



Ateneo clínico

Hospital C. Argerich
Residencia de cardiología
Guido Vannoni

17 de mayo de 2017

Paciente: C.E.	Sexo: Masculin o	Edad: 26años	F.I.: 19/5/16	Óbito: 2/6/16
---------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Motivo de internación: Herida de arma blanca en hemitórax izquierdo

Enfermedad Actual: Paciente de 26 años, sin FRCV, ni antecedentes patológicos conocidos, es traído a Shock Room por ambulancia de SAME luego de sufrir herida cortopunzante en hemitórax izquierdo

Examen Físico Shock Room 19/5/16

TA: 80/50mmH G	FC: 120 l.p.m.	FR: 24 c.p.m.	T: 36
---	---------------------------------	--------------------------------	--------------

- **Aspecto Cardiovascular:** Mala perfusión periférica, livideces y acrocianosis con frialdad distal. Ingurgitación Yugular 3/3 sin colapso inspiratorio, ruidos R1 y R2 hipofonéticos en cuatro focos, silencios impresionan libres.
- **Aspecto Respiratorio:** Regular mecánica ventilatoria a expensas de taquipnea, respiración superficial, hipoventilación marcada en hemitórax izquierdo sin ruidos agregados.
- **Abdomen:** Blando depresible indoloro.
- **Piel y partes blandas:** Palidez generalizada, diaforético. Herida penetrante en hemitórax izquierdo en quinto espacio intercostal sobre línea axilar anterior.
- **Aspecto neurológico:** Lucido, con excitación psicomotriz, sin signos de foco motor o sensitivo.

Evolución en guardia

A su ingreso se colocan vías periféricas y recibe reanimación con Cristaloides. Se realiza ECOFAST que evidencia taponamiento cardiaco y derrame pleural izquierdo, decidiéndose conducta quirúrgica inmediata.

Presenta durante traslado tres episodios de paro cardiorrespiratorio, que responden a maniobras de reanimación básica.

Parte quirúrgico

- Toracotomía lateral izquierda, se accede a cavidad pleural, constatándose taponamiento cardiaco, se realiza apertura de pericardio y descompresión del mismo. Se observa lesión penetrante en ventrículo izquierdo con sangrado activo, reparando la misma con parche de pericardio, suturando el mismo a la pared ventricular. Se deja drenaje a lecho quirúrgico y dos a cavidad pleural. Presenta durante la cirugía dos episodios de Fibrilación ventricular con cardioversión eléctrica exitosa
- Durante toda la cirugía hemodinámicamente inestable, con requerimientos de noradrenalina y dobutamina en altas dosis. Recibe 10 URG, plaquetas 20 Unidades, 10 UPFC. 2500ml cristaloides y 1000ml coloides. Pasa a UTI con alto requerimiento inotrópico, poli transfundido. Durante el procedimiento presento dos episodios de paro cardiorrespiratorio.

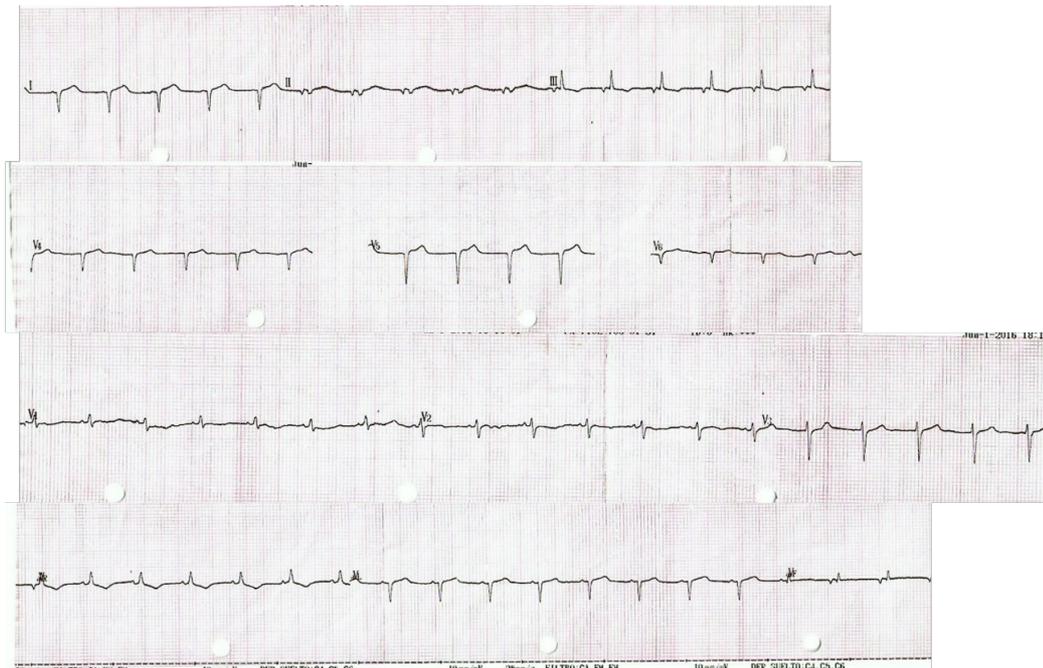
ECG de ingreso a UTI 19/5/16



Evolución en POP inmediato 20/5

- Evoluciona con shock refractario, dosis máximas de noradrenalina, coagulopático, requerimiento de múltiples transfusiones.
- Se constata en ECG subsiguientes secuela de necrosis en territorio lateral.
- Se realiza Ecocardiograma

ECG 23/5/17



ECOCARDIOGRAMA 23/5/16

DDVI:	DSVI:	SIV:	PP:	DDVD:
50mm	34mm	14mm	0,8mm	26mm

- Comunicación interventricular con trayecto anfractuoso a nivel septo apical con flujo d izquierda a derecha.
- Disquinesia apical. Movimiento septal paradojal. Deterioro moderado de la función sistólica global.
- VD dilatado con disfunción severa. TAPSE 6mm velocidad S' 6cm/seg
- Válvulas morfológicamente normales sin evidencia de disfunción.

Evolución 23/5/16 AL 26/5/16

- El 23/5 Se coloca BCIA con mejoría hemodinámica.
- El día 24/5 se realiza colocación de amplatzer x2 en defecto septal con guía ecocardiografía, CCG y VTG.

Evolución del 23/5/16 al 26/5/16

- Se logra descenso progresivo de soporte inotrópico y vasopresor.
- El 25/5 se retira BCIA y se suspenden inotrópicos.
- Se realiza nuevo ecocardiograma.

DDVI:52mm

DSVI:28mm

SIV:102mm

PP:0,81mm

- Disquinesia apical. Deterioro leve de la función sistólica. FEY 45-50%.
- Se observan dos dispositivos de cierre endovascular a nivel septal con shunt residual de izquierda a derecha que impresiona pequeño a nivel del dispositivo más apical, el cual se encuentra desplegado en forma incompleta.
- VD no dilatado con disfunción leve. TAPSE 14,3mm.
- Válvulas morfológicamente normales sin evidencia de disfunción.

Evolución del 26/5/16 al 31/5/16

- Evoluciona favorablemente siendo extubado el día 30/5/16.
- Presenta el 31/5 episodio de hipotensión arterial con buena respuesta a expansiones.
- El 31/5 se realiza nuevo ecocardiograma

DDVI:43mm

DSVI:29mm

SIV:0,9cm

PP:0,80cm

- Aquinesia apical. Se observan dos dispositivos de cierre endovascular a nivel septal con shunt residual de izquierda a derecha con velocidad de 2,6m/seg y diámetro de 100mm.
- VD no dilatado con disfunción leve.
- Válvulas morfológicamente normales sin evidencia de disfunción.
- Derrame pericárdico severo a predominio anterior con colapso diastólico del VD y hematoma inferoposterior que impresiona comprimir AI. VCI dilatada sin colapso.

Evolución 31/6/16 al 2/6/16

- El 1/6 por agotamiento muscular y mala mecánica ventilatoria requiere re intubación y conexión a ARM.
- Se decide re exploración quirúrgica.

Parte Quirúrgico

- Apertura sobre incisión previa. Se observa derrame pericárdico y pleural seroso. Se toman muestras. Aspiración y lavado profuso con solución fisiológica. Parche de pericardio sobre punta de VI indemne.
- Se dejan dos drenajes pericárdicos y dos drenajes pleurales.
- Requerimiento de 1500ml cristaloides y 4UGR.

Reingreso a UTI 1/6/16

TA: 95/50	FC: 90	FR 16	T 37,7	NA: 0,1 mcg/ kg/min
-----------	--------	-------	--------	------------------------

- Ingresa bajo sedo analgesia, RASS-4, en ARM bien adaptado, hemodinámicamente compensado con dosis bajas de noradrenalina. Evoluciona con escaso debito seroso por drenajes.

Evolución UTI 2/6/16

- A las 7:30 am presenta sangrado masivo hemático por drenajes pericárdicos, con caída abrupta de la tensión arterial. Se realiza toracotomía de emergencia observándose perforación de parche pericárdico con sangrado activo. Se realiza oclusión digital. Evoluciona en paro cardiorespiratorio con actividad eléctrica sin pulso. Se realizan maniobras de reanimación durante 45 minutos constatándose óbito a las 8:15.

	20/5	21/5	23/5	27/5	29/5	1/6	2/6
HEMATOCRITO (%)	25	38	32	26	23	21	32
GLOBULOS BLANCOS (10 ³ /mm ³)	10000	10500	20100	19900	20700	14700	20400
PLAQUETAS 10 ⁹ /mm ³	72000	33000	94000	123000	125000	157000	162000
GLUCEMIA mg/Dl	162	84	168	92	121	215	113
UREA mg/Dl	38	38	56	45	47	34	21
CREATININA mg/Dl	1,16	1,47	1,02	0,54	0,60	0,68	0,66
PH	7,27	7,34	7,46		7,43	7,47	7,47
PO2 mmHg	291	194	248		122	115	115
PCO2 mmHg	48	38	39		40	34	35
HCO3 Mmol/L	22	20,4	27		26	25	25
SVO2 %	--	62					
ACIDO LACTICO mg/dL	74	17	11		10	13	8
TP %	28	45	64	83	56	78	
KFTT seg	86	76	57	26	30	34	
RIN	2,62	1,71	1,31	1,09	1,43	1,14	