



Ateneo

Anatomopatológico

Dra. Döppler, María Eugenia
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. Cosme Argerich

Paciente: C.C.

Edad 45 años

Sexo: Femenino

Ingreso: 16/05/2017

Egreso: 16/11/2017

Motivo de consulta

Fiebre, pérdida de peso y dolor abdominal

Enfermedad actual

Paciente refiere presentar cuadro de dos meses de evolución de fiebre a predominio nocturno, pérdida de peso de 10 kg, y dolor abdominal en seguimiento por servicio de hepatología del Hospital Argerich por sospecha de hepatitis. El 16/05 durante la realización de una ecografía hepática se observa derrame pericárdico por lo cual se solicita ecocardiograma, el cual informa derrame pericárdico severo circunferencial con signos ecográficos de taponamiento inminente con variación respiratoria >30% en flujos anterógrados. Se decide su internación en UCO para diagnóstico y tratamiento.

• **Antecedentes personales**

- Microadenoma hipofisario (prolactinoma)
- Hipotiroidismo
- Vasculitis leucocitoclástica con púrpura palpable en miembros inferiores

• **Factores de riesgo cardiovascular**

- Sobrepeso

• **Medicación habitual**

- Cabergolina 1 mg/semanal
- Levotiroxina 150 ugr/día
- Deltisona 10 mg/día

ECG AL INGRESO A UCO 16/05/17

EXAMEN FÍSICO AL INGRESO A UCO – 16/05/2017

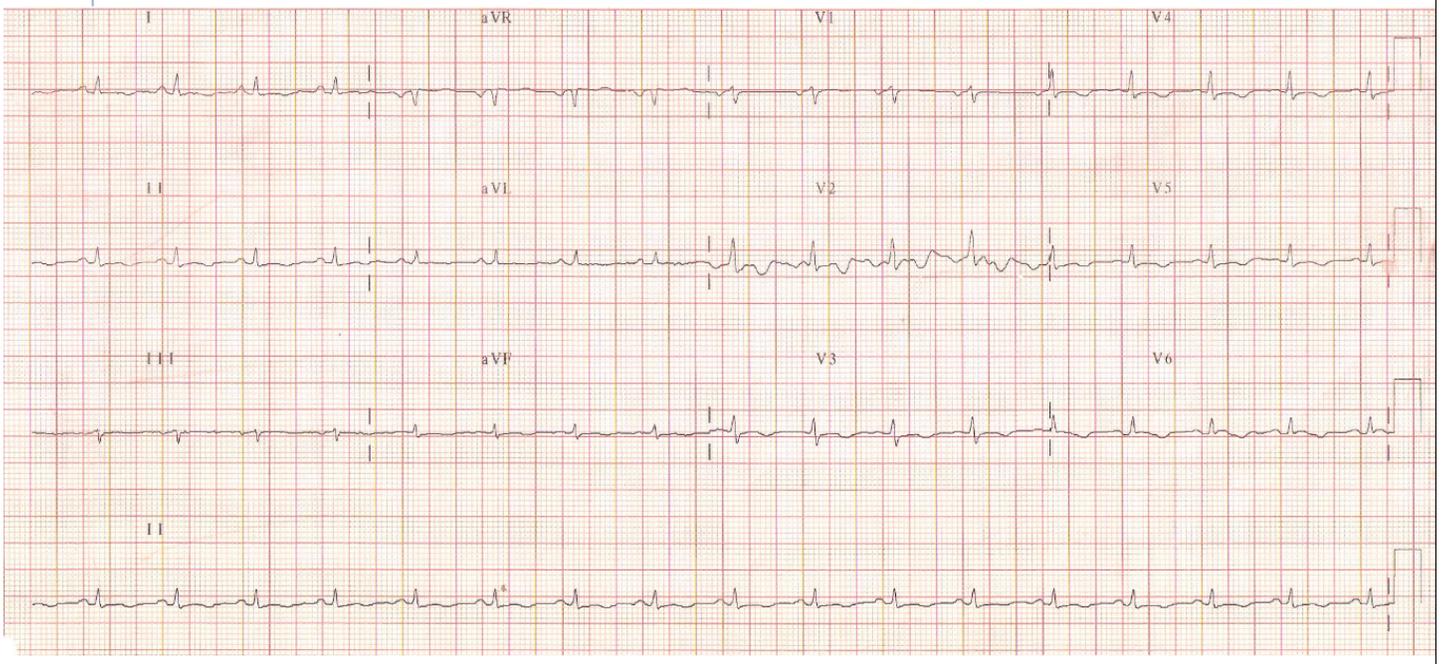
TA: 140/90 mmHg	FC: 115 lpm	FR: 18 cpm	T: 37 °C	Peso 68 kg Talla 1,60 m	IMC 26,56 kg/m ²
-----------------	-------------	------------	----------	----------------------------	--------------------------------

Ap. Cardiovascular: Buena perfusión periférica, ingurgitación yugular 2/3, con colapso inspiratorio parcial. RHY positivo. R1 y R2 en 4 focos hipofonéticos, silencios libres, choque de punta en 4° espacio intercostal izquierdo, línea axilar anterior. Pulsos periféricos conservados y simétricos. Edemas de miembros inferiores 2/6. No presenta signo de Kussmaul ni pulso paradojal.

Ap. Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, hipoventilación bibasal con percusión mate y murmullo vesicular ausente en ambas bases, sin ruidos agregados.

Abdomen: Globoso, blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, RHA positivos. Ascitis infraumbilical. Hígado palpable tres traveses de dedo por debajo del reborde costal.

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



RX DE TÓRAX AL INGRESO A UCO 16/05/17



Evolución en uco– 16/05/17 al 17/05/17

Con diagnóstico de derrame pericárdico severo permanece 24 hs en UCO para monitoreo.

La paciente evoluciona hemodinámicamente estable, sin signos clínicos de taponamiento por lo que el 17/05 se decide su pase a sala de cardiología para estudio.

Evolución EN SALA DE CARDIOLOGÍA – 18/05/17 al 24/10/17

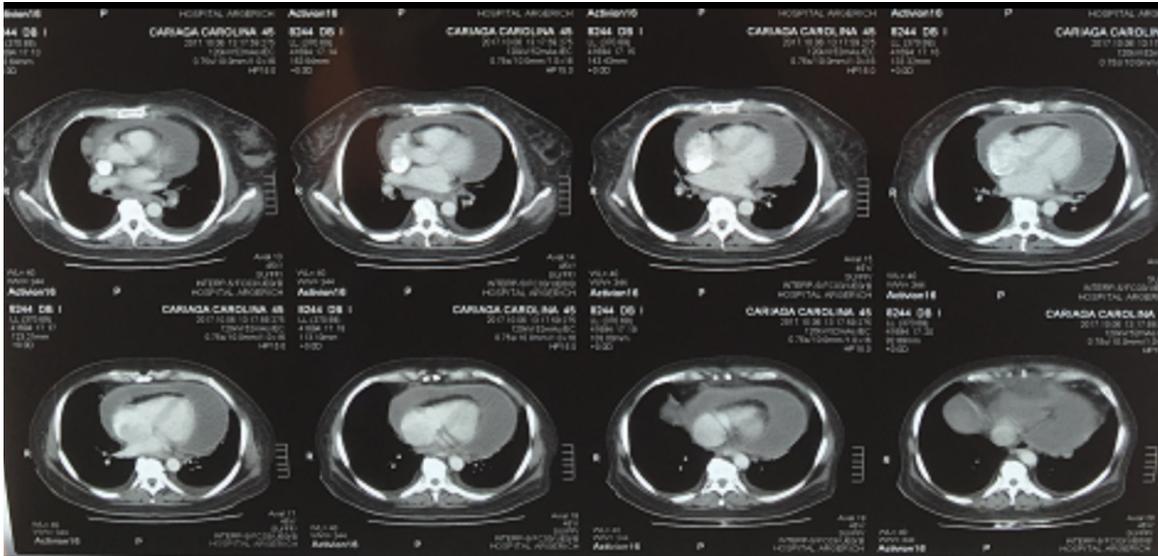
En sala de cardiología con sospecha de pericarditis constrictiva se solicita nuevo ecocardiograma y se inicia tratamiento con colchicina.

ECOCARDIOGRAMA – 23/05/17

DDVI:	DSVI:	FEY:	SIV:	PP:
46 mm	-	Conservada	7 mm	7 mm

- VI con motilidad regional y función sistólica global normales.
- Movimiento anormal del SIV (desplazamiento posterior en proto-diástole).
- Deterioro de la función sistólica del VD con TAPSE 13mm.
- Derrame pericárdico severo con imágenes lineales hiperecogénicas en su interior. Aumento del grosor de ambas hojas pericárdicas, principalmente del pericardio visceral adyacente a VD, con áreas de hiperrefringencia que podrían corresponder a zonas de calcificación. Igualación de la velocidad de la onda E' tisular entre septum y pared lateral.
- VCI dilatada sin colapso inspiratorio.
- Variación respiratorio >30% en flujos anterógrados.
- Impresión diagnóstica: pericarditis efuso-constrictiva.

Para completar estudio de la patología se solicita el 19/05 TC de tórax con contraste EV.



- Derrame pericárdico severo.
- Engrosamiento de hojas parietal y visceral (4mm).
- Múltiples adenomegalias mediastinales.
- Ausencia de derrame pleural.
- Signos sutiles de enfisema centrolobulillar a predominio apical bilateral.

Se realiza nuevo ecocardiograma.

ECOCARDIOGRAMA – 09/06/17

DDVI:	DSVI:	FEY:	SIV:	PP:
41 mm	26	Conservada	9 mm	7 mm

- VI con motilidad regional y función sistólica global normales.
- VCI de 19mm sin colapso inspiratorio y aumento de la velocidad de onda a.
- Derrame pericárdico severo que rodea la silueta cardíaca, dejando un espacio libre de ecos de 26mm por delante del VD, 23 mm por detrás de la pared posterior y 40 mm en ápex. Tractos fibrosos y engrosamiento de pericardio visceral que a nivel del VD alcanza 6mm.
- Variación respiratorio 34% en flujos transtricuspídeo y 40% transmitral. Doppler tisular con anillo mitral paradojal (e' septal 6 cm/s y e' lateral 4 cm/s).
- Fisiología efuso-constrictiva con rebote septal, anillo paradojal y aumento inspiratorio del 45% de las velocidades tricuspídeas y reducción del 37% de las mitrales.

Se realiza resonancia cardíaca.

RESONANCIA CARDÍACA CON GADOLINIO – 14/06/2017

DDVI 45mm	DSVI 31mm	SIV 0,62cm	P. inferolateral 0,56cm
VFD 40ml/m ²	VFS 18ml/m ²	VS 36ml	FEY 54%
GC 3,4 l/min	IC 2 l/min/m ²		

- Engrosamiento pericárdico (3,1 mm) con retención tardía de gadolinio compatible con pericarditis efusoconstrictiva.
- Derrame pericárdico severo circunferencial.
- FSVI y FSVD conservadas.
- VCI dilatada (2,55cm).

Evolución en sala de cardiología – 18/05/17 al 25/10/17

Establecido el diagnóstico de pericarditis efuso constrictiva, se plantean como diagnósticos diferenciales etiológicos: infecciosa/Tuberculosa, neoplásica, por trastornos autoinmunes, hipotiroidea o farmacológica (por cabergolina, la cual se decide suspender).

Ante la presencia de inflamación en resonancia se inicia tratamiento antiinflamatorio, y continua tomando deltisona, la cual ya traía como medicación de base. Continua en tratamiento con colchicina, el cual se realiza de forma intermitente por intolerancia digestiva.

Se investigan posibles etiologías.

- **Neoplásico:** se realiza TC de tórax, abdomen y pelvis con contraste EV, la cual no evidencia presencia de lesiones primarias o secundarias compatibles con malignidad. Se realiza control ginecológico con PAP, colposcopia y mamografía negativas para neoplasia ginecológica.
- **Hipotiroideo:** se realiza perfil tiroideo el cual resulta normal.
- **Infeciosa:** se realizan serologías virales para hepatitis A, B y C negativas. HIV negativo.
- **Tuberculoso:** se realiza prueba de PPD negativa (0mm). Esputos seriados BAAR negativos.
- **Autoinmune:** se realiza colagenograma el cual resulta normal.

Se realiza seguimiento clínico sin signos de taponamiento y ecocardiográfico periódico. Por fisiología constrictiva persistente, el 27/06 se decide en conjunto con servicio de CCV conducta quirúrgica. Se realizan estudios prequirúrgicos.

El 24/09 intercorre con colecistitis litiásica. Es evaluada por servicio de cirugía, quienes realizan colecistectomía laparoscópica el 25/09, sin mayores complicaciones.

Durante la internación intercorre con ITUs a repetición, cumpliendo antibioticoterapia ajustada a rescates.

Parte quirúrgico – 25/10/17

El 25/10 se lleva a cabo una pericardiectomía parcial, con patch residual de pericardio visceral en AD, con lesión de la AD y de la Arteria Pulmonar durante la cirugía, con reparación mediante rafia. Requiere durante la cirugía 3000 ml de cristaloides, 1000 ml de coloides, 4 U de GR, 2 U de plasma fresco y congelado, y doble soporte inotrópico con dobutamina y noradrenalina.

Se informa presencia de abundante material amarillo espeso y aspecto caseoso de pericardio visceral.

Se envían muestras a anatomía patológica y cultivos.

EXAMEN FÍSICO AL INGRESO A UCO – 25/10/2017

TA: 130/76 mmHg	FC: 92 lpm	FR: 15 cpm	T: 37 °C	Saturación 94% con FIO al 0,7
Dobutamina 10 gammas y Noradrenalina 0,05 gammas				

Ap. Cardiovascular: Buena perfusión periférica, ingurgitación yugular 1/3, RHY negativo. R1 y R2 en 4 focos hipofonéticos, silencios libres, sin R3 ni R4. Pulsos periféricos conservados y simétricos.

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

Abdomen: Globoso, blando, depresible. Hígado palpable tres traveses de dedo por debajo del reborde costal. Ascitis a nivel umbilical.

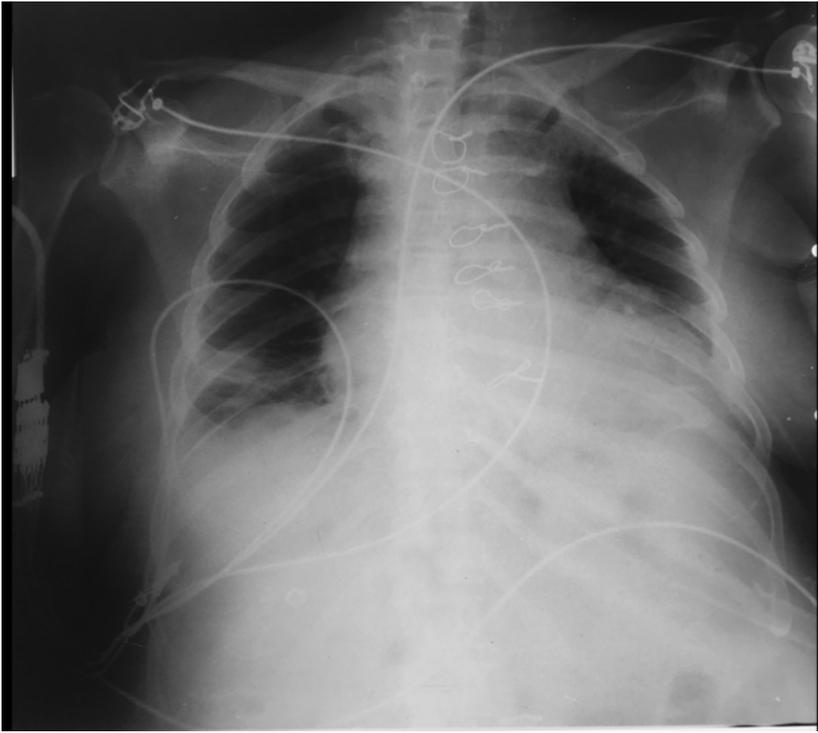
Neurológico: bajo sedoanalgesia, RASS -5.

Herida quirúrgica cubierta por gasas limpias y secas. Drenaje en Y pleural izquierdo y mediastinal y drenaje pleural derecho.

ECG INGRESO A UCO 25/10/17



RX DE TÓRAX INGRESO A UCO 25/10/17



Evolución en uco – 25/10/17 al 03/11/17

La paciente evoluciona hemodinámicamente compensada, con suspensión de drogas inotrópicas. Se extuba el 24/10 con buena tolerancia.

El 30/10 la paciente intercorre con fiebre y síndrome confusional agudo. Se realiza HMC, UC y punción intertablas. Se realiza TC de cerebro y tórax la cual informa imagen subcortical hipodensa con marcado realce en surcos tras la administración de contraste EV, sin colecciones. Imagen compatible con isquemia vs cerebritis. En tórax imagen de colección mediastinal heterogénea.

Se interpreta cuadro como sepsis a foco mediastinal vs meningoencefalitis.

Se realiza punción lumbar por sospecha de meningoencefalitis. Se ingresa muestra para físico químico, cultivos y PCR para TBC al Hospital Gutiérrez.

RESULTADO DE FÍSICO QUÍMICO

ASPECTO	COLOR	GLUCOSA	PROTEINAS	LEUCOCITOS	PREDOMINIO
LÍMPIDO	XANTOCRÓMICO	12 mg/L Glucemia 88 mg/L	1,69 g/L	418/mm ³	90% mononucleares

Por sospecha de meningoencefalitis tuberculosa se inicia tratamiento empírico antibiótico y con 4 drogas antifímicas. Posteriormente se recibe resultado de PCR para TBC positivo y cultivos para TBC también positivos. Se interpreta como meningitis tuberculosa por diseminación hematogéna de pericarditis tuberculosa durante la cirugía.

Por evolución clínica favorable se decide el 3/11 su pase a sala de cardiología.

Evolución en sala de cardiología – 3/11/17 a 16/11/17

En sala de cardiología la paciente evoluciona HDE, afebril, con mejoría del estado neurológico. Cumple una semana de tratamiento antibiótico convencional para meningocelalitis y continua en tratamiento con 4 drogas para TBC, en plan de completar 9 meses de tratamiento total.

El 5/11 se reciben informe de anatomía patológica: líquido pericárdico con citológico negativo. Biopsia pericárdica con inflamación granulomatosa de tipo tuberculoide.

Por evolución clínica favorable se otorga alta hospitalaria el 16/11 con control ambulatorio.

Se realiza ecocardiograma de control previo al alta.

ECOCARDIOGRAMA AL ALTA – 16/11/17

DDVI:	DSVI:	FEY:	SIV:	PP:
46 mm	32	67%	7 mm	7 mm

- VI con motilidad regional y función sistólica global normales. Movimiento asincrónico del SIV.
- TAPSE 10mm, disminución de onda s' de la pared libre VD, que pueden ser 2° a la afección previa del anillo tricuspídeo por la pericarditis constrictiva.
- VCI no dilatada.
- Material ecogénico que rodea la silueta cardíaca (inferoposterolateral desde eje corto PEI) con espesor máximo de 11 mm.
- En relación al estudio previo se observa disminución de los signos de constrictión, persistiendo únicamente disminución de la velocidad lateral de e' lateral.

LABORATORIOS

Determinación	16/05/17	09/08/17	25/10/17	3/11/17	14/11/17
Hto/Hb	38/12	42/13	43/13	39/13	41/13
Leucocitos	7.100	9.000	10.100	9.800	7.600
Plaquetas	217.000	238.000	202.000	230.000	242.000
Glucosa	74	86	134	75	82
Urea	25	24	28	16	40
Creatinina	0,58	0,66	0,88	0,47	0,57
Na/K/Cl	134/3,7/96	136/4,1/98	138/3,3/100	142/3/95	146/3,4/93
EAB	7,46/39/27/3,4		7,43/30/104/19/- 3,4/98%	7,5/44/35/11	7,41/37/23/-0,8
TP/kPTT/RIN	72/33/1,21	66/34/1,28	54/37/1,5	58/35/1,4	93/33/1
BT/BI	1,32/0,63/0,69	3,1/2,4/0,71	1,98/1,4	2,81/2,32/0,49	1,93/1,41/0,52
GOT/GPT	23/32	254/177	26/14	28/11	20/13
Prolactina	14 (normal)	73 (elevada)	138 (elevada)		
ESD/PCR	16/45	Complemento C3 y C4 normales	Serología HIV, hepatitis A, B y C	Negativas	