------------------------	-------------------------------	-----------------	------------------------------	-----------------------------

Válvula aortica de configuración bicúspide con una comisura que se dirige de hora 12 a hora 6, calcificada, con vegetación que en diástole protruye en tracto de salida del ventrículo izquierdo, de aproximadamente **16 x 18 mm** de menor eco densidad.

En relación con el anillo aórtico, se puede estimar **imagen que podría corresponder a absceso** que se extiende de hora 3 a 6 .

Presenta **Insuficiencia aortica severa**, se observa tanto por ETE como por ETT relleno del 100% del TSVI, presenta flujo diastólico reverso en aorta torácica descendente y abdominal. Función sistólica normal. Aquinesia del segmento apical de la pared inferior y septal, sin alteraciones segmentarias de la contracción en el resto de las paredes.

Fracción de eyección del 64%.

Derrame pericárdico severo con colapso de VD y AD , en presencia de vena cava que no colapsa.

Evolución en sala de cardiología (17/2/2017 al 3/3/2017)

Ante imagen sugestiva de absceso en anillo aórtico, insuficiencia aórtica severa y derrame pericárdico severo con signos de taponamiento ecocardiográfico, se decide pase a unidad coronaria y realización de pericardiocentesis bajo control ecocardiográfico por servicio de CCV.

Ingreso a Unidad Coronaria 3/3/2017

TA: 100/60mmHg	FC:105 l.p.m	FR:20 c.p.m	T:36 °C	Sat:95% c/ cánula 2lts
---------------------------------	-------------------------------	------------------------------	----------------	---

Ap. Cardiovascular: ingurgitación yugular 2/3 con colapso inspiratorio. RHY presente. R1 disminuído en intensidad y R2 en 4 focos. Soplo protomesodiastólico 3/6 en foco aórtico. Pulsos regulares, iguales y simétricos.

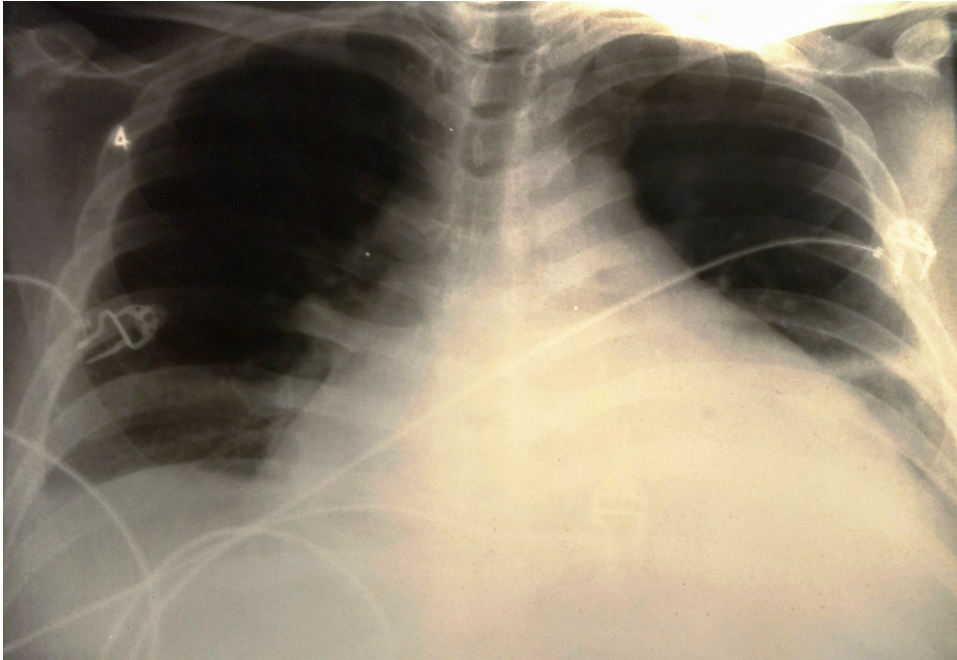
Ap. Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, matidez a la percusión hasta campos medios, rales crepitantes bibasales a la auscultación.

Abdomen: blando, depresible, indoloro. RHA positivos.

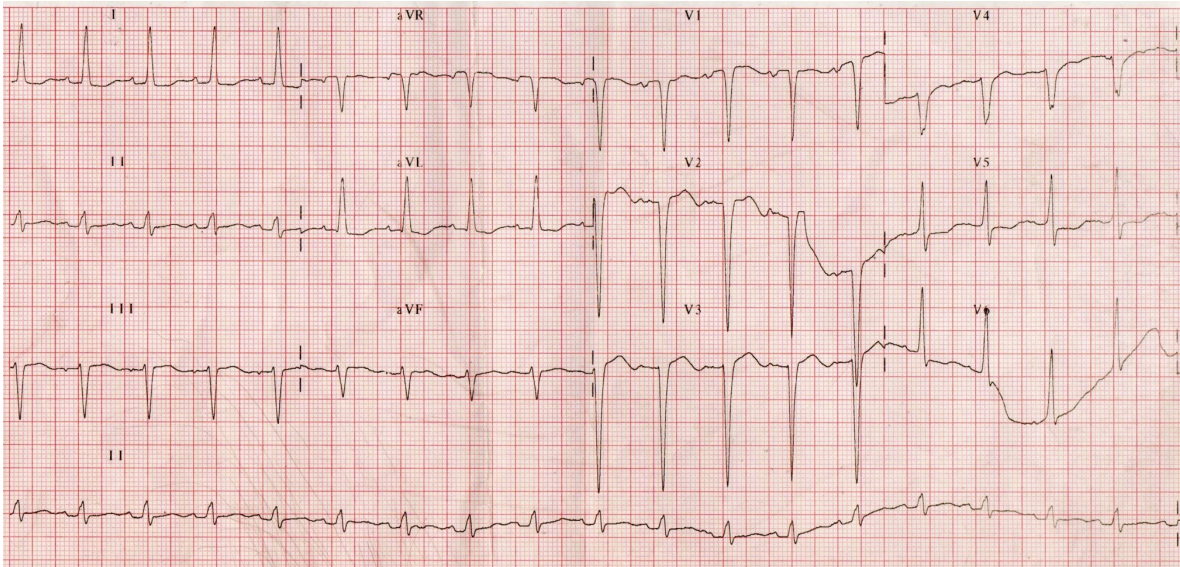
Neurológico: Lúcido, sin signos de foco motor, sensitivo ni meníngeo.

Piel y partes blandas: Buena perfusión periférica. Edemas periféricos 1/6.

Radiografía de ingreso a Unidad coronaria 3/3/2017



Electrocardiograma de ingreso a Unidad coronaria 3/3/2017



Se realiza pericardiocentesis bajo guía ecográfica

Se obtiene 800 ml de líquido hemático y se retira drenaje. Se envía muestra a laboratorio para análisis fisicoquímico y a bacteriología para cultivo.

Persiste febril por lo que se toma nueva muestra de cultivos y se progresa esquema antibiótico a imipenem- vancomicina.

Se realiza tomografía computada para evaluar presencia de impactos sépticos

Líquido de punción pericárdica

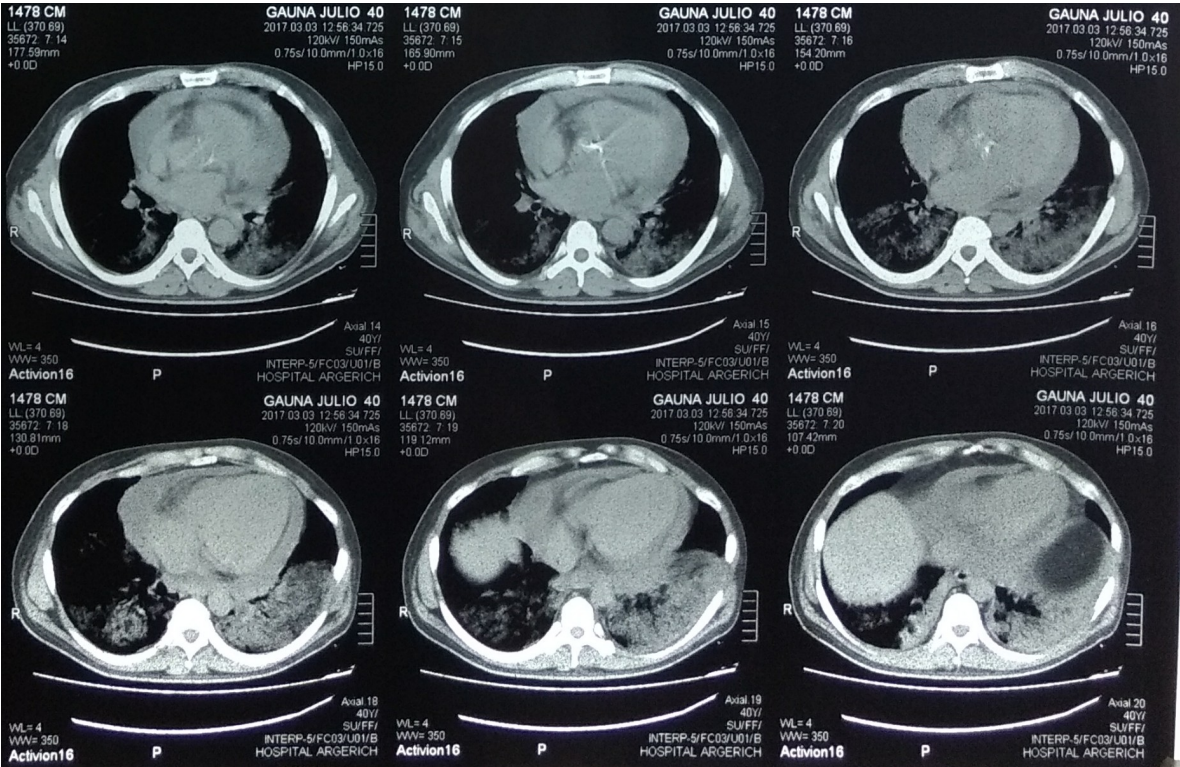
Aspecto: hemorrágico.	Glucosa: 122 mg/dl	Albúmina 21.2 g/l	Recuento : 14100/mm3	Predominio : 80% neutrófilos
--------------------------	-----------------------	----------------------	-------------------------	---------------------------------

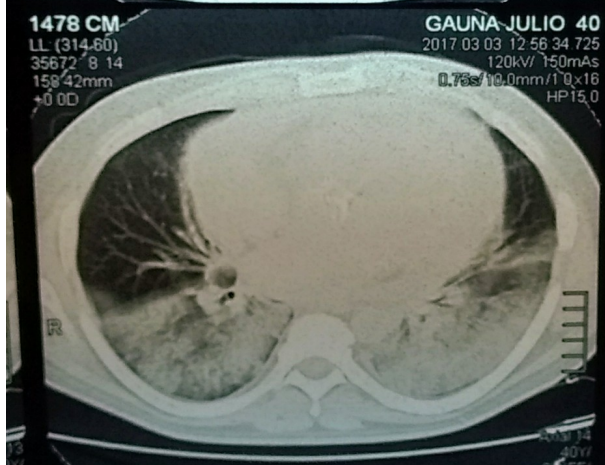
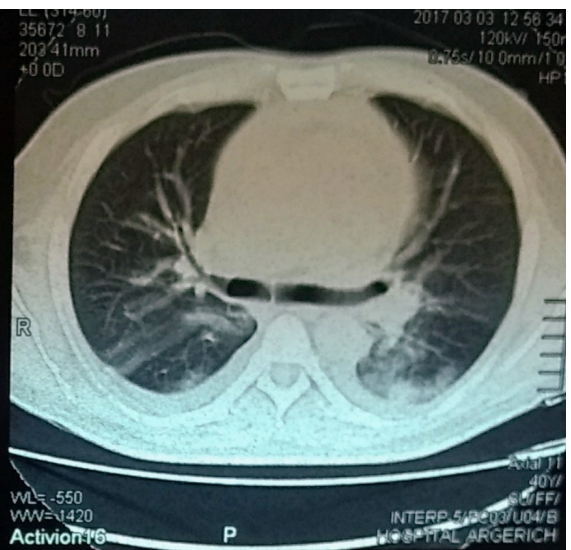
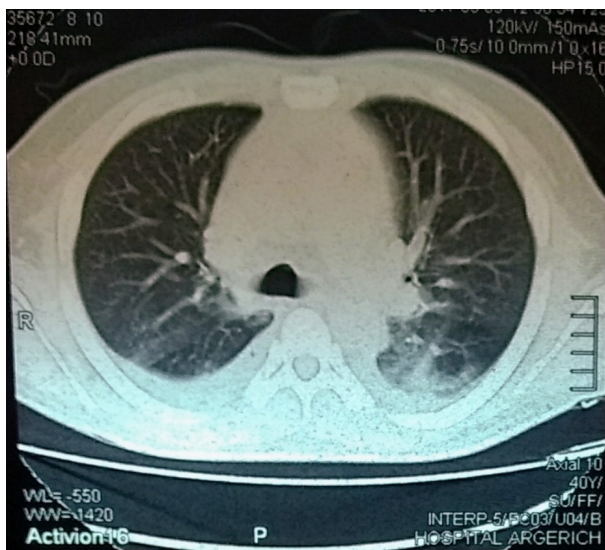
Doct

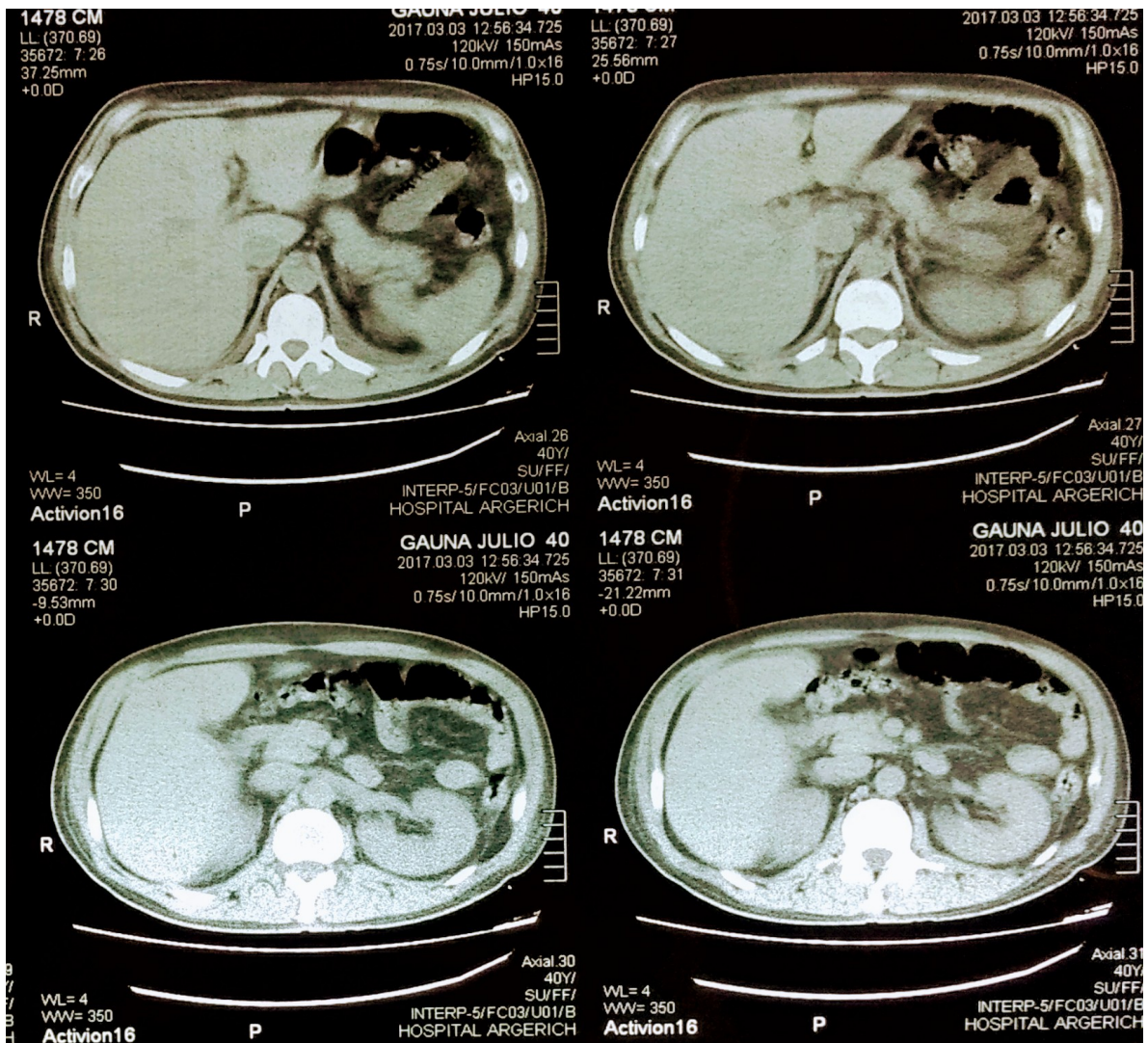
Aspecto: turbio- amarillo	Hto: 28%	Hb: 9.4g/dl
---------------------------	----------	-------------

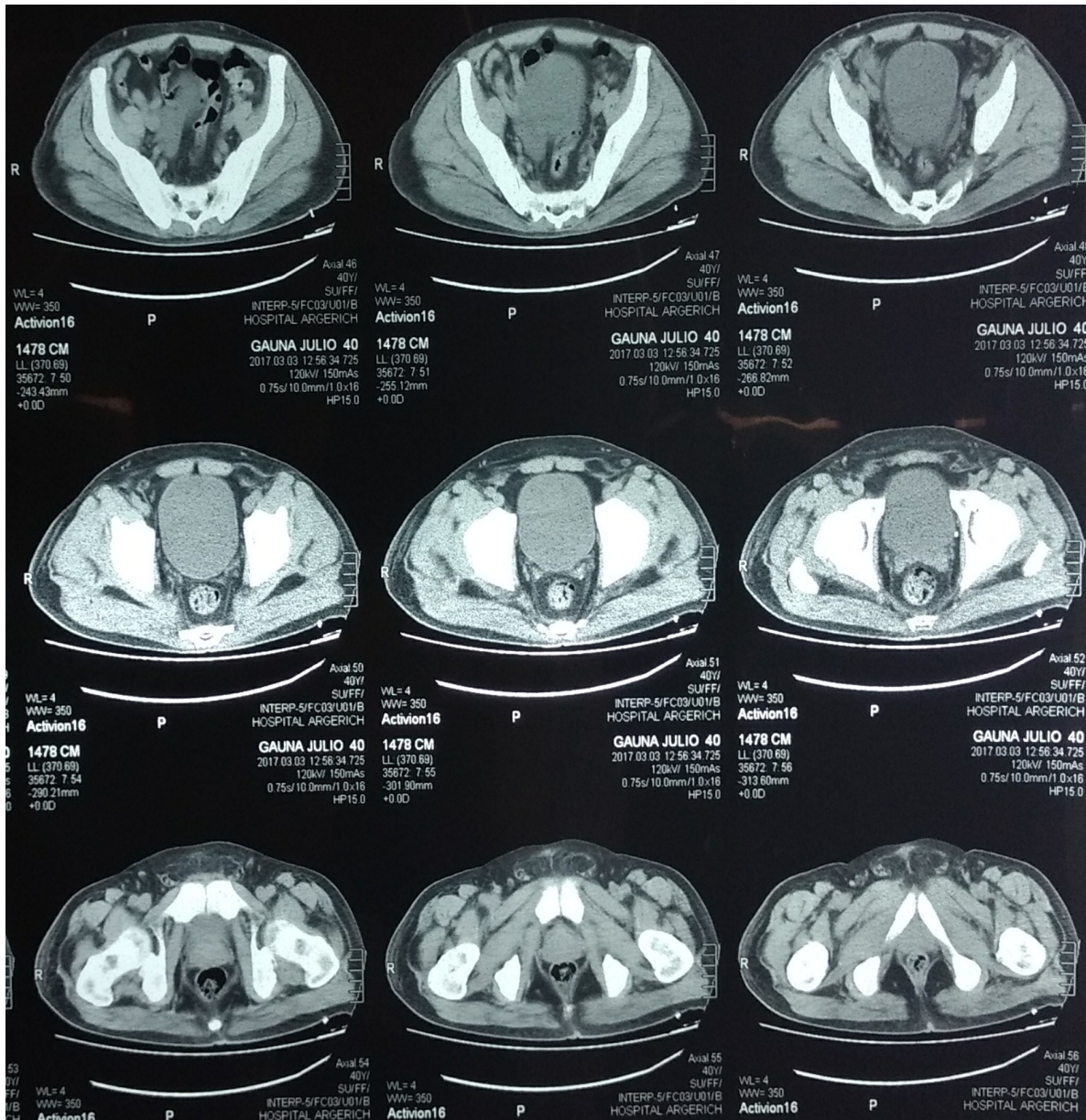
Laboratorio

Hto: 27%	Hb: 9g/dl	GB: 12300/mm3
----------	-----------	---------------









Tomografía 3/3/2017

Derrame pleural bilateral con moderada extensión hasta los vértices

Derrame pericárdico marcado

Numerosos ganglios mediastinales

Opacidades en vidrio esmerilado con tendencia a la consolidación y broncograma aéreo que ocupan gran parte de los lóbulos inferiores y la región posterior del LM y língula. Podría estar en relación a edema

Moderada cantidad de liquido libre en pelvis

Evolución en unidad coronaria (3/3/2017 al 6/3/2017)

Evoluciona tórpidamente, con signos de falla de bomba: crepitantes bibasales, ingurgitación yugular, disminución del ritmo diurético.

Se inician diuréticos en infusión continua.

Se realiza nuevo ecocardiograma de control.

Ecocardiograma 6/3/2017

Ventrículo izquierdo con grosor parietal normal y función sistólica normales.

Aquinesia del segmento apical de la pared inferior y septal

Patrón de relajación restrictivo.

Aurícula izquierda levemente dilatada.

Endocarditis valvular aórtica con **pseudoaneurisma que drena hacia TSVI e insuficiencia valvular severa.**

Derrame pericárdico **moderado a severo** con signos de adherencias a nivel posterior 0.78 cm y pared libre de VD 1.65 cm con colapso parcial de AD,

Sin signos de taponamiento.

Derrame pleural derecho.

Evolución en unidad coronaria (6/3/2017 al 9/3/2017)

Permanece internado, hemodinámicamente compensado, a la espera de intervención quirúrgica de urgencia

El 9/3 ingresa a quirófano para cirugía de reemplazo valvular.

Parte quirúrgico

Se resecan VAo bicúspide, vegetaciones y absceso en el anillo en relación al SIV.

Ostium derecho muy puntiforme, por lo que se realiza con dificultad cardioplejía por él.

Se implanta válvula St. Jude n°23 .

Tras desclampeo aórtico, se intenta salir de CEC con tres drogas, con mala tolerancia. Se reingresa a CEC y se realiza puente venoso desde Ao a CD.

Se intenta nuevamente salida de CEC con BCAo y marcapaseo ventricular. El paciente persiste hemodinámicamente inestable, por lo que reingresa en CEC y se coloca bomba centrífuga

Se logra salir de CEC (total 364 min) y luego de 25 min en estas condiciones, complica con fibrilación ventricular.

Se realiza desfibrilación y se inician maniobras de RCP avanzado con masaje cardíaco directo, sin éxito.

Se constata óbito a las 20:30 hs.

Laboratorios

	17/2	20/02	3/3	8/3
Hto	36	35.2	27	26.9
GB	14700	23700	12300	14400
Plaquetas	405000	465000	827000	481000
Glucemia	142	292	170	155
Urea	31	40	81	69
Creatinina	0.71	0.82	1.55	1.39
TP/Kptt/ RIN			79/31/1.13	66/26/1.27
Ionograma	136/3.13/96		130/3.32/89	135/3.10/97
Hepatograma	Bt: 0.35 Got: 57 Gtp: 82	Bt: 0.35 Got: 57 Gtp: 82	Bt: 0.23 Got: 39 Gtp: 75	
Albumina	3.8		2.5	2.5
ESG/PCR		83mm/337 mg/L	114mm/ 255mg/L	