



Ateneo

Anatomopatológico

07/10/15

Negrete Alejandro

Residencia de cardiología

Hospital Dr. Cosme Argerich

Paciente: L. J.

Edad: 74

Ingreso: 07/01/15

Óbito: 08/02/15

Sexo: Masculino

MOTIVO DE CONSULTA: Disnea

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente consulta a guardia externa de este Hospital el 06/01 por presentar progresión de disnea habitual CF II hasta CF IV en la última semana asociada a edema de miembros inferiores.

Se constata en guardia, paciente con signos de insuficiencia cardíaca descompensada por lo que se indica furosemida endovenosa. Evoluciona con hipotensión arterial y oliguria, interpretándose el cuadro como shock cardiogénico por lo que se inicia soporte inotrópico con dobutamina. Se realiza ecocardiograma en guardia que evidencia deterioro severo de la función sistólica del ventrículo izquierdo.

El 7/01 se decide su internación en UCO para control y tratamiento.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

- Insuficiencia cardíaca de causa no filiada de un año de evolución, en seguimiento en Htal Milstein.
- Pérdida de peso (20kg en 3 meses)

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

- Hipertensión arterial: 10 años de evolución. Con abandono de tratamiento en julio de 2014.
- Ex-tabaquismo: 15 cigarrillos/días durante 40 años. Fumó hasta los 60 años.

OTROS ANTECEDENTES:

- No refiere.

MEDICACION HABITUAL:

- Espironolactona 25 mg por día, vía oral.
- Furosemida 40 mg por día, vía oral.
- Carvedilol 3.125 mg cada 12 horas, vía oral.

Examen físico ingreso a UCO 30/03/15

TA: 86/64mmHg

FC: 120 lpm

FR: 24 cpm

Sat: 98% (Fio2: 0,5)

T: 36,6°C

Cardiovascular: Mala perfusión periférica, pulsos regulares y simétricos, IY 3/3 sin colapso inspiratorio, latido apexiano en 5to EIC LAA, R1 y R2 en 4 focos normofonéticos, silencios libres.

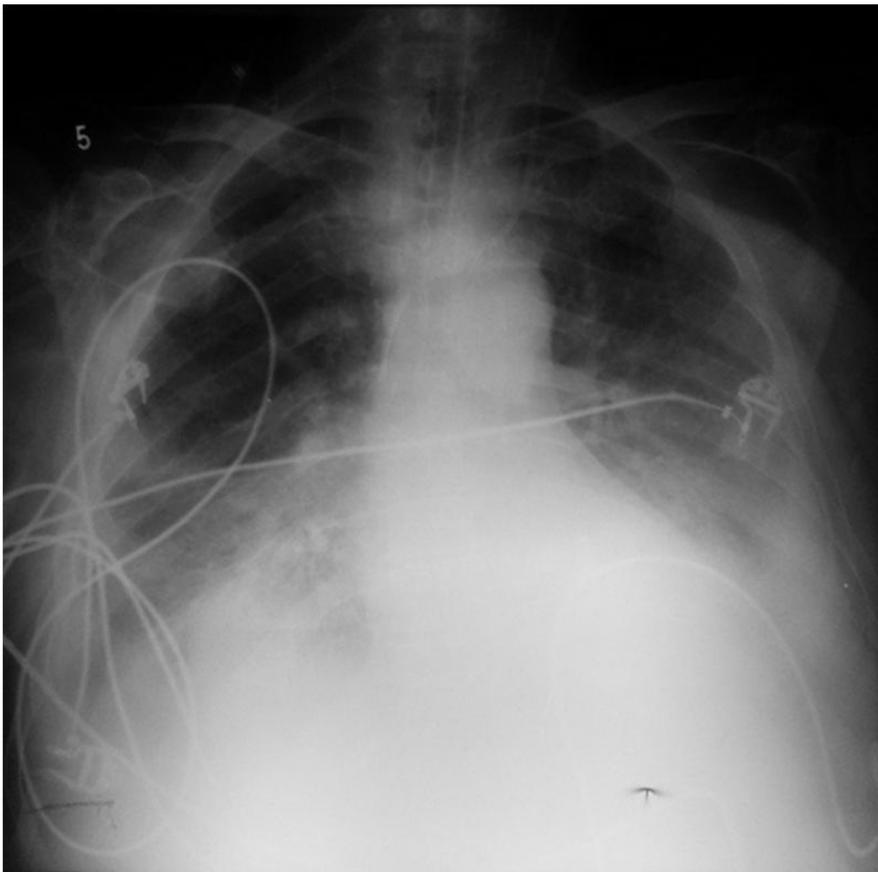
Respiratorio: Regular mecánica ventilatoria, rales crepitantes bilaterales hasta campo medio y sibilancias generalizadas.

Abdomen: blando, depresible e indoloro con RHA positivos. Hígado palpable 3cm por debajo del reborde costal.

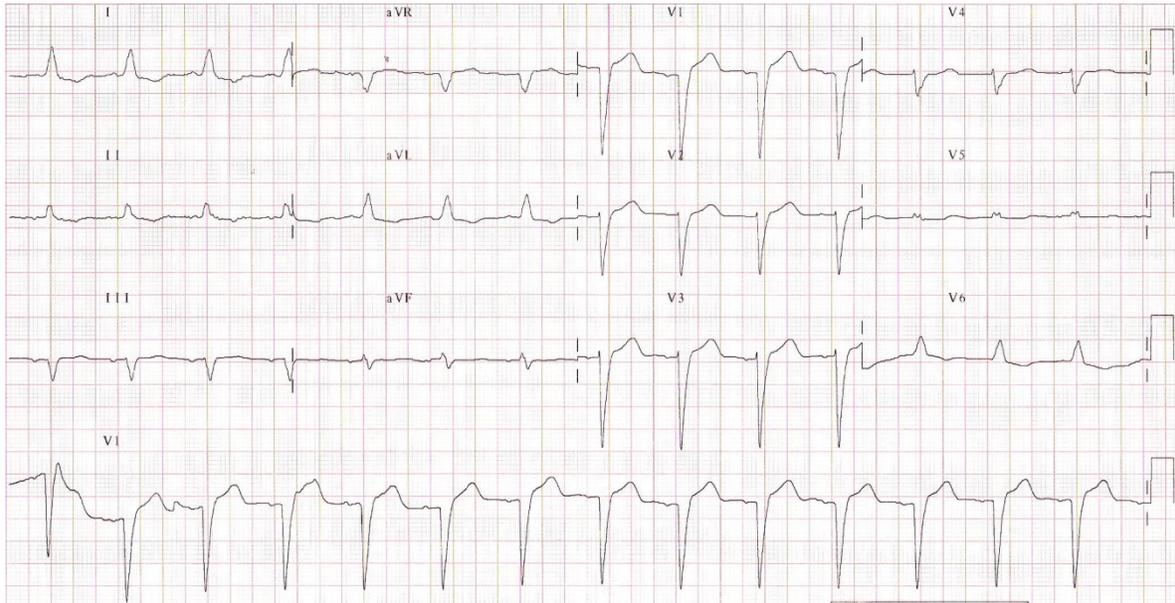
Neurológico: Lúcido, sin signos de foco motor ni sensitivo.

Piel y Partes blandas: Edema de miembros inferiores 3/6 infrapatelar, bilateral y simétricos asociado a livideces.

Rx de tórax L.J. en UCO 08/01/15



ECG L. J. Ingreso UCO 07/01/15



Evolución en Unidad Coronaria 07/01

- Paciente en shock cardiogénico con requerimiento de VNI, Dobutamina (DBT), Noradrenalina (NA) y diuréticos en infusión continua con adecuada respuesta inicial realizando balance negativo.
- Se realiza Ecocardiograma Doppler.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO 07/01/15

<u>DDVI:</u> 51 mm	<u>DSVI:</u> 48 mm	<u>FEY:</u> 22%	<u>SIV:</u> 10 mm	<u>PP:</u> 10 mm	<u>AI:</u> 23cm ²	<u>TSVI:</u> 2,0cm
-----------------------	-----------------------	--------------------	----------------------	---------------------	---------------------------------	-----------------------

- Se observa acinesia y adelgazamiento septal, hipocinesia del resto de los segmentos. Deterioro severo de la función sistólica del ventrículo izquierdo.
- Aurícula izquierda levemente dilatada.
- Presiones pulmonares normales.
- Cavidades derechas de dimensiones normales. Ventrículo derecho con función sistólica conservada.
- Se observa severa calcificación de la valva posterior Mitral que restringe su apertura y dificulta su cierre generando insuficiencia mitral grado leve a moderado.

- Leve calcificación en válvula Aortica que genera esclerosis e insuficiencia leve.

Evolución UCO 08/01 al 11/01

- Evoluciona con shock mixto (cardiogénico y séptico) con foco probable respiratorio, por lo que inicia tratamiento antibiótico empírico con Piperacilina Tazobactám y Vancomicina.
- Presenta episodio de fibrilación auricular de alta respuesta ventricular (FAARV) de 155 lpm requiriendo mayores dosis de vasopresores. Se realiza cardioversión eléctrica (CVE) con 100 Joules en forma exitosa indicándose posteriormente carga y mantenimiento de amiodarona endovenoso.
- Por evolucionar con deterioro del sensorio y mala mecánica ventilatoria se realiza intubación orotraqueal y conexión a ARM.
- Debido a presencia de signos de hipoperfusión de miembro inferior izquierdo, se realiza ecodoppler de miembros inferiores que evidencia oclusión de arterias tibiales en miembro inferior derecho y oclusión femoropoplítea sin señal doppler de miembro inferior izquierdo. Se realiza IC servicio de cirugía cardiovascular quienes indican conducta expectante.

Evolución UCO 12/01 al 16/01

- El paciente evoluciona favorablemente, suspendiéndose infusión de NA.
- Se recibe aislamiento microbiológico de Staphylococcus aureus multisensible en aspirado traqueal, por lo que se rota esquema antibiótico a Trimetroprima/Sultametoxazol. Paciente con evolución clínica favorable, se suspende infusión de DBT con buena tolerancia.
- Dada la isquemia aguda de miembro inferior izquierdo se realiza el 16/01 arteriografía de miembro inferior izquierdo, cirugía cardiovascular mantiene conducta quirúrgica expectante.
- Posteriormente evoluciona nuevamente con shock mixto (cardiogénico y séptico) con requerimiento de DBT y NA, presentando insuficiencia renal aguda.

ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA 16/01/15

Arteria femoral superficial izquierda:

- Ateromatosa con oclusión del 100% a nivel del tercio distal y escasa revascularización distal a través de colaterales de la femoral profunda.
- No se visualiza revascularización distal en arteria poplítea y tronco tibioperoneo o tibial anterior proximal o distal.

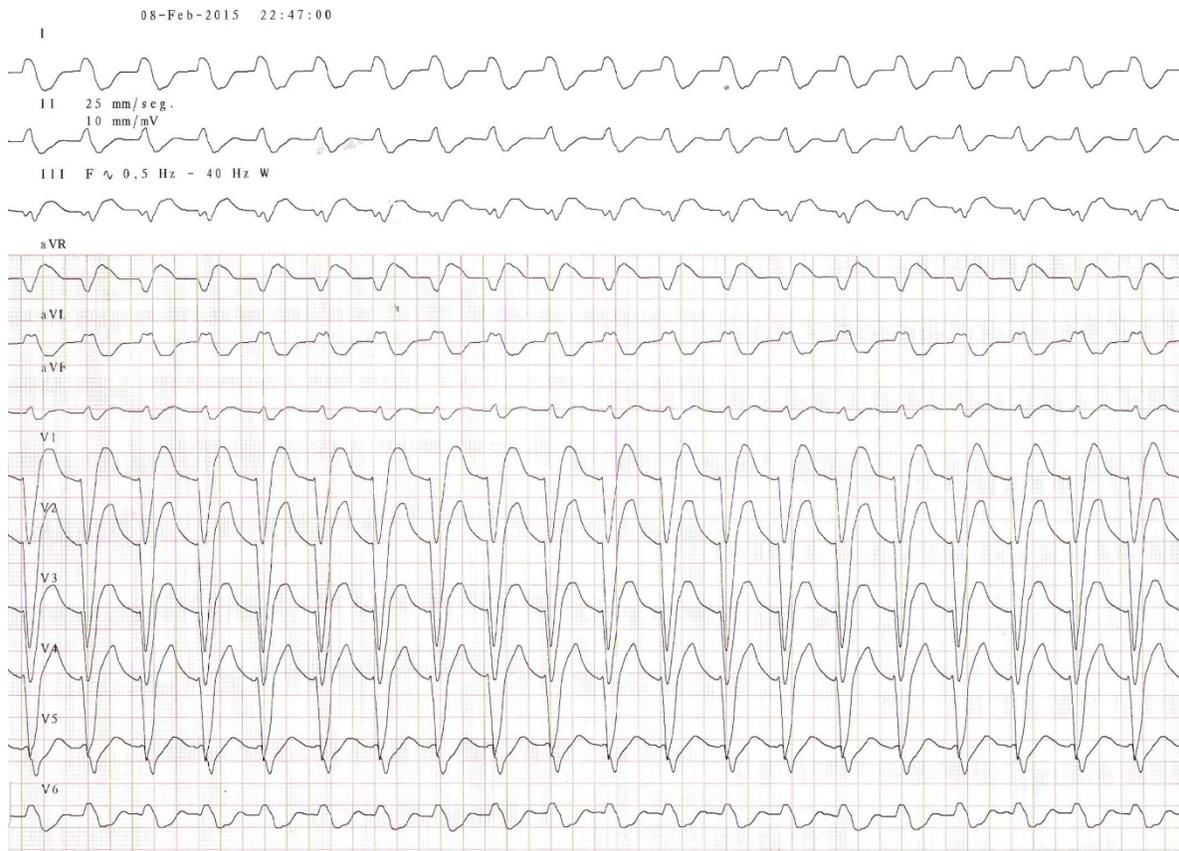
Arteria femoral superficial derecha:

- Ateromatosis múltiple y estenosis significativa menor al 50% en tercio distal.
- Arteria Poplítea permeable, ateromatosa hasta el tronco tibioperoneo con oclusión del 100% en forma distal y signos de escasa recanalización distal a través de colaterales musculares, sin visualizarse correctamente la arteria tibial posterior ni la pedia.

Evolución UCO 17/01 al 08/02

- Paciente evoluciona con mejoría transitoria presentando nuevamente shock séptico secundario a foco respiratorio y urinario. Se ajusta tratamiento antibiótico según rescates (E. coli y Klebsiella pneumoniae) con buena respuesta clínica y hemodinámica, requiriendo bajas dosis de NA.
- Luego de 23 días de presentar la isquemia aguda de miembro inferior izquierdo, el 01/02 se realiza amputación supracondilea sin complicaciones. Los días posteriores evoluciona con escasas dosis de vasopresores, iniciando el destete del respirador (28 días de ARM).
- El 08/02 intercorre con nuevo episodio de FAARV con descompensación hemodinámica con CVE 720j no exitosa, presentando shock cardiogénico por lo que se inicia inotrópicos y vasopresores a dosis máximas, sin mejoría.
- Presenta PCR a las 23:00 horas en contexto de actividad eléctrica sin pulso con maniobras de reanimación cardiopulmonar básicas y avanzadas no exitosas.
- Se constata óbito a las 23.30 horas.

ECG POST-CVE INMEDIATA 8/02



Tratamiento en UCO

- Noradrenalina por BIC
- Dobutamina por BIC
- ASS 100mg/día VO
- Enoxaparina 60mg c/12hs SC
- Furosemida 1ampolla c/12hs
- Espironolactona 25mg/día VO
- Amiodarona 200mg/día VO
- Alimentación Enteral 70ml/hr
- Midazolam por BIC
- Fentanilo por BIC
- Omeprazol 40 mg día EV

Laboratorios

	06/01	08/01	27/01	08/02
Hto	46	43	38	29
GB	8800	13300	11600	8900
Plaq	159000	120000	262000	194000
Gluc	113	105	148	127
Urea	80	109	179	87
Creat	1.32	1.54	1.77	0.98
TP/kptt/RIN	61/33/1.36	70/35/1.23	91/51/1	
Iono	138/4.2/98	141/3.6/97	148/3.48/100	135/3.7/95
BT/BD/Got/Gpt/FAL	1.48/0.6/228/188	0.66/258/312/96	0.9/146/131/391	0.32/0.16/35/18
Ck/MB	61	61	283	
EAB	7.36/36/93/18/-6/96	7.42/39/116/25/0.7/98	7.50/35/131/26/4/99	7.45/44/125/30/5.6/99
Lac/SatV	26/87	27/74	23/71	18/70
CT/TG/LDL/HDL		227/138/113/45		
HB glicosidada		6,8		

Al finalizar la presentación y discusión del caso, el Servicio de Patología presentara el resultado de la necropsia del paciente.