



Ateneo

Anatomopatológico

Dra. Carolina Reynoso
Hospital Dr. Cosme Argerich
14/08/2019

Paciente C.C	Edad 87 años
Sexo Masculino	Fecha de ingreso: 02-07-17 Fecha de Óbito: 13-07-17

Motivo de internación: Disnea.

Enfermedad Actual:

Paciente presenta disnea progresiva de CF II a III/IV y ortopnea de un mes de evolución asociado a tos productiva con expectoración mucopurulenta y registros febriles con escalofríos, por lo que el 26/06 consulta a Hospital Ferrer.

Se interpreta neumonía adquirida de la comunidad iniciando tratamiento antibiótico.

Por persistencia sintomática concurre a guardia de este hospital, constatándose signos de sobrecarga hídrica e interpretándose insuficiencia cardiaca descompensada secundaria a NAC, por lo que se decide internación en sala de Cardiología para diagnóstico y tratamiento.

Antecedentes

- Factores de riesgo cardiovascular:

Hipertensión arterial.

Ex tabaquista (20 paquetes/año)

Sedentario.

Antecedentes de enfermedad actual:

Cardiológicos

- Fibrilación auricular no anticoagulada
- Internación por edema agudo de pulmón en 2016.

No cardiológicos

- Asma Bronquial

- Prostatectomía radical, no recuerda causa ni año en que se realizó.
- Lumbociatalgia invalidante de 1 año de evolución.

Medicación habitual

- Aspirina 100 mg/ día
- Enalapril 10 mg/día
- Salmeterol 50 mcg/ Propionato de fluticasona 100 mcg

Estudios complementarios previos – Ecocardiograma doppler 14/11/2016

DDVI: 61 mm SIV: 15 mm PP: 13 mm

Función sistólica del VI y del VD conservada. Fey 64%

Hipertrofia moderada del VI a predominio apical con hipoquinesia de segmentos apicales. Patrón de relajación prolongada.

EXAMEN FISICO DE INGRESO A SALA DE CARDIOLOGIA 2-07-2017

TA	FC	FR	T°	Sat O2	Peso	Alt	IMC
160/100 mmHg	101 lpm	22 cpm	37.1	94% 0.21	71 kg	1.67 mts	25.3

Cardiovascular: Buena perfusión periférica, ingurgitación yugular 2/3 con colapso inspiratorio. Reflujo hepatoyugular presente. Se palpa choque de punta en 4 EIC LAA. Pulsos periféricos presentes y simétricos. R1 y R2 en 4 focos, R3 presente, sin soplos.

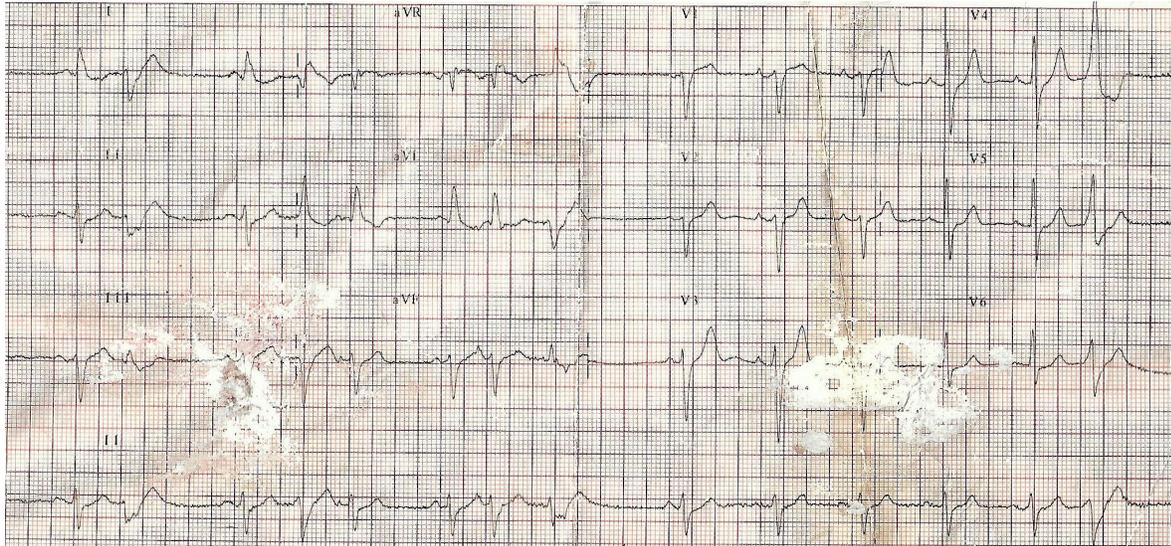
Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, con sibilancias espiratorias en ambos campos pulmonares y crepitantes bibasales.

Abdomen: Blando, depresible, globoso, se palpa borde hepático 3 cm por debajo del reborde costal, doloroso. Matidez hasta línea umbilical. RHA presentes y disminuidos.

Neurológico: bradipsiquia, sin signos de foco motor ni sensitivo.

Piel y partes blandas: Edema de miembros inferiores 5/6, desde raíz de muslos. Mal estado general, postrado crónico por lumbociatalgia invalidante por dolor, extremidades adelgazadas.

Electrocardiograma



Evolución en Sala de Cardiología del 2-07 al 13-07

- Se realizan HMC x2 , se toma muestra de esputo, y se inicia antibioticoterapia empírica con piperacilina-tazobactam, iniciando paralelamente diuréticos endovenosos para balance negativo.
- Se realiza serología de Chagas-Mazza que resulta positiva, y ecocardiograma transtorácico.

Ecocardiograma transtorácico del 3-07

DDVI: 56 mm DSVI: 43 mm SIV: 12 mm PP: 12 mm

- Fey 23%. Hipoquinesia global. Tiempo de desaceleración de 52 mseg.
- Válvulas morfológicamente normales. Cavidades derechas de dimensiones normales

- Persiste con mala mecánica ventilatoria, desaturación (SatO₂: 90% al 0,5%) y respuesta errática al tratamiento diurético.
- Evoluciona con episodios de dolor lumbar de intensidad 10/10 y por sospecha de secundarismo ante antecedente de prostatectomía radical, se realiza Pan TAC.

Tomografía

- Signos de enfisema panlobulillar. Opacidades de aspecto consolidativo a nivel del segmento apico posterior del LSI, LSD y LID de localización subpleural.
- Quistes renales simples. Estrechamiento de los espacios discales L1, L2, L3, L4, L5 y de L5 a S1 de aspecto degenerativo crónico. Resto de imágenes evaluadas sin alteraciones.

Evolución en Sala de Cardiología del 2-07 al 13-07

- El día 6/7 presenta episodio de melena y vómitos en borra de café asociado a hematuria macroscópica e hipotensión (60/40 mmHg). Es evaluado por Cirugía General quienes realizan lavado gástrico y tacto rectal, constándose hemorragia digestiva alta.
- Se suspende AAS, se indica omeprazol EV y sonda nasogástrica a descarga, no realizando endoscopia por mal estado general del paciente y negativa por parte del paciente a dicho procedimiento.
- Se plantea posibilidad de ingreso a UCO ante la eventual necesidad de soporte vasoactivo y ventilatorio, la cual es rechazada por el paciente y familiares, por lo que se decide manejo en sala de Cardiología.
- Evoluciona con deterioro del sensorio, mala mecánica ventilatoria con crepitantes hasta campo medio, desaturación 90% con FIO₂ 0.5, disminución del ritmo diurético.
- El día 13/07 presenta paro cardiorrespiratorio en ritmo de asistolia, con posterior óbito a las 9.50 am.

Medicación

- Piperacilina-tazobactam 4.5 gr cada 6 hs EV +7
- Claritromicina 500 mg cada 12 hs EV +6
- Oseltamivir 75 mg/ día EV +5
- Furosemida 2 ampollas cada 8 hs EV
- Espironolactona 25 mg /día VO
- Morfina 40mg en 250 ml de dx 5% por BIC
- Morfina rescate 1 ampollas diluida en 10 ml (pasar 2 cc) si dolor
- Ketorolac 3 ampollas en 250 ml de dx 5% por BIC

Laboratorios

Determinación	02-07-17	06-07-17	11-07-17
Hto(%)	53	41	38
GB(/mm3)/ %linfoc	23000	15000	10900
Plaquetas(mm3)	210000	185000	259000
Glucemia	75	139	71
Urea	129	58	44
Creatinina(mg/dl)	1.62	0.95	0.91
Tp/Kptt/RIN	88/25/1	66/42/1.24	75/23/1.1
Bt/Bd(mg/dl)	0.38/0.13	0.85/-	0.79/0.51
Got/Gpt (U/L)	32/54	31/34	32/32
Lactato (mg/dl)	9	8	14
Na/K/Cl	144/3.69/101	137/2.77/98	138/2.98/96

Serologías

HIV- hepatitis A/B/C
no reactivas
Chagas +

Albumina (gr/dL) 2.9