

Ateneo Anatomopatológico

Hospital Argerich - División Cardiología

Dra. Cacia, Silvina

Paciente L.R	Femenina
Edad 74 años	F.Ing.7/4/09

Motivo de consulta: Disnea progresiva

Enfermedad actual: Paciente que consulta a la guardia de este hospital por progresión de su disnea habitual en CF II-III a CF III-IV, asociado a aumento del diámetro de miembros inferiores de 1 mes de evolución. Se interpreta el cuadro como IC descompensada retrograda biventricular secundaria a progresión de enfermedad de base, por lo que se decide internación en sala de cardiología.

Antecedentes:

- Miocardiopatía dilatada en estudio diagnosticada 6 meses previos a la internación, sintomática por disnea en CF II.
- HTA de 5 años de evolución.

Tratamiento previo:

- Digoxina 0.25 mg/día
- Losartán 50 mg/día
- Espironolactona 25 mg/día
- Furosemida 40 mg/día

Examen Físico:

TA: 110/70

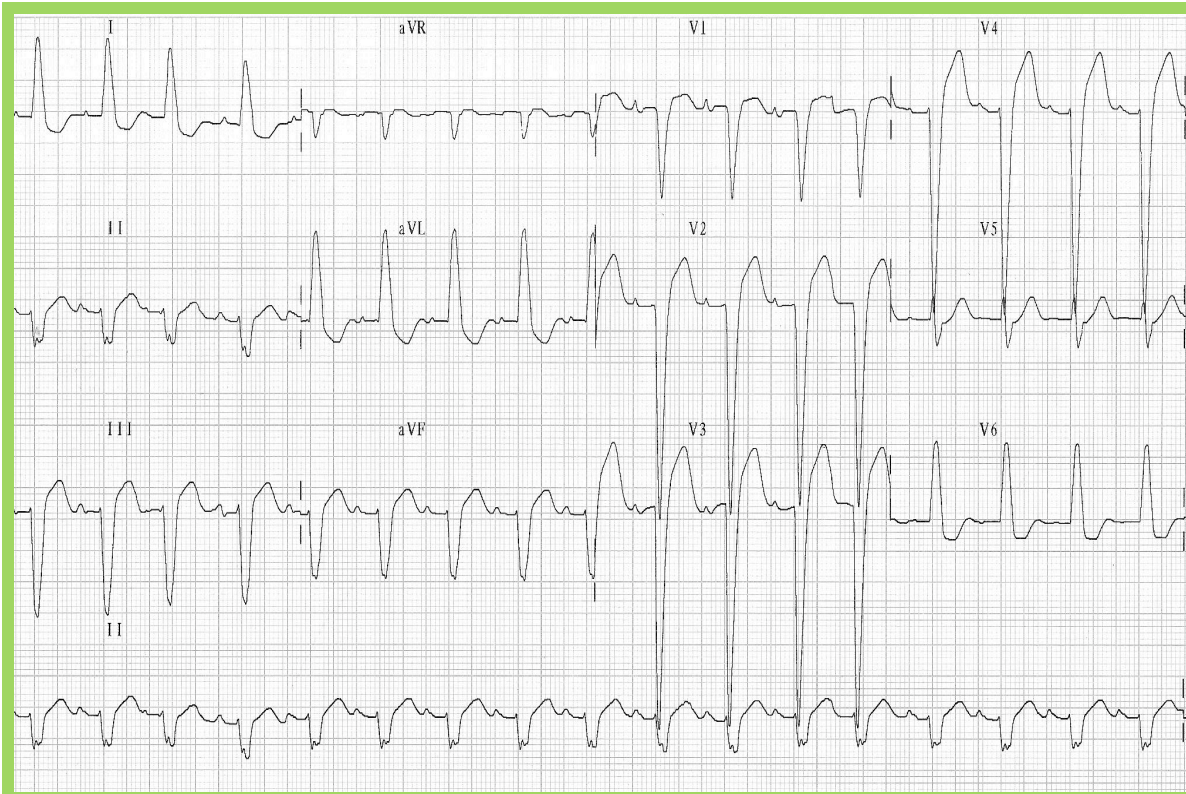
FR: 16 cpm

FC: 98 lpm

T: 36 C

- ⊙ Ap. cardiovascular: ingurgitación yugular 3/3 sin colapso inspiratorio, edemas 2/6 infrapatelares, pulsos periféricos simétricos, choque de la punta en 6^{to} EII línea axilar anterior. R1 normofonético 4F, R2 aumentado de intensidad en 4 F. Soplo holosistólico regurgitativo 2/6 en 4F con predominio en foco mitral, sin irradiación.
- ⊙ Ap. respiratorio: buena mecánica ventilatoria, BEAB, con rales crepitantes bibasales.
- ⊙ Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho, área de matidez a nivel infraumbilical, RHA +.
- ⊙ Resto del examen sin particularidades

ECG 07/04/2009



Rx de torax al ingreso 07/04/2009



Ecocardiograma:

DDVD 2.2 DDVI 7.1 DSVI 5.7 Fac 19 SIV 1.1 PP 0.8 AI 5.4 Ao 2.7

- Miocardiopatía dilatada con severa depresión de la FSVI.
 - Hipoquinesia global.
 - Se observa de miocardio no compacto sobre región posterior y lateral apical y media.
 - Insuficiencia mitral moderadamente severa por déficit de coaptación valvular. ORE 0.31 mm².
 - Dilatación ventricular derecha con FS en el límite de lo normal. TAPSE 20.
-

Evolución:

- Al ingreso se realiza balance negativo con regular respuesta.
 - Evoluciona con hipoperfusión periférica (tendencia a la hipotensión, cianosis, deterioro del sensorio y oliguria), que se interpreta como bajo gasto cardíaco, por lo que pasa a UCo.
 - Se coloca acceso venoso central, constatándose PVC= 15 cm H₂O, SVC=58%. Se inician drogas inodilatadoras (dobutamina) y furosemida en bolo.
 - Evoluciona con escasa respuesta al tratamiento instaurado, con signos persistentes de bajo gasto cardíaco, por lo que el día 14/04 se agrega milrinona (0.5 gammas/kg/min).
 - Intercurre con FAARV, por lo que se realiza CVF y se inicia anticoagulación.
 - El día 16/04 presenta PCR por TV-FV, que no responde a maniobras de resucitación avanzada y finalmente obita.
-

Laboratorio:

	<u>7/4</u>	<u>8/4</u>	<u>11/4</u>	<u>12/4</u>	<u>13/4</u>	<u>14/4</u>	<u>15/4</u>
<u>HTO</u>	45	44	44	43	41	44	42
<u>GB</u>	7500	6900	8300	9300	14000	13000	14000
<u>PLQ</u>	194000	160000	190000	160000	130000	180000	180000
<u>GLUC</u>	0.85	0.9	0.82	0.8	1.1	1.2	1.4
<u>UREA</u>	0.64	0.59	0.44	0.4	0.4	0.4	0.4
<u>CREA</u>	1.53	1.6	1.22	1.3	1	0.8	0.9
<u>TP</u>	73	70		74			83
<u>KPTT</u>	30	30		25			41
<u>EAB</u>	7.47	7.38	7.50	7.45	7.44	7.45	7.52
<u>PO2</u>	-		68			120	70
<u>PCO2</u>	40	45	38	38	40	45	35
<u>HC3</u>	28	26.4	29	26	30	31	29
<u>EB</u>	5	4.4	6	3	5	5.3	7
<u>SAT</u>						98%	96%
<u>IONO</u>	137/3.8/100	141/4/115	131/3.6/96	131/4/93	129/3/99	132/3.3/94	131/3/96
