



ATENEO ANATOMO-PATOLÓGICO

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

Juan Pablo Lestard

06/11/2013

PACIENTE: B.G.

SEXO: Femenino

EDAD: 53 años

Fecha de ingreso: 14/08/2013

Fecha de Óbito: 12/09/2013

MOTIVO DE CONSULTA:

Disnea y aumento perímetro abdominal.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente concurre a consultorios externos por comenzar hace 2 semanas con progresión de disnea habitual de esfuerzos leves a disnea en reposo, asociado a aumento del perímetro abdominal, edemas en ambos miembros inferiores y dolor lumbar. Se decide su internación en sala de cardiología para tratamiento.

ANTECEDENTES PERSONALES

FACTORES DE RIESGO CORONARIO:

Sedentarismo

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES

Insuficiencia cardíaca diagnosticada hace 13 años con múltiples internaciones por IC descompensada derecha. En los últimos 2 años en promedio 1 internación por mes. CF habitual III-IV.

Descartada del programa de trasplante cardíaco por falta de medio social.

Fibrilación auricular crónica, anticoagulada con acenocumarol, desde el año 2006.

ANTECEDENTES ENDOCRINOLÓGICOS

Hipotiroidismo en tratamiento

ANTECEDENTES INFECTOLÓGICOS:

Criptococcosis meníngea: 2010, tratada en Clínica médica de este Hospital.

Sarcoma de Kaposi diagnostico 2010. Sin seguimiento.

Serología de HIV, VDRL, Chagas negativo y colagenograma sin particularidades.

ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

Lugar de nacimiento: Paraguay

MEDICACIÓN HABITUAL:

Furosemida 40 mg c/8 Hs.

Digoxina 0.25 mg / día.

Espironolactona 100 mg / día.

Acenocumarol, según cartilla.

Levotiroxina 100µg / día

ESTUDIOS PREVIOS REALIZADOS

- **RMN (15/04/2010)**

VCI dilatada de 2.75 cm.

Severa dilatación de aurícula derecha (área 88.5 cm²), incluye AD anatómica y porción atrializada del VD.

Aurícula izquierda conservada. Septum interauricular intacto.

Ventrículo derecho hipoplásico, tracto de salida sin signos de obstrucción.

Ventrículo izquierdo de diámetros y volúmenes conservados, deterioro leve de la función sistólica global. VFD 89 ml, VFS 49 ml, Fey 45%.

Válvula mitral sin alteraciones.

Válvula tricúspide: anillo tricuspideo de 4.36 cm, la valva septal se inserta a 1.73 cm (1.12 cm/m²) del plano del anillo mitral. Se observa significativa falta de coaptación valvar con reflujo severo. No se visualizan correctamente las características de las valvas debido al límite de resolución del estudio, además por arritmia de la paciente.

Válvula aórtica: tricúspide. Arco aórtico normal.

Tronco de la arteria pulmonar, diámetro 1.98 cm, ramas pulmonares confluentes y de buen calibre.

Pericardio sin derrame

- **ECOCARDIOGRAMA DOPPLER 11/01/13**

DDVI: 48 mm	DSVI: 31 mm	FAC 35%	SVI: 7 mm	PP: 7 mm	Al: 46mm	Ao: 25 mm
-------------	-------------	---------	-----------	----------	----------	-----------

VI de tamaño conservado.

Deterioro moderado de la función sistólica Fey 45%

Se observa aplanamiento de SIV en diástole con movimiento paradojal del SIV y engrosamiento sistólico conservado.

Al levemente dilatada.

VD severamente dilatado en sus segmentos basales (66mm de diámetro diastólico) y ocupación de sus segmentos apicales por material refringente. TAPSE 14mm.

AD severamente dilatada 94,6cm².

Insuficiencia tricuspidea severa, secundario a falta de coaptación de las valvas por dilatación del anillo tricuspideo (69mm de diámetro) PSAP 24mmHg.

VCI dilatada, con ausencia de colapso inspiratorio.

No se observan shunts por doppler color.

Derrame pericárdico leve.

Ascitis, derrame pleural izquierdo.

EXAMEN FISICO INGRESO A SALA:

TA:100/60 mmHg	FC: 100 lpm	FR: 20 rpm	T°: 36°C	Sat: 98% al 21%
-----------------------	--------------------	-------------------	-----------------	------------------------

-Aparato cardiovascular: Buena perfusión periférica. IY 3/3 sin colapso inspiratorio. Choque de punta en 4° EIC LMC. Dressler positivo. Pulsos periféricos presentes, irregulares y simétricos. R1 y R2 en cuatro focos. No R3. Soplo holosistólico 4/6 a predominio de foco tricúspideo sin irradiación.

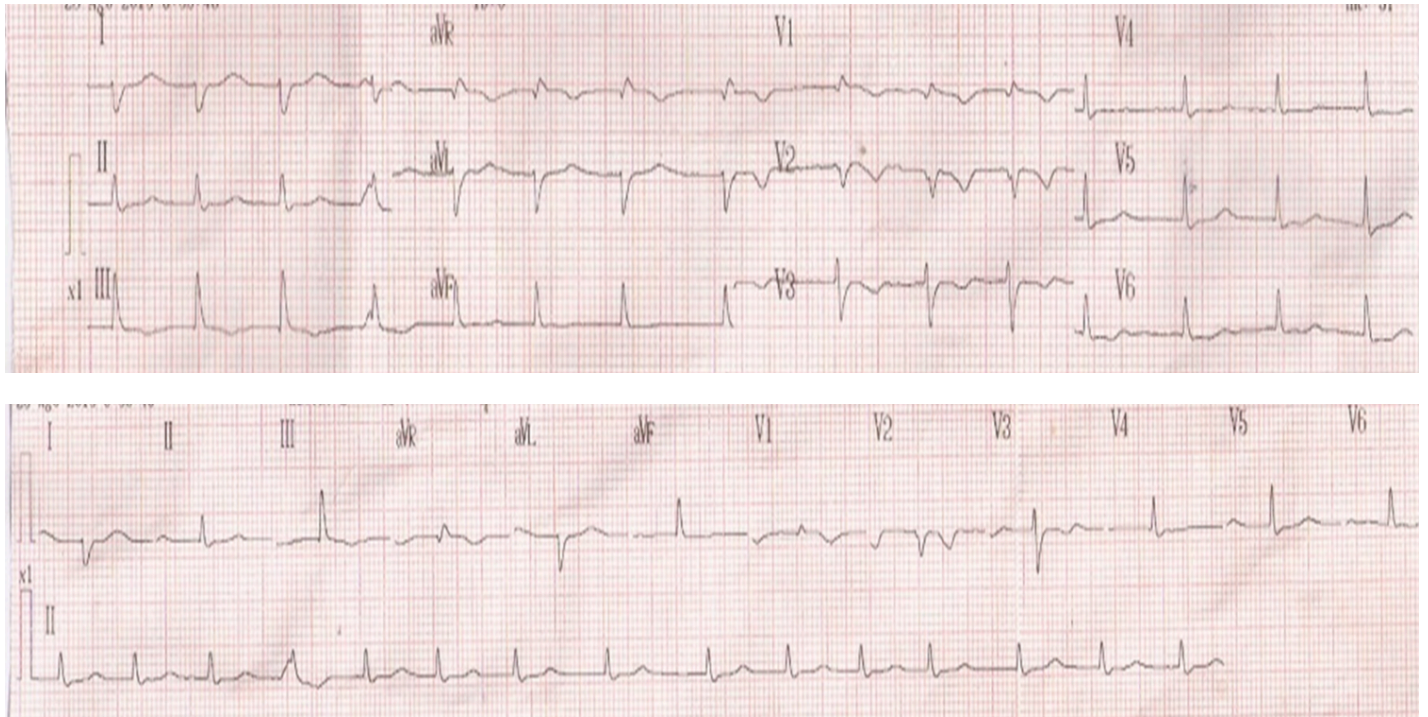
-Aparato respiratorio: Buena mecánica respiratoria, buena entrada de aire bilateral. Hipoventilación bibasal.

-Abdomen: Distendido con aumento de la tensión parietal en forma generalizada, poco depresible, no doloroso. Matidez infraumbilical con concavidad superior. No se palpan visceromegalias debido a ascitis marcada. Ruidos hidroaéreos presentes.

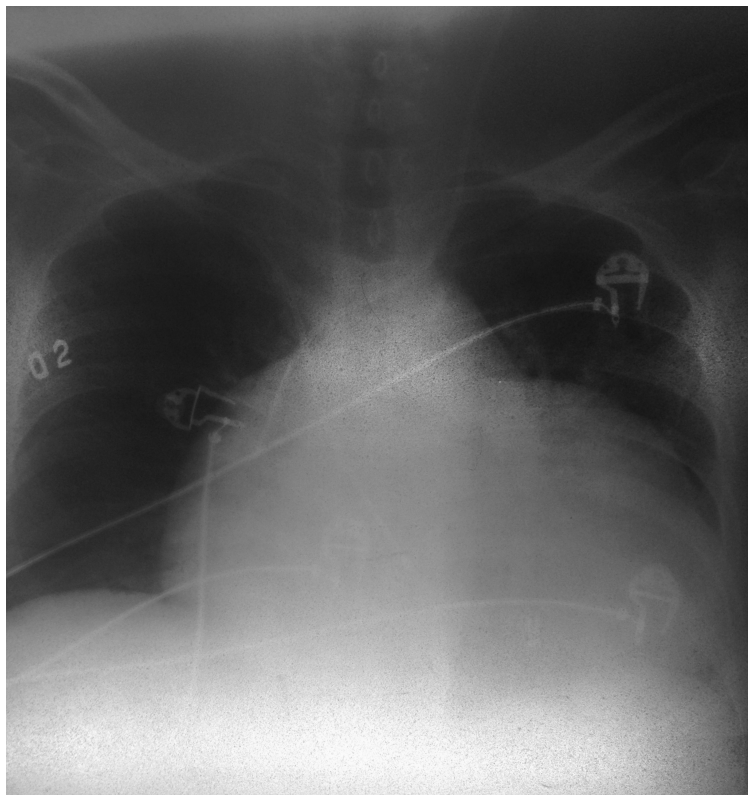
-Neurológico: Lúcida, sin foco motor ni sensitivo.

-Piel y TCS: Caquexia. Edemas en ambos miembros inferiores 5/6 hasta raíz de muslo. Edema de pared.

ECG DE INGRESO A UCO



RX TORAX 06/08/13



Evolución sala de cardiología (15/08 - 17/08)

Se interpreta el cuadro como insuficiencia cardíaca descompensada secundario a progresión de enfermedad de base, se indica furosemida endovenosa en infusión continua.

Por dolor lumbar se realiza ecografía renal, el cual no evidencia alteraciones.

Se realiza TAC de abdomen donde se observa leve disminución de la altura de los cuerpos vertebrales L1-L3.

Evoluciona sin respuesta al tratamiento diurético (furosemida 1 gr/día) por lo que se inicia infusión de dobutamina hasta 15 gammas/kg/min.

Por escasa respuesta al tratamiento instaurado se decide su pase a UCO.

Evolución en UCO (17/08 – 29/08)

Al ingreso a UCO se inicia infusión de milrinona 0,35 gammas/kg/min.

Por aumento de la presión intraabdominal (30 cmH 20) se realiza paracentesis evacuadora, se drenan 1500ml.

Por persistencia de signos de bajo gasto cardíaco y sobrecarga de volumen pese a doble soporte inotrópico a dosis máximas y reiteradas paracentesis evacuadoras se decide realizar ultrafiltración (19/08) por única vez con buena respuesta.

Evoluciona con disminución de requerimientos de inotrópicos hasta dosis mínimas de milrinona (0,35 gammas/kg/min).

Evolución UCO (30/08-12/09)

El día 31/08 intercorre con cuadro de dolor en región inguinal izquierda con formación de hematoma, caída de 8 puntos del hematocrito y shock hipovolémico. Se realiza TAC donde no se evidencian signos de hemorragia retroperitoneal. Se decide suspender anticoagulación con HBPM, se transfunden 2 UGR y se inician inotrópicos y vasopresores en dosis progresivas con buena respuesta inicial. Se constata cese de sangrado con vendaje compresivo por 24hs.

Evoluciona hemodinámicamente inestable realizándose múltiples paracentesis evacuadoras por aumento de la PIA sin respuesta hemodinámica. Se incrementan inotrópicos y vasopresores hasta dosis máximas con escasa respuesta.(Noradrenalina 1,5 gammas/kg/min, dobutamina, 20 gammas/kg/min y milrinona 0,75 gammas/kg/min).

El 12/09 se constata PCR en contexto de actividad eléctrica sin pulso. Se realiza RCP básica y avanzada sin respuesta. Fallece el 12/09 a las 11hs.

TAC de abdomen y pelvis (03/09/13)

Signos de hepatopatía crónica

Derrame pleural bilateral

Cardiomegalia

Aumento difuso de la densidad del tejido subcutáneo

Hernia con contenido líquido en región lateral derecha (Spiegel)

LABORATORIO

	14/8	18/8	22/8	26/8	30/8	31/8	01/09	10/09
HCTO	34%	37%	31%	30%	30%	22%	28%	25%
GB	9000	8700	11800	8700	12100	17500	11300	11900
PLAQ	476000	370000	350000	271000	453000	306000	353000	413000
GLU	105	154	16	137	90	126	98	91
UREA	24	21	56	24	26	38	49	39
CREAT	0,5	0,51	1,0	0,45	0,7	0,69	0,64	0,6
Na	128	121	128	123	124	120	117	121
K	2,5	3,2	3,4	4,1	4,7	4,7	3,3	3,7
Cl	93	84	89	89.9	91	88	87	91
BT/BD	0,4		0,56	0,18	0,2		0,66	
GOT/GPT	34/27		25/16	25/18	45/25		63/52	
Alb			1,9	1,8	1,8		1,6	1,7
Coag		24/34	50/24		64/32	75/30	78/24	87/22