



ATENEO CLÍNICO

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

Ayuso, Sebastián

23/04/2014

PACIENTE: C.M.

SEXO: Masculino

EDAD: 57 años

Fecha de ingreso: 11/02/2013

Fecha de egreso: 08/04/2014

MOTIVO DE CONSULTA:

Astenia, adinamia e impotencia funcional en miembro superior derecho.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente de 57 años de edad, que consulta el 04/02 a Guardia externa de Hospital Piñero por presentar dolor, inflamación e impotencia funcional en hombro derecho, de 10 días de evolución. Es evaluado por el Servicio de Traumatología, descartándose fractura y luxación, y se indica tratamiento analgésico en forma ambulatoria.

Por persistencia de sintomatología, el 10/02 acude a clínica privada, donde se realiza laboratorio, constatándose leucocitosis y deterioro de la función renal (GB: 19200/mm³, urea:189 mg/dl, creatinina:1.95 mg/dl).

Debido a falta de cobertura médica, se sugiere consulta en institución pública.

Con dichos estudios complementarios, acude a guardia externa de Hospital Argerich. Se constata paciente en regular estado general, presentando al examen físico, ictericia generalizada, dolor, tumefacción, e impotencia funcional en hombro derecho, hepatomagalia palpable dos traveses de dedos por debajo del reborde costal, somnoliento, orientado en tres esferas.

Se solicitan exámenes de laboratorio, en los cuales se evidencia, leucocitosis (25600/mm³), plaquetopenia (57000/mm³), deterioro de la función renal (urea 170 mg/dl, creatinina 1.4 mg/dl) y alteración del hepatograma (Bt 4.2 Bd 4.1 GOT 117 GPT 73 FAL 477).

Es evaluado por servicio de Cirugía General, descartando patología quirúrgica de urgencia.

Se realiza, TAC cerebro/tórax/abdomen/pelvis, sin hallazgos patológicos.

Se interpreta el cuadro clínico como sepsis por probable foco articular, se realizan hemocultivos, cultivos de punción articular e inicia tratamiento empírico con ceftriaxona EV, permaneciendo internado en shock room.

Se reciben resultados de hemocultivos y de líquido articular de hombro derecho, positivo para Staphylococcus Aureus Meticilino Sensible (SAMS).

El día 15/02/14, se decide su pase a unidad de cuidados intensivos (UTI).

ANTECEDENTES PERSONALES:

Factores de riesgo cardiovascular: Hipertenso, en tratamiento con enalapril hace 5 años.

Antecedentes cardiovasculares: No refiere.

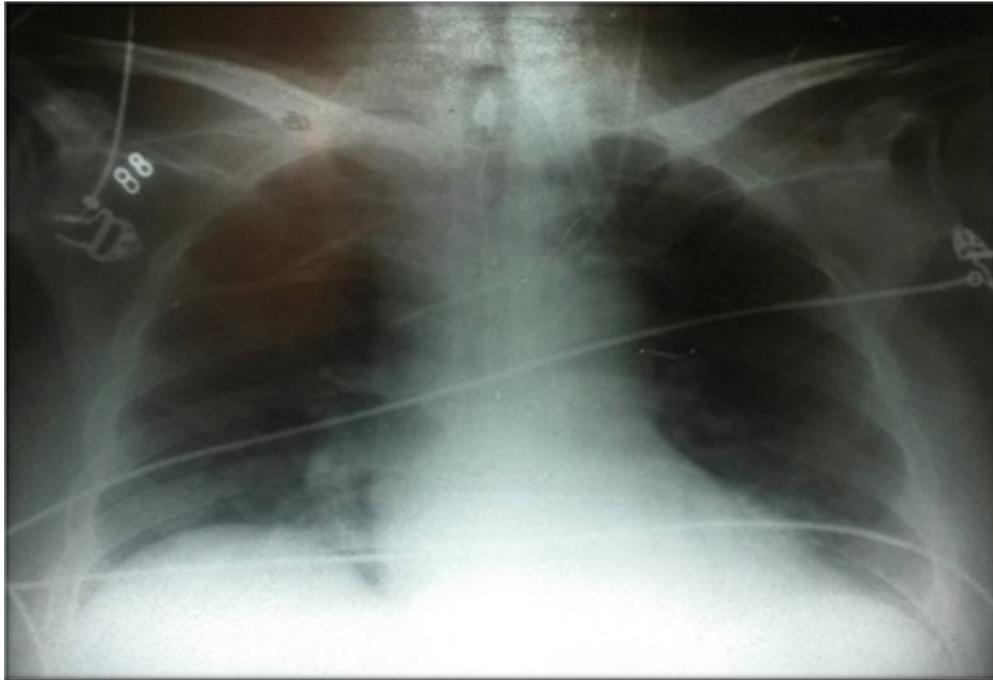
Otros Antecedentes: Enolista (1 litro de vino/día), desde los 20 años.

EXAMEN FÍSICO AL INGRESO (UTI)

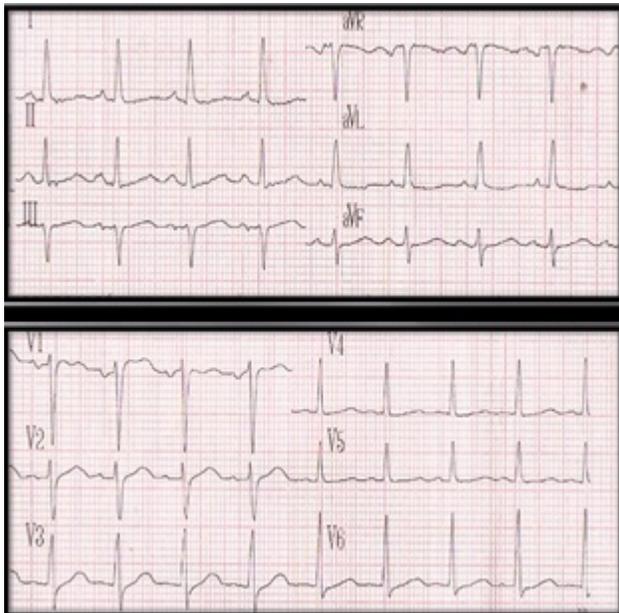
TA 170/90mmHg FC 80 lpm FR 25cpm Afebril Sat 90% (0.21)

- **Ap. Cardiovascular:** adecuada perfusión periférica, pulsos presentes regulares simétricos, 2r presentes en 4f, sin r3, silencios libres, ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio.
- **Ap. Respiratorio:** buena mecánica, regular entrada de aire bilateral, hipoventilación bibasal.
- **Abdomen:** blando, distendido, con dolor a la compresión en hipocondrio derecho, sin dolor a la descompresión, hepatomegalia palpable por debajo del reborde costal.
- **Neurológico:** vigil, parcialmente orientado en tiempo y espacio, con flapping espontáneo, sin foco motor ni meníngeo
- **Piel y faneras:** ictericia generalizada en piel y mucosas.

RX TÓRAX INGRESO



ECG



Evolución en UTI (14/02/14 a 17/02/14)

- Evoluciona con registro febril asociado a presencia de signos meníngeos. Se realiza punción lumbar con resultado compatible con meningitis bacteriana, y rescate bacteriológico de SAMS en LCR.
- Se amplía esquema antibiótico a ceftriaxona, vancomicina, ampicilina, con adecuada respuesta.

- El día 17/02 se realiza ecocardiograma.

ECOCARDIOGRAMA (17/02)

- Cavidad ventricular izquierda de dimensiones normales. Grosor parietal y función normal. VD con grosor parietal y función normal. AI levemente dilatada, no se observa imagen compatible con trombos.
- Se observa imagen ecogénica filamentosa móvil, que se observa en el tracto de salida del VI prolapsando hacia la raíz aórtica, compatible con vegetación.
- Insuficiencia aórtica leve.

Evolución en UTI (18/02 a 23/02/14)

- Se interpreta el cuadro como endocarditis de válvula aórtica por SAMS, por lo que se rota esquema antibiótico a TMS y cefepime.
- El día 19/02/14 intercorre con sangrado digestivo alto, con caída de diez puntos del hematocrito, por lo que se realiza VEDA, en la cual se evidencia ulcera duodenal Forrest II, realizándose tratamiento endoscópico y médico con omeprazol endovenoso, con adecuada respuesta.
- El paciente evoluciona hemodinámicamente estable, afebril, por lo que el 24/02/14 se decide su pase a sala de Cardiología, en día 13 de antibiótico efectivo.

Ingreso a sala de cardiología (24/02/14)

TA 125/70 FC 80 FR 20 SAT 95% (0,21) T° 36,2

- *Cardiovascular: adecuada perfusión periférica, pulsos presentes, regulares, simétricos, 2 r presentes en 4f, sin r3, silencios libres, ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio.*
- *Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, regular entrada de aire bilateral, crepitantes bibasales.*
- *Abdomen: blando, depresible, indoloro, RHA presentes, hepatomegalia palpable por debajo del reborde costal.*
- *Neurológico: lúcido, sin foco motor ni meníngeo.*
- *Piel y mucosas: ictericia generalizada.*
- *TCS: edemas 2/6 en MMII.*

Evolución en sala de Sardiología (24/02 a 05/03/14)

- Es evaluado por Servicio de Infectología quien indica realizar tratamiento antibiótico durante seis semanas.
- Evoluciona estable hemodinámicamente, afebril, con adecuada respuesta al tratamiento.
- El 26/02/14 se realiza ecocardiograma de control.

Ecocardiograma TT (26/02/14)

- Cavidad ventricular izquierda de dimensiones normales, con grosor parietal y función normal.
- AI levemente dilatada. VD con grosor parietal y función normal.
- Válvula aórtica engrosada con insuficiencia de grado moderado. Se observa imagen ecogénica móvil filamentososa adherida a válvula aórtica y se observa en el tracto de salida y en raíz aórtica.

Evolución en sala de Cardiología (06/03 a 18/03)

- El día 06/03/14 intercorre con epistaxis, sin descompensación hemodinámica, por lo que se realiza taponaje anterior. Por persistencia de sangrado, es evaluado por servicio de Otorrinolaringología quien realiza cauterización de venas nasales, con adecuada respuesta.
- El día 07/03 evoluciona con nuevo sangrado digestivo alto, con caída del hematocrito (6 puntos) y requerimiento de 2UGR, por lo que se realiza VEDA, que evidencia gastropatía crónica activa y ulcera duodenal Forrest II A. Se realiza esclerosis de la misma y se inicia tratamiento médico.
- Evoluciona con bicitopenia, continuando con igual esquema antibiótico. Se decide pase a Clínica Médica , el día 18/03/2014, para estudio y optimización de parámetros hematológicos.
- El día 26/03/2014 se realiza ecocardiograma control.

Ecocardiograma TT (26/03/14)

- Válvula aórtica trivalva. Se observan dos imágenes pequeñas y móviles, de 2 mm cada una, sobre la valva coronariana derecha y la valva no coronariana.
- Insuficiencia aórtica moderadamente severa (grado III/4).
- VI dilatado, con grosor parietal y función normal.

Evolución en sala de Cardiología (26/03 a 01/04)

- El 30/03/14 el paciente evoluciona con edema agudo de pulmón normotensivo, secundario a sobrecarga hídrica, realizándose tratamiento diurético con adecuada respuesta.
- El 31/03/13 se realiza nuevo ecocardiograma TT y posteriormente ETE, para evaluar vegetación y presencia de absceso.

Ecocardiograma TT (31/03/14)

- Se observa en válvula aórtica dos vegetaciones filiformes, que en diástole protruyen en TSVI de 8 mm de largo por 3 mm de espesor, adheridas a valva coronariana derecha y no coronariana, que generan regurgitación severa con tiempo de hemipresión de 77 mseg y flujo holodiastólico reverso en aorta abdominal.
- VI moderadamente dilatado, con función levemente deprimida.
- FEY: 55%. VFD: 118 ml. VFS: 52 ml. IM leve.

Ecocardiograma TE (01/04/14)

- En válvula aórtica se observan dos vegetaciones filiformes que en diástole protruyen en en TSVI, de 8 mm y 7 mm de largo, adheridas a la valva coronariana derecha y no coronariana, que generan una regurgitación de grado severo con un tiempo de hemipresión de 92 mseg y flujo holodiastólico reverso en aorta abdominal. No se observa engrosamiento de la fibrosa mitro - aórtica ó imágenes compatibles con abscesos.
- VI moderadamente dilatado con grosor parietal normal. Función sistólica levemente deprimida con FEY de 55%.
- AI levemente dilatada (área de 22 cm²), sin trombos en su cuerpo y orejuela.
- Válvula mitral morfológicamente normal con insuficiencia leve.

Evolución en sala de cardiología (01/04 a 08/04)

- Evoluciona hemodinámicamente estable, sin signos de insuficiencia cardíaca, afebril, con mejoría en los parámetros de laboratorio.
- Luego de completar seis semanas de tratamiento antibiótico efectivo, se decide su egreso hospitalario el día 08/04/14.

Tratamiento al alta

- Furosemida 40 mg/día.
- Enalapril 5 mg cada 12 hs.

- Anemidox 1 comp/día.
- Omeprazol 40 mg/día.

Laboratorio

	11/02 (shock room)	15/02 (ingreso UTI)	24/02 (ingreso cardiología)	18/03 (Clínica médica)	07/04 (Alta hospitalaria)
HTO	36	35	29	26	30
GB	25600	14900	17600	9800	10000
PlaQ	57000	64000	98000	64000	250000
Glu	184	247	97	90	111
Urea	170	88	36	11	36
Crea	1.4	0.64	0.58	0.4	0.2
NA	136	138	134	136	138
K	3.8	3.6	4.5	4	4.1
TP	58	58	75	70	-
KPTT	34	30	27	30	-
BT	4.28	9.4	2.95	-	0.35
BD	4.19	-	2.97	-	0.18
GOT	114	140	81	39	62
GPT	73	106	68	26	24