



ATENEO

Anatomopatológico

Rivara, Pablo Leandro
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. Cosme Argerich

Paciente: L.L.

Sexo: Masculino

Edad: 65 años

Fecha de Ingreso: 20/04/15

Fecha de Óbito: 16/07/15

Motivo de Consulta: Disnea.

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente con antecedentes de miocardiopatía dilatada de probable origen valvular, consulta por progresión de su disnea habitual CF II a CF III de 48 hs de evolución.

Se decide su internación en sala, en seguimiento por servicio de trasplante cardiaco.

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Miocardiopatía dilatada con deterioro severo de la función biventricular.

IM mitral severa de etiología desconocida.

Insuficiencia cardiaca de al menos 4 años de evolución, con múltiples internaciones por descompensación de su enfermedad de base. Derivado desde ministerio de salud de Salta para su seguimiento por servicio de trasplante cardiaco de este hospital desde el 2014.

Caminata de 6 minutos de 387 mts sin R3 (04/11/2014)

ANTECEDENTES PERSONALES

HTA de más de 10 años de evolución

Ex - Etilismo 75 grs / día por 40 años

Ex - TBQ 1 p/d por 50 años

MEDICACIÓN HABITUAL

- Enalapril 5 mg c/12 hs
- Carvedilol 6,25 mg c/12 hs
- Rosuvastatina 10 mg / día
- Espironolctona 25 mg / día
- Furosemida 40 mg c/12 hs
- Digoxina 0,25 mg (L-M-M-V-D)
- Ranitidina 150 mg/día

EXAMEN FÍSICO AL INGRESO

TA: 100/70 mmHg	FC: 110 lpm	FR: 20 cpm	T: 36,2°C	Sat: 95%
--------------------	-------------	------------	-----------	----------

Ap. Cardiovascular: Ingurgitación yugular 2/3 con colapso inspiratorio parcial. Pulsos simétricos y regulares. Latido apexiano en 5to espacio intercostal, línea axilar anterior. R1 y R2 en 4 focos, soplo sistólico 4/6 a predominio mitral.

Ap. Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, hipoventilación con rales crepitantes bibasales.

Abdomen: Blando, depresible, hígado palpable dos traveses de dedo por debajo del reborde costal, doloroso a la palpación, RHA positivos.

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

Piel y TCS: Edemas de miembros inferiores 3/6 infrapatelar, resto S/P.

ECG



EVOLUCIÓN EN SALA (21/04/15 - 07/07/15)

A su ingreso se inician inotrópicos mediante acceso periférico (milrinona 0,45 gammas/kg/min) y diuréticos EV (Furosemida 20 mg c/ 6 hs). Con buena respuesta sintomática y realizando balance negativo.

Cumple tratamiento ATB por cuadro de vías aéreas superiores (VAS).

Se disminuyen dosis de milrinona progresivamente hasta la suspensión luego de 16 días de requerimiento de los mismos.

A los 14 días de suspendido el tratamiento inotrópico y en contexto de nuevo cuadro infeccioso de VAS, desarrolla signos de bajo gasto cardiaco, por lo que se reinicia infusión de milrinona (0,5 gammas/kg/min).

Se realiza cateterismo derecho y ecocardiograma.

ECOCARDIOGRAMA 12/05/2015

DDVI:	DSVI:	FAC:	SIV:	PP:	AO:
85 cm	78 cm	8%	0,8 cm	0,8 cm	3,3 cm

VI severamente dilatado. Espesores normales. Hipoquinesia global. FEY severamente deprimida (20%), Strain longitudinal global: -6. Strain radial marcadamente reducido. Presencia de disincronía por tiempo al pico del strain radial y por TSI.

AI dilatada. VD de dimensiones normales con hipoquinesia de pared libre. Tapse y velocidades tisulares reducidos.

Válvula mitral con signos de bajo flujo. Restricción de la valva posterior. Presencia de punto "B" por aumento de la presión de fin de diástole del VI. Patrón de llenado de tipo restrictivo. Reflujo holosistólico severo- Jet excéntrico que se dirige hacia la pared posterolateral de la AI alcanzando el techo de la misma e ingresando a las venas pulmonares. ORE 0,4 cm². VR 56 ml

Válvula aortica con cierre gradual de sus valvas por bajo flujo. Flujo normal.

Válvula tricúspide con morfología y flujo diastólico normales. Mínimo reflujo. PSAP 50 mmHg PDAP 20 mmHg

Válvula pulmonar con ausencia de onda A y semicierre mesosistólico por HTP.

No se observa derrame pericárdico.

Cateterismo Derecho 27/05/2015	
Gasto Cardíaco	4,7 lt/min
Índice Cardíaco	2,5 lt/min/m ²
PAM	110/70 (83) mmHg
PAPM	48/27 (35) mmHg
PCP	24 mmHg
PVC	8 mmHg
RSV	1276 dn-s/cm ⁵
RVP	187 dn-s/cm ⁵

EVOLUCIÓN EN SALA (21/04/15 - 07/07/15)

Permanece internado con requerimiento de inotrópicos, en lista nacional de urgencia para trasplante cardiaco.

Luego de 3 meses de internación, el 07/07/15 se realiza trasplante cardíaco ortotópico, mediante la técnica clásica o biatrial.

Donante masculino de 30 años proveniente de la provincia de Córdoba.

TCA 62' - TCE 121' - Tiempo total de isquemia 246'

Requerimiento de hemoderivados: 2 UGR, 2 UPFC, y 1 U de Plaquetas.

POP inmediato - UTI (07/07/15)

Evoluciona en el postoperatorio inmediato con síndrome vasopléjico con requerimiento de vasopresores y shock cardiogénico con requerimiento de doble soporte inotrópico, plaquetopenia severa y alteración del medio interno (hipernatremia, hipokalemia, acidosis metabólica con GAP aumentado).

ECG post quirúrgico con ritmo auricular con requerimiento de isoproterenol.

Presenta deterioro del ritmo diurético con parámetros de IRA y requerimiento de diuréticos EV.

Drenajes mediastinal y pleural con escaso debito serohemático, se retiran a las 72 hs.

Cateterismo derecho post Qx: PVC 11; PW 18; PAP 36/25; PAS 126/37 (70)

EVOLUCIÓN EN UTI (08/07/15 - 16/7/15)

Debido a registros febriles persistentes se decide iniciar tratamiento antibiótico empírico con vancomicina e imipenem.

Posteriormente evoluciona favorablemente con disminución del requerimiento de drogas vasoactivas y recuperación del ritmo diurético.

Weaning exitoso el 13/07, con requerimientos de VNI en forma intermitente. Posterior a la extubación presenta enfisema subcutáneo en hemitórax derecho, tomándose conducta expectante.

El 15/07 evoluciona con nuevos registros febriles, se toman cultivos (sin rescates) y se amplía esquema antibiótico en forma empírica. En TC de tórax sin contraste que evidencia neumonía en base derecha asociada a derrame pleural. Se realiza

toracocentesis diagnóstica evidenciándose débito sanguinolento con criterios de exudado no complicado.

El 16/07 presenta bradicardia sostenida sin respuesta a cronotrópicos, que evoluciona a paro cardiorrespiratorio en ritmo de asistolia.

Se realizan maniobras de reanimación no exitosas, constatándose el óbito a las 20:20 Hs.

LABORATORIOS

Determinación	24/04/2015 Ingreso	07/07/2015 POP	16/07/2015 Óbito
Hematocrito	44%	34	37
Leucocitos	5800	22200	8500
Plaquetas	168000	38000	21000
Glucosa	88	177	124
Urea	44	93	140
Creatinina	1,08	1,98	1,28
Na / K / Cl	138/4,35/96	154/3,11/112	153/4,8/129
TP / kPTT / RIN	76/32	57/31/1,44	73/27
BT / BI / GOT / GPT	1,77/0,62/19/11	2,71/1,27/107/36	2,5/1,2/72/57
EAB	7,45/31/118/22/-1/99%	7,20/51/178/20/-8/99%	7,46/39/105/27/1/98%
Anti HBV / HCV / HAV	NR/NR/Reactiva		
Chagas	No reactiva		
HIV	No reactiva		
Toxoplasmosis	Reactiva		
VDRL	No reactiva		
EPSTEIN BAAR / HTLV	Reactiva / NR		