



ATENEO ANATOMO-PATOLÓGICO

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

Juan Pablo Lestard

30/07/2014

PACIENTE: E.F.
Fecha de ingreso: 05/11/2008

SEXO: Masculino

EDAD: 41 años

Fecha de alta hospitalaria: 03/12/08

MOTIVO DE CONSULTA:

Operativo de trasplante cardíaco

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente con diagnóstico de miocardiopatía dilatada por déficit de compactación, con compromiso biventricular, ingresa a este hospital a las 06hs AM para realización de trasplante cardíaco electivo, previa toma de hemocultivos y urocultivo.

ANTECEDENTES PERSONALES

FACTORES DE RIESGO CORONARIO:

Tabaquismo 23 paquetes/año

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL

Miocardiopatía no compactada diagnosticada en 2006, en Junin (provincia de Buenos Aires), en contexto de internación por NAC.

Insuficiencia Cardíaca CF-I

SEROLOGÍAS: *HbsAg (-) AntiHbsAg (-) Anticore (-) HCV (-) HIV (-) CMV (+), VDRL (-), Toxo (-), PPD (-), Chagas (-)*

ANTECEDENTES PERSONALES:

Peso: 66kg

Talla: 174 cm

P. axilar: 97 cm

P. xifoideo: 87 cm

Ocupación: repartidor de bebidas.

MEDICACIÓN HABITUAL:

Carvedilol 6,25 mg / 12hs

Furosemina 40mg / día

Enalapril 5 mg / día

Acenocumarol según cartilla

Ranitidina 300mg / día

Espironolactona 25 mg/día

ECOCARDIOGRAMA 08/04/08

DDVI:60	DSVI:	FAC:	SVI: 14	PP:7	Al: 4,25cm	Ao: 2,7cm
---------	-------	------	---------	------	------------	-----------

- VI leve a moderadamente dilatado con una relación de pared compactada / no compactada de 1/3 en todas sus paredes compatibles con miocardiopatía esponjiforme.
- Hipoquinesia global, con deterioro severo de la función sistólica.
- Al levemente dilatada.
- Cavidades derechas no dilatadas. No puede establecerse con seguridad el compromiso de la pared del VD.
- Patrón de llenado del VI de tipo relajación prolongada.
- VCI no dilatada con colapso inspiratorio mayor al 50%.
- No se observa derrame pericárdico.

DATOS DE DONANTE

Masculino

P. xifoideo: 82 cm

19 años

Serologías: negativo

Concepción del Uruguay

Tiempo de isquemia: 4hs

Causa de fallecimiento: ACV

Peso: 65kg

Talla: 1,72mts P axilar: 72 cm

EVOLUCIÓN – UTI POST TRASPLANTE: 05/11/08

	4/11/08
HCTO	48
GB	17300
PLAQUETAS	311000
GLUCOSA	327
UREA	38
CREAT	1,4
Na+	150
K+	3,7
Cl	109
Colesterol	140
BT/BD	0,8/0,1
GOT/GPT	27/19

TA: 92/65mmHg	FC:145 lpm	FR: 18 cpm (ARM)	T: 37,5°C	Sat: 99% (0.5)
---------------	------------	------------------	-----------	----------------

Paciente que ingresa en POP de trasplante cardíaco con tiempos de CEC de 362' y CAO de 282', intubado, bajo sedoanalgesia, con requerimientos de vasopresores e isoprotenerol.

Se interpreta el cuadro como patrón vasopléjico / hipovolémico, indicándose coloides, con buena respuesta.

El día 6/11 se realiza extubación exitosa.

Evoluciona hemodinámicamente estable, sin requerimientos de inotrópicos se progresa medicación a VO.

Intercurre el día 14/11 con hemo neumotórax por lo que se coloca TAP.

Se retira TAP el día 17/11 sin complicaciones.

EVOLUCIÓN EN SALA DE INTERNACIÓN

El día 27/11 se decide su pase a sala de internación.

Se realiza ecocardiograma donde informa FSVI conservada con grosor y diámetros normales.

Evoluciona el resto de su internación sin complicaciones.

Se realizan biopsias endomiocárdicas seriadas, sin signos de rechazo.

El día 10/12/08 se otorga alta hospitalaria con control ambulatorio con servicio de Trasplante Cardíaco.

TRATAMIENTO AL ALTA

Ciclosporina 25 mg c/12hs

Certican (Everolimus) 0,75mg c / 12hs

Holomagnesio 1 comp / 12hs

Calcitriol 1 comp / d

Omeprazol 20mg / d

Rosuvastatina 10 mg / d

Ibandrodato 150 mg 1 comp / mes

Losartán 100mg / día

Seguimiento ambulatorio.

Última consulta: 14/04/2014

Hemodinámicamente estable, sin signos de insuficiencia cardíaca.

Mismo esquema terapéutico.