

ATENEO ANATOMOPATO LÓGICO

Hospital Cosme Argerich
Residencia de Cardiología
Mariano Napoli Llobera

Paciente: J.H.

Edad 64 años

Sexo: Masculino

Ingreso: 03/03/2015

Óbito: 14/03/2015

MOTIVO DE CONSULTA

Tos y disnea.

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente de sexo masculino de 64 años con antecedentes de trasplante cardíaco en noviembre de 2005 por miocardiopatía isquémico necrótica, refiere comenzar hace dos semanas con disnea en clase funcional II y tos no productiva, que progresa en las últimas 48 horas a CF III.

Se presenta a consultorios externos de Trasplante cardíaco el 3/3/15. Allí se constata paciente en regular estado general, con mala mecánica ventilatoria, por lo que se decide su internación en Terapia Intensiva.

ANTECEDENTES PERSONALES

Factores de riesgo cardiovasculares:

-Tabaquista severo (20 pack/year).

-Dislipemia.

-Hipertensión arterial.

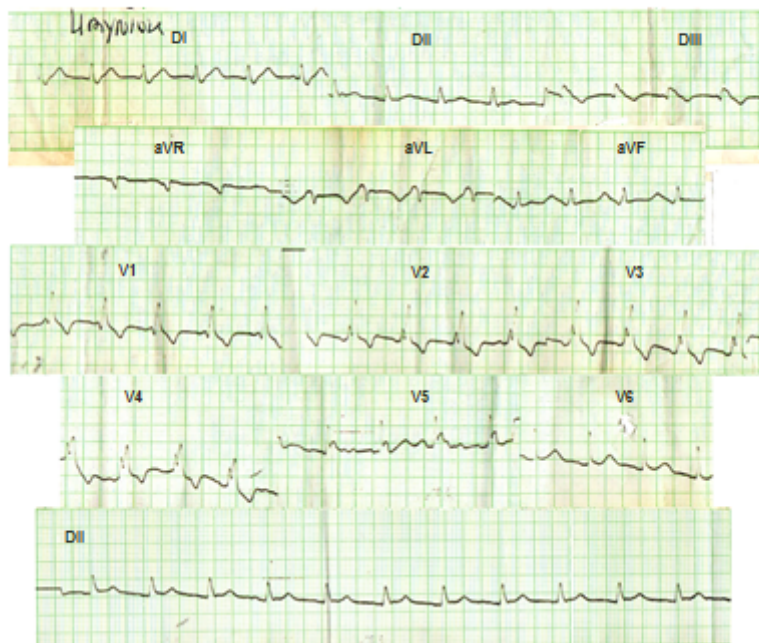
ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL

Curso internación en el Hospital Fernandez en noviembre de 2005, por shock cardiogénico con requerimiento de inotrópicos y BCAA, donde se realiza CCG que evidencia: DA oclusión proximal con circulación colateral heterocoronariana, CX oclusión proximal con circulación colateral, CD dominante con estenosis significativa en tercio medio y distal.

El 11/11/2005 es derivado a este centro para evaluación pre trasplante.

Es trasplantado el 19/11/2005 con donante isogrupo de 31 años con diagnóstico de muerte cerebral por ACV hemorrágico con 4 horas de isquemia.

ELECTROCARDIOGRAMA PREVIO (9/11/2007):



ECOCARDIOGRAMA J.H. 05/11/2008

DDVI:	DSVI:	FAC:	SIV:	PP:	AI:	AO:
4,8 cm	3,3 cm	31%	1,4 cm	1,00 cm	4,0 cm	3,9 cm

Estudio realizado sobre corazón trasplantado.

Ventrículo izquierdo no dilatado, con aumento leve del grosor septal.

Función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción.

Strain sistólico global: -19%.

Ambas aurículas con tamaño acorde con la condición de corazón trasplantado.

Ligera dilatación de la raíz aortica.

Válvulas morfológicamente normales, sin evidencia de disfuncion.

Presión sistólica pulmonar 27 mmhg.

No hay derrame pericárdico

Cinecoronariografía(13/12/2011):

Tronco: Sin lesiones angiográficamente significativas

Descendente anterior: Sin lesiones angiográficamente significativas

Circunfleja: Sin lesiones angiográficamente significativas

Coronaria derecha: Hipoplásica, sin lesiones angiográficamente significativas

Ventriculograma izquierdo en OAD: Volumen de fin de diástole y de fin de sístole conservados, sin alteración segmentaria de la motilidad parietal.

Válvula mitral móvil y competente

Presiones: AO 153/93 mmhg VI 153/0 mmhg PFDVI: 14 mmhg

Conclusiones:

- 1)Arterias coronarias sin lesiones angiográficamente significativas.
- 2)Función ventricular izquierda conservada.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PREVIOS

Biopsia endomiocárdica(23/8/07): Rechazo 0

TAC de abdomen(12/8/09): Hígado, bazo, pancreas y ambas suprarrenales normales. Pequeño quiste a nivel hepático. Quiste renal bilateral, siendo de mayor tamaño a nivel del polo inferior RI de 23 mm. Sin adenomegalias. Pelvis sin particularidades

PSA(31/10/2011): 4.96 ng/ml

VCC(16/7/2014): Sin particularidades

Serologías virales: Negativas

MEDICACIÓN HABITUAL

- Ciclosporina 50 mg cada 12 horas VO
- Micofenolato 500 mg cada 6 horas VO
- Atorvastatina 20 mg/día VO
- Omeprazol 20 mg/día VO
- AAS 100 mg/día VO
- Enalapril 5 mg cada 12 horas VO
- Carvedilol 12.5 mg cada 12 horas VO
- Ibandronato 150 mg/día VO

EXAMEN FÍSICO INGRESO A TERAPIA INTENSIVA 03/03/2015

TA: 102/53 mmHg	FC: 63 Lpm	FR: 30 Cpm	T: 36,4 °C	Sat: 88% al 0,21	IMC: 24.6
--------------------	------------	------------	------------	---------------------	--------------

Ap. Cardiovascular: Buena perfusión periférica, Ingurgitación yugular 2/3 con colapso inspiratorio parcial. RHY negativo. Pulso regular, choque de la punta palpable en 5° espacio intercostal, línea medio axilar. R1 y R2 en 4 focos hipo fonéticos, silencios libres. Sin edemas periféricos.

Ap. Respiratorio: regular mecánica ventilatoria, taquipneico, matidez a la percusión, vibraciones vocales disminuidas e hipoventilación en la base pulmonar derecha hasta campo medio con soplo tubario. Saturación de 93% con mascara de O2 al 0.5.

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

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

Piel y partes blandas: Sin particularidades

RADIOGRAFIA DE TORAX AL INGRESO

Infiltrado difuso homogéneo que compromete la base pulmonar derecha hasta campo medio, compatible con derrame pleural.

EVOLUCIÓN EN TERAPIA INTENSIVA (03/03/2015 AL 14/03/2015)

Paciente evoluciona con regular mecánica ventilatoria, por lo que se decide realizar punción evacuadora del derrame pleural obteniéndose 2500 ml de contenido seroso.

Criterios de LIGHT: Prot liq/Prot suero: **0.57**

LDH liq/LDH suero: **0.60**

LDH > 2/3 del VN en suero: **459**

**EXUDADO NO
COMPLICADO**

LÍQUIDO DE PUNCIÓN PLEURAL

Líquido de punción	Físico-Químico
Aspecto	Turbio
Color	Amarillo
Ph	7,25
Glucosa	111 mg/dl
Proteínas	4,1 mg/l
LDH	459 UI/l
Albúmina	2.6 mg/l
Recuento celular	900 cel./mm ³ (Predominio 70 % Polimorfonucleares)

EVOLUCIÓN EN TERAPIA INTENSIVA (03/13/2015 AL 14/03/2015)

Con criterios de LIGHT compatible con Exudado no complicado se toman muestras para HMC X2, cultivo de líquido pleural, y se inicia tratamiento antibiótico empírico con Ampicilina-Sulbactám (AMS) + Ciprofloxacina ajustado a función renal y PHP amplio.

Paciente evoluciona en regular estado general, con mala mecánica ventilatoria con utilización de músculos accesorios, e hipoventilación marcada en campo pulmonar derecho hasta campo medio.

En conjunto con servicio de cirugía general se decide colocar Tubo de avenamiento pleural (TAV).

EVOLUCIÓN EN TERAPIA INTENSIVA (03/13/2015 AL 14/03/2015)

Paciente evoluciona afebril, con TAV con débitos diarios de 1500 ml aproximadamente.

El 7/3 intercorre con cuadro agudo de fallo de bomba con desaturación y mala mecánica respiratoria. Se inicia BIC de furosemida y VNI con buena tolerancia.

A pesar de tener cultivos negativos, debido al estado general del paciente se decide aumentar esquema terapéutico a Imipenem + Vancomicina + Anfotericina B.

EVOLUCIÓN EN TERAPIA INTENSIVA (03/13/2015 AL 14/03/2015)

El 11/3 evoluciona con tendencia a la hipotensión (TA 60/40 mmhg), taquicárdico (130 Lpm), con requerimiento de inotrópicos, y mala mecánica ventilatoria, por lo que se realiza IOT/ARM.

Con informe citológico de líquido pleural no concluyente por muestra no significativa, se decide realizar toma de biopsia por videotoracoscopia.

Es evaluado por servicio de Cirugía general, quienes contraindican la realización de dicho procedimiento debido al estado general del paciente.

EVOLUCIÓN EN TERAPIA INTENSIVA (03/13/2015 AL 14/03/2015)

Paciente evoluciona de forma desfavorable, con requerimiento de inotrópicos en altas dosis, insuficiencia renal aguda oligúrica, y con leucocitosis en ascenso.

Se decide iniciar en forma empírica tratamiento antituberculoso con Isoniacida, Rifampicina, Etambutol y Pirazinamida.

El día 14/3 intercorre con paro cardiorrespiratorio.

Se realizan maniobras de RCP sin respuesta satisfactoria.

LABORATORIOS

Determinación	04/02/2015	03/03/2015 (INGRESO)	13/3/2015 (ÓBITO)
Hematocrito / Hemoglobina	43% / 14,3 mg/dl	44% / 14,1 mg/dl	43% / 14 mg/dl
Leucocitos	10600 cel./mm ³	29500 cel./mm ³	47200 cel./mm ³
Plaquetas	150000 cel./mm ³	277000 cel./mm ³	240000 cel./mm ³
Glucosa	99 mg/dl	118 mg/dl	193 mg/dl
Urea	61 mg/dl	164 mg/dl	122 mg/dl
Creatinina	1.68 mg/dl	3,8 mg/dl	3.56 mg/dl
Na / K / Cl	138 / 5,2 / 92 mmol/l	135 / 5,7 / 95 mmol/l	133 / 5,4 / 96 mmol/l
BT / GOT / GPT	0,55 mg/dl / 11/12 UI/l	0,66 mg/dl / 14/9 UI/l	0,25 mg/dl / 13/13 UI/l
LDH	-	759 UI/l	-
Dosaje de ciclosporina	2000 ng/ml	1075 ng/ml	-
EAB		7,34/28/67/15/- 8,9/91,6%	7,30/34/99/16/- 8,4/96,7%
Acido lactico		13 mg/dl	15