



# Ateneo Clínico

Dr. Diego Rodríguez  
Hospital Dr. Cosme Argerich  
10/07/2019

<b>Paciente: M. B.</b>	<b>Edad: 40 años</b>	<b>Sexo: Femenino</b>
------------------------	----------------------	-----------------------

Fecha de ingreso a Obstetricia: 6/02/2019

Fecha de ingreso a Sala de Cardiología: 28/02/2019

Fecha de Egreso: 25/04/2019

Días de internación total: 83

**Motivo de consulta:** Control gestacional

**Enfermedad actual**

Paciente que acude a Hospital Argerich para control obstétrico en la semana 32 de embarazo. Se realiza diagnóstico de emergencia hipertensiva (TA 182/97 mmHg) por lo que se interna en Servicio de Ginecología y se realiza tratamiento con labetalol y sulfato de Mg con buen control.

Por feto con trisomía 18/13 inviable el 8/02 se induce el parto vaginal con posterior óbito del feto.

**ANTECEDENTES**

- ⊙ **Factores de riesgo cardiovascular**
  - > Diabetes tipo 2 no insulinoquiriente.
  - > Obesidad III
- ⊙ **Medicación habitual**
  - > Metformina 875 mg cada 12 horas.

### Evolución en sala de Obstetricia 7-02 al 13-02

El 11/02 presenta registros febriles asociados a flebitis en antebrazo izquierdo.

Se realiza urocultivo y hemocultivos que resultan positivos para SAMS. Se inicia tratamiento con cefalotina ajustado a sensibilidad.

Se realiza fondo de ojo el cual resulta negativo para impactos sépticos.

Se realiza ecocardiograma transtorácico en búsqueda de endocarditis.

### **Ecocardiograma doppler transtorácico 15-02**

**DDVI: 58 mm DSVI: 33 mm SIV: 8 mm PP: 6 mm**

Fey 74%

Flujo mitral normal (E mitral / E tisular de 10, que indican que las presiones de llenado del ventrículo izquierdo son normales). Aurícula izquierda no dilatada área 19 cm, volumen 34 ml/m<sup>2</sup>. Cavidades derechas normales, la función sistólica del ventrículo derecho es normal. Velocidad sistólica tisular del anillo tricuspídeo 13 cm/seg. TAPSE 23 mm.

No se observan alteraciones estructurales ni del flujo sanguíneo a nivel valvular. PSAP 40 mmHg asumiendo una presión media en aurícula derecha normal de 5 mmHg. Pericardio normal. Sin evidencia de vegetaciones

### Evolución en sala de Obstetricia 16-02 al 20-02

Evoluciona febril persistente a pesar del tratamiento antibiótico, por lo que se realiza TAC de tórax, abdomen y pelvis, y nuevo ecocardiograma transtorácico en búsqueda de foco séptico.

## **TAC de tórax, abdomen y pelvis**

Tórax: No se observan opacidades de aspecto consolidativo. Patrón difuso de atenuación en mosaico. Quiste intraparenquimatoso en LSI. No se observan adenomegalias mediastinales y axilares. No se observa derrame pleural ni pericárdico.

Abdomen: Esteatosis hepática difusa. El parénquima pancreático y esplénico no muestran alteraciones. Ligero aumento de tamaño de los riñones con múltiples aéreas hipodensas. Ambas glándulas suprarrenales de forma y tamaño conservado. Retroperitoneo libre de adenomegalias. No se observan alteraciones en el calibre de los grandes vasos.

Pelvis: Útero aumentado de tamaño a correlacionar con gesta reciente.

## **Ecocardiograma doppler transtorácico 27-02**

**DDVI: 55 mm DSVI: 35 mm SIV: 8 mm PP: 10 mm**

Válvula aórtica tricúspide con imagen ecogénica móvil de 13 mm de extensión máxima en relación con la valva no coronariana compatible con vegetación, complicada con insuficiencia aórtica de grado severo.

Ventrículo izquierdo levemente dilatado con grosor parietal normal.

Función sistólica normal con hiperquinesia parietal secundaria sobrecarga de volumen izquierda.

AI no dilatada, área 18 cm<sup>2</sup>.

Cavidades derechas normales. Insuficiencia mitral leve. Derrame pericárdico leve. Durante el estudio el paciente presentó taquicardia sinusal a 110 latidos por minuto.

## Evolución en sala de Obstetricia 20-02 al 27-02

Se interpreta endocarditis infecciosa aguda nosocomial de válvula nativa.

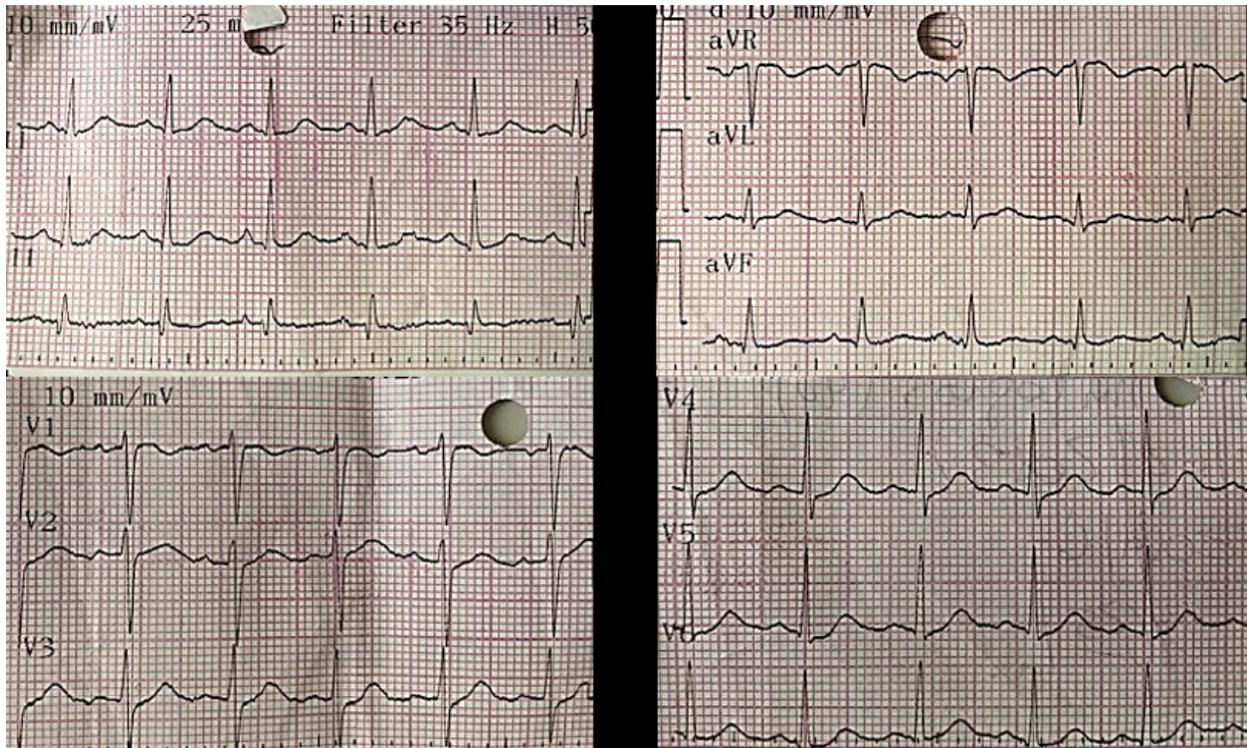
Presenta signos de insuficiencia cardíaca a predominio izquierdo y se decide su pase a UCO.

### **EXAMEN FISICO DE INGRESO A UCO 28-02**

TA (mmHg)	FC (lpm)	FR (cpm)	Sat O2	Temp.	Peso 76 kg	IMC
131/63	103	23	97% (0,21)	37,7 °C	Talla:150cm	42

- ⊙ **Aparato cardiovascular:** Buena perfusión periférica. Ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio. RHY negativo. Choque de punta en 4to EIC izquierdo LMC. R1-R2 en 4 focos. Soplo diastólico 3/6 en foco aórtico sin irradiación. Pulsos periféricos presentes, regulares y simétricos.
- ⊙ **Aparato respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria, rales crepitantes en ambas bases pulmonares
- ⊙ **Abdomen:** Blando, depresible e indoloro, RHA positivos.
- ⊙ **Neurológico:** Lúcida, sin foco motor ni signos meníngeos.
- ⊙ **Piel y partes blandas:** Edemas periféricos 3/6.

## Electrocardiograma



- ⊙ Por insuficiencia aórtica severa aguda secundaria a EI se indica tratamiento quirúrgico de urgencia.
- ⊙ Es evaluada por Servicio de CCV quienes indican optimización de cuadro clínico previo a cirugía.
- ⊙ Se realiza balance negativo con mejoría de sobrecarga hídrica y pasa a sala de Cardiología a la espera de cirugía.

### **Evolución en sala de Cardiología 1-03 al 9-03**

Continúa realizando balance negativo, con persistencia de insuficiencia cardiaca.

El día 9/03 se decide pase a UCO.

### Unidad Coronaria 10-03 - Parte quirúrgico

Se realiza reemplazo de válvula aórtica por prótesis mecánica número 21.

Circulación extracorpórea: 101 minutos.

Clampeo aórtico: 86 minutos.

Requerimientos de 1500 ml cristaloides, 6UGR, 6UPFC, protromplex, NA y DBT.

Complica con Bloqueo AV completo con requerimiento de marcapasos transitorio.

Evoluciona favorable, en ritmo sinusal, se extuba el 12/03, se descomplejiza y pasa a Sala de Cardiología.

### Sala de Cardiología 14-03

Presenta cuadro de disnea CF IV asociada a desaturación (SatO2 60% a 0,21) con mala mecánica ventilatoria y mala perfusión periférica por lo que se decide su pase a UCO.

### EXAMEN FISICO INGRESO A UCO 14-03

<b>TA (mmHg)</b> 79/50	<b>FC (lpm)</b> 127	<b>FR (cpm)</b> 27	<b>Sat O2</b> 82% 0,5
---------------------------	------------------------	-----------------------	--------------------------

- ⊙ **Aparato cardiovascular:** Mala perfusión periférica. Ingurgitación yugular 3/3 sin colapso inspiratorio. R1-R2 en 4 focos hipofonéticos con clic de cierre aórtico. Pulsos periféricos débiles.
- ⊙ **Aparato respiratorio:** Mala mecánica ventilatoria a expensas de taquipnea. Buena entrada bilateral de aire sin ruidos agregados.
- ⊙ **Abdomen:** Blando, depresible e indoloro, RHA negativos.
- ⊙ **Neurológico:** Estuporosa, sin foco motor ni signos meníngeo.
- ⊙ **Piel y partes blandas:** Edemas periféricos 3/6.

### Evolución en UCO 14-03 al 15-03

Se procede a IOT ARM y por sospecha de taponamiento cardíaco se realiza ecocardiograma que evidencia derrame pericárdico circunferencial severo a predominio posterior y se coloca catéter de S.G. que confirma el diagnóstico.

Por RIN de 14 (previo de doce horas de 2) se realiza corrección con factores de coagulación.

Evoluciona con PCR en actividad eléctrica sin pulso con RCP exitosa de 3 minutos.

Se interconsulta con CCV quienes deciden no realizar drenaje de urgencia por interpretar patología no quirúrgica (shock séptico).

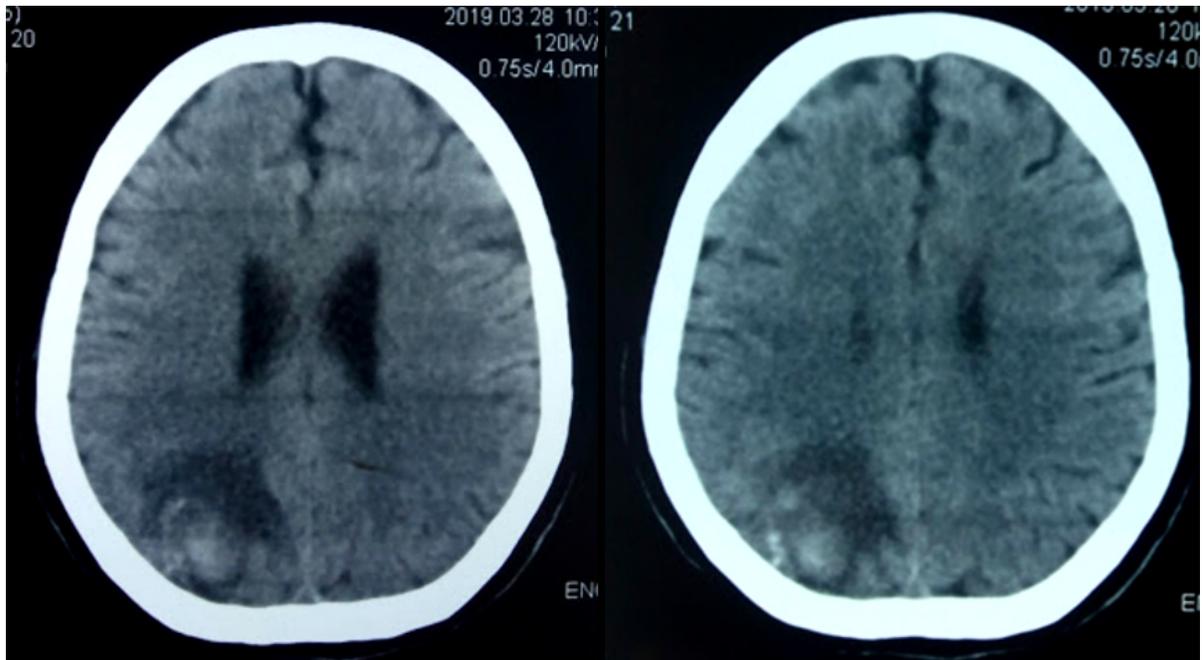
Por shock refractario se reitera IC con CCV quienes realizan un drenaje quirúrgico con extracción manual de trombo pericárdico en UCO con mejoría clínica inmediata.

Se decide completar drenaje en quirófano con extracción de trombo remanente sin sitio de sangrado activo.

Presenta falla multiorgánica con requerimiento de sostén hemodinámico y diálisis.

Se realiza ventana neurológica sin respuesta a la supresión de sedoanalgesia, por lo que se realiza TAC de cerebro sin contraste.

## TAC de cerebro sin contraste



Se observan al menos cuatro lesiones focales de contenido hemático siendo la mayor de 25 mm a nivel occipital derecho con edema vasogénico circundante y las otras tres más pequeñas de 10 mm, una occipital derecha y las otras dos parietales posteriores izquierdas. Línea media centrada.

Derrame pleural leve bilateral con atelectasia subyacente. Derrame pericárdico moderado. Resolución de las opacidades difusas en vidrio esmerilado. Sutil opacidad parenquimatosa, consolidación en LM.

Hígado con ligero aumento de su tamaño, de forma y densidad normal. Bazo de tamaño normal persistiendo las imágenes hipodensas periféricas. No se visualizan alteraciones en páncreas. Ambos riñones son de forma y posición normal con aumento ya conocido de su tamaño. Líquido en fondo de saco de Douglas. A nivel de la raíz del muslo derecho se observan hematoma difuso en músculo pectíneo con área líquida en su interior de 27 mm. En la raíz del muslo izquierdo se observa hematoma difuso afectando al recto anterior.

#### Evolución en UCO 27-03 al 08-04

Por ACV hemorrágico se realiza interconsulta con Servicio de Neurología y Neurocirugía que contraindican la anticoagulación por 2 semanas y descartan conducta quirúrgica.

Se realiza TAC control de cerebro que no evidencia cambios respecto al previo.

Evoluciona de manera favorable y pasa a Sala de Cardiología para control evolutivo y completar tratamiento antibiótico por EI e iniciar ACO.

Por indicación de neurología, se realiza TAC previo inicio de ACO.

#### Sala de Cardiología 8-04 al 25-04

Neurología permite iniciar ACO

Se realiza ETT control.

#### Ecocardiograma doppler transtorácico

Inadecuada ventana ultrasónica.

Prótesis mecánica de hemidisco en posición aórtica normofuncionante con dos reflujos transprotésicos leves funcionales. Ventrículo izquierdo con grosor parietal normal y función sistólica global conservada. Alteración posquirúrgica de la motilidad septal.

Aurícula izquierda no dilatada. Cavidad ventricular derecha de dimensiones normales. TAPSE de 10mm. Aurícula derecha no dilatada.

Válvulas auriculoventriculares sin cambios morfológicamente detectables.

No se observa derrame pericárdico.

⊙ Por buena evolución con RIN en rango adecuado se decide alta hospitalaria.

## Medicación al alta

- ⊙ Carvedilol 12,5 mg cadq 12 hs
- ⊙ Amlodipina 5 mg día/día VO
- ⊙ Acenocumarol 2 mg/día VO a las 18 hs
- ⊙ Anemidox ferrum 1 comp. cada 12 hs.

## Laboratorios

Determinación	6/2/18 (ingreso)	16/3/18 (pre taponamiento)	17/3/18 (post taponamiento)
Hematocrito(%) / Hemoglobina (mg/dl) Leucocitos (cel/mm3) Plaquetas (cel/mm3)	37-13-6900-230	26-8,2-23500-304	17-5,7-27100-183
Glucosa (cel/mm3) / HbA1c %	102 – 7,8	147	138
Urea / Creatinina (mg/dl)	15-44	26-1,59	44,-2,04
Na / K / Cl (mmol/l)	135-3,53-101	138-4-99	137-4-101
BT / BD / GOT / GPT (mg/dl- mg/d- mg/d U/L- U/L)	0,38-0,18-42-18	0,87-0,17-178-34	1,54-1,29-3472-690
Col tot, prot tot, alb, TG (mg/dl-g/dl-g/dl)	147 – 6,9 – 2,8 – 152	-----	-----
TP / Kpff / Rin (%-seg-RIN)	99-35-0,96	33-59-2,18	6,5-137-14
EAB- acido láctico	7,42-29-81-18-1-96 /12	7,42-36-76-24-0,2-95 / 9	7,22-42-121-17/-9,6-97/ FR
Chagas – VDRL – VHA - VHB – VHC -	No reactivo	-----	-----
TSH	3,49	-----	-----

