



ATENEO CLÍNICO

Albarracín Gerardo
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. Cosme Argerich

22/03/2017

<u>Paciente:</u> M.J	<u>Edad:</u> 34 años	
<u>Sexo:</u> Masculino	<u>Ingreso a Sala de Cardiología:</u> 07/09/16	<u>Continua internación en sala de cardiología</u>

Motivo de Ingreso: Disnea

Enfermedad actual: Paciente con antecedentes de válvula aortica bicúspide y EAO severa, con RVAO por prótesis mecánica, que presenta en contexto de abandono de medicación, disnea progresiva hasta CF III. Por tal motivo consulta a guardia externa donde con diagnostico presuntivo de disfunción valvular protésica se solicita internación en sala de cardiología.

ANTECEDENTES

- Factores de riesgo cardiovasculares: No presenta
- Antecedentes de enfermedad actual:
- RVAO por prótesis mecánica en 1995 por EAO severa
- Disnea progresiva hasta CF III de 2 meses de evolución
- Otros antecedentes:
- AIT el 1/8/16 con hemiplejia braquiocrural derecha que cedió espontáneamente, en contexto de abandono de anticoagulación oral
- Reinicio ACO el 16/8/16
- Medicación Habitual:
 - Acenocumarol vo según cartilla habitual (1mg día) con abandono de tratamiento durante 2 meses

Examen físico al ingreso a Sala de cardiología 07/09/16

<u>TA:</u> 110/70 mmHg	<u>FC:</u> 70 l.p.m	<u>FR:</u> 16 c.p.m	<u>T:</u> 36,2°C Peso 85kg Altura 1,80mts IMC: 24,6
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	--

Ap. Cardiovascular: no presenta ingurgitación yugular, latido apexiano en 5to EIC LMA, ruidos cardiacos en 4 focos, click valvular aórtico hipofonético, soplo protosistolico romboidal 3/6, soplo diastólico decreciendo a predominio de foco aórtico y mesocardio, pulsos periféricos presentes, regulares y simétricos.

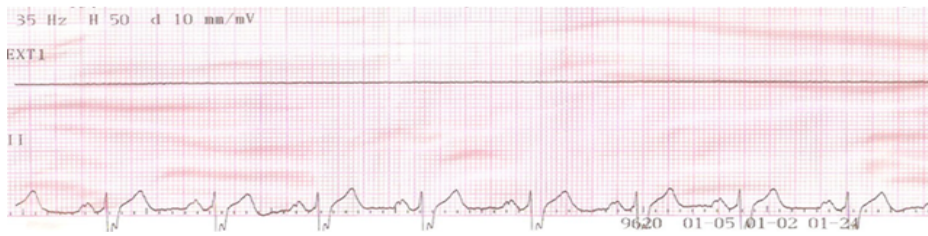
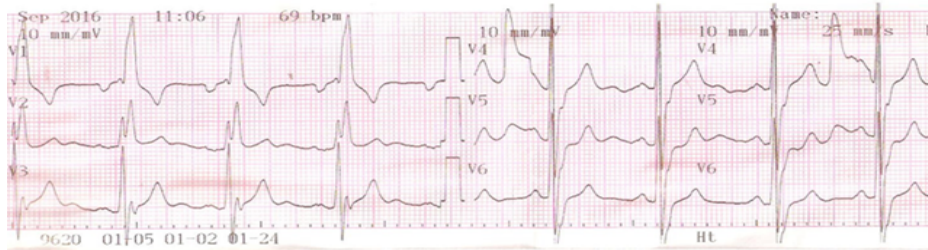
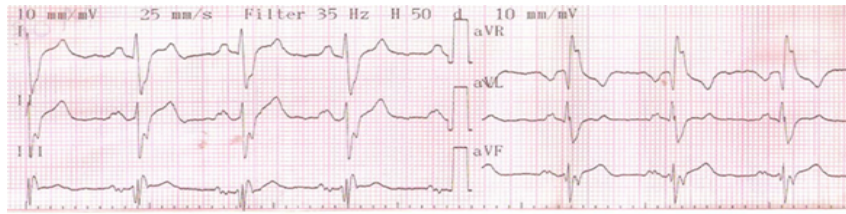
Ap. Respiratorio: buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, murmullo vesicular presente sin otros ruidos agregados.

Abdomen: Blando, depresible, indoloro, RHA (+), hígado y bazo no se palpan.

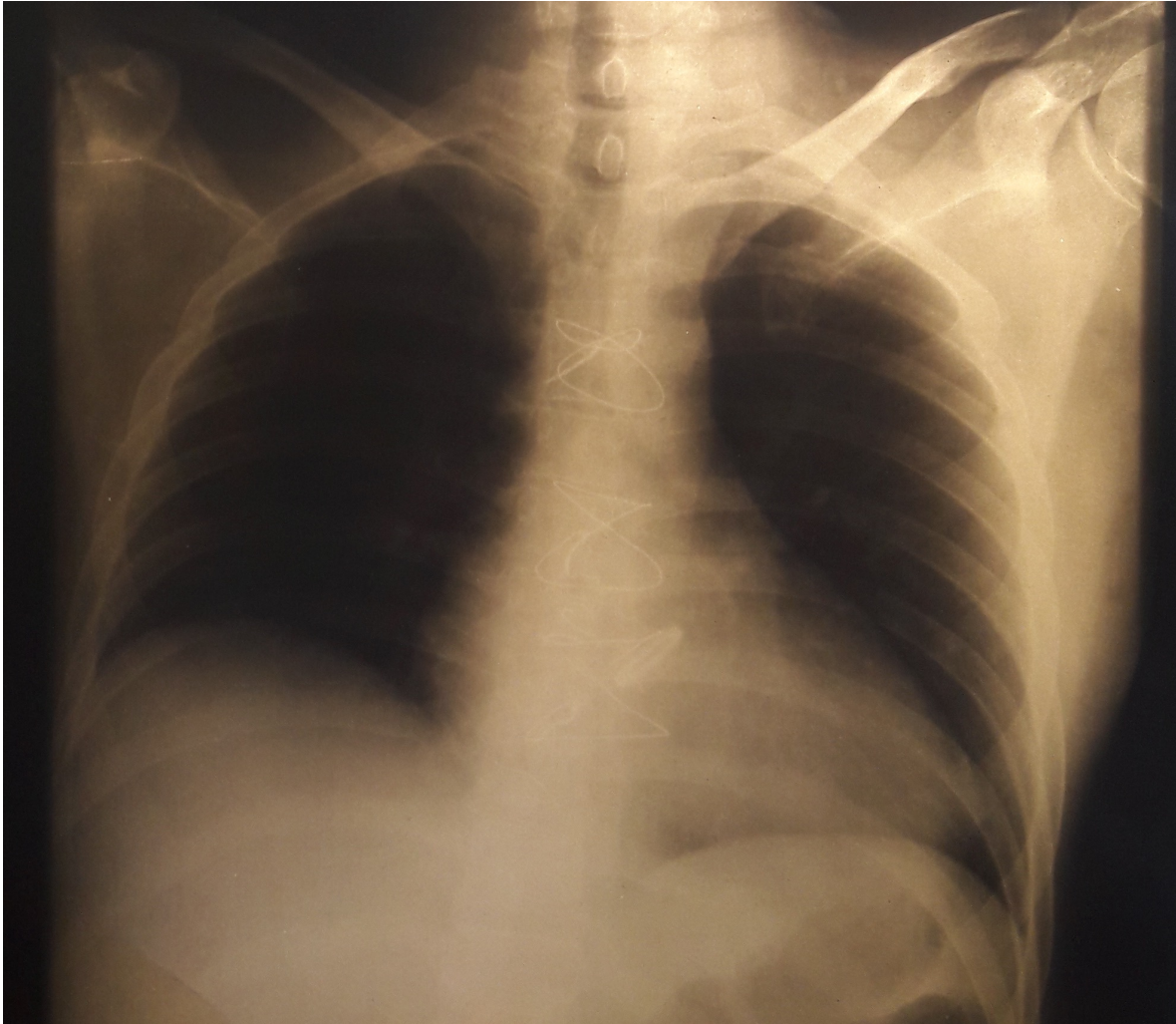
Neurológico: Paciente lúcido, sin signos meníngeos ni foco motor.

Piel y partes blandas: buena perfusión periférica sin edemas.

ECG Ingreso M.J. Sala 07/09/16



RX TX Ingreso M.J. SALA



- Evolución en Sala 07/09/16 al 14/12/16
 - A su ingreso a sala se constata paciente hemodinamicamente estable.
 - Se realiza ecocardiograma transtoracico.

Informe ecocardiograma M.J. 07/09/16

<u>DDVI</u>	<u>DSVI</u>	<u>SIV</u>	<u>PP</u>
47 mm	28 mm	1,6 cm	1,4 cm

- Ventrículo izquierdo no dilatado con hipertrofia concéntrica y FEVI 74%. MASA DE VI 294g. IMVI 141 g/m².
- Patrón de relajación pseudonormal.
- Aurícula izquierda levemente dilatada, 28,7 cm². Volumen=45ml/m².
- Insuficiencia tricuspídea que permite estimar una PSAP de 40 mmhg.
- Cavidad ventricular derecha de dimensiones normales, VD con grosor parietal y función sistólica normal. TAPSE =21 mm. PSAP 40 mmhg.
- Aurícula derecha levemente dilatada, área de 19,3 cm².
- Prótesis mecánica en posición aortica disfuncionante, gradiente máximo 103 mmhg, gradiente medio 71 mmhg con insuficiencia aortica transprotésica moderada. Impresiona una imagen ecodensa en el tracto de salida del VI en relación a la prótesis de 5 mm x 11mm, con otras imágenes móviles más pequeñas que impresionan adherida a esa masa fija (probable trombo). Velocidad pico aortica 5,08 cm/seg.
- Insuficiencia mitral leve. VCI no dilatada, colapso >50%. No se observa derrame pericárdico.
- Se sugiere realizar ETE.

ETE 7/09/16

- Prótesis mecánica en posición aortica. No puede identificarse la correcta apertura de discos. Se observa en el plano valvular una

imagen redondeada hiperecogénica (0,78 x 1cm), con desplazamiento que genera disfunción protésica con incremento del gradiente anterógrado. Se observan dos jets de insuficiencia, uno protésico moderado, otro leve periprotésico.

- Aurícula izquierda levemente dilatada. Orejuela sin evidencias de trombos en su interior.
- Septum interauricular con foramen oval permeable, pasaje de flujo de derecha a izquierda con la maniobra de Valsalva. No se observan masas intracavitarias.
- No se detectan signos de desgarro intimal en aorta ascendente, arco, ni aorta descendente.
- El 07/09/16 se realiza fluoroscopia observándose válvula aórtica protésica bidisco sin restricciones en su apertura con ángulo aproximado de 80 °.
- Evolución en Sala 07/09/16 al 15/12/16
 - Se inicia terapia de anticoagulación con enoxaparina evolucionando hemodinámicamente estable, afebril y sin interurrencias.
 - Es evaluado por servicio de cirugía cardiovascular, decidiéndose tratamiento quirúrgico.
 - El 15/12/16 se realiza RVAO por prótesis valvular mecánica N°23, TC 95 minutos, TCE 130 minutos, con requerimiento de 1000 ml de coloides, 1500 ml de cristaloides, 2 unidades de plasma, 1 UGR y drogas vasoactivas.

Examen físico al ingreso a UCO-15/12/16

TA: 112/63 mmHg

FC: 81 l.p.m

FR: 15 c.p.m

T: 37,6°C

Ap. Cardiovascular: ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio. Se palpa latido apexiano en 5^{to} EIC sobre línea axilar anterior. Pulsos periféricos conservados. R1 y R2 en 4 focos, click de apertura válvular protésica, no se auscultan soplos.

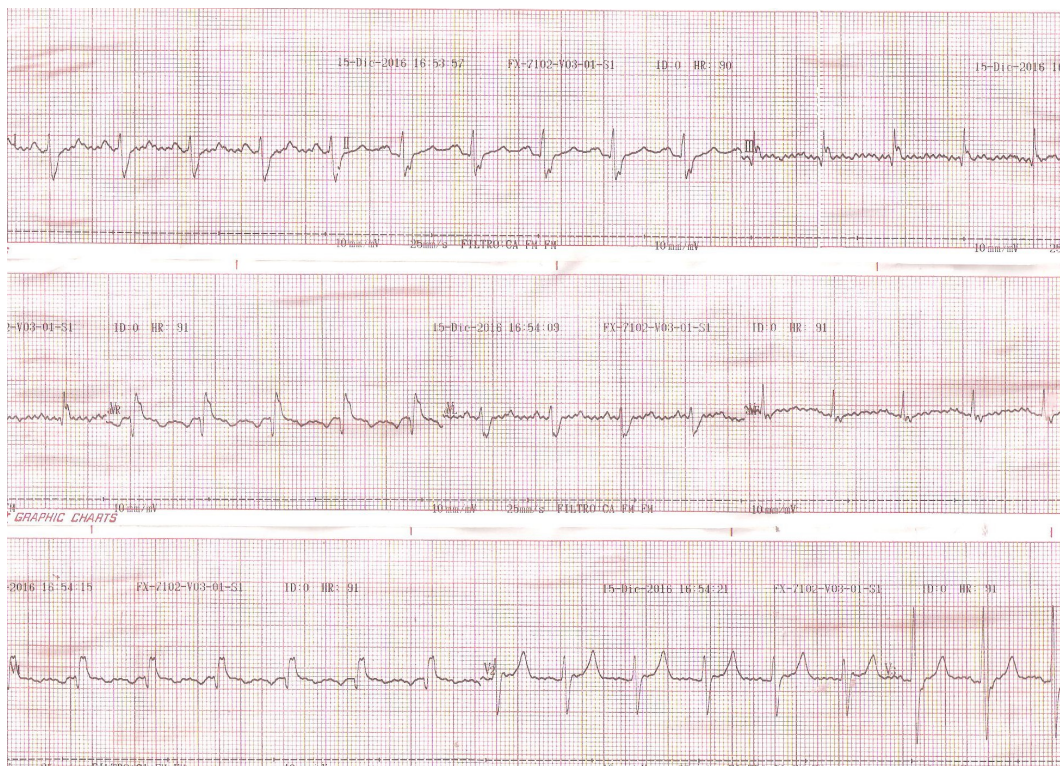
Ap. Respiratorio: IOT en ARM, buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, MV presente, sin otros ruidos agregados.

Abdomen: Blando, depresible, indoloro, RHA hipofonéticos.

Neurológico: Paciente bajo sedoanalgesia, Rass -4.

Piel y partes blandas: buena perfusión periférica, sin edemas.

ECG Ingreso M.J. UCO 15/12/16



Evolución en UCO 15/12 al 18/12/16

- Paciente ingresa a UCO hemodinámicamente compensado en ARM, bajo sedoanalgesia.
- Evoluciona favorablemente con suspensión de drogas vasoactivas, disminución de sedoanalgesia y optimos parámetros gasométricos por lo cual se procede con extubación precoz dentro de las primeras 24 hs.
- Se realiza ecocardiograma control post operatorio.

Informe ecocardiograma M.J. 16/12/16

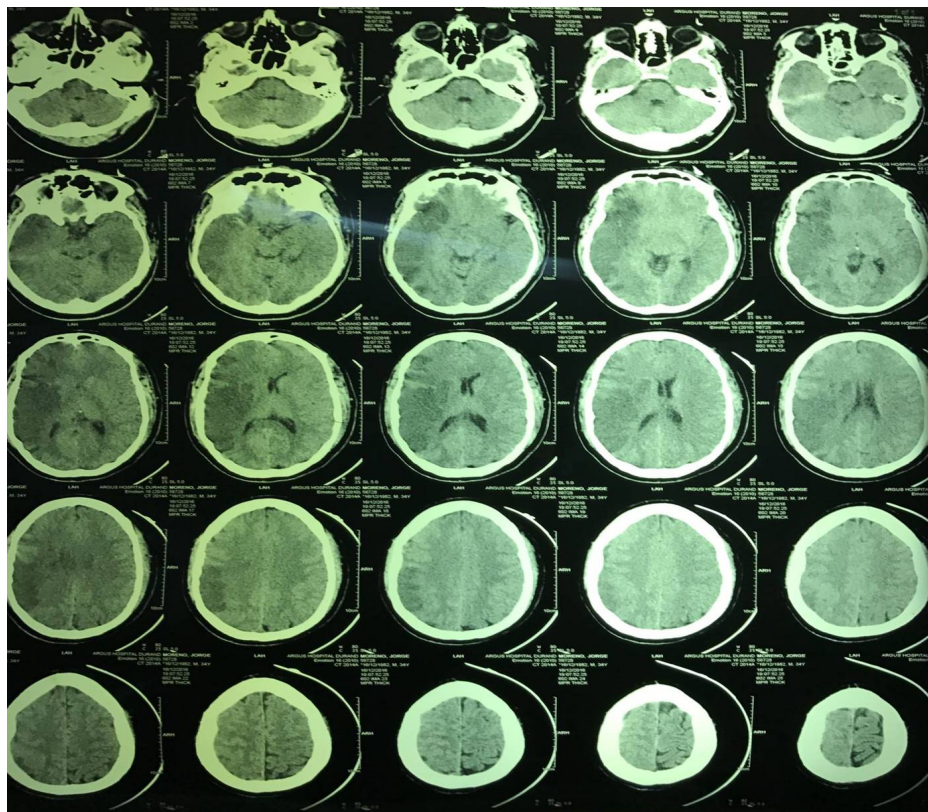
<u>DDVI</u>	<u>DSVI</u>	<u>SIV</u>	<u>PP</u>
42 mm	mm	cm	cm

- Paciente cursando internación en POP inmediato de reemplazo valvular aórtico por válvula mecánica N°23.
- Prótesis mecánica en posición aortica normoimplantada. Gradiente máximo 30 mmhg. No se observan signos de insuficiencias.
- Ventrículo izquierdo impresiona no dilatado con grosor parietal normal, función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción.
- Patrón de llenado mitral de tipo relajación prolongada. Aurícula izquierda no dilatada.
- Cavidades derechas conservadas.
- Derrame pericárdico leve inferoposterior (0,8cm).

Evolución en UCO 15/12 al 18/12/16

- Luego de 24 hs se constata paciente somnoliento y con ausencia de respuesta motora en miembro superior e inferior izquierdo, parálisis del 6to par izquierdo y desviación de la comisura labial hacia la derecha.
- Se realiza TC de cerebro que muestra imágenes compatibles con infarto cerebral en región fronto-parieto-occipital derecha interpretándose como ACV isquémico perioperatorio.
- Se solicita interconsulta con servicio de neurocirugía quienes indican medidas antiedema y conducta quirúrgica expectante.

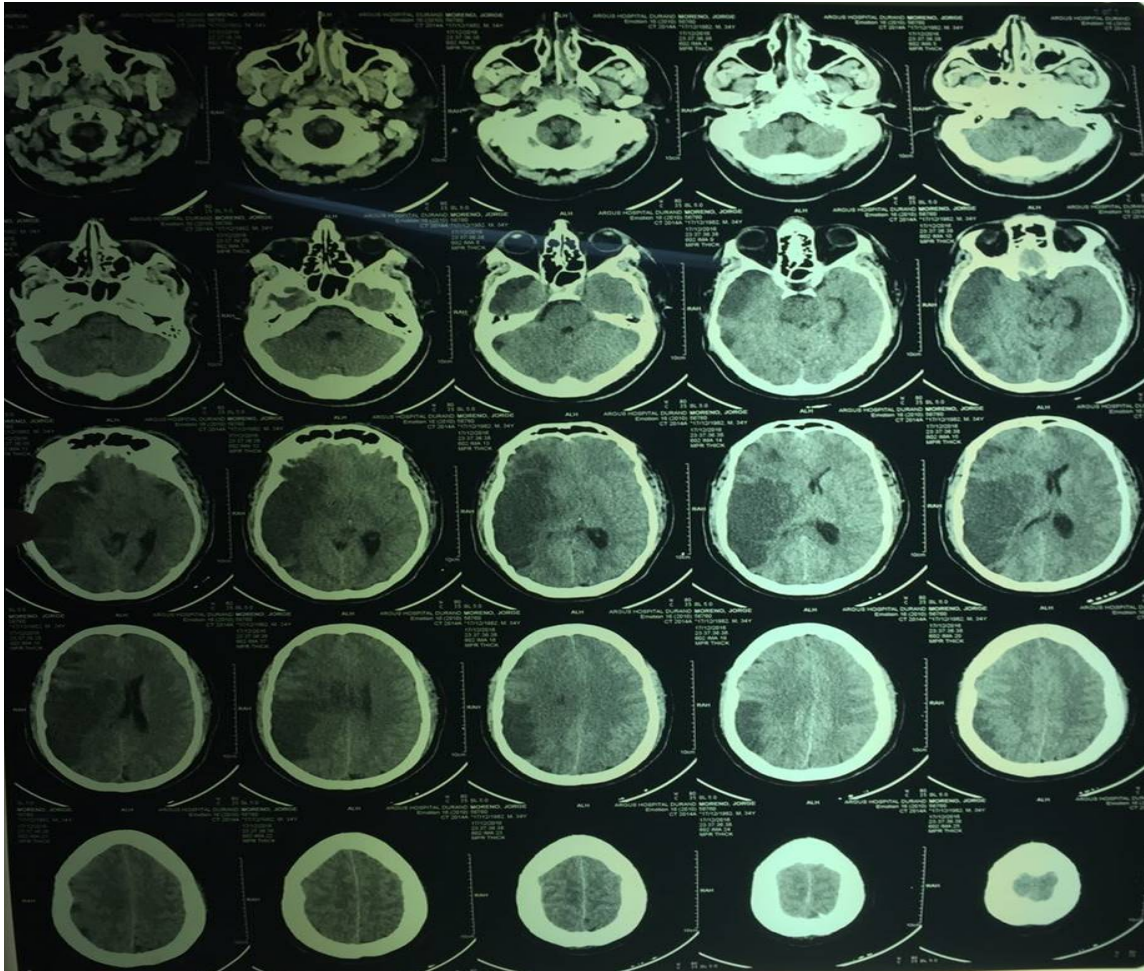
TAC de cerebro 16/12/16



Evolución en UCO 15/12 al 18/12/16

- El 17/12 el paciente evoluciona con deterioro del sensorio por lo que se realiza reintubacion orotraqueal-ARM y nueva TC cerebral que evidencia progresión de isquemia y signos de marcado edema cerebral con compromiso de la línea media.

TAC de cerebro 17/12/16

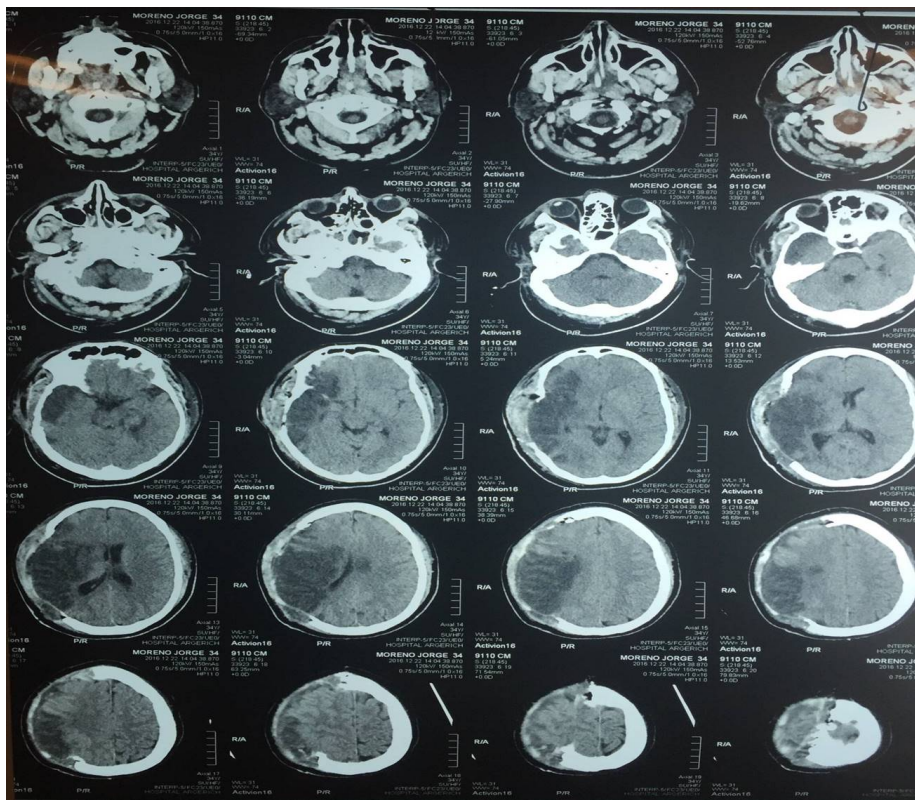


- El 18/12 se realiza craniectomía descompresiva de urgencia con requerimiento de 3 UGR y noradrenalina, dejándose drenaje extradural con escaso debito sanguinolento.
- Re ingresa a UCO bajo sedoanalgesia, RASS -3, pupilas isocoricas reactivas, en ARM, bien adaptado con buena entrada de aire bilateral, foco motor inevaluable por sedoanalgesia.

- Por tratarse de un paciente neurocrítico se decide su pase de servicio de terapia intensiva.

Evolución en UTI 18/12 al 5/01/17

- Durante su internación en UTI el paciente complica con múltiples interurrencias infecciosas, weaning prolongado realizándose traqueostomía el 29/12.
- Se efectúa TC cerebral de control, constatándose línea media conservada, edema cerebral, y pequeña colección subgaleal.
- Evoluciona hemodinamicamente estable lográndose desvinculación de ARM.



Evolución en UTIM 05/1 al 03/02/17

- Se progresa con medidas de rehabilitación kinesioterápicas, siendo decanulado el 21/1/17.

- Por buena evolución clínica se decide pase a sala de cardiología donde actualmente continua internación.

Laboratorio

	<u>Ingreso 08/09/16</u>	<u>Ingreso a UCO 15/12/16</u>	<u>13/03/17</u>
Hematocrito	44	34	36
GB	7300	14000	6400
Plaquetas	227000	87000	322000
Glucosa	111	149	106
Urea	46	40	42
Creatinina	1	1,1	0.78
TP/KPTT/RIN	106%/30/0,94	64%/27/1,3	17/3:35%/ 39/2.05
Ionograma	144/4,2/101	138/4,3/99	141/4.3/98