



Ateneo anatomopatológico

Carolina Pappalettere
Residencia de cardiología
Hospital Argerich

Paciente: M.N.	Edad: 17 años
Sexo: Masculino	Fecha de ingreso: 13/04/16 Fecha de egreso: 02/05/16

- **Motivo de consulta:** síndrome febril prolongado y diarrea
- **Enfermedad actual:** Paciente de 17 años sin antecedentes de relevancia presenta cuadro de un mes de evolución caracterizado por fiebre, diarrea y vómitos por lo cual es internado en hospital Muñiz.
- Durante la internación se realiza ecocardiograma doppler que evidencia imagen redondeada en aurícula derecha.
- El día 13/04 es derivado a nuestro centro para realización de ETE y posteriormente se decide su internación en sala de cardiología.

Antecedentes

- **Antecedentes de la enfermedad actual:**
 - Síndrome febril de un mes de evolución asociado a diarrea, náuseas y vómitos por el cual consulta a centro de atención primaria y es medicado con ciprofloxacina con diagnóstico presuntivo de salmonelosis.
 - Por persistencia del cuadro sumado a dolor torácico izquierdo consulta a Hospital Piñero donde se realiza laboratorio evidenciando anemia, plaquetopenia y alteración del hepatograma, motivo por el cual es derivado a hospital Muñiz.
 - Durante su internación en dicho hospital intercorre con bacteriemia por estafilococo Aureus metilino sensible por lo cual se inicia tratamiento antibiótico con cefalotina y clindamicina.
 - Presenta episodio sincopal con TEC leve. En dicho contexto se decide colocar vía central presentando neumotórax iatrogénico con requerimiento de tubo de avenamiento pleural. En dicho momento se realizó TAC de tórax que evidencia lesiones pulmonares compatibles con impactos sépticos.

- Debido a estos hallazgos el 07/04 se realiza ecocardiograma doppler :
 - VI con dimensiones conservadas. Función sistólica normal. Se observa en aurícula derecha en contacto con septum interauricular una formación redondeada sin movimiento con diámetro aproximado de 2 cm con una textura uniforme. Resto sin particularidades.
- El día 10/04 presenta expectoración hemoptoica en dos oportunidades por lo que se realiza nueva TAC de tórax que evidencia mismas alteraciones.

Exámenes complementarios previos

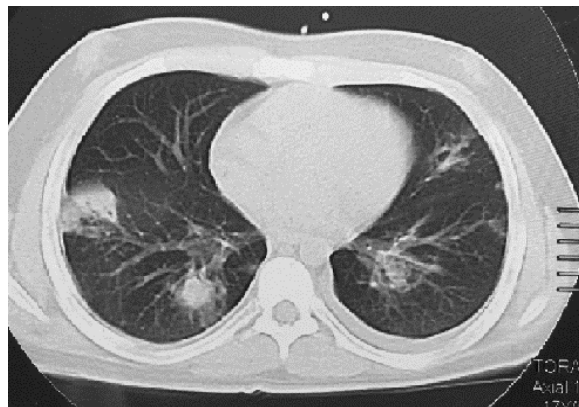
- **Ecografía abdominal (31/03):** hígado de forma, tamaño y estructura conservada. Esplenomegalia homogénea leve (125 mm). Derrame pleural a predominio izquierdo.
- **TAC cerebro, tórax, abdomen y pelvis (01/04):** neumotórax derecho con presencia de opacidades alveolares de distribución bilateral basal compatibles con neumopatía.
- **Proteinograma electroforético (01/04):**

Determinación	Resultado
Proteínas totales	6.4 g %
Albumina	3 g %
Alfa 1	0.36 g %
Alfa 2	0.99 g %
beta	0.75 g %
gamma	1.29 g %

- **Frotis de sangre periférica (05/04):** neutrofilia
- **Ecografía pleural (05/04):** pequeño derrame pleural izquierdo con base pulmonar consolidada
- **Serologías:**

Prueba	Resultados
HIV	Negativo
Chagas	negativo
Hepatitis B y C	Negativos
CMV	Negativo
brucelosis	Negativo
EBV	negativo

- **TAC de tórax (11/04):** imágenes nodulares en campo medio derecho y consolidación bibasal a predominio derecho. Escaso derrame pleural.



Ingreso sala de cardiología

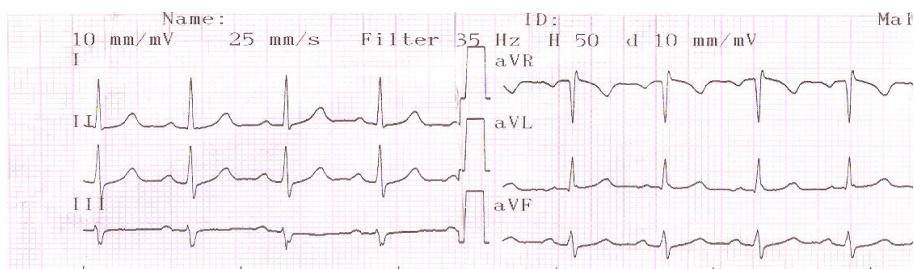
TA: 100/60mmHg	FC: 100 L.p.m.	FR: 20 C.p.m.	T: 36° C	Sat: 98%	BMI:27
--------------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------	--------------------	---------------

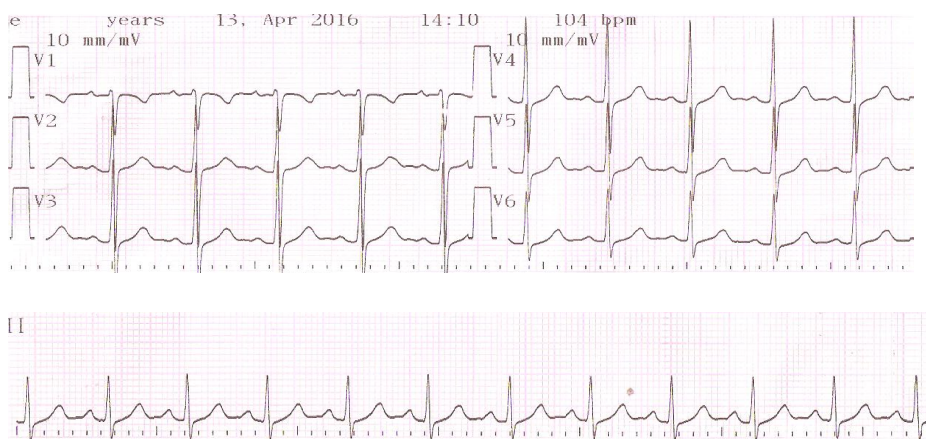
- **Aparato cardiovascular:** buena perfusión periférica. Sin ingurgitación yugular. Latido apexiano en 5° EIC LMC. Pulsos simétricos y regulares. R1-R2 en 4 focos, silencios libres.
- **Aparato respiratorio:** buena mecánica ventilatoria, sibilancias bilaterales en campos pulmonares medio e inferior.
- **Abdomen:** blando, depresible, indoloro, RHA presentes.
- **Neurológico:** lucido, sin foco motor ni signos meníngeos.

M.N. Rx de tórax 13/04/16. Ingreso a sala



M.N. ECG 13/04/16. Ingreso a sala





M.N. ecocardiograma doppler transesofágico 13/04/16

DDVI: 5.0cm	DSVI: 3.0cm	FAC: 40%	SIV: 0.5 cm	PP: 0.9cm
-----------------------	-----------------------	--------------------	-----------------------	---------------------

- Ventriculo izquierdo con motilidad regional y función sistólica normal. Patrón de llenado mitral normal.
- Aurícula izquierda no dilatada y sin evidencia de trombos.
- Cavidades derechas no dilatadas. Función sistólica del VD en el limite de la normalidad (TAPSE 1.7cm). Se observan 2 masas, una de ellas solida, lisa y fija adherida a la porción inferior del SIA de 2,2 x 1,8 cm que no prolapsa a ventriculo, y la otra hipomóvil, multilobulada adherida a cara auricular de la valva septal que prolapsa a ventriculo, sin generar compromiso hemodinámico significativo. Se constata insuficiencia tricuspidea leve. Las imágenes descriptas podrían ser compatibles con mixoma auricular derecho.

Evolución en sala de cardiología del 13/04 al 20/04

- Se interpreta cuadro como mixoma versus endocarditis infecciosa por lo cual se realiza interconsulta con servicio de cirugía cardiovascular decidiéndose conducta quirúrgica.
- En conjunto con servicio de infectología se decide continuar con tratamiento antibiótico con cefalotina. Se realizan hemocultivos de control que resultan negativos.
- Evoluciona sin nuevas interurrencias, el día 21/04 se realiza cirugía de resección de masa auricular derecha.

Parte quirúrgico

- Se realiza resección de masa hallada en aurícula derecha de aproximadamente 2,5 x 2,5 cm de diámetro implantada en septum interauricular. Se observan vegetaciones adheridas, las cuales también se resecan. Se envían muestras para cultivo microbiológico y anatomía patológica.
- Tiempo de circulación extracorpórea: 52 minutos.
- Tiempo de clampeo aórtico 30 minutos.

Evolución en UCO del 21/04 al 02/05

- Paciente ingresa en post operatorio inmediato, extubado y sin requerimiento de drogas vasoactivas.
- Evoluciona hemodinamicamente estable y sin intercurencias, es dado de alta a los 20 días de la cirugía completando 30 días de tratamiento antibiótico.

M.N. Ecocardiograma doppler 25/04

- Posoperatorio de resección de masa aurícula derecha.
- VI de dimensiones normales. Grosor parietal y función sistólica normal. Sin alteraciones segmentarias.
- Patrón de relajación normal.
- Presiones pulmonares normales.
- VD de dimensiones normales y función conservada.
- Aurícula derecha no dilatada. No se visualizan restos de masa reseca en el septum.
- Insuficiencia tricuspídea moderada (O.R.E 0,35 cm² y onda S de baja amplitud en vena suprahepática).
- No se observa derrame pericárdico.

Seguimiento

- Actualmente en seguimiento por consultorios externos de residentes.
- El día 1º de julio se realiza ecocardiograma doppler control:
 - Función sistólica normal y sin alteraciones segmentarias.
 - Válvulas morfológicamente normales, sin evidencia de disfunción.

- Se realizó eco de contraste con adecuada opacificación de cavidades derechas, observando pasaje de escasas burbujas al lado izquierdo del corazón, que aumentan

levemente con la maniobra de Valsalva, compatible con un pequeño foramen oval permeable con escaso shunt de derecha a izquierda.

	29/03 Htal Muñiz	13/04 Ingreso Argerich	22/04 POP resección	25/04
Hto	38	34	29	29
GB	15700	12600	11200	4900
Plaquetas	88000	248000	159000	147000
Glucemia	133	140	116	117
Urea	35	24	27	10
Creat	1,2	0,78	0,63	0,77
TP/kptt/RIN	64/35/1,3	62/36/1,35	47/31/1,7	55/28/1,49
Ionograma	131/4,4/96	134/4,2798	138/3,1/102	144/3,5/105
Hepatograma BT/Got/Gpt	1,3/332/279/32 /17	0,4/0,1/22/53	0,3/35/33	0,22/27/41