



Ateneo

Anatomopatológico

Dra. Carolina Reynoso
Hospital Dr. Cosme Argerich
03/07/2019

Paciente: M. O.	Edad: 58 años	Sexo: Masculino
-----------------	---------------	-----------------

Fecha de ingreso: 05-03-19

Fecha de Óbito: 25-03-19

- ⊙ **Motivo de internación:** Disnea
- ⊙ **Enfermedad actual**

Paciente sin antecedentes conocidos, concurre a guardia externa de este hospital por disnea CF III y edemas de MMII. A su ingreso se constata paciente con signos de sobrecarga hídrica, por lo que se interpreta insuficiencia cardiaca descompensada de novo a predominio derecho y se inicia balance negativo.

El día 7/3 ingresa a sala de Cardiología para diagnóstico y tratamiento.

ANTECEDENTES PERSONALES

Factores de riesgo cardiovascular:

- Hipertensión arterial no tratada
- Diabetes no insulino-requiriente.

Antecedentes de enfermedad actual

- Trabajador rural
- Nacido en provincia de Chaco.
- Convivía con dos hermanas y sobrinos en vivienda precaria.

Medicación habitual:

- Metformina 500 mg/ día

EXAMEN FISICO DE INGRESO A SALA DE CARDIOLOGIA

TA	FC	FR	T°	Sat O2	Peso	Alt	IMC
90/63 mmHg	101 lpm	20 cpm	37.1	94% 0.21	71 kg	1.67 mts	25.3

Cardiovascular: Buena perfusión periférica, ingurgitación yugular 3/3 sin colapso inspiratorio. Se palpa choque de punta en 4 EIC LAA. Pulsos periféricos presentes, débiles, regulares y simétricos. R1 y R2 en 4 focos, sin soplos.

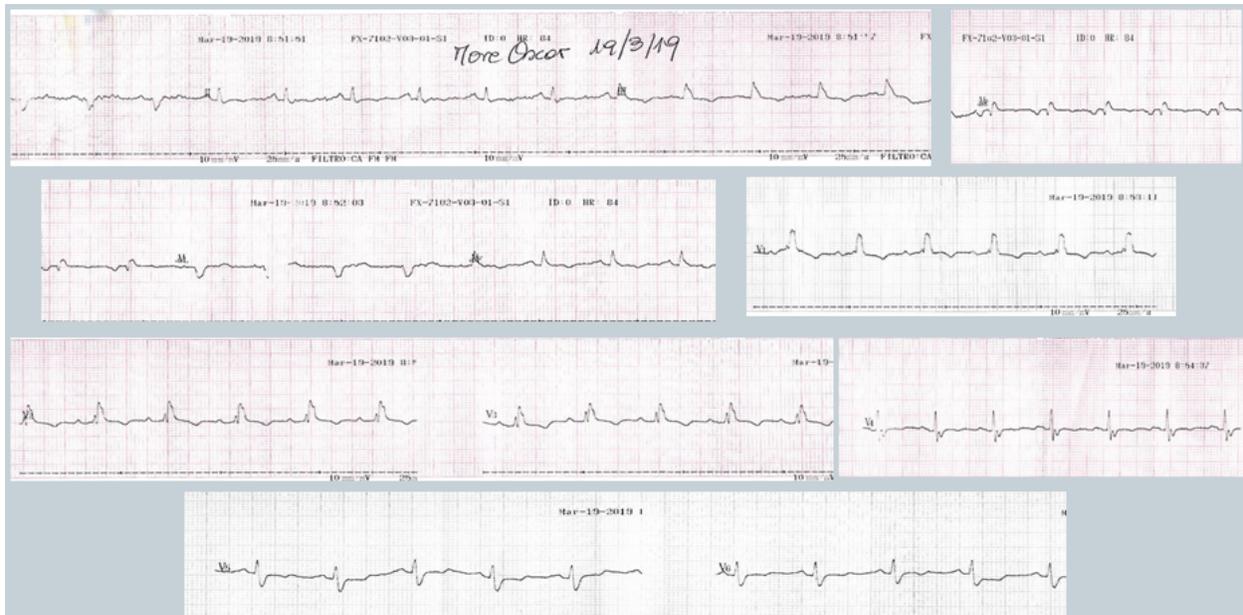
Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, regular entrada de aire bilateral, con hipoventilación generalizada, sin ruidos agregados.

Abdomen: Blando, depresible, se palpa borde hepático 7 cm por debajo del reborde costal, doloroso. Matidez hasta línea umbilical. RHA presentes y disminuidos.

Neurológico: Bradipsiquia, sin signos de foco motor ni sensitivo.

Piel y partes blandas: Dermatitis ocre, lesiones liquenificadas pretibiales, edema sacro, escrotal y desde raíz de muslos. Hipotrofia muscular en miembros inferiores, superiores y región temporal/maseterina. Ictericia en esclerótica.

ECG DE INGRESO



RADIOGRAFIA DE TORAX DE INGRESO



- Continúa realizando balance negativo con diuréticos endovenosos y se inician estudios para diagnóstico de insuficiencia cardiaca.
- El día 8/3 se realiza ecocardiograma transtorácico.

Ecocardiograma transtorácico

DDVI 40 mm	DSVI - mm	SIV 10 mm	PP 8 mm	AI 21 cm ²	AD 24 cm ²
----------------------	---------------------	---------------------	-------------------	---------------------------------	---------------------------------

Cavidad ventricular derecha dilatada (dm basal: 44mm, medio 27)

TAPSE 13mm

PSAP 40mmhg

Se observa rebote septal, anillo reverso con onda E tisular lateral 8cm/s, onda e tisular septal 9cm/s.

Flujo diastólico mitral restrictivo y relación E/e' de 11.

Válvula aortica trivalva normofuncionante, IM leve, IT leve.

VCI dilatada de 21mm sin colapso inspiratorio. PVC 20mmhg

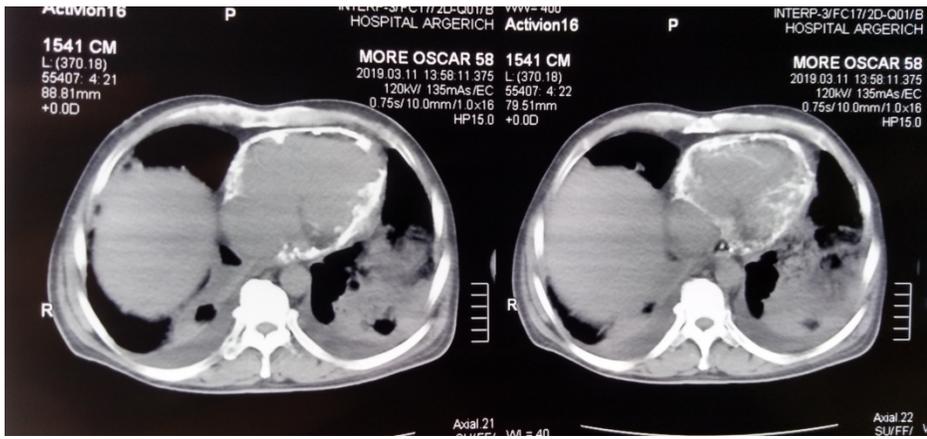
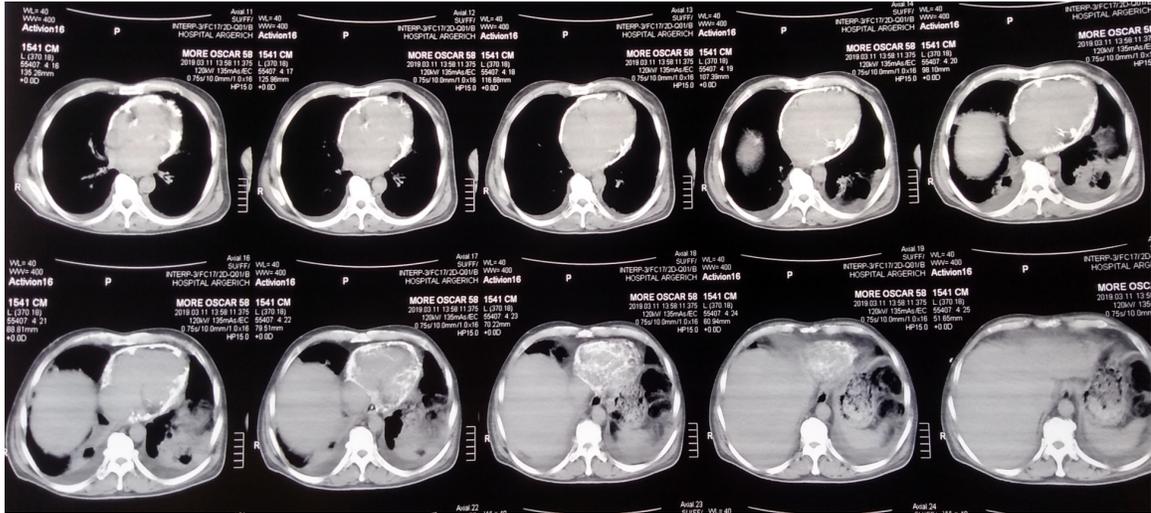
Sin derrame pericárdico. Ecocardiograma con burbujas que no evidencia shunt intracardiaco.

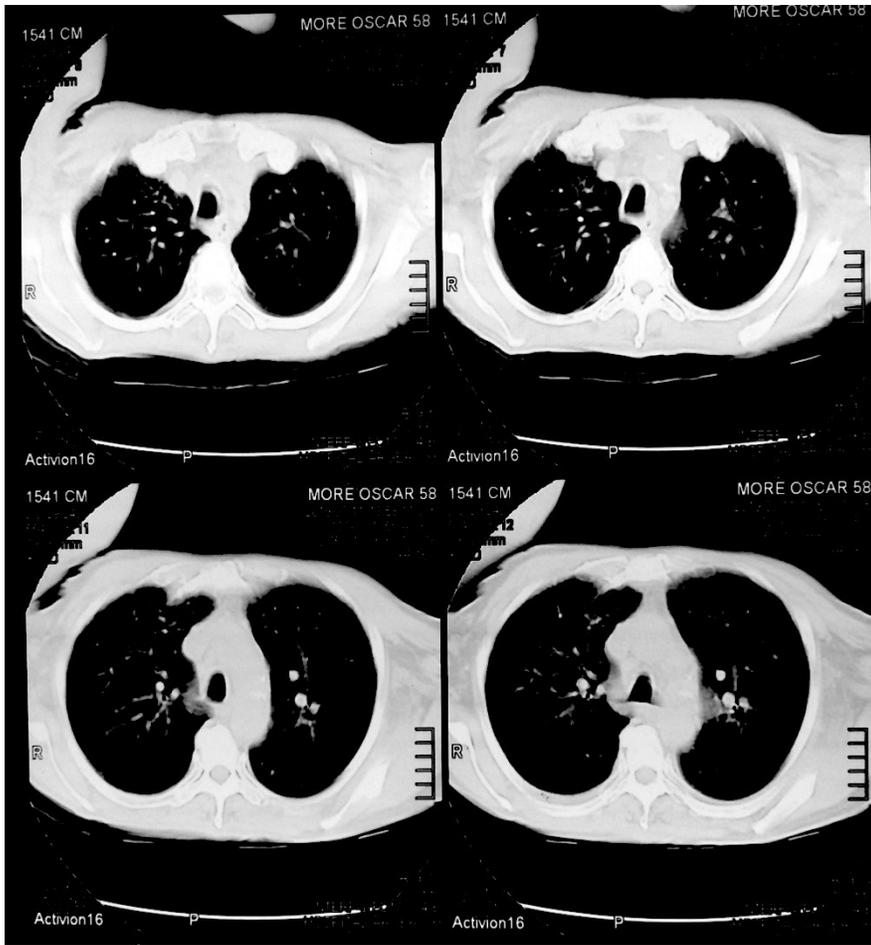
Hallazgos compatibles con probable constricción pericárdica por lo que se sugiere completar con Tc de tórax con contraste.

Evolución en Sala de Cardiología 07-03 al 23-03

- El día 12/3 presenta tos persistente con escasa expectoración mucosa, sin fiebre ni equivalentes.
- Por sospecha de neumonía adquirida de la comunidad vs TBC se realiza HMCx2 sin rescates microbiológicos, Tomografía de tórax y PPD que resulta negativa, sin posibilidad de realizar análisis de esputo y se inicia tratamiento empírico con piperacilina-tazobactam.

Tomografía de Tórax





- **Numerosos ganglios mediastinales y axilares** que en forma individual no superan el rango adenomegálico.
- **Calcificación difusa y grosera del pericardio en toda su extensión.** Áreas de atenuación en mosaico bilateral. Derrame pleural leve, bilateral.
- Hígado aumentado de tamaño en forma global, de contornos lobulados con cambios estáticos. Ambos riñones de forma, tamaño y posición normal. Ascitis moderada.

Ganglios mesentéricos y retroperitoneales que no superan el rango adenomegálico. Edema difuso y generalizado de parte blandas

Evolución en Sala de Cardiología 07-03 al 23-03

- Se realiza diagnóstico de pericarditis constrictiva y el día 15-03 se decide en Heart Team pericardiectomía como vía de resolución quirúrgica, previa compensación del estado hemodinámico y nutricional.
- Se reciben serologías de Chagas positiva, panel reumatológico, hepatitis y HIV negativo.
- El día 23/03 se acude a llamado de enfermería por constatarse paciente taquicárdico (130 lpm) y taquipneico (30 cpm).
- Se realiza ECG que evidencia taquiarritmia de QRS ancho, que ante sospecha de TPS con aberrancia se indica adenosina sin respuesta.
- Se decide pase a Unidad Coronaria.

EXAMEN FÍSICO DE INGRESO A UCO 23-03

TA 85/45 mmhg	FC 157 lpm	FR 25 cpm	T° 37.1	Sat O2 84% 0.21
-------------------------	----------------------	---------------------	----------------	---------------------------

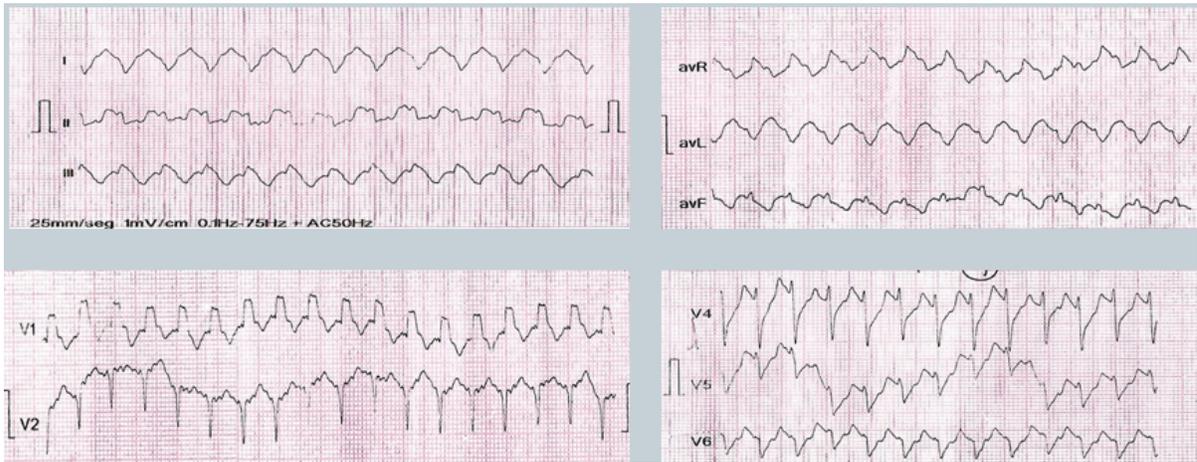
Cardiovascular: Regular perfusión periférica, ingurgitación yugular 2/3 sin colapso inspiratorio. Se palpa choque de punta en 4 EIC. Pulsos periféricos positivos, débiles, regulares y simétricos. R1 y R2 en 4 focos, sin soplos.

Respiratorio: Mala mecánica ventilatoria a expensas de taquipnea, regular entrada de aire bilateral, con hipoventilación generalizada, sin ruidos agregados.

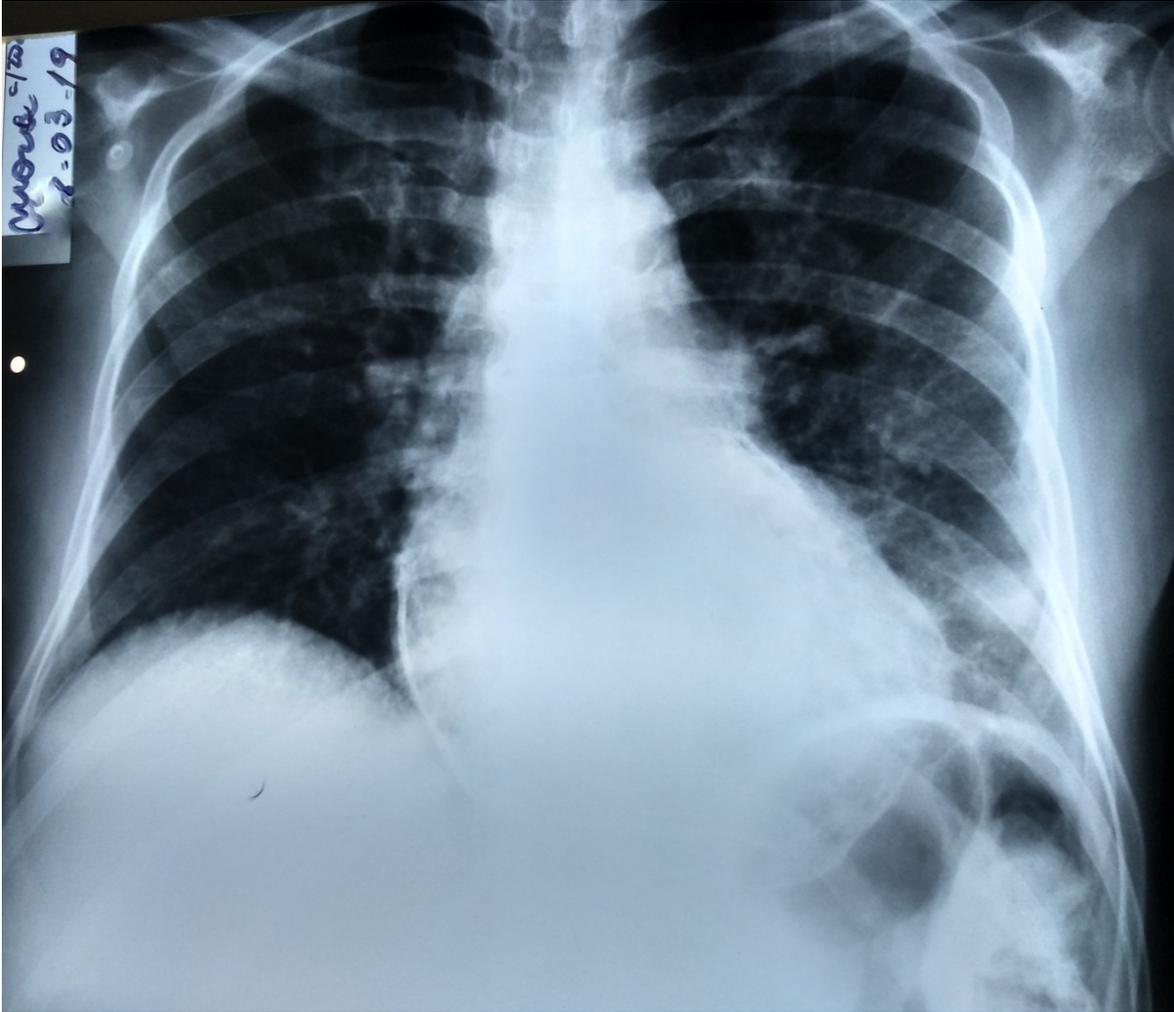
Abdomen: Blando, depresible, hepatomegalia dolorosa 4 traveses de dedos. Ascitis. RHA presentes disminuidos.

Neurológico: Somnolencia, sin foco motor ni sensitivo.

ECG



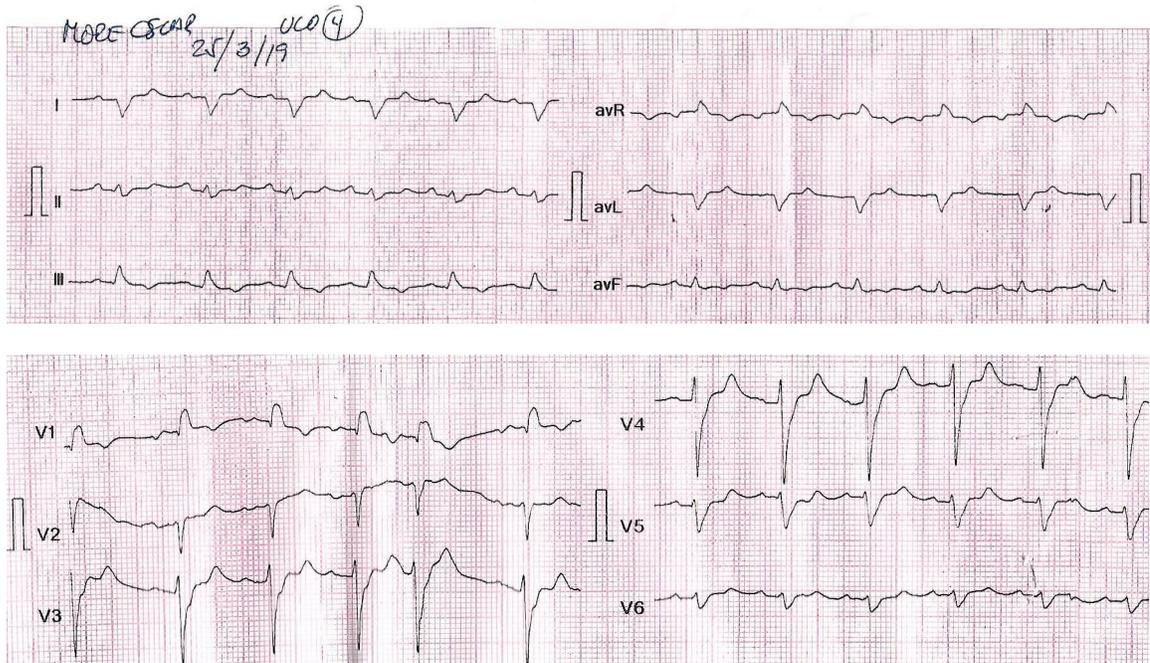
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX



Evolución en UCO 23-03 al 25-03

- Presenta descompensación hemodinámica, por lo que se realiza CVE con 100 J exitosa, con posterior ritmo sinusal.

ECG post cardioversión eléctrica



- Presenta falla multiorgánica, con anuria, acidosis metabólica e hiperkalemia persistente con requerimiento de vasoactivos y diálisis.
- Se interconsulta a Servicio de Cirugía Cardiovascular quienes adoptan conducta quirúrgica expectante por inestabilidad hemodinámica.
- Evoluciona con deterioro del sensorio, con requerimiento de IOT/ARM. Se coloca Swan Ganz, que evidencia patrón compatible con shock séptico, iniciando tratamiento ATB con Imipenem/vancomicina.
- Persiste con shock refractario, con vasoactivos en ascenso.
- El día 25/3 presenta paro cardiorrespiratorio en ritmo de asistolia.
- Se realizan maniobras de RCP básico y avanzado sin éxito, constatándose óbito a las 9.30 hs.

Laboratorios

	06-03-19	18-03-19	23-03-19	25-03-19	Serologías
Hto(%)	44	44	40	40	
GB(/mm3) / %linfoc	9800	16100	27000	27300	
Plaquetas(mm3)	228000	412000	385000	370000	PCR 41 mg/l ESG 10mm Anti ro, anti la, anti SM, anti RNP, anti scl70, anti Jo no reactivos.
Glucemia	101	142	71	45	
Urea	38	150	210	199	
Creatinina(mg/dl)	0.70	1.44	3.56	4.27	
Tp/Kptt/RIN	51/40/1.52	66/42/1.24	33/No coag/2.2	64/21/3.53	
Bt/Bd(mg/dl)	4.28/3.79	4.1/3.80	11/9.37	12/9.6	
Got/Gpt (U/L)	40/17	91/82	111/29	190/41	
EAB		7.38/41/55/24/- 1.2/87%	7.21/17/132/- 18/6.7/98%	6.99/31/123/7. 7/-23/95%	
Lactato (mg/dl)		47	Fuera de rango	Fuera de rango	
Na/K/Cl	138/3.28/95	145/3.24/103	126/5.48/81/0. 67 satV%58	132/7.28/92	
Albumina (g/dl)	2.5			-	