



Ateneo Clínico

Dr. Julián Colla
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. Cosme Argerich
17/04/2019

Paciente: L.C	Edad: 66 años	Sexo: Masculino
---------------	---------------	-----------------

Fecha de ingreso: 12-02-19

Fecha de óbito: 10-03-19

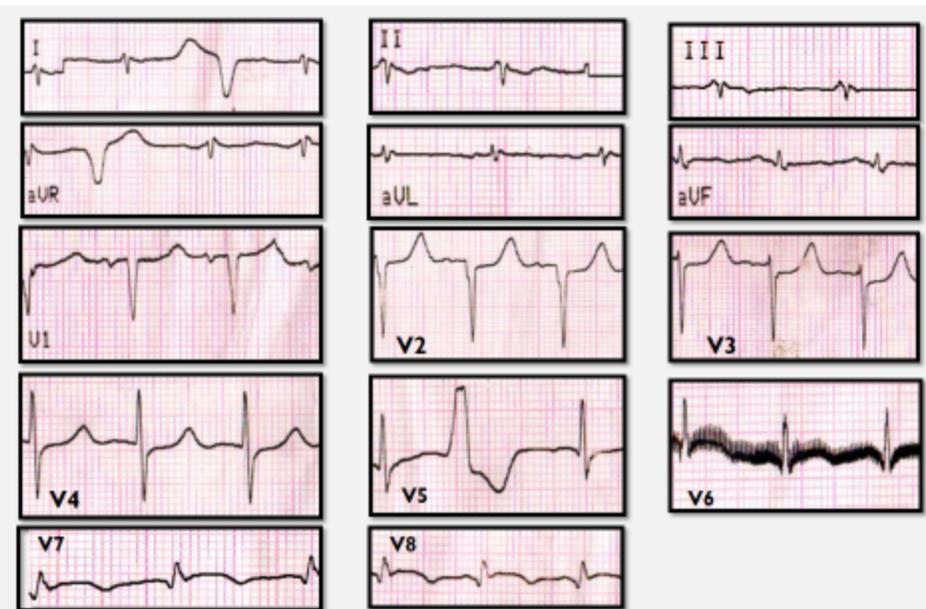
- **Motivo de consulta:** Disnea
- **Enfermedad actual:**

Paciente que consulta a guardia externa de este hospital por disnea CF II que progresa a CF III en la última semana. A su ingreso se constata paciente hipertenso (180/110 mmHg), con mala mecánica ventilatoria y crepitantes hasta vértice. Se interpreta edema agudo de pulmón hipertensivo y se realiza tratamiento médico sin mejoría por lo que se decide IOT-ARM.

Se realiza ECG que evidencia injuria subepicárdica posterior. Se interpreta SCACEST Killip Kimball III, se realiza interconsulta con Hemodinamia quienes deciden diferir CCG por inestabilidad hemodinámica.

Se decide posteriormente pase a Unidad Coronaria.

ECG de ingreso a guardia 12-02-19



ANTECEDENTES

Factores de riesgo cardiovascular:

- Hipertensión Arterial
- Ex-Tabaquista (80 paquetes/año)
- Diabético no insulino requiriente.

Antecedentes de enfermedad Actual:

- Disnea en clase funcional II de 1 mes de evolución que progresó en la última semana a CF III.

Otros antecedentes:

- Trastorno Depresivo mayor en tratamiento con Sertralina y Clonazepam.
- Hidrocele con orquiectomía unilateral.

MEDICACION HABITUAL

- Sertralina 1 comprimido por día
- Clonazepam 2 mg por día.

EXAMEN FISICO DE INGRESO A UCO 12-02-19

TA: 145/89 mmHg	FC: 102 lpm	FR: 20 cpm	T°: 36,3 °C	SATO2: 92%
-----------------	-------------	------------	-------------	------------

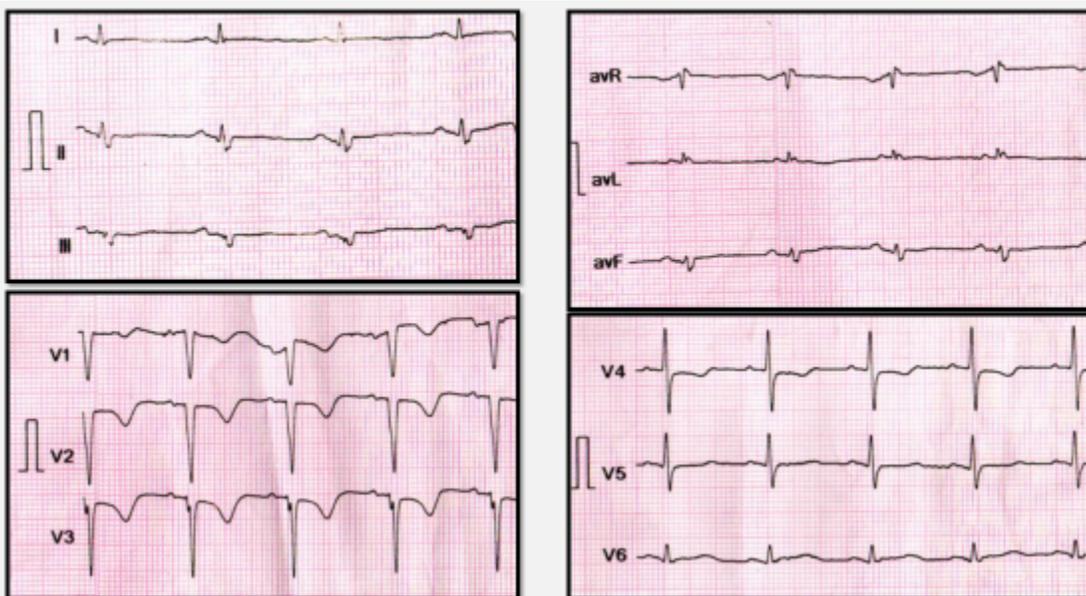
Peso: 85 kg

Altura: 1,83 mts

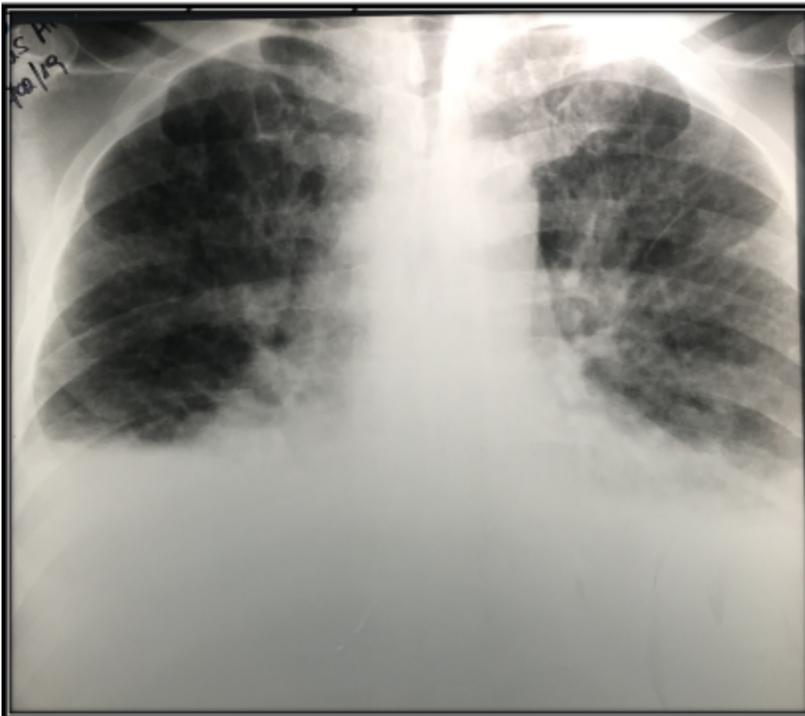
IMC: 25

- **Cardiovascular:** Buena perfusión periférica. Ingurgitación yugular 2/3 sin colapso inspiratorio, reflujo hepatoyugular positivo. Latido apexiano en 5° EIC LMC. R1 en 4 focos atenuado y R2 en 4 focos normofonético. Sopro holosistólico 4/6 regurgitante, que irradia a axila y mayor intensidad en ápex. Pulsos periféricos conservados y simétricos.
- **Respiratorio:** En IOT-ARM. Adaptado. Regular entrada de aire bilateral, rales crepitantes hasta campo medio bilateral.
- **Neurológico:** Paciente bajo sedoanalgesia, RASS -4, pupilas isocóricas y reactivas.
- **Abdomen:** Blando, depresible. RHA presentes.
- **Piel y partes blandas:** sin edemas en MMII.

ECG DE INGRESO A UCO



RADIOGRAFIA DE TORAX DE INGRESO A UCO



EVOLUCION EN UCO DEL 12-02 al 20-02 en UCO

- Evoluciona hemodinámicamente estable, con mejoría clínica. El 13/02 se realiza extubación orotraqueal.
- Presenta reiterados episodios de edema agudo de pulmón hipertensivo, con buena respuesta al tratamiento médico y VNI.
- Se realiza ecocardiograma transtorácico y Cinecoronariografía diagnóstica.

Ecocardiograma transtorácico 13-02-19

DDVI: 51mm	DDSV: 42mm	SIV: 13mm	PP: 9mm	AI: 46mm	Ao: 38mm
----------------------	----------------------	---------------------	-------------------	--------------------	--------------------

Ventrículo izquierdo no dilatado con hipertrofia del septum basal

Deterioro severo de la función sistólica global. Aquinesia apical. Aquinesia septal medial. Aquinesia anterior e inferoposterior.

Hipoquinesia severa lateral. Patrón de llenado monofásico por función de las ondas de llenado. Aurícula izquierda levemente dilatada (28cm²)

Cavidades derechas de dimensiones normales con función sistólica del VD conservada. Válvula aortica trivalva, esclerosada, con apertura conservada.

Válvula aórtica normal. Insuficiencia mitral moderada con jet central, por restricción al cierre de las valvas. Válvula tricúspide estructuralmente normal. Derrame pericárdico leve.

Vena cava inferior dilatada (22mm) con disminución del colapso inspiratorio.

Ecocardiograma transtorácico 18-02-19

DDVI: 56mm	DDSV: 43mm	SIV: 13mm	PP: 11mm	AI: 51mm	Ao: 33mm
----------------------	----------------------	---------------------	--------------------	--------------------	--------------------

Ventrículo izquierdo levemente dilatado. Hipertrofia del ventrículo izquierdo
 Aquinesia inferoposterior. Hipoquinesia severa lateral y anterior. Deterioro severo de la función sistólica global del ventrículo izquierdo. Fey biplanar 33%
 Insuficiencia mitral severa con jet dirigido a la pared posterolateral de la aurícula izquierda secundaria a movimiento restringido de la valva posterior mitral debido a la disfunción sistólica.
 Insuficiencia aórtica leve.
 No se observa derrame pericárdico.
 Vena cava inferior normal.

Cinecoronariografía 15-02-19

- Trono Coronario Izquierdo: Tronco con reducción de calibre en todo su recorrido.
- Arteria Descendente Anterior: Se observa importante calcificación parietal. De buen desarrollo y trayecto tortuoso. Presenta una lesión de grado severo a nivel ostial y múltiples lesiones en tándem a lo largo de todo su trayecto. Da origen a ramas septales y diagonales las cuales presentan enfermedad difusa.
- Arteria Circunfleja: Presenta lesión severa a nivel ostial, luego de la cual presenta un corto trayecto de características aneurismáticas. El resto de la arteria se encuentra difusa y severamente enferma en todo su recorrido. Da origen a dos ramos lateroventriculares de gran desarrollo, los cuales presentan lesión severa en su origen.
- Arteria Coronaria Derecha: Ocluida a poco de su nacimiento, su lecho se evidencia por circulación colateral heterocoronariana.
- Ventriculograma Izquierdo: Volumen de fin de diástole y fin de sístole aumentados. Función sistólica del ventrículo izquierdo con deterioro severo, con acinesia apical e hipocinesia severa del resto de los segmentos. Válvula mitral móvil y competente. Sin gradiente de presión transvalvular aórtico.
- Presiones: Aorta: 169/93 (123) mmHg; VI: 170 mmHg.

Se realiza diagnóstico de infarto agudo de miocardio inferoposterior (CPK 931/CPK-Mb 140) con enfermedad de tronco y tres vasos e insuficiencia mitral severa isquémica.

El 18/02/19 se decide en Heart Team (Servicios de Cirugía Cardiovascular, Cardiología Clínica y Hemodinamia), cirugía de revascularización miocárdica con 4 puentes (sin intervenir válvula mitral).

El día 20/02/19 por estabilidad hemodinámica y mejoría sintomática pasa a sala de Cardiología a la espera de tratamiento quirúrgico.

EVOLUCION EN SALA DE CARDIOLOGIA 21-02-19 AL 26-02-19

- Evoluciona hemodinámicamente estable, sin episodios de ángor ni equivalentes.

- El 26/02 se realiza cirugía de revascularización miocárdica.

CIRUGIA DE REVASCULARIZACION MIOCARDICA – 26-02-19

CRM 3 puentes (Puente venoso a arteria DA, puente venoso a arteria Cx, puente venoso a arteria Coronaria Derecha).

Tiempo de bomba extracorpórea: 160 minutos

Tiempo de clampeo aórtico: 90 minutos

Requirió: 2500 ml de cristaloides, Noradrenalina y Milrinona

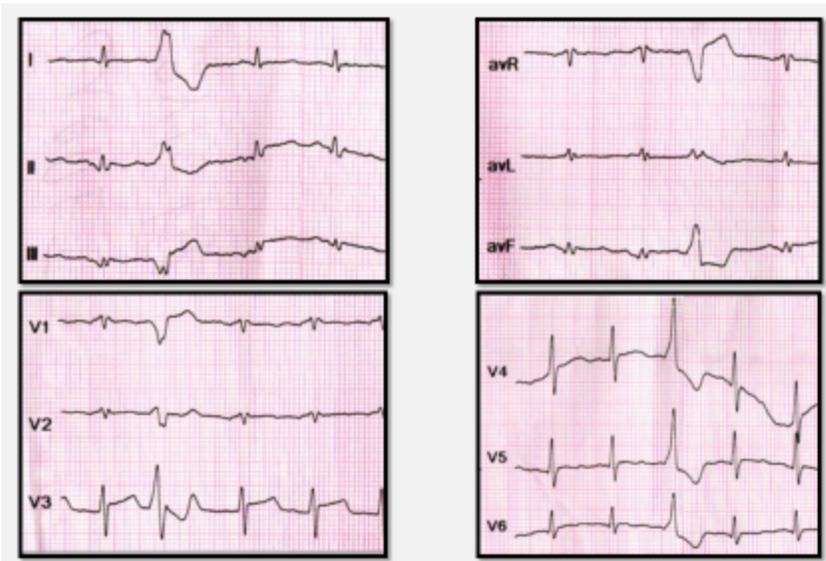
Hemoderivados: 5 unidades de glóbulos rojos, 1 pool de plaquetas, 1 unidad de crioprecipitados.

Examen físico de ingreso a UCO 26-02-19

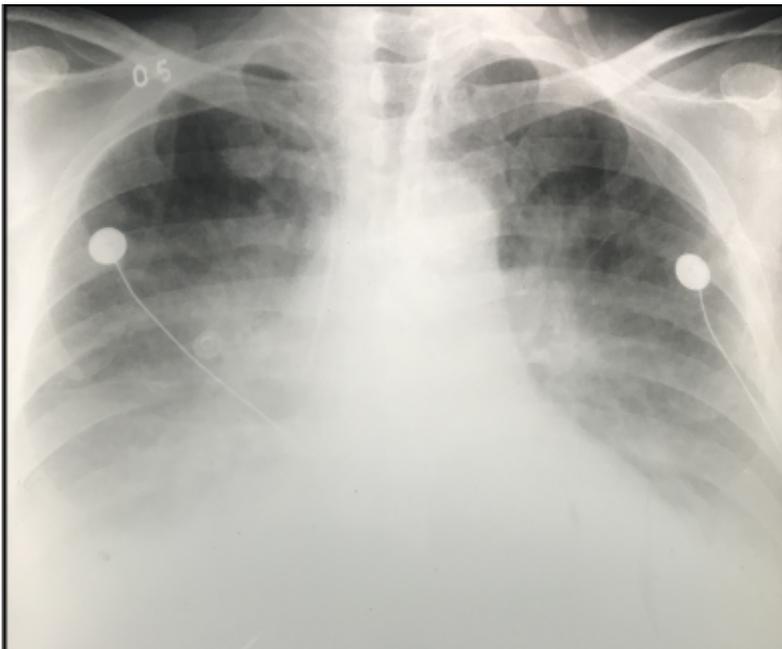
TA: 150/62 mmHg NA: 0,3 µg/kg/min Milrinona 0,40 µg/kg/min	FC: 115 lpm	FR: 18 cpm	T°: 36,3 °C	SatO2: 98% (FIO2 60%)
--	-------------	------------	-------------	--------------------------

- **Cardiovascular:** Buena perfusión periférica. Ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio. Latido apexiano en 5° EIC LMC. R1 y R2 en 4 focos normofonético. Soplo protosistólico, regurgitante, intensidad 2/6. Pulsos periféricos presentes y simétricos.
- **Respiratorio:** En IOT-ARM. Adaptado. BEAB. Rales crepitantes en base pulmonar derecha.
- **Abdomen:** Blando, depresible, RHA presentes.
- **Neurológico:** Paciente bajo sedoanalgesia. RASS -3. Pupilas isocónicas y reactivas.
- **Piel y partes blandas:** Herida de safenectomía en MMII izquierdo, estereotomía cubierta con gasas limpias.
- **Otros:** - Vía central Yugular posterior derecha
 - Introdutor yugular posterior derecho
 - TAM radial derecha
 - Tubos de drenaje mediastinal (2)

ECG de ingreso a UCO 26-02-19



Radiografía de tórax de ingreso a UCO 26-02-19



Evolución en UCO del 26-02-19 al 10-03-19

Evoluciona hemodinámicamente compensado, con dosis de vasoactivos e inotrópicos en descenso hasta suspensión de los mismos. Se realiza extubación el día 27/02.

Presenta signos de sobrecarga hídrica por lo que realiza balance negativo. Se retiran tubos de drenaje mediastinal y se optimiza tratamiento médico.

El día 1/03/19 se realiza ecocardiograma transtorácico control.

Ecocardiograma transtorácico 1-03-19

DDVI: 64	DSVI: -	SIV: 13mm	PP: 11mm	AI: 42mm	Ao: 35mm
--------------------	-------------------	---------------------	--------------------	--------------------	--------------------

Estudio dificultoso por condiciones clínicas de paciente.

Ventrículo izquierdo no dilatado con hipertrofia. Aquinesia del septum medial y del septum apical. Aquinesia de los segmentos inferiores. Hipoquinesia del resto de los segmentos.

Deterioro severo de la función sistólica del ventrículo izquierdo (FEY 28%)

Patrón de llenado ventricular pseudonormalizado (relación E/e' 26)

Aurícula izquierda moderadamente dilatada (área: 32,6 cm²)

Cavidades derechas de dimensiones normales, con deterioro de la función sistólica del ventrículo derecho (TAPSE 9mm)

Esclerosis de válvula aórtica con apertura conservada. Insuficiencia aórtica leve.

Insuficiencia mitral leve.

- El día 5/03 presenta mala mecánica ventilatoria y desaturación (SatO₂: 80%) asociado a secreciones purulentas respiratorias y de herida quirúrgica.
- Se realiza VNI con mala respuesta, evolucionando taquicárdico (110 lpm), taquipneico (35 cpm) y con deterioro del sensorio, por lo que se decide IOT-ARM.
- Se realiza diagnóstico de sepsis, que ante la sospecha de foco respiratorio vs mediastinal, se toman cultivos, iniciando tratamiento antibiótico empírico con Piperacilina-Tazobactam y Vancomicina.
- Se recibe rescate de klebsiela Oxa 165 (HMC y punción intertablas), por lo que se rota tratamiento antibiótico a Meropenem, Colistin, Tigeciclina y Amikacina.

- Se interpreta mediastinitis por lo que el día 8/03/19 se realiza toilette mediastinal, donde se evidencia abundante material purulento con probable afectación de hueso esternal e imposibilidad de re-alambrado.
- Evoluciono con shock séptico, con requerimiento de vasoactivos en ascenso.
- El día 10/3 presenta PCR en ritmo de TV. Se realizan maniobras de reanimación básicas y avanzadas sin éxito. Se constata óbito a la 1.25 am.

Laboratorios

	13/2/19	26/2	5/3/19	10/3/19
Hto (%)	49	31	30	29
GB (/mm3)	11400	20400	13100	11800
Plaquetas (/mm3)	263000	146000	141	143000
Glucemia	265	93	194	154
Urea	31	88	85	129
Creatinina	1,37	1,15	0,99	1,47
TP/KPTT/RIN	59/31/1,35	64/60/1,28	70/36/1,21	63/41/1,29
Bt (mg/dl)	1,7	2	2,35	2,51
Got/Gpt (U/L)	44/55	94/75	91/109	118/201
CPK	931/140	826/87	110/-	
EAB		7,35/50/134/27/0,8	7,48/30/73/22/0,2	7,42/35/88/22/-1
Na/K/Cl	142/4,6/100	139/4,7/99	143/3,5/102	137/4,66/100
Lactato	56	38	46	16