



ATENEO ANÁTOMO- PATOLÓGICO

Florencia Anzivino
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. Cosme Argerich
10/12/2014

Paciente: B. E.

Sexo: Masculino

Edad: 23 años

Fecha de internación: 30/09/2014

Fecha de óbito: 02/10/2014

MOTIVO DE INTERNACIÓN:

Disnea, aumento del diámetro de miembros inferiores y vómitos.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente con diagnóstico de distrofia muscular de Becker, postrado crónico, que refiere comenzar con cuadro de náuseas y vómitos, edema de miembros inferiores y disnea de reposo de 10 días de evolución.

Consulta a médico de cabecera quien decide su derivación a Hospital Argerich para estabilización inicial y evaluación por servicio de Trasplante cardíaco.

A su ingreso a Guardia Externa se constata paciente con signos y síntomas de insuficiencia cardíaca descompensada, por lo que se decide su internación en UCO para control evolutivo y tratamiento.

ANTECEDENTES

Antecedentes de enfermedad actual:

- Distrofia muscular de Becker. Diagnóstico a los 10 años de edad (biopsia muscular), con pérdida de la deambulación a los 18 años. Sin seguimiento ni tratamiento por dicha patología.
- Miocardiopatía dilatada. Diagnóstico en abril del 2014 en Hospital Ramos Mejía.
- Múltiples internaciones por Insuficiencia cardíaca descompensada, sin requerimiento de inotrópicos. Última internación el 09 de Septiembre 2014.

Factores de riesgo cardiovascular:

- No presenta.

Otros antecedentes:

- Alergia a Penicilina.

ECOCARDIOGRAMA 10/09/14: HOSPITAL RAMOS MEJÍA

DDVI (mm) 68	DSVI(mm) 40	SIV (cm) 0.6	PP (cm) 0.6	AI (cm ²) 24
--------------	-------------	--------------	-------------	--------------------------

- Ventrículo izquierdo moderadamente dilatado con espesores parietales conservados.
- Función sistólica del VI severamente deprimida, FEY 18%.
- Hipoquinesia difusa, marcada a nivel inferior.
- Válvula aórtica con apertura conservada, con flujos transvalvulares reducidos por bajo gasto cardíaco.
- Dilatación del VD con función sistólica deprimida, TAPSE 10 mm.
- Insuficiencia Mitral leve a moderada.
- Insuficiencia Tricuspídea leve. PSAP 58 mmHg.
- Insuficiencia pulmonar leve. PDAP 22 mmHg.
- No se observan imágenes compatibles con masas intracavitarias.
- Derrame pericárdico leve.

- VCI levemente dilatada con colapso inspiratorio.

LABORATORIO: HOSPITAL RAMOS MEJÍA

	14/09/2014
Hematocrito	46
Leucocitos	7300
Plaquetas	178000
Glucosa	110
Urea	26
Creatinina	0.36
TP	49
KPTT	27
RIN	1.68
Hepatograma	6.9/4.8/58/121

EXAMEN FÍSICO INGRESO A UCO

TA 107/74 mmHg	FC 110 Lpm	FR 20 Cpm	Sat 96% Fio2 0,5	T 36° C
----------------	------------	-----------	------------------	---------

Impresión general:

- Mal estado general, desnutrición crónica, hipotrofia generalizada.

Cardiovascular:

- Mala perfusión periférica, ingurgitación yugular 3/3 sin colapso. Pulsos presentes, débiles, regulares y simétricos. Choque de la punta 5to EIC LAA, R1 y R2 presentes en cuatro focos normofonéticos, R3 presente, sin R4. Silencios libres.

Respiratorio:

- Regular mecánica ventilatoria a expensas de taquipnea, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.

Abdomen:

- Excavado, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho, hepatomegalia 4 cm por debajo del reborde costal. RHA presentes.

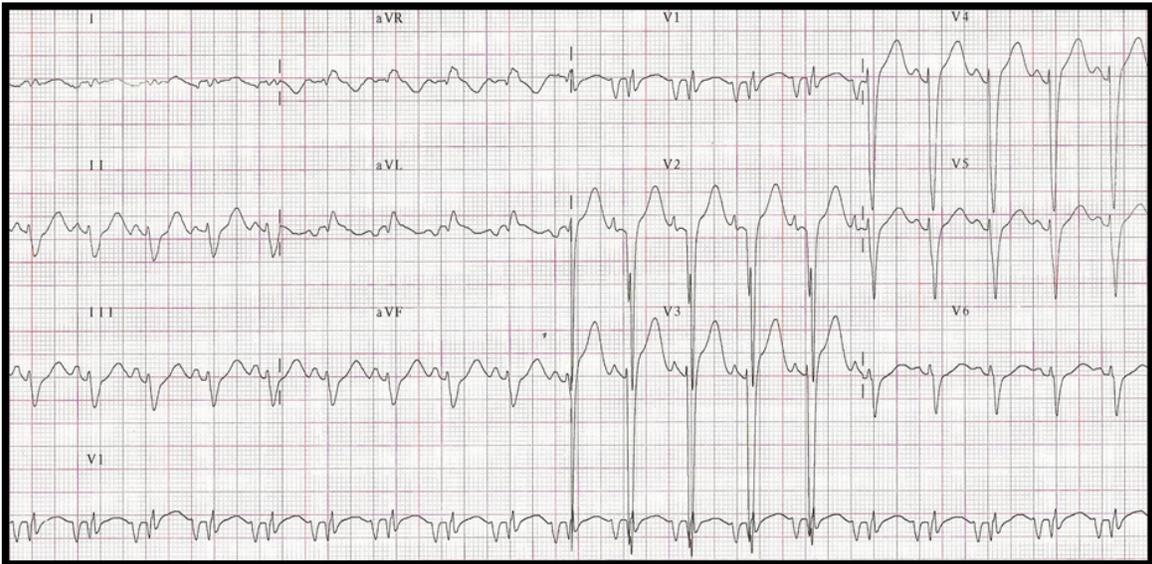
Neurológico:

- Vigil, lúcido, hipotonía con pérdida de la fuerza muscular en miembros superiores. Hipotonía muscular en miembros inferiores con arreflexia patelar y aquileana bilateral. Parálisis de miembros inferiores.

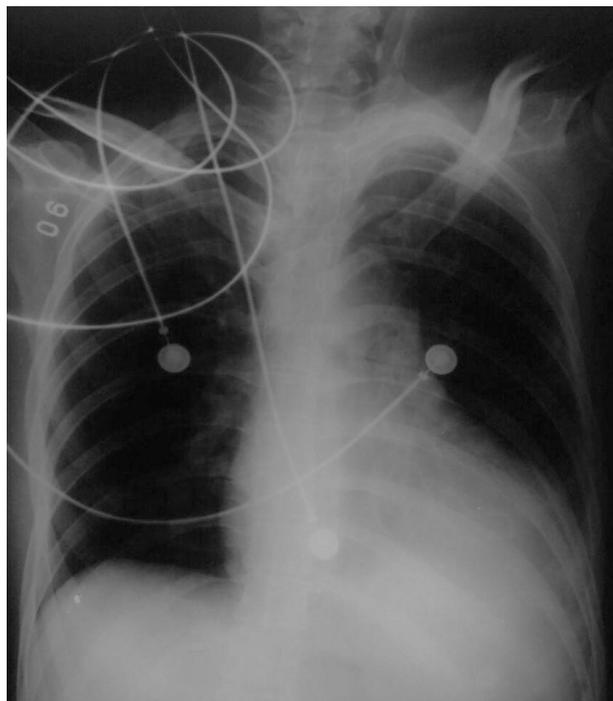
Piel y TCS:

- Ictericia generalizada. Frialdad de miembros inferiores, livideces y acrocianosis. Edema perimaleolar 2/6 bilateral y simétrico.

ECG INGRESO A UCO



RX DE TÓRAX INGRESO A UCO



Evolución Inmediata

- Por signos de bajo gasto, se inicia infusión de Dobutamina a 5 gamma/kg/min y diuréticos endovenosos con adecuada respuesta.
- Por coagulopatía asociada (RIN 3.9) se realiza transfusión de 2 U PFC para colocación de acceso venoso central.

Evolución 01/10

- Evoluciona favorablemente, hemodinámicamente compensado, con descenso progresivo de drogas inotrópicas hasta la suspensión de las mismas.
- Se solicita interconsulta con Servicio de Trasplante Cardíaco para evaluación, indicándose examen funcional respiratorio para evaluar compromiso por enfermedad de base.

Evolución 02/10

- Hemodinámicamente estable, con ritmo diurético conservado, sin requerimiento de drogas vasoactivas.
- Intercurre con rash pruriginoso asociado a edema bpalpebral y semimucosa labial, con mejoría tras administración de hidrocortisona EV. Se realiza interconsulta con servicio de Dermatología quienes interpretan el cuadro como urticaria + angioedema por lo que se indica tratamiento antihistamínico EV por 72hs.
- Se realiza ecocardiograma.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO (02/10/2014)

D D V I (m m) 65	DSVI(mm) 57	S I V (c m) 0.7	P P (c m) 0.5	A I (c m ²) 23	A D (c m ²) 9	R a i z Aórtica 2.8 (cm)	FAC (%) 12
--------------------------	----------------	-------------------------	-----------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	---------------

- Ventrículo izquierdo moderadamente dilatado. Deterioro severo de la función sistólica global. Se observa imagen compatible con trombo esférico de aprox. 12mm de diámetro en la región latero-apical.
- Se observa hipertrabeculado con flujo en su interior compatible con área no compactada (NC/C: 4.4/1). Flujo continuo a nivel del área no compactada hacia la cavidad ventricular compatible con fístula coronaria.
- Patrón de llenado de tipo restrictivo.
- Ventrículo derecho con deterioro severo de la función sistólica. En la región apical se observa imagen compatible con trombo fresco y móvil de 30 x 13mm.
- Dilatación leve biauricular.
- Válvulas AV y aórtica sin cambios morfológicos.
- Derrame pericárdico leve.

Evolución 02/10

A las 14.30 hs. el paciente intercorre con disnea súbita, asociado a náuseas y deterioro del sensorio.

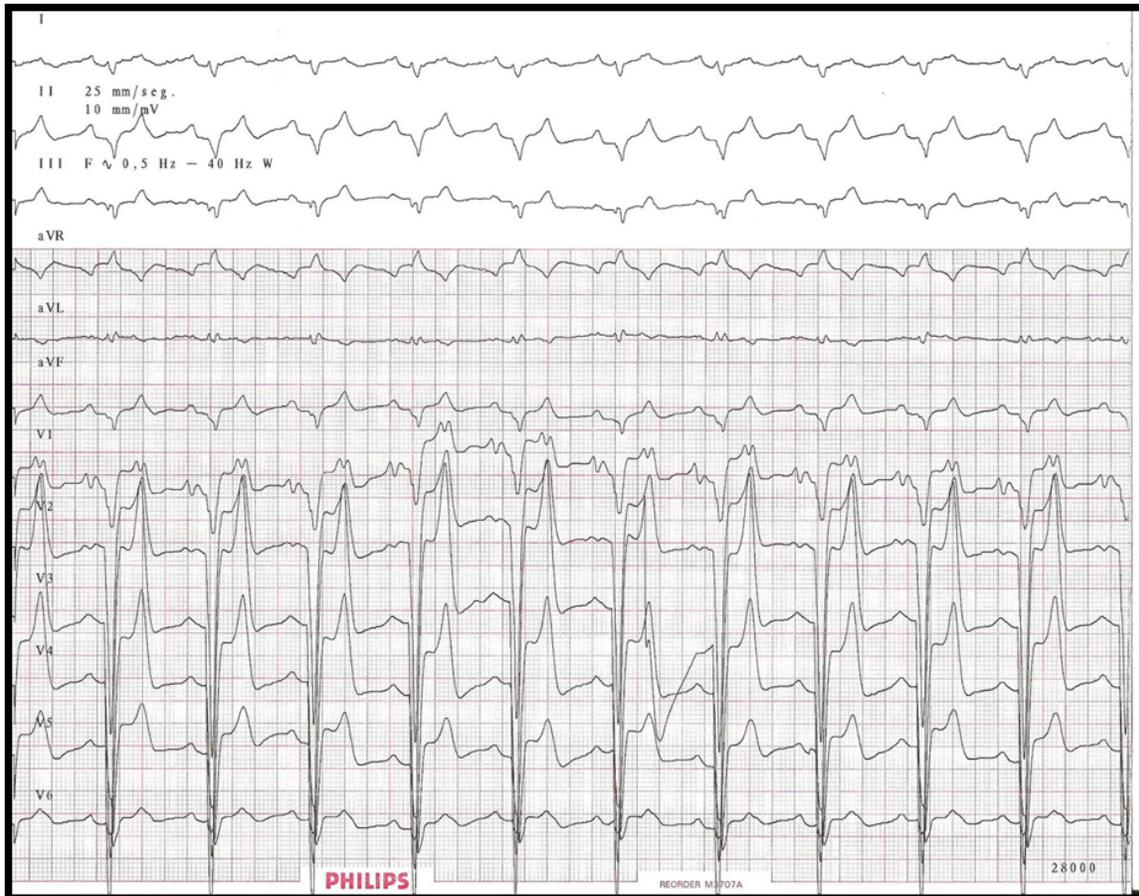
Al examen físico paciente taquicárdico, con signos de mala perfusión periférica y desaturación 85%, con requerimiento de oxígeno suplementario.

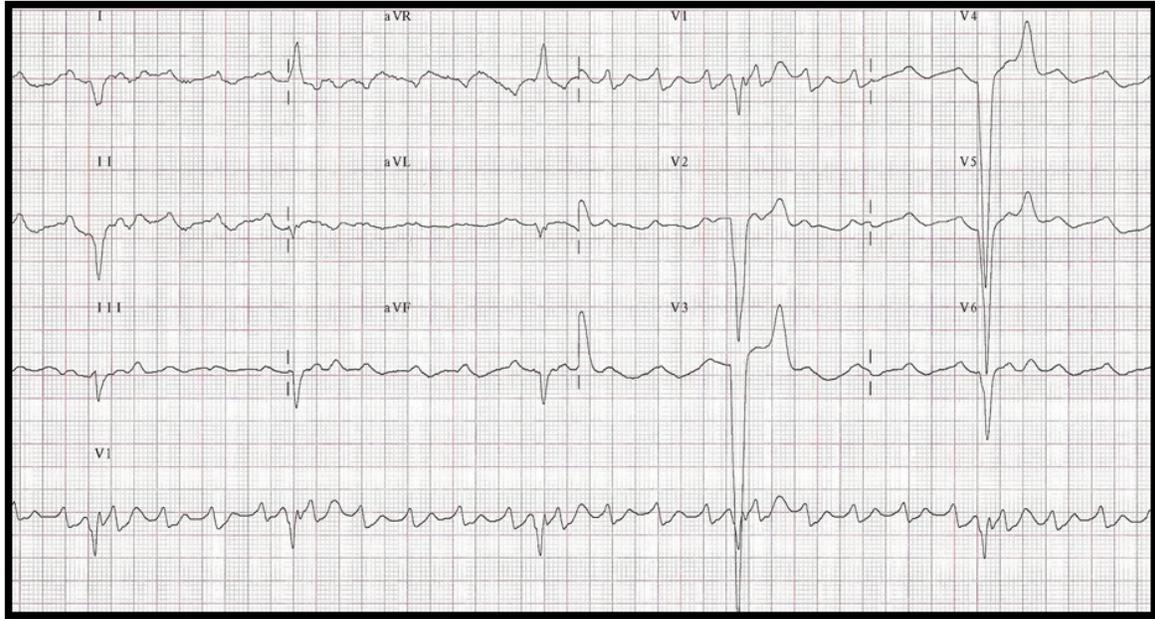
Se interpreta el cuadro como insuficiencia cardíaca aguda, anterógrada.

Previo al inicio de inotrópicos, presenta PCR en contexto de TV/FV, se realizan maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada con CVE (3600 Joules) no exitosas.

Se constata óbito a las 16hs.

ECG





LABORATORIO

	14/09 (Previo)	30/09	01/10	02/10	02/10 pre PCR
Hematocrito	46	52	47	53	
Leucocitos	7300	9.500	10.100	9.700	
Plaquetas	178000	186.000	171.000	133.000	
Glucosa	110	38	99	176	
Urea	26	78	61	36	
Creat	0.36	0.70	0.50	0.31	
TP	49	18	30	30	
KPTT	27	32	30	43	
RIN	1.68	3.90	2.51	2.54	
Hepatograma	6.9/4.8/58/121	12/9.4/201/125	13/9.20/205/120	11.5/7.45/128/98	
Albúmina			3.8	2.9	
Ionograma		133/3.36/94	138/2.36/88	132/1.84/86	133/3.91/86
Mg/P			1.9/3.1		
Lactato			30		71
SVC			86%	82%	
CK/ CK-MB: 2755/53 Fibrinógeno: 258 mg/dl. Factor V: 36% (VN 70-120)					