



Ateneo Anatomopatológico

Hospital C. Argerich
Residencia de cardiología
Guido Vannoni

12 de septiembre de 2017

Paciente : D.S.	S e x o : masculino	Edad: 68 años	F . I . : Domingo 17/1/17	Óbito: 19/1/17
--------------------	------------------------	------------------	---------------------------------	-------------------

Motivo de Consulta: Ángor de reposo.

Enfermedad Actual: Paciente de 68 años, con antecedente de reemplazo valvular aórtico por mecánica nº21 en 2015 es traída a guardia externa por presentar progresión de disnea habitual de CF II a CF IV en el último mes, agregando en dos semanas previas a la consulta episodios anginosos en CF II. En el día del ingreso presenta ángor en reposo de intensidad 8/10 motivo por el cual consulta.

Antecedentes personales:

Factores de riesgo cardiovascular:

- Hipertensión arterial.
- Dislipemia

Antecedentes de enfermedad actual:

- Reemplazo valvular aórtico por estenosis aortica severa con colocación de biológica Nº23.
- Remplazo valvular aórtico por disfunción valvular intrínseca con colocación mecánica bidisco número 21 (Saint Jude HP) más puente venoso aorto-coronario a CD en 2015.

Otros antecedentes:

- Cartilla de anticoagulación con registros de anticoagulación fuera de rango terapéutico.;
 - Julio 1,84
 - Agosto 2,4
 - Septiembre 1,69
 - Octubre 2,58

■ Diciembre 1,5

Medicación habitual

- Aspirina 100 mg día
- Acenocumarol según cartilla
- Atenolol 12,5mg cada 12 horas
- Atorvastatina 40mg día

Estudios previos:

Cinecoronariografía 2014: Arterias coronarias sin lesiones angiográficamente significativas

Ecocardiograma 4-1-17:

DDVI: 51 mm	DSVI: 29mm	SIV 1,5cm	PP 1,3cm
----------------	------------	-----------	----------

- VI no dilatado, con hipertrofia concéntrica
- Prótesis mecánica en posición aortica disfuncionante con regurgitación peri-protésica moderada y aumento de los gradientes sistólicos. (Gradiente máximo 60mmHg, medio 40mmHg)
- Función sistólica normal Fey 72%. Sin alteraciones de la motilidad.
- Aurícula izquierda no dilatada.
- Cavidades derechas de dimensiones normales. Insuficiencia tricúspidee leve con hipertensión pulmonar severa (PSAP: 60mmHg)
- Resto de las válvulas morfológicamente normales.
- No se observa derrame pericárdico.

Examen Físico Ingreso a Guardia 17/1/17

TA 120/80mmHg	FC 80 l.p.m	FR 16 c.p.m.	T 36°	IMC:26 Peso:75kg Altura: 1,69mts
------------------	----------------	-----------------	----------	-------------------------------------

Aspecto Cardiovascular: Buena perfusión periférica. Ingurgitación Yugular 3/3 sin colapso inspiratorio, sin edemas en miembros inferiores. No se palpan latidos patológicos, R1 y R2 en cuatro focos, no se ausculta clic valvular, soplo mesosistólico 3/6 crescendo decrescendo en foco aórtico, soplo diastólico regurgitativo 2/6 en mesocardio. Pulsos periféricos conservados.

Aspecto Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria con buena entrada de aire bilateral y crepitantes bibasales.

Abdomen: Blando, depresible indoloro. Hígado palpable dos traveses de dedo debajo del reborde costal.

Aspecto neurológico: Lúcido, sin signos de foco motor o sensitivo.

ECG al Ingreso



Evolución en guardia 17-1-17 al 18-1-17

Se realiza curva de troponinas positiva en descenso (primer juego 122ng /dL, segundo juego entre 50-100ng/dL). Se observa en el laboratorio insuficiencia renal (Ur:85mg/dL Cr:1,7mg/dL) leucocitosis (GB11800) y elevación de enzimas hepáticas (BT:0,7 GPT:211 GOT:278)

Se interpreta cuadro como síndrome coronario agudo sin elevación del ST, iniciando doble anti-agregación.

Por signos de sobrecarga se inician diuréticos endovenosos.

Es derivado a UCO.

Evolución en UCO 18/1/17 al 19/1/17

Se reinterpreta cuadro como disfunción valvular protésica. Se reinicia anticoagulación con enoxaparina.

Presenta registro febril de 39°, por lo que se toman muestras de hemocultivo y se cubre con ceftriaxona.

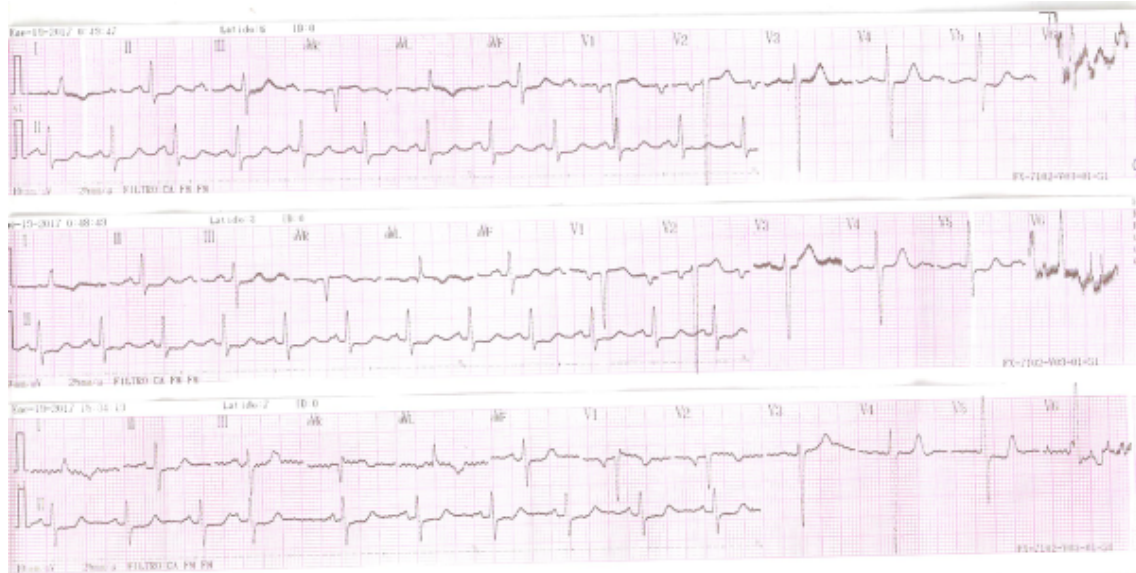
Realiza balance negativo con mejoría sintomática.

Evoluciona posteriormente afebril.

Repite ángor en múltiples oportunidades, por lo que se le coloca infusión EV de NTG.

Se realizan ECG seriados, y curva de troponinas en ascenso (primer juego 50-100ng/Dl, segundo juego 166ng/Dl)

ECG seriados



Presenta episodio súbito de disnea seguido de paro cardiorrespiratorio con ritmo de AESP.

Se realizan maniobras de reanimación durante 50 minutos no exitosas. Siendo las 20:30 horas se constata óbito.

Grilla de Laboratorio

	17/1/17	18/1/17	19/1/17
HEMATOCRITO (%)	49	48	47
GLOBULOS BLANCOS (10 ³ /mm ³)	118000	11800	13300
PLAQUETAS 10 ³ /mm ³	1325000	141000	155000
GLUCEMIA mg/Dl	93	184	147
UREA mg/Dl	85	94	94
CREATININA mg/Dl	1,7	1,66	1,79
PH	7,43	7,47	7,38
PO2 mmHg		85	90
PCO2 mmHg	37	23	36
HCO3 Mmol/L	24	17	21
SVO2 %			
ACIDO LACTICO mg/Dl	17	16	13
TP %	54	52	47
KPTT seg	25	40	36
RIN	1,5	1,53	1,67
Ionograma NA/K/CL		138/3,8/95	
Troponina T	122	<50	166
CK	85	80	91