



ATENEO ANATOMO PATOLÓGICO

Hospital Dr. Cosme Argerich.

Residencia de Cardiología

Laura Estrella

21/09/2016

Paciente: S.A	EDAD: 67 años	Sexo: Masculino
Ingreso: 21/04/2016	Óbito: 6/05/2016	

Motivo de internación: Disnea y dolor abdominal

Enfermedad Actual: Paciente consulta a guardia externa de este Hospital por presentar progresión de disnea habitual en CF II hasta CF IV asociado a dolor y aumento del perímetro abdominal de 15 días de evolución.

Con diagnóstico de insuficiencia cardíaca retrograda a predominio derecho se decide su pase a sala de Cardiología para control evolutivo.

Factores de Riesgo Cardiovascular:

Ex-TBQ: Edad de inicio 18 años hasta los 40 años, 10 paquetes/año.

Obesidad grado II (IMC: 36)

Hipertensión arterial diagnosticada hace 20 años aproximadamente

Antecedentes de enfermedad actual

Miocardiopatía dilatada chagásica con FSVI severamente deteriorada, múltiples internaciones por IC descompensada.

FA crónica anticoagulada de 6 años de evolución

Implante de CDI en 1998 por TVMS sintomática para síncope, con recambio de generador en 2007 y 2014.

Múltiples descargas apropiadas del CDI con episodio de tormenta eléctrica en 2011 por lo que se realizó ablación exitosa.

Medicación habitual

Furosemida 20 mg día

Espironolactona 25 mg día

Amiodarona 400 mg día

Acenocumarol 1 mg día , según cartilla de Hematología.

Carvedilol 25 mg cada 12 horas

Losartán 50 mg día

Examen físico de ingreso a sala

TA: 97/60 mmHg	FC: 75 lpm	FR: 18 rpm	T°: 36,6 °C	SAT O2 98% (0,21%)	IMC: 36
----------------	------------	------------	-------------	--------------------	---------

Cardiovascular: adecuada perfusión periférica, ingurgitación yugular 2/3 con colapso inspiratorio y RHY presente, pulsos periféricos presentes irregulares y simétricos, latido apexiano en 5° EIC LAA, R1 y R2 en 4 focos hipofonéticos, silencios libres.

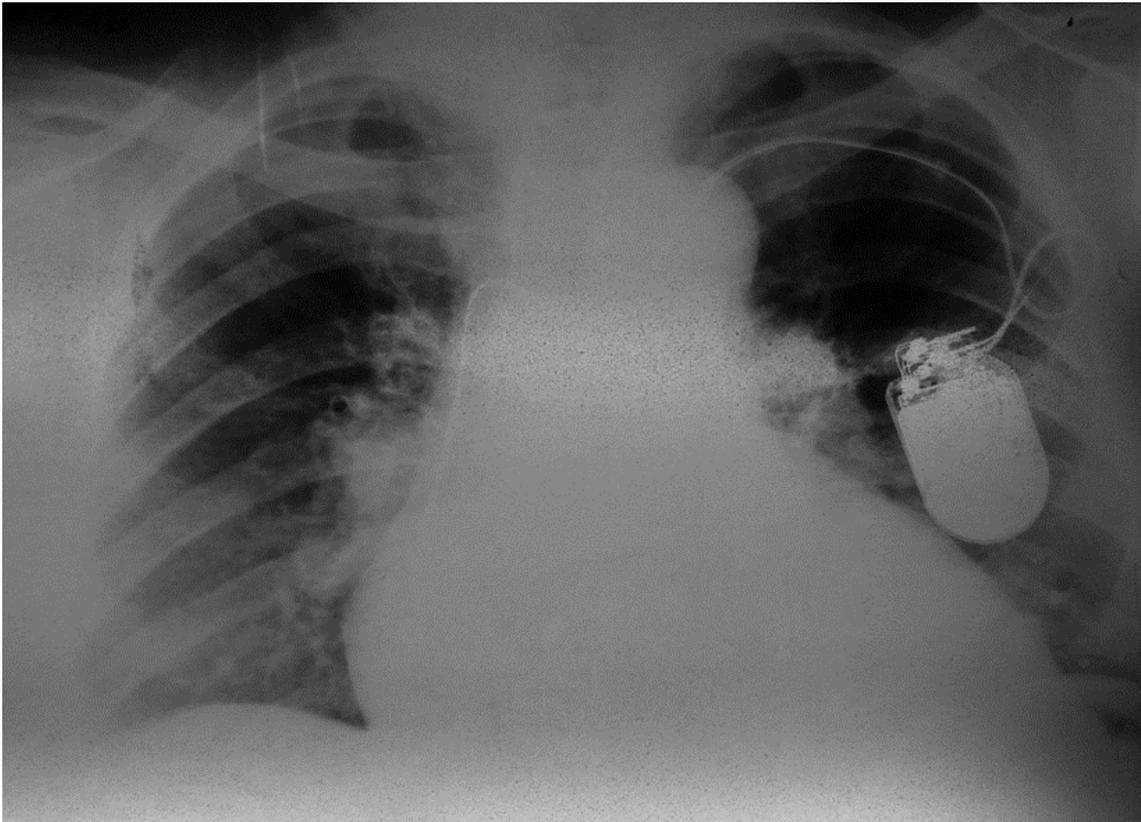
Respiratorio: regular mecánica ventilatoria con utilización de músculos accesorios, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.

Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en forma difusa a predominio en hipocondrio derecho sin signos peritoneales, ascitis infra umbilical, RHA presentes.

Neurológico: lúcido, sin signos de foco motor ni sensitivo.

Piel y Partes blandas: Edema de miembros inferiores 3/6 hasta raíz de muslos, bilateral y simétricos.

Rx Tórax al ingreso a sala de Cardiología



ECG ingreso a sala de Cardiología



Evolución en sala de Cardiología 21/04 al 23/04

Paciente evoluciona hemodinámicamente estable, realizando balance negativo con diuréticos endovenosos en bolo. Se reduce dosis de carvedilol a 12.5mg cada 12hs.

Por presentar dolor abdominal se realiza ecografía que evidencia hígado ligeramente disminuido de tamaño, heterogéneo, sin evidencias de imágenes focales, páncreas y bazo conservado, presencia de ascitis y abundante líquido libre en cavidad abdominal.

Se realiza Ecocardiograma Transtorácico.

<u>DDVI:</u> 75 mm	<u>DSVI:</u> 60 mm	<u>SIV:</u> 13 mm	<u>PP:</u> 10 mm	<u>AI:</u> 50 cm²	<u>AD:</u> 37 cm²
---------------------------	---------------------------	--------------------------	-------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Cavidad ventricular izquierda severamente dilatada con hipertrofia excéntrica. Hipoquinesia global con deterioro severo de la función sistólica. Patrón de llenado monofásico con pendiente restrictiva. Aurícula izquierda severamente dilatada.

Aurícula derecha dilatada. Cavidad ventricular derecha dilatada con deterioro de su función sistólica. TAPSE: 10 mm. Se observa cable de dispositivo en ambas cavidades derechas.

Dilatación del anillo mitral con restricción del movimiento de valva posterior que genera insuficiencia de grado moderado con ORE de 0.37cm², VR 56 ml.

Insuficiencia aórtica leve. Insuficiencia tricuspídea leve que permite estimar PSAP 50 mmHg.

Derrame pericárdico moderado, anterior de 0,6 cm, posterior de 1,3 cm.

Evolución en sala de Cardiología 21/04 al 23/04

El día 23/04 presenta dos descargas de CDI apropiadas estando en reposo por lo que se decide pase a UCO para monitoreo continuo.

Se constata en laboratorio hipokalemia (K⁺ 2,3 mEq/l) por lo que se realiza corrección del mismo.

Evolución en UCO 23/04 al 2/05

A su ingreso a UCO se indica carga y mantenimiento de amiodarona.

El 26/04 presenta nuevo episodio de descarga apropiada de CDI decidiéndose reiniciar dosis habituales de carvedilol (25mg cada 12hs).

El 27/04 se realiza Ecocardiograma Transtorácico control.

<u>DDVI:</u> 65 mm	<u>DSVI:</u> 61 mm	<u>SIV:</u> 13 mm	<u>PP:</u> 7 mm	<u>AI:</u> 50 cm2	<u>AD:</u> 44 cm2
---------------------------	---------------------------	--------------------------	------------------------	------------------------------	--------------------------

Ventrículo izquierdo moderadamente dilatado. Deterioro severo de la función sistólica global. Aquinesia inferior, posterior y septal. Hipoquinesia severa del resto de los segmentos.

Ventrículo derecho no dilatado con función sistólica conservada.

Válvula aortica trivalva, esclerocalcificada, sin restricción de su apertura. Insuficiencia tricuspidea leve que permite estimar PSAP 33 mmHg.

Sin derrame pericárdico.

Evolución en UCO 23/04 al 3/05

Por no presentar nuevos episodios arrítmicos durante 72 hs, en conjunto con el servicio de Electrofisiología, se decide el pase a sala de Cardiología para control evolutivo y completar tratamiento.

A pesar de realizar balance negativo (5kg), persiste con dolor abdominal difuso a predominio en hipocondrio derecho asociado a ascitis por lo que se realiza nueva ecografía de abdomen, que evidencia imagen nodular hepática de 19mm.

Se realiza TAC de abdomen que evidencia: marcada ascitis, engrosamiento de las serosas y del omento con múltiples nódulos sólidos. Hígado disminuido de tamaño con área hipodensa en segmento VI, de contornos lobulados: imágenes sugestivas de secundarismo en peritoneo e hígado.

Evolución en Sala de Cardiología el 6/05

El 6/5 a las 8 am presenta deterioro del sensorio abrupto asociado a mala mecánica ventilatoria, hipotensión arterial y signos de mala perfusión periférica.

A las 8:40 hs evoluciona con PCR en contexto de asistolia se inician maniobras de RCP básicas y avanzadas sin éxito. Se constata óbito a las 9.15 hs.

Tratamiento

- Omeprazol 20 mg día, Vía oral
- Enoxaparina 1 ml cada 12 hs, vía subcutánea
- Carvedilol 25 mg cada 12 horas, Vía oral
- Espironolactona 50 mg día, Vía oral
- Acenocumarol según cartilla de Hematología.
- Furosemida 20mg cada 12hs EV

Laboratorio

	21/04	23/04	28/04	3/05	5/05
HTO (%)	40	38	38	39	36
GB /mm3	7200	8800	10100	9100	8700
Plaquetas /mm3	139000	139000	181000	186000	21500
Glucemia mg/dl	133	98	104	112	116
Urea mg/dl	50	39	45	50	77
Cr mg/dl	1,44	0,94	0,8	1	1,3
Tp/KpH/Rin	14/35/5,9	66/29/1,2	55/62/1,5	57/31/1,5	
BT/BD mg/dl	0,98/0,5	1,1/0,4	1,3/0,6	1,42/0,9	
GOT/GPT UL/L	21/10	29/11	21/8	18/9	
Na/K/Cl	139/3,5/94	139/2,3/98	138/3,6/101	139/5/100	139/4,9/98
pH/HCO3	7,46/30/21/-1,9	7,40/51/31/6	7,38/43/25/0,4		7,35/40/22/-2,5
TSH: 10 uUL/ml					