



Ateneo

Anatomopatológico

28/10/15

Hospital C. Argerich
Residencia de cardiología
Carolina Pappalettere

Paciente: P.S.

Edad: 54

Sexo: Masculino

Fecha de ingreso: 05/06/15

Fecha de óbito: 12/06/15

- **Motivo de consulta:** Disnea
- **Enfermedad actual:** Paciente con antecedente de reemplazo valvular mecánico aórtico y mitral que concurre a guardia externa de este Hospital el 30/05 por presentar progresión de disnea habitual CF II a CF IV en el último mes, asociado a aumento del perímetro abdominal y edema de miembros inferiores, en contexto de trasgresión alimentaria y abandono del tratamiento.
A su ingreso, presenta signos de insuficiencia cardíaca derecha por lo que se indica diuréticos endovenosos con buena respuesta inicial.
El 05/06 se decide su internación en sala de Cardiología para control evolutivo y tratamiento.

Antecedentes:

- **Antecedentes de enfermedad actual:**
- ***Doble reemplazo valvular:*** Aórtica (Omniscience nº25) y mitral (Omniscience nº29) realizada en nuestra institución en 1994 por endocarditis infecciosa, complicada con absceso del anillo aórtico, sin rescates microbiológicos.
- ***Re cirugía valvular*** en 1996 por presencia de 3 leaks peri protésicos en válvula mitral.
- Múltiples internaciones en sala de cardiología por insuficiencia cardíaca, última internación en marzo de 2015.
- Fibrilación auricular crónica anticoagulada con regular adherencia al tratamiento.
- En seguimiento por consultorio valvulares desde 1994 de manera esporádica ya que el paciente no concurría a control.
- **Factores de riesgo cardiovascular:**
- Ex Tabaquista: 20 cigarrillos día por 10 años, 20 paq/year.
- **Otros antecedentes:**
- Situación de calle.
- **Medicación habitual:**
- Furosemida 40 mg cada 12 horas, vía oral.
- Espironolactona 25 mg por día, vía oral.
- Enalapril 10 mg cada 12 horas, vía oral.
- Acenocumarol según cartilla.
- Sulfato ferroso 1 comprimido por día, vía oral.
- Ácido fólico 5 mg por día, vía oral.
- **Ecocardiograma (12/11/14):**

DDVI: 5.5cm	DSVI: 4.2cm	FAC: 23%	SIV: 1.6 cm	PP: 0.9 cm
-----------------------	-----------------------	--------------------	-----------------------	----------------------

- Ventrículo izquierdo (VI) no dilatado con hipertrofia a predominio septal. Movimiento septal paradójal. Función sistólica normal.
- Aurícula izquierda (AI) dilatada (36 cm²).
- Cavidades derechas severamente dilatadas con disfunción sistólica del ventrículo derecho (VD).
- Prótesis mecánica bivalva en posición aórtica con gradientes habituales.
- Prótesis mecánica bivalva en posición mitral con gradientes habituales.
- Insuficiencia tricuspídea grave. PSAP 101 mmHg.
- No se observa derrame pericárdico.

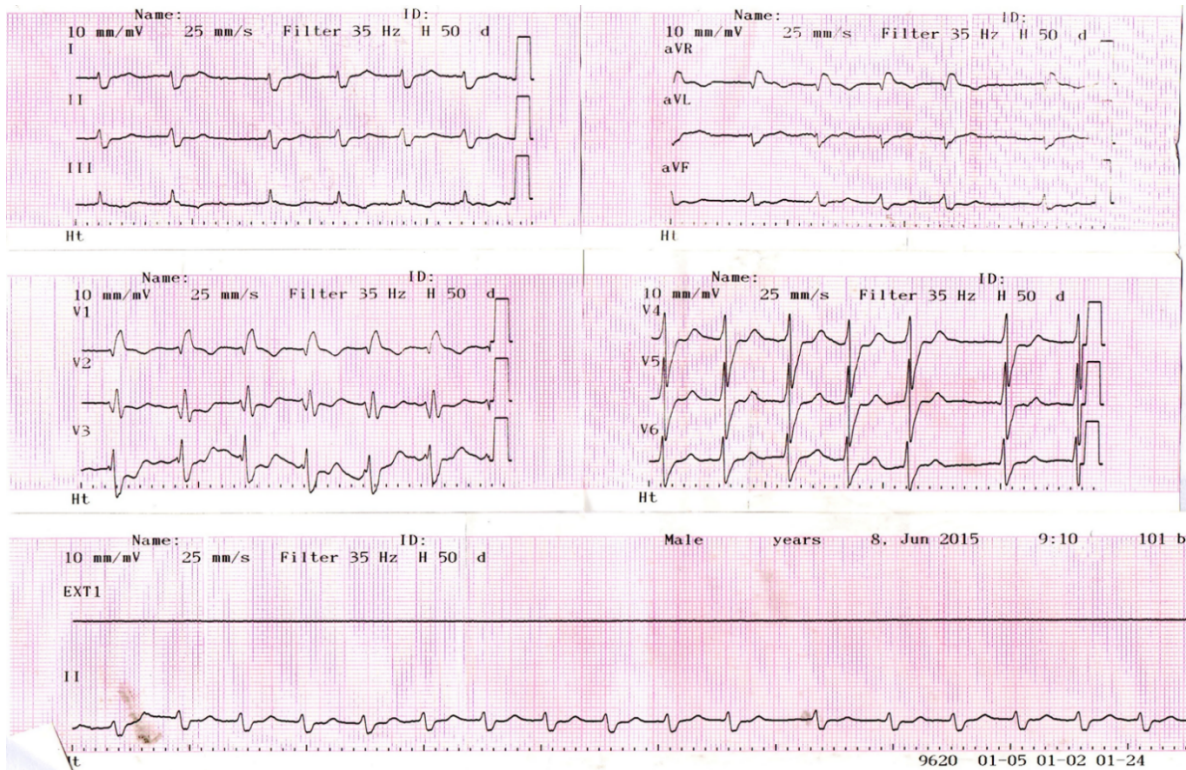
Examen físico ingreso a la sala de Cardiología (05/06/15)

TA: 95/60 mmHg	FC: 80 L.p.m.	FR: 18 C.p.m.	T: 36° C	Sat:
--------------------------	----------------------	-------------------------	-----------------	-------------

- **Ap. Cardiovascular:** Adecuada perfusión periférica. IY 3/3 sin colapso inspiratorio. Pulsos irregulares y simétricos, de difícil palpación en ambos miembros inferiores. R1 y R2 metálicos en 4 focos, soplo sistólico regurgitativo en barra en foco tricúspideo 3/6 que aumenta a la inspiración. Sin evidencia de R3
 - **Ap. Respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria, hipoventilación en base derecha y rales crepitantes bibasales.
 - **Abdomen:** Blando, depresible, indoloro, RHA positivos. Ascitis infra umbilical.
 - **Neurológico:** Lúcido, sin signos de foco motor o meníngeo.
 - **Piel y TCS:** Edema de MMII 3/6 hasta raíz de muslo, bilateral y simétrico.
- **Rx de torax de ingreso (05/06/15)**



- **ECG de ingreso a la sala (05/06/15)**



Evolución sala de Cardiología del 05/06 al 08/06

- Paciente ingresa con RIN de 10 por lo que se suspende Acenocumarol, se administra vitamina K y posteriormente se inicia enoxaparina 0,7 ml cada 12 horas.
- Paciente evoluciona hemodinamicamente estable, afebril. Realiza balance negativo con furosemida en bolos ev.
- El 08/06 se realiza ecocardiograma doppler transtorácico.

• Ecocardiograma (08/06/15)

DDVI: 52 mm	DSVI: 33 mm	SIV: 13 mm	PP: 11 mm	DDVD: 55mm	AI: 48 cm
----------------	----------------	---------------	--------------	---------------	-----------

- VI no dilatado con grosor parietal conservado. Función sistólica conservada (Fey 57%), sin alteraciones segmentarias de la contracción. Movimiento septal anormal secundario a la sobrecarga de cavidades derechas.
- AI levemente dilatada.
- Cavidades derechas de dimensiones aumentadas. VD 55mm con deterioro de la función (TAPSE 11mm y onda S tisular 6 cm/seg). Dilatación de arteria pulmonar (32mm) y de sus ramas, dilatación del anillo tricuspideo (41mm).
- AD dilatada.
- Vena cava inferior dilatada (29mm), sin colapso inspiratorio.
- Insuficiencia tricuspidea severa con HTP severa (PSAP 63mmHg).

- Prótesis mecánica en posición aortica y mitral con gradientes normales. Sin regurgitación.
- Dilatación de aorta torácica ascendente (48mm).

Evolución sala de Cardiología del 08/06 al 12/6

- Paciente evoluciona hemodinamicamente estable, realizando balance negativo lentamente, sin otras interurrencias.
- El 12/06 a las 04:15 horas presenta paro cardiorrespiratorio en contexto de asistolia. Se realizan maniobras básicas y avanzadas de RCP durante 35 minutos no exitosas.
- Se constata óbito a las 04:50 horas.

Tratamiento medico

- Furosemida 2 ampollas cada 12 horas ev.
- Eplerenona 50g por día vo.
- Enoxaparina 0,7ml cada 12 horas sc.
- Enalapril 2,5 mg cada 12 horas vo.
- Control K 1 comprimido cada 8 hora vo.

- **Laboratorio**

	30/05 (ingreso guardia)	05/06(ingreso sala)	11/06
Hto	41	42	45
GB	3400	3400	3100
Plaquetas	107000	101000	118000
Glucemia	102	115	124
Urea	54	84	83
Creat	1.27	1.2	1.39
TP/kptt/RIN	23/44/3.35	89/61/10,4	63/25/1,2
Ionograma	138/3.9/95.3	141/3.87/97	143/3.9/98
Hepatograma BT/BD/Got/Gpt	1.88/1.3/33/13	1.90/1.2/30/15	2.07/1.33/26/15

Al finalizar la presentación y discusión del caso clínico el servicio de patología mostrará el resultado de la necropsia.