



ATENEO CLÍNICO

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

Ayuso Sebastián

12/03/2014

PACIENTE: V.O.

SEXO: Masculino

EDAD: 49 años

Fecha de ingreso: 13/01/2014

Fecha de óbito: 24/02/2014

MOTIVO DE INTERNACIÓN:

Disnea y edemas en miembros inferiores.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente de 49 años de edad, en seguimiento por servicio de reumatología, por colagenopatía en estudio y servicio de cardiología por miocardiopatía sin etiología definida.

Concurre para realización de ecocardiograma control, refiriendo presentar disnea en clase funcional II y edemas de miembros inferiores de una semana de evolución.

Se interpreta el cuadro como insuficiencia cardíaca descompensada, decidiéndose su internación en sala de cardiología para diagnóstico y tratamiento

ANTECEDENTES PERSONALES

Factores de riesgo cardiovascular:

- Ex tabaquista, desde hace cinco años (20 paquetes/año).

Antecedentes cardiovasculares:

- Miocardiopatía en estudio

Otros Antecedentes:

- Diarrea crónica inespecífica, en estudio por servicio de Gastroenterología.
- Colagenopatía en estudio en seguimiento por servicio de Reumatología

MEDICACION HABITUAL

- Furosemida 20 mg/d.
- Espironolactona 12.5 mg/d
- Enalapril 2.5 mg cada 12 hs
- Cilostazol 50 mg/d

- Omeprazol 40 mg/d
- Nifedipina 10 mg
- Metilprednisolona 5 mg/d

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PREVIOS

Ecocardiograma TT (07/10/2013)

P S A P 32mmhg	DDVI 51 cm	DSVI 44cm	SIV 1.1cm	PP 0,9cm	AI 23 cm2	AD 34cm2
---------------------------------	-----------------------------	------------------	------------------	-----------------	------------------	-----------------

- VI de diámetro normal con leve hipertrofia del septum interventricular.
- Deterioro severo de la función sistólica global del VI.
- Aquinesia inferior y del septum inferior. Hipoquinesia del resto.
- Movimiento paradójal del septum interventricular.
- Flujo mitral con patrón de llenado de flujo restrictivo.
- VD moderadamente dilatado, con grosor parietal normal.
- Deterioro severo de la función sistólica global del VD.
- Insuficiencia mitral y tricuspídea leve.

RMN cardíaca (13/12/13)

- VI con VFS (136 ml) y VFD (182 ml) incrementados, hipoquinesia difusa y deterioro severo de la función sistólica global (FEY: 25%).
- AI dilatada, con volumen estimado de 81 ml. AD dilatada, con área de 31 cm2.
- No se observa infiltración grasa del miocardio del VI y VD, ni signos de edema miocárdico.
- VD con VFS (217 ml) y VFD (266 ml) incrementados, hipoquinesia difusa y deterioro severo de la función sistólica global (FEY: 18%).
- Se evidencia realce tardío con patrón subendocárdico extenso, sin territorialidad coronaria, que involucra los segmentos anterior, anteroseptal, anterolateral,

inferolateral e inferomedial y basal, así como los segmentos apicales. Se evidencia realce tardío intramiocárdico inferoseptal medial y basal con extenso compromiso del VD.

- El patrón descrito es compatible, en primer término, con enfermedad reumatológica avanzada.

OTROS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- Capilaroscopia: Patrón SD Patern.
- Laboratorio: FAN + nucleolar 1/1280.

SCL-70 negativo

Anticuerpo anticentrómero negativo.

- Biopsia de piel de antebrazo izquierdo (13/11/13):
- Exámen microscópico: Se observa en dermis reticular haces de colágeno hialinizados. Vasos sanguíneos levemente dilatados, con moderada infiltración linfocitaria perivascular.

Conclusión: Hallazgos histológicos compatibles con esclerodermia.

- Espirometría: Patrón restrictivo, con disminución de DLCO2.

VEDA (30/03/2013):

Hernia hiatal

Esofagitis grado C

Gastropatía crónica activa (helicobacter pylori)

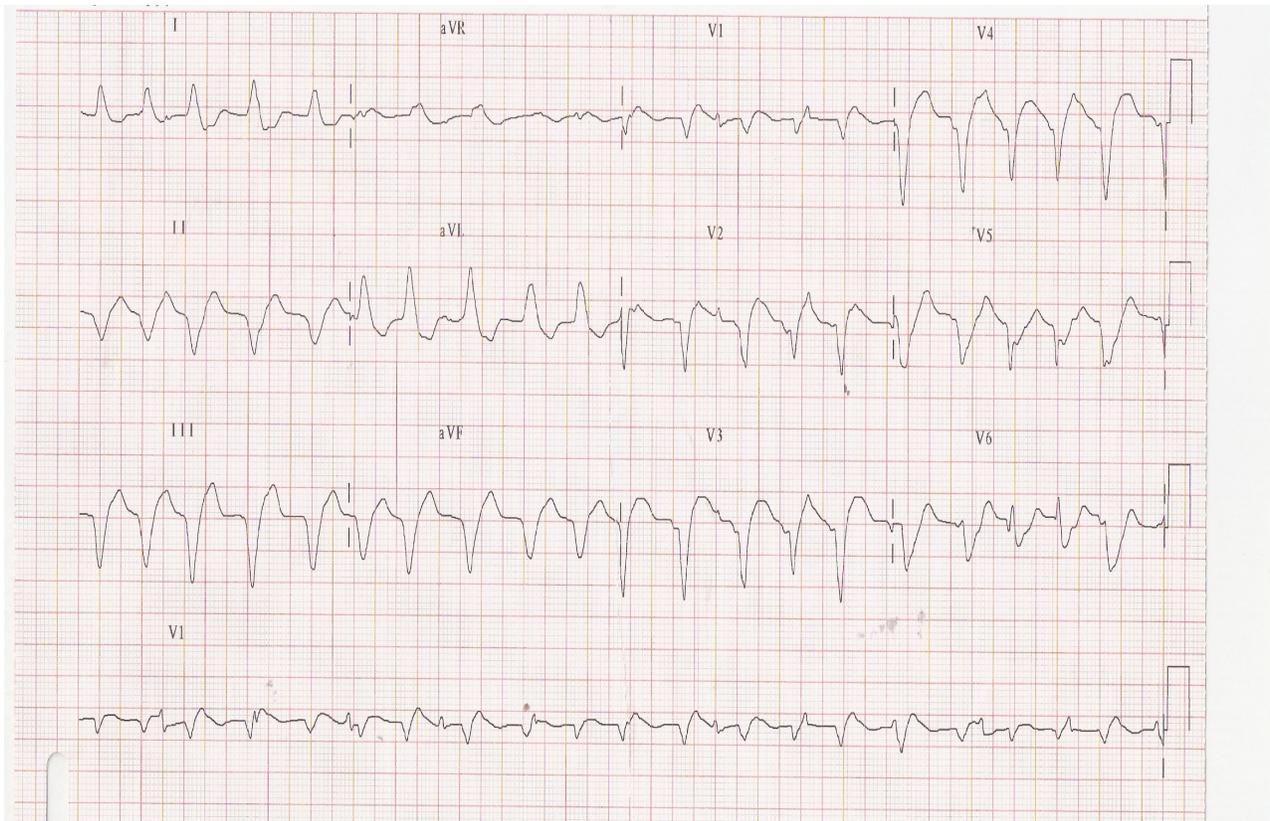
Duodenopatía crónica activa con signos de atrofia

Ecografía abdominal (09/10/2013): hígado de forma, tamaño y ecoestructura conservada, sin imágenes focales. Vesícula biliar de paredes finas alitiásicas. Vía biliar no dilatada. Ambos riñones de forma tamaño y ecoestructura conservada.

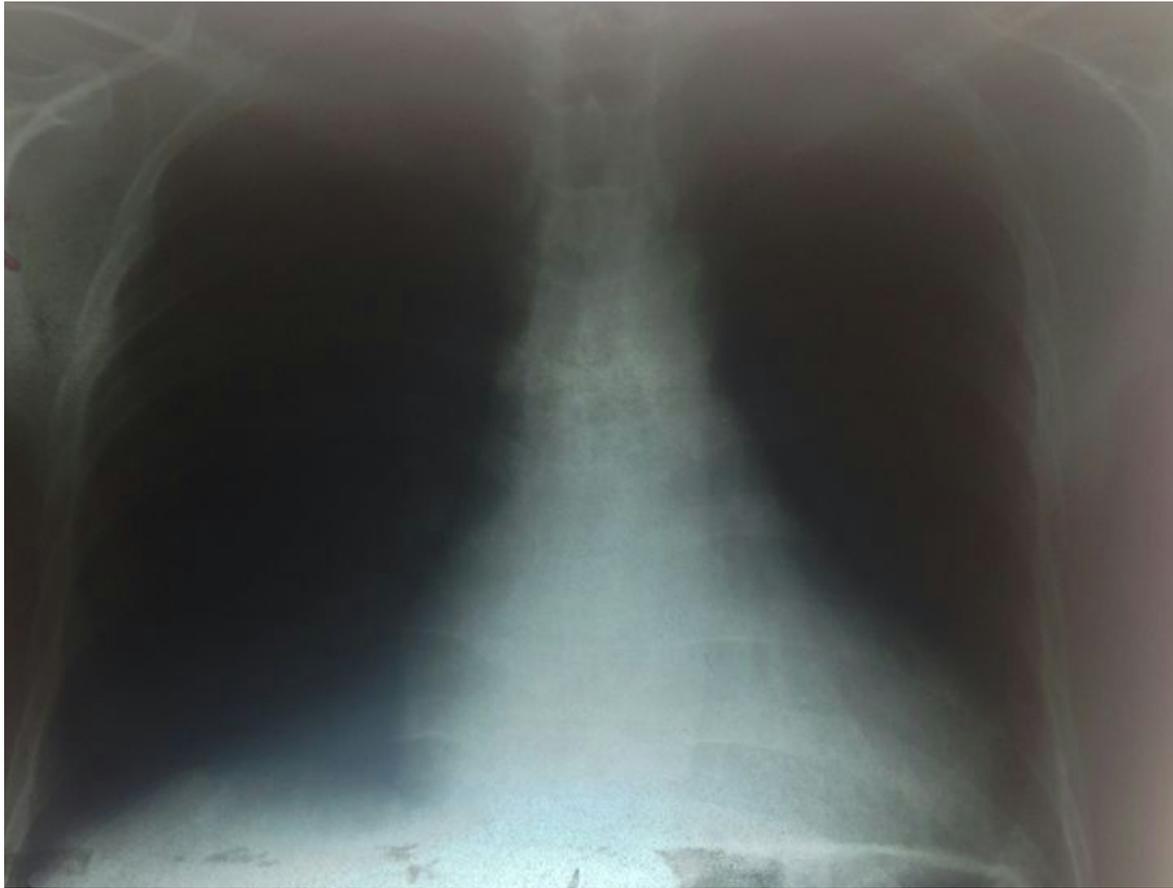
EXAMEN FÍSICO AL INGRESO

- TA 100/60mmHg FC 130lpm FR 18cpm Tº 36
- *Ap. Cardiovascular:* Regular perfusión periférica. Ingurgitación yugular 3/3 sin colapso inspiratorio. Pulsos periféricos presentes, regulares, simétricos. Choque de punta en 5º EIC LAA, Signo de Dressler positivo. R1 y R2 presente en cuatro focos, sin R3, soplo protomesosistólico 2/6 regurgitativo en foco tricuspideo.
- *Ap. Respiratorio:* Buena mecánica ventilatoria, Buena entrada de aire bilateral, crepitantes bibasales.
- *Abdomen:* Distendido, depresible, doloroso a la palpación profunda sin dolor a la descompresión, ascitis infraumbilical, RHA presentes. Sin viceromegalias palpables.
- *Neurológico:* lúcido, sin foco motor ni meníngeo.
- *Piel y tcs:* Edemas en MMII 3/6. Raynaud bifásico, pitting en dedos de manos, cianosis distal. Esclerosis cutánea de miembro superior con acentuación distal.

ECG INGRESO A SALA DE CARDIOLOGÍA



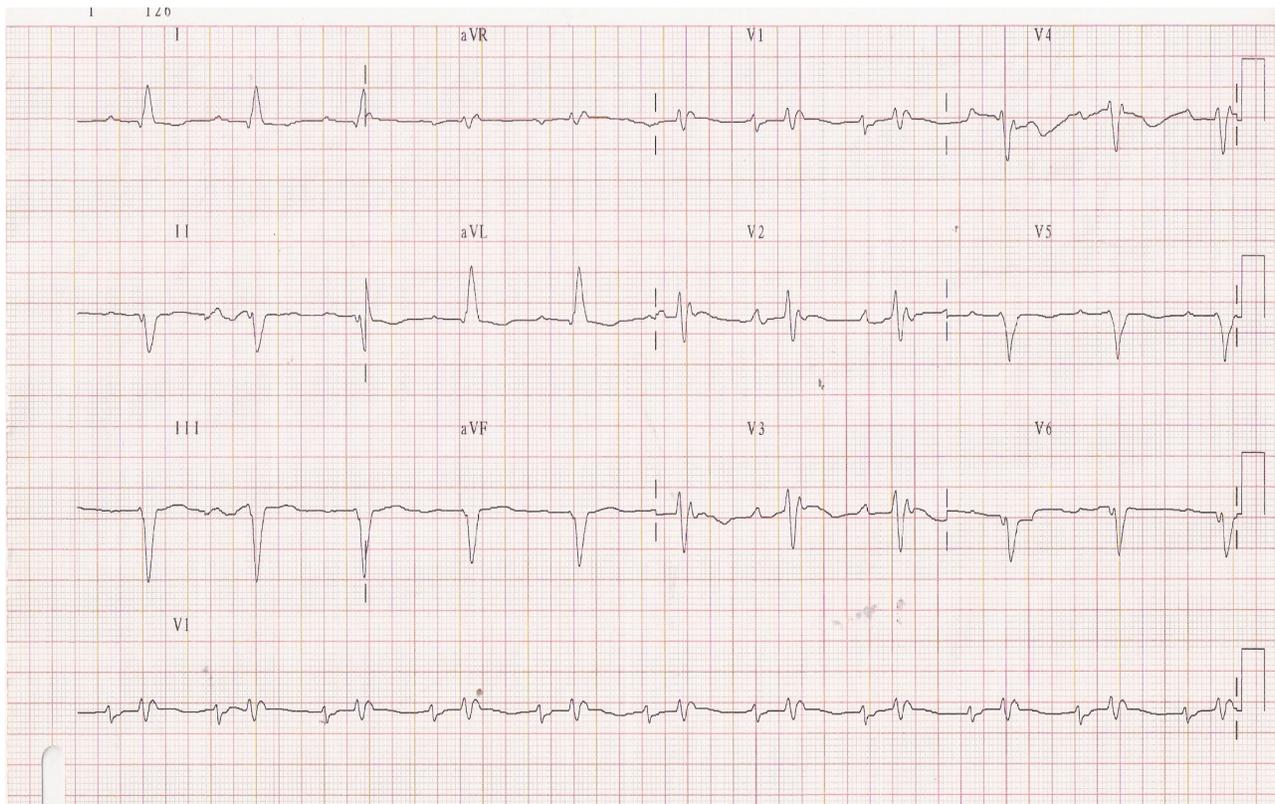
RADIOGRAFIA DE TORAX



EVOLUCIÓN INMEDIATA

- Se interpreta ECG como Taquicardia ventricular monomorfa sostenida, sin descompensación hemodinámica.
- Se decide su pase a UCO para cardioversión farmacológica con amiodarona, resultando no exitosa. Evoluciona con hipotensión (TA: 80/50mmhg) asintomática, por lo que se realiza CVE con 360 Joules exitosa.

ECG posterior a CVE



Evolución en UCO 14/1 a 25/01

- Se realiza interconsulta con servicio de Electrofisiología, decidiéndose implante de CDI.
- Paciente que evoluciona hemodinámicamente estable, se realiza tratamiento médico de la insuficiencia cardiaca con diuréticos endovenosos y antiarrítmico con amiodarona.
- No presenta interurrencias durante su internación en unidad coronaria hasta la fecha, por lo que el día 25/01 pasa a sala de cardiología.

Evolución en sala de cardiología 26/01 a 02/02

- Intercurre con dolor testicular asociado a edema escrotal, por lo que se realiza ecografía que evidencia hidrocele tabicado. Es evaluado por servicio de urología quien indica tratamiento con ciprofloxacina durante 14 días, con adecuada respuesta.
- El 02/02, en contexto de ECG de rutina, se evidencia TVMS a 130 LPM, sin descompensación hemodinámica, por lo que se decide su pase a UCO nuevamente para monitoreo y tratamiento.

Evolución en UCO 02/02 a 12/02

- Ingresa a UCO hemodinámicamente estable, normotenso (TA: 100/60 mmhg), taquicárdico (130 lpm), afebril (36º), saturando (97 al 0.21 %), sin cambios en el examen físico ni signos de falla aguda de bomba.
- Se realiza CVE con 200 J exitosa.
- El 04/02 presenta nuevo episodio de TVMS, se realiza CVE no exitosa, por lo que se decide nueva carga de amiodarona sin respuesta.
- El 06/02 se realiza ablación de TV bajo guía radioscópica en forma no exitosa.
- En consenso con servicio de electrofisiología, dada la estabilidad hemodinámica y frecuencia cardíaca de 100 lpm, se toma conducta expectante sin realizar nuevos intentos de cardioversión y a la espera de nuevo intento de ablación con navegador tridimensional.
- Pasa a sala de cardiología el 12/2.

Evolución en sala de cardiología 13/02 a 18/02

- Es evaluado por servicio de trasplante cardiaco, quien solicita interconsulta con servicio de clínica médica para determinar pronóstico de su enfermedad de base.
- El 18/02 intercorre con dolor abdominal, asociado a distensión, náuseas y vómitos, con dolor a la palpación, sin RHA, sin eliminación de gases.
- Se realiza tacto rectal que evidencia ampolla sin materia fecal, se coloca sonda nasogástrica, con debito entérico de 400 ml.
- Se solicita RX de abdomen de pie que evidencia niveles hidroaéreos y distensión de asas.
- Se realiza ecografía abdominal, que evidencia líquido en espacio subfrénico derecho e izquierdo, asas de intestino delgado distendidas, con líquido libre.
- Se realiza TAC de abdomen con contraste oral, que evidencia asas de intestino delgado y colon distendidas.

Se decide conducta quirúrgica de urgencia por cuadro de oclusión intestinal.

Parte quirúrgico 18/02/14

- Se realiza laparotomía exploradora supra e infraumbilical, con hallazgos de:

1- Abundante ascitis.

2- Distensión de colon e intestino delgado.

3-Vólvulo de colon sigmoides.

- Se realiza devolvulación, evolucionando con PCR en tres oportunidades, en contexto de asistolia, por lo que se realizándose maniobras de reanimación prolongadas que resultan exitosas.
- Se realiza cierre parietal a un plano.
- Pasa luego a UCO, para monitoreo.

Evolución en UCO (18/02 a 24/02)

- Paciente que ingresa a UCO en posoperatorio inmediato de devolvulación intestinal, con infusión de noradrenalina (0.2 gammas).
- En ARM adaptado, con regular entrada de aire bilateral, crepitantes bibasales.
- Al exámen neurológico, paciente con sedoanalgesia, escala de RASS -5, pupilas midriáticas e hiporreactivas.
- Se coloca acceso venoso central yugular posterior derecho. PVC: 30 cm h20. saturación venosa central: 80%. Se interpreta el cuadro como shock mixto (cardiogénico - vasopléjico), requiriendo dosis crecientes de vasopresores e inotrópicos.
- Evoluciona con profundización de falla hemodinámica, oligoanúrico, refractario a triple soporte inotrópico.
- El día 24/02 intercorre con PCR en contexto de asistolia, se realizan maniobras de reanimación, no exitosas, constatándose óbito a las 10:30 hs.

Laboratorio

	13/01	20/01	02/02	13/02	23/02
HTO	48	37	33	32	31
GB	3400	10400	9500	10600	11300
Plaq	44000	228000	234000	251000	181000
Glu	101	88	109	80	160
Urea	39	48	62	43	139
Creat	0.74	0.63	0.65	0.61	2.05
NA	138	133	120	129	139
K	3.4	3.4	4.4	4.36	3.6
TP	52	61	66	59	58
KPTT	29	26	29	32	22
BT	1.6	1.29	0.40	0.5	1.02
BD	1	0.71	0.17	0.15	0.65
GOT	858	46	23	34	33
GPT	754	271	32	24	48