



ATENEO CLÍNICO

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

Rosana Valeria Arias

21/11/2012

PACIENTE: D. E. **SEXO:** Femenino **EDAD:** 61 años

Fecha de ingreso: 17/02/2012 **Fecha de egreso:** 07/06/2012

MOTIVO DE INTERNACIÓN:

Síndrome febril prolongado.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente refiere presentar desde hace 2 meses múltiples episodios de registros febriles de 38°C asociado a escalofríos, por lo que concurre a Consultorios Externos de Clínica Médica donde es evaluada y medicada con Levofloxacina sin mejoría. Posteriormente, por persistencia de la sintomatología, es evaluada en forma ambulatoria por Infectología que solicita Ecocardiograma, donde se evidencia imagen compatible con vegetación en valva posterior de la tricúspide. El 17/02/2012 se interna en Sala de Cardiología para diagnóstico y tratamiento.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

Internación en Septiembre de 2011 en el Sanatorio Güemes, por bloqueo AV completo sintomático por mareos y astenia secundario a disfunción de cable ventricular de marcapasos definitivo. En dicha internación se recoloca cable ventricular y se coloca nuevo cable auricular.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Antecedentes Cardiovasculares:

- Colocación de marcapasos VDD en Marzo de 2005 por BAV de alto grado, conducción 3-1, sintomático por disnea. Hospital Argerich.
- Recambio de generador en Febrero de 2011 por agotamiento. Hospital Español.
- Plástica de bolsillo de marcapasos en Julio de 2011 por escara por decúbito. Hospital Español.

Factores de riesgo cardiovascular:

- HTA diagnosticada hace 11 años, en tratamiento.
- Diabetes tipo II, insulinorequiriente, diagnosticada hace 22 años.
- Dislipemia, en tratamiento.
- Sedentarismo.

Otros Antecedentes:

- Insuficiencia renal crónica sin requerimiento de hemodiálisis, secundaria a nefropatía diabética.

MEDICACIÓN HABITUAL

Insulina NPH 46 UI predesayuno y 40 UI 23 hs.

Enalapril 10 mg cada 12hs.

Carvedilol 50mg/día.

Furosemida 20 mg/día.

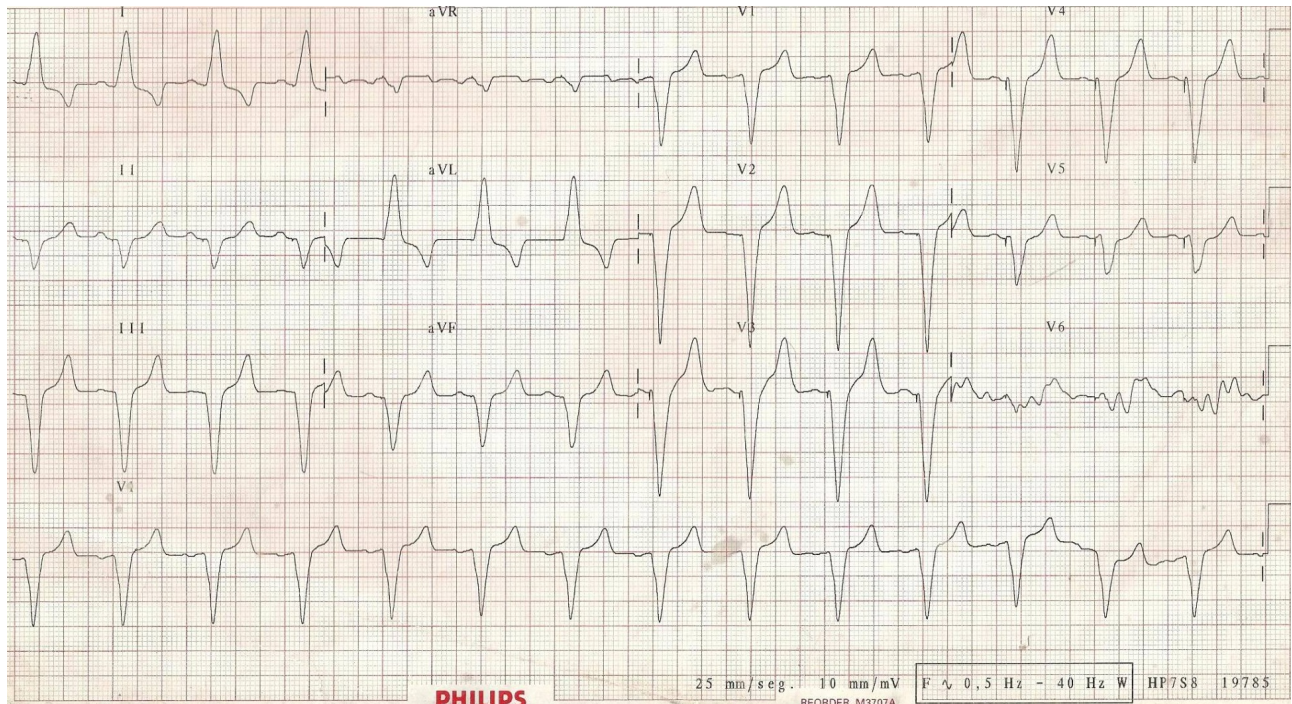
Simvastatina 10 mg/día.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO 17/02/2012

DDVI	DSVI	FAC	SIV	PP	AI	AO
4,8 cm	2,8 cm	42 %	1,60 cm	1,40 cm	4,8 cm	3,5 cm

- VI no dilatado con hipertrofia concéntrica moderada.
- Función sistólica del VI conservada, con patrón de relajación prolongada.
- Movimiento asincrónico del septum e hipoquinesia inferior.
- AI levemente dilatada.
- Catéter de marcapasos en cavidades derechas.
- Sobre la valva posterior de la tricúspide se observa una masa móvil de 15 mm de longitud máxima, del lado auricular, compatible con vegetación.
- Dicha lesión no genera reflujo ni estenosis valvular.
- Válvulas restantes morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción.

ECG DE INGRESO 17/02/2012



EXAMEN FISICO AL INGRESO

TA 130/90 mmHg	FC 74 lpm	FR 18 cpm	T: 38,7°C	Sat 98% (FIO2 o,21)
-----------------------	------------------	------------------	------------------	----------------------------

Aparato cardiovascular: Buena perfusión periférica, sin ingurgitación yugular, RHY ausente, latido apexiano en 5° EIC izquierdo LMC. Pulsos periféricos positivos simétricos. R1 R2 normofonéticos, sin R3 ni R4, silencios impresionan libres.

Piel y faneras: Sin edemas.

Aparato respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, murmullo vesicular conservado, sin ruidos agregados.

Abdomen: Blando, depresible, indoloro, no se palpan visceromegalias, RHA presentes.

Sistema nervioso: Lúcida, sin signos de foco motor ni sensitivo, sin signos meníngeos.

EVOLUCIÓN 17/02/2012 al 15/03/2012

Se interpreta cuadro clínico como endocarditis infecciosa asociada a marcapasos. Se realizan hemocultivos (HMC) seriados, permaneciendo estable hemodinámicamente, sin tratamiento antibiótico. Se solicitan vainas para extracción de cables de marcapasos a su obra social.

El 29/02 evoluciona febril persistente por lo que es evaluada por Infectología iniciándose tratamiento empírico con Imipenem y Vancomicina.

El 02/03 se recibe resultado de HMC 4/6 positivos para Estafilococo Epidermidis Oxacilina Resistente por lo que se rota antibióticos a Vancomicina y Rifampicina según sensibilidad.

Se repite Ecocardiograma Transtorácico el 15/03.

ECOCARDIOGRAMA 15/03/2012

DDVI	DSVI	FAC	SIV	PP	AI	AO
5,00 cm	2,6 cm	48 cm	1,5	1,40 cm	4,2 cm	3,00 cm

- VI no dilatado con hipertrofia concéntrica.
- Función sistólica normal sin alteraciones segmentarias de la contracción, movimiento paradójico del septum.
- Cavidades derechas normales.
- Se observa catéter de marcapasos con una vegetación que impresiona adherida en su segmento ventricular de 1 x 1 x 1 cm.
- Impresiona también otra imagen compatible con vegetación adherida a una de las valvas tricúspideas.
- No se observa derrame pericárdico.

EVOLUCIÓN 15/03/2012 – 26/03/2012

La paciente cursa internación prolongada a la espera de nuevo marcapasos y vainas extractoras solicitadas a su obra social.

Se solicita tomografía computada que descarta posible compromiso pulmonar.

Evoluciona afebril, con deterioro de la función renal, por lo que se rota Vancomicina por Daptomicina el 26/03.

El 26/03 se realiza Ecocardiograma Transesofágico de control.

ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO 26/03/2012

- VI no dilatado con moderada hipertrofia.
- Motilidad global y función sistólica normales.
- Válvulas morfológicamente normales.

- Se observa en cavidades derechas 2 catéteres de marcapasos con engrosamiento difuso, a predominio del auricular que presenta en su región distal imágenes móviles, hipoecoicas compatibles con vegetaciones de 35 mm de longitud.
- Insuficiencia tricuspídea leve.
- Sin signos de desgarro intimal en aorta ascendente, ni aorta descendente.

EVOLUCIÓN 26/03/2012 – 30/03/2012

Debido a las características de las vegetaciones halladas en el último ecocardiograma se decide conjuntamente con servicio de Infectología y Cirugía Cardiovascular realizar extracción de marcapasos y cables a cielo abierto.

Se solicita Cinecoronariografía prequirúrgica que se realiza el 30/03.

CINECORONARIOGRAFÍA 30/03/2012

- Arterias coronarias con irregularidades no significativas.
- Función ventricular izquierda con leve deterioro.
- Hipoquinesia leve anteromedial.
- Aquinesia apical.

EVOLUCIÓN 30/03/2012 – 09/04/2012

Paciente evoluciona con deterioro de la función renal y disminución del ritmo diurético, por lo que se suspenden nefrotóxicos y se decide pase a UCO para monitoreo hemodinámico.

El 30/03 se recibe marcapasos, y el 31/03 se realiza cirugía abierta para extracción de generador y cables de marcapasos, que se envían a cultivos, y se coloca catéter de marcapasos epicárdico definitivo en el mismo procedimiento.

Paciente ingresa a UCO en posoperatorio inmediato, ventilando espontáneamente. Evoluciona oligoanúrica con requerimiento de hemodiálisis y Ventilación no Invasiva (VNI) por 48 hs.

Por hipotensión arterial, requiere vasopresores en forma transitoria.

El 03/04 presenta registro febril por lo que se realizan HMC x 3, urocultivos y retrocultivos, con resultado negativo, y se recibe cultivo de cable de marcapasos que informa Estafilococo Coagulasa Negativo Oxacilina Resistente.

Posteriormente evoluciona en forma favorable, continuando tratamiento con Daptomicina, por lo que el 09/04 pasa a Sala de Cardiología.

EVOLUCIÓN 09/04/2012 - 04/05/2012

La paciente evoluciona con eritema y secreción purulenta del bolsillo del marcapasos epicárdico, por lo que se realiza punción por piel sana con aislamiento de *Pseudomona aeruginosa* y *Escherichia coli*. Por infección del bolsillo se agrega Imipenem al tratamiento previo con Daptomicina y se programa extracción del marcapasos.

Se realiza nuevo Ecocardiograma Transesofágico que no evidencia imagen de vegetación.

El 24/04 se realiza extracción de marcapasos epicárdico y colocación de marcapasos transitorio, pasando a UCO en posoperatorio inmediato.

Evoluciona hemodinámicamente estable, afebril, con hemocultivos posquirúrgicos negativos por lo que el 27/04 se coloca marcapasos definitivo endovascular tipo VVI.

EVOLUCIÓN 04/05/2012- 10/05/2012

El 04/05 pasa a Sala de Cardiología donde cumple tratamiento con Imipenem y Fluconazol por *Acinetobacter baumani* y *Cándida albicans*, aislados de cultivos del generador y catéter del marcapasos epicárdico.

Intercurre con neumonía intrahospitalaria, presentando mala mecánica ventilatoria y deterioro del ritmo diurético por lo que el 10/05 se inicia tratamiento antibiótico empírico con Tigeciclina y reingresa a Unidad Coronaria.

EVOLUCIÓN 10/05/2012- 07/06/2012

La paciente evoluciona con requerimientos de VNI y hemodiálisis por insuficiencia renal crónica reagudizada. Cumple tratamiento con Tigeciclina.

Evoluciona con registros subfebriles aislándose de urocultivo *Klebsiella pneumoniae* y *Proteus mirabilis*, por lo que cumple tratamiento con antibióticos de amplio espectro.

Finalmente evoluciona favorablemente, por lo que el 23/05 regresa a Sala de Cardiología otorgándose el alta el 07/06, para continuar controles en forma ambulatoria.

TRATAMIENTO AL ALTA

- Amlodipina 10 mg/día.
- Alfa metil dopa 250 mg c/12 hs.
- Atorvastatina 20 mg/día.
- Acido fólico 5 mg/día.

- Sulfato ferroso 350 mg/día.
- Metformina 500 mg/día pre desayuno.
- Furosemida 40 mg c/12 hs.
- Citalopram 20 mg c/8 hs.
- Lorazepam 2 mg día.

LABORATORIO

	17/02	29/03	30/03	31/03	01/04	24/04	26/05
Hto	30%	29,9%	30%	30%	25%	33%	26%
GB	10700	10200	8.300	13.100	24.000	9300	8800
Pla_q	196.000	227.000	242.000	189.000	165.000	282.000	212.000
Glu	190	164	107	75	164	130	169
Urea	59,4	69.1	75,4	86,3	113,3	26.7	44
Crea	1,26	1,76	2,93	4,44	5,69	1,04	1.04
TP	100%	82%	71%	91	80%	54%	78%
KPTT	25''	32''	31''	21''	37''	42'	29''
RIN	0.95	1.14	1.02	1	1.15	1.52	1.17
BT/BD		0,24/0.08	0.23/0.11	0,36/0,17	0.24/0,13	0.67/0.43	0.44/0.08
TGO/TGP		44/29		57/72	34/56	14/8	
Albúmina		4.0	3.9	3,8	4.1	4,2	4.4
Colesterol					149	134	129
PCR							
Na /K /Cl	146/4,01/ 111	146/4/ 113	126/4,77/ 93	129/4,69 98	141/4,75/ 98	140/3,13/ 112	136/4.7/ 100