



# Ateneo clínico

Hospital C. Argerich  
Residencia de cardiología  
Guido Vannoni

2 de agosto de 2017

Paciente : D.E.	S e x o : Femenino	Edad: 76 años	F . I : 4/3/17	Óbito: 6/3/17
--------------------	-----------------------	------------------	-------------------	---------------

**Motivo de Consulta:** dolor lumbar y disnea.

**Enfermedad Actual:** Paciente de 76 años, es traída a guardia externa por ambulancia de SAME por presentar dolor lumbar, disminución del ritmo diurético y disnea que progresa de CF II a CF IV de dos días de evolución.

**Factores de riesgo cardiovascular:**

Hipertensión arterial.

Dislipemia.

**Antecedentes de enfermedad actual:**

-Serología positiva para Chagas

-Fibrilación auricular crónica.

-Marcapasos tipo VVI, desde marzo 2014.

-Remplazo valvular mitral por mecánica bidisco número 25 en 2015 por insuficiencia mitral severa de etiología no determinada.

-Stent carotideo bilateral 2010.

**Otros antecedentes:**

-Cáncer de recto con tratamiento quirúrgico, colostomizada, radioterapia y quimioterapia en 2012, con alta oncológica.

-Internación reciente por proctorragia en contexto de RIN fuera de rango (diciembre 2016).

-Cartilla de anticoagulación con últimos registros fuera de rango terapéutico.

## **Medicación habitual**

- T4 100 mcg día
- Amiodarona 100 mg día
- Carvedilol 6,25 cada 12 horas
- Aspirina 100 mg día
- Esplerenona 25mg día
- Acenocumarol según cartilla
- Enalapril 5mg c 12 h
- Atorvastatina 40mg día

## **Estudios previos:**

-Cinecoronariografía 2015: sin lesiones significativas.

-Ecocardiograma

VI no dilatado, con hipertrofia excéntrica

-Función sistólica en el límite inferior de la normalidad. Fey 56%. Onda E de llenado monofásica.

Aurícula izquierda moderadamente dilatada. Área 33cm<sup>2</sup>

Ventrículo derecho de tamaño conservado con deterioro leve de su función sistólica (TAPSE 19 mm leve deterioro de la movilidad de la pared libre).

Válvula mitral presenta restricción de la motilidad de la valva menor con pseudoprolapso de valva anterior. Insuficiencia mitral severa con jet Holosistólico.

Insuficiencia tricuspidea severa. PSAP 61mmHg

Vena cava inferior normal con colapso inspiratorio mayor al 50%.

Raíz de aorta de tamaño conservado.

No se observan shunts por Doppler color.

Derrame pericárdico leve inferoposterior.

## **Examen Físico Ingreso a Guardia 4/3/17**

T 80/60mm Hg	A	FC 80 l.p.m	FR 22 c.p.m.	T 36°	IMC:27, Peso: 90kg Altura: 1,65mts
--------------------	---	----------------	-----------------	----------	--

**Aspecto Cardiovascular:** Regular perfusión periférica, ingurgitación Yugular 2/3 sin colapso inspiratorio, edemas en miembros inferiores 2/6, choque de punta en 5to espacio intercostal, línea axilar anterior, R1 y R2 en cuatro focos, silencios impresionan libres. Pulsos periféricos conservados.

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

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

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

## **Evolución en guardia 4/3/17**

Se toma sedimento urinario que resulta inflamatorio,

Se recibe laboratorio con insuficiencia renal (Ur 175, Cr 4,44) y coagulograma fuera de rango (TP 45, Kptt 37, RIN 1,7)

Se interpreta cuadro como sepsis severa a foco urinario.

Comienza tratamiento antibiótico y expansiones con solución fisiológica.

Evoluciona con disnea, mala mecánica ventilatoria, desaturación por lo que ingresa a shock-room y posteriormente a UCO.

## Ingreso a Unidad Coronaria

T 70/40mmHg	A	FC 80 l.p.m	FR 24 c.p.m.	T 36°	IMC:27 Peso:86kg A l t u r a : 1,65mts
----------------	---	-------------------	--------------------	-------	---

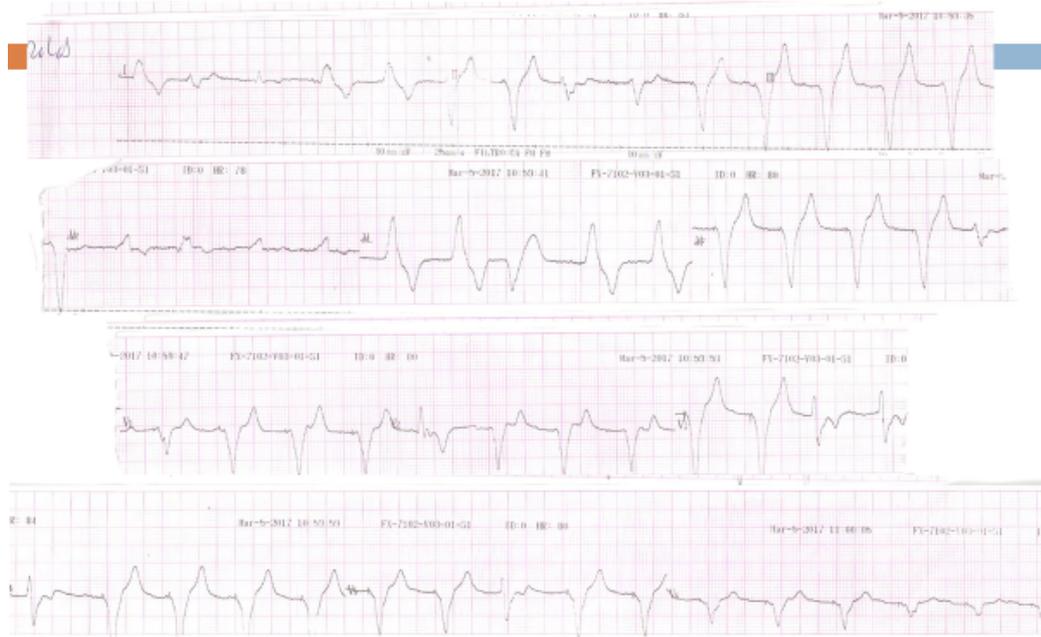
**Aspecto Cardiovascular:** Mala perfusión periférica, livideces generalizadas, ingurgitación Yugular 3/3 sin colapso inspiratorio, edemas en miembros inferiores 2/6, choque de punta en 5to espacio intercostal, línea axilar anterior, R1 y R2 en cuatro focos, silencios impresionan libres. No se auscultan click valvular. Pulsos periféricos conservados.

**Aspecto Respiratorio:** Mala mecánica ventilatoria con regular entrada de aire bilateral, con crepitantes hasta campo medio.

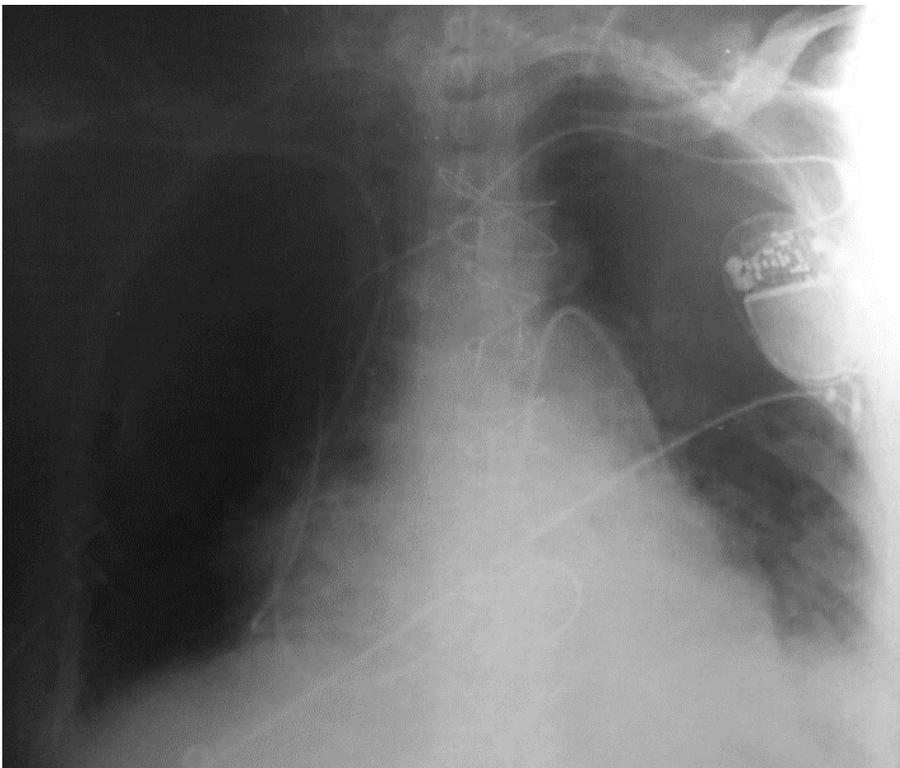
**Abdomen:** Blando depresible doloroso en palpación profunda de flanco derecho. Hígado palpable dos traveses de dedo debajo del reborde costal.

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

## ECG ingreso a UCO



## Radiografía de tórax



## **Evolución en UCO 5/3/17 al 6/3/17**

-Se reinterpreta cuadro como shock cardiogénico. Se coloca catéter venoso central, constatándose saturación venosa de 50%, iniciando BIC furosemida, dobutamina y reiniciándose anticoagulación.

-Evoluciona con anuria, acidosis metabólica.

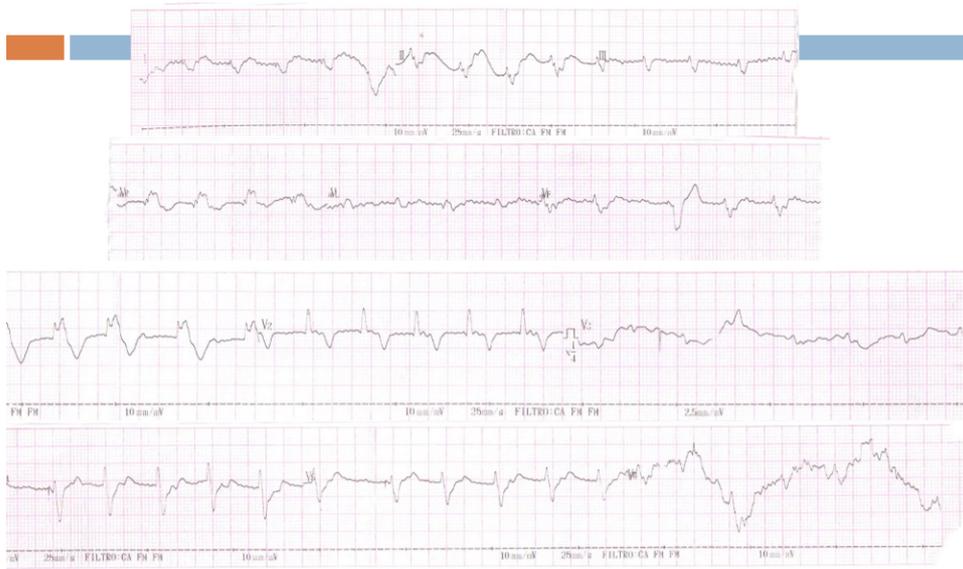
-Se presenta a servicio de nefrología quienes deciden posponer tratamiento dialítico hasta obtener estabilidad clínica.

-Por falta de respuesta clínica se coloca catéter de Swan-Ganz para optimización del monitoreo hemodinámico.

<b>Día hora</b>	<b>TAM mmHg</b>	<b>FC Lpm</b>	<b>PVC mmHg</b>	<b>PAP mmHg</b>	<b>PW mmHg</b>	<b>GC/IC L/min/sup corp</b>	<b>RVS dyn*s/cm5</b>	<b>RVP dyn*s/cm5</b>	<b>Diuresis (ml)</b>	<b>Terapeutica</b>
5/3 19hs	94/51 (66)	107	10	59/33 (42)	31	2,9/1,5	1544	303	0	Dbt 20y Na 0,3y
21hs	80/44 (54)	110	10	62/38 (45)	36	3/1,6	1493	187	0	Dbt 20y Na 0,7y Mm 0,35y
23hs	97/57 (71)	120	15	64/40 (48)	28	3,5/1,8	1273	457	0	Dbt 20y Na 1,17y Mm 0,5y
6/3 3hs	73/50 (58)	140	15	66/41 (50)	29	3,3/1,7	1042	509	0	Dbt 20y Na 2,0y Mm 0,8y
7hs	56/42 (47)	120	17	66/41 (50)	31	3,1/1,6	1058	464	0	Dbt 20y Na 3,0y Mm 0,8y Adr 0,15y
12hs	50/20 (30)	125	14	55/30 (38)	28	3,1/1,6	460	250	0	Dbt 20y Na 3,0y Mm 0,8y Adr 0,15y

-Evoluciona con shock refractario, con requerimiento de IOT/ARM, soporte inotrópico con milrinona dobutamina, y vasopresor con noradrenalina.

-Presenta, en contexto de acidosis, shock e infusión de inotrópicos y vasoactivos episodio de FAARV.



Con sospecha de trombosis valvular aguda se solicita Ecocardiograma de urgencia.

### **Ecocardiograma transesofágico 6-3-17**

- Ventrículo izquierdo no dilatado, con hipertrofia concéntrica.
- Motilidad regional y función sistólica global normales.
- Aurícula izquierda con intensa ecogenicidad espontánea. Se observa en la orejuela imagen hiperecogénica redondeada compatible con trombo organizado
- Prótesis mecánica en posición mitral con marcada limitación de la movilidad de los discos a predominio del posterior. Gradiente medio 20mmHg. Se calculo por PHT área de 0,44cm<sup>2</sup>. Insuficiencia moderada
- Septum interauricular sin solución de continuidad sin evidencias de shunt
- No se detectan signos de desgarro intimal en aorta ascendente arco ni aorta descendente.

### **Evolución en UCO 5/3/17 al 6/3/17**

- Con confirmación de obstrucción valvular se realiza infusión de streptokinasa, sin observarse respuesta clínica.
- Evoluciona posteriormente con PCR no respondiendo a medidas de RCP.

### **Grilla de laboratorios:**

	9/12/16	4/3/17	5/3/17	6/3/17
HEMATOCRITO (%)	18	39	36	34
GLOBULOS BLANCOS (10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> )	7000	8700	11800	15300
PLAQUETAS 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	205000	183000	134000	144000
GLUCEMIA mg/Dl	113	145	138	204
UREA mg/Dl	104	171	175	173
CREATININA mg/Dl	2,2	4,17	4,44	4,89
PH	7,31	7,15	7,23	
PO2 mmHg		144	102	
PCO2 mmHg	28	21	21	
HCO3 Mmol/ L	15,7	7,3	8,8	
SVO2 %			50	
ACIDO LACTICO mg/Dl		21	13	
TP %	51	45	60	50
KPTT seg	26	37	32	31
RIN	1,53	1,7	1,36	1,57