



Ateneo Anátomo-Clínico

Dr. Rivara, Pablo Leandro
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. Cosme Argerich

Paciente: A.F.

Sexo: Masculino

Edad: 42 años

Fecha de Ingreso: 06/12/2016

Actualmente Internado en clínica médica

MOTIVO DE INGRESO: Cefalea

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente con antecedente de fiebre reumática y compromiso valvular. Acude a guardia externa de nuestro hospital el 6/12/16 por presentar cefalea occipital progresiva y cervicalgia de 6 horas de evolución, a lo cual agrega desorientación temporo-espacial, fotofobia, rigidez de nuca, vómitos y dolor abdominal.

Se interpreta el cuadro como síndrome meníngeo, iniciando tratamiento antibiótico empírico previa toma de muestra de cultivos.

El 10/12 se recibe informe preliminar de cultivos positivos para *S. Aureus* meticilino resistente en hemocultivos 2/2, urocultivo y LCR, ajustando tratamiento según sensibilidad y decidiéndose su internación en sala de clínica médica.

ANTECEDENTES PERSONALES

- Sin factores de riesgo cardiovascular
- Fiebre reumática a los 18 años de edad con compromiso valvular. En profilaxis secundaria con penicilina G benzatínica.
- Insuficiencia mitral e insuficiencia aórtica leve, en seguimiento por consultorios de valvulopatías de este centro.

ESTUDIOS PREVIOS

Ecocardiograma doppler 09/11/15

DDVI (cm)	DSVI(cm)	SIV (cm)	PP(cm)	AI (cm)	Ao (cm)
6,5	3,8	1,0	0,9	4,2	3,6

- Ventrículo izquierdo moderadamente dilatado con función sistólica normal y leve hipertrofia
- Aurícula izquierda dilatada. Área 23.4 cm². Aurícula Derecha 15.2 cm².
- Cavidades derechas normales. Presión sistólica pulmonar 26 mmHg Arteria pulmonar diámetro 2.9 cm.
- Válvula mitral reumática no calcificada con estenosis leve (gradiente medio 2.42 cm²). Insuficiencia mitra level, leve ORE de 0,10, volumen regurgitante 11 cm³
- Válvula aórtica reumática trivalva con insuficiencia leve y tres cúspides levemente engrosadas en sus comisuras (vena contracta 0.4 cm).
- No se observa derrame pericardico.
- El estudio se realiza con una FC de 55 latidos por minuto.

EXÁMEN FÍSICO DE INGRESO A SALA DE CM

- **Aparato cardiovascular:** Ingurgitación yugular 2/3 con colapso inspiratorio parcial. Reflujo hepatoyugular positivo. Choque de punta en 5to espacio intercostal LAA. R1 y R2 en 4 focos, soplo sistólico intensidad 3/6 a predominio del foco mitral con irradiación a axila.
- **Aparato respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, rales crepitantes bibasales.
- **Abdomen:** Blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho y flanco izquierdo. Ruidos hidroaéreos positivos.
- **Neurológico:** Lucido, orientado globalmente. Sin signos de foco motor. Rigidez de nuca y fotofobia. Pupilas isocóricas y reactivas.

- **Piel y partes blandas:** Buena perfusión periférica, sin edemas periféricos, hemorragias en astilla y lesiones de Janeway en manos y pies.

EVOLUCIÓN EN CLÍNICA MÉDICA 10/12 al 12/12

El paciente evoluciona febril persistente y con signos de irritación meníngea.

Se recibe protocolo definitivo de cultivo de LCR tomado a su ingreso, que informa crecimiento de S. Aureus oxacilina resistente por lo cual se ajusta nuevamente el esquema anti-biótico a Daptomicina.

Debido al antecedente de enfermedad valvular reumática y el cuadro clínico actual, se decide realizar inicialmente ecocardiograma transtorácico.

Ecocardiograma doppler 12/12/16

DDVI (cm)	DSVI(cm)	SIV (cm)	PP(cm)	AI (cm)	Ao (cm)
6,5	3,6	1,2	1,0	5,3	4,0

- Valvula mitral con signos de agresión reumática, engrosada, con una vegetación filiforme de 20 mm de largo que en diastole protuye en el VI sobre la valva posterior mitral y en sístole en aurícula izquierda.
- Regurgitación de grado moderado.
- Válvula aortica con signos de agresión reumática e insuficiencia leve.
- VI moderadamente dilatado con grosor parietal normal.
- Función sostólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción.
- Aurícula izquierda moderadamente dilatada.
- Cavidades derechas normales. Insuficiencia tricuspidea leve con PSAP de 28 mmHg.
- No se observa derrame pericárdico.

Se reinterpreta el cuadro como endocarditis infecciosa con embolización a meninges, por lo que se decide su pase a UTI el 12/12.

Evoluciona con signos de sobrecarga ventricular izquierda, que responde adecuadamente al tratamiento con diuréticos de asa.

Se toman hemocultivos control el 13/12 y el 16/12, sin obtenerse rescates microbiológicos y por decisión del servicio de infectología, se rota esquema antibiótico a trimetoprima sulfametoxazol + Rifampicina + Vancomicina.

El 18/12, para lograr un mejor control hemodinámico del paciente, se decide su pase a Unidad Coronaria.

INGRESO UCO 18/12

A su ingreso a unidad coronaria, se evidencia al examen físico dolor en fosa iliaca izquierda, por lo que se le solicita ecografía de abdomen donde se observa esplenomegalia (122 mm), e imagen hipoecoica de 52x31 mm compatible con absceso esplénico.

Se solicita nuevo ecocardiograma en el que se observa aumento del grosor de la valva posterior y del anillo posterior mitral, con vegetaciones pequeñas y móviles sobre ambas valvas y el aparato subvalvular. La comparación con el estudio previo permite confirmar el crecimiento de las vegetaciones y sospechar el desarrollo de un absceso del anillo mitral.

Se solicita IC con servicio de cirugía general y cirugía cardiovascular, decidiéndose la realización de esplenectomía y en un segundo tiempo cirugía de recambio valvular mitral.

El 19/12 Ingresa en POP de esplenectomía, extubado ventilando espontáneamente e hipertenso con requerimiento de vasodilatadores.

El 20/12 se realiza cirugía de RVM por válvula mecánica N° 31. TCEC 120' / TCAo 90'. Requerimiento de 1500 ml de cristaloides, 3 UI de glóbulos rojos, 8 UI de plaquetas.

Ingresa compensado hemodinámicamente en ARM, con requerimiento de inotrópicos y vasopresores (Noradrenalina 0,05 μ /kg/min y Dobutamina 10 μ /kg/min)

Evoluciona favorablemente disminuyendo el requerimiento de inotrópicos y vasopresores hasta la suspensión de los mismos y lográndose extubación precoz dentro de las 12 hs.

Como dato positivo del análisis diario de los ECG, se evidencia prolongación progresiva del QT desde el 13/12 (coincide con el cambio de esquema ATB), llegando a tener el 22/12 un QTc de 500 mseg (Bazett).

Debido a su buena evolución clínica, se decide el 22/12 su pase a sala de cardiología donde presenta a las pocas horas, paro cardiorespiratorio en ritmo de fibrilación ventricular. Se realizan maniobras de RCP exitosas y cardioversión eléctrica con 360 joules.

En el ECG posterior al PCR, se objetiva mayor prolongación del QT.

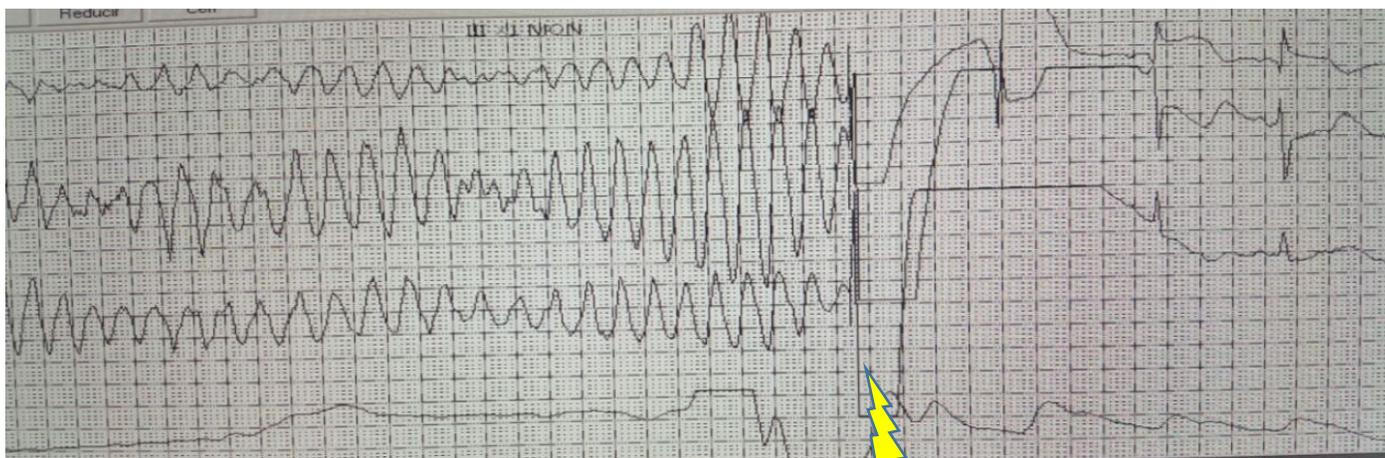
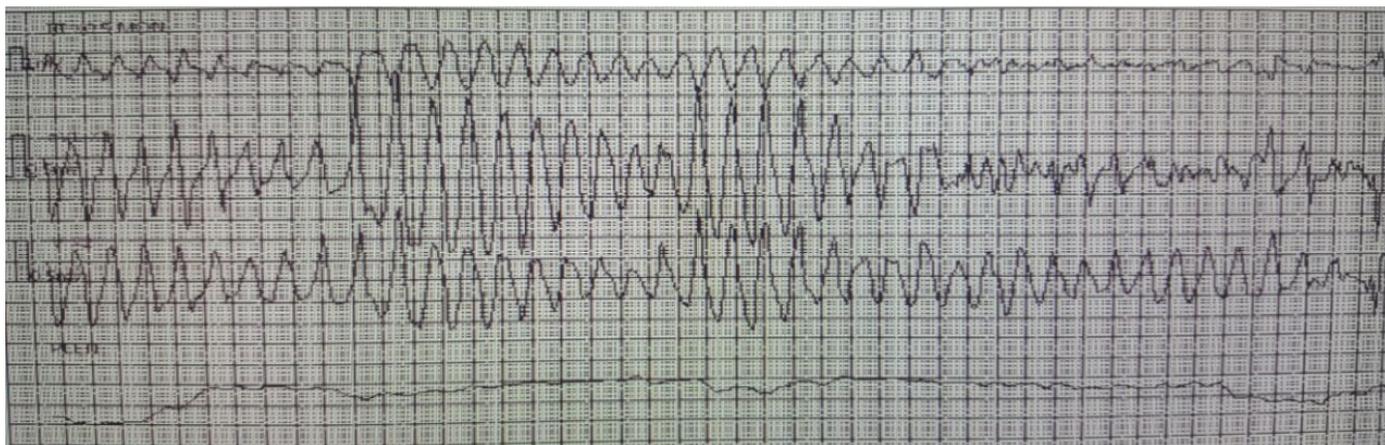
ECG A.F 22/12/16 post PCR



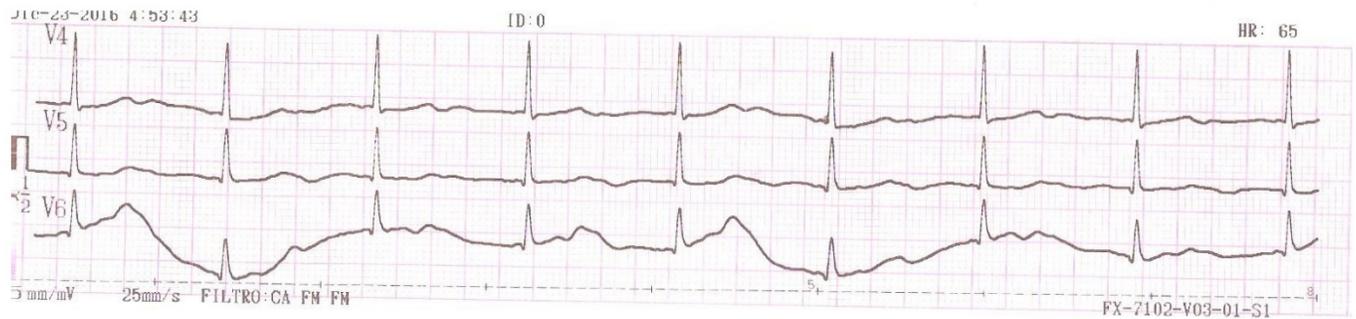
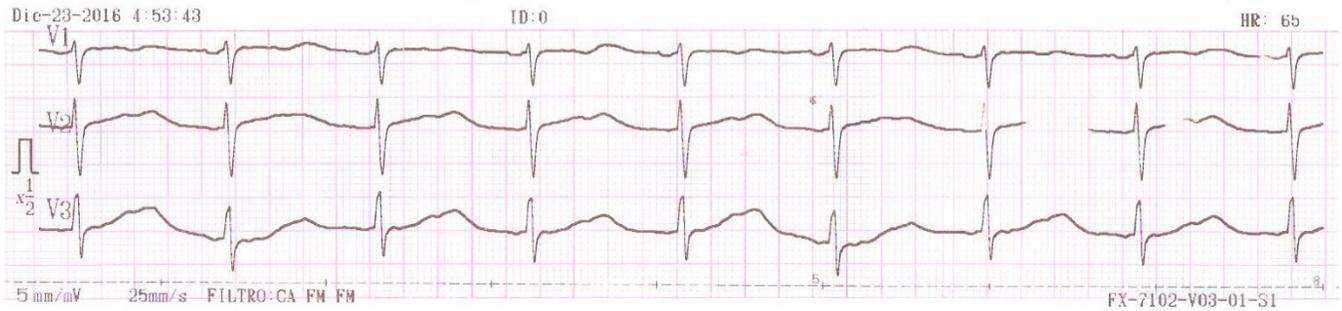
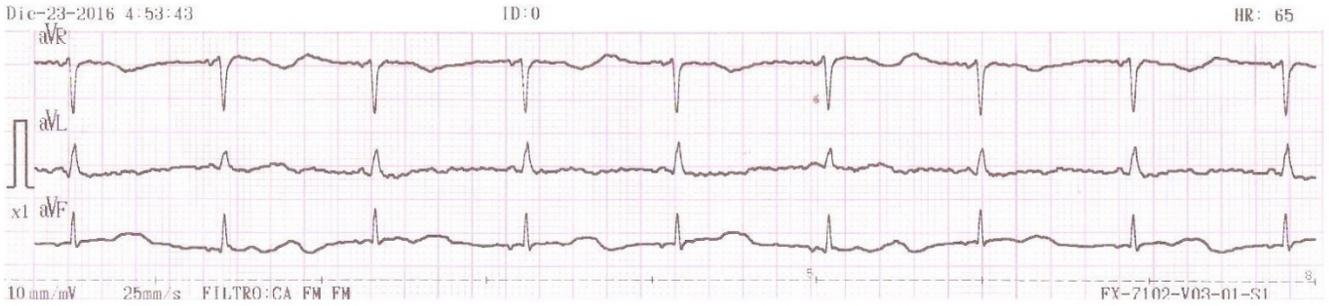
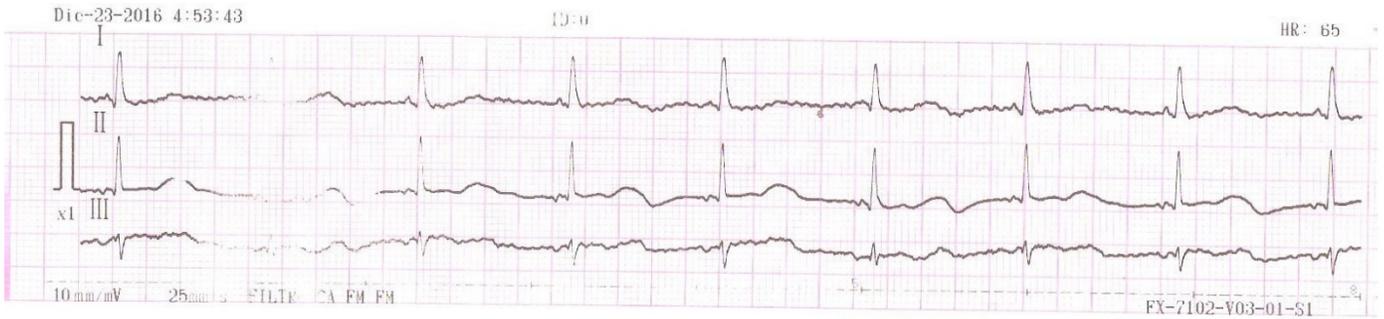
El paciente permanece en asistencia respiratoria mecánica, hemodinámicamente compensado.

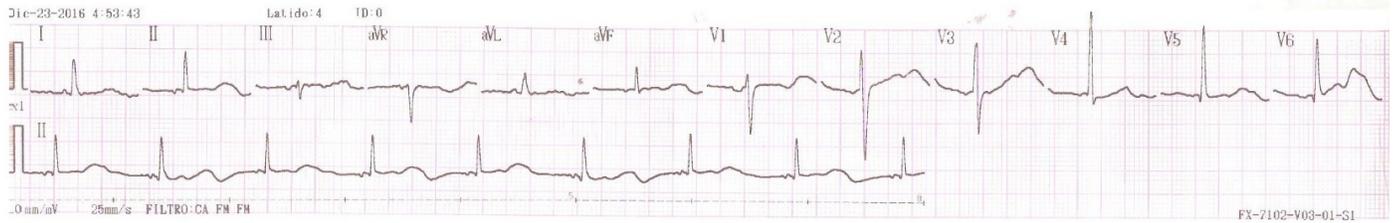
El 23/01, luego de 24 hs en UCO, presenta nuevo episodio de PCR esta vez en contexto de taquicardia ventricular del tipo torcida de puntas con requerimiento de CVE.

REGISTRO DE TELEMETRIA DEL EVENTO 23/12/16



ECG A.F 23/12/16 POST CVE





INDICACIONES AL MOMENTO DEL PCR

- Vancomicina
- trimetoprim-sulfametoxazol
- Rifampicina
- Omeprazol
- Enoxaparina

Se interpreta el evento como secundario a prolongación farmacológica del QT por lo cual se suspende tratamiento con trimetoprim-sulfametoxazol y se inicia infusión de isoproterenol, lográndose suspensión del mismo luego de 3 días con un QTc de 447 mseg.

Actualmente el paciente cursa internación en clínica médica luego de una internación prolongada en UTIM debido a daño neurológico severo por hipoxia cerebral en contexto de paro prolongado.

El QTc actual es de 465 mseg (Bazzet con una FC de 100 lpm).

LABORATORIOS	Ingreso a clínica	Ingreso UCO	POP+2 (post PCR)
Hematocrito / Hb	38 / 13,5	28 / 9,4	27
Globulos Blancos	22200	14800	21700
Plaquetas	231000	334000	491000
Glucosa	129	105	170
Urea / Creatinina	44 / 1,46	51 / 0,84	52/0,96
Bilirrubina T y D GOT / GPT	0,8 / 0,3 / 22 / 14	1,0/0,46/18/25	1,13/0,85/56/31
Coagulograma	74/31/1,18		59/28/1,39
Na / K / Cl	137/3,8/100	139/4,5/97	134/3,66/98
PCR / VSG	315 / 60	380/99	
Factor Reumat.	14		
EAB			7,42/36/95/0,7/23/97
Lactato			9