



# **ATENEO CLÍNICO**

**Hospital Dr. Cosme Argerich.  
Servicio de Cardiología**

**Estrella María Laura  
12/07/2017**

<b>Paciente: R. C.</b>	<b>Edad: 56 años</b>	<b>Sexo: Femenino</b>
<b>Fecha de ingreso: 15-02-17</b>	<b>Fecha de egreso: 21-02-17</b>	<b>Óbito: 23-06-17</b>

- **Motivo de internación:** Prueba terapéutica con disopiramida
- **Enfermedad actual:**

Paciente con antecedentes de miocardiopatía hipertrófica en CFIII en seguimiento por Servicio de Ecocardiografía de este Hospital. Debido a la falta de respuesta al tratamiento médico y la negativa por parte de la paciente al tratamiento quirúrgico, se decide internación programada en UCO para evaluar tolerancia al tratamiento con disopiramida.

#### **ANTECEDENTES PERSONALES**

##### **Factores de riesgo cardiovascular**

- HTA desde 2009
- Ex Tabaquista: 10 cigarrillos diarios por 20 años, dejó de fumar hace 10 años

#### **ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL**

- Miocardiopatía hipertrófica asimétrica obstructiva en CF III. Diagnóstico en 2014.
- No presenta antecedentes familiares de MCPH ni muerte súbita en la familia.

#### **ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**

- **Ecocardiograma transtorácico (2011)**

**DDVI:** 40 mm **DSVI:** 20 mm **SIV:** 18 mm **PP:** 11 mm

Fracción de eyección del VI conservada. Motilidad parietal y global conservada. Función del VD conservada. Válvula mitral con movimiento anterior sistólico de su valva anterior.

IM leve. Gradiente máximo de 100 mmHg a través del TSVI y con Valsalva aumenta a 130 mmHg.

- **SPECT (2012)**

Sin necrosis ni desarrollo de isquemia.

- **Holter (2015)**

Ritmo sinusal durante todo el estudio. Duplas aisladas. Durante todo el estudio se observan T negativas.

- **Resonancia Magnética (2016)**

PARÁMETROS	DD (mm)	VFD (ml)	VFS (ml)	VS (ml)	Fey %	Masa (gr)
VENTRÍCULO IZQUIERDO	49	147	20	127	86	229
VENTRÍCULO DERECHO	32	117	40	77	65	-

VI con masa severamente aumentada. Remodelado por marcada hipertrofia concéntrica asimétrica (mayor a nivel septal). Obstrucción sistólica a nivel del TSVI severa. Fey conservada.

Realce tardío negativo para fibrosis.

Válvula mitral con movimiento anterior sistólico e insuficiencia mitral moderada. Aorta ascendente torácica elongada. Diámetros normales. Insuficiencia tricuspídea y aórtica leves. VD con volúmenes cavitarios y función sistólica normales. Pericardio normal.

### **MEDICACIÓN HABITUAL**

- Diltiazem 240 mg día
- Atenolol 25 mg cada 12 hs

### **EXAMEN FÍSICO INGRESO A UCO 15-02-2017**

TA: 113/59 mmHg	FC: 85 lpm	FR: 18 cpm	T°: 36°C	SatO <sub>2</sub> : 97 (0,21%)
Peso: 69 kg	Altura: 1,63 metros	IMC: 26,3		

**Cardiovascular:** Buena perfusión periférica. No presenta Ingurgitación yugular ni RHY, pulsos periféricos presentes regulares y simétricos, latido apexiano en 5° EIC LAA, R1 y R2 normofonéticos, soplo sistólico eyectivo 3/6 de base a ápex.

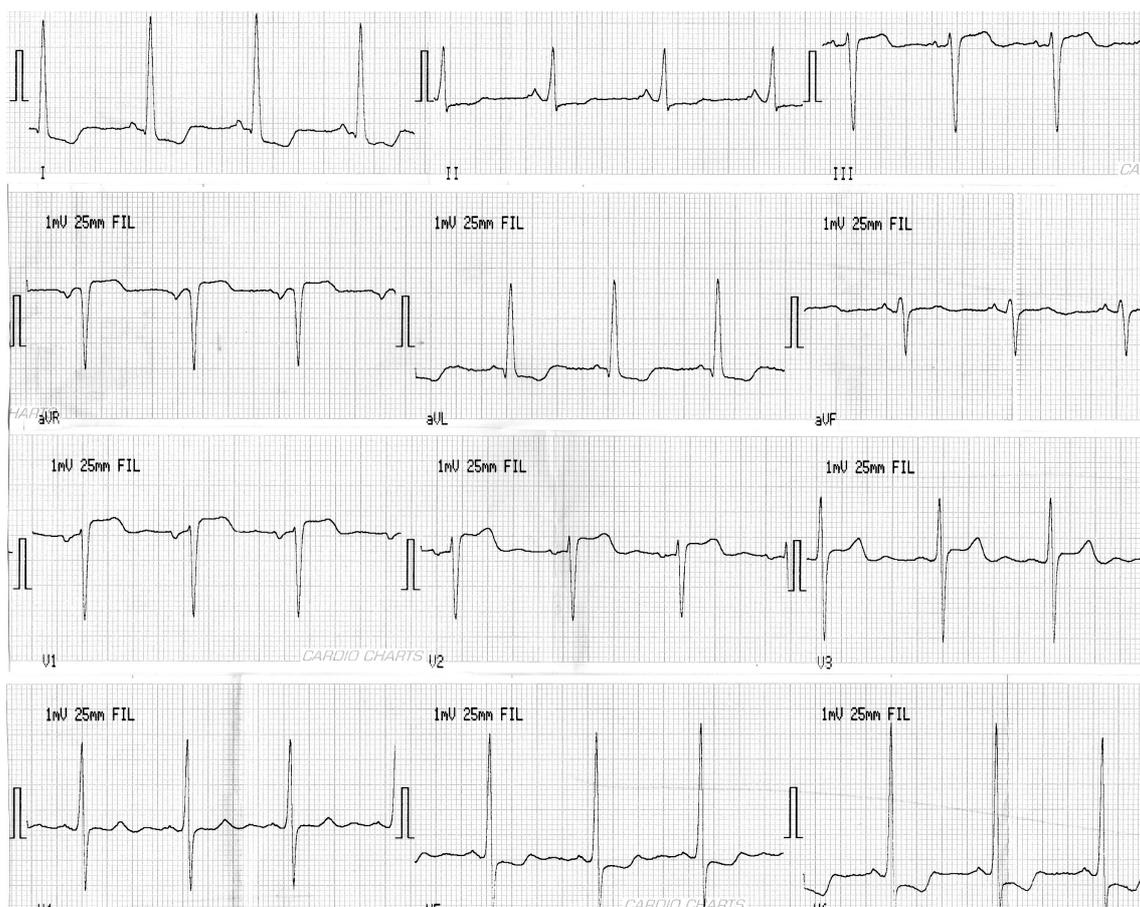
**Respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.

**Abdomen:** Blando, depresible, indoloro, RHA presentes.

**Neurológico:** Lúcida, sin signos de foco motor ni sensitivo.

**Piel y Partes blandas:** sin edemas en MMII.

## **ECG**



### **Evolución en UCO 15-02-17 al 20-02-17**

- Se inicia disipiramida con dosis de 100 mg cada 8 hs asociado a 20 mg de propranolol cada 8 hs.
- Ante la falta de respuesta, se aumenta de forma progresiva, hasta dosis de 600 mg día, prologando QT (600 mseg), por lo cual se suspende y continúa con 300 mg día.
- Evoluciona con normalización de QT, por lo que se decide pase a sala de Cardiología.

### **Evolución en sala de Cardiología 20-02-17 al 21-02-17**

- Se decide el 21-02 realizar ecocardiograma control

## **ECOCARDIOGRAMA TRASTORÁCICO DEL 21-02-17**

MCPH simétrica septal con severo gradiente basal en tracto de salida de VI 142 mmHg

Se observa músculo papilar con implante anómalo en el septum anterior y ápex que contribuye a la obstrucción dinámica. Fey: 78%

Strain longitudinal global del ventrículo izquierdo disminuido -14,8 %, con mayor deterioro en los segmentos ínfero postero laterales, y antero lateral. Disfunción sistólica subclínica

Relajación prolongada. Sin aumento de las presiones de llenado Em/Et promedio: 11,4

Insuficiencia mitral leve con jet dirigido a la pared lateral de la aurícula izquierda secundario a MAS.

Valva mitral elongada, mide 31 mm

Calcificación del anillo mitral posterior. PSAP: 37 mmHg.

Cavidades de ventrículo derecho normales con función conservada. TAPSE 24 mm.

Hipertrofia de ventrículo derecho, pared inferior 7 mm. Pericardio normal.

## **Evolución en sala de Cardiología 20-02-17 al 21-02-17**

- A pesar del tratamiento instaurado, no se observa mejoría de los gradientes.
- El día 21-02 se decide otorgar alta hospitalaria y seguimiento por médica de cabecera.

## **MEDICACIÓN AL ALTA**

- Diltiazem 60 mg cada 8 hs
- Atenolol 25 mg cada 12 hs

## **LABORATORIOS**

	17/02	20/02
Hto (%)	36	38
GB (/mm <sup>3</sup> )	3400	4900
Plaquetas (/mm <sup>3</sup> )	148000	174000
Glucemia	91	84
Urea	28	35
Creatinina	0,67	0.83
Tp/Kptt/Rin	72/28/1,2	90/27/1
Bt/Bd mg/dl	0,8/0,4	
Got/Gpt U/L	24/22	
Na/K/Cl	144/3,8/100	139/3,7/97

## **Seguimiento ambulatorio**

- Debido a la imposibilidad de tratamiento con disopiramida se decide en conjunto, con Servicio de Cirugía Cardiovascular de otro centro la resolución quirúrgica de la patología.
- **Se realizan estudios pre quirúrgicos:**
- CCG (14/03/17): sin lesiones
- Ecodoppler vasos de cuello (15/03/17): sin alteraciones
- Espirometría: patrón normal

## **Intervención en Sanatorio Anchorena 22-03-17**

- El día 22-03 se realiza miectomía septal ampliada con abordaje trans-aórtico realizada en dos tiempos.
- Primera salida CEC con marcapasos secuencial, con ETE control donde se observa correcta resección basal, pero con gradiente residual de SAM en la punta de la valva anterior. Se mide gradiente de 50 mmHg.
- Se reingresa en CEC y se completa resección sobre el músculo papilar posterior medial y se colocan puntos plicando el borde libre de la valva anterior.
- Se realiza nuevo ETE control, sin MAS con gradiente residual de 12 mmHg.
- Intercurre posterior a la salida de CEC con PCR en asistolia, se inicia RCP y reapertura del tórax en el cual se evidencia desgarró de 2 cm en la aorta proximal en su cara lateral derecha proximal a la sutura, con sangrado activo. Complica con BAV completo con requerimiento de MCP transitorio.
- Se decide reemplazo aorto-aórtico con prótesis de Heamashield recta de 28 mm y posterior pase a UCO.
- Tiempo total de CEC: 164 minutos
- Tiempo de clampeo aórtico: 119 minutos

## **HISTOLOGÍA DE LA AORTA**

Material *Aorta.*

### **MACROSCOPIA:**

Se recibe fragmento laminar pardo-rojizo con area amarillenta que mide 5,5 x 2,3 cm. (1F/R)

### **MICROSCOPIA:**

Las diferentes secciones histológicas muestran fragmentos de pared arterial en la que se observan áreas de necrosis a nivel intimal y acúmulos de material de aspecto lipídico. A nivel de la túnica media se observan células musculares lisos de aspecto desvitalizado con presencia de fibras elasticas entremezcladas y areas de aspecto mixoide. En relacion a la adventicia se observa extravasación hemática y tejido fibroadiposo vascularizado y con presencia de filetes nerviosos.

### **DIAGNOSTICO:**

**AORTA, RESECCIÓN PARCIAL:**

Léase descripción.

11/05/2017

RSM

MS

### **Internación en SANATORIO ANCHORENA 21-03-17 al 27-05-17**

- Durante la colocación de marcapasos definitivo, complica con neumotórax izquierdo post-procedimiento con TAP posterior.
- Debido a la falta de respuesta neurológica el día 25/03 se realiza TAC de cerebro sin contraste compatible con encefalopatía anóxica.
- El 20/04 evoluciona con sepsis a foco respiratorio con rescate microbiológico de serratia. Cumple tratamiento antibiótico ajustado.
- Se realiza ETE sin evidencia de vegetaciones.
- Por persistencia de registros febriles el día 10/05 se realiza nuevo ETE que informa imagen filiforme muy móvil de 0,85 x 0,19 cm en el trayecto auricular del cable ventricular.
- Se interpreta endocarditis asociada a dispositivo y se inicia meropenem-vancomicina-bactrim sin rescates microbiológicos en hemocultivos.
- Se realiza PAN-TAC sin evidencia de impactos embólicos.
- Ante cuadro clínico y neurológico de la paciente se decide en forma multidisciplinaria realizar tratamiento médico.
- El día 27/05 se decide derivación a otro centro para rehabilitación neurológica.

### **Internación en Centro de Rehabilitación 27-05-17 al 23-06-17**

- Ingresa en ARM, vígil, con apertura ocular espontánea, sin contenido de conciencia.
- Evoluciona persistentemente febril, hemodinámicamente compensada con requerimiento de vasoactivos, con posterior traslado a otro centro de mayor complejidad.
- Continúa tratamiento antibiótico, sin respuesta, evolucionando desfavorablemente, constatando óbito el día 23/06/17.