



Ateneo

Anatomopatológico

20/07/16

Negrete Alejandro

Residencia de cardiología

Hospital Dr. C. Argerich

<u>Paciente:</u> S. R.		<u>Edad:</u> 61 años
<u>Sexo:</u> Masculino	<u>Ingreso:</u> 20/03/16	<u>Óbito:</u> 17/05/16

MOTIVO DE INGRESO: Deterioro del sensorio.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente en seguimiento por servicio de Trasplante Hepático de este Hospital con diagnóstico presuntivo de Cirrosis Hepática secundaria a NASH, ingresa a guardia externa de este hospital el 20/03 con hipotensión arterial (80/50mmHg) asociado a síndrome ascítico-edematoso e IRA.

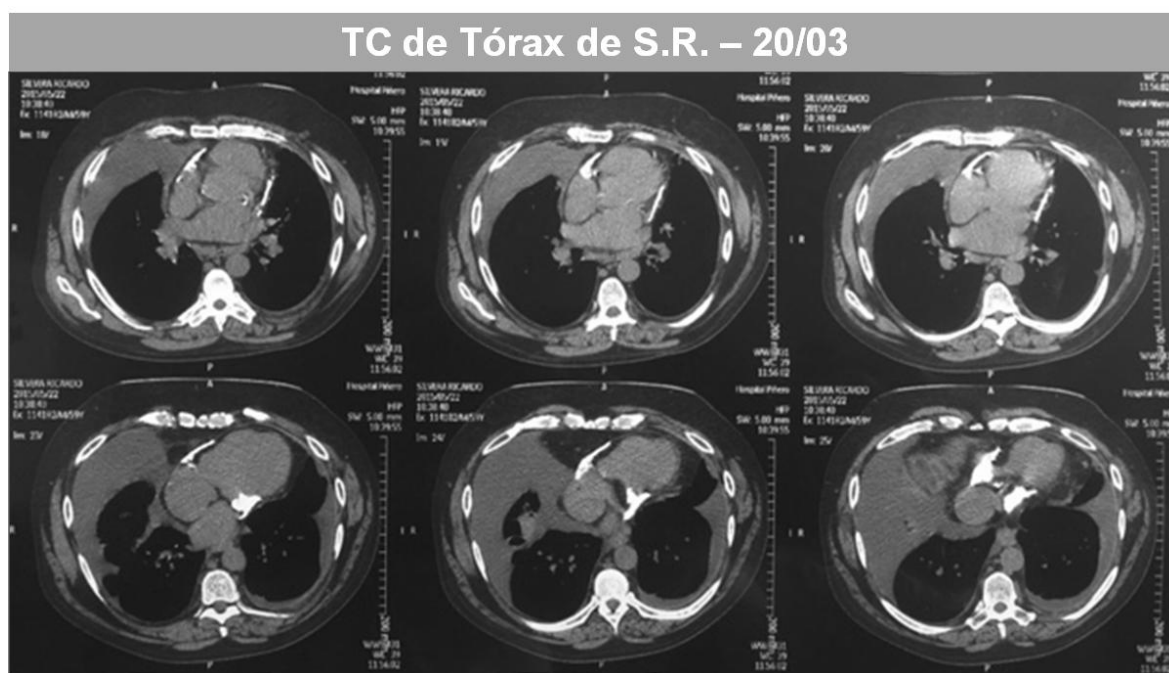
Es interpretado como encefalopatía hepática y síndrome Hepatorrenal tipo II, por lo que se decide su pase a UTI.

Durante la internación en UTI se realizan pancultivos con aislamiento en urocultivo para Enterococo Faecalis por lo que inicia tratamiento antibiótico.

Evoluciona con shock vasopléjico con requerimiento de noradrenalina y Hemodiálisis.

Durante su internación en UTI se realizan TAC tóracoabdominal y ecocardiograma doppler evidenciando como hallazgo la calcificación pericárdica y ascitis.

Evoluciona favorablemente con balance negativo y tratamiento antibiótico, por lo que el 24/03 se decide su pase a Clínica médica.



Durante su internación en Clínica médica evoluciona con reagudización de insuficiencia renal, interpretándose como síndrome hepatorenal por lo que se indica tratamiento con Terlipresina, albumina (1 gr/kg/día) y diuréticos de ASA.

Con el tratamiento instaurado evoluciona desfavorablemente, con persistencia de insuficiencia renal y sobrecarga de volumen progresiva.

Debido a la evolución del paciente, asociado al hallazgo de calcificaciones pericárdicas en TC de tórax se realiza nuevo ecocardiograma.

ECOCARDIOGRAMA DOPPLER TRANSTORÁCICO 20/04/16

<u>DDVI:</u> 41mm	<u>DSVI:</u> 24mm	<u>SIV:</u> 0,8mm	<u>PP:</u> 0,6mm
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

- VI de dimensiones y grosor normales. FSVI conservada, sin trastornos segmentarios de la motilidad parietal. Patrón de llenado transmitral tipo restrictivo. Se observa variación respiratoria del flujo transmitral del 20%. AI de 23cm².
- AD 20cm². FSVD disminuída (TAPSE 15, Onda S 0,05m/seg).
- Calcificación severa del anillo mitral a predominio de valva posterior, con extensión hacia pared lateral de VI.
- Válvulas Aortica, Tricuspide y Pulmonar morfológicamente normales sin evidencia de disfunción.
- VCI dilatada con colapso inspiratorio parcial. No derrame pericárdico.
- Diagnóstico probable de pericarditis constrictiva.

Se reinterpreta cuadro como pericarditis constrictiva. Se organiza ateneo de decisión entre servicios de Clínica médica, Cardiología y Cirugía Cardiovascular para evaluar opciones terapéuticas del paciente, optándose por tratamiento quirúrgico.

Se realizan estudios prequirúrgicos:

CCG DIAGNÓSTICA 28/04/16:

- **Tronco CI:** ostium libre. Lesión severa a nivel distal.
- **Art DA:** ramo diagonal de importante calibre con lesión severa cerca de su nacimiento, a nivel de bifurcación de un ramo secundario. El resto de la arteria es de trayecto tortuoso.
- **Art Circunfleja:** presenta lesión severa en su porción AV, próximo al segmento distal del ostium de ramo obtuso marginal de importante calibre. El resto de la arteria es de trayecto tortuoso.

- **Art CD:** Dominante. No se observan lesiones angiográficamente significativas.
- **VTG izquierdo:** VFS y VFD conservados. FSVI conservada. Se observa calcificación del pericardio.

Posterior al procedimiento evoluciona con profundización del deterioro en la función renal y oligoanuria con tendencia a la hipotensión (TA 90/60 mmHg).

Se decide su pase a UCO para terapia de reemplazo renal.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

- **Ex-tabaquismo:** 8 cigarrillos/día, durante 20 años.

ANTECEDENTES CARVIOVASCULARES

- No refiere

OTROS ANTECEDENTES:

- Esteatohepatitis no Alcohólica (NASH) diagnosticado en 2012 en contexto de SAE en Hospital Ramos Mejía con VEDA que evidencia varices esofágicas grado I (2015), derivado a Servicio de Trasplante hepático de nuestro centro para evaluación.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

- **Ecodoppler Hepático 17/03:** Hígado disminuido de tamaño, bordes irregulares y aumento de ecogenicidad en forma difusa. Esplenomegalia homogénea (154mm). Venas Mesentéricas, Esplénica, Porta y Suprahepáticas sin particularidades. Abundante líquido perihepático, periesplénico e interasas. No se observa circulación colateral. Estudio no sugestivo de hipertensión portal.
- **Ecografía Renal Bilateral 29/03:** Ambos riñones de forma, tamaño y ecoestructura conservada.

TRATAMIENTO EN SALA DE CLÍNICA MÉDICA:

- AAS 100mg por día, vía oral.
- Atorvastatina 40mg por día, vía oral.
- Atenolol 12,5mg por día, vía oral.

- Acido Folico 10mg por día, vía oral.
- Vitamina B12 1 comprimido por día, vía oral.
- Furosemida EV en BIC.

EXAMEN FISICO INGRESO A UNIDAD CORONARIA 03/05/16

TA: 90/60mmHg	FC: 68 lpm	FR: 18 cpm	Sat: 99% (0,21)	T: 36,5 °C
Peso: 91kg		Altura: 1,70		IMC: 31,5

Cardiovascular: IY 3/3 sin colapso inspiratorio. Latido apexiano en 5to EIC LMC, pulsos periféricos simétricos y regulares. R1 y R2 en 4 focos normofonéticos, silencios libres, knock pericárdico en mesocardio.

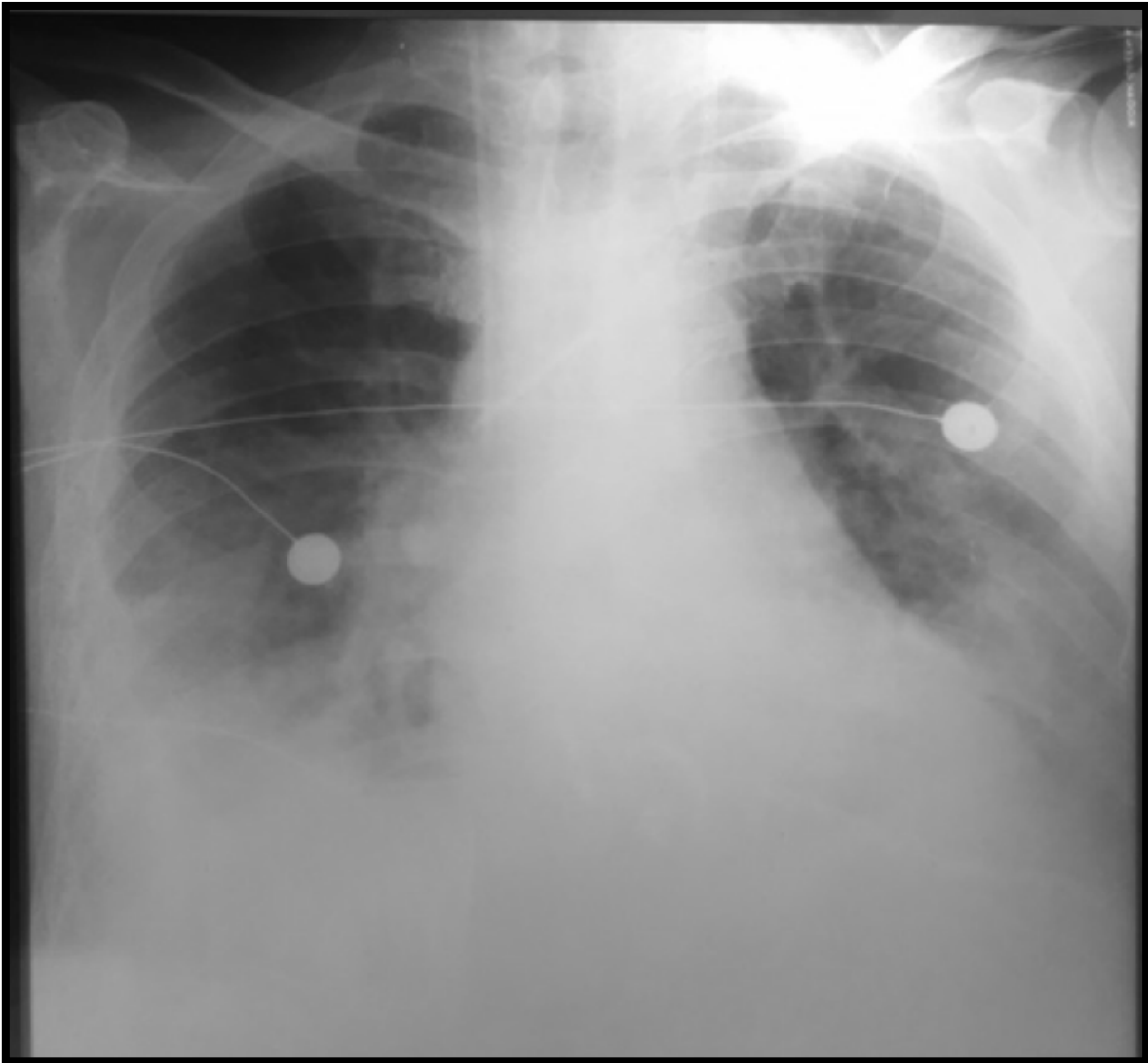
Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria asociado a crepitantes bibasales con hipoventilación bibasal de predominio en base pulmonar izquierda.

Abdomen: Globoso, tenso, indoloro con matidez supraumbilical de concavidad superior, RHA positivos.

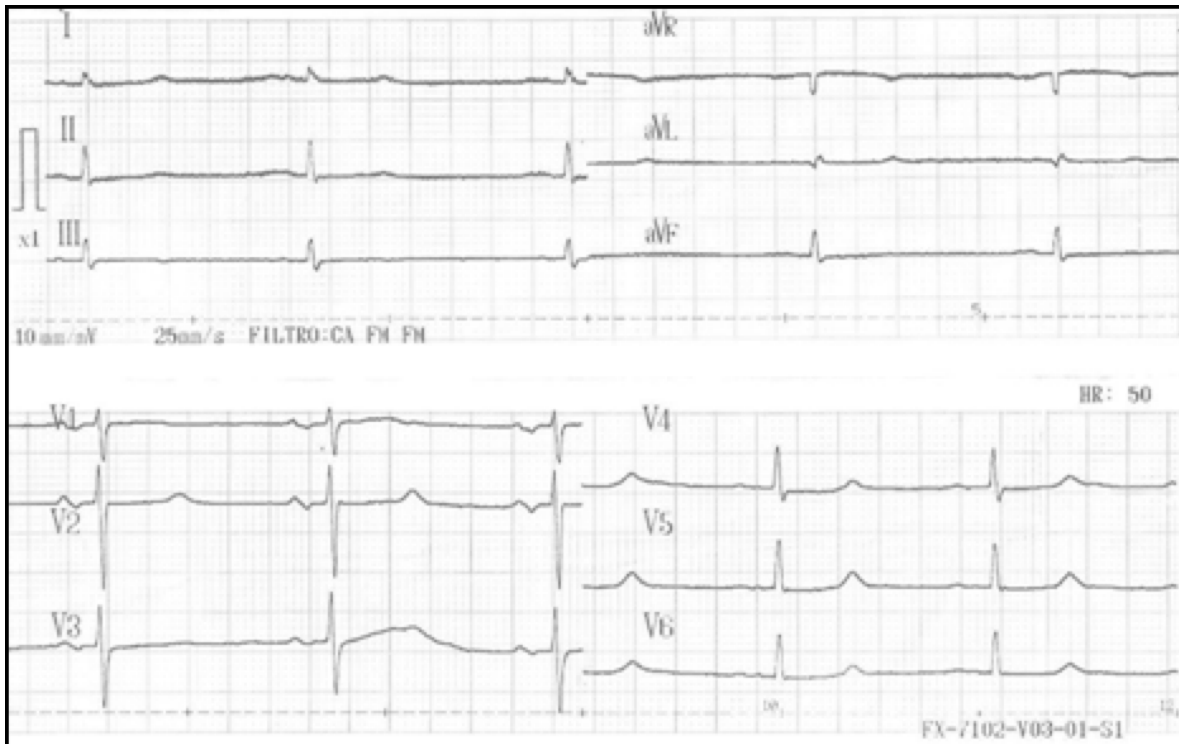
Neurológico: Lúcido, sin signos de foco neurológico agudo.

Piel y Partes blandas: Edema de MMII, bilateral y simétrico, 2/6 hasta raíz de muslo y edema de pared.

RX DE TÓRAX S. R. EN UCO 03/05/16



ECG S.R. INGRESO UCO 03/05/16



EVOLUCIÓN EN UCO – 03/05 AL 17/05

A su ingreso se realiza hemodiálisis con requerimiento de soporte vasopresor con Noradrenalina. Debido a la presencia de ascitis a tensión se realiza paracentesis evacuadora (5 lts.) evidenciándose presión intraabdominal aumentada (25 cmH₂O), con líquido ascítico compatible con hipertensión portal (GASA >1,1), sin signos de peritonitis bacteriana espontánea.

Posterior a evacuación presenta recuperación del ritmo diurético suspendiéndose la terapia de reemplazo renal, con mejoría clínica y hemodinámica progresiva.

El 17/05 con normalización de parámetros de laboratorio y sin signos de sobrecarga hídrica ingresa a quirófano para realización de pericardiectomía y CRM.

EVOLUCIÓN INTRAOPERATORIA

Tiempos de clampeo aórtico 180min y circulación extracorpórea 240min.

Posterior a revascularización miocárdica y durante pericardiectomía, el paciente intercorre con shock refractario, por lo cual se decide colocación de BCIAo, sin mejoría. Complica con PCR con AESP, se realizan maniobras de RCP avanzadas sin éxito, se constata óbito a las 23:15hs.

LABORATORIOS DURANTE INTERNACIÓN:

	20/03	28/04	03/05	16/05
Hto	39	28	26	25
GB	5900	4800	5500	3700
Plaq	147000	189000	160000	168000
Gluc	94	79	111	60
Urea	341	69	130	31
Creat	5,71	1,47	3,69	0,85
BT/GOT/GPT	1,9/1/19/16	1,24/0.57/15/5	0,42/-/31/25	0,65/-/71/8
ALBUMINA	4	3,9	4,4	4,1
TP/KPTT/RIN	33/107/2,3	66/30/1,29	70/34/1,2	60/37/1,3
Na/K/Cl	126/6.43/97	134/4,13/96	128/4,5/90	138/3,8/102
pH/HCO3	7,37/9,5	7,35/23	7,37/21	7,41/18
Lac/SatV	20/-	20/-	18/71	16/78%
ESD: 62 (25/04)		PCR: 21 (25/04)		FAN: 1/320 (2014)
HIV: NEGATIVO		HBV y HCV: NEGATIVO		