

# **ATENEO CLÍNICO**

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

**ESTRELLA MARÍA LAURA  
02/11/2016**

<b>Paciente: E.C</b>	<b>Edad: 32 años</b>	<b>Sexo: femenino</b>
<b>Fecha de ingreso: 20-7-16</b>	<b>Fecha de egreso: 6-9-16</b>	

**Motivo de consulta:** Dolor abdominal.

**Enfermedad actual:**

Paciente en seguimiento por Servicio de Hipertensión pulmonar (HTP) de este hospital consulta a cardiólogo de cabecera por presentar dolor abdominal difuso de 72 hs de evolución, asociado a fiebre, diarrea y disuria, con progresión de disnea habitual CF II a CF III/IV.

Al examen físico se constata hipotensión arterial (80/45 mmHg), taquicardia (120 lpm) y fiebre (38°C). Se interpreta cuadro como sepsis severa, probable foco abdominal y se decide internación en UCO.

**ANTECEDENTES**

- **Factores de riesgo cardiovascular**

No presenta

- **Antecedentes de enfermedad actual**

CIA no corregida, con cortocircuito bidireccional y Síndrome de Eisenmenger, diagnóstico en 2008, en seguimiento por servicio de HTP de este hospital desde el 2011.

**OTROS ANTECEDENTES**

- Colocación de DIU en 2012
- Eritrocitosis secundaria con requerimiento de flebotomías en varias oportunidades por servicio de hematología de este hospital. (Hto hasta 62%).

**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**

- **Cateterismo derecho (2008)**

PRESIONES	MEDIA	OXIMETRÍA
VCS		76 %
AD	14	81,9%
VD		
APT	58	
API	58	84,5%
APD	58	
AI	10	82%
VI		
AO	54	83%

Cortocircuito bidireccional a nivel auricular.

Cierre transitorio con balón constatando caída significativa de la presión sistémica.

- **Cateterismo derecho. Test de vasorreactividad pulmonar (2011) (Hospital Argerich)**

AO: 95/55 mmHg AD: 5 mmHg VD: 110/0-12

Presión AP: Basal: 116/55 (75) Post O2 (10'): 106/55 (75)

Basal: 110/54 Post Sildenafil (30')=101/55(72)

(45')= 92/50 (64)

(60')= 89/42 (58)

HTP severa que reacciona parcialmente a la administración de oxígeno y responde significativamente al sildenafil.

- **Teste de la caminata de 6 minutos (2014)**

DISTANCIA			
Recorrida	Predicho	%	DMN
389,40 mts	712,12 mts	54,68	574,12 mts
	INICIAL	FINAL	RECUP 5'
FC	80	159	112
TAS	94	101	129
TAD	52	49	65
SpO2	59	40	61
FR	21	35	20

Refiere disnea al finalizar la prueba sin síntomas musculares

- **Espirometria (2012)**

Obstrucción al flujo leve, FEV1 72 %, sin respuesta broncodilatadora.

- **Pletismografía (2012)**

Capacidad pulmonar total, RV y relación RV/TLC dentro de valores normales al igual que las resistencia de la vía aérea.

- **DLCO (2012)**

Ajustada a la Hb (poliglobulia) se encuentra en el límite inferior de lo normal.

- **ECOCARDIOGRAMA (2015)**

<b>DDVI:</b> 52 mm	<b>DSVI:</b>	<b>SIV:</b> 8 mm	<b>PP:</b> 8 mm	<b>AI:</b> 18 cm <sup>2</sup>	<b>AD:</b> 33 cm <sup>2</sup>
-----------------------	--------------	---------------------	--------------------	----------------------------------	----------------------------------

Cavidad ventricular izquierda de dimensiones normales.

Ventrículo izquierdo con grosor parietal y función sistólica normales. Sin alteraciones segmentarias de la contracción. Movimiento paradójal del septum.

Patrón de llenado de tipo relajación prolongada. AI no dilatada.

Cavidad ventricular derecha severamente dilatada con hipertrofia de su pared libre y deterioro de su función sistólica, onda s` tisular de 0.07 m/s. AD dilatada.

IT moderada que permite estimar PSAP de 94 mmHg. Se observa CIA tipo ostium secundum de 1.3 cm con flujo bidireccional por doppler.

Derrame pericárdico anterior de 1.7 cm. Sin signos ecocardiograficos de taponamiento cardíaco.

### **MEDICACIÓN HABITUAL**

- Taladafilo 40 mg día
- Macitentan 10 mg día
- Espironolactona 25 mg día
- Furosemida 40 mg día
- Acenocumarol según cartilla de Hematología

### **EXAMEN FÍSICO INGRESO A UCO 20-7-16**

<b>TA: 92/53</b> mmHg	<b>FC: 120 lpm</b>	<b>FR: 25 cpm</b>	<b>T°: 38°C</b>	<b>SatO2: 60% (0,21%)</b>
<b>Peso: 50 Kg</b>		<b>Altura: 1,60 metros</b>		<b>IMC: 19,5</b>

**Cardiovascular:** Regular perfusión periférica. Ingurgitación yugular 2/3 con colapso inspiratorio sin RHY, pulsos periféricos presentes regulares y simétricos, latido apexiano en 5° EIC LAA, Dressler presente, latido palpable en el 2do espacio paraesternal izquierdo, R1 normofonético, R2 aumentado en foco pulmonar, silencios libres.

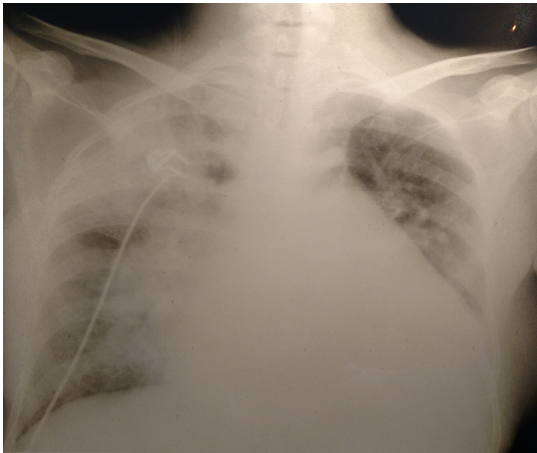
**Respiratorio:** Regular mecánica ventilatoria, a expensas de taquipnea, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.

**Abdomen:** Globoso, RHA presentes, doloroso a la palpación en forma difusa con defensa abdominal, sin signos peritoneales, hígado palpable 2 cm debajo del reborde costal.

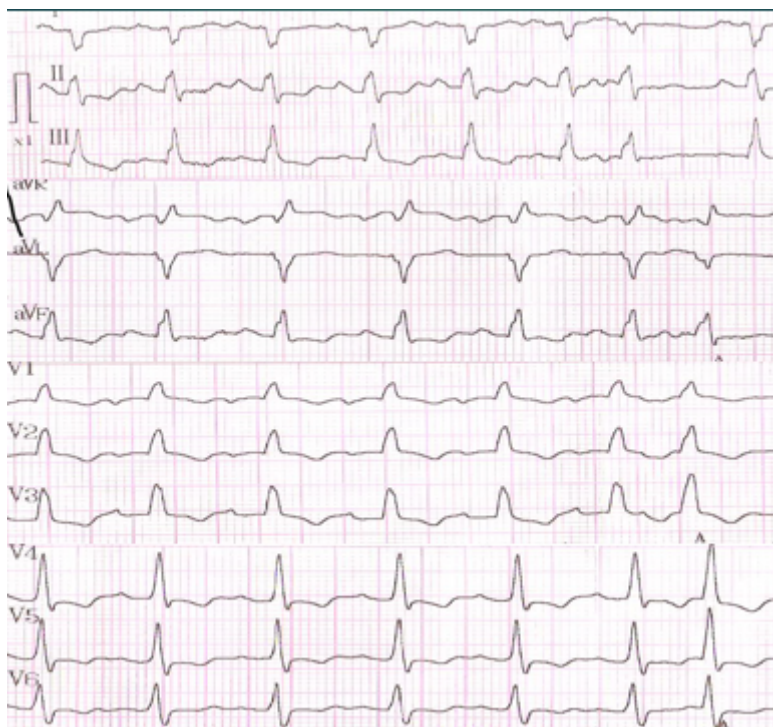
**Neurológico:** Lúcida, sin signos de foco motor ni sensitivo.

**Piel y Partes blandas:** Cianosis facial, hipocratismo digital, sin edemas en MMII.

### **RX TÓRAX DE INGRESO 20-7-16**



### **ECG DE INGRESO 20-7-16**



### **Evolución en UCO 20-7-16 al 23-7-16**

- Con diagnóstico de abdomen agudo, se realizan HMC, urocultivo, coprocultivo y se inicia tratamiento con Piperacilina-Tazobactam.
- Se solicita interconsulta con servicio de cirugía general quienes realizan ecografía abdominal donde se observa vesícula alitiásica no complicada, asas intestinales dilatadas sin líquido libre.
- Se interconsulta con servicio de ginecología, quienes realizan ecografía transvaginal que evidencia ovario derecho aumentado de tamaño

(62x65x84) con un quiste de pared con contenido ecogénico en su interior, sin líquido libre ni colecciones. No se observan hallazgos compatibles con EPI.

#### **Evolución en UCO 20-7-16 al 23-7-16**

- Debido a hallazgos ecográficos no concluyentes y persistencia de la sintomatología, se solicita TAC de abdomen y pelvis sin contraste en donde se observa imagen pélvica, no pudiéndose descartar origen anexial.
- Se descarta conducta quirúrgica de urgencia.
- Debido a estabilidad hemodinámica y mejoría sintomática se decide pase a sala de Cardiología.

#### **Evolución en sala de Cardiología 24-07-16 al 31-07-16**

- Evoluciona con registros febriles diarios, por lo que se decide realizar en primera instancia ecocardiograma transtorácico para descartar endocarditis.

#### **Ecocardiograma transtorácico 27-07-16**

<b>DDVI:</b> 51 mm	<b>DDSV:</b> 20 mm	<b>SIV:</b> 8 mm	<b>PP:</b> 9 mm	<b>AI:</b> 3,7 cm	<b>AD:</b> 3,2 cm
-----------------------	-----------------------	---------------------	--------------------	----------------------	----------------------

Comunicación interauricular tipo ostium secundum de 28 mm con cortocircuito predominante de derecha a izquierda (Eisenmenger).

Severa dilatación de cavidades derechas. Hipertrofia ventricular derecha.

Insuficiencia tricuspídea severa con PSAP de 103 mmHg.

Ventrículo izquierdo no dilatado con grosor parietal normal.

Función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción.

Aurícula izquierda no dilatada

Válvulas sin evidencias de vegetaciones.

Se observa derrame pericárdico de grado leve.

#### **Evolución en sala de Cardiología 24-07-16 al 31-07-16**

- El 31/07 intercorre con signos de sobrecarga biventricular, deterioro del ritmo diurético e inestabilidad hemodinámica, por lo que se decide su pase a UCO.

#### **Evolución UCO 31-7-16 al 3-8-16**

- A su ingreso a UCO, paciente con parámetros de shock séptico, con requerimiento de noradrenalina a bajas dosis y de furosemida en bomba de infusión continua.
- Se amplía esquema antibiótico (Imipenem – Vancomicina).
- Presenta durante infusión de imipenem rash cutáneo, por lo cual se rota a meropenem – vancomicina según indicación de servicio de Infectología.
- Evoluciona hemodinámicamente estable, logrando suspenderse vasopresores dentro de las 24 hs. Posteriormente se decide pase a sala de Cardiología.

#### **Evolución en sala de Cardiología 3-8-16 al 10-8-16**

- Se realiza nueva TAC de tórax, abdomen y pelvis con contraste endovenoso que evidencia en FID adyacente al útero una colección loculada de 70x60 mm, que podría corresponder a absceso tubo-ovárico, escaso líquido laminar en parietocólico derecho.
- Se realiza ateneo multidisciplinario (Cardiología, Hipertensión Pulmonar, Cirugía General, Ginecología, Infectología, Anestesiología), donde se decide conducta quirúrgica expectante por presentar alto riesgo quirúrgico/anestésico y ampliar tratamiento antibiótico (doxiciclina).

#### **Evolución sala de Cardiología 3-8-16 al 10-8-16**

- Evoluciona con registros febriles persistentes, a pesar de tratamiento antibiótico, por lo que se decide realizar cirugía.
- El 10-08-16 se realiza laparotomía exploradora con resección de absceso tuboovárico, ooforectomía derecha, apendicectomía y resección segmentaria de íleon distal con anastomosis latero-lateral. Por decisión del servicio de ginecología, no se realiza ligadura de trompas.
- Se realiza procedimiento con anestesia peridural, sin requerimiento de hemoderivados, bien tolerado.

#### **Evolución en UTI 10-08-16 al 16-08-16**

- Ingresa en postoperatorio inmediato a Unidad de terapia intensiva, ventilando espontáneamente y hemodinámicamente estable.
- Evoluciona con sangrado peridrenaje y caída de 7 puntos de hematocrito, por lo que se transfunden 2 U GR. Se realiza ecografía abdominal que no presenta líquido libre.
- El 14/08 Intercurre con sobrecarga biventricular, oligoanuria de 48 horas y mala mecánica ventilatoria, por lo que se inicia tratamiento con furosemida en bomba de infusión continua, VNI y nebulizaciones con iloprost, con respuesta favorable. El 16/08 se decide pase a UCO.

#### **Evolución en UCO 16-08-16 al 26-8-16**

- Se recibe informe de bacteriología de material quirúrgico (proteus y burkodelia), por lo que se decide rotar tratamiento a meropenem, vancomicina y TMS (Bactrim).
- El 21-08 intercorre con fiebre (38,5°C), odinofagia y adenomegalias generalizadas (cervicales, preauriculares, inguinales, occipitales), móviles y dolorosas.
- Se realiza interconsulta con Servicios de Dermatología, Clínica Médica e Infectología quienes ante cuadro clínico y eosinofilia realizan diagnóstico de DRESS probablemente asociado a imipenem.

#### **Evolución en UCO 16-08-16 al 26-08-16**

- Se decide suspender tratamiento antibiótico y se inician corticoides endovenosos, con mejoría clínica por lo que el día 26-08 se decide pase a sala de Cardiología.

### Evolución en sala de Cardiología 26-08-16 al 6-09-16

- Evoluciona favorablemente, por lo que el 6-09 se otorga alta hospitalaria.
- Continua en seguimiento por consultorios externos de hipertensión pulmonar.

### Medicación al alta

- Furosemida 40 mg día
- Taladafilo 40 mg día
- Macitentan 10 mg día
- Acenocumarol según cartilla
- Deltisona 10 mg día con tapering ambulatorio.

### Laboratorios

	21/07	31/07	12/08	18/08	30/08	3/09
Hto (%)	37	36	27 → 2U GR	35	35 → 1U GR	43
GB (/mm3)	24600	5300	5800	7700 (Eo 11%)	9900 (Eo 4%)	7600 (Eo 2%)
Plaquetas (/mm3)	196000	152000	162000	224000	193000	245000
Glucemia	78	86	80	104	105	86
Urea	41	50	57	69	41	43
Creatinina	0,83	1,3	1	1,3	1	0,9
Tp/Kptt/Rin	12/40/6,2	45/38/1,7	54/41/1,4	45/42/1,7		43/37/1,9
Bt/Bd mg/dl	0,8/0,4		0,4	0,6		
Got/Gpt U/L	18/6	40/13	49/15	55/24	17/11	
EAB	7,36/31/17/-6	7,36/39/21/-3	7,36/32/18/-6			
Na/K/Cl	134/3,4/100	137/3,7/97	139/5/106			
Sub B	negativa					
HIV/CMV/EBV				negativo		
Ferrem/Trans/ferri t		30/171/60				



