



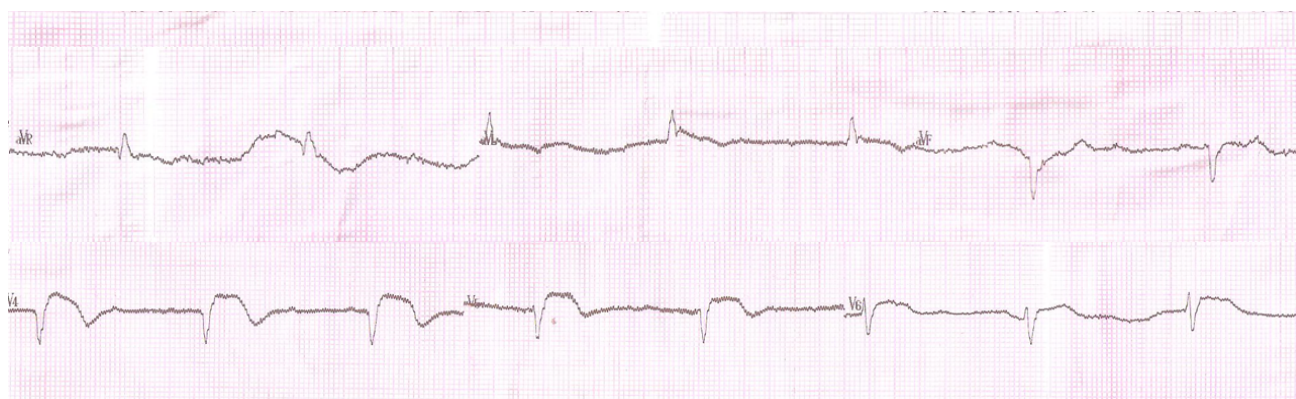
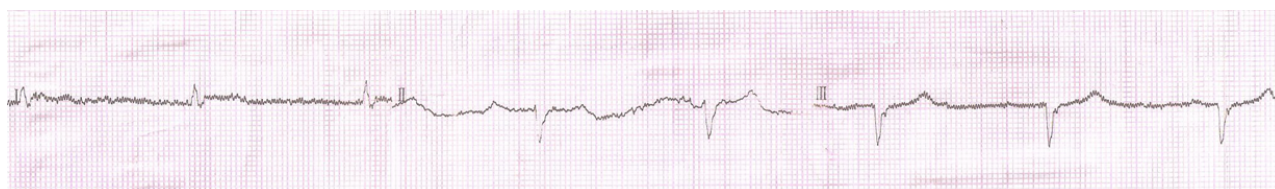
ATENEO ANATOMO CLINICO

Sofía Gabriela Rodríguez
Residencia de Cardiología
Hospital C. Argerich
25/10/2017

Paciente: C.O.	Edad: 79 años
Sexo: Masculino	Fecha de ingreso: 13/07/2017
	Fecha de óbito: 23/07/2017

- **Motivo de consulta:** Pérdida transitoria de la conciencia y tono postural.
- **Enfermedad actual:** Paciente que refiere presentar el día 11/07 episodio de dolor abdominal localizado en epigastrio, sin irradiación asociado a náuseas y vómitos, que cede parcialmente con antiespasmódicos. Evoluciona al día siguiente con disnea en CFIII y marcada astenia.
- El día 13/07 presenta episodio de pérdida brusca y transitoria de la conciencia y el tono postural con recuperación ad integrum, motivo por el cual es traído por SAME a guardia externa.

A su ingreso se realiza el siguiente ECG:



- ❖ Se interpreta cuadro como bloqueo A-V completo sintomático por síncope, en paciente con IAM anterior extenso evolucionado y se decide pase a Unidad Coronaria.

Factores de riesgo cardiovascular:

- No presenta.

Otros antecedentes

- TVP con colocación de filtro de vena cava a los 40 años de edad.

Medicación habitual

- Omeprazol 40mg/día VO.

Examen físico de ingreso a UCO 13/07/17

TA:92/58mmHg

FC: 49 l.p.m

FR: 20 c.p.m.

T: 36° C

Sat: 90% al 0,21

- **Aparato cardiovascular:** Ingurgitación yugular 2/3 sin colapso inspiratorio. RHY +. R1-R2 en 4 focos, silencios libres. Pulsos periféricos presentes, cianosis distal en cuatro miembros.
- **Aparato respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria, rales crepitantes bilaterales hasta campo medio. Campos pulmonares sonoros.
- **Abdomen:** Blando, depresible e indoloro, RHA +.
- **Neurológico:** Lúcido, sin signos de foco motor ni meníngeos.

En UCO se interpreta cuadro como IAM anterior extenso evolucionado. Se indica tratamiento anti isquémico y antitrombótico con doble antiagregación plaquetaria y anticoagulación.

Evoluciona con progresión de falla cardíaca a shock cardiogénico por lo que se inicia soporte inotrópico y vasopresor (Dobutamina + noradrenalina) y diurético en infusión continua.

Se coloca marcapaso transitorio guiado por ECG (VVI 100/2/4), con radiografía de tórax control sin complicaciones.

Rx de tórax control post colocación de MCP transitorio



Evolución en UCO 13/07/17 al 23/07/17

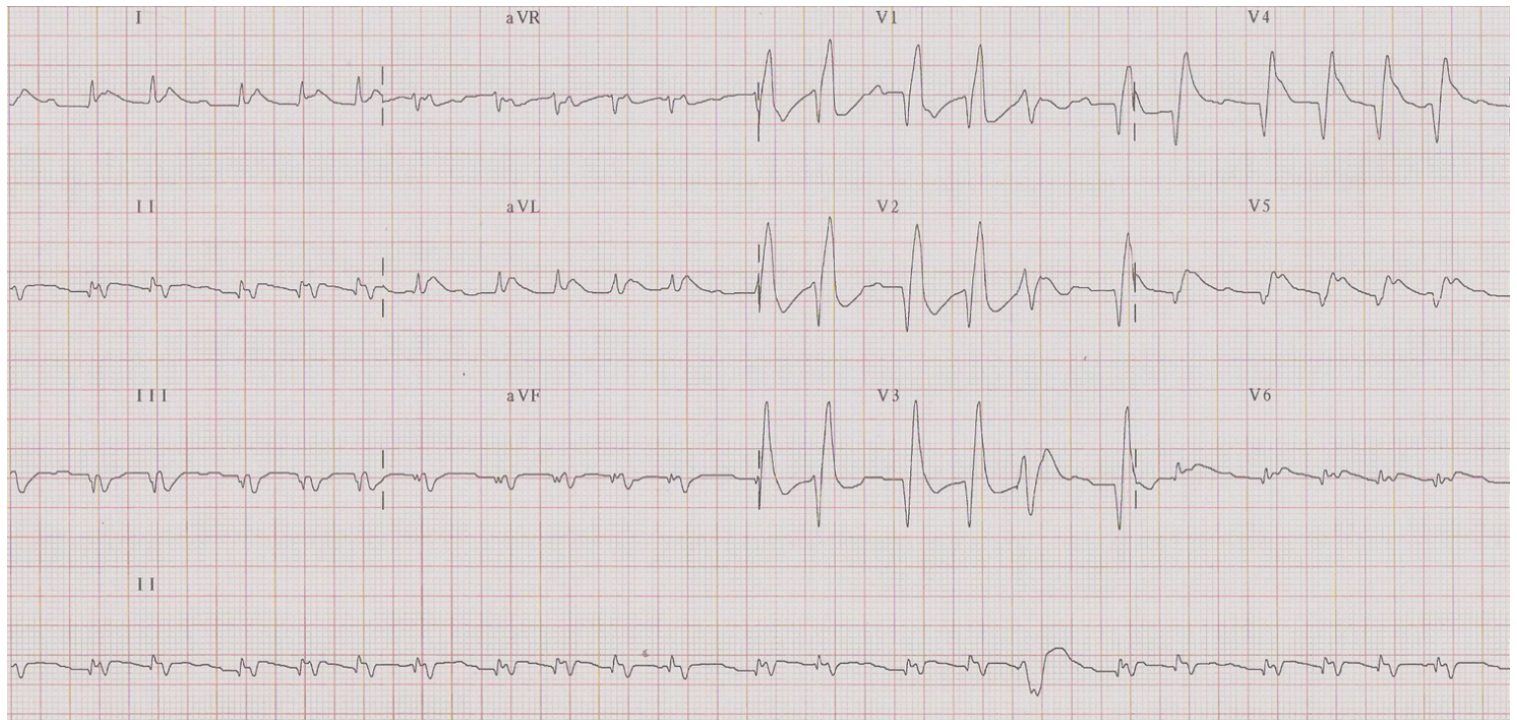
Evoluciona con profundización de parámetros de shock cardiogénico con requerimiento de triple soporte vasoactivo (Noradrenalina, dobutamina, milrinona).

Debido al requerimiento de altas dosis de drogas vasoactivas se decide IOT-ARM.

Presenta episodio de Aleteo Auricular con descompensación hemodinámica por lo que se realiza CVE con 100J, exitosa.

Evoluciona con shock cardiogénico refractario a drogas vasoactivas, se coloca BCIAo 1:1 con mejoría hemodinámica.

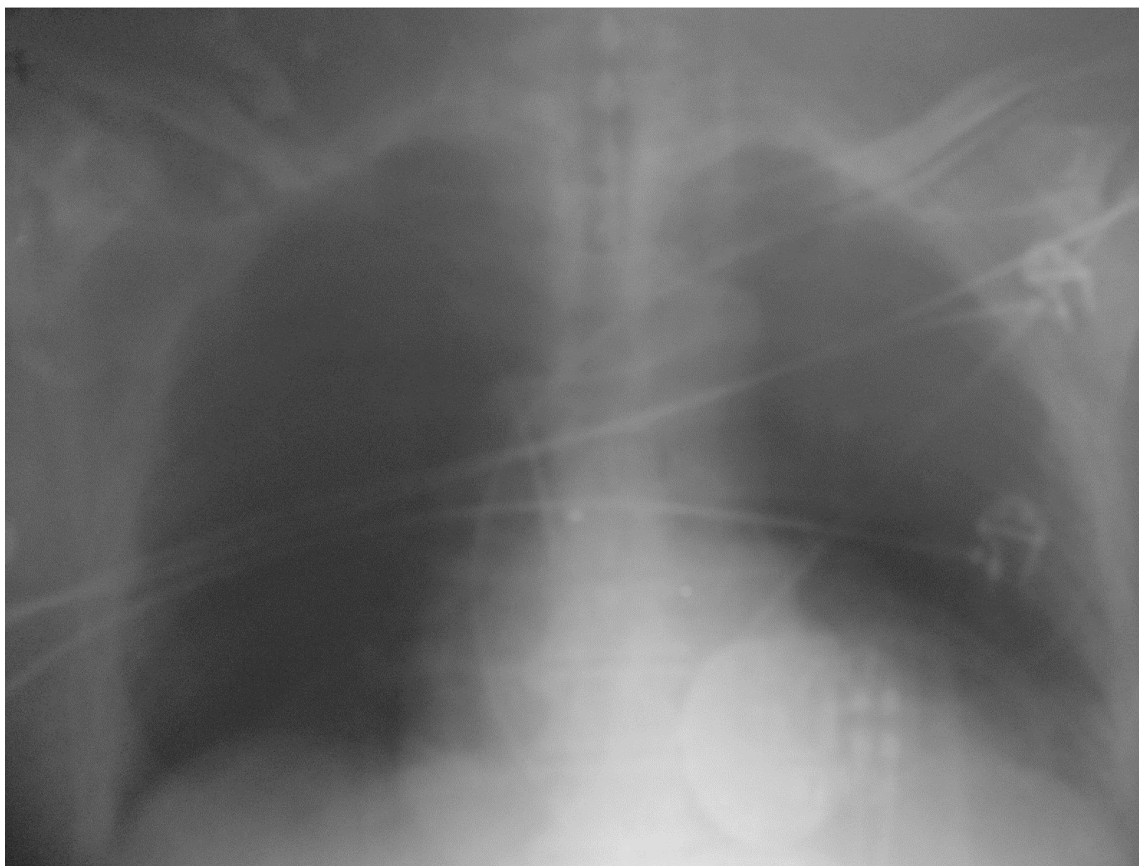
Intercurre con PCR en contexto de AESP, se realizan maniobras de RCP avanzada por 20 minutos, exitosa.



ECG AESP 21/07/2017

- Presenta nuevo episodio de PCR en ritmo de FV con CVE no exitosa. Por sospecha de taponamiento cardiaco se realiza pericardiocentesis de urgencia obteniéndose 40ml de líquido hemático. Luego de 30 minutos de reanimación se logra recuperar actividad cardiaca y TA.

Se solicitan radiografía de tórax control post-punción y ecocardiograma para evaluación de la patología.



Ecocardiograma Doppler 21/07/17

DDVI (cm)	DSVI(cm)	SIV (cm)	PP(cm)
6,02	-	1,1	0,90

- Aquinesia antero-apical con compromiso de todo el septum anterior con severa disfunción sistólica (FEY 15%), sugestivo de oclusión proximal de la arteria descendente anterior.
- Al levemente dilatada, 25cm².
- Cavidades derechas de dimensiones normales con disfunción sistólica del VD (velocidad sistólica tisular 6cm/seg.)
- Válvulas morfológicamente normales.
- Derrame pericárdico leve, localizado a nivel de la pared inferior del VD (separación diastólica entre parietal y visceral:9mm).

Se inyecta contraste por catéter presuntamente en pericardio y se observan burbujas en aurícula y ventrículo derecho (el catéter mide presiones pulmonares).

- El día 23/07 presenta nuevo episodio de PCR en contexto de AESP, se realizan maniobras de RCP avanzada sin éxito, constatándose óbito del paciente.