



Ateneo Clínico

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

Residencia de Cardiología

Hassan Chaban

10/08/22

Paciente: R. C. M.	Sexo: femenino	Edad: 52 años
Fecha de ingreso: 25/04/22 (Hospital Muñiz)	Fecha de egreso: 03/06/22 (Hospital Argerich)	Días de internación: 40

- ❖ **Motivo de consulta:** fiebre y dolor lumbar.
- ❖ **Enfermedad actual:** paciente consultó al Hospital Muñiz el día 25/04/22 por cuadro de fiebre vespertina, sudoración profusa, dolor lumbar y hematuria macroscópica, de dos semanas de evolución.

ANTECEDENTES

[?] FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

- Hipertensión arterial.
- Sobrepeso.

[?] ANTECEDENTES PERSONALES:

- Infección por retrovirus hace aproximadamente 30 años, bajo tratamiento antiretroviral con carga viral indetectable y bajo recuento de CD4 (02/22).
- Tuberculosis pulmonar y ganglionar cervical derecha que requirió tratamiento quirúrgico (1998).
- Neumonía aguda de la comunidad (1996).

[?] ANTECEDENTES SOCIALES:

- Convive con felino hace 2 años.

[?] ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

- Fiebre vespertina intermitente de 2 meses de evolución, asociados a sudoración profusa y pérdida de peso de aproximadamente 15 kg.

[?] MEDICACIÓN HABITUAL:

- Emtricitabina/Tenofovir/Dolutegravir 200/25/50 mg/día.
- Enalapril 5 mg/día.

INGRESO AL HOSPITAL MUÑIZ (25/04/22)

EXAMEN FÍSICO DE INGRESO (25/04/22)

TA: 140/70 mmHg	FC: 98 lpm	FR: 18 rpm	Sat: 98% al 0.21	Temp: 37.8 C°
Peso: 62 Kg		Altura: 1,55 m		IMC 25,8 Kg/m2

- ❖ **Cardiovascular:** adecuada perfusión periférica, pulsos periféricos presentes y simétricos. Ingurgitación yugular 1/3. Reflujo hepatoyugular negativo. R1 – R2 normofonéticos en 4 focos, soplo sistólico en foco aórtico 3/6 sin irradiación. Sin edemas de miembros inferiores.
- ❖ **Respiratorio:** adecuada mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.
- ❖ **Abdomen:** blando, depresible, indoloro. Ruidos hidroaéreos positivos. Puño percusión lumbar izquierda positiva.
- ❖ **Neurológico:** lúcida, sin signos de foco motor ni meníngeo.
- ❖ **Piel y faneras:** sin particularidades.

EVOLUCIÓN EN HOSPITAL MUÑIZ (25/04/22 – 09/05/22)

Se realizó laboratorio con hallazgo de leucocitosis e injuria renal, y análisis completo de orina que informó presencia de abundantes hematíes.

Se tomó muestra de hemocultivos seriados, urocultivo y se inició antibióticoterapia empírica con vancomicina y ceftriaxona, y se rotó tratamiento antiretroviral falla renal.

Por antecedentes y hallazgos en examen físico se indicó la realización de tomografía computada de tórax sin contraste y ecocardiograma doppler transtorácico.

TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX SIN CONTRASTE ENDOVENOSO (25/04/22)

Múltiples focos de consolidación pulmonar de distribución periférica subpleural y contornos irregulares, algunas con tendencia a la coalescencia, asociado a engrosamiento de septos interlobulillares y opacidades centroacinares dispersas bilaterales a predominio de los lóbulos superiores.

Disminución del volumen pulmonar del lóbulo inferior derecho.

Engrosamiento peribronquial bilateral asociado a dilatación bronquial y bronquiolar en lóbulo inferior derecho.

Tráquea, carina y bronquios fuentes sin evidencia de alteraciones intrínsecas.

Nodulillos ganglionares en mediastino en rango no adenomegálicos.

Regiones axilares libres.

No se constata derrame pleural ni pericárdico.

Grandes vasos mediastinales de calibre conservado.

La exploración subdiafragmática muestra litiasis vesicular y aneurisma calcificado en proyección de la arteria renal derecha.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO (27/04/22)

DDVI 4,5 cm	DSVI -	SIV 1,4 cm	PP 1,2 cm	AI 3,0 cm	Ao 3,4 cm
--------------------	---------------	-------------------	------------------	------------------	------------------

Ventrículo izquierdo de dimensiones conservadas. Motilidad parietal global y regional conservadas. Función sistólica global conservada, con fracción de eyección estimada en 60% (Simpson). Patrón de llenado del ventrículo izquierdo de tipo relajación prolongada. Cavidades derechas de dimensiones normales. Ventrículo derecho con función sistólica normal (TAPSE 24 mm). **Válvula mitral calcificada con imagen en valva anterior que protruye a tracto de salida del ventrículo izquierdo. Válvula aórtica impresiona bicúspide con estenosis en grado severo. Se observa imagen hipoecoica de 11 x 9 mm, móvil, adherida a comisura. Raíz de aorta no dilatada. Vena cava inferior no dilatada con colapso inspiratorio conservado. Pericardio libre.**

EVOLUCIÓN EN HOSPITAL MUÑIZ (25/04/22 – 09/05/22)

Por cuadro clínico, hallazgos en métodos complementarios, hemocultivos negativos con detección de ADN de Bartonella spp mediante reacción de cadena de polimerasa (PCR) se interpretó cuadro como endocarditis infecciosa mitro-aórtica secundaria a Bartonella.

Se rotó esquema antibiótico a doxicilina y gentamicina ajustados a función renal.

Se realizó ecografía abdominal en búsqueda de focos de embolia séptica, sin hallazgos.

Evolucionó hemodinámicamente estable, sin signos de insuficiencia cardíaca, afebril, realizando tratamiento antibiótico.

El día 09/05/22 se decide su derivación a este centro para definir conducta terapéutica.

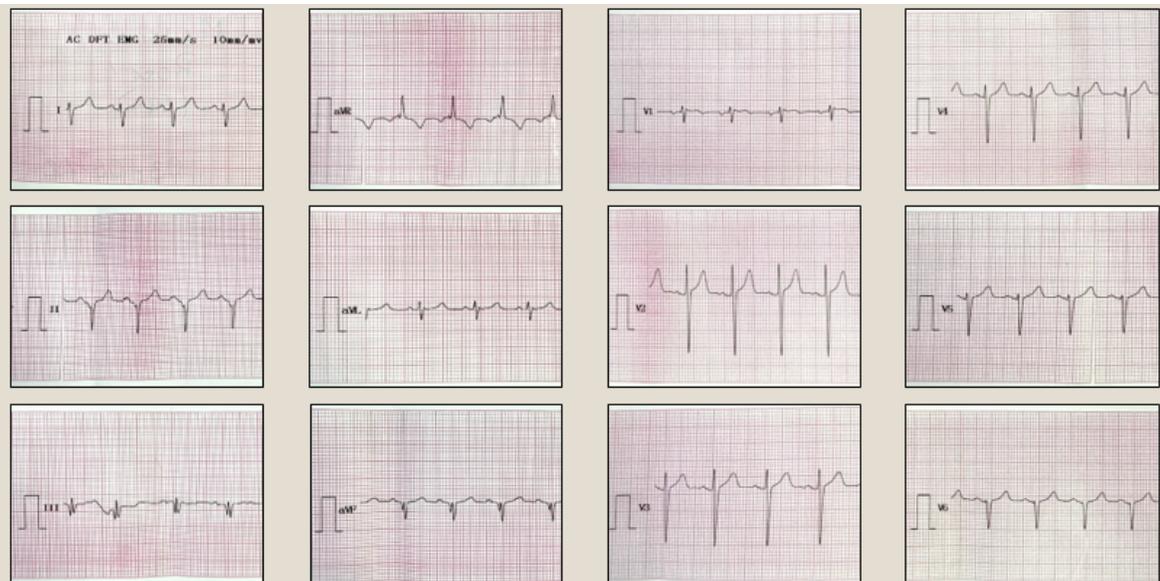
INGRESO A SALA DE CARDIOLOGÍA DE HOSPITAL ARGERICH (09/05/22)

EXAMEN FÍSICO DE INGRESO (09/05/22)

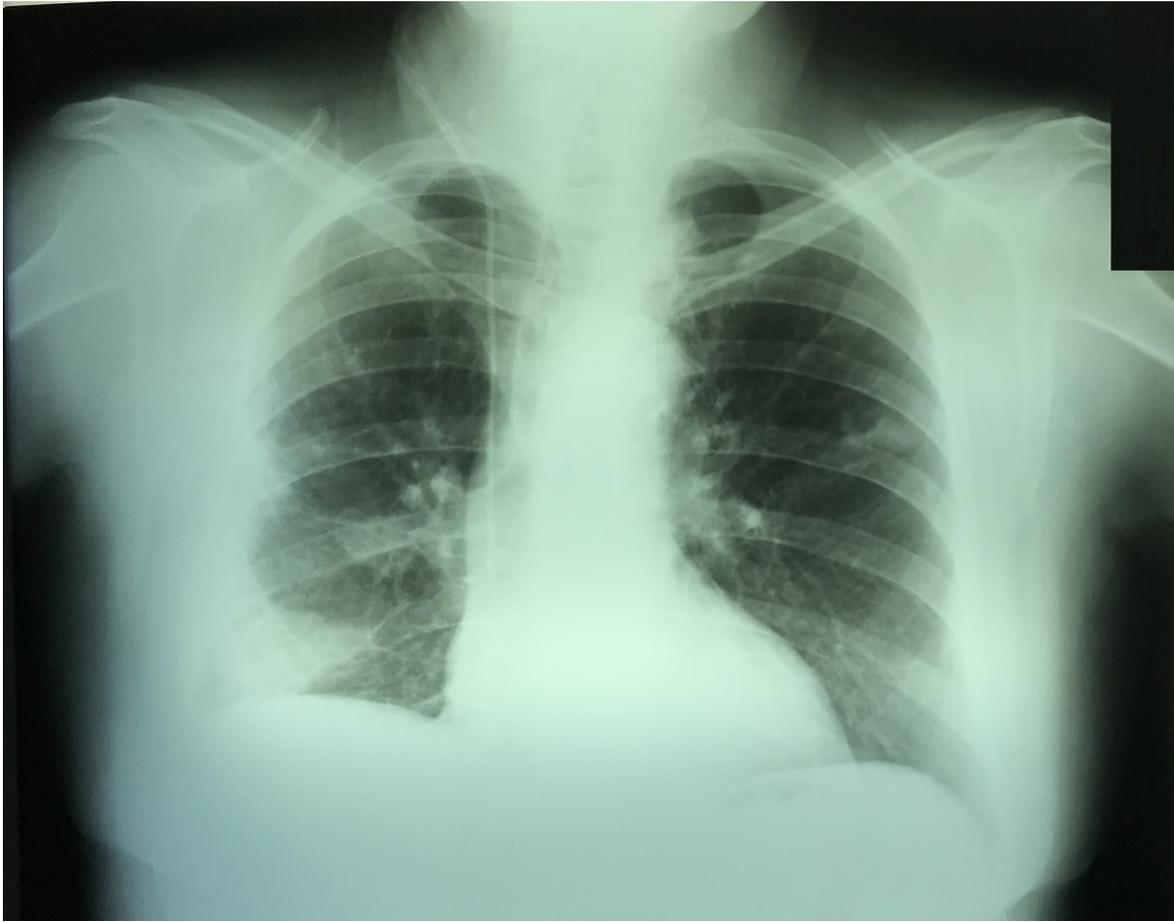
TA: 130/80 mmHg	FC: 68 lpm	FR: 16 rpm	Sat: 98% al 0.21	Temp: 36,5 C°
Peso: 60 Kg	Altura: 1,55 m		IMC 24,9 Kg/m2	

- ❖ **Cardiovascular:** adecuada perfusión periférica, pulsos periféricos presentes y simétricos. Ingurgitación yugular 1/3. Reflujo hepatoyugular negativo. R1 – R2 normofonéticos en 4 focos, soplo sistólico en foco aórtico 3/6 sin irradiación. Sin edemas de miembros inferiores.
- ❖ **Respiratorio:** adecuada mecánica ventilatoria, rales crepitantes tipo velcro diseminados.
- ❖ **Abdomen:** blando, depresible, indoloro. Ruidos hidroaéreos positivos.
- ❖ **Neurológico:** lúcida, sin signos de foco motor ni meníngeo.
- ❖ **Piel y faneras:** sin signos de impactos sépticos.

ELECTROCARDIOGRAMA DE INGRESO (09/05/22)



RADIOGRAFÍA DE TÓRAX DE INGRESO (09/05/22)



EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGÍA (09/05/22 – 03/06/22)

Paciente evolucionó sin signos de insuficiencia cardíaca, afebril, sin complicaciones.

Se realizó electrocardiograma diario, sin alteraciones de la conducción aurículoventricular.

Se indicó reevaluación mediante nuevo ecocardiograma doppler transtorácico.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO (10/05/22)

DDVI 4,0 cm	DSVI 2,2 cm	SIV 0,8 cm	PP 0,8 cm	AI 3,1 cm	Ao 2,3 cm
--------------------	--------------------	-------------------	------------------	------------------	------------------

Ventrículo izquierdo no dilatado con grosor parietal normal. Función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción. Aurícula izquierda no dilatada. Patrón de llenado del ventrículo izquierdo de tipo relajación prolongada. Cavidades derechas no dilatadas. Función sistólica del ventrículo derecho conservada (TAPSE 23 mm). Aurícula derecha no dilatada. Vena cava inferior de tamaño normal. **Válvula aortica bicúspide calcificada con imagen hipoecogénica de 6 mm adherida a la valva posterior compatible con vegetación. Estenosis aortica de grado moderado. Área por ecuación de la continuidad: 1.3 cm² (TSVI: 20 mm). Gradiente pico: 41 mmHg y medio: 22 mmHg. Insuficiencia aortica leve.** Aorta torácica de diámetros y flujo normales. No se observa derrame pericárdico. Se observa origen anómalo de la arteria circunfleja con trayecto retroaórtico.

EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGÍA (09/05/22 – 03/06/22)

Se realizó nueva ecografía abdominal completa y estudio de fondo de ojo para descartar impactos sépticos, que resultaron normales.

Por no presentar criterios quirúrgicos en contexto de endocarditis y valvulopatía se decidió tratamiento médico.

Evolucionó con falla renal, se realizó ecografía renovesical que no presentó alteraciones, interpretándose cuadro como glomerulonefritis vs. toxicidad por aminoglucósidos.

Posteriormente la paciente evolucionó hemodinámicamente estable, afebril, sin complicaciones, por lo que se decidió otorgar el egreso hospitalario el día 03/06/22 con control ambulatorio por servicio de valvulares, infectología y nefrología.

Se indicó realización de nuevo ecocardiograma doppler transtorácico para evaluar evolución de vegetación previo al alta.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO (03/06/22)

DDVI 4,5 cm	DSVI 2,3 cm	SIV 1,2 cm	PP 0,9 cm	AI 3,6 cm	Ao 3,1 cm
--------------------	--------------------	-------------------	------------------	------------------	------------------

Ventrículo izquierdo con diámetro conservado con grosor parietal normal. Función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción. Fracción de eyección del 68%. Aurícula izquierda no dilatada (área 19 cm²). Patrón de llenado del ventrículo izquierdo de tipo enlentecimiento de la velocidad de relajación. Cavidades derechas no dilatadas con función sistólica del ventrículo derecho conservada. Vena cava inferior de tamaño normal con colapso inspiratorio. **Válvula aortica bicúspide calcificada con estenosis de grado moderado (área de 1.3 cm²; vel. pico 3,3 cm/seg; gradientes 44/27 mmHg) y regurgitación leve. Se observa imagen en tracto de salida del ventrículo izquierdo compatible con vegetación de 6 mm.** Origen anómalo de la circunfleja en seno de Valsalva derecho con trayecto retro aórtico.

INDICACIONES AL EGRESO HOSPITALARIO (03/06/22)

- ❖ Doxiciclina 100 mg cada 12 hs hasta el 09/08/22 inclusive.
- ❖ Darunavir/Ritonavir 800/100 mg/día.
- ❖ Dolutegravir 50 mg/día.
- ❖ Trimetroprima/sulfametoxazol 160/800 mg los días lunes, miércoles y viernes.

LABORATORIOS

Determinación	25/04/22 (Muñiz)	09/05/22 (Ingreso)	03/06/22 (Egreso)
Hto (%) /Hb (g/dL)	30/9,7	29,8/10	30/9,9
Leucocitos 10*3/mm3	19.100	9.100	9.100
Plaquetas 10*3/mm3	281.000	270.000	297.000
Glucemia (mg/dL)/HbA1c (%)	180/-	86/5,2	139/-
Urea (mg/dL)/Creatinina (mg/dL)	88/2,93	29/1,52	122/2,56
Na/K/Cl (mmol/L)	138/4,1/99	143/3,1/104	137/3,9/102
BT (mg/dL)/GOT (U/L)/GPT (U/L)	0,38/25/19	0,14/20/5	0,20/15/9
CT/HDL/LDL /TG (mg/dL)	-	192/30/116/236	-
TP (%) /KPTT (seg) /RIN	96/32/0,9	75/37/1,05	92/25/1,09