



Ateneo Anatomopatológico

Karen Maia Waisten
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. Cosme Argerich

Paciente: G. M.

Sexo: Femenino

Edad: 45 años

Fecha de Ingreso: 04/10/14

Fecha de Egreso: 20/03/15

Motivo de Ingreso: Disnea

Enfermedad Actual:

Paciente consulta a guardia externa de este hospital el día 02/10/14 por progresión de disnea habitual de CF II a CF IV asociado a aumento del perímetro abdominal y del diámetro de MMII de cinco días de evolución.

Se interpreta el cuadro como Insuficiencia cardíaca (IC) descompensada, se inicia balance negativo con diuréticos de asa.

El día 04/10/14 pasa a Sala de Cardiología para control evolutivo y tratamiento.

ANTECEDENTES

Antecedentes de enfermedad actual:

Miocardopatía dilatada en estudio, de 2 años de evolución. Diagnosticada en el Htal. Güemes de Haedo.

Múltiples internaciones por insuficiencia cardíaca descompensada durante 2 años.

Factores de Riesgo cardiovascular:

No posee.

Otros antecedentes:

Artritis Reumatoidea (AR) de 4 años de evolución. Diagnosticada en el Htal. Tornú. Recibió tratamiento con metotrexato. Sin tratamiento desde 2012 (suspendió por cuenta propia).

Gestas: 3. Partos: 2. Cesárea: 1. Abortos: 0. Hijo menor: 7 años.

Lugar de nacimiento: C.A.B.A.

Serología para chagas: negativa.

Anticuerpos antiesptreptolisina O: NEGATIVO (100 u. T. Valor de referencia <200 u.T.)

Medicación habitual:

Furosemida 40 mg cada 8 hs, vía oral.

Carvedilol 6,25 mg cada 12 horas.

Eplerenona 25 mg por día.

Omeprazol 20 mg por día, vía oral.

Exámen físico de ingreso a Sala 04/10/14

TA	FC	FR	T°	Sat	Peso
90/60 mmHg	72 lpm	18 cpm	35.5°C	97% (FIO:0.21)	45 kg.

Ap. Cardiovascular: adecuada perfusión periférica, ingurgitación yugular 2/3 sin colapso inspiratorio (a 45°). RHY presente. Pulsos presentes, regulares, simétricos. Choque de punta 5° EIC LMC. R1 y R2 presentes en cuatro focos, hipofonéticos, sin R3. Soplo holosistólico regurgitativo 2/6, en foco mitral, irradiado a axila.

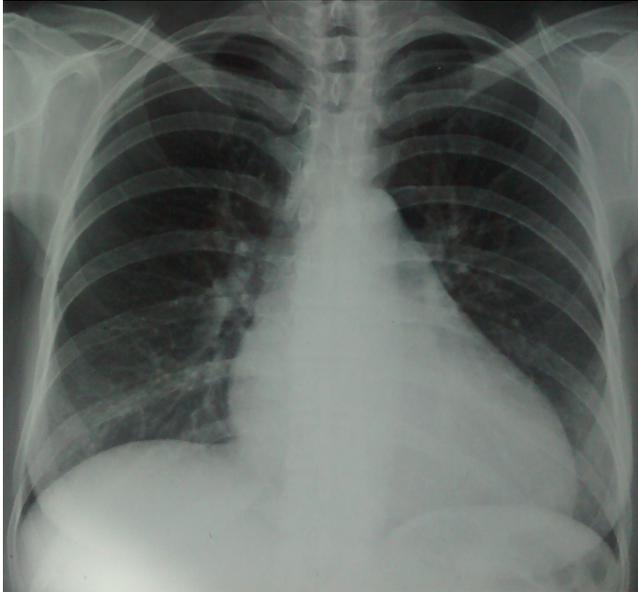
Ap. Respiratorio: buena mecánica ventilatoria, hipoventilación bibasal, sin ruidos agregados.

Abdomen: distendido, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial en hipocondrio derecho. Ruidos hidroaéreos presentes. Hígado se palpa a 7 cm debajo del reborde costal. Bazo palpable a 3 cm debajo del reborde costal.

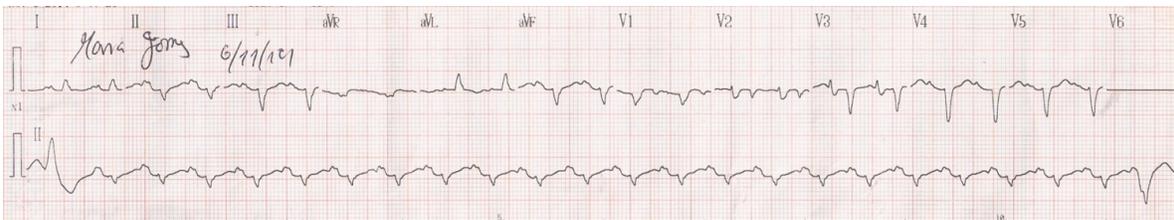
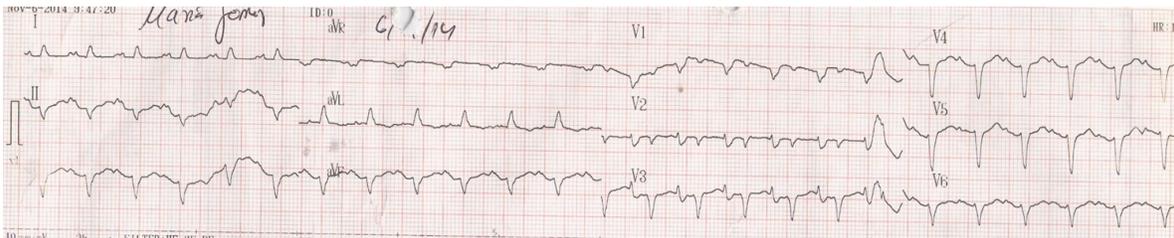
Neurológico: Lúcida, sin foco motor ni meníngeo.

Piel y TCS: ictericia de piel y mucosas. Edemas 2/6 infrapatelar, simétrico.

Rx de Tórax de Ingreso. G.M.



E C G de Ingreso G . M .



Evolución Sala de Cardiología 04/10/15 al 06/10/15

Paciente que evoluciona hemodinámicamente estable, realiza balance negativo con diuréticos de asa, con mejoría del cuadro clínico. Se realiza ecocardiograma.

Ecocardiograma 06/10/15

DDVI	DSVI	SIV	PP	AI	AD	PSAP
56 mm	49 mm	10 mm	8 mm	33,5 cm ²	29,1 cm ²	53 mmHg

Acinesia inferior y del septum posterior. Hipocinesia del resto.

Disfunción sistólica severa.

Hipertensión pulmonar moderada.

Ventrículo derecho dilatado con disfunción sistólica.

Vena cava inferior severamente dilatada.

Insuficiencia mitral (ORE > 0,3 cm²) y tricuspídea severas.

Derrame pericárdico moderado, ascitis y derrame pleural derecho.

Evolución sala de cardiología 06/10/14 al 30/10/14

10/10: Se realiza interconsulta con reumatología, quienes solicitan colagenograma, resultando positivo Factor Reumatoideo: 29,9 UL/ml.

22/10: Se realiza estudio de perfusión miocárdica reposo- esfuerzo sin evidencia de isquemia ni necrosis.

Se presenta en Ateneo de decisión en conjunto con Servicio de Cirugía Cardiovascular y ecocardiografía, descartándose la Cirugía de reemplazo valvular como tratamiento.

27/10: Se solicita evaluación por Servicio de Trasplante Cardíaco.

30/10: Evoluciona con deterioro del ritmo diurético y mala perfusión periférica. Se interpreta el cuadro como IC anterógrada, por lo que pasa a Unidad Coronaria para control evolutivo y tratamiento.

Evolución UCO 30/10/14 al 31/10/14

Se inicia infusión de inotrópicos (milrinona) asociado a diuréticos en infusión continua endovenoso, con buena respuesta.

En conjunto con Servicio de Trasplante Cardíaco, se decide su pase a Unidad de Terapia Intensiva para continuar seguimiento por dicho servicio.

Se realizan serologías pretrasplante:

VDRL, Serología para chagas, toxoplasmosis IgG, HBV, HCV, HIV, HTLV: no reactivas

Anti HAV IgG: 9,7 (reactiva).

Anti CMV IgG: >250 AU/ml (reactiva).

Epstein Baar IgG: reactiva.

Evolución UTI- Sala 31/10/14 al 03/01/15

Continua con infusión continua de milrinona asociado a furosemida endovenosa (EV).

14/11: Ecografía ginecológica, colposcopia y Papanicolaou: sin particularidades.

24/11: Ingresa en lista de Urgencia para trasplante cardíaco.

08/12: Cinecoronariografía: coronarias sin lesiones.

19/12: Se decide su pase a sala general, en seguimiento por Trasplante Cardíaco, continuando con infusión de Milrinona.

El día 03/01/15 se realiza trasplante cardíaco ortotópico.

Parte quirúrgico 03/01/15

Tiempo CEC	Tiempo Clampeo aórtico	Tiempo de isquemia
98 min	73 min	145 min

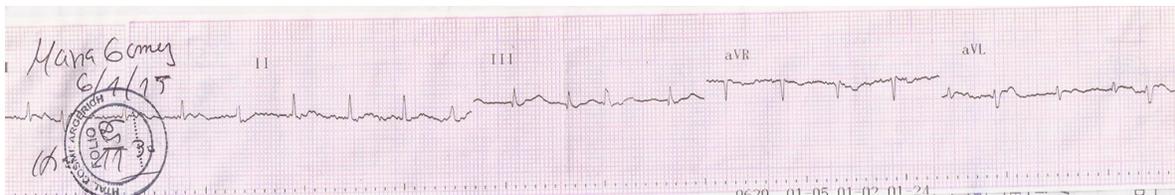
Se indica:

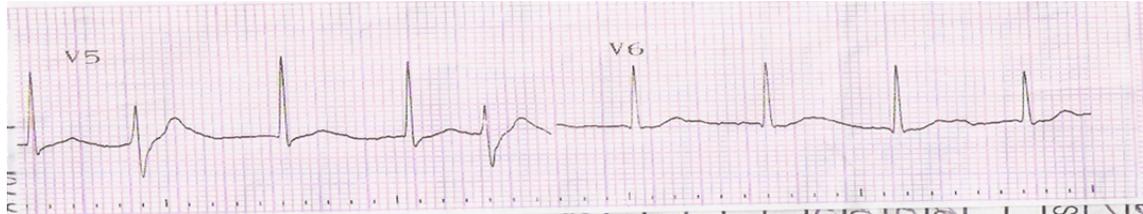
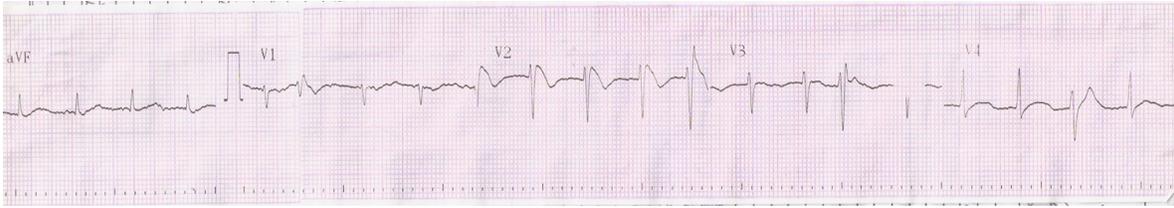
Vancomicina 1 g EV

Metilprednisolona 500 mg EV

Micofenolato 1 g por SNG

ECG pos trasplante G.M.





Evolución UTI 04/01/15 al 06/01/15

Ingresa en pos operatorio inmediato bajo sedoanalgesia, en ARM, con requerimientos de milrinona, noradrenalina e isoproterenol.

Se indica inducción con inmunosupresores: micofenolato mofetil , metilprednisolona, timoglobulina por 3 días.

El 04/01 se extuba, con buena tolerancia.

05/01: se asocia dobutamina al tratamiento inotrópico previo.

Evoluciona con insuficiencia renal aguda por lo que se realiza ultrafiltración y hemodiálisis.

Evolución UTI 06/01/15 al 07/01/15

06/01: Cultivo del líquido de transporte: klebsiella pneumoniae BLEE + y Proteus mirabilis BLEE +.

HC x 2 del donante: klebsiella pneumoniae productora de carbapenemasa.

HC x 2 Receptor: Klebsiella pneumoniae y Proteus mirabilis.

Por dicho motivo, cumplió 17 días de tratamiento antibiótico con imipenem, colistín y fosfomicina.

07/01: Se realiza biopsia endomiocárdica por sospecha de rechazo en ecocardiograma en donde se evidencia rechazo IA- IB.

Continúa con inmunosupresión: micofenolato, deltisona, ciclosporina.

Evolución UTI 08/01/15 al 27/01/15

Se suspende noradrenalina y luego se suspende paulatinamente el resto de los inotrópicos (milrinona, dobutamina e isoproterenol).

19/01: BEM control: sin rechazo.

23/01: Por signos de sepsis (leucocitosis, fiebre y oligoanuria) se toman HC x 3: Proteus mirabilis BLEE +. Realiza tratamiento dirigido con imipenem por 15 días.

Se realiza tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis, en busca de foco infeccioso no drenado, que evidencia derrame pleural bilateral, ascitis y edema interasas.

26/01: De rutina, se realiza PCR CMV: positiva. Por tal motivo, se indica ganciclovir por 17 días.

27/01: pasa a Sala de trasplante renal.

Evolución Sala 28/01/15 al 18/02/15

02/02: por persistencia de cuadro séptico se realiza HC x 2, urocultivo y retrocultivo. Se agrega al esquema antibiótico vancomicina por 7 días y anfotericina por 10 días.

Por sospecha de infección de derrame pleural evidenciado en TAC previa, se coloca tubo de avenamiento pleural (TAP) izquierdo por 14 días.

Cultivo de líquido pleural para gérmenes comunes, hongos y micobacterias: negativo.

18/02: Ante la persistencia del cuadro infeccioso, se realiza ecocardiograma que evidencia derrame pericárdico severo >70 mm. Se realiza ventana pericárdica, con drenaje de líquido purulento, se coloca tubo de drenaje durante 9 días. Se envía muestra de cultivo para gérmenes comunes, positivo para Proteus mirabilis BLEE +, por lo que cumple tratamiento con imipenem durante 3 semanas. Cultivo para hongos y micobacterias: negativo.

El 20/03 se otorga el alta hospitalaria, continuando seguimiento por Servicio de Trasplante cardíaco.

Tratamiento al alta

Aziatioprina 50 mg c/12 horas vía oral.

Tacrolimus 1 mg c/12 horas vía oral.

Meprednisona 14 mg/día vía oral.

Trimetroprima/ sulfametoxazol 80/400 mg/ día vía oral.

Calcio base 1 comprimido c/12 horas vía oral.

Nistatina bucal c/6 horas.

Omeprazol 20 mg/ día vía oral.

Laboratorio

Fecha	04/10/14	29/10	04/01	25/02	20/03
Hto	33	33	25	27	28
GB	8400	8600	14900	11900	13400
PLQ	230000	74000	188000	343000	109000
Glu	161	99	287	80	80
U/Cr	36/0,67	39/0,89	53/0,89	95/1,8	48/0,9
BT/BD	3,7/2,8	7,2/5	3,41/1,87	1,3/1,07	1,2/0,7
GOT/GPT	28/12	190/155	98/30	12/3	22/19
TP/Kptt/ RIN	58/26/1,42	77/31/1,19	46/42/1,7	75/33/1,17	69/32/1,2
Na/K/Cl	132/3,1/91	123/3,8/82	137/3,3/96	130/3,9/88	135/4/94

Seguimiento

Evoluciona sin interurrencias desde el alta, con mejoría en la calidad de vida.

Peso: 61 kg.

Al examen físico sin signos de falla aguda de bomba.

Concurre a controles.

Se realizan BEM de rutina, sin particularidades.

MEDICACION ACTUAL

Tacrolimus 2,5 mg cada 12 horas vía oral.

Azatioprina 50 mg por día vía oral.

Meprednisona 12 mg por día vía oral.

Trimetroprina sulfametoxazol 80/400 mg/ día vía oral.

Furosemida 40 mg por día vía oral.

Anemidox ferrum 1 comprimido por día vía oral.

Calcio base 1 comprimido cada 12 horas vía oral.

Al final de la presentación el servicio de patología mostrará el resultado del análisis del corazón explantado.