



ATENEO Clínico

Albarracín Gerardo
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. Cosme Argerich

30/11/2016

<u>Paciente:</u> R.L.	<u>Edad:</u> 55 años	
<u>Sexo:</u> Femenino	<u>Ingreso a Servicio de Trasplante Cardíaco:</u> 31/10/16	<u>Óbito:</u> 08/11/16

Motivo de Ingreso: Disnea

Enfermedad actual: Paciente con antecedentes MCD idiopática y colocación de CDI por prevención primaria en seguimiento por servicio de trasplante cardíaco que consulta el 25/10/16 por progresión de disnea de CF II a III asociado a fiebre y tos mucopurulenta de 7 días de evolución tratada con amoxicilina. Se interpreta el cuadro clínico como ICD secundario a NAC. Se decide su internación.

ANTECEDENTES

- Factores de riesgo cardiovasculares:
 - No presenta
- Antecedentes de enfermedad actual:
 - MCP dilatada idiopática diagnosticada a los 35 años, en seguimiento desde 2011 por Servicio de Trasplante cardíaco. En evaluación para ingreso a lista de trasplante cardíaco.
 - Colocación de CDI por prevención primaria en 2014 sin eventos arrítmicos.
- Otros antecedentes:
 - Anexohisterectomía total por adenoma en 2014.
 - AIT en Diciembre de 2014

Estudios previos

Ecocardiograma mayo 2014

<u>DDVI</u>	<u>DSVI</u>	<u>FAC</u>	<u>SIV</u>	<u>PP</u>
65 mm	56 mm	14 %	0,8 cm	0,6 cm

- Ventrículo izquierdo moderadamente dilatado con grosor parietal normal. Movimiento septal anormal. Hipoquinesia global. Deterioro severo de la función sistólica global. Fracción de eyección 20%
- Aurícula izquierda dilatada, área 22 cm².
- Cavidades derechas de dimensiones normales.
- Insuficiencia mitral leve a moderada secundaria a dilatación del anillo.
- No se observa derrame pericárdico.

Holter - Febrero de 2014: Extrasístoles ventriculares polimorfas frecuentes por momentos bigeminadas, trigeminadas, duplas. No se observaron extrasístoles supraventriculares. Se observaron cambios en la repolarización ventricular izquierda durante el estudio. No se registraron pausas significativas.

Cinecoronariografía julio 2012:

- Ostium y TCI: Sin lesiones angiográficamente significativas.
- DA: Sin lesiones angiográficamente significativas.
- Circunfleja: de gran calibre, dominante. Sin lesiones angiográficamente significativas.
- Coronaria derecha: de fino calibre. Sin lesiones angiográficamente significativas.

Spect Cardíaco de esfuerzo mayo 2012:

- La captación del radiofármaco presenta defecto inferior, de grado moderado en el post esfuerzo que se acentúa en el reposo.
- El resto del miocardio izquierdo presenta captación conservada en el post esfuerzo y el reposo. Dilatación cavitaria de tipo permanente.
- Conclusiones:
 - secuela no transmural inferior?
 - Perfusión normal del resto del miocardio izquierdo en reposo y con el doble producto alcanzado.
 - Miocardiopatía dilatada.

Test de ejercicio Pulmonar noviembre 2012:

limitación del ejercicio de causa cardiocirculatoria, considerando el VO₂max de 17,1 ml/kg/min, es grado de deterioro leve a moderado (clase B de Weber y Janicki). Umbral anaeróbico disminuido (36%).

Test de ejercicio Pulmonar septiembre 2016:

VO₂max 15,5/ml/kg/min (44% del predicho). Umbral anaeróbico 29%

Medicación Habitual:

- Furosemida 20 mg cada 12hs vo
- Espironolactona 25 mg día vo
- Amiodarona 200 mg día vo
- Enalapril 2,5 mg día vo
- Digoxina 0,125 mg día vo
- Acenocumarol vo según cartilla habitual
- Ivabradina 2,5 mg día vo
- Hidroclortiazida 12,5 mg día vo
- Omeprazol 20 mg día vo
- Sulfato ferroso comprimidos vo

Betabloqueantes suspendidos por intolerancia hace 4 años.

Evolución en sala de trasplante cardíaco del 31/10/16 al 2/11/16

- A su ingreso se evidencian signos de insuficiencia cardíaca retrograda, se decide iniciar tratamiento con milrinona y diuréticos endovenosos. Se rota esquema antibiótico a ceftriaxona, previa toma de cultivos.
- El 2/11/16 presenta 3 descargas de CDI, por lo que se decide pase a UCO con diagnóstico de tormenta eléctrica.

Examen físico al ingreso a UCO 02/11/16:

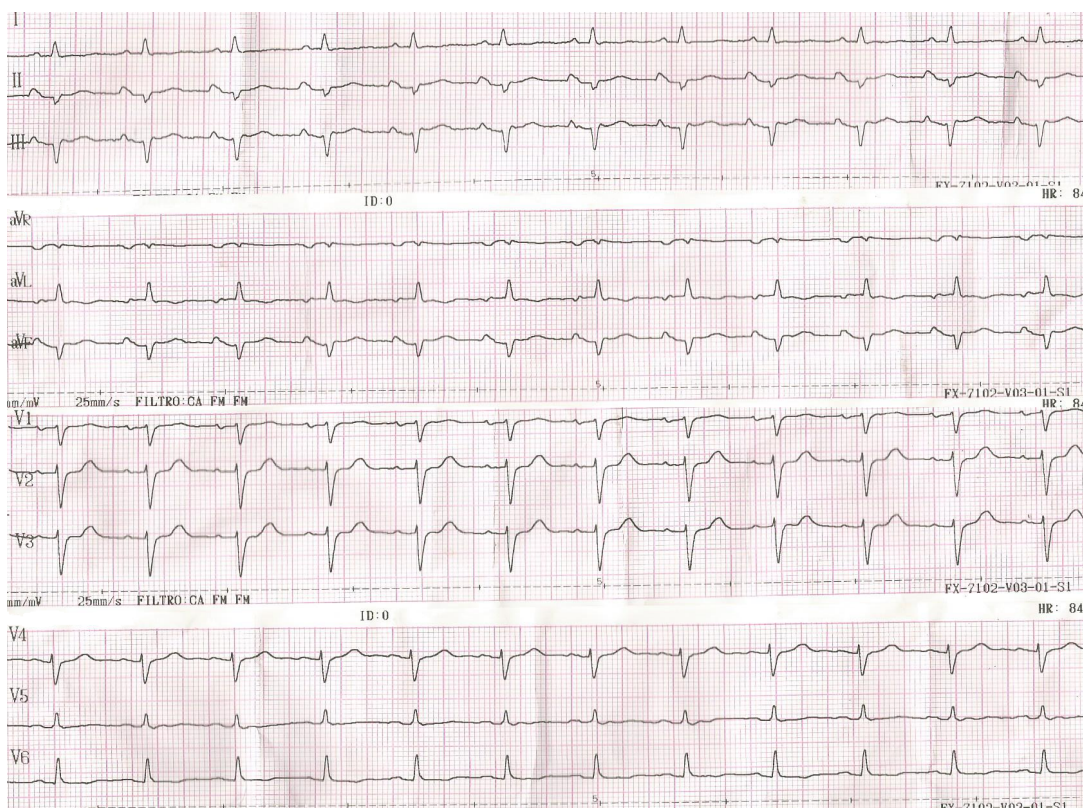
TA: 90/60 mmHg

FC: 120 l.p.m

FR: 22 c.p.m

T: 36,2°C

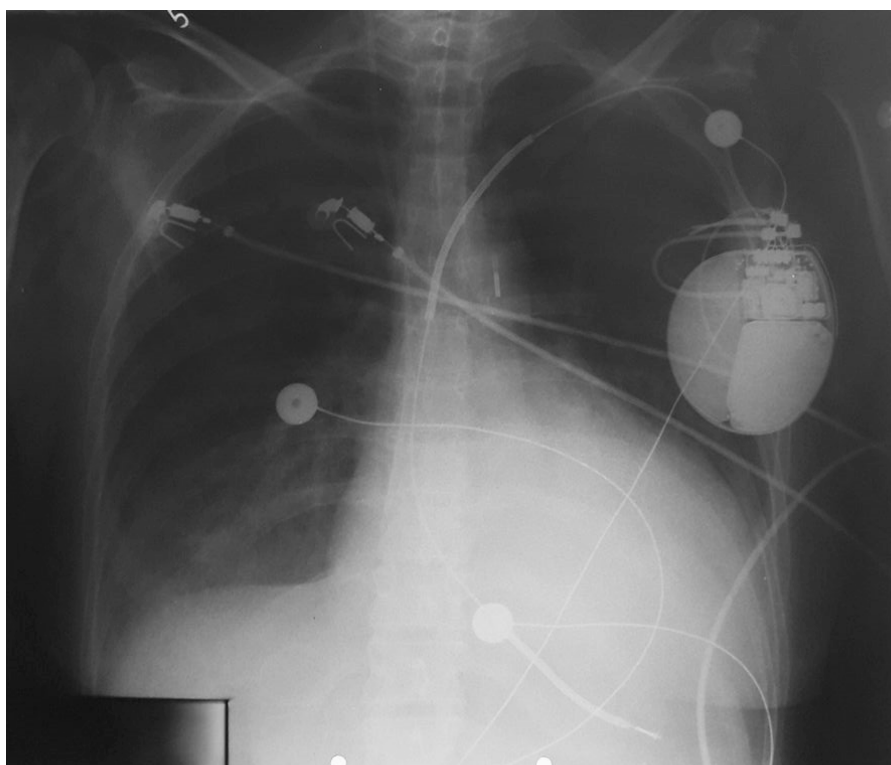
- Ap. Cardiovascular: ingurgitación yugular 3/3 sin colapso inspiratorio. Reflujo hepatoyugular positivo. Se palpa latido apexiano en 5^{to} EIC sobre línea axilar anterior. Pulsos periféricos conservados. R1 y R2 en 4 focos, R3 presente, soplo holosistólico en foco mitral que irradia a axila de intensidad 3/6.
- Ap. Respiratorio: regular mecánica ventilatoria, murmullo vesicular presente con regular entrada de aire bilateral, crepitantes bibasales.
- Abdomen: Blando, depresible, indoloro, RHA (+), hígado y bazo no se palpan.
- Neurológico: Paciente lúcida, sin signos meníngeos ni foco motor.
- Piel y partes blandas: mala perfusión periférica, con extremidades frías. Sin edemas.



ECG

Ingreso R.L. UCO 02/11/16

Rx Tx ingreso R.L. UCO 02/11/16



Evolución en UCO 2/11/16

- A su ingreso se interroga CDI evidenciándose 3 descargas apropiadas por TV sostenida con ciclos de 250 mseg de distintos focos. Se inicia carga y mantenimiento de amiodarona.
- Presenta nuevas descargas apropiadas de CDI, por lo que se inicia goteo de lidocaína. Evoluciona con BAV completo activándose marcapasos en modo VVI.
- Rápidamente presenta descompensación hemodinámica con profundización del shock cardiogénico, requiriendo IOT/ARM, mayores dosis de Milrinona e infusión progresiva de nuevas drogas inotrópicas/vasopresoras (dobutamina, levosimendan y noradrenalina).
- Por presentar shock refractario, se decide colocar BCIAo.
- Se realiza ecocardiograma.

<u>DDVI</u>	<u>DSVI</u>	<u>SIV</u>	<u>PP</u>
68 mm		0,9 cm	1,09 cm

Informe ecocardiograma R.L. 04/11/16:

- Paciente cursando internación por tormenta eléctrica, en ARM con requerimiento de BCIA. Regular ventana ultrasónica.
- Cavidad ventricular izquierda severamente dilatada, hipertrofia excéntrica. Fey severa.
- Aurícula izquierda 23 cm².
- Aurícula derecha 10 cm².
- Patrón de llenado mitral de tipo restrictivo. E/e` 23 lo que indica aumento de las presiones de llenado del Ventrículo izquierdo.

- Cavidad ventricular derecha impresiona dilatada, con grosor parietal normal y función sistólica conservada. TAPSE 24mm.
- Válvulas morfológicamente normales. Insuficiencia tricuspídea leve. No se observa derrame pericárdico.

Evolución en UCO del 4/11 a 7/11/16:

- En conjunto con servicio de infectología se decide ampliar esquema antibiótico a piperacilina tazobactam, vancomicina, claritromicina y oseltamivir por sospecha de foco respiratorio intrahospitalario.
- La paciente responde favorablemente a terapéutica instaurada, lográndose descenso progresivo de drogas inotrópicas y vasopresoras hasta suspensión de las mismas y EOT el 5/11/16 sin complicaciones.
- El 5/11/16 presenta registros febriles, se toman nuevos cultivos (HMC x 2, Retrocultivo y UC) y se amplía esquema ATB a Imipenem.
- Por buena evolución clínica en conjunto con servicio de trasplante cardíaco se inicia desvinculación de BCIAo retirándose el mismo el 7/11/16.
- A las 2 horas de retirado el BCIAo evoluciona con deterioro del ritmo diurético, náuseas y mala perfusión periférica. Se interpreta como shock cardiogénico.
- Ante la evolución tórpida se indica infusión continua de NA, milrinona, dobutamina y furosemida requiriendo nuevamente IOT/ARM y colocación de BCIAo.
- Persiste hemodinamicamente inestable sin respuesta al tratamiento instaurado. Presenta el 8/11 (a las 9hs) PCR en contexto de asistolia. Se

realizan maniobras de RCP avanzadas sin éxito, constatándose el óbito a las 10hs.

Laboratorio:

	<u>Ingreso 02/11/16</u>	<u>05/11/16</u>	<u>07/11/16</u>
Hematocrito	30	31	29,8
GB	8900	11900	11100
Plaquetas	223000	191000	171000
Glucosa	112	71	86
Urea	72	168	87
Creatinina	1,46	2,8	1,05
Hepatograma	0,6/0,3/140/408	0,4/0,3/470/1515	0,52/ /108/635
BT/BD/GOT/GPT			
TP/KPTT/RIN	41/31/1,86	38,8/30/1,96	63/25/1,3
Ionograma	134/2,7/90	149/3,4/103	139/5/102
TSH normal. Serología para chagas negativa.			