



# Ateneo Clínico

Rodríguez, Sofia Gabriela

Residencia de Cardiología

Hospital Dr. C. Argerich

23/08/2017

**Paciente: F. S.**

**Edad: 54 años**

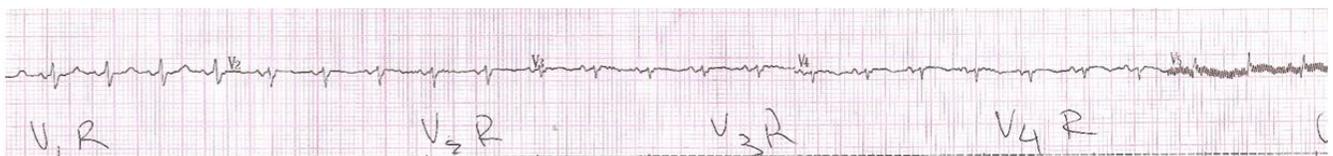
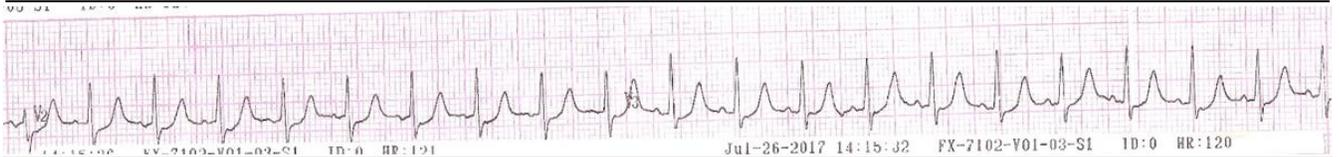
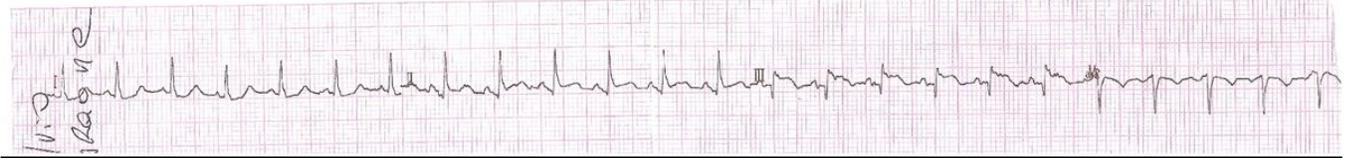
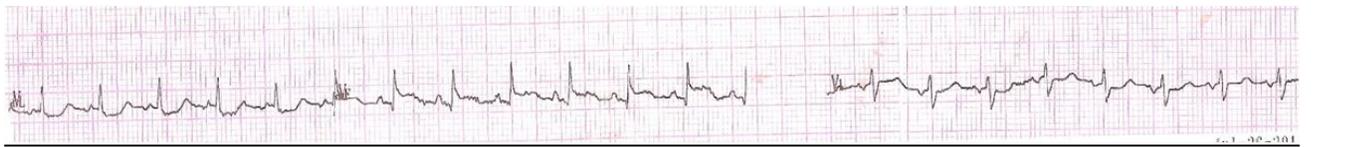
Sexo: Masculino

Fecha de ingreso: 26/07/17

Actualmente internado en UTI

- Motivo de consulta: Dolor precordial
- Enfermedad actual: Paciente que el día 26/07 presenta en la vía pública cuadro de dolor precordial súbito, opresivo, intensidad 10/10 con irradiación a dorso asociado a debilidad generalizada y pérdida de control de esfínteres. Es traído por SAME a guardia externa donde se constata paciente lúcido, hipotenso, con regular perfusión periférica.
- Se realiza ECG que evidencia injuria subepicárdica de cara inferior y posterior.

**ECG de ingreso a Guardia Externa**



## Evolución en guardia externa 26/07/17

- Evolucionan rápidamente con profundización de hipotensión arterial, deterioro de sensorio, livideces generalizadas.
- Ante las características del dolor, por sospecha de patología aórtica se realiza TAC de tórax con contraste EV.

Se recibe pre-informe verbal de TC de tórax en el que se describe derrame pericárdico y agrandamiento de raíz aórtica.

- Por sospecha de disección aórtica tipo A, se decide cirugía de emergencia.
- Durante traslado a quirófano presenta marcado deterioro del sensorio, episodio de vómitos con broncoaspiración.

## Parte quirúrgico 26/07/2017

- Paciente en estado de shock, bajo anestesia general.
- Esternotomía, disección por planos. Canulación de tronco arterial braquiocefálico, heparinización sistémica.
- Apertura mínima de pericardio para mejorar hemodinamia, posterior canulación cavoatrial. Entrada en circulación extracorpórea, se administra cardioplejía por vía anterógrada.
- **Hallazgo: taponamiento cardíaco, múltiples coágulos en región de VI y cara inferior. Se observa lesión de cara inferior por ruptura.** Se realiza colocación de parche pericárdico biológico con sutura continua de prolene, instilando Beriplast (sellante de fibrina) entre parche de pericardio.
- Se instila beriplast sobre parche biológico y se coloca parche de PTFE.
- Salida de CEC con apoyo de drogas vasoactivas, se administra protamina con control de hemostasia. Decanulación y colocación de MCP transitorio. Se deja drenaje mediastinal.

- Pasa a UTI en ARM, con soporte inotrópico y vasopresor.

## FRCV

- HTA, sin tratamiento.
- DBT tipo 2, sin tratamiento.
- Tabaquismo, 26 paquetes/año.
- Dislipemia, sin tratamiento.

## Otros antecedentes

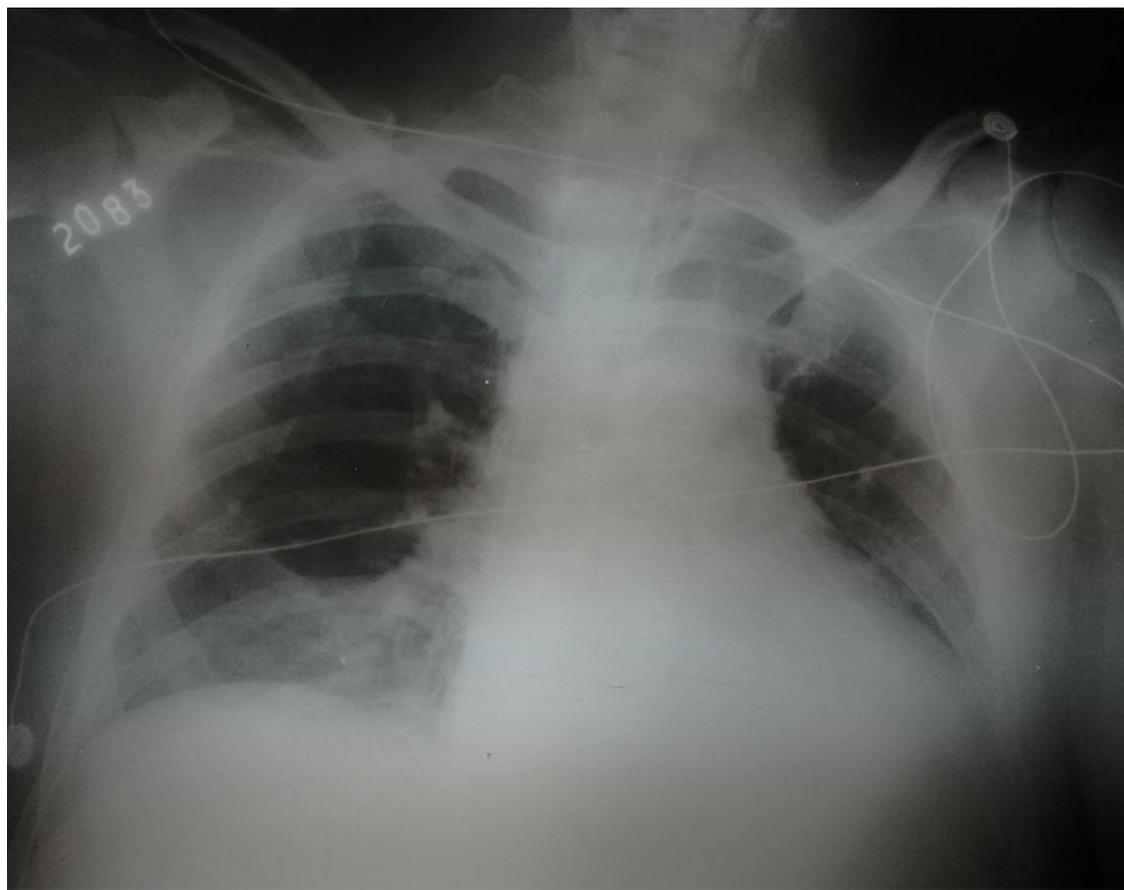
- Enolismo
- Diverticulitis
- HPB

## Exámen físico de ingreso a UTI 26/07/17

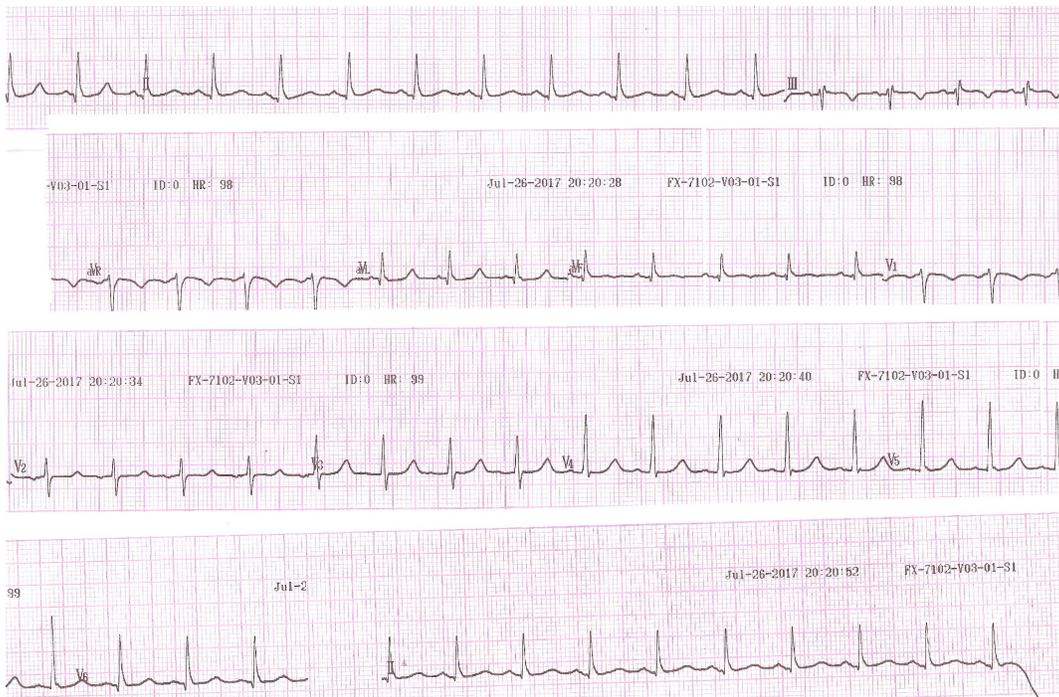
TA:110/58 mmHg	FC: 92 l.p.m.	FR 16 c.p.m.	T: 35° C	ARM VC:600/4/16/0,7	NA DBT
----------------	---------------	--------------	----------	------------------------	-----------

- Aparato cardiovascular: Ingurgitación yugular 2/3, con colapso inspiratorio. R1-R2 hipofonéticos en 4 focos, silencios libres. Pulsos periféricos presentes, regulares y simétricos. Regular perfusión periférica. Esternotomía mediana cubierta por gasas limpias y secas.
- Aparato respiratorio: en ARM, bien adaptado, se auscultan roncus diseminados a predominio en hemitórax derecho e hipoventilación bibasal. Tubos de drenaje x2 permeables, debito serohemático.
- Abdomen: globoso, blando, depresible, RHA +.
- Neurológico: paciente bajo sedoanalgesia, RASS -5, pupilas mióticas hiporreactivas.

### *RX de tórax de ingreso a UTI en POP inmediato*



**ECG de ingreso a UTI en POP inmediato**



DDVI (cm)	DSVI(cm)	SIV (cm)	PP(cm)
52	37	1,2	1

*Estudio técnicamente dificultoso por mala ventana ultrasónica.*

- ❖ **VI no dilatado.** Hipertrofia septal leve.
- ❖ **Aquinesia inferobasal e inferomedial. Hipoquinesia posterobasal y posteromedial. FSVI en límite inferior de lo normal.**
- ❖ AI levemente dilatada.
- ❖ Cavidades derechas de dimensiones normales.
- ❖ Válvulas morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción.
- ❖ **Derrame pericárdico leve**(separación posterior 5,1mm y separación anterior laminar 3,7mm).

Evolución en UTI 26/07/17 a la actualidad

- Durante su internación intercorre con registro febril por lo que se realiza pancultivo. Presenta rescates microbiológicos de SAMS en miniBAL y Klebsiella BLEE en urocultivo por lo que inicia tratamiento antibiótico con TMS + imipenem.
- Paciente con weaning prolongado, traqueostomizado en plan de desvinculación de ARM.
- Desde lo hemodinámico estable, sin requerimiento de drogas vasoactivas. Actualmente a la espera de finalizar esquema ATB para realizar CCG diagnóstica.

### **Indicaciones en Unidad de Terapia Intensiva**

- Aspirina 100mg por día por SNG

- Atorvastatina 40mg por día por SNG
- Alimentación enteral
- Tramadol por BIC.
- Vancomicina

- Imipenem
- Colistin
- Quetiapina
- Haloperidol
- Lorazepam

## **Grilla de laboratorio**

	Ingreso 27/07/17	14/08/17
Hto %	40	34
GB	10000	16400
Rcto plaq/mm3	183000	3650000
Glucemia(mg/dl)	244	141
Urea(mg/dl)	39	42
Creatinina(mg/dl)	<u>1.07</u>	<u>0.42</u>
TP/KPTT/RIN	<u>83/30/1</u>	<u>79/35/1</u>
Ionograma (mEq/L)	129/4/92	139/4.9/97
BT/BD/GPT/GPT (mg/dl)	1.31/0.6/2997/1046	0.6/62/77
CPK/MB	<u>1120/143</u>	-----
CPK pico	<u>1989/62</u>	
Láctico mg/dl	62	19