



Ateneo Clínico

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

Residencia de Cardiología

Bárbara Zambudio

20/10/21

Paciente: J. R.	Edad: 33 años	Sexo: masculino
Ingreso: 26/08/21	Egreso: -	Días de internación: 55

Motivo de internación: fiebre y astenia.

Enfermedad actual: paciente que acude el 23/08 a guardia externa de este Hospital por fiebre y astenia de 25 días de evolución. Se realiza tomografía de tórax que evidencia múltiples imágenes compatibles con abscesos por lo que en contexto de sospecha de neumonía bilateral cavitada se realizan hemocultivos x2 y se inicia tratamiento antibiótico ajustado a rescate de S. aureus OXA-R. Se decide internación en sala de Clínica Médica.

Antecedentes personales

- **Factores de riesgo cardiovascular**
 - Tabaquista 35 paquetes/año.
 - Sobrepeso
- **Antecedentes de enfermedad actual**
 - Personal de salud.
 - Internación reciente en otro centro por insuficiencia cardíaca secundaria a probable neumonía donde cumple tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico.
 - Consumo de nubaína, fentanilo y morfina por vía endovenosa e intramuscular de hasta 20 ampollas por día desde hace 4 años. Al día del ingreso se encontraba en seguimiento por psiquiatría en plan de deshabitación, en tratamiento con naloxona, venlafaxina , valproato de magnesio y clonazepam..

Ingreso a Clínica Médica 26/08/21

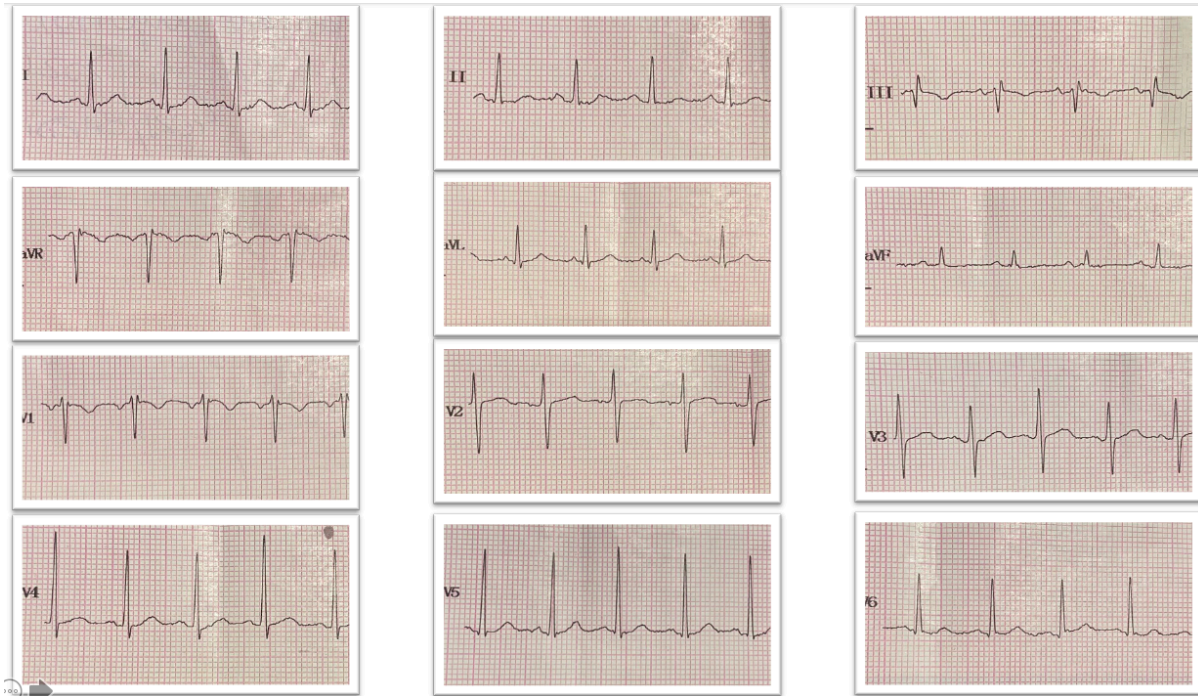
Examen físico al ingreso

TA 100/60 mmHg	FC 115 lpm	FR 30 cpm	SpO2 97%	Tax 37,8°C
Peso 81 kg		Altura 1,72cm		IMC 27,7 kg/m²

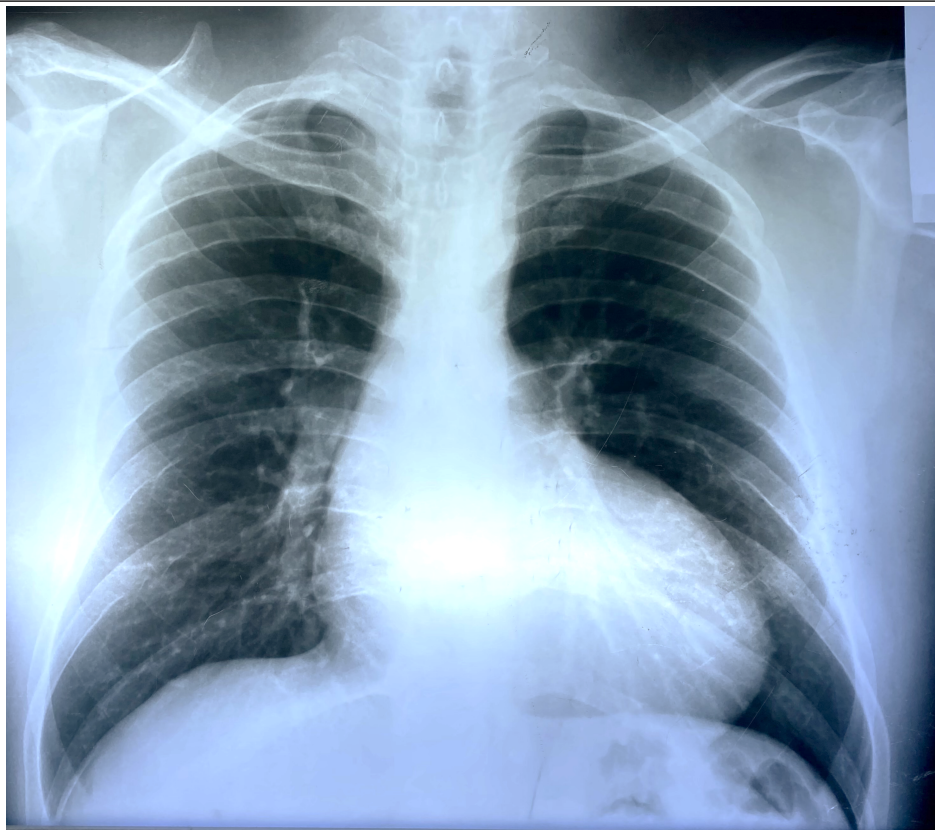
- **Aparato cardiovascular:** R1 y R2 en cuatro focos, soplo sistólico regurgitante 2/6 en foco tricuspideo. Ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio, reflujo hepatojugular positivo. Choque de punta en 5 EIC LMC. Edemas en miembros inferiores a predominio derecho 4/6, Godet positivo. Pulsos periféricos presentes y simétricos, adecuada perfusión periférica. Presenta acceso venoso central yugular posterior izquierdo sin flogosis.
- **Aparato respiratorio:** buena mecánica ventilatoria, crepitantes en base izquierda e hipoventilación en base derecha, resto buena entrada de aire. Se ausculta soplo tubario en campo medio derecho.
- **Abdomen:** blando, depresible, levemente doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho e hipogastrio. Ruidos hidroaéreos conservados.

- **Neurológico:** lúcido, sin signos de foco motor ni sensitivo

ECG de ingreso a Clínica Médica (26/08/21)



Radiografía de ingreso a Clínica Médica (26/08/21)



Tomografía de tórax, abdomen y pelvis (23/08/21)

SNC

No se observan alteraciones tomodensitométricas de la sustancia blanca y gris cortico-subcortical en ambos hemisferios cerebrales.

No se evidencian colecciones intra ni extra axiales.

Sistema ventricular de forma y tamaño conservado.

No se observan realces patológicos tras la administración del contraste endovenoso.

TÓRAX

Múltiples imágenes nodulares, algunas de ellas cavitadas, de distribución difusa a predominio subpleural, la mayor en LM de 85x53mm en el plano axial.

Bullas subpleurales apicales.

Múltiples imágenes ganglionares mediastinales fuera de rango adenomegálico. Ausencia de derrame pleural o pericárdico.

ABDOMEN Y PELVIS

Hepatomegalia a predominio del lóbulo izquierdo. Litiasis vesicular. **Esplenomegalia de 143mm.**

Páncreas y glándulas suprarrenales no muestran alteraciones.

Ambos riñones de forma, tamaño y ubicación habitual. No se evalúa uroexcreción.

Múltiples imágenes ganglionares retroperitoneales en rango limítrofe.

Leve engrosamiento parietal vesical.

Evolución en Clínica Médica del 26/07/21 al 06/10/21

Por cuadro compatible con probable endocarditis infecciosa derecha en contexto de abuso de sustancias endovenosas, el día 27/08 se realiza ecocardiograma transtorácico.

Ecocardiograma Doppler transtorácico (27/08/21)

DDVI 51 mm / DSVI 31 mm / SIV 10 mm / PP 7 mm

Ventrículo izquierdo no dilatado con grosor parietal normal. Función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción. Patrón de llenado ventricular conservado. Aurícula izquierda no dilatada.

Cavidades derechas normales. VCI no dilatada con colapso inspiratorio mayor al 50%.

Insuficiencia tricuspídea moderada. Adherida a la cara auricular de la valva anterior de la tricúspide se observa masa ecogénica, móvil, de 1.04 cm de longitud y 0.36 cm de espesor compatible, dado el cuadro clínico del paciente, con vegetación.

Resto de las válvulas morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción. Insuficiencia mitral mínima.

Derrame pericárdico posterior mínimo (separación 0,3 cm).

Evolución en Sala de Clínica Médica (26/08 al 06/10/21)

Evoluciona con registros febriles diarios por lo que se realiza dosaje de vancocinemia fuera de rango presentando requerimientos de bomba de infusión continua, negativizando hemocultivos el día 04/09.

Por presentar lesiones compatibles con abscesos glúteos se realiza punción con nuevo rescate de SAMR, interpretado como foco secundario a inyecciones previas.

Como búsqueda de impactos sépticos se realiza fondo de ojo que demuestra hemorragia por fuera de la papila temporal secundaria a embolia.

Se interpreta cuadro como endocarditis de localización derecha asociada a impactos sépticos pulmonares y en sistema nervioso central.

Evoluciona con signos de insuficiencia cardiaca a predominio derecho por lo que realiza balance negativo con mejoría parcial.

Se realiza nuevo ecocardiograma transtorácico para control de vegetación y función ventricular.

Ecocardiograma Doppler transtorácico (21/09/21)

DDVI 49 mm / DSVI 36 mm / SIV 12 mm / PP 11 mm

Ventrículo izquierdo no dilatado (acorde a superficie corporal). Espesores parietales conservados. Función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción.

Aurícula izquierda no dilatada. Patrón de llenado del VI tipo relajación prolongada.

Cavidades derechas no dilatadas. Función sistólica del VD conservada. Aurícula derecha no dilatada.

Se observa imagen hipoecoica, sésil en la cara auricular de la valva anterior de la tricuspide, de 0.5 cm x 0.5 cm. Insuficiencia tricuspídea severa. PSAP 25 mmHg.

Resto de las válvulas morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción. Insuficiencia mitral mínima.

Derrame pericárdico posterior leve.

Evolución en Sala de Clínica Médica (26/08 al 06/10/21)

En contexto de derrame pleural se realiza toracocentesis, compatible con exudado no complicado con rescates de E. Faecium Vancomicina resistente (EVR), por lo que inicia tratamiento con daptomicina.

Por evolución tórpida, interpretándose posible foco no drenado, el día 06/10 se realiza videotoracoscopia donde se observan múltiples adherencias pleuro-parenquimatosas y se realiza decorticación de ambas pleuras y lavado de la cavidad, sin complicaciones.

Ingresa a Unidad de Terapia Intensiva en el postoperatorio inmediato.

Evolución en Unidad de Terapia Intensiva (06/10/21 a la fecha)

Por presentar nuevos infiltrados pulmonares en contexto de hipereosinofilia, se rota esquema antibiótico a vancomicina y linezolid por sospecha de toxicidad por daptomicina.

Actualmente realizando balance negativo por insuficiencia cardíaca a predominio derecho.

Laboratorios

Determinación	26/8/21	11/10/21
HTO (%)	23	25
GB (10*3/mm3)	15100	10000 (Eo 10%)
PLT (10*3/mm3)	306	200
Glucemia (mg%)	120	81
Urea (mg/dl)	22	30
Creatinina (mg/dl)	0.66	1.07
TP (%)	63	61
KPTT (seg)	32	29
RIN	1.24	1.26
Ionograma (mEq/l)	139/3.2/102	135/5.4/104
BT (mg/dl)	0.18	0.3
GOT (U/l)	10	42
GPT (U/l)	12	17
PCR (mg/dL)	148	-
VSG (mm)	80	-

HIV	NR	VDRL	NR
HBsAg	NR	Toxoplasmosis	NR
AntiHBc IgG	NR		
AntiHBs	20 mUI/ml		
Anti HCV	NR		
SEDIMENTO URINARIO			
Células escasas. Leucocitos 3-6. Hematíes 10-15 (crenados 10%)			