



Ateneo Anatomopatológico

Dra. Vannoni María Victoria
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. Cosme Argerich
28/11/2018

ATENEO ANATOMOPATOLÓGICO

María Victoria Vannoni
Residencia de Cardiología
Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich



Paciente: GMD

Sexo: Masculino

Edad: 24 años

Fecha de ingreso: 19/8/2018

Fecha de egreso: 30/8/2018

▪ **MOTIVO DE CONSULTA** Dolor en miembro inferior derecho.

▪ **ENFERMERDAD ACTUAL**

Paciente que consulta a guardia externa de este Hospital por cuadro de dolor en miembro inferior derecho asociado a palidez y parestesias de 12 horas de evolución.

▪ **FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR**

- Obesidad
- Tabaquismo severo (30 Paquetes/año)

▪ **OTROS ANTECEDENTES**

- Consumo habitual de marihuana y cocaína.
- Osteosíntesis de rodilla derecha por fractura.

ECOGRAFÍA DOPPLER ARTERIAL 19/8

- Art. femoral común: sin lesiones. Patrón de flujo conservado.
- Art. Femoral superficial: Sin lesiones. Patrón de flujo conservado.
- Art. Poplítea: Sin lesiones. Patrón de flujo conservado.
- **Arterias tibiales: se observa arterial tibial anterior y tibial posterior derechas ocupadas por trombo en su interior, sin flujo.**
- Aorta abdominal: con patrón de flujo conservado y diámetro de 17.2mm.

EVOLUCIÓN INMEDIATA EN GUARDIA EXTERNA 19/8

- Evoluciona con trastornos de movilidad y sensibilidad con cianosis distal y se interpreta isquemia arterial aguda por lo que se decide realizar tromboembolectomía de urgencia.

PARTE QUIRÚRGICO 20/08

- Se observa oclusión de arteria tibial anterior derecha y se realiza tromboembolectomía con Fogarty de arterias tibiales derechas fallida con reintervención a las 4 horas, realizando By-Pass poplíteo-tibial posterior infrapatelar con vena safena homolateral invertida y fasciotomía de 4 compartimentos.
- Ingresa a UCO en post operatorio inmediato.

EXAMEN FÍSICO INGRESO A UCO 20/08/18

TA: 110/70 mmHg FC: 100 lpm FR: 18 cpm T°: 36°C SatO2: 98% (0,21%)

Peso: 110 Kg Altura: 1,80 metros IMC: 33.9

Cardiovascular: No presenta ingurgitación yugular, latido apexiano en 5° EIC LMC, R1 y R2 regulares y normofonéticos, sin soplos. Pulsos tibial posterior derecho y pedios ausentes, resto conservados.

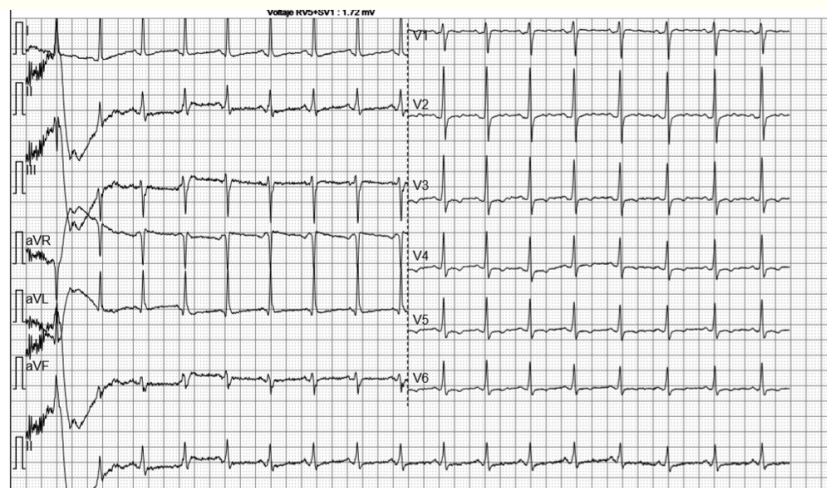
Respiratorio: Ventilando espontáneamente con buena mecánica, buena entrada de aire bilateral de base a vértice sin ruidos agregados.

Abdomen: Blando, depresible, indoloro. RHA presentes.

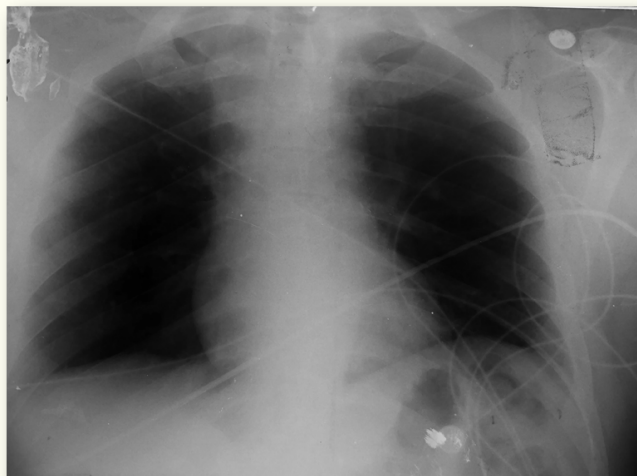
Neurológico: Lúcido. Sin signos de foco neurológico.

Piel y Partes blandas: Palidez de miembro inferior derecho asociado a frialdad distal. Cicatriz de safenectomía derecha con bordes afrontados con movilidad reducida del miembro.

ECG



RX TÓRAX



INFORME

DDVI: 54mm	DSVI:36	PP: 10mm	SIV: 13mm	Al: 13cm²	Ao: 32cm
-------------------	----------------	-----------------	------------------	-----------------------------	-----------------

Ventrículo izquierdo no dilatado, con grosor parietal normal y función sistólica normal.

Sin alteraciones segmentarias de la contracción. Sin alteraciones de la relajación.

Aurícula izquierda no dilatada.

Ventrículo derecho no dilatado con grosor parietal y función sistólica normales (TAPSE: 20mm).

Aurícula derecha no dilatada.

Válvulas morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción.

IT mínima que no permite estimar PSAP, aunque no presenta signos indirectos de hipertensión pulmonar.

Vena cava inferior no dilatada con colapso inspiratorio mayor al 50%.

No se observa derrame pericárdico.

EVOLUCIÓN EN UCO 20/8 – 23/8

- Se inicia anticoagulación con enoxaparina y se realizan serologías de HIV, HBV, HCV, VDRL negativas.
- Evoluciona con persistencia de signos locales de isquemia y contractura local. Se realiza nueva ecografía doppler que evidencia ausencia de flujo en arteria tibial posterior derecha y pedia.
- El 21/8 se realiza angiografía:

INFORME ANGIOGRAFÍA DE MIEMBROS INFERIORES

- MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO: presenta flujo severamente enlentecido a nivel infrapatelar.
 - Tronco tibio peroneo de muy delgado calibre, con irregularidades parietales sin lesiones angiográficamente significativas.
 - Tibial anterior: flujo severamente enlentecido. Ocluida en su segmento medio.
 - Tibial posterior: flujo severamente enlentecido. Ocluida en su segmento proximal.
 - Perónea: de delgado calibre y difusamente infiltrada de grado severo. Se agota en su tercio medio.
 - MIEMBRO INFERIOR DERECHO: presenta flujo severamente enlentecido a nivel infrapatelar.
 - Tibial anterior: Ocluido en su segmento proximal.
 - Tibial posterior: ocluido en su origen.
 - Peronea: de delgado calibre y difusamente infiltrada de grado severo. Se agota en su tercio proximal
 - By pass poplíteo-tibial posterior: se encuentra ocluido en la anastomosis distal
- Conclusión: Enfermedad significativa infrapatelar bilateral y by pass poplíteo-tibial posterior ocluido en la anastomosis distal**

EVOLUCIÓN EN SALA 23/8 al 30/8

- El 22/8 pasa a sala de cardiología para seguimiento por cirugía vascular. Complicó con rhabdomiólisis, se interconsultó con servicio de nefrología. Se indicó hidratación.
- Por mala evolución clínica el 23/8 se realiza amputación supra patelar de miembro inferior derecho.
- Cursó postoperatorio en sala de cirugía vascular con seguimiento por equipo de salud mental y rehabilitación kinésica y el día 30/8 por buena evolución clínica se otorga alta hospitalaria con pautas de alarma.

LABORATORIOS

	20/8/2018	27/08/2018	Serologías
HTO	40	24	HIV: NO REACTIVA
Leucocitos	9310	8700	VDRL: NO REACTIVA
Plaquetas	175.000	308.000	Anti HCV:NO REACTIVA
Glucemia	143	86	HB 1AC: 4.95
Urea	22	29	TSH: 1.33 – T4: 0.98
Creatinina	0.88	0.66	HBsAg: NO REACTIVA
Hepatograma	1.13/0.36/25/41	0.49/49/43	CK pico: 5115
Ionograma	135/4.23/101		
Coagulogr.	73/25/1.19	113/25/0.91	
CT-LDL-HDL	124/75/28		
Triglicéridos	106		

INDICACIONES AL ALTA

- Aspirina 100mg por día
- Pregabalina 75mg cada 12 horas
- Clonazepam 2mg por día
- Tramadol 1 comprimido cada 8 horas