



ATENEO

ANATOMO PATOLOGICO

Hospital Dr. Cosme Argerich.
Servicio de Cardiología

Karen Maia Waisten

17/09/2014

Paciente: M.P.

Edad: 32 años

Sexo: femenino

Fecha de ingreso: 30/05/14

Fecha de egreso: 15/06/14

Motivo de consulta:

Progresión de disnea habitual.

Enfermedad Actual:

Paciente que refiere presentar en el último mes, progresión de disnea habitual de clase funcional II hasta clase funcional IV. A dicho cuadro clínico se agrega en la última semana ortopnea y palpitaciones, por lo que el día 30/05/14 consulta a guardia externa del Sanatorio Anchorena.

Por diagnóstico presuntivo de insuficiencia cardíaca descompensada se decide su internación en Unidad Coronaria.

Antecedentes

Factores de riesgo cardiovascular: No presenta.

Antecedentes de enfermedad actual:

- Fiebre reumática en la infancia.
- Estenosis mitral severa, diagnosticada a los 18 años. Se realizó plástica mitral y tricuspídea en septiembre de 1999 en Hospital Argerich. Evoluciona en el postoperatorio con insuficiencia mitral severa requiriendo cirugía de reemplazo valvular mitral con prótesis mecánica nº 27 Tritechology.
- Fibrilación auricular persistente, desde enero de 2013, con intentos de CVE fallidos en agosto y noviembre del mismo año.
- Internación programada en ICBA el 10 de enero de 2014, donde se realizó crioablación de venas pulmonares y ablación por radiofrecuencia de istmo cavotricuspídeo. Sin recurrencia arrítmica hasta la actualidad.
- Internación en Sanatorio Anchorena por insuficiencia cardíaca descompensada el mismo mes.
- Disnea habitual clase funcional II.

Medicación habitual

Acenocumarol según cartilla.

Omeprazol 20 mg/d VO.

Espironolactona 25 mg/d VO.

Bisoprolol 5 mg c/12 hs VO.

Furosemida 40 mg/d VO.

Examen físico de ingreso a UCO

TA: 147/72 mmHg **FC:** 78 lpm **FR:** 25 cpm **Sat:** 99% **T:** 36°C

Ap. Cardiovascular: adecuada perfusión periférica. Ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio. RHY ausente. Pulsos presentes, regulares y simétricos. Choque de punta 5º EIC LMC, R1 y R2 presentes en cuatro focos, sin R3. Click de apertura valvular, soplo diastólico 2/6 en mesocardio.

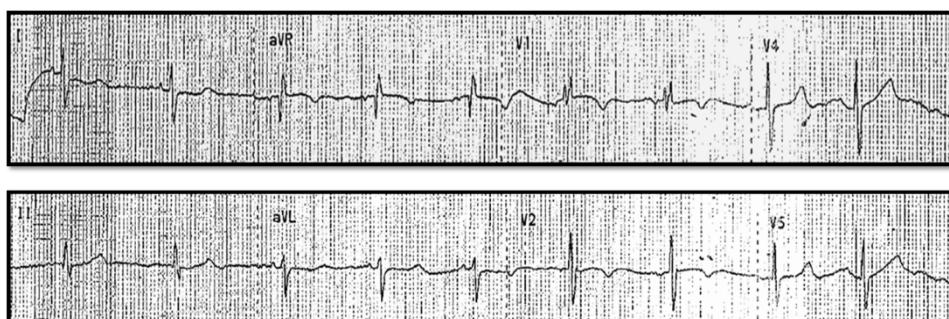
Ap. Respiratorio: regular mecánica ventilatoria a expensas de taquipnea. Hipoventilación bibasal. Sin ruidos agregados.

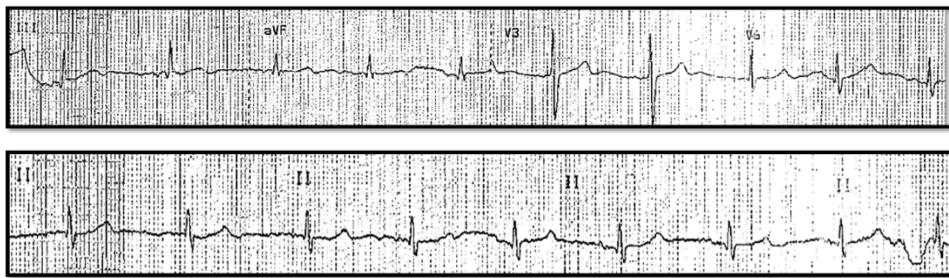
Abdomen: blando, depresible, indoloro. RHA presentes.

Neurológico: lúcida, sin foco motor ni meníngeo.

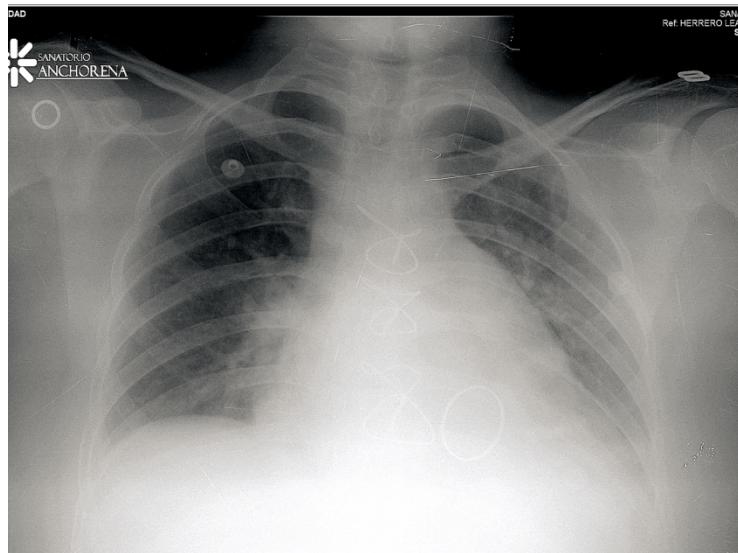
Piel y TCS: sin edemas periféricos.

ECG de Ingreso a UCO





Rx de Ingreso a UCO



Evolución inmediata UCO

Se inicia tratamiento médico con NTG y furosemida EV.

Por sospecha de disfunción protésica secundaria a trombo se inicia anticoagulación con heparina sódica en infusión continua.

Se solicita ecocardiograma doppler transtorácico y transesofágico.

Ecocardiograma transtorácico (30/05)

DDVI	DSVI	SIV	PP	FAC	AI	AD	TAPSE	PSAP	Diam VD
51 mm	27 mm	11 mm	10 mm	46%	33 cm ²	29 cm ²	18 mm	51 mmhg	45 mm

VI de diámetro normal.

Motilidad segmentaria y global conservada.

Función sistólica del ventrículo izquierdo conservada.

AI moderadamente dilatada.

Cavidades derechas levemente dilatadas: AD moderadamente dilatada; VD levemente dilatado, diámetro basal: 45 mm, con función sistólica levemente deteriorada.

Prótesis mecánica hemidisco con leve aumento de sus gradientes.

Área válvula mitral: 1,1 cm². No se observan signos de trombosis y/o pannus.

Ecocardiograma transesofágico 30/05

AI dilatada libre de trombos.

La orejuela de la aurícula izquierda se encontró marcadamente dilatada, con contractilidad deprimida y libre de trombos.

VI conserva sus dimensiones con espesores parietales conservados.

Movimiento septal paradojal. Función sistólica de VI conservada.

Cavidades derechas dilatadas con función sistólica del VD normal.

PSAP: 42 mmHg.

Prótesis mecánica bivalva con disfunción moderada a severa con predominio de estenosis. Gradiente medio: 6,5 mmhg. Área calculada: 1,6 cm². Insuficiencia leve que impresiona secundaria a leak.

Se observa movilidad de un solo disco. Observándose del lado auricular del otro una imagen hipoecoica que podría corresponder a trombo vs pannus.

Evolución en UCO (01/06-04/06)

Evoluciona con mejoría de la sintomatología realizando balance negativo.

El día 4/06/13 se realiza radioscopía luego de haber cumplido cinco días de anticoagulación ev.

Informe de radioscopy 04/06

Se realiza radioscopía de la válvula mitral mecánica bi- disco N° 27 Tritechology, la cual evidencia apertura de uno de los discos, sin observarse movimiento del otro.

Evolución en UCO (05/06- 06/06)

Luego de ser evaluado por servicio de Cirugía Cardiovascular y decidirse conducta quirúrgica se solicitan exámenes complementarios (odontología, ecodoppler de vasos del cuello, serologías, hemocultivos).

Continúa con heparina sódica. Se suspende furosemida EV.

Evoluciona hemodinámicamente estable, sin signos de falla aguda de bomba.

El día 06/06/14 se realiza cirugía de reemplazo de valvular mitral.

Parte quirúrgico

Antisepsia y campos. Esternotomía mediana. Se retiran hilos de sutura de acero quirúrgico de cirugía previa. Se disecan adherencias mediastinales.

Heparinización. Canulación aórtica, doble cava, seno coronario y raíz aórtica. CEC, clampeo, cardioplejía, paro cardíaco.

Auriculotomía izquierda. Se constata prótesis valvular mitral mecánica con anormal cierre de la misma. Hemianillo posterior de válvula mitral con extensa calcificación debido a plicatura de valva posterior de la misma en cirugía previa.

Reemplazo con válvula mitral mecánica. Cierre de auriculotomía.

Salida de CEC. Reversión de la heparina. Control de hemostasia. Drenajes. Cierre según técnica.

Válvula: ST JUDE nº 31 Tiempo de CEC: 169 min TCAo: 156 min

Evolución en UCO (06/06 al 07/06)

Paciente ingresa en postoperatorio inmediato bajo sedoanalgesia, en ARM.

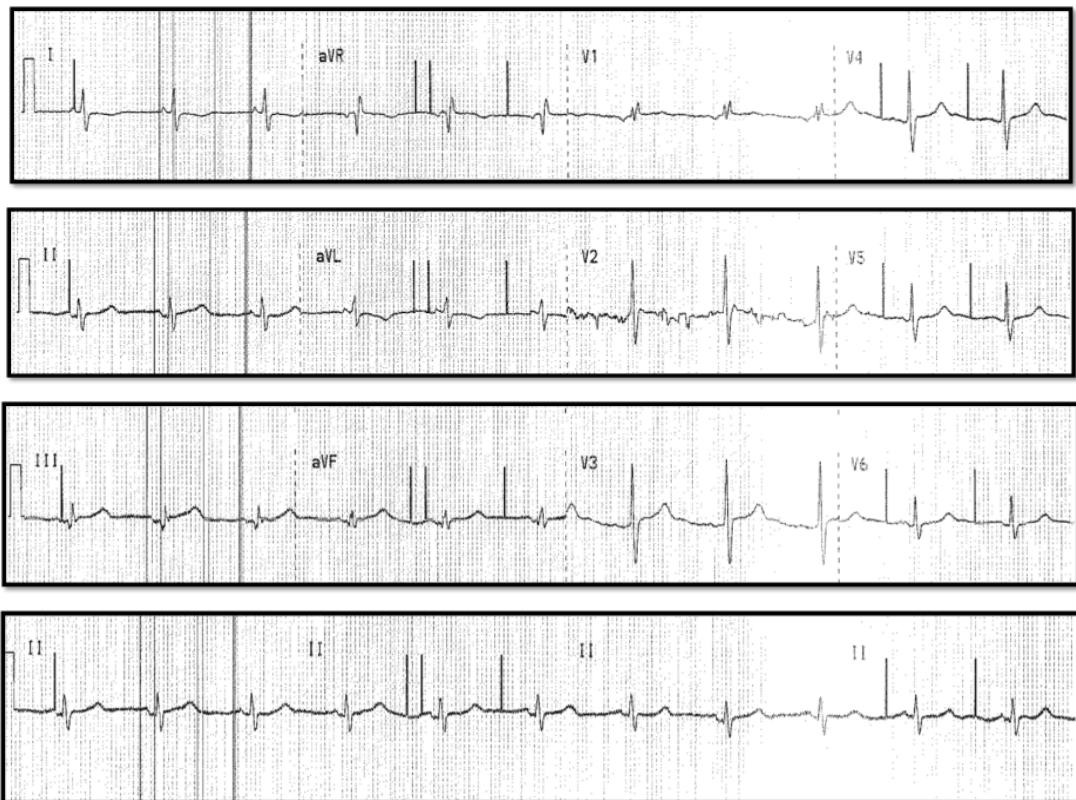
Hemodinámicamente compensada con dopamina 3 gammas/kg/min. Buena perfusión periférica. Presenta buena entrada de aire bilateral, MV conservado, tubos de drenaje mediastínicos con escaso débito sanguinolento.

Requiere transfusión de 2 UGR y 7 Unidades de plaquetas.

TAM	FC	PAPM	PVC	Wedge	IC	RVS	RVP
68	62	17	14	6	2,1	1149	238

S. Ganz:
Se extuba exitosamente el día 07/06, se suspende Dopamina.

ECG post quirúrgico



Evolución en UCO (08/06)

Hemodinámicamente estable, sin requerimientos de drogas vasoactivas. Sin signos de falla aguda de bomba.

Se retira catéter de S. Ganz, acceso central y drenajes.

Se inicia anticoagulación VO y betabloqueantes.

Pasa a UTIM donde evoluciona favorablemente.

Pasa a Sala de cardiología el día 12/06.

Evolución 12/06- 14/06. Sala de Cardiología

Evoluciona hemodinámicamente estable sin signos de insuficiencia cardíaca.

Se suspende enoxaparina por encontrarse en rango de anticoagulación. RIN: 2,85

Se otorga el alta hospitalaria el día 15/06/14.

Indicaciones al alta

Bisoprolol 2,5 mg/día

Furosemida 40 mg/día

Espironolactona 25 mg/día

Omeprazol 20 mg/día

Acenocumarol según cartilla

Medicación actual

Bisoprolol 15 mg/día

Furosemida 40 mg c/12 hs

Espironolactona 50 mg/día

Acenocumarol según cartilla

LABORATORIO

Fecha	30/06	03/06	06/06	07/06	08/06	12/06	13/06
Hto		39	36	24	26	33	31
GB		6000		8400	6800	8000	9400
PQT		161000	146000	77000	63000	153000	180000
GLU		86	107	99	113	87	89
Urea		36		30	44	35	32
Cr		0.9		0.7	0.9	0.8	0.7
TP	29				76		37
Kptt	51.2				40		65
RIN	2.59				1.2		2.16
Na		136	137	133	139	136	135
K		4.8	4	3.8	4.5	3.8	3.7
Cl		105	101	100	107	99	98
BT		0.63			0.86		0.63
BD		0.24			0.4		0.26
GOT		20			171		35
GPT		39			113		19