



# **ATENEO ANATOMOPATOLÓGICO**

**Hospital Dr. Cosme Argerich.  
Servicio de Cardiología**

**Guido Vanonni  
14/12/2016**

Paciente: J.L.      Edad: 71 años      Sexo: Masculino

Ingreso: 4/7/2016      Óbito: 13/10/2016

- **Motivo de consulta:**

Dolor precordial

- **Enfermedad actual:**

Paciente de 71 años acude a guardia de este Hospital el día 4/07 por dolor precordial opresivo de intensidad 9/10 irradiado a mandíbula, que inicia en reposo, de mas de 20 minutos de duración.

- **Factores de riesgo cardiovascular:**

Hipertensión arterial diagnosticada en 1998

Tabaquista de 40 paquetes año

Obeso

Sedentario

- **Antecedentes cardiovasculares:**

Infarto de miocardio en 1998 y 2007 no revascularizados.

Angina de reciente comienzo en clase funcional II de 2 meses de evolución

- **Medicación habitual**

Atenolol 25mg día

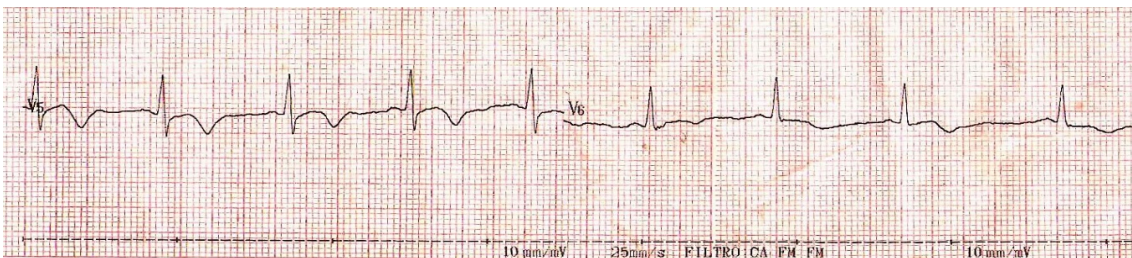
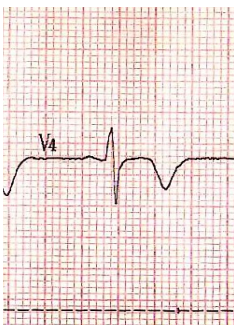
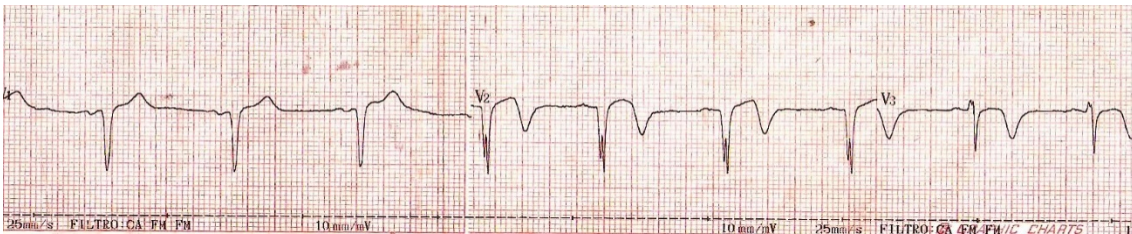
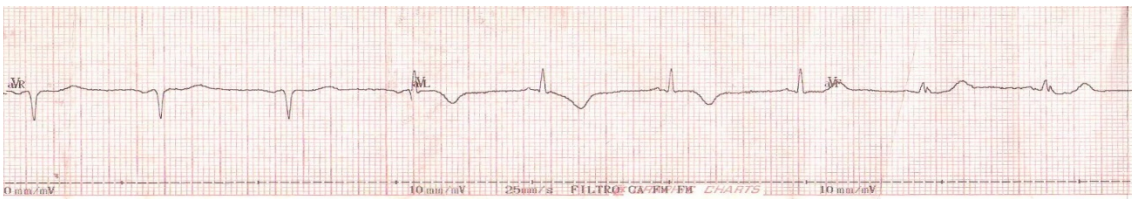
**Examen físico al ingreso**

<b>TA</b> 190/120 mmHg	<b>FC</b> 70 lpm	<b>FR</b> 16 cpm	<b>Temp</b> 36°	<b>Peso</b> 85Kg	<b>Altura</b> 1,65mts	<b>IMC:</b> 31 kg/m <sup>2</sup>
------------------------------	---------------------	---------------------	--------------------	---------------------	--------------------------	-------------------------------------

- **Aspecto cardiovascular:** Adecuada perfusión periférica, IY 1/3 con colapso inspiratorio, sin reflujo hepatoyugular, choque de punta en 4to EIC medioclavicular no se palpan latidos patológicos. Pulsos periféricos

disminuidos en miembro inferior derecho, resto simetricos y regulares. R1 y R2 en cuatro focos, no se auscultan soplos.

- Respiratorio: Buena entrada de aire bilateral, buena mecánica ventilatoria, sin ruidos agregados.
- Abdomen: blando depresible indoloro RHA+. Sin visceromegalias
- Neurológico: Lúcido sin signos de foco motor o sensitivo.
- Piel y partes blandas: sin particularidades.





### **Evolución en shock room**

04/07 al 06/07

- Con diagnóstico de síndrome coronario agudo se inicia infusión de NTG cediendo sintomatología, sin cambios evolutivos en el ECG. Se realiza curva enzimática que evidencia Ck 1082, CKmb 64 al ingreso con determinaciones posteriores en descenso.
- Se interpreta cuadro como ángor post IAM (APIAM) por lo que se inicia tratamiento médico con buena evolución.
- El día 6/7 ingresa a UCO en donde se realiza ecocardiograma transtorácico.
- **ECOCARDIOGRAMA DOPPLER 7/7/16**
  - DDVI: 52mm DSVI:28mm SIV:1,3cm PP:1,0cm
  - Ventrículo izquierdo no dilatado con hipertrofia a predominio septal
  - Aquinesia septal apical y anterior apical
  - Función sistólica globalmente conservada
  - Aurícula izquierda normal
  - Cavidades derechas normales
  - Aurícula derecha no dilatada
  - Patrón de llenado de tipo relajación prolongada
  - Pericardio normal.
- Evoluciona estable, sin repetir cuadros anginosos por lo que se decide su pase a sala general en donde se progresa tratamiento médico hasta máximo tolerado.
- El día 11/07 se realiza **SPECT con esfuerzo y reposo**
  - **Esfuerzo:** aperfusión apical anteroapical anteromedial e inferior en cortes basales. Hipoperfusión severa en resto de cortes apicales. Hipokinesia severa inferior inferoseptal y anteroseptal en cortes medioventriculares. Hipoperfusión severa inferoseptal basal y moderada anterobasal.
  - **Reposo:** mejora perfusión en todos los segmentos a excepción del apical, anteroapical e inferomedial.

- **Gated:** Esfuerzo:Fey 29% Reposo Fey 25%. Disquinesia apical con hipoquinesia severa anterior, septal e inferior con engrosamiento sistólico significativo.
  - **Conclusion:** Secuela de necrosis en territorio de la arteria DA y CD con desarrollo de extensa isquemia residual en ambos territorios con severo deterioro de la FVI.
- Debido a resultados de prueba funcional se realiza CCG el día 13/07
    - Tronco: normal calibre, sin lesiones.
    - Descendente anterior: Normal calibre, lesión circunscripta de 80% en tercio proximal.
    - Circunfleja: Normal calibre, infiltraciones parietales difusas. En tercio proximal, se observa lesión del 70%. Porción AV difusamente enferma, en tercio medio se observa lesión significativa.
    - Coronaria derecha: Dominante, Ocluida en tercio proximal. Circulación colateral heterocoronariana.
  - Dados los resultados obtenidos en CCG se realiza ateneo de toma de decisión en conjunto con servicio de cirugía cardiovascular decidiéndose conducta quirúrgica.
  - Durante internación presenta el día 10/8 nuevo episodio de dolor precordial de 20 minutos de duración que inicia en reposo con respuesta a nitratos, sin cambios electrocardiográficos, curva enzimática positiva (troponina T 340ng/dl)
  - El día 7/9 ingresa a quirófano para realización de cirugía de revascularización miocárdica (CRM)
  - PARTE QUIRURGICO
    - Se realiza cirugía de revascularización miocárdica, con 3 puentes venosos a DA DP y primer lateroventricular.
    - TCEC 113min TCA 60min, requirió 4 UGR 8U Plaquetas 2U plasma, 2U crioprecipitados, protomplex 1200UI.
    - Noradrenalina: 0,15 gammas/kg/min
    - Dopamina: 5 gammas/kg/min
    - Recibe profilaxis antibiótica con cefazolina intraquirúrgico y posteriormente hasta retirados los drenajes
  - A su ingreso se suspenden drogas vasoactivas con adecuada tolerancia.
  - Se realiza prueba de respiración espontanea con buena tolerancia, extubándose a las 5 hs postquirúrgicas.
  - Evoluciona con sensorio alternante y excitación psicomotriz requiriendo contención física y rescates de haloperidol y lorazepam EV.

- Paciente persiste en días sucesivos con sensorio alternante por lo que, ante la sospecha de encefalopatía hipóxica, se realiza TAC cerebro que no evidencia alteraciones agudas.
- El día 10/9 presenta paro respiratorio con requerimiento de IOT/ARM, con respuesta positiva a flumazenil, por lo que se interpreta secundario a fármacos.
- Se logra extubación a las 12 hs del evento.
- Se realiza IC servicio psiquiatría quienes indican quetiapina con buena respuesta.
- El día 11/9 (5to día POP) presenta en FAARV con por lo que se realiza cardioversión farmacológica con amiodarona, persistiendo posteriormente en ritmo sinusal.
- El día 12/9 pasa a sala de cardiología en donde presenta mejoría progresiva del estado neurológico, recuperando lucidez.
- El 14/9 presenta episodio de hipotensión, hipoglucemia, fiebre y desaturación por lo que reingresa a UCO, con requerimiento de noradrenalina y VNI.
- Se realiza nueva Rx tórax.



- Se interpreta cuadro como shock séptico secundario a neumonía intrahospitalaria, se toman cultivos e inicia tratamiento antibiótico con Imipenem + Vancomicina.

- Persiste con episodios febriles asociados a inestabilidad esternal, el día 19/9 se realiza punción mediastinal obteniéndose 10cc de material purulento.
- Herida de safenectomía dehiscente en tercio superior y medio, impresiona infectada.
- Se amplia esquema antibiótico a meropenem, vancomicina, colistin.
- 25/9: se realiza toilette de Safenectomia con toma de muestras aislando enterococo vancomicina resistente.
- 27/9: Se recibe cultivo de punción mediastinal con desarrollo de enterococo vancomicina-resistente y Acinetobacter baumannii, por lo que se realiza toilette mediastinal superficial. Se solicita sistema de aspiración continua por obra social.
- Se ajusta tratamiento antibiótico según sensibilidad: linezolid meropenem colistin.
- Evoluciona con shock vasopléjico progresivo, el 29/7 presenta paro cardiorespiratorio en asistolia. Se realiza RCP de 10 minutos de duración, con requerimiento de IOT/ARM y aumento de requerimiento de Noradrenalina
- 30/10 Se realiza nueva toilette mediastinal con remoción de esternón remanente con plástica de pectoral mayor.
- El 01/10 presenta nuevo PCR requiriendo RCP durante 10min.
- Paciente evoluciona tórpidamente con aumento progresivo de drogas vasopresoras (Noradrenalina 2 gammas/kg/min) con débito purulento por drenajes de lecho quirúrgico.
- Evoluciona con falla multiorgánica presentando el 13/10 nuevo paro cardiorespiratorio, constatándose el óbito a las 14hs.