



# **ATENEO ANATOMO-PATOLOGICO**



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

**Dr. Bono Leandro**

**24/04/2013**

**PACIENTE:** C.L. **SEXO:** Masculino **EDAD:** 62 años

**Fecha de ingreso:** 17/10/12 **Fecha de óbito:** 19/10/12

**MOTIVO DE INTERNACIÓN:**

Disnea, edemas de miembros inferiores y astenia.

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

Paciente consulta a guardia externa de este hospital el 12/10 por disnea a moderados esfuerzos, edemas en miembros inferiores, aumento del perímetro abdominal y astenia, de un mes de evolución. Se constata en guardia paciente normotenso, afebril y con falla renal oligúrica. Se interpreta cuadro como Síndrome Ascítico Edematoso secundario a cirrosis y se inicia antibioticoterapia por erisipela en tejido escrotal sin toma de cultivos previa. El 16/10 pasa a Clínica Médica.

**ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:**

- **Erisipela en tejido escrotal.**

**FACTORES DE RIESGO CORONARIOS:**

- **Hipertensión arterial:** de larga evolución sin controles ni tratamiento.
- **Obesidad:** Índice de masa corporal: 35.

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

- **ACV isquémico:** hace 2 años sin secuela.
- **Hemorroides externas:** proctorragias de 2 años de evolución, con episodios intermitentes.

**MEDICACION HABITUAL:**

No refiere.

**EVOLUCION EN CLINICA MÉDICA: (16/10 AL 17/10)**

- Se realiza paracentesis evacuadora con líquido ascítico sin criterios de hipertensión portal ni peritonitis bacteriana.

- Se realiza ecocardiograma que evidencia vegetación en válvula aortica, se toman hemocultivos x 3 y se inicia tratamiento con Ampicilina + Gentamicina.
- Por presentar anuria de 48hs de evolución, sin respuesta a diuréticos pasa a UCO.

### **EXAMEN FISICO INGRESO UCO:**

TA: 149/75 mmhg

FC: 59 l.p.m.

FR: 25 c.p.m.

T: 36.2°

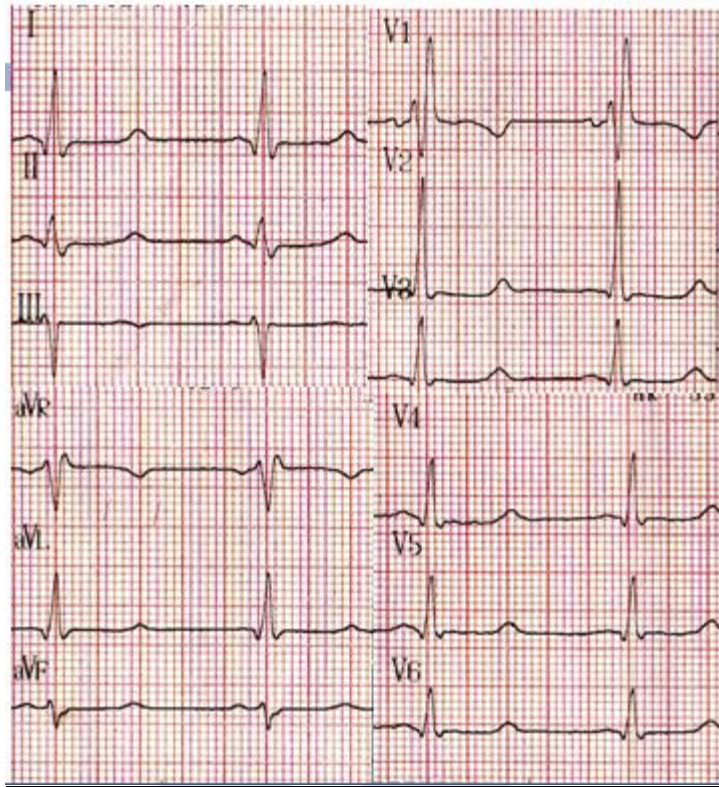
SO2:92%

- **Ap.**  
**Cardiovascular:** Buena perfusión periférica, ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio. RHY ausente, choque de la punta no palpable, pulsos regulares, iguales y simétricos. R1 y R2 en 4 focos hipofonéticos, sin R3 ni R4, soplo protomesodiastólico 2/6 en foco accesorio y soplo eyectivo sistólico 3/6 en foco aórtico.
- **Ap Respiratorio:** Taquipneico, crepitantes hasta campos medios bilaterales.
- **Abdomen:** Globoso, ascitis a nivel umbilical, dolor difuso a la palpación profunda. Hígado y bazo no palpables. RHA presentes (difícil valoración por panículo adiposo).
- **Neurológico:** Vigíl, desorientado en tiempo, con tendencia al sueño, flapping espontaneo, sin foco motor ni sensitivo.
- **Piel y TCS:** edemas generalizados: maleolar 3/6, sacro 2/6, edema de escroto y prepucio, con ulcera en escroto de 1 cm x 1 cm, intertrigo.

### **RX TORAX**



## ELECTROCARDIOGRAMA



## ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO 16/10

**DDVI: 4.8cm**

**DSVI: 2.7cm**

**FAC: 44%**

**SIV: 1.1cm**

**PP: 1.0cm**

**AI: 3.7cm**

- Válvula aórtica trivalva, engrosada, con 2 masas de 2 cm de longitud c/u, móviles, adheridas a la misma, que protruyen en el TSVI en diástole, sospechosas de vegetación.
- Insuficiencia aórtica moderada.
- Estenosis aórtica leve.
- Función sistólica normal, sin trastornos segmentarios de la contracción.
- PSAP: 50-55mmhg. Se observa ascitis y derrame pleural derecho.

## ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- **Ecografía Abdominal (12/10/12):**
- **Hígado:** impresiona aumento del lóbulo izquierdo, ecoestructura finamente heterogénea, sin evidencias de imágenes focales en segmentos visualizados. Ascitis. Resto sin particularidades.
- **Hemocultivo x 2, Urocultivo y cultivo líquido ascítico (16/10/12):** negativos.
- **Serología Hepatitis B y C: negativas.**
- **Sedimento de orina (17/10/12):** hematuria, cilindros granulosos.
- **Orina completa (17/10/12):** Proteinuria 2.82gr/lt, hemoglobinuria.
- **Hemocultivos x 3 y cultivo líquido ascítico (17/10/12):** negativos.

## EVOLUCIÓN UCO 17/10

- Paciente evoluciona inestable hemodinamicamente, anúrico, se inicia infusión de dobutamina 5 gammas y furosemida en infusión continua por presentar SVC de 50%, con mala respuesta.
- Se realiza IC con Clínica Médica quienes sugieren paracentesis evacuadora, albumina EV y rotar ATB a ceftriaxona mas gentamicina previa toma de nuevos cultivos.
- Se drenan 6 lts de liquido ascítico con disminución de la presión intraabdominal. Liquido ascitico evidencia GASA: 0.9, 200 PMN, sin criterios de peritonitis bacteriana espontanea ni de cirrosis. Paciente continua anúrico.

## EVOLUCIÓN UCO 18/10 AL 19/10

- Evoluciona inestable hemodinamicamente con signos de sobrecarga hídrica, mala mecánica ventilatoria, insuficiencia respiratoria y oligurico. Se realiza IOT con conexión a ARM con mejoría parcial de gasometría.
- Se realiza hemofiltración de urgencia consiguiendo balance negativo de 2000ml. Por caída de 11 pto de hematocrito sin signos de sangrado evidente, se transfunden 2 UGR. Evoluciona con requerimiento de noradrenalina en altas dosis por hipotensión y distress respiratorio.
- Presenta PCR en contexto de asistolia sin respuesta a maniobras de RCP.
- **Se constata óbito el 19/10 a las 05:30hs.**

## LABORATORIO:

	12/10	17/10	18/10
Hto	26%	32%	21%
GB	6400	10500	7200
Plaquetas	76000	107000	71000
Glucemia	88	81	87
Urea	123	170	179
Creatinina	2.19	2.92	3.46
TP/K <sub>ptt</sub> /RIN	67/36/1.32	69/54/1.29	65/50/1.31
Ionograma	141/4.57/107	141/4.7/105	140/4.6/103
COL	130	111	82
BT/BD/ GOT/GPT/FAL	1.84/1.45/ 44/17/124	1.81/1.44/ 49/21/132	1.39/1.14/ 30/14/88
Prot/Alb/glob	8.4/1.4 /6.4	8.0/1.6	6.8/2.1
CK/MB	101/25	Ac úrico	21
PCR	31	Fosforo/Mg	6.1/2.5
ESD	57	Calcio	9.89
Factor R.	26	EAB(100%)	7.16/58/70/21/-8.9/87%



Servicio de Cardiología  
Hospital Argerich