



Ateneo Anatomo-Clínico

Dra. Döppler, María Eugenia
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. Cosme Argerich

Paciente: B.J.

Edad 55 años

Sexo: Masculino

Ingreso: 20/12/2016

Óbito: 03/02/2017

Motivo de consulta

Dolor precordial

Enfermedad actual

Paciente refiere presentar el 04/12/2016 a las 22:00 hs dolor precordial de intensidad 6/10, con irradiación a brazo izquierdo, asociado a disnea, de dos horas de duración, el cual cede parcialmente con reposo. A las 24 hs repite episodio de similares características por lo que consulta a guardia externa de Htal Penna, donde permanece internado durante 15 días con diagnóstico de IAM apical evolucionado. El 20/12 es derivado al Htal Argerich para realización de cinecoronariografía diagnóstica.

- **Antecedentes de enfermedad actual**

No refiere

- **Factores de riesgo CV**

Tabaquismo severo (25 pack year)

HTA no controlada

- **Medicación habitual** Enalapril 5 mg c/12 hs

EXAMEN FÍSICO INGRESO A SALA DE CARDIOLOGÍA - 20/12/16

TA: 120/60 mmHg	FC: 90 lpm	FR: 16 cpm	T: 36 °C	Peso 106 kg	IMC 39,45
				Talla 1,65 cm	

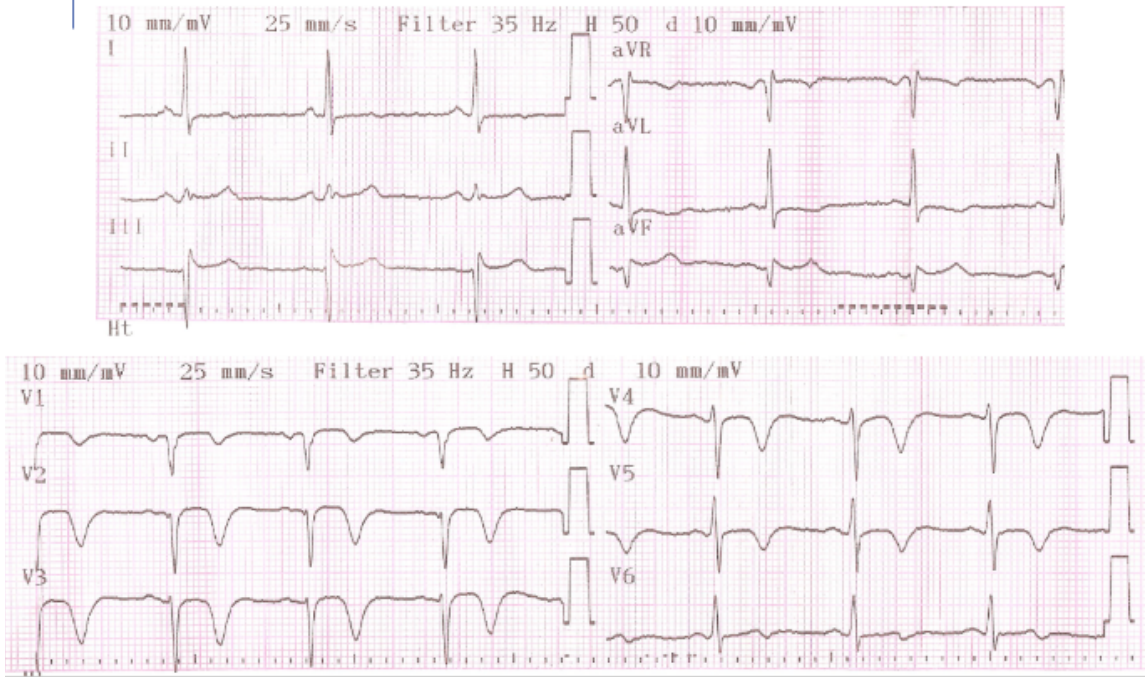
Ap. Cardiovascular: Buena perfusión periférica, no presenta ingurgitación yugular, RHY negativo. R1 y R2 en 4 focos normofonéticos, silencios libres, choque de punta en 4° espacio intercostal izquierdo, línea medioclavicular. Pulsos periféricos conservados y simétricos. Sin edemas periféricos.

Ap. Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, sonoridad a la percusión, vibraciones vocales conservadas, buena entrada de aire bilateral, murmullo vesicular presente, sin ruidos agregados.

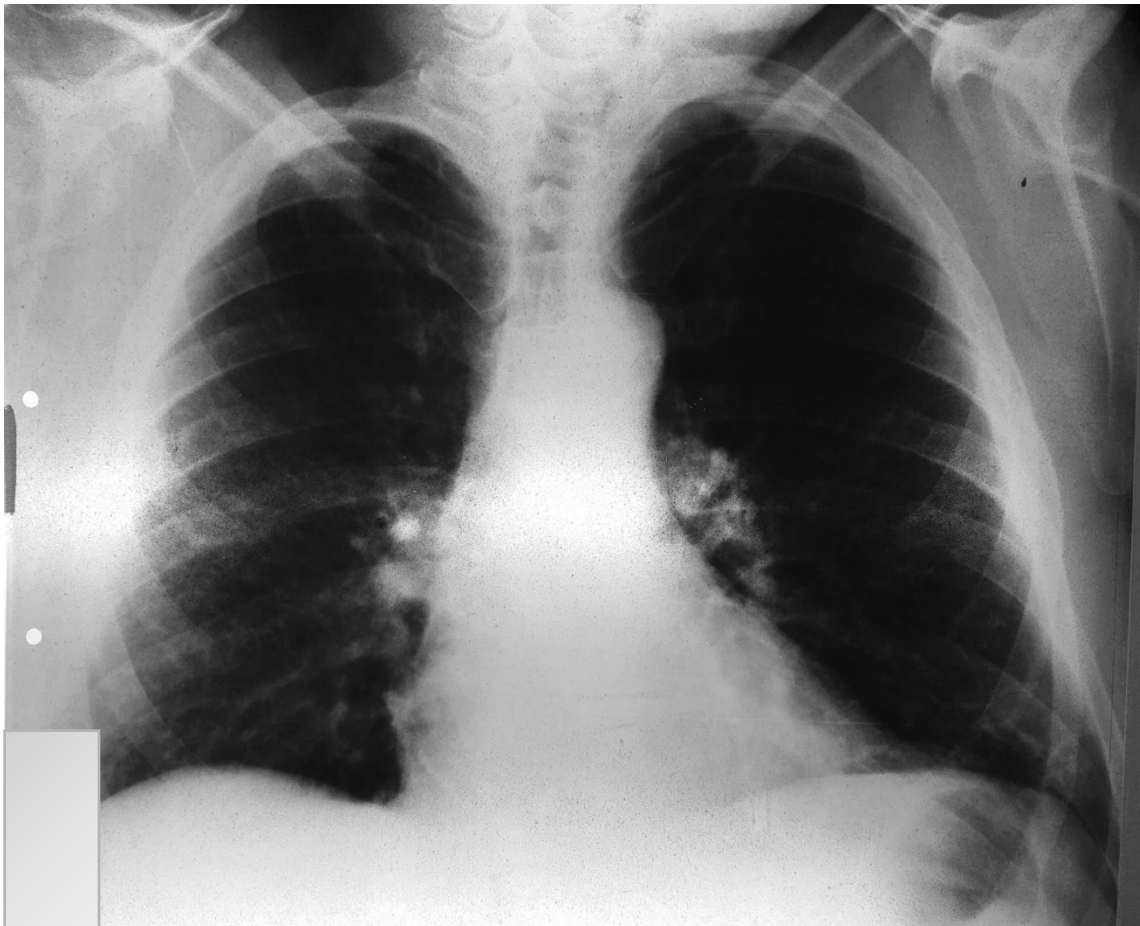
Abdomen: Globoso, blando, depresible, indoloro, RHA positivos .

Neurológico: Lúcido, sin signos de foco motor ni signos meníngeos.

ECG B.J. 20/12/16 INGRESO A SALA



Radiografía de tórax B.J. 20/12/16 – Ingreso a sala de cardiología



Cinecoronariografía 20/12/16

- Tronco: sin lesiones significativas.
- A. descendente anterior: a nivel ostial lesión de grado suboclusivo (90% de la luz). En tercio medio dos lesiones de grado moderado. Lecho distal de buen calibre con flujo enlentecido. Primer ramo diagonal se encuentra ocluido, se observa por circulación heterocoronariana.
- A. circunfleja: a nivel ostial lesión de grado significativo (80% de la luz). A nivel distal, proximal al nacimiento del 3° ramo lateroventricular, lesión de grado significativo (70% de la luz). Primer ramo lateroventricular difusamente enfermo. 2° ramo lateroventricular ocluido. Lecho distal de buen calibre.
- A. coronaria derecha: de gran calibre, características ectásicas. Dominante. A nivel proximal lesión de grado significativo (80% de la luz).
- VTG: VFS levemente incrementados. Aquinesia localizada en pequeño segmento apical. Hipoquinesia leve anteriomedial. Resto de los segmentos motilidad conservada. Función sistólica VI conservada. Válvula mitral móvil y competente.

Evolución en sala de cardiología (20/12/16 a 17/01/17)

El paciente evoluciona hemodinámicamente estable, sin intercorrencias.

Se realiza ecocardiograma.

ECOCARDIOGRAMA 21/12/2016

DDVI:	DSVI:	FAC:	SIV:	PP:
5,1 cm	3,2 cm	37%	0,9 cm	0,9 cm

- VI no dilatado con grosor parietal normal
- Función sistólica conservada
- Aquinesia septoapical e inferoapical
- Patrón de llenado normal
- AI no dilatada
- VD no dilatado con grosor parietal y función sistólica conservados
- Válvulas morfológicamente normales, sin evidencia de disfunción

El 04/01/17 se realiza resonancia magnética cardíaca.

RESONANCIA CARDÍACA 04/01/2017

DDVI 51,2mm	DSVI 36,4mm	SIV 1,09cm	PP 0,93cm
VFD 154ml	VFS 80ml	VS 74ml	FEY 48%

- Ventriculo izquierdo de dimensiones y espesor parietal conservados. Hipoquinesia severa anteroseptal basal, hipoquinesia anteroseptal e inferoseptal medioventricular y apical. Fracción de eyección de 48%.
- Luego de la inyección de gadolinio se observan defectos de perfusión en reposo anteroseptal e inferoseptal medioventricular transmural, e inferior e inferoseptal apical a nivel subendocárdico, compatible con alteraciones de la microcirculación.
- En las secuencias de realce tardío se evidencian signos compatibles con necrosis e inflamación, de distribución atribuible a cardiopatía isquémica, en los segmentos anteroseptal basal (50-75% del espesor parietal), anteroseptal e inferoseptal medio y apical (50-75% del espesor parietal). Se observa una región que ocupa el 50% del espesor parietal, fuertemente hiperintensa, correspondiente a la necrosis, y una región adyacente que ocupa del 50% al 75% del espesor parietal, de menor hiperintensidad que podría corresponder a inflamación.
- Ventriculo derecho de volumen y función ventricular normal. Fracción de eyección por sumatoria de discos de 63%.

El 06/01/17 el caso es presentado en ateneo en el servicio de hemodinamia quienes descartan revascularización por angioplastia, y se decide conducta quirúrgica.

Se llevan a cabo exámenes prequirúrgicos los cuales resultan normales.

Cirugía de revascularización 17/01/17

El 17/01/17 se lleva a cabo cirugía de revascularización con 3 puentes: Arteria mamaria interna a Descendente anterior, venoso a Arteria circunfleja y venoso a Descendente posterior.

Tiempo de circulación extracorpórea 148 minutos y tiempo de clambleo aórtico 67 minutos, con requerimiento de 2500 ml de cristaloides.

Ingresa a UCO en postoperatorio inmediato, en ARM, con requerimiento de drogas vasoactivas (noradrenalina).

EXAMEN FÍSICO AL INGRESO A UCO

17/01/17

TA: 88/60 mmHg

FC: 123 lpm

Sat: 97%

T: 36 °C

Noradrenalina 0,22 gammas

Ap. Cardiovascular: buena perfusión periférica. Pulsos presentes y simétricos. R1 y R2 en 4 focos normofonéticos, silencios libres.

Ap. Respiratorio: paciente en ARM, adaptado. Buena entrada de aire bilateral, no presenta ruidos agregados.

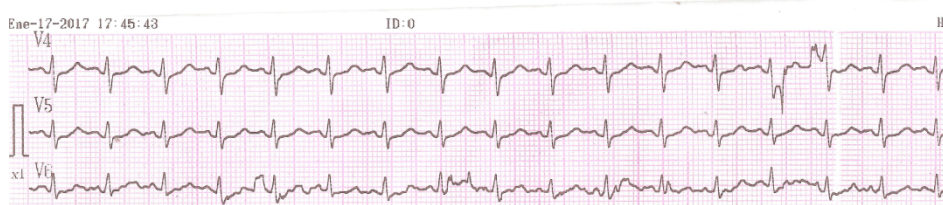
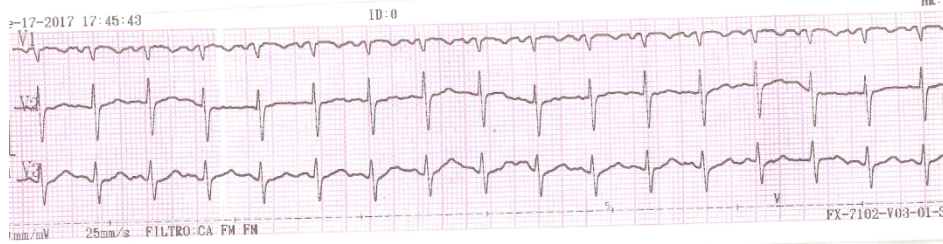
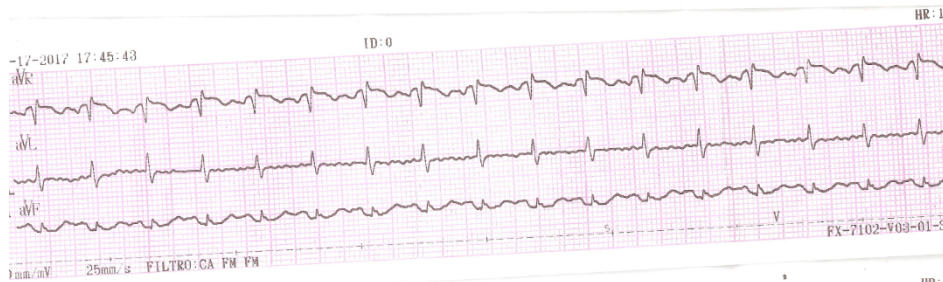
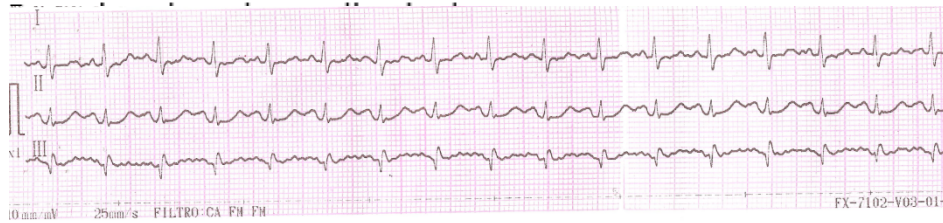
Abdomen: Globoso, blando, depresible, RHA positivos .

Neurológico: paciente bajo sedoanalgesia. RASS -4.

Piel y partes blandas: herida quirúrgica cubierta por gasas limpias.

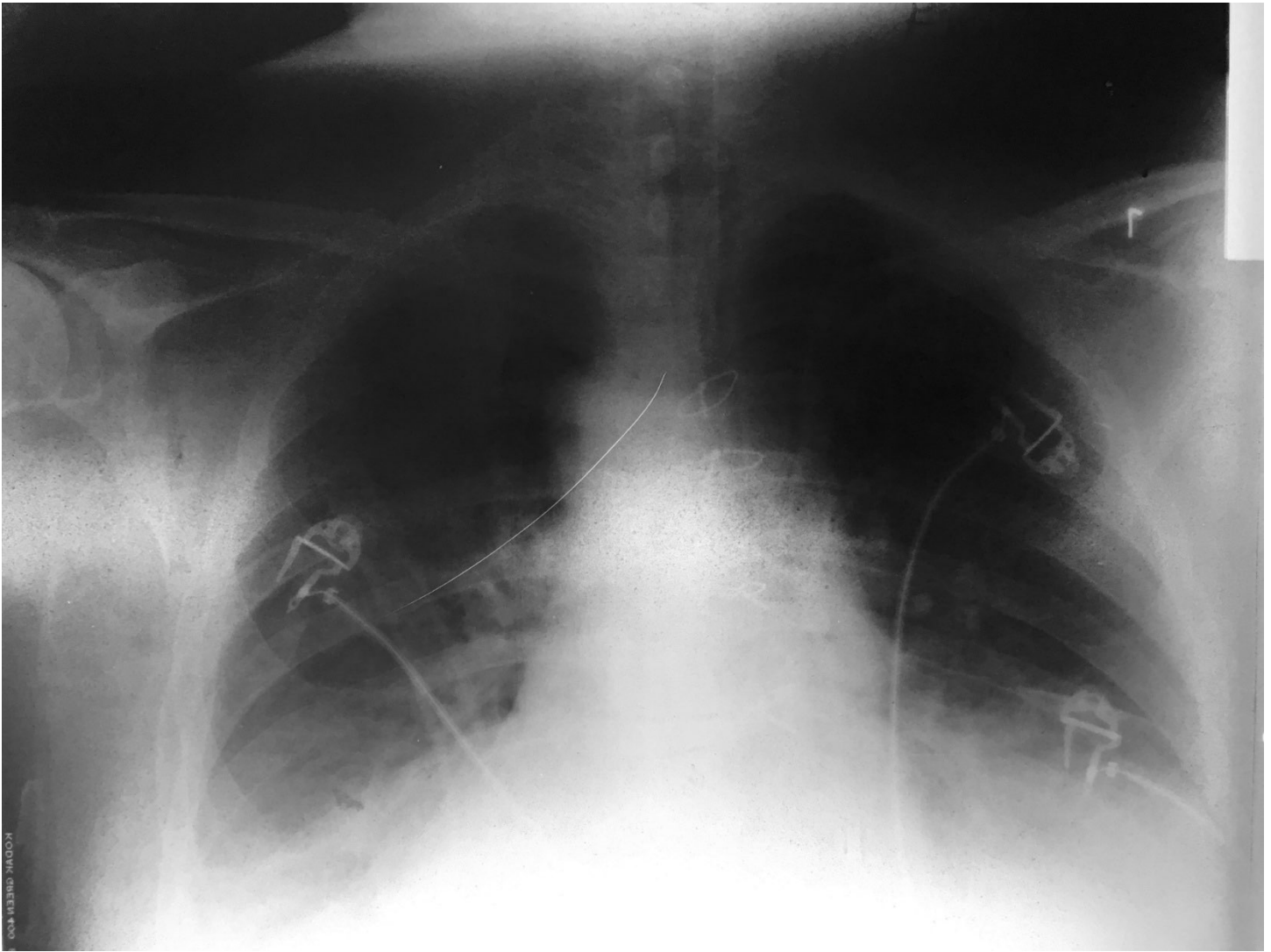
ECG B.J.
– Ingreso a

17/01/17
UCO



Radiografía de
Ingreso a UCO

tórax B.J. 17/01/17 –



EVOLUCIÓN EN UCO - 17/01/17 AL 03/02/17

El paciente evoluciona con mal estado general, con requerimiento de drogas vasoactivas e imposibilidad de EOT.

El 17/01 presenta episodio de FA en el postoperatorio inmediato se realiza cardioversión farmacológica con amiodarona, permaneciendo posteriormente sinusal.

El 20/01 evoluciona con registros febriles por lo que se realizan hemocultivos, urocultivo y aspirado traqueal y se inicia tratamiento antibiótico con piperacilina-tazobactam y vancomicina.

Posteriormente presenta múltiples intercurrentes infecciosas a foco respiratorio. Se obtienen rescates de *Proteus mirabilis*, *Pseudomona aeruginosa* y *Serratia Marcescens* en aspirado traqueal y rescate de *Serratia* en hemocultivos, con ajuste de tratamiento antibiótico al antibiograma.

Evoluciona con síndrome de distrés respiratorio, con deterioro progresivo de la PAFI. Presenta como complicación derrame pleural complicado con fístula bronco pleural y requerimiento de avenamiento pleural.

El 03/02 presenta bradicardia extrema que evoluciona a asistolia. Se realizan maniobras básicas y avanzadas de RCP sin éxito, constatándose óbito a las 4 am.

LABORATORIOS

Determinación	20/12/16	17/01/17	25/01/17	02/02/17
Hto/Hb	48/16	38/13	27/8,8	29/9
Leucocitos	8.100	14.500	13.100	19.200
Plaquetas	332.000	212.000	239.000	187.000
Glucosa	244	209	223	227
Urea	32	40	30	42
Creatinina	0,92	1,26	0,65	0,94
Na/K/Cl	139/4/100	144/4,3/103	141/3,8/98	142/3,4/95
EAB	7,37/40/23/ -1,8	7,33/42/101/ 22/-3,7/97%	7,42/45/66/ 29/4/93%	7,39/59/57/ 36/8,8/89%
TP/kPTT/RIN	100/25/0.9	68/27/1,2	83/25/1	65/25/1,2
Colt Tot/Triq/LDL/HLD	183/96/113/51			
BT/BI/GOT/GPT	0,4/0,15/ 18/28	1,49/0,97/ 39/27	0,58/20/20	3,67/3,1/ 196/227
Anti HBc – IgG/Anti HCV	Negativo			
HIV	Negativo			
Serología para Chagas	Negativa			