



Ateneo

Anatomopatológico

Dra. Florencia Cichello
Hospital Dr. Cosme Argerich
19/06/2019

Paciente: O.C.	Edad: 53 años	Sexo: Masculino
----------------	---------------	-----------------

Fecha de ingreso: 28-12-2018

Fecha de obito: 19-02-19

⊙ **Motivo de internación:** Disnea

⊙ **Enfermedad actual**

Paciente con antecedentes de miocardiopatía dilatada no filiada con Fey severa, consulta a guardia externa de este hospital por progresión de disnea habitual de CF II a III.

Al examen físico presentaba signos de sobrecarga hídrica; se interpreta insuficiencia cardíaca descompensada biventricular a predominio retrógrado derecho y se decide su internación en Sala de Cardiología para seguimiento y tratamiento.

ANTECEDENTES PERSONALES

Factores de riesgo cardiovascular:

- Ex tabaquista (50 paquetes/año)
- Hipertensión arterial

Antecedentes de enfermedad actual

- Ex enolista (70 gr día, sin consumo en los últimos 10 años).
- Miocardiopatía dilatada con Fey severa de etiología no filiada, diagnosticada en 2010, en seguimiento por Servicio de Cardiología de este hospital.
- Fibrilación auricular crónica anticoagulada.
- Múltiples internaciones por insuficiencia cardíaca.

Otros antecedentes

- Masa pulmonar en 2015, se descarta patología neoplásica.

Tratamiento habitual

- Carvedilol 25 mg cada 12 hs
- Digoxina 0,25 mg día
- Espironolactona 25 mg día
- Rosuvastatina 10 mg día
- Acenocumarol
- Sacubitrilo/ Valsartan 100 mg cada 12 hs

Estudios complementarios previos

Ecocardiograma transtorácico 31/10/2018

DDVI: 86 mm DSVI: 81 mm SIV: 8mm PP: 8 mm

Ventrículo izquierdo severamente dilatado, con grosor parietal normal. Severa hipoquinesia global con ligera mejor movilidad de la pared lateral. Fey biplanar: 20%

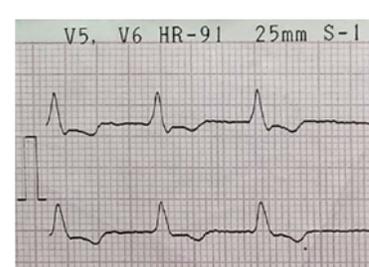
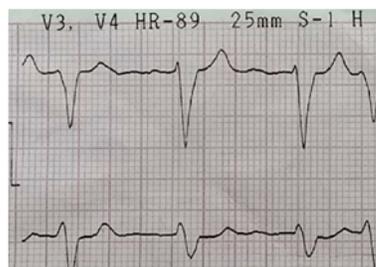
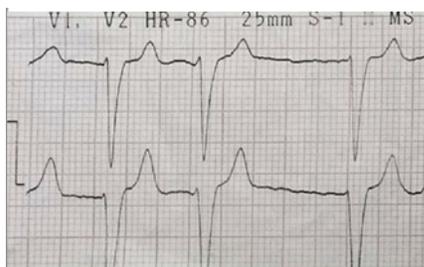
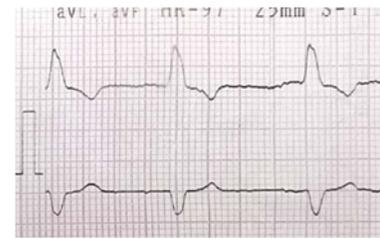
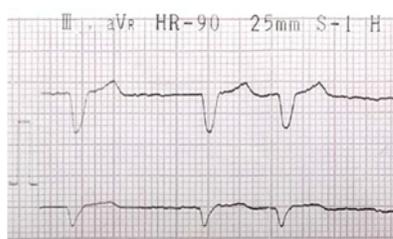
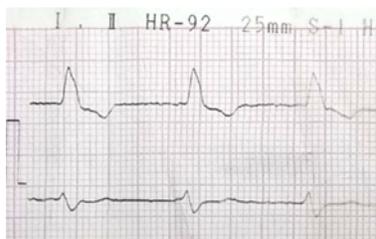
Aurícula izquierda severamente dilatada (área 48 cm²).

Cavidades derechas dilatadas. Área de AD 36 cm². TAPSE 10 mm.

Insuficiencia mitral funcional moderada a severa. Insuficiencia tricuspídea leve. PSAP 59 mmHg.

Patrón de llenado del ventrículo izquierdo de tipo restrictivo. No se observa derrame pericárdico.

Electrocardiograma



INGRESO A SALA DE CARDIOLOGIA 28-12-2018

TA (mmHg)	FC (lpm)	FR (cpm)	SatO2 (0,21%)	Temp. (°C)	Peso (kg)	Talla (mts)	IMC
92/61	64	18	97	36	87	1,85	25

Cardiovascular: Buena perfusión periférica, ingurgitación yugular 3/3, sin colapso inspiratorio, choque de punta 4to EIC izquierdo en LMC, R1 y R2 en 4 focos, normofonéticos, no se ausculta soplos, R3 presente. Pulsos periféricos regulares y simétricos.

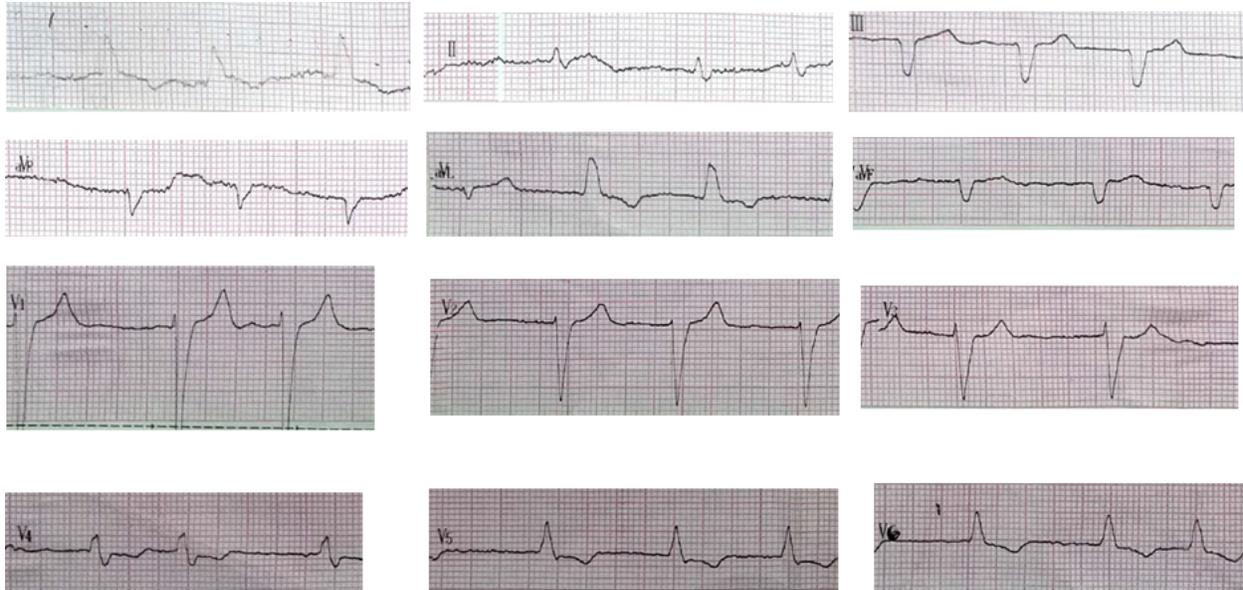
Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, crepitantes bibasales.

Neurológico: Lúcido, sin signos de foco motor ni meníngeo.

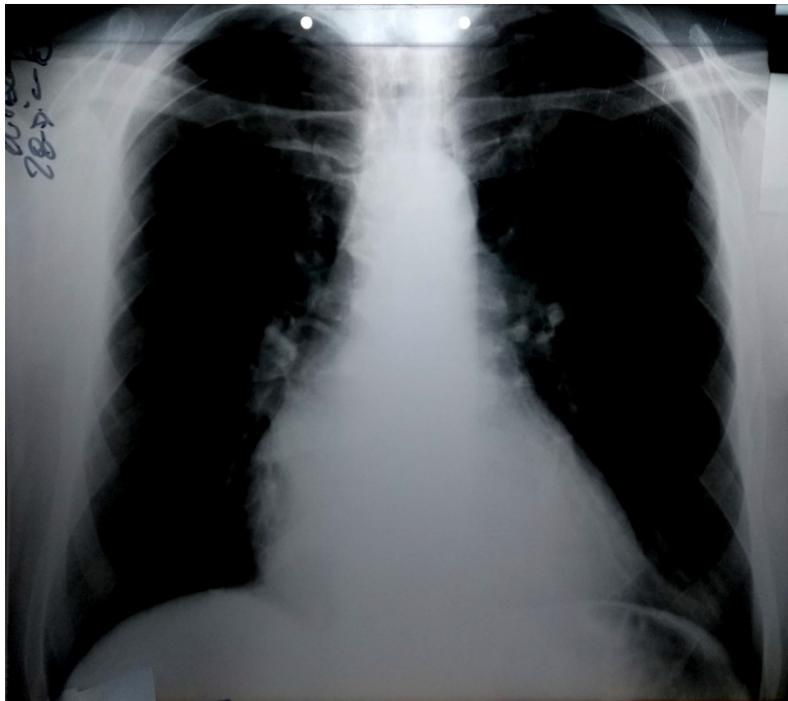
Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho. RHA positivos.

Piel y partes blandas: Edemas 2/6 en miembros inferiores.

Electrocardiograma de ingreso



Radiografía de Tórax de ingreso



EVOLUCION EN SALA DE CARDIOLOGIA DEL 28-12 al 1-01-2019

Evoluciona con disnea en CF IV, hipotensión arterial (80/50 mmHg), taquipnea (35 cpm), FA de alta respuesta ventricular y signos de bajo gasto cardíaco (mala perfusión periférica, oligoanuria).

Se interpreta shock cardiogénico y decide pase a UCO.

INGRESO A UCO 1-1-19

TA (mmHg)	FC (lpm)	FR (cpm)	SatO2 (0,21%)	Temp. (°C)	DROGAS
75/40	130	28	95	36	Dobutamina 7 ug/kg/min Milrinona 0,5 ug/kg/min

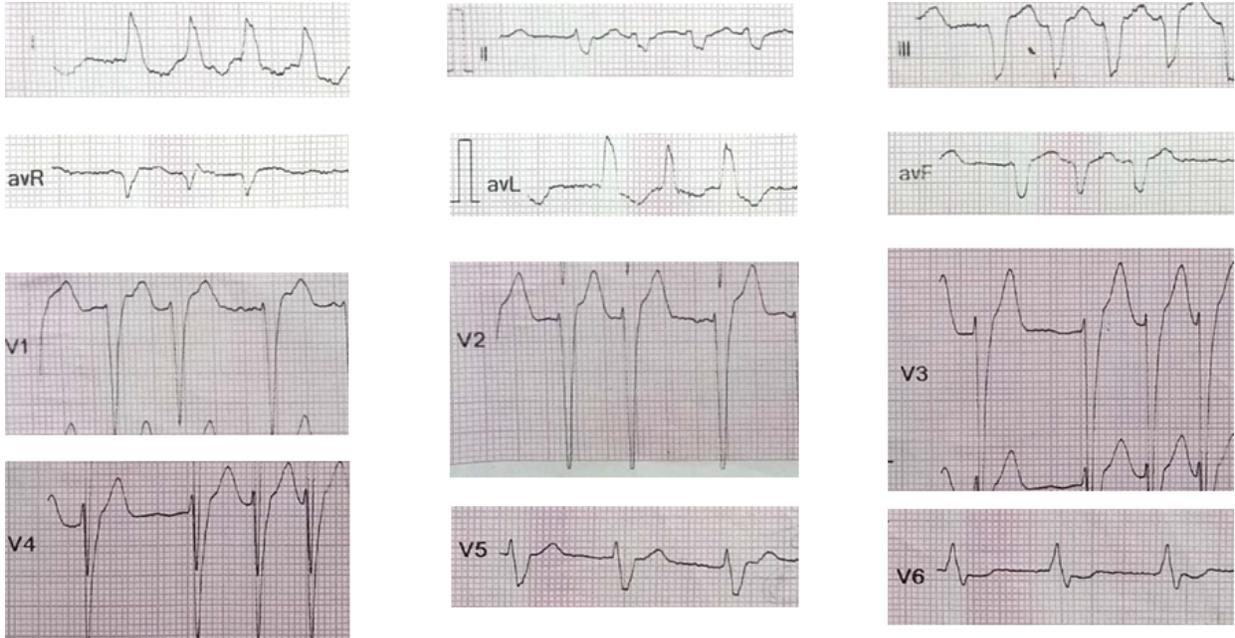
Cardiovascular: Mala perfusión periférica, oligoanuria, ingurgitación yugular 3/3, sin colapso inspiratorio, choque de punta 4to EIC izquierdo en LMC, R1 y R2 en 4 focos, normofonéticos, no se ausculta soplos, R3 presente. Pulsos periféricos débiles.

Respiratorio: Regular mecánica ventilatoria a expensas de taquipnea, hipoventilación basal derecha, crepitantes bibasales.

Neurológico: Somnoliento, sin signos de foco motor ni meníngeo.

Piel y partes blandas: Edemas 3/6 en miembros inferiores.

Electrocardiograma de ingreso



EVOLUCION EN UCO DEL 01-01 al 19-01

El día 02/01 se realiza ecocardiograma control

Ecocardiograma transtorácico

DDVI: 79 mm DSVI: 65 mm SIV: 6 mm PP: 8mm

Ventrículo izquierdo dilatado con grosor parietal normal. Se observa **severa hipoquinesia global con deterioro severo de la función sistólica.**

Aurícula izquierda moderadamente dilatada.

Cavidades derechas de dimensiones normales. Deterioro de la función sistólica del VD (**TAPSE 15 mm**).

Válvulas morfológicamente normales.

Insuficiencia mitral y tricuspídea leves. **PSAP estimada: 28 mmHg.**

No se observa derrame pericárdico.

Vena cava inferior 21 mm con colapso inspiratorio del 50%.

El día 4/01 presenta episodios de taquicardia ventricular monomorfa no sostenida asociada a FA de alta respuesta ventricular, por lo que se realiza carga y mantenimiento de amiodarona.

mm en el interior de la orejuela izquierda, con componente móvil adherido, por lo que se suspende dicho procedimiento.

El día 14/01 presenta episodio de TV sostenida con paro cardiorrespiratorio. Se realizan maniobras de RCP básicas y avanzadas y CVE con 360 J., exitosa, con reversión a ritmo sinusal.

Por presentar ritmo sinusal se decide realizar tratamiento con amiodarona, sin éxito, con posterior evolución a FA.

El día 16/01 es evaluado por Servicio de Trasplante Cardíaco, quienes solicitan exámenes complementarios pre-trasplante.

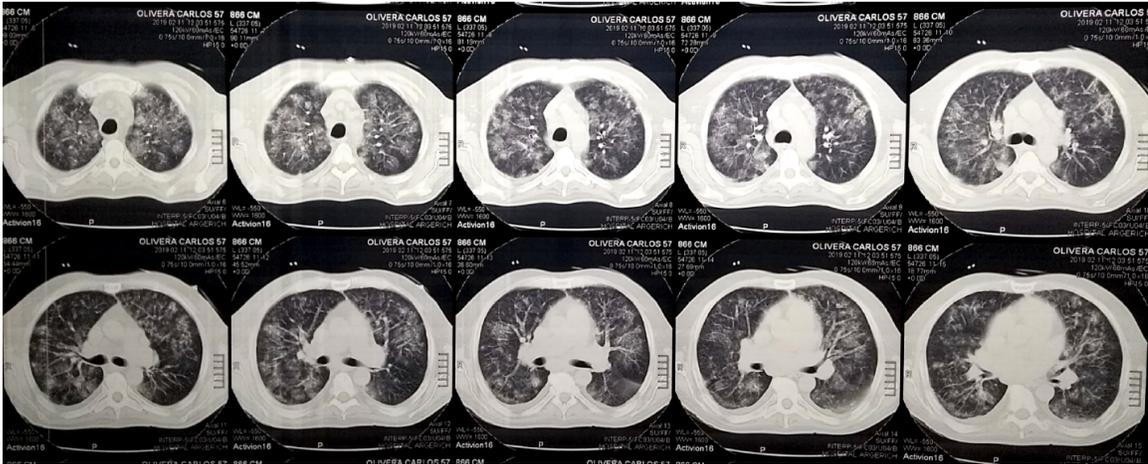
Es evaluado por servicio de Electrofisiología quienes indican CDI por prevención secundaria, por lo que se inicia trámite para pedido del mismo.

Evoluciona con signos de bajo gasto cardíaco, con oligoanuria refractaria a diuréticos endovenosos y doble soporte inotrópico.

Se realiza interconsulta con Servicio de Nefrología quienes indican ultrafiltración, realizándose 2000ml de balance negativo, con mejoría clínica posterior.

El día 02/02 se realiza tomografía de tórax como estudio pre trasplante.

Tomografía de tórax 2-2-19



- Múltiples imágenes nodulares/nodulillares centro acinares rodeadas de halo en vidrio esmerilado de distribución aleatoria en ambos pulmones. Impresiona corresponder a proceso inflamatorio/ infeccioso.
- Engrosamiento lineal en los septos interlobulillares en ambos pulmones.
- Leve derrame pleural bilateral con fenómenos atelectasicos del parénquima adyacente.
- Ambos parénquimas pulmonares presentan volumen y radiotransparencia conservados.
- Adenomegalias mediastinales, siendo la mayor a nivel retrocavo de 19 mm y subcarinal de 20 mm.
- Cardiomegalia. Cambios degenerativos en raquis evaluado en ventana ósea.

Evolución en UCO del 01-01 al 19-01

Se interpreta imagen como probable sarcoidosis versus infección por TBC o gérmenes atípicos, por lo que se realiza hemocultivo para hongos y BAAR, que resultan negativos.

Se realiza lavado bronquioalveolar, con PCR negativa para TBC y negativa para Galactomananos, cultivos negativos para gérmenes comunes y atípicos, citología negativa para células neoplásicas.

Evoluciona con hipotensión arterial, con requerimiento de soporte vasopresor con NA a dosis máximas (2 ug/kg/min).

Se interpreta como probable sepsis a foco respiratorio, por lo que se realiza hemocultivo y punción de líquido pleural (citológico y cultivo negativo), y se inicia

tratamiento con piperacilina-tazobactam y en conjunto con servicio de Infectología se decide iniciar tratamiento antifímico con 4 drogas.

Se decide realizar videotoracosopia con biopsia pleural y transbronquial como estudio diagnóstico, con imposibilidad de efectuarse debido a la fragilidad del cuadro clínico del paciente.

Evoluciona con shock mixto (cardiogénico y séptico) refractario a triple soporte inotrópico (levosimendan- milrinona y dobutamina) y vasopresor (noradrenalina y vasopresina), por lo que se decide realizar IOT electiva y se coloca balón de contrapulsación aórtico.

El día 19/02 presenta paro cardiorespiratorio en ritmo de actividad eléctrica sin pulso.

Se realizan maniobras de RCP básicas y avanzadas, sin éxito.

Se constata óbito a las 23 hs.

Medicación

- Dobutamina en infusión continua a 20 [?]
- Milrinona en infusión continua a 0,75 [?]
- Noradrenalina en infusión continua a 2 [?]
- Vasopresina en infusión continua a 3 ml/ hr
- Furosemida en infusión continua a 1 gr día
- Fentanilo en infusión continua
- Midazolam en infusión continua
- Amiodarona 200 mg día por SNG
- Complejo B 1 comprimido por día
- Pirazinamida 1500 mg trisemanal por SNG
- Etambutol 1000 mg día por SNG
- Isoniacida 300 mg día por SNG
- Rifampicina 600 mg día por SNG
- Meropenem 1 gr cada 8 hs EV
- Colistin 150 mg día EV

- Vancomicina 1 gr día EV

Laboratorios y estudios realizados

FECHA	Ingreso 25/08/18	Shock 15/02/19	Serologías
Hto (%)	37,5	26	PPD: negativa BAL: galactomananos, Ziehl Neelsen: Negativo PCR para TBC: negativo Serologías: HAV/ HBV/ HCV/ HIV HTLV/Chagas: negativo Anti CMV IgG, Epstein BAAR IgG: positivo Autoanticuerpos: Anti-Ro, Anti La, Anti SM, Anti RNP, Anti Scl70, Anti Jo 1: No reactivos TSH: 1,17
Glóbulos blancos	6900	8400	
Plaquetas	143000	251000	
Glucemia	125	113	
Urea/ creatinina	114/2,2	185/ 3,26	
BT/BD/GOT/GPT	0,9/66/91	2,9/2,1/30/27	
Albumina	3,5 g/dl		
Colesterol/HDL/LDL	142/ 29/ 98		
Triglicéridos	74		
TP / KPTT/ RIN	50%/37/3,5	48%/38/1,6	
Na / K / Cl	132/3,2/93	113/3,1/80	
CK	106		

