ATENEO DE DEPARTAMENTO

Jefe de departamento: Dr. Alejandro Stewart Harris

Hospital de Agudos Dr. Cosme Argerich.

Florencia Anzivino

Residencia de cardiología

27/05/2016

PACIENTE: B.R. **SEXO:** Femenino **EDAD:** 28 años

Ingreso clínica médica: 04/04/16

Ingreso UTI: 19/04/16

Ingreso cardiología: 04/05/16

Fecha de egreso: 18/05/16

MOTIVO DE CONSULTA:

Infección de piel y partes blandas.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente con antecedentes de LES que consulta a médica de cabecera el 04/04 por presentar úlcera en miembro inferior derecho con secreción purulenta de 5 días de evolución.

Se decide su internación en clínica médica y se inicia tratamiento antibiótico empírico con Piperacilina Tazobactám y Vancomicina EV.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

Lupus eritematoso discoide (LES) diagnóstico en 2011.

Nefropatía lúpica grado IV expresado como síndrome nefrótico con IRC. En seguimiento por Servicio de Nefrología desde Diciembre 2015, consulta en forma irregular.

Tratamiento inmunosupresor con Micofenolato hasta Octubre de 2015.

Úlcera crónica en cara superoexterna de pierna derecha con tejido de granulación subyacente desde el 2012, en seguimiento por Servicio de Dermatología con múltiples biopsias cutáneas inespecíficas.

Múltiples internaciones en clínica médica por infección de úlcera en MI y síndrome ascítico edematoso.

Última internación en Clínica médica en Octubre 2015 por deterioro del sensorio y pérdida de la agudeza visual asociado a insuficiencia renal. Se interpreta el cuadro como secundario a enfermedad de base versus PRESS. Se descarta síndrome antifosfolopídico y se indica Metilprednisolona EV en bolos y Ciclofosfamida. A los 15 días presenta sepsis a foco cutáneo por lo que suspende segundo ciclo de ciclofosfamida, continuando únicamente tratamiento corticoideo.

- **RM cerebral octubre 2015**: Imágenes hiperintensas en FLAIR y T2 en la sustancia blanca periventricular y subcortical bihemisférica. Angioresonancia cerebral sin alteraciones. Se realiza RM control al mes, sin hallazgos patológicos. Cuadro compatible con PRESS.

Se realiza interconsulta con Nefrología, quienes indican Gammaglobulina EV mensual. Realiza primer ciclo en Diciembre 2015, segundo en internación actual.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

No refiere.

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS:

Chagas diagnóstico en 2007 mediante Screening prenatal.

Lugar de nacimiento: Jujuy, Argentina.

Residencia: Isla Maciel hasta los 22 años, Liniers en la actualidad.

Viajes frecuentes a Bolivia.

Otras Serologías: HIV, HBV, HCV no reactivo.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Madre, tía materna, hermana: Serología positiva para Chagas.

ESTUDIO COMPLEMENTARIOS PREVIOS:

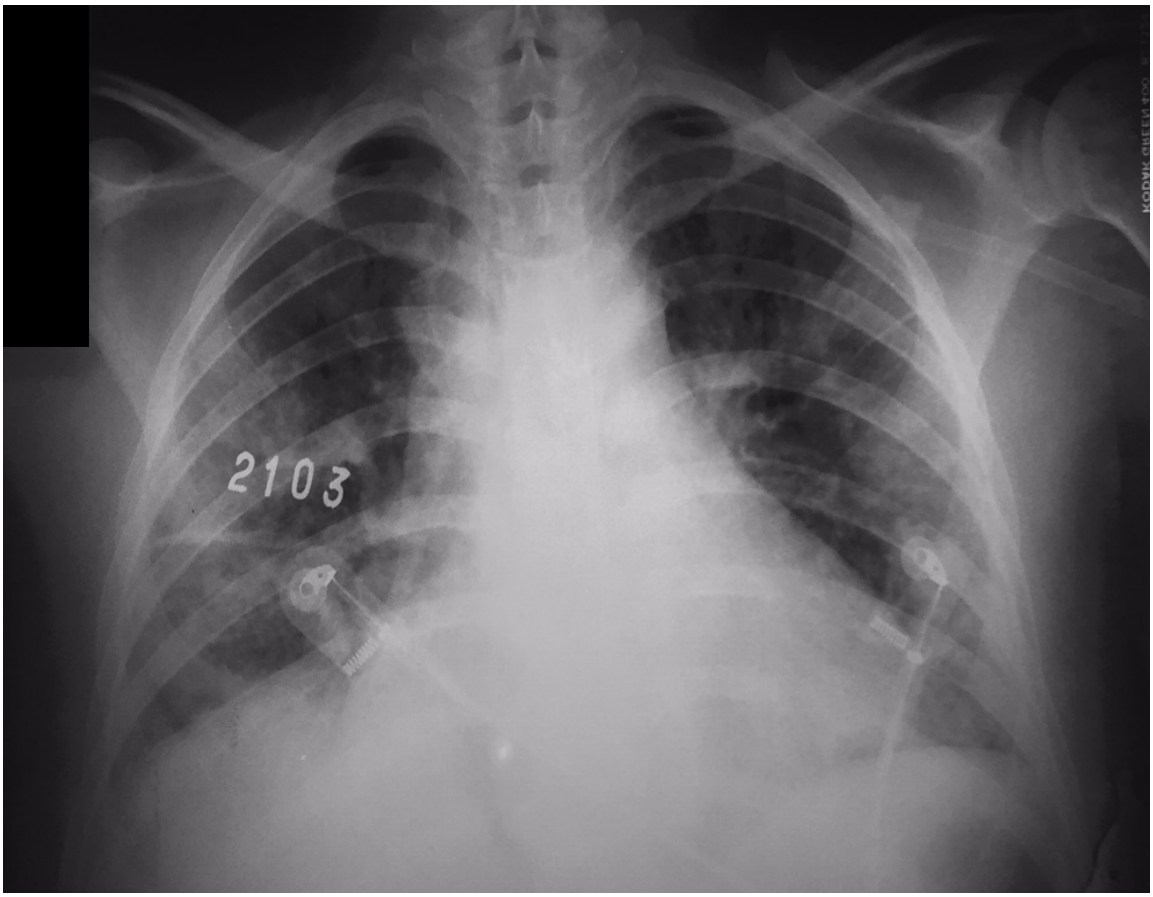
- **Ecocardiograma julio 2014:** DDVI 49mm DSVI 30mm SIV12mm PP 10mm AI 23cm2 Ventrículo izquierdo no dilatado con hipertrofia leve y función sistólica normal. Sin alteraciones segmentarias de la contracción. No se observan alteraciones de la relajación parietal. Aurícula izquierda ligeramente dilatada. PSAP 35 mmHg. Aurícula derecha no dilatada. Válvulas morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción. Se observa derrame pericárdico leve.
- **Ecocardiograma octubre 2015:** DDVI 54mm DSVI 30mm SIV 11mm PP 10mm AI 22cm2 Ventrículo izquierdo no dilatado con hipertrofia leve y función sistólica normal. Sin alteraciones segmentarias de la contracción. No se observan alteraciones de la relajación parietal. Aurícula izquierda ligeramente dilatada. Ventrículo derecho levemente dilatado (diámetro basal 45 mm) con grosor parietal y función sistólica normales. Aurícula derecha no dilatada. Engrosamiento y retracción del aparato subvalvular y de la valva posterior mitral con IM moderada con jet excéntrico. IT severa por dilatación del anillo con engrosamiento y retracción valvular con jet excéntrico con reflujo en las venas suprahepáticas.

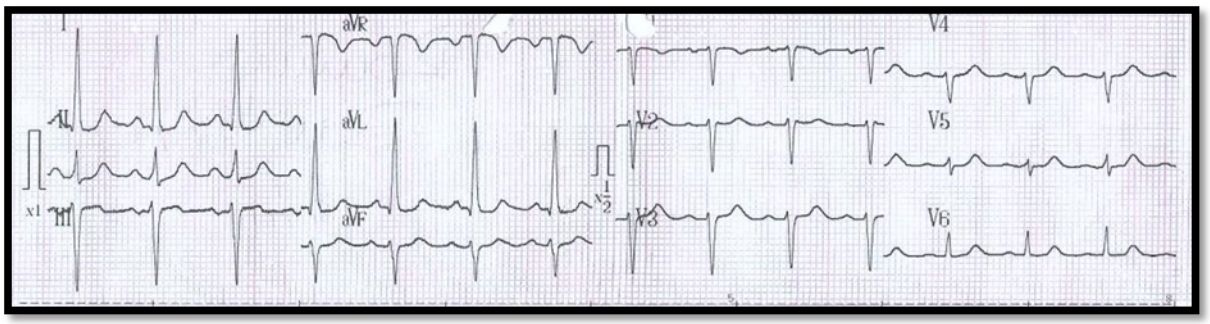
MEDICACIÓN HABITUAL

- Meprednisona 30 mg por día, vía oral.
- Paracetamol 500 mg cada 8 hs, vía oral.
- Morfina 3 gotas cada 4 hs, vía oral.

EXAMEN FÍSICO (Ingreso a sala de Clínica médica 04/04/16)

- TA: 130/70mmHg FC: 80lpm FR: 16cpm sat: 96% (0,21) Afebril
- Cardiovascular: Buena perfusión periférica, ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio, RHY negativo. Pulsos presentes, regulares y simétricos. Choque de la punta 4° EIC LMC, R1 y R2 presentes en cuatro focos normofonéticos, sin R3 ni R4. Soplo holosistólico regurgitativo en 4 focos a predominio mitral y tricuspídeo. Aumento de intensidad del soplo tricuspídeo con inspiración profunda (Rivero-Carvallo).
- Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, hipoventilación bibasal, sin ruidos agregados.
- Abdomen: Globoso, blando, depresible, indoloro, hígado palpable 1 cm por debajo del reborde costal.
- SNC: Lúcida, sin signos de foco motor o meníngeo.
- Piel y TCS: Úlcera en pierna derecha de aproximadamente 5 cm de diámetro, bordes bien delimitados con secreción purulenta verdosa.





EVOLUCIÓN EN CLÍNICA MÉDICA

Al ingreso presenta deterioro de la función renal (Urea 87 Creatinina 2.5) asociado a proteinuria (0.93 gr /24 hs), aumento de PCR y ESD con C3 bajo, que mejora con tratamiento antibiótico, interpretándose desencadenada por cuadro infeccioso. Se programa segundo pulso de gammaglobulina humana EV. Por presentar anemia inicia EPO.

El 11/04, en segundo día de infusión de gammaglobulina, intercurre con dos episodios de convulsiones tónico- clónicas que ceden tras la administración de Benzodiacepinas, iniciando tratamiento anticomicial con Fenitoína 100 mg cada 8 hs VO, sin alteración del sensorio ni recurrencia.

Por encontrarse con tratamiento inmunosupresor se decide descartar meningoencefalitis. Se realiza TAC de cerebro sin contraste que evidencia lesión hipodensa redondeada en región parietal derecha y alteración de la sustancia blanca temporal izquierda compatible con edema cerebral. Se solicita RM con hallazgos similares a los descriptos en la internación de Octubre 2015.

A nivel infectológico, se realizan HCx2, UC y punción lumbar con cultivo de gérmenes comunes, hongos, micobacterias, tinta china, PCR neurovirus y PCR TBC. Inicia tratamiento empírico amplio con Meropenem + Metronidazol + Aciclovir.

Se evidencia en UC larvas de Strongyloides Stercoralis por lo que se realiza coproparasitológico que evidencia mismos hallazgos.

Por presentar resto de cultivos negativos, continúa con tratamiento dirigido con Ivermectina VO.

Durante la internación evoluciona con edemas de MMII y aumento de peso secundario a balance positivo.

El 19/04 intercurre con disnea de rápida progresión asociado a mala mecánica ventilatoria, taquipnea (FR 140 lpm), taquicardia (FC 104 lpm), desaturación (90% FIO2 0,21). Al exámen físico presenta sibilancias generalizadas.

Se interpreta el cuadro como EAP hipertensivo (TA 150/100 mmHg) por lo que se decide pase a UTI.

EVOLUCIÓN EN UTI

Inicia tratamiento con NTG EV, diuréticos y VNI con respuesta parcial, requiriendo el 23/04 IOT y conexión a ARM.

Evoluciona con hipertensión de difícil manejo con requerimiento de drogas endovenosas (Nitroprusiato de sodio) para el manejo de la TA, con balance negativo y weaning dificultoso. Se suspende EPO para descartar HTA medicamentosa.

Se realiza nuevo ecocardiograma doppler

- **Ecocardiograma mayo 2016**: DDVI 52mm DSVI 36mm SIV 12mm PP 12mm AI 29cm2 Ventrículo izquierdo no dilatado con grosor parietal normal. Función sistólica normal sin

alteraciones segmentarias de la contracción. Imagen compatible con tejido inflamatorio que compromete los segmentos basales y medioventriculares inferior, posterior y lateral, con compromiso de la valva mitral posterior. Cavidad ventricular derecha de dimensiones normales, con función conservada. Válvula mitral con restricción al cierre de la valva posterior que genera insuficiencia mitral moderadamente grave (ausencia de inversión sistólica del flujo en vena pulmonar superior derecha; VI no dilatado; AI levemente dilatada). Insuficiencia tricuspídea severa que permite estimar una PSAP de 115 mmHg.

El 26/04 se realiza ateneo de decisión multidisciplinario (Clínica médica, Cardiología, Unidad de terapia intensiva). Si bien la paciente presenta hallazgos compatibles con Endomiocardiofibrosis con parasitosis asociada, se decide reiniciar tratamiento inmunosupresor con Metilprednisolona 500 mg por 72 hs por no poder descartar componente reversible de patología de base (miocarditis por LES o inflamación aguda asociada a Síndrome hipereosinofílico).

Se inicia tratamiento vía oral con cuádruple esquema (Enalapril, Carvedilol, Nifedipina, Alfametildopa), logrando Weaning el 02/05.

EVOLUCIÓN EN CARDIOLOGÍA

El 04/05 ingresa a Sala de Cardiología, hemodinámicamente estable, sin signos de falla de bomba. Se ajusta tratamiento antihipertensivo.

Se realiza coproparasitológico seriado que no evidencia parásitos, suspendiendo tratamiento con Ivermectina.

Presenta evolución favorable, inicia anticoagulación vía oral. A la espera de entrar en rango de anticoagulación la paciente se retira en forma voluntaria el 19/05.

TRATAMIENTO AL ALTA:

Meprednisona 20 mg por día, vía oral.

Carvedilol 25 mg cada 12 horas, vía oral.

Enalapril 10 mg cada 12 horas, vía oral.

Difenilhidantoína 100 mg cada 8 hs, vía oral.

Esquema de anticoagulación según cartilla de Hematología.

	04/04	11/04	20/04	04/05	19/05
Hematocrito	27.4	21	21	27	35
Leucocitos	9600	16900	15000	7800	7800
Plaquetas	423000	384000	139000	224000	265000
Glucosa	100	115	105	125	91
Urea	87	112	84	91	114
Creatinina	2.52	2.79	1.95	1.12	1.30
TP			73	100	23
KPTT			30	31	39
RIN			1.19	0.98	3,8
Hepatograma	0.2/17/8	0.3/50/34			
Albúmina	2.7			2.8	3.2
Ionograma	138/4.9/106	138/4.77/107	141/5/107	140/4.2/105	145/3.8/110
PCR mg/L / ERS mm		4.5 / 91	104 / 102		
C3: 64 (VN 90-180 mg/dl); C4: 18 (VN 10-40 mg/dl)					
Serología Chagas: Positivo.					