



ATENEO ANATOMO-PATOLOGICO

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

**Bono Leandro
26/06/2013**

PACIENTE: G.J. SEXO: Masculino EDAD: 55 años

Fecha de ingreso: 25/03/13 Fecha de OBITO: 15/04/13

Motivo de consulta:

Disnea

Enfermedad Actual:

Paciente refiere progresión de disnea habitual de CF II a CF III en las últimas 4 semanas asociado a dolor en hipocondrio derecho y ortopnea. Consulta a guardia externa de este Hospital donde se interpreta el cuadro como IC descompensada y se decide su internación en UCO para monitoreo y tratamiento.

Antecedentes de enfermedad actual:

- *Miocardopatía dilatada diagnosticada en 2009.*
- *Múltiples internaciones por insuficiencia cardíaca en guardia externa.*
- *En seguimiento por Servicio de trasplante cardíaco de este hospital.*

Factores de riesgo coronarios:

- *Dislipemia.*

Otros antecedentes:

- *No refiere.*

Estudios complementarios previos:

- **Holter (19/01/09):** ritmo sinusal. EV aisladas, polimorfas. Duplas aisladas, lentas, monomorfas.
- **SPECT (22/09/09):** defecto leve y fijo a nivel basal. Sin isquemia. VI dilatado.
- **CCG (23/12/09):** lesión en CX de 60%

- RMN cardiaca (03/03/10): VI: severa dilatación difusa, hipertrofia excéntrica y disfunción sistólica global. Hipoquinesia difusa severa. Sin fibrosis. VD dimensiones conservadas, depresión de la función sistólica. Aorta ascendente levemente dilatada.
 - VCC y VEDA (28/12/12): sin lesiones.
 - Serologías: HVB, HVC, HIV, chagas, toxoplasmosis, HTLVI y II, VDRL negativas. CMV y Ebstein Barr: *positivos*.
 - PPD: negativa.
 - TAC abdomen, tórax y pelvis (21/02/13): *Hígado: sin lesiones, vía biliar s/p. Vesícula biliar con paredes engrosadas. Bazo, páncreas s/p. Sin adenomegalias retroperitoneales. Ateromatosis de aorta abdominal y ambas arterias iliacas. Hipertrofia y aumento del volumen del VI.*
 - Test cardio-pulmonar: (28/09/09): *VO2 max:24ml/kg/min (68% del VO2 max teórico).*
 - Test cardio-pulmonar (02/07/10): *VO2 max: 24,7 ml/kg/min.*
 - Test cardio-pulmonar (26/01/12): *VO2 max: 18.6ml/kg/min.*
- **Medicación Habitual:**
- Aspirina 100mg/d vo.
 - Atorvastatina 20 mg/d vo.
 - Ezetimibe 10mg/d vo.
 - Furosemida 40 mg/d vo.
 - Carvedilol 12.5 mg c/12 hs vo.
 - Espironolactona 25 mg/d vo.

EXAMEN FISICO INGRESO UCO:

TA: 100/60 mmhg

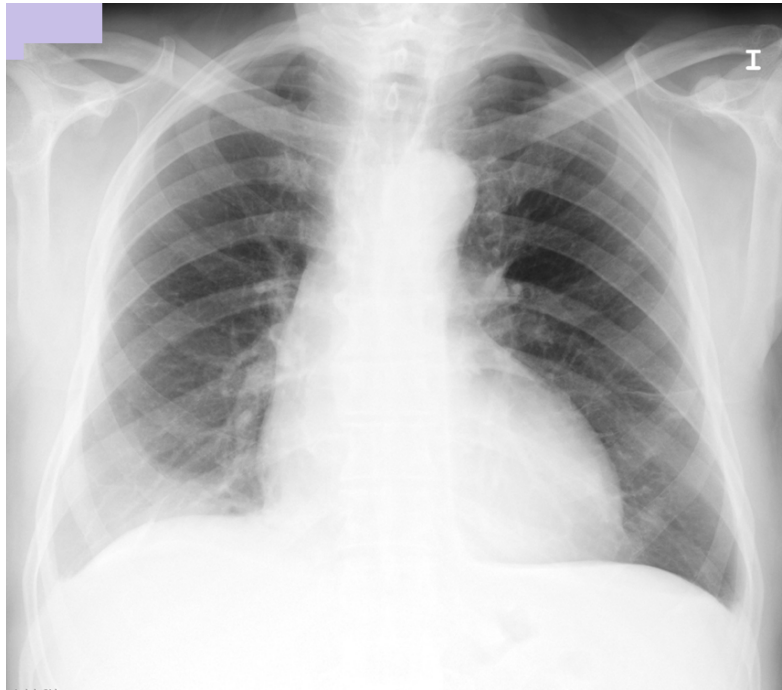
FC: 104 l.p.m.

FR: 18 c.p.m.

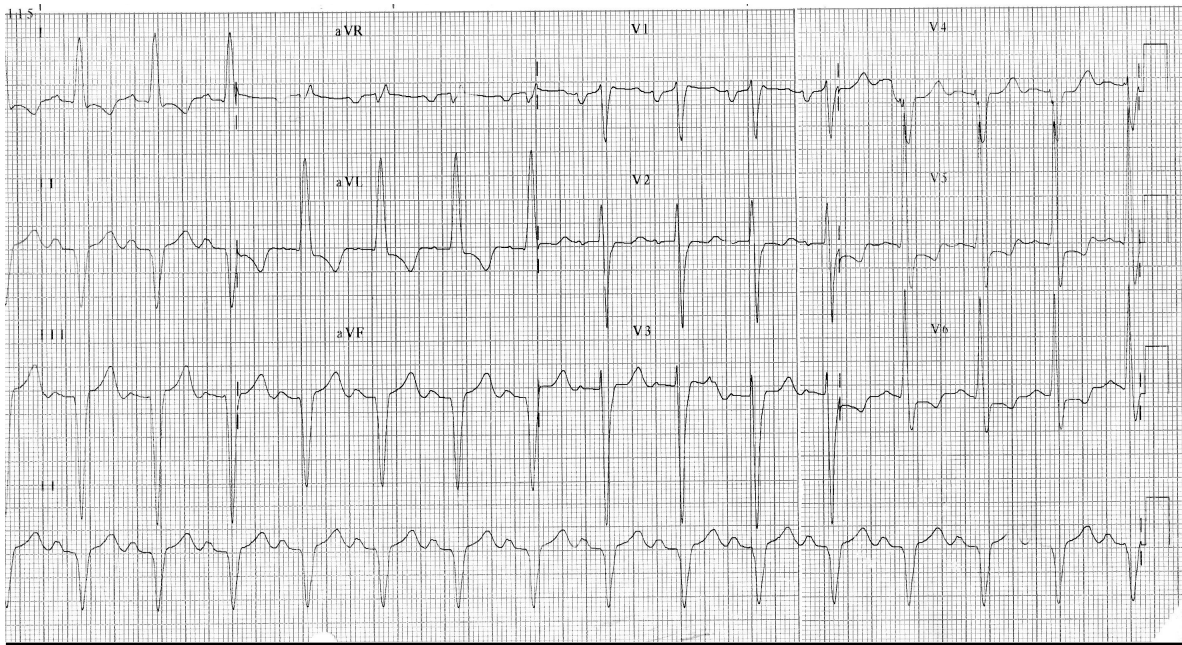
T: 36.2°

- ❑ **Ap. Cardiovascular:** Buena perfusión periférica. Ingurgitación yugular 3/3 sin colapso inspiratorio. RHY +. Choque de la punta en 5to EIC LAA. Pulsos regulares, iguales y simétricos. R1 y R2 en 4 focos, silencios libres.
- ❑ **Ap Respiratorio:** Regular mecánica ventilatoria. Crepitantes bibasales.
- ❑ **Abdomen:** Blando, depresible, RHA presentes, hepatomegalia dolorosa: borde a 8 cm del reborde costal.
- ❑ **Neurológico:** Lúcido, sin foco motor ni sensitivo.
- ❑ **Piel y TCS:** edemas infrapatelares 2/6.

RX TORAX:



ELECTROCARDIOGRAMA Ingreso UCO:



EVOLUCIÓN UCO (25/03 AL 27/03)

- Se interpreta cuadro como IC descompensada por progresión de enfermedad de base, en paciente con miocardiopatía dilatada idiopática.
- Se inicia infusión de diuréticos ev para realizar balance negativo, con respuesta regular por lo que se indica milrinona con buena respuesta inicial.
- Se solicita ecocardiograma.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO 27/03/13:

DDVI: 7.4cm	DSVI: 7.2cm	FAC: 5%	SIV: 1cm	PP: 1.1cm	AI: 6.2cm
-------------	-------------	---------	----------	-----------	-----------

- VI severamente dilatado con grosor parietal normal. **Función sistólica con deterioro severo. FEY: 13%** Hipocinesia generalizada.
- Aurícula izquierda severamente dilatada. Función sistólica del VD con moderado deterioro.
- Insuficiencia mitral y tricúspidea leve. Se estima una PSAP de 52 mmHG.

EVOLUCIÓN UCO 27/03 AL 08/04

- Paciente evoluciona con oliguria, hipoperfusión periférica, aumento de crepitantes con SVC de 54%, por lo que se agrega dobutamina al tratamiento previo, con regular respuesta.
- Continúa en seguimiento conjunto con servicio de trasplante cardíaco, quienes ingresan al paciente el 08/04 en lista de urgencia para trasplante.
- Ante la persistencia de SVC baja y dificultad para realizar balance negativo se decide infusión de levosimendan.

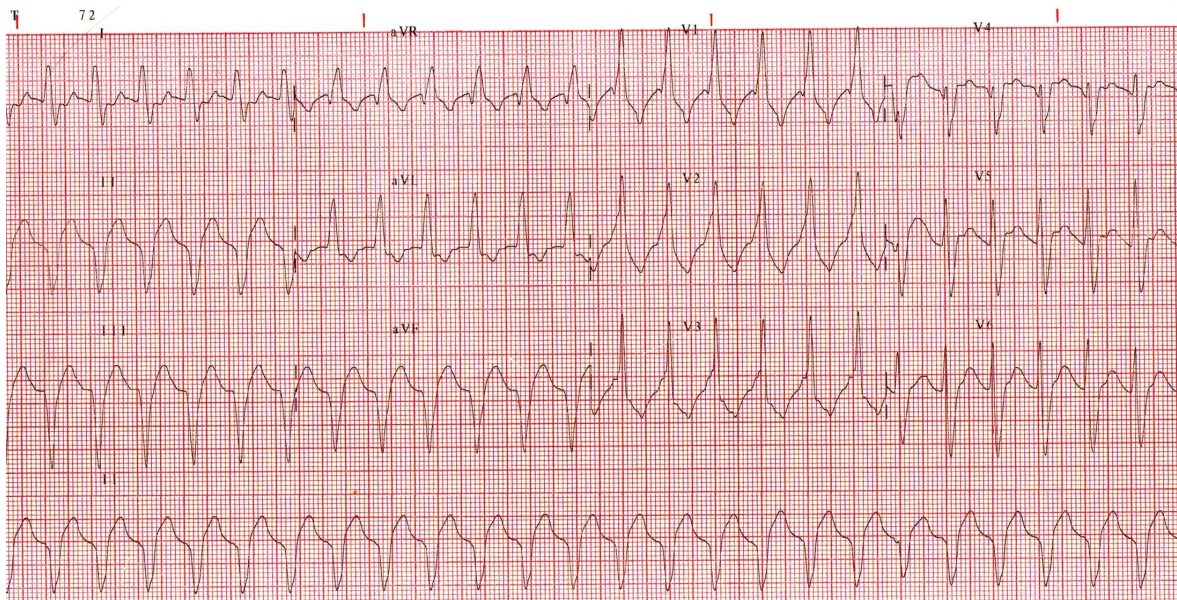
EVOLUCIÓN UCO 08/04 AL 13/04

- Paciente presenta 2 registros febriles sin foco evidente con descompensación hemodinámica. Se inicia infusión de noradrenalina, se toman cultivos y se inicia antibioticoterapia empírica. (Imipenem, vancomicina)
- A pesar de triple soporte inotrópico evoluciona anúrico con signos de muy mala perfusión periférica, disnea progresiva y ortopnea, por lo que se decide IOT y conexión a ARM.
- Paciente persiste anúrico, taquicardico, febril persistente con altas dosis de inotrópicos y vasopresores.

EVOLUCIÓN UCO 13/04 AL 14/04

- Se solicita ultrafiltrado de urgencia, el cual se descarta por inestabilidad hemodinámica.
- Presenta episodio de taquicardia QRS ancho a 150 x min, con descompensación hemodinámica, por lo que se realiza CVE con 360 joules en 3 oportunidades y CVF con amiodarona no exitosa. Se interpreta como Taquicardia Auricular.

ELECTROCARDIOGRAMA 14/04/13



EVOLUCIÓN UCO 14/04 AL 15/04

- Paciente continua febril persistente, presenta hipotensión refractaria a vasopresores presentando paro cardíaco en contexto de asistolia que no responde a maniobras de reanimación. Se constata óbito el 15/04 a las 20:30 hs.

LABORATORIO:

	25/03	29/03	14/04
Hto	46	47	43
GB	4700	6600	11500
Plaquetas	244000	247000	217000
Glucemia	102	92	202
Urea	73	43	61
Creat	1.2	1.13	2.79
TP/kptt/RIN	37/28/2.12	63/28/1.4	66/27/1.35
Ionograma	143/3.7/100	140/3.0/94	131/3.4/91
Hepatograma	1.15/0.57/	2.65/1.34	4.03/3.55/
BT/BD/Got/Gpt	39/74	30/53	3100/1112
Ck/MB	110/14	130/17	
EAB			7.27/44/107/20/- 6.7/97%