



ATENEO CLÍNICO

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

**Laura Soledad Filazzola
07/11/2012**

PACIENTE: O.D. SEXO: Masculino EDAD: 81 años

Fecha de ingreso: 02/10/2012

MOTIVO DE INTERNACIÓN:

Disnea.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente que, según refiere familiar, comienza en la madrugada del día del ingreso con disnea súbita, sin respuesta a drogas broncodilatadoras, asociada a sudoración profusa. Es llevado por ambulancia de SAME a Hospital Piñero donde se constata paciente hipotenso, con mala mecánica ventilatoria realizándose intubación orotraqueal e iniciándose infusión de Dopamina. Por ECG que evidencia ritmo de marcapasos DDD que conduce con morfología de BCRI y diagnóstico presuntivo de IAM en curso Killip y Kimball D, se deriva a este hospital para estudio hemodinámico.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

No presenta.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Factores de riesgo cardiovascular:

- HTA.
- Diabetes tipo II
- Ex tabaquista (25 paquetes/año)
- Obeso.

Antecedentes Cardiovasculares:

- Enfermedad aórtica severa a predominio de estenosis, diagnosticada en 2008, sintomática por angor y disnea.
- Mayo 2008: ATC con colocación de 2 stent a TCI y Circunfleja en tercio medio.
- Febrero de 2012: por presencia de fibrosis actínica del tórax, que contraindica la cirugía de reemplazo valvular, se realiza implante valvular aórtico percutáneo (Hospital Santojanni) y colocación de marcapasos DDD definitivo post quirúrgico, por bloqueo AV completo y asistolia. Intercurre en dicha internación con episodios reiterados de disnea y broncoespasmo con requerimientos de VNI, con realización de Angio TAC sin imágenes compatibles con TEP.

Antecedentes generales:

- Carcinoma bronquial de células pequeñas tipo oat cell diagnosticado en 2001. Tratamiento con radioterapia, remisión total. Fibrosis actínica del tórax como secuela, diagnosticada por TAC.

- EPOC severo en seguimiento por neumología, sin requerimiento de internaciones por esta causa.
- Internación por shock séptico en UCO de Hospital Santojanni en abril de 2012.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS PREVIOS A LA INTERNACIÓN

- **Ecocardiograma 01/03/2012:**

Endoprótesis tipo Corevalve, en posición aórtica normoimplantada. Insuficiencia periprotésica en relación al seno de la valva coronariana derecha que impresiona leve.

- **Ecocardiograma 23/04/2012:**

Signos de regurgitación periprotésica valvular leve, sin cambios con respecto al estudio previo. Sin evidencia de vegetaciones.

- **Ecocardiograma 25/06/2012:**

Velocidades y gradientes transprotésicos normales. El mapeo del tracto de salida del VI así como la aorta torácica descendente y la aorta abdominal evidencian signos de regurgitación periprotésica entre grado leve y moderado, evidenciándose 2 jets, uno en hora 11, y un nuevo y pequeño leak en hora 5.

MEDICACIÓN HABITUAL

AAS 100 mg/día.

Atorvastatina 20 mg/día.

Enalapril 5 mg cada 12 hs.

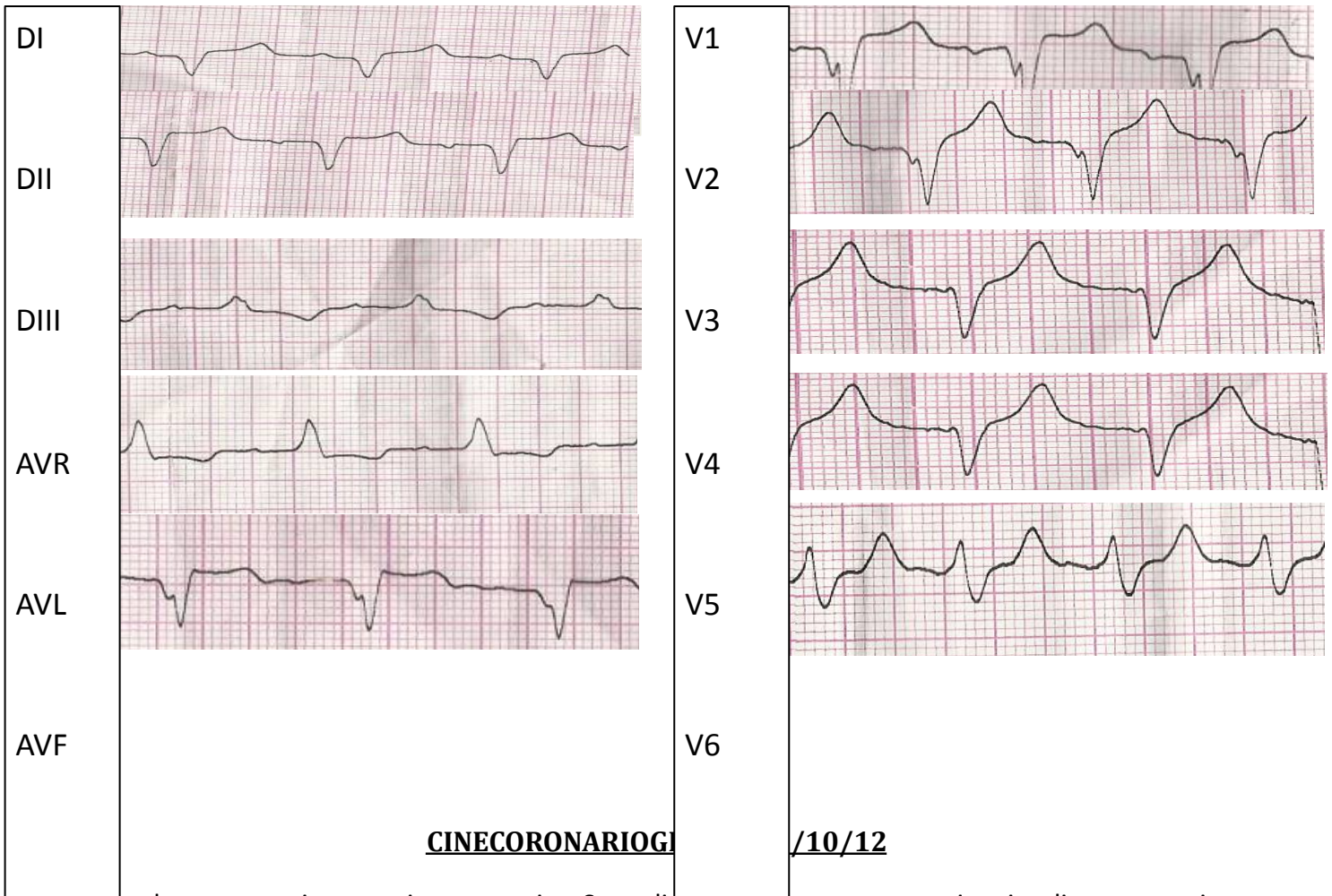
Diltiazem 180 mg/día.

Puff Salmeterol-fluticasona 2 cada 12 hs.

Puff de Ipratropio 1 cada 8 hs.

Teofilina 300 mg/día.

ECG INGRESO A HOSPITAL PIÑERO



No se logra cateterizar arterias coronarias. Se realiza aortograma que permite visualizar coronarias que impresionan permeables, sin lesiones angiograficamente significativas.
Se evidencia insuficiencia aórtica periprotésica que impresiona de grado severo.

EXAMEN FISICO AL INGRESO A UCO

TA 100/40 mmHg	FC 100 lpm	FR 16 cpm	T: 36°C	Dopamina 7ug/ kg/min
		Sat 95% (FIO2 0.5)		

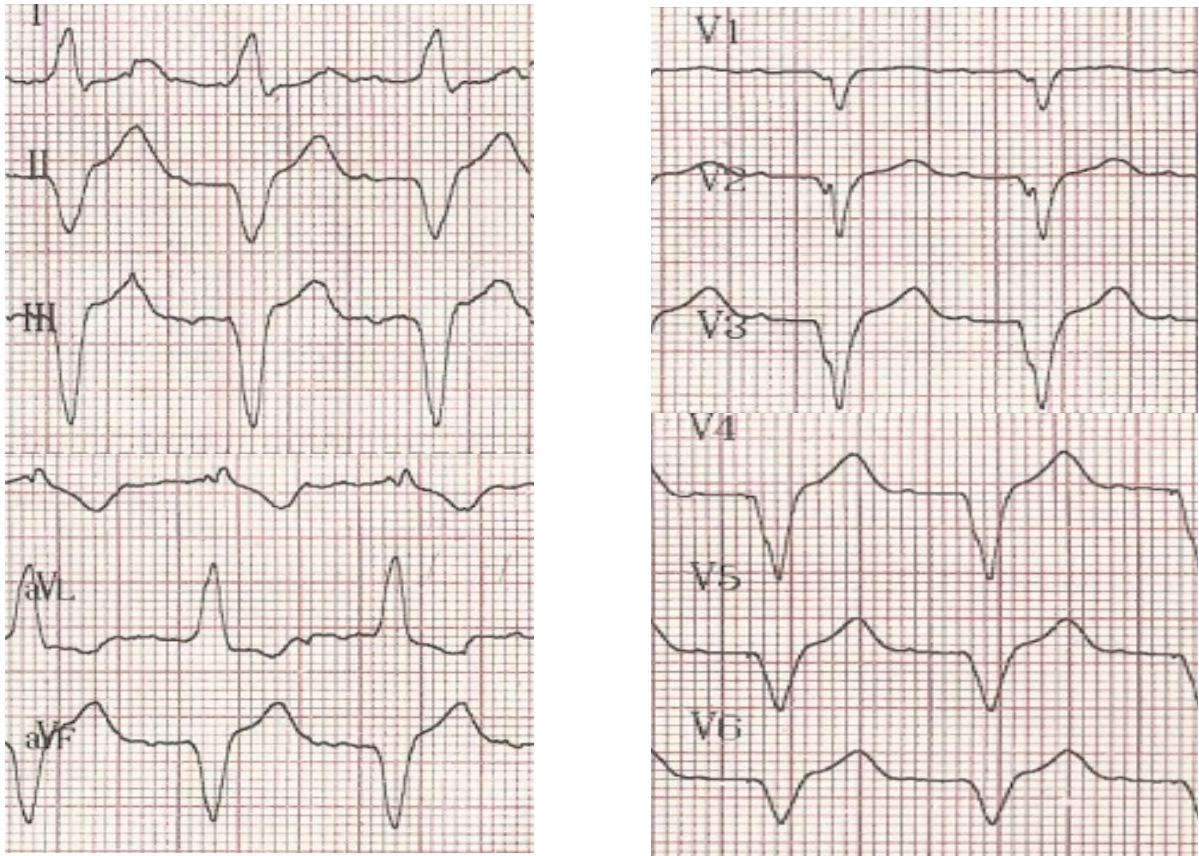
Cardiovascular: Adecuada perfusión periférica. Ingurgitación yugular 2/3 sin colapso. RHY ausente. Choque de la punta 5to EIC LAA. Pulsos simétricos, amplios. R1 y R2 en 4 focos hipofonéticos. No R3 ni R4. Soplo protomesodiastólico 2/6 en foco aórtico y aórtico accesorio, sin irradiación.

Respiratorio: Paciente en ARM. Adaptado. Buena entrada de aire en hemitórax derecho, con hipoventilación basal, sin ruidos agregados. Hipoventilación generalizada en hemitórax izquierdo.

Abdomen: Blando, depresible. No se palpan visceromegalias. RHA presentes.

Neurológico: Bajo efectos de sedoanalgesia. RASS – 4. Sin signos de foco neurológico.

ECG INGRESO UCO 02/10/2012



EVOLUCIÓN INMEDIATA

Se interpreta el cuadro como shock cardiogénico secundario a insuficiencia aórtica aguda por disfunción valvular protésica. Evoluciona favorablemente con inotrópicos en descenso, hasta su suspensión. Se realiza ecocardiograma.

ECOCARDIOGRAMA 02/10/2012

DDVI	SIV	PP	AI	AO
4,8 cm	1,2 cm	1,2 cm	4,9 cm	2,7 cm

Paciente en ARM, con Dopamina 7 gamas.

VI no dilatado con grosor parietal aumentado. Motilidad regional y función sistólica global conservada. AI dilatada. Área 24 cm². Cavidades derechas normales.

Insuficiencia aórtica periprotésica circunferencial que impresiona severa. Flujo holodiastólico en aorta abdominal. Gradientes protésicos anterógrados: Máximo: 13 mmHg, Medio: 7 mmHg.

Flujo mitral anterógrado con patrón de llenado del VI de tipo alteración de la relajación.

IT leve PSAP 42.

EVOLUCIÓN 02/10/2012 - 04/10/2012

Paciente evoluciona con registros de hipertensión, por lo que se inicia Nitroprusiato de Sodio en dosis bajas.

Se realiza Ecocardiograma transesofágico para evaluar mecanismo de la insuficiencia aórtica y definir conducta terapéutica.

DDVI	SIV	PP	AI	AO
5,4 cm	1,1 cm	1,1 cm	3 cm	4,6 cm

ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO 04/10/2012

VI no dilatado con espesores parietales normales. Motilidad regional y función sistólica global normales. AI y orejuela sin evidencia de trombos en su interior.

Endoprótesis aórtica con válvula tipo Corevalve sin comportamiento obstructivo y con reflujo transprotésico central leve. Se observa extremo ventricular de la malla protésica a 15 mm del anillo aórtico. Reflujo periprotésico ubicado a nivel posterior del anillo aórtico que impresiona de grado moderado.

IM leve y tricuspídea mínima.

Sin imágenes compatibles con EI, no se observan masas intracavitarias.

Catéter de marcapasos en cavidades derechas.

Sin signos de desgarro intimal en aorta ascendente, arco ni aorta descendente.

EVOLUCIÓN 04/10/2012 - 11/10/2012

Por buena evolución desde el punto de vista clínico se acuerda con Servicio de Hemodinamia conducta expectante.

06/10: Luego de períodos en modalidad de soporte ventilatorio se realiza extubación fallida con requerimiento de reintubación a las cuatro horas.

08/10: Presenta episodio de pirogenemia sin descompensación hemodinámica, se realizan HC x 3, aspirado traqueal y UC. Se inicia tratamiento empírico con Imipenem y Vancomicina.

09/10: Se accede a película obtenida durante el implante de la válvula protésica y se compara la misma con el cateterismo del ingreso al Hospital, sin observarse diferencias en la severidad de la insuficiencia valvular.

Debido a estos hallazgos y a la favorable evolución hemodinámica del paciente, no compatible con cuadro de insuficiencia aórtica aguda, se plantean diagnósticos alternativos:

- TEP: Por antecedente de episodio similar en la anterior internación y score de probabilidad moderada, se solicita TAC con protocolo para TEP, que se realiza el 11/10, con informe negativo.
- EPOC reagudizado: De acuerdo a antecedentes del paciente se reinterpreta el cuadro como insuficiencia respiratoria secundaria a EPOC reagudizado.

EVOLUCIÓN 12/10/2012 - 23/10/2012

- Evolucionada estable hemodinámicamente.
- 14/10: Se realiza extubación exitosa, sin complicaciones.
- Por rescates de Haemophilus Influenzae en aspirado traqueal, se suspende Vancomicina, continuando tratamiento con Imipenem.
- Por nuevos registros febriles a pesar de tratamiento antibiótico, se realizan cultivos obteniéndose rescate de Acinetobacter Baumannii en aspirado traqueal, por lo que se agrega Colistín al esquema ATB.
- 17/10: Se realiza evaluación conjunta con Dr. Payaslian de Htal. Fernández, para definir conducta terapéutica con respecto a la insuficiencia aórtica periprotésica. Se decide continuar con tratamiento médico y evaluar la reintervención según la evolución clínica posterior del paciente.
- 19/10: Intercurre con edema agudo de pulmón hipertensivo, con requerimiento de NTG y Ventilación No Invasiva (VNI), con adecuada respuesta al tratamiento.
- 22/10. Presenta episodio de diaforesis asociado a leucocitosis e hipotensión que responde a expansiones. Se interpreta cuadro como sepsis severa. Se realizan nuevos cultivos y se indica tratamiento empírico con Imipenem, Vancomicina y Colistín.
- 23/10. Pasa a Sala de Cardiología continuando tratamiento antibiótico. Por rescate de Klebsiella BLEE en urocultivo y Acinetobacter Baumannii en aspirado traqueal cumple 7 días de Imipenem y 14 días de Colistín, suspendiéndose Vancomicina con resultados de los cultivos.
- Actualmente el paciente continúa internado en la Sala de Cardiología, realizando rehabilitación con asistencia kinesio motora y respiratoria y con fonoaudiología.

LABORATORIO

	02/10	05/10	10/10	15/10	20/10	25/10	30/10

Hematocrito	38	34	31	31	34	30	34
GB	16100	10800	10000	13000	14500	10000	9800
Plaquetas	124000	123000	151000	349000	338000	404000	401000
Glucemia	381	174	218	287	319	85	98
Urea	54	65	81	95	54	63	58
Creatinina	1,24	0,86	1,09	1,19	0,93	1,02	1,01
TP/KPTT	86/32	100/28	90/34		82/25	97/34	95/40

	2/10 ARM	04/10 ARM	06/10 ARM	10/10 ARM	14/10 ARM	14/1 0	16/1 0	18/10	20/1 0	23/10
Ph	7,34	7,31	7,37	7,42	7,43	7,44	7,47	7,45	7,40	7,42
PCO2	47	56	53	44	43	45	48	45	50	40
PO2	141	83	120	140	91	88	104	75	141	110
HCO3	25	28	30	28	28	30	34	31	31	28
EB	-0,6	0,6	4,2	3,4	3,7	5	9	6	5	4
Sat O2%	98	94,9	99	99	97,4	97,3	98	95	99	96
Na	149	139	145	139	145	143	143	139	139	145
K	3,7	4,08	3,33	3,07	3,6	4,12	2,8	3,5	3,9	4,2

CI	112	100	101	97	101	101	96	94	96	101
PAFI	176	186	240	280	303					