



Ateneo Clínico

Dra. Jeanette Lacusant
Hospital Dr. Cosme Argerich
25/09/2019

Paciente: M.P.

Fecha ingreso H. Muñiz: 04/04/2019

Sexo: Masculino

Fecha ingreso H. Argerich: 10/04/2019

Edad: 40 años

Fecha de egreso: 24/05/2019

Días de internación: 44

- **Motivo de internación:**

Dolor precordial.

- **Enfermedad actual:**

Paciente cursando internación en Hospital Muñiz por endocarditis de válvula aórtica bicúspide, comienza el 10/4 con dolor precordial característico, de intensidad 10/10 asociado a sudoración fría.

Se realiza ECG que evidencia injuria subepicárdica en cara inferior y anterior extensa.

Se interpreta SCACEST y es derivado a este hospital para realización de CCG de urgencia.

ANTECEDENTES

- **Factores de riesgo cardiovascular:** No presenta.
- **Antecedentes de enfermedad actual:**
- Internación en Hospital Muñiz desde el 04/04/19 por endocarditis infecciosa de válvula aórtica bicúspide, sin rescates microbiológicos en tratamiento empírico con ceftriaxona y vancomicina. (inicio del síndrome febril el 19/3/19)
- **Medicación habitual:** No presenta.

ESTUDIOS PREVIOS. Hospital Muñiz.
ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO 4/4/19

DDVI (mm)	DSVI (mm)	SIV (mm)	PP (mm)
49	30	8	11

Motilidad parietal global y regional conservada. Fey por Simpson de **65%**. Patrón del llenado del VI conservado. Cavidades derechas normales. AD no dilatada. Función sistólica del VD conservada. TAPSE 22mm. AI de tamaño normal.

Válvula aórtica calcificada que impresiona **bicúspide** con apertura disminuida con **imágenes hipoecogénicas**. Estenosis aórtica moderada con AVA 1.12 cm².

Resto de las válvulas sin particularidades. **No se observan regurgitaciones patológicas.**

Cinecoronariografía 10/06/2019 – Hospital Argerich

Ostium y Tronco Coronario Izquierdo: Sin lesiones.

Arteria Descendente anterior: **Se ocluye a nivel de unión de tercio medio con distal.**

Arteria Circunfleja: Dominante. Sin lesiones.

Arteria Coronaria Derecha: Trayecto tortuoso sin lesiones.

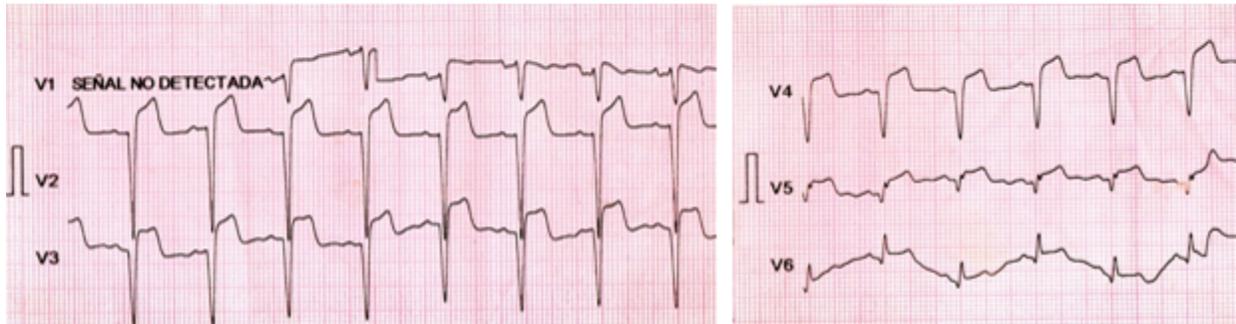
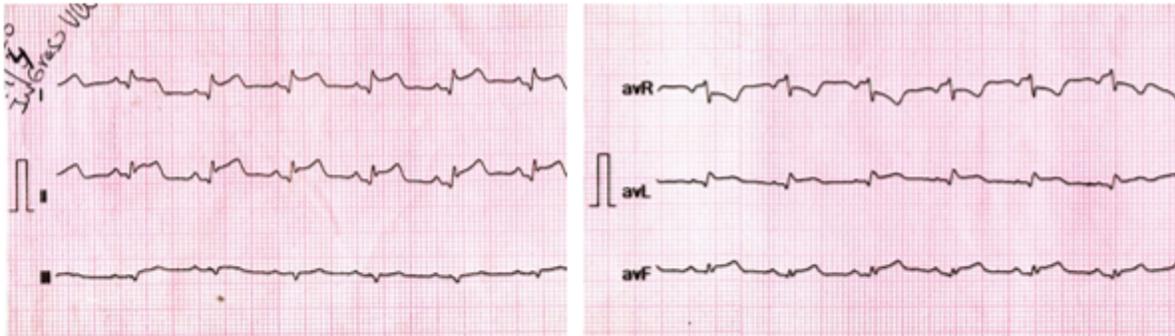
Examen físico de ingreso a UCO 10/04

TA (mmHg)	FC (lpm)	FR (cpm)	T° (°C)	Sat O2 (0.2l)	ALTURA (mts.)	PESO (kg)	IMC
130/41	105	22	37,8°	96%	1.67	75	26.9

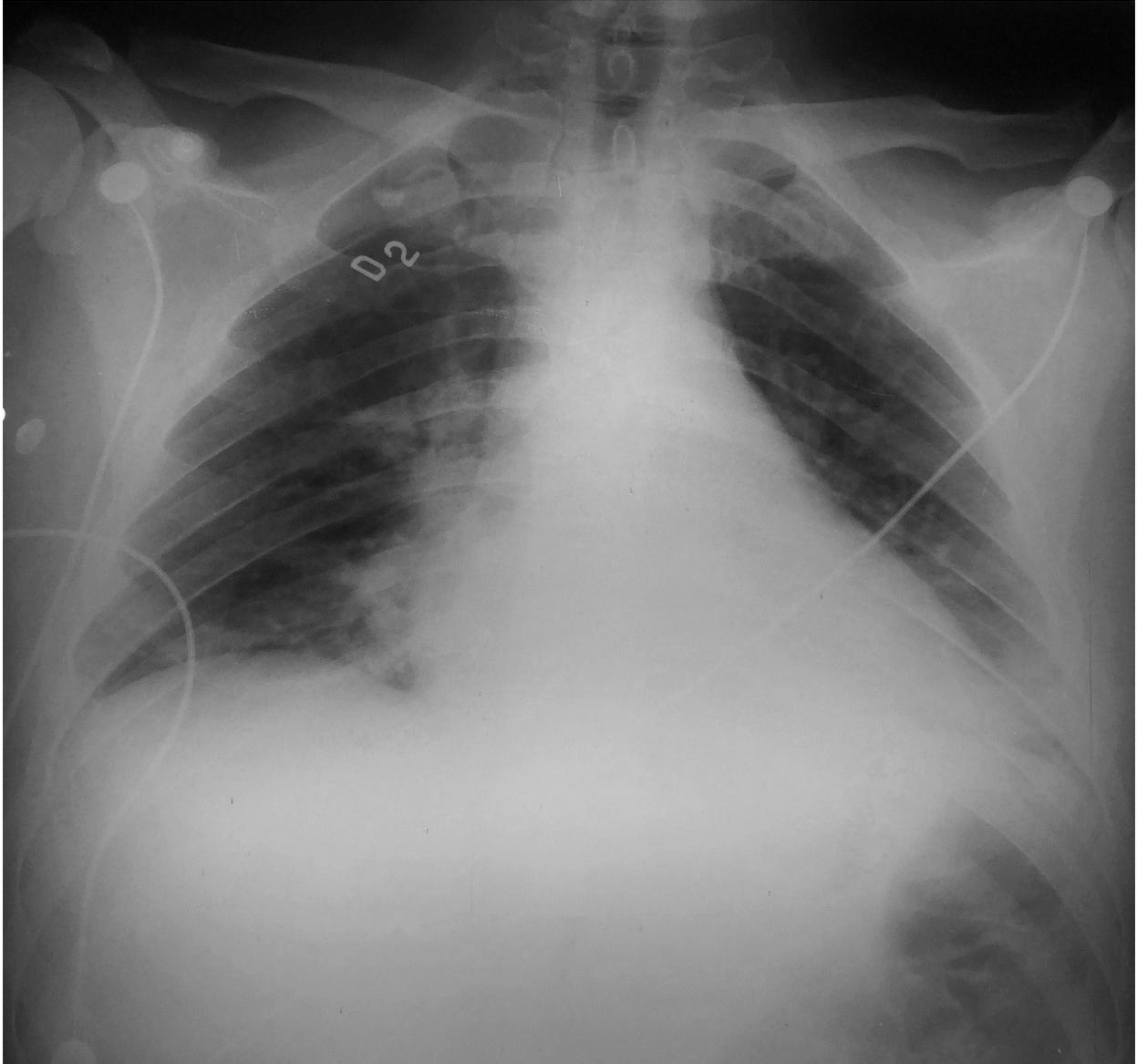
- **Cardiovascular:** Buena perfusión periférica. Ingurgitación yugular 2/3 con colapso inspiratorio y reflujo hepato-yugular negativo. Pulsos simétricos y regulares. R1 y R2 en 4 focos, sin soplos.

- **Respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria con buena entrada de aire bilateral. Rales crepitantes bibasales.
- **Abdomen:** Blando, depresible, indoloro, ruidos hidroaéreos positivos.
- **Neurológico:** Lúcido, sin signos de foco motor ni sensitivo. Ceguera en ojo izquierdo.

ECG de ingreso a Unidad Coronaria



Radiografía de Torax de ingreso a Unidad Coronaria



Evolución en Unidad coronaria

10/04 al 12/04

- Se interpreta IAM secundario a oclusión de DA por impacto séptico por lo que se decide no revascularizar.
- Posterior al procedimiento evoluciona con amaurosis del ojo izquierdo que se interpreta secundaria a émbolo séptico.
- Presenta signos de insuficiencia cardíaca a predominio izquierdo, por lo que inicia balance negativo con furosemida.

- Se realiza Ecocardiograma transesofágico control.

Ecocardiograma Transesofágico 12-04-19

DDVI (mm)	DSVI (mm)	SIV (mm)	PP (mm)
49	28	14	13

Válvula aórtica **bicúspide** por fusión de valvas coronariana derecha y no coronariana. Estenosis de grado moderado. Calcificada con **vegetación de 6 mm** con falta de coaptación valvar que da origen a **regurgitación de grado severo** (Vel pico 3.3 m/seg, gradiente máximo 44 mmHg y medio 22 mmHg). Se observa **absceso peri valvular**, de **20 mm**, en la región anterior con extensión por engrosamiento hacia la posterior, con flujo regurgitante hacia el tracto de salida.

La válvula mitral presenta una regurgitación leve, sin evidencias de endocarditis.

Aquinesia de todos los segmentos apicales. Deterioro moderado de la fey. Al levemente dilatada. Diámetro antero-posterior de 45 mm y orejuela sin evidencia de trombos. Aorta no dilatada. Raíz de aorta 3.3 cm, aorta ascendente 2.9 cm. Derrame pericárdico leve.

- Se evalúa con servicio de Cirugía Cardiovascular y se decide cirugía de urgencia.

Parte quirúrgico 12-04

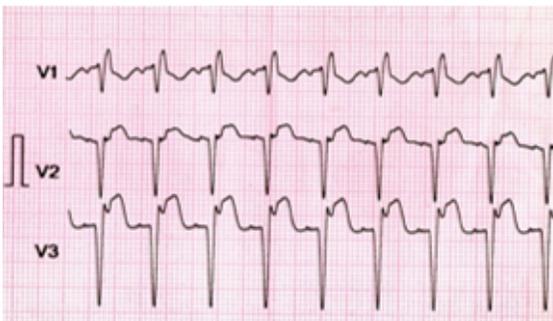
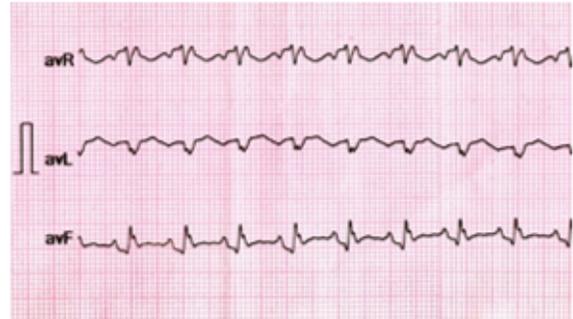
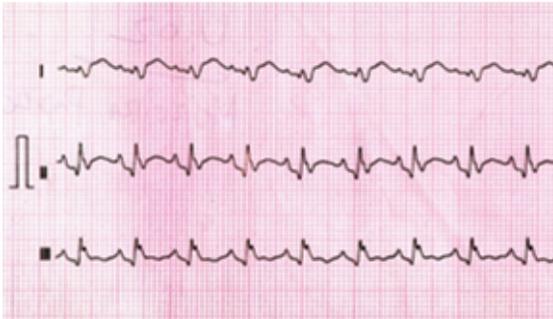
- Se realiza recambio de válvula aórtica por mecánica número 23 Medtronic.
- **Tiempo de circulación extracorpórea:** 189 minutos
- **Tiempo de clampeo aórtico:** 142 minutos
- **Requerimientos:** 2500 ml de cristaloides
- **Hemoderivados:** 3 U GR, 2 U plasma fresco congelado, 7 U de crioprecipitados
- **Inotrópicos:** Noradrenalina y Dobutamina.

Examen físico ingreso UCO – postquirúrgico 12-04

TA (mmHg)	FC (lpm)	FR (cpm)	T°	Sat O2 (100%)	Vasoactivos
97/60	115	20	36.3°	97%	NA 0.12 μ DBT 7 μ

- **Cardiovascular:** Buena perfusión periférica. Pulsos regulares y simétricos. R1 y R2 en 4 focos, sin soplos. Click de cierre de válvula aórtica.
- **Respiratorio:** En IOT-ARM, adaptado. Hipoventilación bibasal. Sin ruidos agregados.
- **Abdomen:** Blando, depresible, ruidos hidroaéreos disminuidos.
- **Neurológico:** Bajo sedoanalgesia RASS -5.
- **Otros:** Catéter de Swan-Ganz YPD, TAM RI, tubos mediastinales x2.
- Esternotomía cubierta por gasas limpias y secas sin signos de sangrado.

ECG postquirúrgico



Radiografía de Torax postquirúrgica



- Ingresa hemodinámicamente compensado con noradrenalina y dobutamina.
- Presenta parámetros de shock vasopléjico medidos por catéter de Swang Ganz, por lo que se suspende dobutamina.
- Evoluciona favorablemente, con suspensión de vasoactivos y se realiza extubación orotraqueal precoz.
- Presenta signos de insuficiencia cardíaca a predominio izquierdo por lo que inicia balance negativo con furosemida endovenosa con buena respuesta.
- Por buena evolución se decide pase a Sala de Cardiología.

Evolución en Sala de Cardiología

16/04 al 24/5

- Se realizan estudios en búsqueda de impactos sépticos.
- **Odontología:** Sin evidencia de focos sépticos.
- **Tomografía de encéfalo:** Sin particularidades.
- **Fondo de ojos:**

Ojo derecho: tortuosidad vascular con exudados blandos dispersos.

Ojo izquierdo: Edema macular crónicamente significativo con dispersión de pigmento foveolar. Exudados blandos.

- El día 30/04 inicia anticoagulación y el 4/05 suspende antibioticoterapia habiendo cumplido un mes de la misma.
- Se realiza Ecocardiograma Transtorácico control.

Ecocardiograma transtorácico 21-05-19

DDVI (mm)	DSVI (mm)	SIV (mm)	PP (mm)
46	27	14	12

Aquinesia de segmentos apicales del VI. Deterioro leve a moderado de la Fey (46%). Aurícula izquierda levemente dilatada (25cm²)

Cavidad ventricular derecha de dimensiones y espesores normales. Función normal. Aurícula derecha no dilatada.

Prótesis mecánica en posición aórtica, normofuncionante, mínimo reflujo protésico habitual. Gradiente máximo 17, medio 9. IT trivial. PSAP 25 mmHg. Raíz de aorta levemente dilatada. Sin derrame pericárdico.

- Por buena evolución, se decide alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio por servicio de Hematología y Cardiología.

Medicación al alta

- ✓ Enalapril 5 mg c/12 hs
- ✓ Bisoprolol 5 mg / día
- ✓ Acenocumarol según cartilla

Laboratorios

	INGRESO 12/4	POST QUIRÚRGICO 12/4	ALTA 24/5
Hematocrito (%)	28.2	31	34
GB	14600	30700	8300
Plaquetas	399000	277000	187000
Glucemia	101	188	88
Urea/Creatinina	26/0.87	38/1.18	56/1.32
Hepatograma	0.65/85/56	1.99/1.1/0.89/132/52	0.28/18/18
Coagulograma	82/37/1.07	70/30/1.2	29/46/ 2.57
Ionograma	136/3.95/97	140/4.3/95	139/5.6/99
CK/MB	663/52	1181/137	-
PCR	274	-	-
Colesterol/HDL/LDL	138/26/87		
TAG	124		
TSH	0.84		
Serologías VDRL,HIV,HBV,HCV,Chagas	Negativas		
HMCx3 (4/4 y 12/4) y Cultivo de válvula aórtica	Negativos		

