



ATENEO CLÍNICO

Florencia Anzivino
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. Cosme Argerich

Paciente: D. F.

Sexo: Masculino

Edad: 39 años

Fecha de internación: 26/07/2014

Fecha de egreso: 19/08/2014

MOTIVO DE INTERNACIÓN

Síndrome febril prolongado.

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que consulta a guardia externa de clínica AMEBPBA por presentar cuadro de astenia y adinamia de tres meses de evolución, asociado a disnea ante mínimos esfuerzos en las últimas 3 semanas. A su ingreso se evidencia paciente hipotenso, con adecuada respuesta a fluidos, taquicárdico y febril.

Se toman hemocultivos (x2) e inicia tratamiento antibiótico empírico endovenoso con Gentamicina + Ampicilina. Se realiza TAC de tórax sin hallazgos patológicos. Se decide su internación en Servicio de Clínica Médica de dicho centro.

Evoluciona febril persistente, presentando luego de 24 hs shock séptico asociado a crepitantes hasta campos medios y mala mecánica ventilatoria, requiriendo IOT, conexión a ARM, inotrópicos y vasopresores.

Pasa a Shock Room, donde se realiza ETE que evidencia vegetación de 13 x 5 mm en válvula aórtica asociado a insuficiencia severa. Se interpreta el cuadro como endocarditis infecciosa complicada, por lo que se deriva a Unidad Coronaria del Sanatorio Anchorena para eventual tratamiento quirúrgico.

ANTECEDENTES

Antecedentes de enfermedad actual:

- Marzo-Abril 2014: Presenta cuadro de faringitis por lo que se indicó tratamiento antibiótico ambulatorio en 2 oportunidades con cumplimiento incompleto.
- Mayo 2014: Evoluciona con astenia y adinamia asociado a fiebre vespertina, mialgias generalizadas y tos no productiva. Se indica tratamiento antibiótico empírico con

Levofloxacin via oral por siete días, interpretándose el cuadro como neumonía adquirida en la comunidad.

- Junio 2014: Continúa con registros subfebriles vespertinos.

Factores de riesgo cardiovascular:

- No presenta.

Otros antecedentes:

- No presenta.

EXAMEN FÍSICO INGRESO A UCO, SANATORIO ANCHORENA:

TA 110/70 mmHg	FC 106 lpm	FR 16 cpm (ARM)	T 36 C°	Dopamina 5 gamma/Kg/min
----------------	------------	-----------------	---------	-------------------------

Cardiovascular:

Regular perfusión periférica, ingurgitación yugular 2/3 sin colapso. Pulsos regulares y simétricos. Choque de la punta 4to EIC LMC, R1 normofonético, R2 hipofonético, R3 presente, sin R4. Soplo protodiastólico paraesternal izquierdo 3/6.

Respiratorio:

En ARM, adaptado, buena entrada de aire bilateral, rales crepitantes bilaterales hasta campo medio.

Abdomen:

Blando, depresible, RHA presentes. Se palpa esplenomegalia.

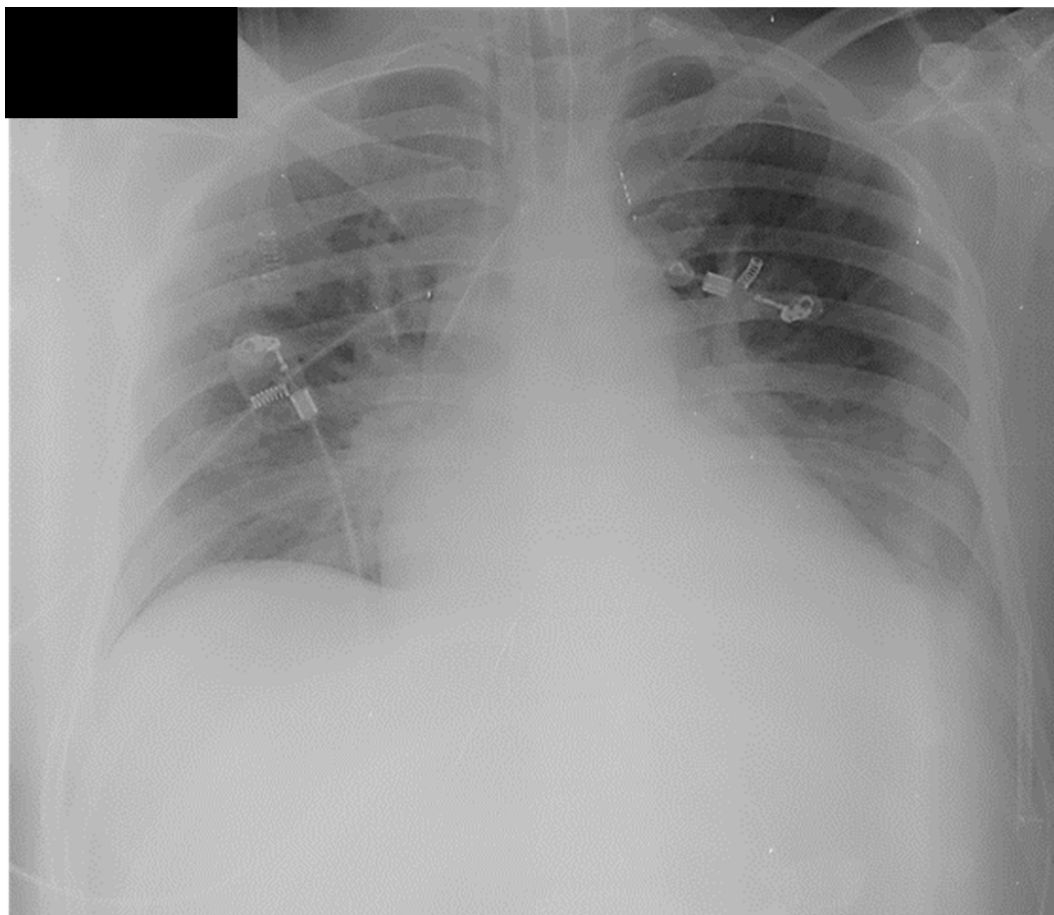
Neurológico:

Sedoanalgesia RASS -4. Pupilas isocóricas reactivas, sin foco motor ni meníngeo.

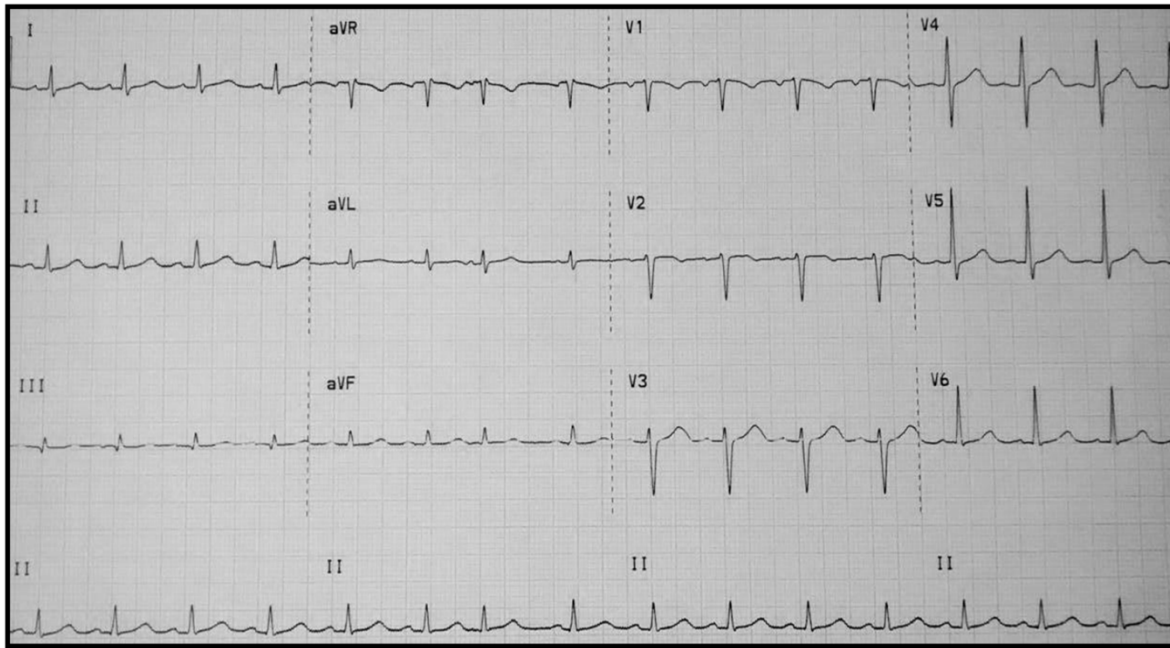
Piel y TCS:

Sin edemas periféricos. Relleno capilar enlentecido.

RX DE TÓRAX INGRESO A UCO



ECG INGRESO UCO



ECOCARDIOGRAMA 26/07/2014

DDVI (mm)	SIV (mm)	PP (mm)	AI (cm ²)	Raíz Aórtica	Válvula Aórtica	Veloc m/seg	Grad pico / medio	Insuficiencia
60	11.7	8.2	17.3	37.2 mm		2.15	18.6 / 10.8	+++/3

Ventrículo izquierdo levemente dilatado, con hipertrofia septal.

Aurícula izquierda no dilatada.

Función sistólica del VI conservada.

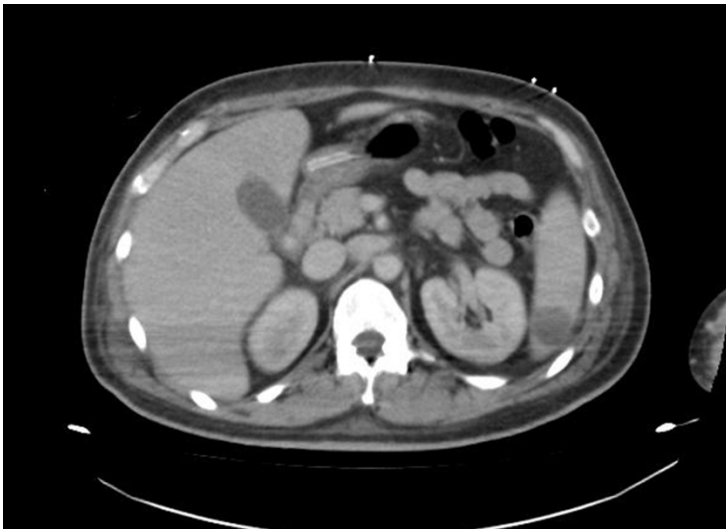
Raíz aórtica normal. Válvula aórtica con imagen hiperecoica de 11x6mm en valva no coronariana.

TSVI con velocidades aumentadas con Insuficiencia aórtica moderada a severa.

EVOLUCIÓN INMEDIATA

Por diagnóstico de endocarditis infecciosa se decide realizar hemocultivos (x3) y AngioTAC de cerebro, tórax, abdomen y pelvis en búsqueda de complicaciones asociadas.

TAC CEREBRO, TÓRAX, ABDOMEN Y PELVIS 26/07/2014



INFORME:

Cerebro: Sin hallazgo patológicos. Angiografía sin alteraciones.

Tórax: Sin hallazgos patológicos.

Abdomen y pelvis: Hígado sin alteraciones. Bazo aumentado de tamaño, con dos imágenes redondeadas hipodensas sin realce con contraste. Una anterior de 34mm y otra posterior de 23mm, compatibles con absceso. Imagen triangular en base externa de 15mm, compatible con infarto esplénico. Pelvis sin particularidades.

Columna: Discopatía L5-S1 con calcificación de anillo fibroso y hernia de Schmorl en S1. Sin otras imágenes agregadas.

EVOLUCIÓN UCO 27/07 AL 09/08

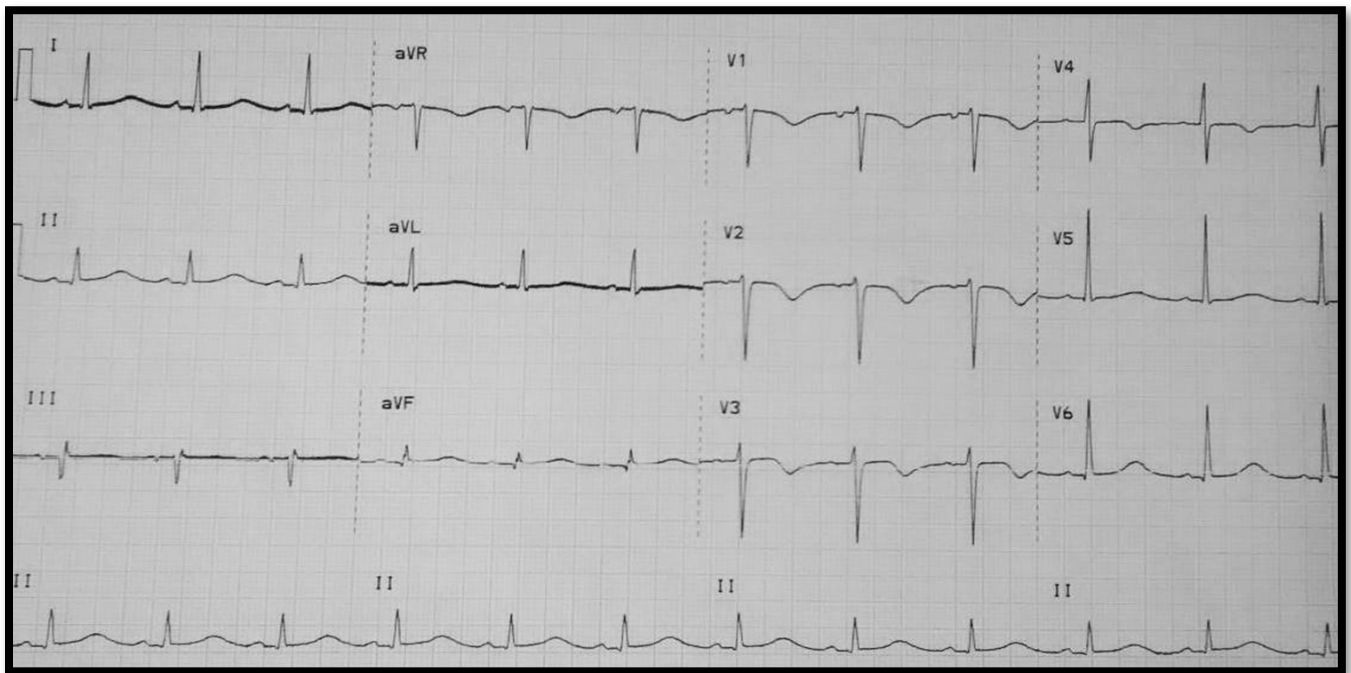
- Se recibe resultado de Hemocultivos 3/3 positivos para *Streptococcus viridans* subtipo mitis. Se ajusta antibioticoterapia acorde a sensibilidad a Ceftriaxona + Gentamicina.
- 28/07: Evoluciona con mejoría del estado hemodinámico sin requerimientos de vasopresores por lo que se realiza weaning que resulta exitoso. Persiste con signos de insuficiencia cardíaca (Rales crepitantes bibasales, R3, IY 2/3 sin colapso) y requerimiento de oxigenoterapia. Se realizan Hemocultivos control (x3) que resultan negativos.
- 31/07: Por presencia de absceso esplénico se decide realizar esplenectomía, sin complicaciones, con cultivo de material que resulta positivo para *Streptococcus viridans*.
- Realiza balance negativo forzado con diuréticos endovenosos, con mejoría progresiva de sintomatología, permaneciendo afebril.

- 06/08: Se realiza reemplazo valvular aórtico con prótesis mecánica St Jude Regent N° 21, CEC 83 min, sin complicaciones. Se observa destrucción de la valva no coronariana, sin absceso del anillo aórtico. Se envía material a cultivo que resulta positivo para Streptococcus viridans.
- Ingres a UCO en POP inmediato, en ARM, adaptado, sin requerimiento de drogas vasoactivas. Por buena evolución se realiza weaning en las 12 horas posteriores que resulta exitoso.
- En cuarto día de POP presenta PCR en contexto de TV/FV, se realiza RCP por 5 minutos con CVE (360 Joules). En las 72 horas posteriores al PCR evoluciona sin requerimiento de drogas vasoactivas, sin arritmia en el monitoreo.
- Laboratorio Post PCR sin alteraciones del medio interno.
- En conjunto con Servicio de Infectología y Electrofisiología se interpreta como posible causa desencadenante injuria catecolaminérgica secundaria a acontecimiento estresante versus prolongación del intervalo QT secundario al tratamiento antibiótico con Ceftriaxona. Se rota tratamiento a Ampicilina Sulbactam.

ECG PCR 09/08/2014



ECG POST PCR



ECOCARDIOGRAMA POST PCR 09/08/2014

DDVI (mm) 58	SIV (mm) 8	PP (mm) 8	AI (cm ²) 18.8	DDVD (mm) 28	Raíz Aorta 36 (mm)
--------------	------------	-----------	----------------------------	--------------	--------------------

Ventrículo izquierdo dilatado con deterioro severo de la función sistólica secundaria a hipoquinesia global. Patrón de llenado tipo relajación prolongada.

Ventrículo derecho no dilatado con hipoquinesia global, con función severamente deprimida. TAPSE 9 mm.

Válvula aórtica protésica normofuncionante.

Insuficiencia tricuspídea leve. PSAP 23.4 mmHg.

EVOLUCIÓN 10/08 al 19/08

- Paciente evoluciona hemodinámicamente estable, afebril, sin signos y síntomas de insuficiencia cardíaca. Inicia anticoagulación vía oral.
- El 15/08 se realiza nuevo ecocardiograma que informa:

Ventrículo izquierdo con deterioro leve de la función sistólica, prótesis valvular aórtica normofuncionante.
- El 16/08 por buena evolución se decide su pase a Sala de Cardiología.
- El 17/08 se realiza Holter de 24 hs que no evidencia arritmias.
- El 19/08 se otorga alta sanatorial con tratamiento antibiótico con Minociclina + Amoxicilina vía oral.

L A B O R A T O R I O

	25/07 AMEBPBA	26/07 Ingreso	06/08 PostQx	09/08 Post PCR	12/08	18/08
Hematocrito	30	27.7	32	33	34	33
Leucocitos	14.700	11.600	12.000	35.000	10.900	8.700
Plaquetas	355.000	290.000	549.000	579.000	358.000	359.000
Ionograma	139/3.9/98	140/4.5/ 98	141/4.1/100	135/4/95	140/4.2/99	140/4.3/100
Glucosa	95	102	112	98	89	108
Urea	20	15	33	35	32	28
Creat	0.5	0.7	0.7	0.7	0.68	0.65
TP	89	72	45	40	38	26
KPTT	32	44	60	63	60	70
RIN	1.1				2.7	3.2
Calcio Iónico		1.14	1.23	1.12	1.20	1.15
Mg/P			2.1 /3	2.2/3.1		
Hepatograma		0.7/0.4/17/34/93				
ERS: 40 mm/h PCR: 15 mg/L FR: +						