



ATENEO ANÁATOMO- PATOLÓGICO

Florencia Anzivino
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. Cosme Argerich

Paciente: Q.D.

Sexo: Masculino

Edad: 45 años

Fecha de internación: 27/01/16

Fecha de óbito: 01/03/16

MOTIVO DE INTERNACIÓN

Disnea

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente con antecedentes de insuficiencia cardiaca y enfermedad reumatológica en estudio, refiere presentar progresión de disnea habitual a leves esfuerzos a disnea en reposo de 10 días de evolución por lo cual consulta a guardia externa de este Hospital el 26/01.

A su ingreso se constata paciente hemodinámicamente descompensado, hipotenso (TA 80/60 mmHg), taquicárdico (FC 120 lpm), taquipnéico (FR 27 cpm) con signos de mala perfusión periférica. Se interpreta el cuadro como shock cardiogénico y se inicia tratamiento con inotrópicos EV (Dopamina) y diuréticos en bolo por 24 hs, con respuesta favorable.

El 27/01 pasa a Sala de Cardiología para control evolutivo y tratamiento.

ANTECEDENTES

Antecedentes de enfermedad actual:

- Internación en nuestro hospital en octubre de 2015 por shock cardiogénico y enfermedad reumatológica en estudio con diagnóstico de egreso de Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo vs. esclerodermia.
- Refiere cambio de coloración en los dedos de las manos de 3 años de evolución asociado a endurecimiento de la piel asociado a disfagia y pérdida de peso.

Factores de riesgo cardiovasculares:

- Ex tabaquista: 60 pack year (40 cig por día por 30 años)

- Antecedente de obesidad (BMI 2013: 32 kg/m²), actualmente caquexia (BMI: 16 kg/m²)

Antecedentes cardiovasculares:

- Miocardiopatía Dilatada de etiología desconocida, con deterioro severo de la función ventricular de dos años de evolución.
- Trombo en VI octubre 2015.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS PREVIOS:

Cardiovascular:

- **SPECT reposo 19/10/15:** Secuela de necrosis extensa probables territorios DA y/o CX con Score de reposo de 27 puntos. Fey 24% sin viabilidad miocárdica.
- **Cateterismo izquierdo, derecho y test de Frio 13/11/15:** Arterias coronarias sin lesiones angiográficamente significativas función sistólica del VI severamente deteriorada. Volumen minuto e índice cardiaco disminuidos.
- **Conclusión:** Miocardiopatía dilatada con deterioro severo de la función no isquémico necrótica.
- **Ecocardiograma transtorácico 27/10/15:**

DDVI: 68 mm	DSVI: 59 mm	SIV: 8 mm	PP: 8 mm	AD: 22 cm	AI: 26 cm
-------------	-------------	-----------	----------	-----------	-----------

- VI dilatado. Aquinesia infero-latero-dorsal. Hipoquinesia difusa del resto de segmentos. Trombo mural apical, función sistólica severa, FEy 17%.
- Patrón diastólico mitral restrictivo.
- AI dilatada.
- Hipertensión pulmonar leve (PSAP 37 mmHg)

- VD dilatado con hipoquinesia de su pared libre. TAPSE y velocidades tisulares reducidas.
- VCI dilatada con colapso inspiratorio menor del 50%.
- AD levemente dilatada.
- Leve reflujo mitral y tricuspideo.
- Derrame pericárdico circunferencial moderado. Derrame pleural izquierdo

Evaluación respiratoria:

- **Espirometría 30.10.15:** Patrón restrictivo moderado, CVF 52%.
- **TAC de torax:** Derrame pleural bilateral. Derrame pericárdico. Atelectasia en LII. Escasa cantidad de líquido perihepático. Aumento difuso de la densidad de la grasa del TCS.

Perfil reumatológico:

- **Proteinograma electroforético:**
- hipoproteinemia severa.
- Hipoalbuminemia marcada.
- Hipergammaglobulinemia de tipo policlonal.

- **Serologías:**

Anti Ro: Negativo	Anti LA: Negativo
Anti SM: Negativo	Anti RNP: Positivo
Anti Scl70: Negativo	Anti Jo1: Negativo

- **Enzimas musculares: Normales**

- CK: 114
- Aldolasa: 2.8 mUI/ml (VN 6-8).
- LDH: 385
- **Electromiograma:** signos electromiográficos de compromiso miopático proximal. Neuroconducción normal. Sin patrón neurógeno axial.
- **Biopsia de piel de antebrazo izquierdo 12/11/15:** Hallazgos compatibles con morfea/ esclerodermia.
- (poner foto)e informe completo
- **VEDA 25/11/15:** Hipomotilidad esofágica con atrofia de la mucosa atrial y duodenal (Sin biopsia por RIN fuera de rango).
- **Capilaroscopia 26/11/15:** (II y III dedo de ambas manos) Evidencia zonas avasculares, megacapilares, microhemorragia y capilares desorganizados compatibles con diagnóstico de esclerodermia.

Medicación habitual:

- Omeprazol 20 mg día, vía oral
- Bisoprolol 2,5 mg día, vía oral
- Enalapril 5 mg día, vía oral
- Eplerenona 25 mg día, vía oral
- Acenocumarol 1 mg día, vía oral
- Dolofrix 1 comprimido cada 12 horas, vía oral

EXAMEN FÍSICO INGRESO A SALA DE CARDIOLOGÍA 27/01/16

FC: 130 lpm	TA: 90/60 mmHg	FR: 18 Cpm	Temp: 36°C	Sat: 94% (FiO ₂ 0,21%)
-------------	----------------	------------	------------	-----------------------------------

Cardiovascular:

Adecuada perfusión periférica, pulsos regulares y simétricos, IY 2/3 con RHY positivo, R1 y R2 en 4 focos, normofonéticos, silencios libres. Sin R3 ni R4.

Respiratorio:

Buena mecánica ventilatoria, hipoventilación bibasal, sin ruidos agregados.

Abdomen:

Blando, depresible, doloroso a la palpación superficial en hipocondrio derecho, hepatomegalia 3 cm por debajo del reborde costal. RHA presentes.

Neurológico:

Vigil, lúcido, sin signos de foco motor o meníngeo, motilidad disminuida por rigidez y endurecimiento cutáneo.

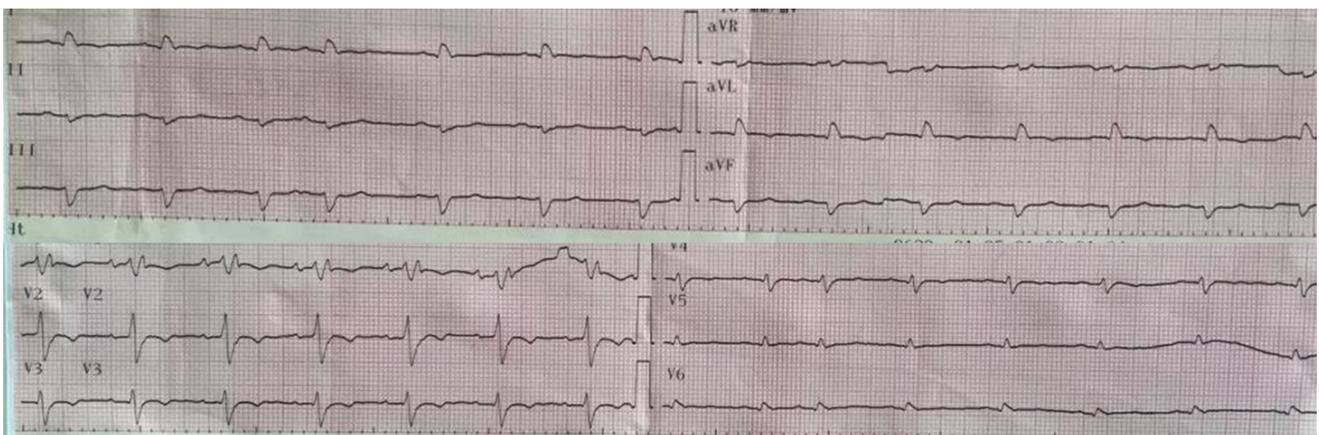
Piel y TCS:

Piel indurada con disminución de pliegue cutáneo, lesiones en abdomen en “sal y pimienta”, máculas hipopigmentadas de contornos irregulares en frente y zona de implantación pilosa, microstomia, facie de “pájaro”.

RX DE TÓRAX DE INGRESO



ECG INGRESO



PACIENTE Q.D.



EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGÍA:

Paciente hemodinámicamente estable, sin requerimiento de drogas vasoactivas, realiza balance negativo forzado con diuréticos de asa EV en bolo con adecuada respuesta.

Se titula tratamiento médico hasta máximo tolerado.

El 03/02 se realiza Ecocardiograma doppler.

ECOCARDIOGRAMA DOPPLER 03/02/16:

DDVI: 69 mm	DSVI: 64 mm	DDVD: 52 mm	SIV: 9 mm	PP: 7 mm	AI: 43 mm
-------------	-------------	-------------	-----------	----------	-----------

- Ventrículo izquierdo severamente dilatado con adelgazamiento e hiperrefringencia de la pared infeoposterior.
- Deterioro severo de la función sistólica global y menor al 15%.
- Disquinesia inferoposterior, basal y medioventricular. Aquinesia del resto de los segmentos.
- Trombo organizado apical.
- Patrón de llenado restrictivo.

- Aurícula izquierda levemente dilatada.
- Ventrículo derecho dilatado con deterioro severo de la función sistólica.
- Aurícula derecha levemente dilatada (18.6 cm²).
- Válvulas morfológicamente normales, insuficiencia mitral leve. PSAP 32 mmHg.
- VCI no dilatada, sin colapso inspiratorio.
- Derrame pericárdico moderado.
- Derrame pleural bilateral.
- Presencia de cometas pulmonares compatibles con congestión pulmonar.

EVOLUCIÓN SALA DE CARDIOLOGÍA:

El 17/02 por presentar dolor musculoesquelético generalizado sin respuesta a AINES se realiza interconsulta con Servicio de Reumatología quienes deciden iniciar dosis bajas de glucocorticoides (Prednisona 5 mg por día, vía oral) interpretándose la hiperalgesia secundaria a enfermedad de base.

El paciente persiste con dolor generalizado sin respuesta a analgesia instaurada con opioides débiles (Tramadol) por lo que se realiza el 19/02 Interconsulta con Servicio de Cuidados Paliativos quienes indican Morfina vía oral con mejoría de la sintomatología.

Evoluciona con insuficiencia renal aguda (Urea 126 mg/dl / Creatinina 2.55 mg/dl) e hipercalemia (K 6.1 mmol/l). Se interpreta el cuadro como IRA prerrenal por lo que se estimula ingesta de líquidos.

El 25/02 se realiza nuevo ecocardiograma doppler control que evidencia persistencia de trombo mural fresco de aproximadamente 5 mm de espesor en región lateroapical del ventrículo izquierdo, sin otros cambios significativos respecto al previo.

El 26/02 se realiza nuevo laboratorio control que evidencia profundización de la insuficiencia renal con hipercalemia asociada (K 6.6 mmol/l). Se inicia hidratación endovenosa.

Debido a pronóstico del paciente se inicia seguimiento por Servicio de Salud mental para contención emocional.

Por persistencia de IRA y empeoramiento de su estado general se realiza Interconsulta con Servicio de Nefrología quienes deciden iniciar tratamiento de reemplazo renal.

Durante la primera sesión de Hemodiálisis presente deterioro del sensorio en contexto de hipotensión arterial, mala mecánica ventilatoria (Cheyne Stokes) por lo que se decide su pase en forma urgente a Unidad Coronaria. Presenta durante el traslado PCR sin poder constatarse ritmo de paro cardíaco. Se realizan maniobras de reanimación no exitosas.

Se constata óbito el 01/03.

LABORATORIO:

	27/01	10/02	24/02	26/02	28/02
Hematocrito	40	40	41	36.7	35
Glóbulos blancos	8700	7800	8100	9800	7400
Plaquetas	113000	168000	221000	183000	165000
Glucemia	86	111	89	64	75
Urea	51	52	126	172	226
Creatinina	0.88	0.94	2.55	3.84	4.81
Ionograma	136/3.3/10 0	136/3.0/97	133/6.1/96	129/6.6/91	125/6.17/91
Coagulograma		33/37/2.3	15/48/5.52	13/64/6.68	35/42/3.02
BT/BD	2.3/1.17	1.41/0.76	1.1/0.6	0.9/0.39	1.2/0.9
GOT/GPT	14/9	15/7	24/20	22/18	20/16
<p>26/02: Tiempo de trombina: 21 seg (VN 14 seg) ESD: 30 mm (VN 1-10) ; PCR: 49.7 mg/l (VN 0-5) CK 60 UI/l (VN 24-195) ; LDH 316 UI/l (VN 230-460) ; Aldolasa 2.8 mUI/ml (VN 6-8) Serología Chagas: No reactivo TSH: 2.96 uUI/ml (VN 0.5 - 4.7)</p>					