



ATENEO

ANATOMOPATOLÓGICO

22/04/2015

Karen Maia Waisten

Hospital Dr. Cosme Argerich.

Servicio de Cardiología

Paciente: M.R.
Edad: 55 años

Sexo: masculino

Fecha de ingreso: 03/09/14
Fecha de óbito: 01/10/14

Motivo de Ingreso: Disnea.

Enfermedad Actual:

Paciente consulta el 01/09 a médico de cabecera por presentar progresión de disnea habitual de CF I a CF III asociado a astenia y anorexia, de un mes de evolución. Al examen físico se constatan signos de insuficiencia cardíaca derecha, por lo que se aumenta la dosis de diurético en forma ambulatoria.

Evoluciona con mala respuesta al tratamiento, sin mejoría de los síntomas, por lo que luego de 2 días consulta nuevamente a médico tratante, decidiéndose su internación en Unidad Coronaria para control evolutivo y tratamiento.

Antecedentes

Antecedentes de Enfermedad Actual:

- Miocardopatía dilatada de origen familiar:* diagnosticada en 1994, en seguimiento por Servicio de Trasplante Cardíaco de este hospital.
- Taquicardia ventricular monomorfa no sostenida,* sintomática: Internación en Htal. Ramos Mejía en 2004.
- Colocación de Cardiodesfibrilador implantable (CDI)* en 2004 por prevención primaria, con recambio debido a agotamiento en 2011, donde se le coloca resincronizador más CDI.
- Recambio de CDI-Resincronizador:* Agosto de 2013 por infección del mismo.
- En lista de espera para trasplante cardíaco* de forma electiva, desde julio de 2013.
- Múltiples internaciones por insuficiencia cardíaca descompensada (ICD):* en 2012 con requerimiento de inotrópicos.
- Taquicardia ventricular monomorfa no sostenida,* sintomática, recurrente.

Factores de Riesgo cardiovascular:

- ExTabaquista: 40 cigarrillos por día durante 20 años.
- Dislipemia: tratamiento con atorvastatina.

Estudios Previos

- SPECT (2006): sin evidencia de isquemia.
- Cinecoronariografía (2006): coronarias normales.
- Consumo Máximo de Oxígeno (2007): 14 ml/kg/min.
- Ecodoppler de vasos del cuello, tomografía computada (TC) de tórax y TC de cerebro (2009): normales.
- Videoendoscopia (2010): hernia hiatal y antropatía erosiva.
- Videocolonoscopia (2010): pólipo a 20 cm con displasia epitelial de alto y bajo grado y a 5 cm del margen anal, con displasia epitelial de bajo grado.
- Til test (2010): negativo.
- Serologías HIV, hepatitis B y C, PPD y VDRL: negativo.

Medicación habitual

- Furosemida 80 mg por día, vía oral.
- Bisoprolol 5 mg por día. (suspendido 15 días previos a la internación)
- Enalapril 2,5 mg cada 12 horas.
- Atorvastatina 10 mg por día.
- Espironolactona 25 mg por día.
- Amiodrona 200 mg por día.

Examen físico de ingreso a UCO 03/09/14

TA: 110/63 mmHg **FC:** 114 lpm **FR:** 18 cpm **Sat:** 96% (0,21) **T:** 36°C

Ap. Cardiovascular: Adecuada perfusión periférica, ingurgitación yugular 2/3 con colapso inspiratorio parcial. RHY presente (a 45°). Pulsos presentes, regulares y simétricos, con amplitud conservada. Choque de punta 4º EIC LAA. R1 y R2 presentes en cuatro focos, soplo holosistólico 2/6 en foco mitral.

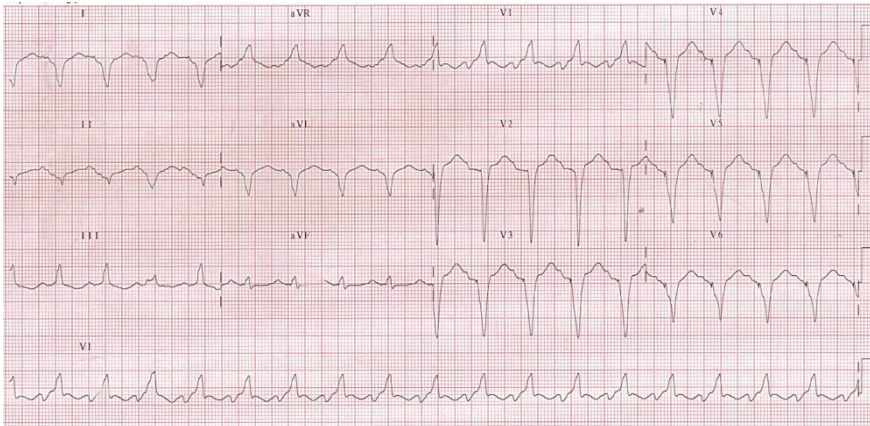
Ap. Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, regular entrada de aire bilateral, crepitantes bibasales.

Abdomen: Blando, depresible, doloroso a nivel del hipocondrio derecho, RHA presentes. No se palpan visceromegalias.

Neurológico: Lúcido, sin foco motor ni sensitivo.

Piel y TCS: Sin edemas periféricos.

ECG de Ingreso a UCO 03/09/14



Evolución UCO 03/09/14 al 15/09/14

Evoluciona con mala respuesta al tratamiento diurético endovenoso, con signos de bajo gasto cardíaco, por lo que se inicia Milrinona en infusión continua.

Presenta múltiples episodios de Taquicardia ventricular (TV) monomorfa sostenida que revierte con marcapaseo antitaquicardia (ATP), realizado por CDI. Se decide infusión de Amiodarona endovenosa.

Evoluciona con TV incesante con ATP permanente, presentando signos de mala perfusión periférica por lo que se adiciona Dobutamina y Furosemida en infusión continua.

Se realiza interconsulta con Servicio de Trasplante cardíaco quienes lo colocan en lista de urgencia para trasplante cardíaco. Dicho Servicio solicita vía de excepción, para colocarlo en lista de emergencia por tormenta eléctrica la cuál fue rechazada.

Se realiza Ecocardiograma transtorácico.

Ecocardiograma transtoracico 04/09/14

DDVI	DSVI	SIV	PP	AI	AD	AO
82 mm	72 mm	7 mm	8 mm	38 cm ²	31 cm ²	34 mm

Hipertrofia excéntrica del Ventrículo izquierdo (VI).

Deterioro severo de la función sistólica. Fey VI menor a 20%. Hipoquinesia global.

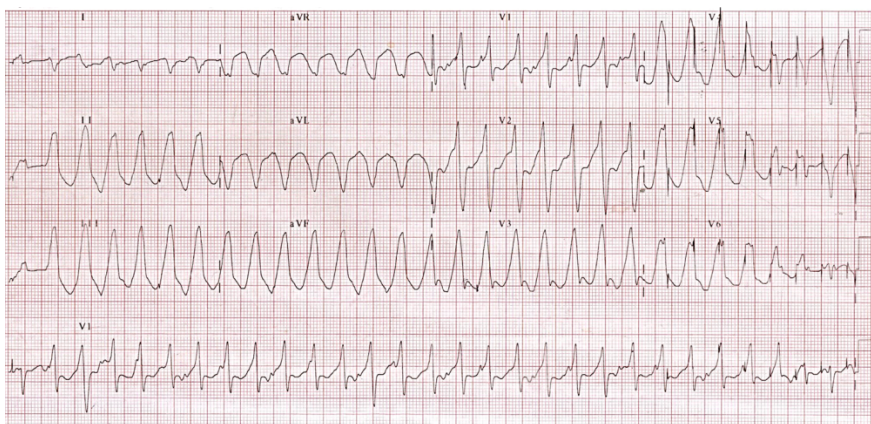
Onda monofásica de llenado ventricular.

Ventrículo derecho de tamaño conservado con función sistólica conservada.

Insuficiencia mitral leve a moderada secundaria a alteración de la geometría ventricular izquierda. ORE 0.21 cm².

Insuficiencia tricuspídea leve que permite estimar la PSAP en 50 mmHg.

ECG 05/09/14



Evolución en UCO 16/09/14 al 25/09/14

Intercurre con sepsis severa a foco endovascular con rescate de stafilococcus aureus meticilino sensible en HC (2/2) y en punta de catéter por lo que realiza tratamiento con Cefalotina endovenoso.

Por persistencia de signos de bajo gasto cardíaco, se indica infusión de Levosimendan.

Por presentar imagen radiológica radiopaca de bordes difusos paracardíaca izquierda, Servicio de Trasplante cardíaco sugiere realizar BAL y TC de tórax para descartar proceso infeccioso y/o neoplásico:

-BAL con toma de muestra para cultivo y citológico: negativos.

-TC de tórax: áreas en vidrio esmerilado en parénquima pulmonar derecho y patrón en empedrado en lóbulo superior e inferior izquierdo, compatible con edema.

Evolución UCO 26/09/14 al 28/09/14

Evoluciona con Shock cardiogénico refractario presentando ortopnea, desaturación, hipoperfusión periférica y oligoanuria.

Se coloca catéter de Swan-Ganz para monitoreo hemodinámico, evidenciando la primer medición shock cardiogénico con disfunción bi-ventricular e hipertensión pulmonar reactiva.

Por cuadro clínico se realiza intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica.

Por no presentar mejoría clínica, se coloca balón de contrapulsación intraórtico para soporte hemodinámico.

Al presentar oligoanuria persistente y signos de sobrecarga, se coloca catéter de cook para eventual hemodiálisis. La misma no se realiza debido a la inestabilidad hemodinámica del paciente.

Evolución UCO 29/09/14 al 01/10/14

Evoluciona con shock mixto (cardiogénico y séptico) con requerimientos de Noradrenalina en infusión continua en dosis crecientes. Se realizan pancultivos y se inicia tratamiento antibiótico empírico con Vancomicina e Imipenem.

Intercurre con neumotórax grado II por lo que se coloca tubo de avenamiento pleural izquierdo.

Evoluciona con hipotensión refractaria a dosis máximas de inotrópicos, vasopresores y adrenalina.

El 01/10 presenta Paro cardiorrespiratorio en contexto de actividad eléctrica sin pulso, sin respuesta a las maniobras de reanimación.

Se constata óbito el 01/10/14 a las 7:30 hs.

Swan Ganz

Fecha/hora	TAM	FC	PVC	PAP	PW	GC/IC	RVS	RVP	SVC	TTO
26/09 21 hs	85/60 (65)	107	20	49/32 (38)	23	4,1/1,8	897	254	57%	Dobuta:15 Milri: 0.75 Furo: 1g levo + 9
27/09 8 hs	92/60 (72)	105	16	45/30 (35)	26	4,1/1,8	1092	176		Dobuta:15 Milri: 0.75 Furo: 1g levo 10. ARM
28/09 2 hs	108/45 (69)	88	19	46/22 (27)	18	3,9/1,7	1005	185		Dobuta:15 Milri: 0.75 Furo: 1g levo 11. ARM BCIA:1:1
28/09 8 hs	110/40 (63)	86	16	31/21 (24)	15	5,3/2,4	709	121	80 %	Sepsis
28/09 23,30 hs	83/45 (56)	91	10	43/16 (26)	14	5,6/2,5	685	157		Balón 1:1. ARM Dobuta 8 Milri 0,75 Furo 1 g expansión 250 ml
29/09 18 hs	89/60 (66)	116	21	53/30 (38)	23	4,4/2,4	666	222		Balón1:1. ARM Dobuta 5 Milri 0,75 Furo 1 g NA 0,4

Laboratorio

	03/09	08/09	16/09	25/09	29/09	30/09
Hto	37	40	33	30	27	32
GB	11500	8300	11800	10100	15000	18000
PLQ	168000	214000	292000	285000	171000	189000
GLU	126	88	92	114	73	162
Úrea	60	43	53	45	41	66
Cr	1,3	1,09	1,3	1,1	1,02	2,3
TP	32	53	57	47	47	35
Kptt	24	28	26	27	31	33
RIN	2,3	1,5	1,4	1,7	1,7	2,2
Na	130	129	125	123	124	123
K	3,8	3,1	3,6	4	2,5	4,5
Cl	87	92	85	82	85	89
BT/BD	5,2/3		3,3/2	3,2/2,3	2,4/1,8	2,6/2
GOT/GPT	267/473		33/33	27/26	30/23	90/43