



ATENEO

Anatomopatológico

Rodríguez, Sofia Gabriela
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. Cosme Argerich

Paciente: J.R.

Sexo: Masculino

Edad: 60 años

Fecha de Ingreso: 27/06/16

Fecha de egreso: 09/08/16

- **Motivo de Consulta:** disnea de reposo, aumento de perímetro abdominal y edema de miembros inferiores.
- **Enfermedad actual:** paciente ingresa a servicio de Cirugía Cardiovascular derivado de otra institución con diagnóstico de pericarditis constrictiva para resolución quirúrgica. A la espera de fecha quirúrgica evoluciona con disnea en reposo, ascitis, edema de genitales y miembros inferiores asociado a deterioro de ritmo diurético por lo que el día 27/05 se decide pase a Unidad Coronaria.

Antecedentes de enfermedad actual:

- Pericarditis constrictiva calcificada diagnosticada en Noviembre 2015 en Hospital Ramos Mejía.
- Múltiples internaciones por ICC descompensada en dicha institución.
- Fibrilación auricular crónica anticoagulada desde 2015.

Factores de riesgo cardiovascular:

- Tabaquismo (40 paquetes/año)
- Ex enolista (70g por día durante 15 años)

Otros antecedentes

- Sospecha de EPOC reciente mediante técnicas de imágenes, sin espirometría, en tratamiento con broncodilatadores.

Medicación habitual

- Aspirina 100 mg/día
- Bisoprolol 2,5 g/día
- Furosemida 40mg /día
- Acenocumarol según cartilla
- Budesonide + formoterol en aerosol 1puff cada 12hs

Estudios complementarios previos

- TAC de tórax sin contraste (diciembre 2015)

Grandes vasos y cavidades cardíacas de configuración normal. Se visualizan extensas áreas de calcificaciones pericárdicas de aspecto secuelar. Extensos signos de enfisema centrolobulillar y paraseptal a predominio de lóbulos inferiores. Presencia

de bandas de atelectasia cicatrizales, tractos fibrosos y engrosamiento del intersticio e imágenes pseudonodulares de mayor jerarquía a nivel del segmento apical de LII, y a nivel del LSD con aposición cálcica.

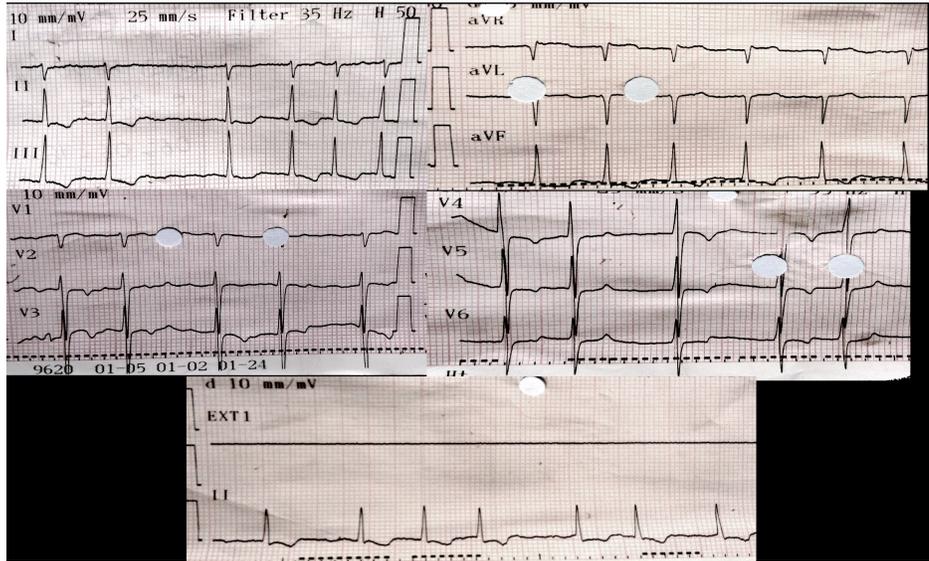
- Radioscopia torácica (diciembre 2015) Se constata calcio en surcos cardíacos, por imágenes dinámicas se observa restricción.
- Cinecoronariografía (abril 2016) Arterias coronarias sin lesiones significativas.

Exámen físico de ingreso a UCO 27/05/16

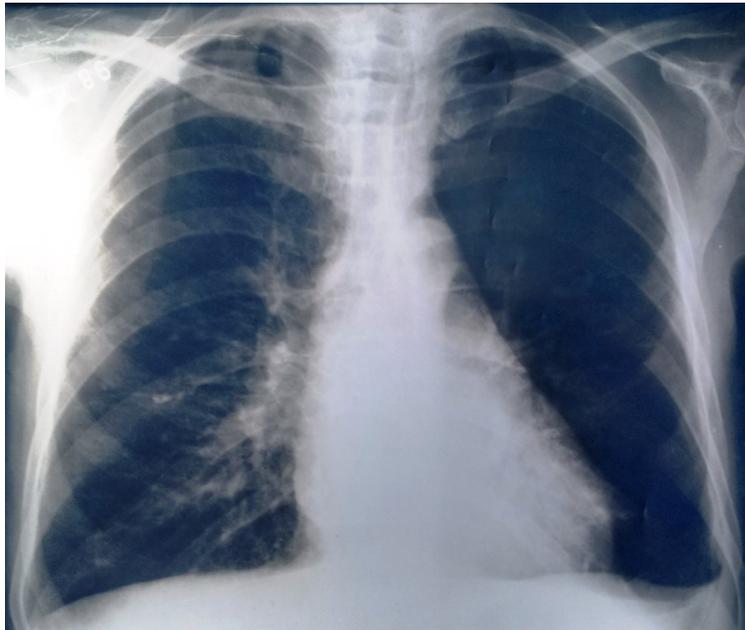
TA:117/87mmHg	FC: 129 l.p.m.	FR: 28 c.p.m.	T: 36 ° C	Sat: 90% al 0,21
---------------	----------------	---------------	-----------	------------------

- Aparato cardiovascular: Ingurgitación yugular 3/3 sin colapso inspiratorio. Latido apexiano en 5° EIC LMC. Pulsos simétricos e irregulares. Pulsos pedio y tibial posterior disminuídos bilateral. R1-R2 en 4 focos, se ausculta R3.
- Aparato respiratorio: taquipneico e hipopneico, rales crepitantes bibasales. Campos pulmonares sonoros.
- Abdomen: globoso, tenso, indoloro, RHA positivos, matidez de concavidad superior compatible con ascitis infraumbilical.
- Neurológico: lúcido, sin foco motor ni signos meníngeos.
- Piel y TCS: palidez cutáneo mucosa. Edema de miembros inferiores hasta raíz de muslo 3/6, pene y escroto edematizados.
- Sistema osteoartro muscular: limitación en la extensión en ambos antebrazos, nódulo subcutáneo no inflamatorio en codo izquierdo. Deformidades en dedos de manos y pies de carácter crónico. Contractura de Dupuytren en flexor de 4° dedo mano derecha y menor grado en mano izquierda.

ECG



Rx de tórax



Evolución en UCO 27/05 al 03/06

- Se interpreta como insuficiencia cardíaca descompensada biventricular. Realiza balance negativo con diuréticos de asa en infusión continua y control de frecuencia cardíaca con digoxina.
- Se realiza ecocardiografía transtorácica para evaluación de patología.

DDVI (cm)	DSVI(cm)	SIV (cm)	PP(cm)
4,3	-	0,80	0,80

- Ventrículo izquierdo no dilatado con grosor parietal normal.
- Hipoquinesia global con movimiento anormal del septum interventricular y deterioro moderado a severo de la función sistólica global del ventrículo izquierdo (estudio realizado FA taquicárdico).
- Strain Bidimensional claramente disminuído en todos los segmentos miocárdicos
- Aurícula izquierda moderadamente dilatada. Área= 36 cm²
- Aurícula derecha dilatada (Área=21 cm²).
- Ventrículo derecho de diámetro normal y deterioro severo de la función sistólica.
- Insuficiencia mitral leve.
- Insuficiencia tricuspídea leve. PSAP=56 mmHg
- No se observa derrame pericárdico. El pericardio impresiona engrosado e hiperrefringente.
- Vena Cava Inferior y venas suprahepáticas dilatadas sin colapso inspiratorio.

Nota: no es posible definirlo por la presencia de FA pero los hallazgos de este estudio podrían corresponder a pericarditis constrictiva con compromiso miocárdico.

Por presentar distensión abdominal marcada se realiza ecografía de abdomen para su estudio.

Ecografía abdominal

Hígado de bordes lobulados, tamaño y ecoestructura conservados, sin evidencias de imágenes focales en los segmentos visualizados. Se observa aumento del calibre de las venas suprahepáticas compatible con hígado congestivo. Importante cantidad de líquido libre en cavidad abdominal.

Se decide punción evacuadora de líquido ascítico(3500ml) con mejoría de mecánica respiratoria.

Pase a Servicio de Cirugía Cardiovascular

- Se optimiza tratamiento médico con adecuada tolerancia.
- Por evolución favorable el 03/06 se decide pase a Sala de Cirugía Cardiovascular a la espera de intervención quirúrgica.

Evoluciona con insuficiencia cardíaca progresiva con regular respuesta a diuréticos EV.

El 19/07 se constata paciente en shock cardiogénico. Por falta de cama en UCO se decide pase a Unidad de Terapia Intensiva para tratamiento inotrópico y vasopresor.

Internación en UTI 19/07/16 al 27/07/16

Debido al requerimiento de altas dosis de drogas vasoactivas (noradrenalina y milrinona) se decide IOT-ARM. Presenta durante el procedimiento FAARV (180-200 lpm) con mayor inestabilidad hemodinámica por lo que se realizó CVE sin éxito. Se inició amiodarona para control de FC.

Evoluciona favorablemente con dosis de drogas vasoactivas en descenso, pudiéndose desvincular del respirador 24 horas después.

El día 22/07 se realiza pericardiectomía parcial.

Paciente ingresa en post operatorio inmediato, extubado y con requerimiento de drogas vasoactivas (Noradrenalina) en bajas dosis que se suspenden en primeras 12hs.

Complica con bacteriemia por SAMR y Pseudomona aeruginosa de probable foco endovascular por lo que cumple tratamiento con vancomicina y ciprofloxacina.

Posteriormente evoluciona favorablemente por lo que se decide pase a sala de Cardiología.

Evolución en Sala de Cardiología 27/07/16 al 09/08/16

- Ingresar hemodinámicamente estable, con persistencia de signos de sobrecarga hídrica por lo que se realiza balance negativo con diuréticos de asa EV.
- Se realiza drenaje de líquido ascítico para optimizar confort del paciente.
- Durante la internación en sala de cardiología, encontrándose en tratamiento con amiodarona VO, se evidencia reversión a ritmo sinusal.

Ecocardiograma doppler 03/08/16

DDVI (cm)	DSVI(cm)	SIV (cm)	PP(cm)
4,70	2,80	0,80	0,70

- VI no dilatado con grosor parietal normal.
- Función sistólica global conservada. Movimiento paradójal del SIV.
- Al levemente dilatada. (27,4 cm²)
- VD no dilatado con deterioro de función sistólica (TAPSE 11mm; S´ :8cm/s)
- Válvulas morfológicamente normales.
- Vena cava inferior colapsada.No se observa derrame pericárdico.

En sala se optimiza tratamiento médico con resolución de signos de insuficiencia cardíaca por lo que el día 09/08 es dado de alta en seguimiento por servicio de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Medicación al alta

- AAS 100mg por día VO
- Furosemida 40mg cada 12hs VO.
- Amiodarona 200mg por día VO.
- Budesonide + formoterol 2 puff cada 12 hs

	Ingreso 27/05/16	CCV 18/07	POP 22/07/16	Alta 08/08/16
Hto %	26	21	27	30
GB	4600	5800	8100	7600
Rcto plaq/mm3	338000	264000	218000	346000
Glucemia(mg/dl)	109	102	154	192
Úrea(mg/dl)	71	156	105	48
Creatinina(mg/dl)	1,46	3,81	1,47	0,83
TP/KPTT/RIN	75%/33s/1,17	61/55/1,35	58%/36s/1,4	72%/39s/1,2
Ionograma (mEq/L)	133/2,92/94	127/5,8/91	131/3,7/93	131/3,7/92
BT/BD/GPT/GPT (mg/dl)	0,9/0,4/39/12	0,28/20/13	1,53/0,9/22/13	0,42/46/29
Ácido úrico (mg/dl)	9,9	-	6,2	-
Factor reumatoideo	129 U/ml	PPD negativa	Perfil tiroideo: TSH 2,5; T4 9,9	