



Ateneo Clínico

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

Residencia de Cardiología

Agustín Morales Pieruzzini

08/09/2021

PACIENTE: R. P.
SEXO: MASCULINO
EDAD: 59 AÑOS

FECHA DE INGRESO: 26/02/2021
FECHA DE EGRESO: 26/04/2021
DÍAS DE INTERNACIÓN: 60

Motivo de consulta: Dolor lumbar e interescapular y fiebre.

Enfermedad actual: paciente en estudio por dolor lumbar e interescapular de 15 días de evolución que consulta el día 28/2 a guardia externa de esta institución por persistencia sintomática asociado a registro febril.

Se realiza laboratorio que evidencia **leucocitosis** e **hiperbilirrubinemia**; ECG sin alteraciones; angiotomografía de tórax, abdomen y pelvis que evidencia **divertículo de Kommerell, el cual produce compresión del esófago y desplazamiento anterior de tráquea y esófago, con ausencia de realce en el polo cefálico del bazo.**

Se realiza interconsulta con Servicio de Cirugía Cardiovascular quienes descartan conducta activa. Se realiza toma de cultivos y el día 1/3 se decide su internación en Servicio de Clínica Médica para diagnóstico y tratamiento.

Antecedentes personales

Factores de riesgo cardiovascular:

- Hipertensión arterial.
- Diabetes no insulino-requiriente.
- Obesidad.
- Ex tabaquista (20 paquetes/año).

Antecedentes personales:

- Internación en Servicio de Clínica Médica del 14 al 20/01/2021 por edema agudo de pulmón hipertensivo con requerimientos de VNI.
- Polineuropatía diabética.
- Asma.
- Hernia de disco lumbar L2-L3 y L4-L5.

Medicación habitual:

- Losartán 50 mg c/12 horas.
- Amlodipina 10 mg/día.
- Metformina 500 mg/día.

- Omeprazol 20 mg/día.
- 1 puff de budesonide/formoterol c/ 12 horas.

Examen físico de ingreso a Clínica Médica

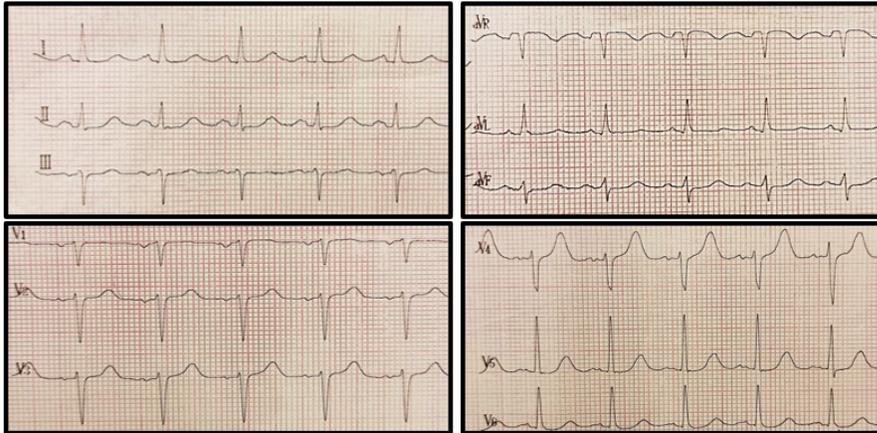
TA 130/70 mmHg	FC 85 lpm	FR 18 cpm	T° 35°C	SpO₂ 96%	Peso 96 Kg	Talla 1.70 m	IMC 33.2 kg/m ²
--------------------------	---------------------	---------------------	-------------------	-------------------------------	----------------------	------------------------	--------------------------------------

- ⊙ **Aparato Cardiovascular:** adecuada perfusión periférica, pulsos presentes y simétricos. Se palpa choque de la punta en 4° EIC LMC. Sin ingurgitación ni reflujo hepatoyugular. R1 y R2 presentes en 4 focos, no se auscultan soplos.
- ⊙ **Aparato respiratorio:** buena mecánica ventilatoria. Buena entrada de aire bilateral. Murmullo vesicular conservado.
- ⊙ **Abdominal:** abdomen blando, globoso, depresible, timpánico a la percusión y doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio izquierdo. Ruidos hidroaéreos presentes y conservados.
- ⊙ **Neurológico:** lúcido, sin signos de foco neurológico ni irritación meníngea.
- ⊙ **Piel y partes blandas:** sin edemas periféricos.

Radiografía de tórax de ingreso (26/02/2021)



ECG de ingreso



Angiotomografía de tórax, abdomen y pelvis con contraste endovenoso (28/02/2021)

- ⊙ Se evidencia nacimiento aberrante de arteria subclavia izquierda, acompañada a nivel de dicho nacimiento de dilatación aneurismática con un DAP máximo de 25 mm, hallazgo en relación a un divertículo de Kommerell, dicha imagen produce compresión del esófago y desplazamiento anterior de tráquea y esófago.
- ⊙ Aorta ascendente, cayado aórtico, aorta descendente y sus principales ramas de diámetro conservado con correcto llenado tras la administración de contraste.
- ⊙ Tronco de la arteria pulmonar y sus principales ramas aumentadas de calibre (derecha de 27 mm e izquierda de 22 mm).
- ⊙ Engrosamiento difuso de las paredes bronquiales.
- ⊙ Llama la atención la ausencia de realce en el polo cefálico del bazo.
- ⊙ Aislada imagen quística en polo inferior de riñón izquierdo.

EVOLUCIÓN EN CLÍNICA MÉDICA 01/03 al 12/03/2021:

Durante su internación evoluciona con registros febriles diarios y mal manejo de dolor, con requerimientos de analgésicos endovenosos.

El día 5/3 presenta episodio de disnea y desaturación asociado a progresión del dolor abdominal y la presencia de nuevo soplo diastólico 2/6 en foco aórtico, por lo que se realiza angiotomografía de tórax y abdomen que informa negativo para TEP, con engrosamiento del intersticio lobulillar y derrame pleural bilateral. Imagen focal hipodensa en polo inferior del parénquima esplénico sugestivo de infarto.

Se recibe resultado de hemocultivos que informa 2/2 positivos para *Enterococcus faecalis* multisensible. Se interpreta endocarditis infecciosa asociada a insuficiencia cardíaca, por lo que inicia balance negativo con diuréticos endovenosos y antibioticoterapia con ceftriaxona y ampicilina, con hemocultivos controles negativos.

El día 8/3 se realiza ecocardiograma transtorácico, y por sospecha de impactos sépticos se solicita centellograma óseo con infección que resulta negativo.

Ecocardiograma transtorácico 08/03/2021

- ⊙ Endocarditis de válvula aórtica. Se observan vegetaciones en las valvas coronaria derecha y no coronaria de aproximadamente 4 mm cada una e insuficiencia aórtica severa.
- ⊙ Ventrículo izquierdo levemente dilatado, con hipertrofia leve y función sistólica conservada. Sin alteraciones segmentarias de la contracción. Relajación anormal del ventrículo izquierdo por Doppler tisular.
- ⊙ Aurícula izquierda moderadamente dilatada.
- ⊙ PSAP 50 mmHg.
- ⊙ Ventrículo derecho no dilatado, con grosor parietal normal y función sistólica normal (S' 14.3 cm/s).
- ⊙ Aurícula derecha no dilatada. VCI 22 mm, con colapso >50%.
- ⊙ Válvulas restantes morfológicamente normales. Insuficiencia mitral leve.
- ⊙ No se observa derrame pericárdico.
- ⊙ Derrame pleural bilateral.

EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGÍA 12/03 al 17/03/2021:

Por interpretarse cuadro como endocarditis infecciosa de válvula aórtica nativa con impacto esplénico, el día 12/3 se decide su pase a Servicio de Cardiología.

Durante su internación en sala se realiza Heart Team, donde se decide resolución quirúrgica.

Posteriormente evoluciona con edema agudo de pulmón, por lo que el día 17/3 se decide su pase a Unidad Coronaria.

EVOLUCIÓN EN UNIDAD CORONARIA 17/03 al 30/03/2021:

Realiza balance negativo con diuréticos en infusión continua y vasodilatadores, requiriendo VNI con adecuada respuesta.

El día 23/3 se realiza reemplazo valvular aórtico con prótesis mecánica Carbomedics N° 23, con tiempo de circulación extracorpórea de 138 minutos y tiempo de clampeo aórtico de 108 minutos.

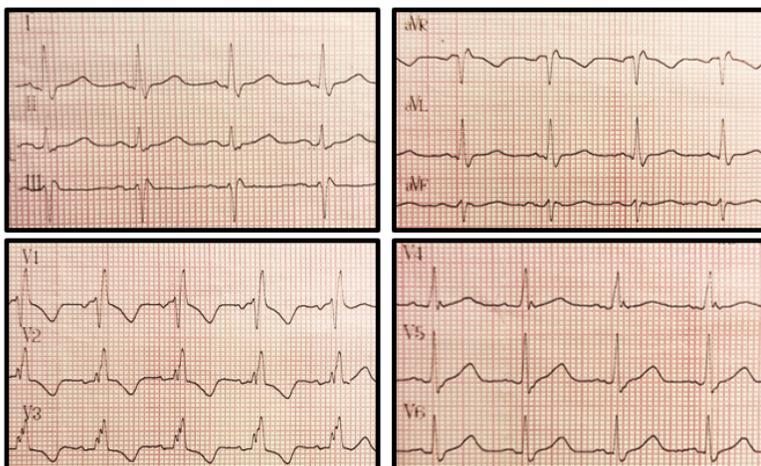
Examen físico de reingreso a Unidad Coronaria (23/03/2021)

TA 158/78 mmHg	FC 95 lpm	FR 15 cpm	T° 35°C	SpO ₂ 99%	ARM PCV 17/5/15/60%	DROGAS Fentanilo 0.7 mcg/kg/h
-------------------	--------------	--------------	------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------------------

- ⊙ **Aparato Cardiovascular:** adecuada perfusión periférica, pulsos presentes y simétricos. Sin signos de fallo agudo de bomba. R1 y R2 presentes en 4 focos, click valvular, silencios libres.
- ⊙ **Aparato respiratorio:** bajo IOT/ARM. Buena mecánica ventilatoria. Buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados a la auscultación.
- ⊙ **Abdominal:** abdomen blando, depresible a la palpación. Ruidos hidroaéreos presentes.
- ⊙ **Neurológico:** bajo sedoanalgesia, RASS -5.
- ⊙ **Piel y partes blandas:** herida quirúrgica cubierta con gasa limpia y seca. Tubos de avenamiento pleural, mediastinal y pleuromediastinal con débito serohemático.

Se realiza electrocardiograma postquirúrgico que evidencia nuevo bloqueo completo de rama derecha, y curva enzimática negativa.

ECG postquirúrgico



El día 25/3 se realiza extubación orotraqueal, con buena tolerancia.

Evoluciona hemodinámicamente estable, con buen ritmo diurético y sin complicaciones, por lo que el día 30/3 se decide su pase a Sala de Cardiología.

EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGÍA 30/03 al 26/04/2021:

Se inicia anticoagulación oral con acenocumarol.

Se recibe resultado de cultivo de válvula aórtica el cual se informa negativo.

En busca de origen de bacteriemia, se realiza videocolonoscopia que evidencia únicamente la presencia de hemorroides internas.

El día 5/4 se realiza ecocardiograma transtorácico control.

Ecocardiograma transtorácico 05/04/2021

- ⊙ DDVI: 52 mm. DSVI: 38 mm. SIV: 12 mm. PP: 9 mm.
- ⊙ Válvula aórtica: Vel. Pico 3.23 m/seg. Grad. Máx: 42 mmHg; Grad. Medio 21 mm Hg; AVA 1,79 cm², regurgitación mínima.
- ⊙ Prótesis aórtica mecánica N°23 con aumento leve de los gradientes y con área efectiva normal. Sin reflujo significativo. Dilatación leve de la raíz aórtica.
- ⊙ Ventrículo izquierdo no dilatado, con hipertrofia leve y función sistólica normal. Sin alteraciones segmentarias de la contracción. Patrón de relajación anormal.
- ⊙ Aurícula izquierda no dilatada.

- ⊙ Ventrículo derecho no dilatado, con grosor parietal normal y función sistólica normal.
- ⊙ Aurícula derecha levemente dilatada. Vena cava inferior normal.
- ⊙ Válvulas nativas morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción.
- ⊙ No se observa derrame pericárdico.
- ⊙ Derrame pleural derecho.

Evoluciona con signos de sobrecarga hídrica por lo que realiza balance negativo, y por buena evolución clínica el día 26/4 se otorga alta hospitalaria, y posterior seguimiento ambulatorio por consultorio de valvulopatías.

TRATAMIENTO AL ALTA:

- Acenocumarol según cartilla.
- Bisoprolol 2,5 mg/día.

Laboratorios

DETERMINACIÓN	03/03/2021 INGRESO	23/03/2021 POSTQUIRÚRGICO	25/04/2021 EGRESO
Hematocrito (%) / Hemoglobina (g/dL)	32 / 10.7	31 / 10.7	33 / 10.8
Leucocitos (cél./mm ³)	9000	20900	7100
Plaquetas (cél./mm ³)	1196000	166000	146000
Glucosa (mg/dL)	111	198	71
Urea (mg/dL)	22	25	15
Creatinina (mg/dL) / Cl de creatinina (mL/min)	0.49	0.69	0.37
Ionograma (Na ⁺ /K ⁺ /Cl ⁻)	142/3.9/96	136/4.6/95	136/3.8/93
BT (mg/dL) / GOT (UI/L) / GPT (UI/L)	1.13 / 12 / 14	1.93 / 45 / 7	0.51 / 22 / 20
VSG (mm) / PCR (mg/L)	95 / 61.3	- / -	27 / 25
TP(%) / KPTT (seg.) / RIN	99 / 37 / 0.94	86 / 33 / 1.03	29/41/2,64
Col T / HDL / LDL / TG (mg/dL) / HbA1c (%)	190 / 60 / 102 / 140 / 5.52	-	-
EAB (pH/pCO ₂ /HCO ₃ ⁻ /EB)	7.36/52/31/4.3	7.47/43/30/6	7.33/59/31/3.4
Serología HIV / HCV / HBV	NEGATIVAS	-	-

EVOLUCIÓN AMBULATORIA:

Desde el aspecto traumatológico, cursó internación del 15/05 al 28/05/2021 por lumbociatalgia, con diagnóstico de osteomielitis crónica sin rescates en cultivos, por lo que cumplió tratamiento antibiótico.

Desde el aspecto hemodinámico evoluciona estable, sin signos de insuficiencia cardíaca, en seguimiento por consultorio de valvulares.