

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

Residencia de Cardiología

Agustín Morales Pieruzzini

01/06/2022

PACIENTE: P. E.
SEXO: MASCULINO
EDAD: 52 AÑOS

FECHA DE INGRESO: 26/03/2022
DÍAS DE INTERNACIÓN: 75

Motivo de consulta: fiebre.

Enfermedad actual: paciente consulta el día 18/3 a guardia externa de Hospital Rivadavia por registros febriles diarios de 20 días de evolución asociado a tos y desaturación.

Se interpreta cuadro como neumonía adquirida de la comunidad, por lo que inicia antibioticoterapia empírica y se decide su internación en Servicio de Clínica Médica.

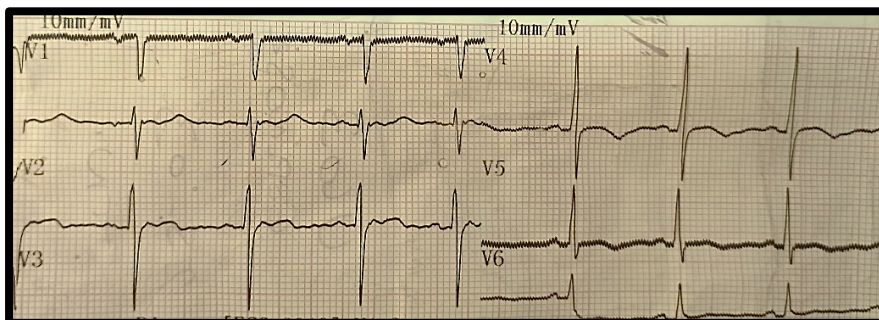
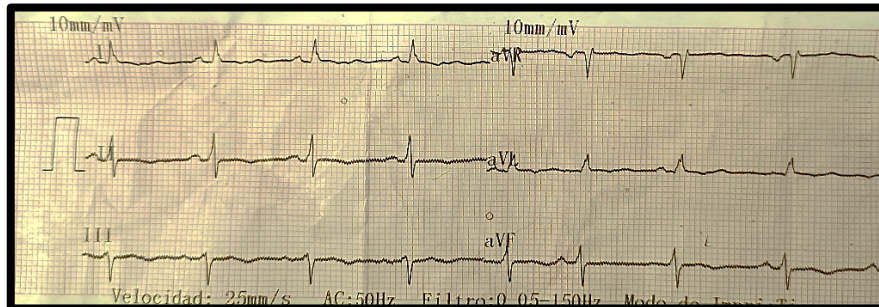
Antecedentes personales

Factores de riesgo cardiovascular:

- Hipertensión arterial.
- Ex tabaquismo (18 paquetes/año).

Medicación habitual: niega.

ECG de ingreso (18/03/2022)



Radiografía de tórax de ingreso (18/03/2022)



EVOLUCIÓN EN HOSPITAL RIVADAVIA 18/03 AL 26/03/2022:

Por evolucionar con signos de sobrecarga hídrica, el día 23/3 se realiza ecocardiograma transtorácico.

Ecocardiograma transtorácico 23/03/2022

- ⊙ DDVI: 64 mm. DSVI: 33 mm. SIV: 14 mm. PP: 12 mm. AI: 47 mm.
- ⊙ Ventrículo izquierdo dilatado con hipertrofia concéntrica, sin trastornos segmentarios de la motilidad parietal. Función sistólica conservada (Fey 61%). Patrón de llenado transmitral tipo pseudonormal.
- ⊙ Aurícula izquierda dilatada (área 33 cm²).
- ⊙ Cavidades derechas dilatadas. Función sistólica del VD conservada.
- ⊙ Se observa a nivel de válvula aórtica imagen hiperecogénica en valva coronariana derecha, móvil, de 2x1 cm que prolapsa al TSVI compatible con vegetación aguda/subaguda. A nivel de válvula mitral en cara ventricular de valva anterior imagen hiperecogénica compatible con vegetación. Insuficiencia aórtica severa e insuficiencia mitral leve a moderada.

⊙ **Insuficiencia tricuspídea moderada. PSAP 75 mmHg. Derrame pleural bilateral.**

Se interpreta cuadro como insuficiencia cardíaca descompensada a predominio izquierdo secundario a endocarditis infecciosa mitroaórtica, con rescates en hemocultivos 2/2 de Streptococcus Viridans multisensible. Se decide su pase a Unidad Coronaria y se inician vasodilatadores y diuréticos endovenosos.

Evoluciona con edema agudo de pulmón sin respuesta a la ventilación no invasiva, por lo que el día 24/3 se realiza intubación orotraqueal e inicia asistencia respiratoria mecánica.

El día 26/3 se realiza su derivación a Unidad Coronaria de esta institución para resolución quirúrgica.

Examen físico de ingreso a Unidad Coronaria (26/03/2022)

TA 106/50 mmHg	FC 85 lpm	FR 16 cpm	T° 36,2°C	SpO ₂ 96%	Peso 80 kg	Talla 1,75 m	IMC 26 kg/m ²
DROGAS						ARM	
Midazolam 0,07 mg/kg/h Fentanilo 1,5 mcg/kg/h		BIC Furosemida 1 g/día NTG SC 20 ml/h			PCV 17/5/15/35%		

- ⊙ **Aparato Cardiovascular:** adecuada perfusión periférica, pulso magnus y celer. R1 y R2 en 4 focos, soplo diastólico regurgitante en foco aórtico 2/6, sin irradiación.
- ⊙ **Aparato respiratorio:** buena mecánica ventilatoria, adaptado a ARM. Buena entrada de aire bilateral, rales crepitantes bibasales.
- ⊙ **Abdominal:** globoso, blando, depresible a la palpación. Ruidos hidroaéreos presentes.
- ⊙ **Neurológico:** RASS -4, bajo sedoanalgesia.
- ⊙ **Piel y partes blandas:** catéter venoso central yugular posterior derecho, línea arterial radial derecha y sonda vesical permeables.

Realizó balance negativo con diuréticos endovenosos y requerimiento de ultrafiltración.

El día 29/3 se realiza reemplazo valvular aórtico con prótesis mecánica St. Jude N° 23 y reemplazo valvular mitral con prótesis mecánica St. Jude N°27 con conservación de aparato subvalvular posterior a nivel de P1 y P2, y tiempos de circulación extracorpórea de 110 minutos y tiempo de clampeo aórtico de 85 minutos.

En el postoperatorio evolucionó con patrón hemodinámico mixto (hipovolémico y vasopléjico) con requerimientos de reanimación con fluidos y doble soporte vasopresor.

Presentó anuria asociado a falla renal con requerimientos de hemodiálisis.

El día 31/3 se realizó ecocardiograma transtorácico.

Ecocardiograma transtorácico 31/03/2022

- ⊙ DDVI: 58 mm. DSVI: -. SIV: 10 mm. PP: 8,6 mm. AI:-.
- ⊙ **Ventrículo izquierdo dilatado con grosor parietal normal. Función sistólica leve-moderada.**
- ⊙ No impresionan alteraciones segmentarias de la contracción.
- ⊙ Aurícula izquierda no dilatada.
- ⊙ Cavidades derechas no dilatadas. **Función sistólica del ventrículo derecho deprimida (TAPSE 14 mm.).**
- ⊙ Aurícula derecha no dilatada.
- ⊙ **Vena cava inferior dilatada sin colapso.**
- ⊙ **Prótesis en posición aórtica y mitral normoinsertas y normofuncionantes, sin evidencia de insuficiencias significativas y con gradientes adecuados.**
- ⊙ Insuficiencia tricuspídea leve que no permite estimar PSAP.
- ⊙ **Derrame pericárdico leve. Derrame pleural izquierdo.**

Presentó repetidos episodios de aleteo y fibrilación auricular de alta respuesta ventricular, requiriendo cardioversión eléctrica y posterior inicio de amiodarona.

Evolucionó con registros febriles persistentes a pesar de tratamiento antibiótico y como búsqueda de foco infeccioso el día 12/4 se realizó tomografía computada de cerebro, tórax, abdomen y pelvis con contraste endovenoso.

Tomografía computada de cerebro, tórax, abdomen y pelvis con contraste EV 12/04/2022

- ⊙ **CEREBRO:** línea media conservada. Sin alteraciones significativas de la densidad del parénquima encefálico. No se observan colecciones intra ni extraaxiales. Resto sin particularidades.
- ⊙ **Derrame pericárdico severo.**
- ⊙ Opacidades nodulares a nivel de LM y llingula, de aspecto inespecífico.
- ⊙ **Moderado derrame pleural bilateral con atelectasia pasiva del parénquima subyacente y componente cisural del lado izquierdo.**
- ⊙ Engrosamiento del intersticio interlobulillar.
- ⊙ Imágenes mediastinales ganglionares en rango no adenomegálico.
- ⊙ Válvula protésica aórtica y mitral. Grandes vasos de calibre conservado.
- ⊙ Hígado de forma, tamaño y densidad normal.
- ⊙ **Colección de 47 x 22 mm a nivel subdiafragmático izquierdo.**
- ⊙ Vesícula biliar distendida con material hiperdenso en su sector superior.
- ⊙ **Esplenomegalia homogénea.**
- ⊙ Páncreas de forma y tamaño conservados, sin lesiones.
- ⊙ Glándulas suprarrenales de forma, tamaño y topografía conservados.
- ⊙ Ambos riñones de forma, tamaño y ubicación habitual. Riñón izquierdo con doble sistema pielocalicial como variante anatómica.
- ⊙ No se identifican adenomegalias retroperitoneales.
- ⊙ Asas intestinales de calibre normal.
- ⊙ Moderada cantidad de líquido a nivel de la pelvis y laminar periesplénico, perihepático e interasas.
- ⊙ En la valoración con ventana ósea se visualiza disminución del espacio intersomático L3-L4 con esclerosis de las plataformas opuestas. Retrolistesis de grado I de L3.

Se interpretó cuadro como sepsis a probable foco mediastinal asociado a impacto esplénico, por lo que el día 13/4 se realizó toilette mediastinal, drenaje pleural y pericárdico con toma de cultivos y esplenectomía total con lavado de cavidad abdominal.

Actualmente se encuentra en Unidad de Terapia Intermedia realizando weaning, bajo asistencia kinésica respiratoria, con mejoría de la función renal y sin requerimientos de hemodiálisis.

Laboratorios

DETERMINACIÓN	18/03/22 (INGRESO HTAL. RIVADAVIA)	29/03/22 (POP)	30/05/22
Hematocrito (%) / Hemoglobina (g/dL)	28 / 9,3	30 / 10,2	24 / 7,9
Leucocitos (cél./mm ³)	18100	36700	14000
Plaquetas (cél./mm ³)	222000	191000	481000
Glucosa (mg/dL)	98	194	85
Urea (mg/dL) / Creatinina (mg/dL)	47 / 1,06	163 / 2,43	34 / 0,48
Ionograma (Na ⁺ /K ⁺ /Cl ⁻)	132/3,8/98	142/4,43/101	143/3,92/104
BT (mg/dL) / GOT (UI/L) / GPT (UI/L)	0,38 / 26 / 31	1,07 / 40 / 22	0,92/34/15
VSG (mm) / PCR (mg/L)	53 / 19	-	19 / 12
TP(%) / KPTT (seg.) / RIN	75 / 33 / 1,2	51 / 28 / 1,67	77 / 35 / 1,1
Col T / HDL / LDL / TG (mg/dL) / HbA1c (%)	164 / 15 / 112 / 179 / -	-	-
EAB (pH/pCO ₂ /pO ₂ /HCO ₃ ⁻ /EB/SpO ₂)	7,47/37/75/27/3,9/95%	7,43/41/81/26/1,9/96%	7,43/43/80/27/2,6/97%
Serología HIV / HCV / HBV / Chagas	No reactivas	-	-