

ATENEO CLÍNICO

S. Gabriela Rodríguez
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. C. Argerich
12/04/17

Paciente: C. T.	Edad: 56 años
Sexo: Femenino	Fecha de ingreso: 01/03/17
	Fecha de óbito: 04/03/17

- Motivo de consulta: Disnea, aumento de perímetro abdominal y edema de miembros inferiores.
- Enfermedad actual: Paciente con antecedentes de miocardiopatía dilatada tóxica secundaria a quimioterapia por cáncer de mama, consulta a guardia externa el día 27/02/17 por presentar progresión de disnea habitual en CF II a CFIII asociado a aumento de perímetro abdominal y edema de miembros inferiores de un mes de evolución.
- Se interpreta cuadro como insuficiencia cardíaca descompensada por progresión de enfermedad de base. Se realiza balance negativo con diuréticos de asa en infusión continua y paracentesis evacuadora.

Líquido	Ascítico
Aspecto	Turbio
Color	Anaranjado
Glucosa	109 mg/dl
Proteínas	37 g/L
Albumina	19,9 g/L
Rcto celular	220/mm3
Predominio	50% MN

Punción LA
Índice de GASA >1,1

- Evoluciona con oligoanuria y signos de mala perfusión periférica. Se interpreta el cuadro como shock cardiogénico y se indica dobutamina con buena respuesta clínica.
- El día 01/03/17 se decide pase a UCO para control y tratamiento.

FRCV

- Ex tabaquista.

Antecedentes de enfermedad actual:

- Adenocarcinoma de mama localmente avanzado, diagnóstico en enero 2011. Tratamientos realizados:
 - Neoadyuvancia con doxorubicina** por 6 ciclos, total de dosis acumulada de 582 mg/m² (febrero 2011)
 - Mastectomía + linfadenectomía derecha** (agosto 2011)
 - Radioterapia local** (septiembre 2011)
 - Adyuvancia con **trastuzumab** (abril 2012 a enero 2013)

Antecedentes cardiovasculares:

- Miocardiopatía dilatada por antraciclinas, diagnosticada en abril 2013.
- Insuficiencia cardíaca en CF II a partir del diagnóstico, sin adherencia al tratamiento.
- Internación en UCO por shock cardiogénico en 2014. Durante la internación fue evaluada por servicio de trasplante cardíaco quienes la descartan de lista de trasplante por no cumplir años libres de enfermedad neoplásica requeridos.
- Múltiples internaciones posteriores por shock cardiogénico.

Otros antecedentes:

- Hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina.

- Asma en tratamiento con budesonide en aerosol.

❖ **Estudios complementarios previos**

Ecocardiograma bidimensional Enero 2012

- ❖ VI no dilatado con grosor parietal normal.
- ❖ Función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción. **FEY 68%**
- ❖ Aurícula izquierda no dilatada.
- ❖ Cavidades derechas normales.
- ❖ Válvulas morfológicamente normales.
- ❖ No se observa derrame pericárdico.

Ecocardiograma doppler Enero 2013 (post doxorubicina + trastuzumab)

- ❖ **VI moderadamente dilatado** con grosor parietal normal.
- ❖ Hipoquinesia parietal difusa que genera deterioro leve de la función sistólica global. **FEY 44%**
- ❖ Patrón de llenado normal.

Ecocardiograma Febrero 2013 (1 mes posterior a suspensión de trastuzumab)

- ❖ **VI moderadamente dilatado** con grosor parietal normal.
- ❖ Hipoquinesia global con deterioro severo de la función sistólica del VI. **FEY estimada 15%.**
- ❖ Patrón de llenado del VI tipo **restrictivo E/A 2,3**.
- ❖ AI levemente dilatada.
- ❖ Cavidades derechas normales. IT mínima permite estimar PSAP 50mmHg.
- ❖ Insuficiencia mitral funcional con jet central de grado leve a moderada. ORE 0,2
- ❖ VCI no dilatada con colapso normal.
- ❖ No se observa derrame pericárdico.

Medicación habitual

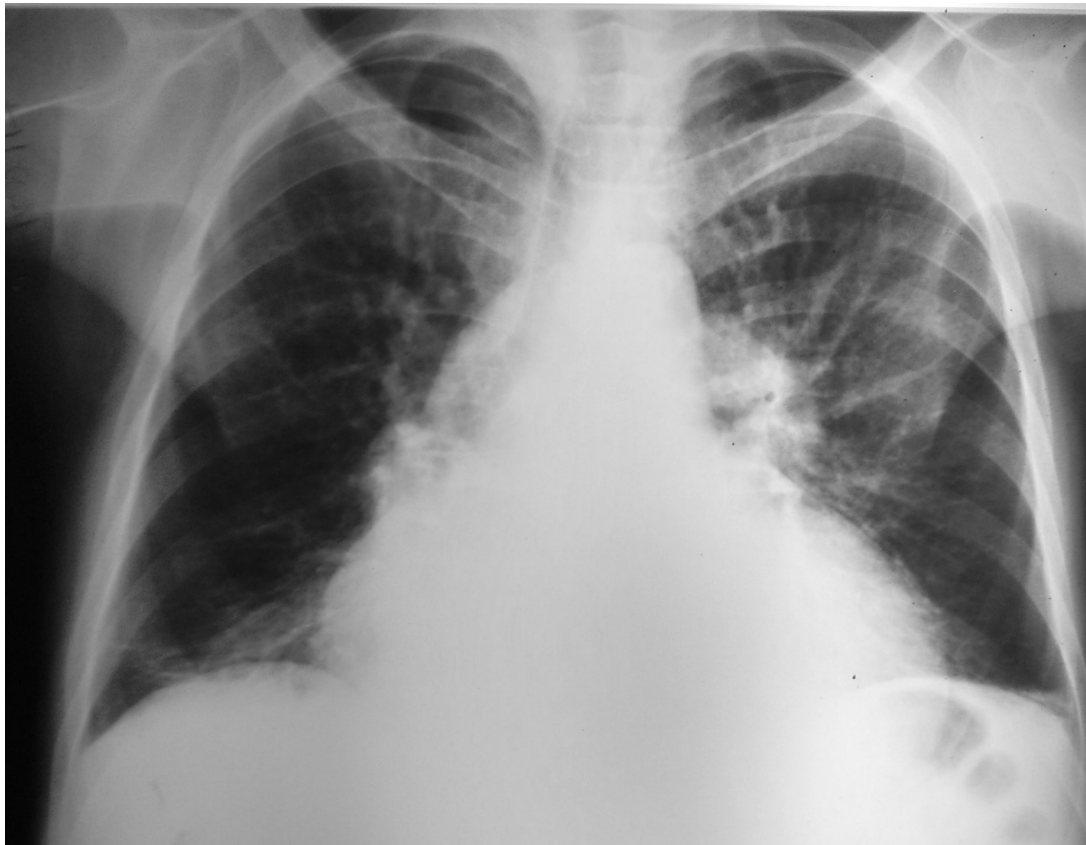
- Carvedilol 3,125mg cada 12hs .
- Espironolactona 50mg por día.
- Furosemida 40mg cada 12hs.
- Levotiroxina 50 mcg por día.
- Budesonide en aerosol, 1 puff por día.

Examen físico de ingreso a UCO 01/03/17

TA:99/66 mmHg	FC: 98 l.p.m.	FR: 22 c.p.m.	T: 36° C	Sat: 97% al 0,5 P:48Kg T:1,57	IMC:19,5
---------------	---------------	---------------	----------	----------------------------------	----------

- **Aparato cardiovascular:** Ingurgitación yugular 3/3, sin colapso inspiratorio. Se observa y se palpa latido apexiano en 5º EIC LMC. R1-R2 en 4 focos, soplo sistólico intensidad 2/6, máxima auscultación en foco mitral, irradiado a axila. Pulsos periféricos presentes, regulares y simétricos. Regular perfusión periférica.
- **Aparato respiratorio:** BMV, se auscultan sibilancias en tercios superior y medio bilateral, rales crepitantes e hipoventilación bibasal.
- **Abdomen:** globoso, distendido, matidez umbilical de concavidad superior compatible con ascitis. Se palpa hígado aumentado de tamaño, 2 traveses de dedo por debajo del reborde costal.
- **Neurológico:** lúcida, sin signos de foco motor ni meníngeos.
- **Piel y partes blandas:** asimetría de perímetro de miembros inferiores, edema infrapatelar derecho 3/6, maleolar izquierdo 2/6.

Radiografía de tórax de ingreso a UCO 01/03/17



ECG de ingreso a UCO 01/03/17



- Por presentar asimetría de miembros inferiores se realiza ecografía doppler venosa que descarta TVP.
- Se realiza ecocardiograma doppler para evaluación de patología.

DDVI (cm)	DSVI(cm)	SIV (cm)	PP(cm)
6,7	5,97	0,91	0,66

VI severamente dilatado, hipertrofia concéntrica del VI. Deterioro severo de la función sistólica global. FEY por método biplano 20%. Hipoquinesia global.

- ❖ Patrón de llenado de VI tipo restrictivo.
- ❖ AI levemente dilatada.
- ❖ Cavidades derechas dilatadas. Deterioro de la función sistólica del VD. TAPSE 17,8mm. Onda s' tisular 8 cm/seg. Hipoquinesia de la pared libre del VD.
- ❖ VCI dilatada, colapso inspiratorio menor a 50%. PAD estimada 20mmHg.
- ❖ IM leve, holosistólica, secundaria a restricción de la valva posterior y pseudoprolapso de la anterior. Jet dirigido hacia pared posterior de AI. ORE 0,17cm². VR 21ml/latido.
- ❖ IT leve que permite estimar PSAP en 57mmHg.
- ❖ No se observa derrame pericárdico.

Evolución en UCO 01/03/17 al 04/03/17

- En UCO intercorre con episodio de disnea súbita y desaturación (85% al 0,21). Posteriormente evoluciona con TV polimorfa con requerimiento de CVE>1000j. Se indica carga y mantenimiento de amiodarona.
- Se decide IOT-ARM en contexto de insuficiencia respiratoria y tormenta eléctrica.
- Por sospecha de TEP sin descompensación hemodinámica, se inicia anticoagulación empírica con HBPM.
- Evoluciona luego de 6hs con hipotensión arterial y requerimiento de noradrenalina en altas dosis. Progresa con marcada inestabilidad hemodinámica y oliguria, sin respuesta a dosis máximas de inotrópicos y diuréticos.
- Se interpreta cuadro como shock cardiogénico refractario.

- El día 04/03/17 presenta PCR en contexto de AESP. Se realizan maniobras de RCP avanzada sin éxito, constatándose óbito de la paciente.

Indicaciones en UCO

- Furosemida por BIC.
 - Dobutamina por BIC.
 - Noradrenalina por BIC.
 - Amiodarona por BIC.
 - Midazolam por BIC.
 - Espironolactona 50mg por día.
 - Fentanilo por BIC.
 - Levotiroxina 50 mcg por día.
- Enoxaparina 0,4ml cada 12hs SC

Grilla de laboratorio

	Ingreso 01/03/17	03/03/17
Hto %	40	45
GB	11300	17800
Rcto plaq/mm3	245000	153000
Glucemia(mg/dl)	158	72
Urea(mg/dl)	68	65
Creatinina(mg/dl)	<u>1.15</u>	<u>1.52</u>
TP/KPTT/RIN	<u>75/32/1.17</u>	<u>36/57/2.1</u>
Ionograma (mEq/L)	131/3/91	129/5,7/98
BT/BD/GPT/GPT (mg/dl)	1,23/0,95/14/6	2,76/2,12/300/127
Láctico mg/dl	<u>21</u>	<u>32</u>
EAB arterial	7,49/31/76/23/1/96%	7,31/34/123/16/-8/98%
Saturación venosa central	<u>61%</u>	<u>41%</u>