



Ateneo

Anatomopatológico

16/03/16

Negrete Alejandro

Residencia de cardiología

Hospital Dr. C. Argerich

PACIENTE: D. J.

EDAD: 51 años

SEXO: Masculino

INGRESO: 28/09/15

OBITO: 18/10/15

MOTIVO DE INGRESO: Disnea súbita y palpitaciones.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente con antecedentes de Miocardiopatía dilatada idiopática en seguimiento por el Servicio de Trasplante Cardíaco de este Hospital, refiere presentar dos episodios de disnea súbita, de una semana de evolución, asociado a palpitaciones que ceden espontáneamente.

Concurre a consultorios externos el 06/07/2015, hemodinámicamente estable en el momento del examen físico. En base al cuadro clínico referido por el paciente, se solicitan en forma ambulatorio estudios complementarios.

El 28/9 se realiza centellograma V/Q que evidencia defectos de perfusión, compatibles con TEP y se decide su internación en Unidad Coronaria para control evolutivo y tratamiento.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

- **Ex-tabaquismo:** 2 cigarrillos/días durante 30 años.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

- Miocardiopatía Dilatada Idiopática diagnosticada el año 2013.
- En seguimiento por servicio de Trasplante Cardíaco en periodo de evaluación por mala adherencia terapéutica.

OTROS ANTECEDENTES:

- No refiere.

MEDICACION HABITUAL:

- Espironolactona 25 mg por día, vía oral.
- Enalapril 2,5 mg cada 12hs, vía oral.
- Carvedilol 3,125 mg cada 12hs, vía oral.
- Furosemida 40 mg por día, vía oral.
- Digoxina 0,25mg por día, vía oral.
- Ranitidina 300 mg por día, vía oral.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- **CCG (2013):** coronarias sin lesiones significativas.
- **RMN Cardiovascular (2013):** miocardiopatía dilatada con deterioro severo de la función sistólica biventricular. Dilatación severa de la aurícula izquierda.
- **Centellograma V/Q (2015):** Ventilación pulmonar globalmente conservada en ambos campos pulmonares. Pulmón derecho presenta hipoperfusión generalizada con severos defectos de perfusión segmentarios en segmento anterior del lóbulo superior y en segmento latero basal del lóbulo inferior con irregularidades periféricas en lóbulo inferior. Compatible con TEP.
- **Ecocardiograma (2013):**

<u>DDVI:</u> 69 mm	<u>DSVI:</u> 63 mm	<u>SIV:</u> 1,1mm	<u>PP:</u> 1 mm	<u>Fey:</u> 17%
-----------------------	-----------------------	----------------------	--------------------	--------------------

- VI dilatado con grosor conservado. Hipoquinesia difusa. Función sistólica severamente deprimida. Strain global: -6,4%.
- Patrón de flujo transmitral restrictivo.
- AI levemente dilatada (45mm).
- Cavidades derechas de dimensiones normales. Hipoquinesia de pared libre de VD. TAPSE 14mm. Velocidades tisulares reducidas.
- Válvula mitral y aórtica con signos de bajo flujotransvalvular. Insuficiencia Mitral moderada. ORE: 0,2cm².
- Válvulas tricúspide y pulmonar morfológicamente normales. Leve reflujo tricuspídeo. PSAP: 46mmHg.

EXAMEN FISICO INGRESO A SALA 24/07/15

TA: 100/75mmHg

FC: 110 lpm

FR: 20 cpm

Sat: 98% (Fio2: 0,21)

T: 36,6°C

Cardiovascular: Buena 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, soplo sistólico regurgitativo, 2/6, con predominio en foco mitral con irradiación a axila.

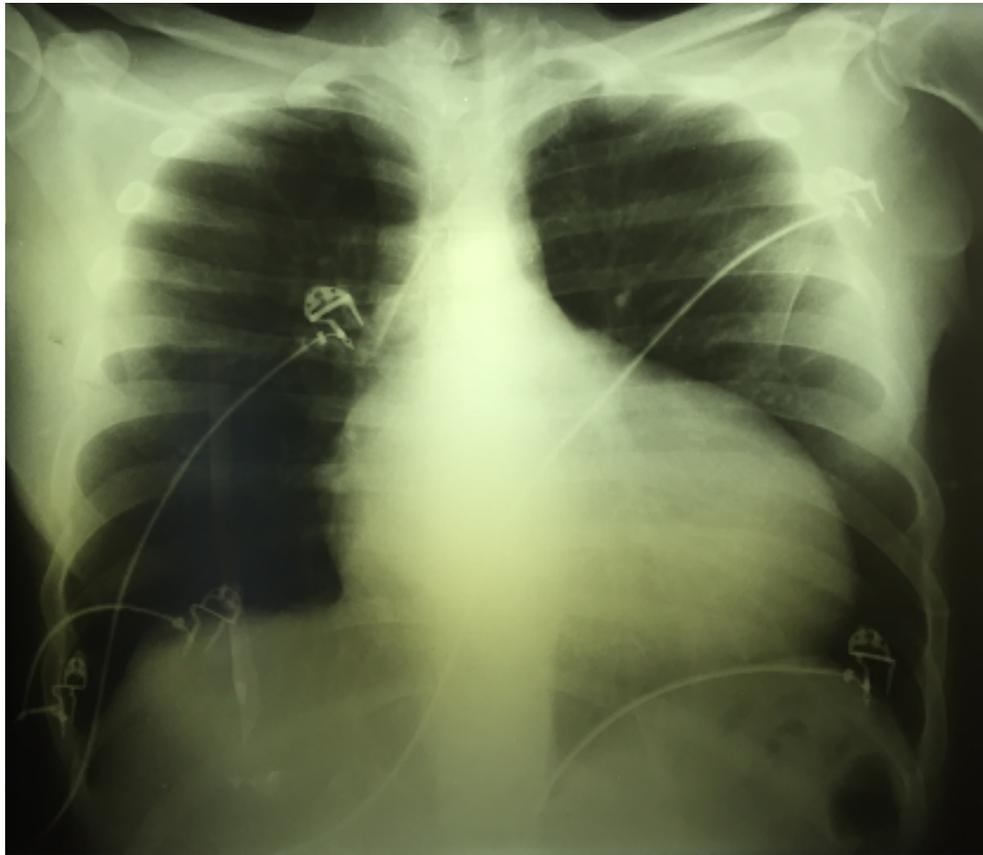
Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria con buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.

Abdomen: Blando, depresible, hepatomegalia dolorosa a la palpación superficial, RHA positivos.

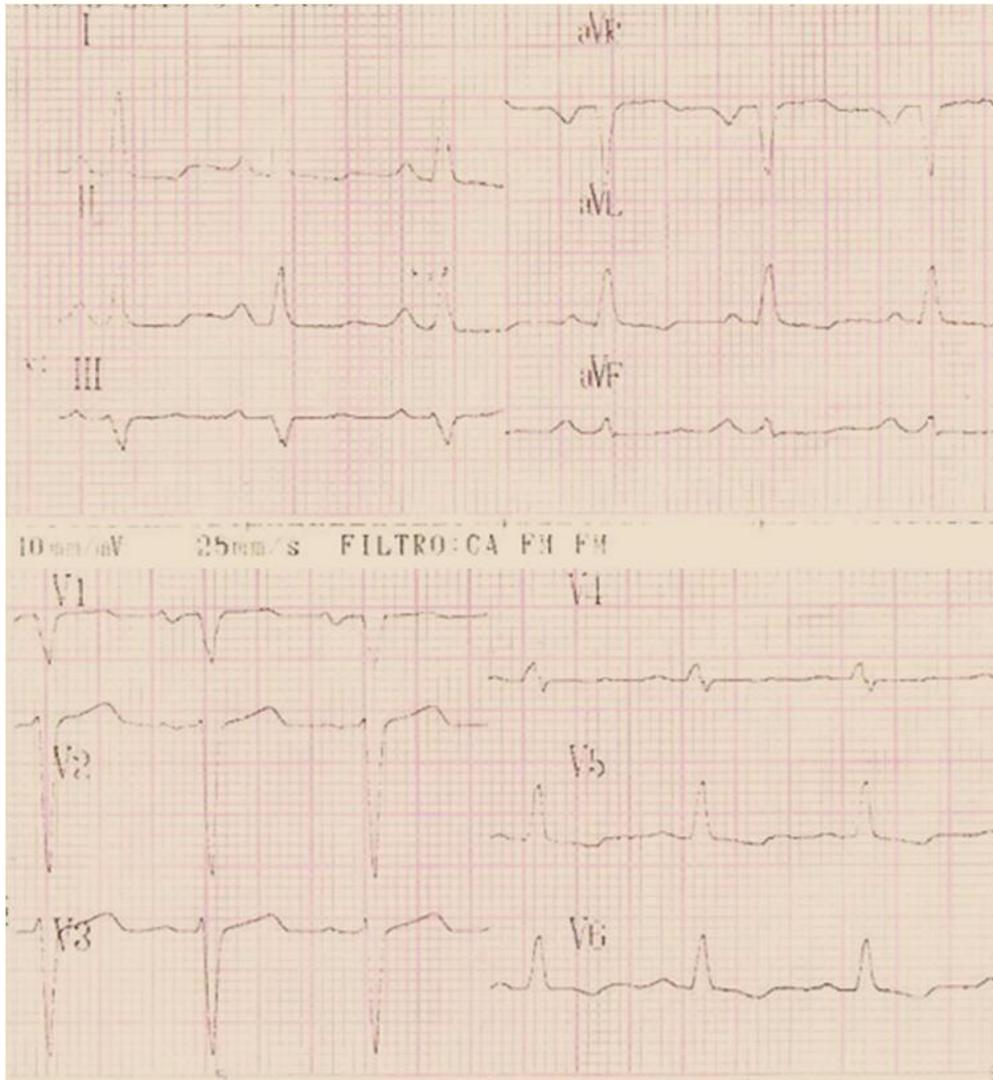
Neurológico: Lúcido, sin signos de foco motor ni sensitivo.

Piel y Partes blandas: Edema de miembros inferiores, 2/6 infrapatelares y bilaterales.

RX DE TÓRAX INGRESO D.J. 28/09/15



ECG INGRESO D.J. 28/09/15



EVOLUCIÓN EN UCO 28/09 AL 30/09

Paciente ingresa a unidad coronaria con cuadro compatible con insuficiencia cardíaca descompensada retrógrada derecho.

Evoluciona con oliguria, por lo cual se decide colocar catéter venoso central para control de parámetros hemodinámicos (PVC de 4cmH₂O y saturación venosa de O₂ de 65%). Se indica expansiones con SF para optimizar precarga.

Intercurre con signos de sobrecarga de VI por lo que inicia tratamiento diurético EV sin respuesta. Posteriormente se inician infusión de inotrópicos.

Se realiza Ecocardiograma transtorácico.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO 29/09/15

<u>DDVI:</u> 78 mm	<u>DSVI:</u> 72 mm	<u>SIV:</u> 0,8 mm	<u>PP:</u> 0,7 mm	<u>AI:</u> 34cm ²
-----------------------	-----------------------	-----------------------	----------------------	---------------------------------

- Dilatación severa del VI con grosor conservado. Función sistólica severamente deprimida. Hipoquinesia global.
- Patrón de flujo transmitral restrictivo.
- AI moderadamente dilatada.
- Dilatación del ventrículo derecho, grosor conservado y función sistólica severamente deprimida. AD levemente dilatada.
- IM leve. IT leve que permite estimar una PSAP de 41mmHg.
- Válvula Aortica morfológicamente normal, sin evidencias de disfunción.
- VCI dilatada, con colapso inspiratorio. No se observa derrame pericárdico.

EVOLUCIÓN EN UCO 01/10 AL 03/10

Por persistencia de cuadro clínico se decide colocar catéter Swan-Ganz para optimizar manejo hemodinámico, evidenciándose aumento de la presión de fin de diástole del VI y disminución del gasto cardíaco.

MONITOREO HEMODINÁMICO CON CATÉTER DE SWAN GANZ

Fecha/hora	TA	FC	PVC	PAP	PW	GC/IC	RVS	RVP	SVC	SO2 art	Medicación/Diuresis
30/09 11:30hs	93/65 (72)	115	16	49/29 (35)	23	3,1/1,8	1444	155	55	98	Milrinona: 0,35g Furosemida 40mg/12hs
16:00hs	88/49 (65)	95	13	52/30 (37)	26	2,1/1,2	1900	419	---	---	Milrinona: 0,35g Furosemida 40mg/8hs D: 300ml
01/10 03:15hs	93/67 (62)	103	9	51/24 (33)	18	5/2,8	848	224	69	---	Milrinona: 0,35g Furosemida : 0,5gr D: 1300ml
09:30hs	91/57 (68)	105	6	49/26 (33)	23	2,8/1,6	1771	286	---	94%	Milrinona: 0,35g Furosemida : 0,5gr D: 1500ml
02/10 00:30hs	89/59 (67)	102	8	51/25 (33)	22	4,3/2,4	1397	205	---	---	Milrinona: 0,7g Furosemida : 1gr D: 1900ml
11:30hs	79/53 (57)	106	4	34/20 (25)	14	5/2,2	1059	220	77%	---	Milrinona: 0,7g Furosemida : 0,75gr T38,8°- GB D: 2500ml
18:30hs	95/60 (70)	122	4	42/26 (31)	18	4,8/2,7	1947	384	---	---	Milri: 0,7g DBT: 6g Furo: 1gr NA:0,16g



EVOLUCIÓN EN UCO 03/10 AL 07/10

El 3/10 se retira el cateter Swan Ganz y se realizan pancultivos, iniciándose tratamiento antibiótico empírico con Imipenem y Vancomicina.

Evoluciona con profundización de Shock Mixto por lo que el 04/10 se indica Levosimendán.

Se recibe resultado de HMC y cultivo de catéter positivos para SAMS por lo cual se rota tratamiento antibiótico a Cefalotina EV ajustado a antibiograma.

EVOLUCIÓN EN UCO 07/10 AL 17/10

Presenta respuesta favorable al tratamiento instaurado, continuando con doble soporte inotrópico.

El 11/10 el paciente evoluciona desfavorablemente con profundización de Shock cardiogénico, requerimiento nuevamente de Noradrenalina. Se interpreta como shock refractario a triple soporte inotrópico y vasopresor.

El 18/10 intercorre con PCR en contexto de FV/TV que degenera en asistolia, se realizan maniobras básicas y avanzadas de RCP sin respuesta. Se constata óbito a las 12.30hs pm.

TRATAMIENTO EN UNIDAD CORONARIA:

- 1) Furosemida 20 mg Endovenoso cada 8hs.
- 2) Espironolactona 25 mg Vía oral cada día.
- 3) Milrinona.
- 4) Dobutamina.
- 5) Noradrenalina.
- 6) Enoxaparina 80mg subcutaneo cada 12hs.
- 7) Digoxina 0,25mg Vía oral cada día.
- 8) Omeprazol 20mg Vía oral cada día.

}

LABORATORIOS DURANTE INTERNACIÓN:

	28/09	04/10	15/10	18/10
Hto	45	48	39	40
GB	6500	16400	12500	10400
Plaq	141000	105000	389000	371000
Gluc	70	84	65	97
Urea	39	38	51	73
Creat	1.35	0.86	1	1
BT/BD/GOT/GPT	3.68/2.22/44/30	2.97/1.9/20/13	2.74/1.85/134/123	2.75/2.15/31/54
TP/kptt/RIN	43/44/1.83	77/34/1.14	61/34/1.3	40/41/1.98
Na/K/Cl/Ca	133/4.11/95/1.09	130/3.1/86	120/3.96/74	118/3.16/71
pH/HCO3	7.46/19	7.46/26	7.56/33	7.52/31
Lac/SatV	28/62%	24/62%	17/77%	