



# Ateneo Clínico

Dra. Carolina Reynoso  
Residencia de Cardiología  
Hospital Dr. Cosme Argerich  
15/05/2019

Paciente: D.V.	Edad: 57 años	Sexo: Femenino
----------------	---------------	----------------

Fecha de ingreso Hospital Rivadavia: 09-01-19

Fecha de ingreso Hospital Argerich: 12-01-19

Fecha de egreso: 30-01-19

**MOTIVO DE INGRESO:** Dolor precordial

### **ENFERMEDAD ACTUAL**

Paciente con antecedentes de ACE CF II consulta a guardia de Hospital Rivadavia el 09/01 por dolor precordial opresivo que irradia a brazo izquierdo, de intensidad 7/10 de 20 min de duración. Se realiza ECG que evidencia injuria subepicárdica lateral con troponina positiva (48/80) por lo que se realiza CCG de urgencia.

### **ANTECEDENTES**

Factores de riesgo cardiovascular:

Hipertensión

Dislipemia

Tabaquista severa 20 Paquetes/años.

Sedentaria.

Antecedentes de enfermedad actual:

ACE CF II de un año de evolución con regular seguimiento en Hospital Tornú.

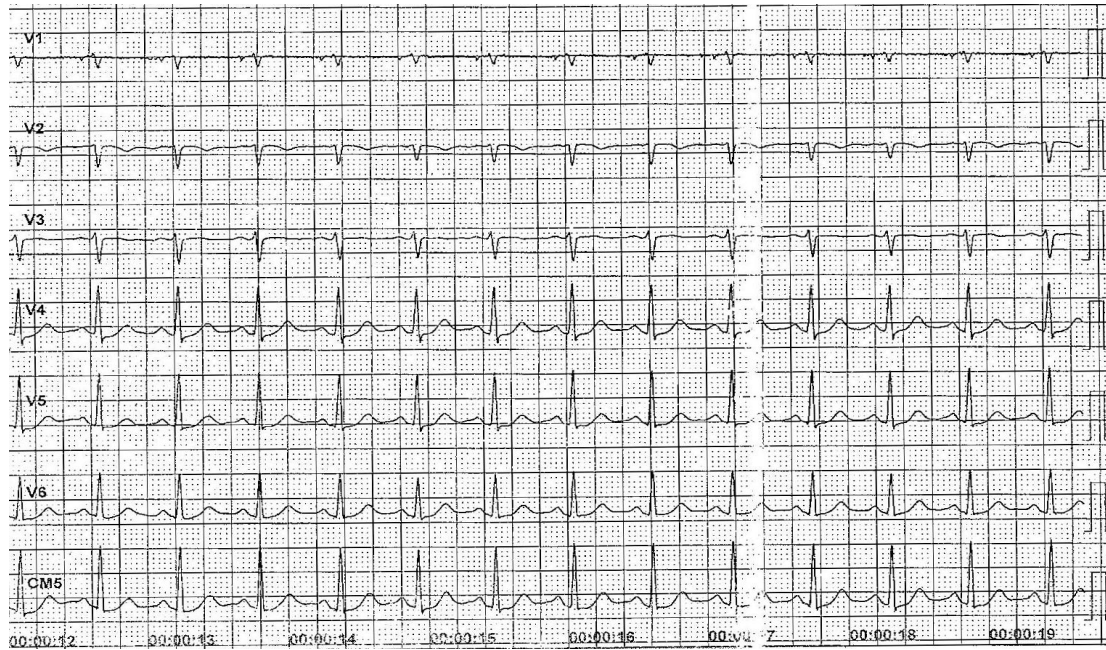
Medicación habitual:

Nebivolol 10 mg, Clonazepam 2 mg.

## ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PREVIOS

Prueba ergométrica graduada Hospital Tornú 07-12-18

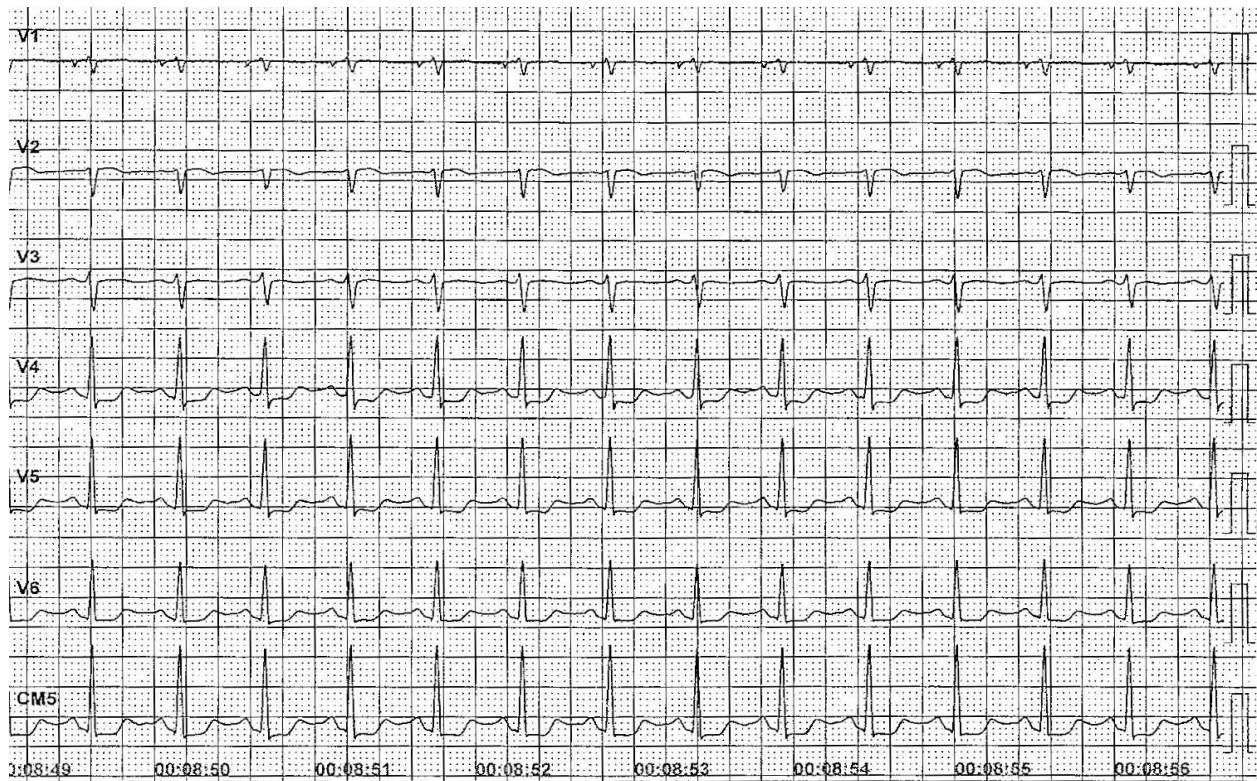
**Basal**



**Esfuerzo**



### **Recuperación**



Prueba ergométrica graduada realiza en cicloergometro con una carga inicial de 150 kgm/min detenida por agotamiento de miembros inferiores.

El paciente alcanza el 97% de la frecuencia cardíaca por la edad. Capacidad funcional máxima equivalente a 300 kgm/min.

Comportamiento normal de la tensión arterial. Respuesta cronotrópica adecuada.

Segmento ST descendente, sin arritmias. Recuperación normal de la TA y FC. Prueba máxima suficiente.

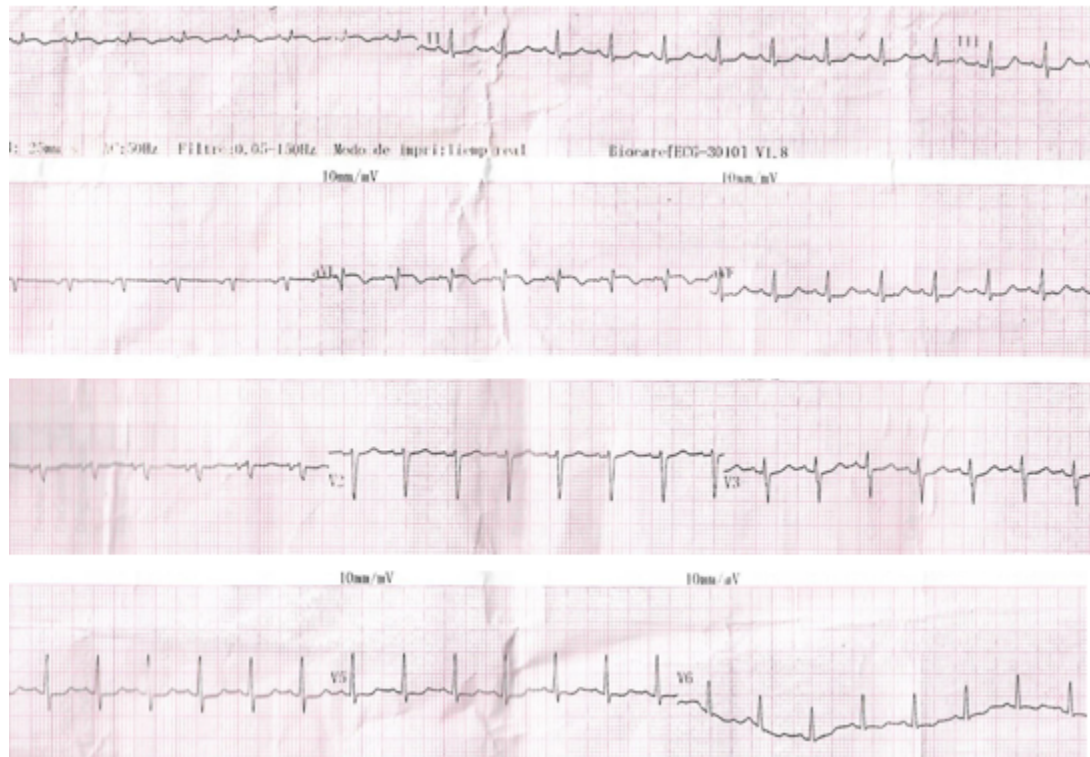
### **Ecocardiograma Transtorácico Hospital Tornu 8-01-19**

**DDVI: 54 mm DSVI: 31 mm SIV: 10 mm PP: 10 mm**

- FEY 60%
- Hipoquinesia apical septal y lateral.
- Patrón de relajación prolongado.
- Válvulas morfológicamente normales con función conservada.
- Cavidades derechas no dilatadas sin disfunción.

No se observa derrame pericárdico.

### **ECG de ingreso Hospital Rivadavia 09-01-19**



### **CCG Hospital Rivadavia 9-01-19**

Tronco: Sin lesiones angiograficamente significativa.

Descendente anterior: Lesión de moderada a severa en segmento proximal que disminuye su luz 60-70%. Lecho distal sin lesiones. Flujo TIMI III.

Circunfleja: lesión moderada a severa en tercio medio que disminuye su luz un 60-70%. Presenta flujo TIMI III.

Coronaria derecha: Dominante sin lesiones significativas.

CONCLUSION: Lesión moderada a severa en arteria descendente anterior y circunfleja con buen flujo.

### **Evolución Hospital Rivadavia 9-01 al 11-01**

- Se interpreta supra ST no significativo y se difiere angioplastia, instaurándose tratamiento médico.
- El día 11-01-19 presenta nuevo dolor precordial atípico e incharacterístico, que irradia a dorso asociado a fiebre (38.3°C) por lo que se realiza ecocardiograma bedside.
- Ante la presencia de pseudoaneurisma ventricular con signos de ruptura inminente, se realiza derivación por SAME a Hospital Argerich, como centro de mayor complejidad, para evaluación por Cirugía Cardiovascular.

### **Guardia Externa Hospital Argerich 12-01-19**

- A su ingreso se constata paciente hemodinámicamente estable y se realiza Tomografía de Tórax.



- Voluminosa formación sacular de **59x68x75mm** dependiente de la pared lateral del VI contenida por pericardio y comunicada por un orificio en el miocardio cuyo **cuello mide 32mm** observando además presencia de trombos adheridos a la pared interna de dicha formación.
- Impresiona visualizar fuga de material de contraste en cara posterior.
- **La formación descrita es compatible con pseudoaneurisma de la cara lateral del VI.**
- Presencia de hemopericardio.
- Derrame pleural bilateral a predominio derecho con atelectasia pasiva de los segmentos subyacentes. Imágenes de consolidación en segmentos posteriores que podrían estar en relación a hipoestasia por decúbito dorsal.
- Se realiza diagnóstico de pseudoaneurisma ventricular complicado con hemopericardio por lo que se decide tratamiento quirúrgico de urgencia e ingresa a Unidad Coronaria.

### Examen físico UCO 12-01-19

TA: 85/63 mmHg FC: 101 lpm FR: 30 cpm T°: 36°C SatO2: 98% (o,21%)

**Peso: 48 Altura: 1,53 IMC: 20.5**

**Cardiovascular:** Buena perfusión periférica, Ingurgitación yugular 3/3 sin colapso inspiratorio. Se palpa choque de punta en 4 EIC. Pulsos periféricos positivos, regulares y simétricos. R1 y R2 en 4 focos, sin soplos. No tolera decúbito.

**Respiratorio:** Regular mecánica ventilatoria a expensas de taquipnea y utilización de músculos accesorios, hipoventilación generalizada y regular entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.

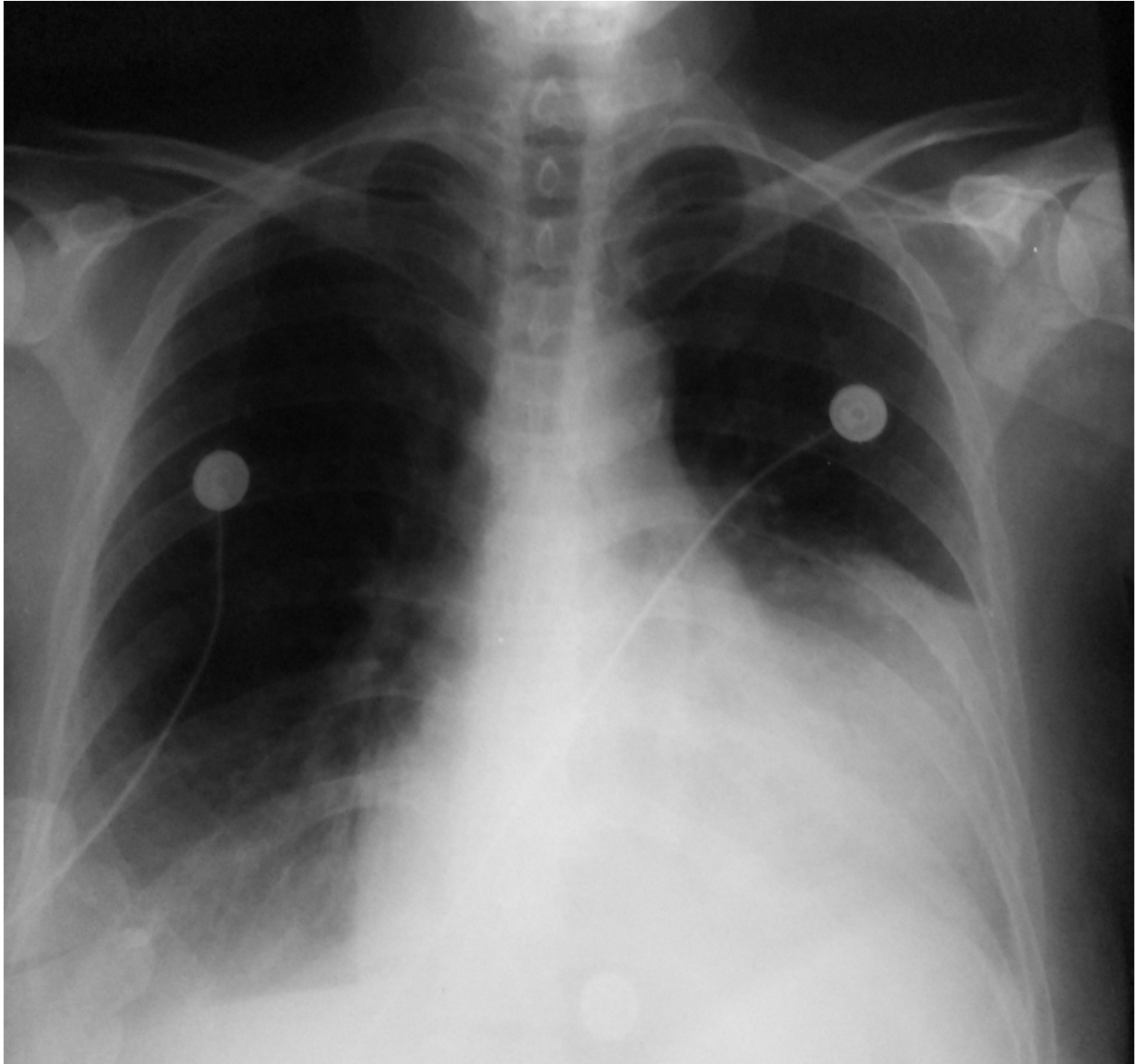
**Abdomen:** Blando, depresible, indoloro. RHA presentes.

**Neurológico:** Lúcida, sin signos de foco motor ni sensitivo.

**Piel y partes blandas:** sin particularidades.

**Radiografía de Torax**





Parte Quirúrgico 12-01-19

Unidad de cirugía cardíaca	
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Se evidencia signos de taponamiento y hemopericardio.</li> <li>•Cierre de pseudoaneurisma de VI con parche de Dacron, refuerzo con Prolene+ teflone en borde de la rotura.</li> <li>•No se logra extraer trombos intrapericardicos</li> <li>•No se logra realizar CRM por dificultades técnicas.</li> <li>•Salida de bomba sin complicaciones.</li> </ul>
Tiempo de circulación extracorpórea	142 min
Tiempo de clampeo aórtico	108 min
Requerimientos intraquirurgico	4000 ml de cristaloides, 6 UGR, 5UI de plasma, 1 pool de plaquetas.

### Anatomía patológica de pieza quirúrgica

- **Microscopia:**

Las secciones histológicas muestran fragmentos de pared miocárdica con reemplazo por fibrosis, con edema y congestión y leve infiltrado inflamatorio crónico.

A nivel endocardico se observa trombo en vías de organización. El pericardio presenta abundante material hemático.

- **Ventrículo izquierdo:**

Imagen histológica vinculable a pseudoaneurisma con trombosis en vías de organización.

### Examen físico de ingreso a UCO 12-01-19

TA: 107/73 mmHg FC: 96 lpm FR: 18 cpm T°: 36°C SatO2: 98% (o,60%)

ARM: VCV 360 Peep: 10 FC: 18 FiO2: 60%

DBT: 8 µg/kg/minuto

NA: 0,4 microgr/kg/min

**Cardiovascular:** Buena perfusión periférica, Ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio. Se palpa choque de punta en 4 EIC. R1 y R2 en 4 focos, sin soplos. Pulsos periféricos positivos, regulares y simétricos.

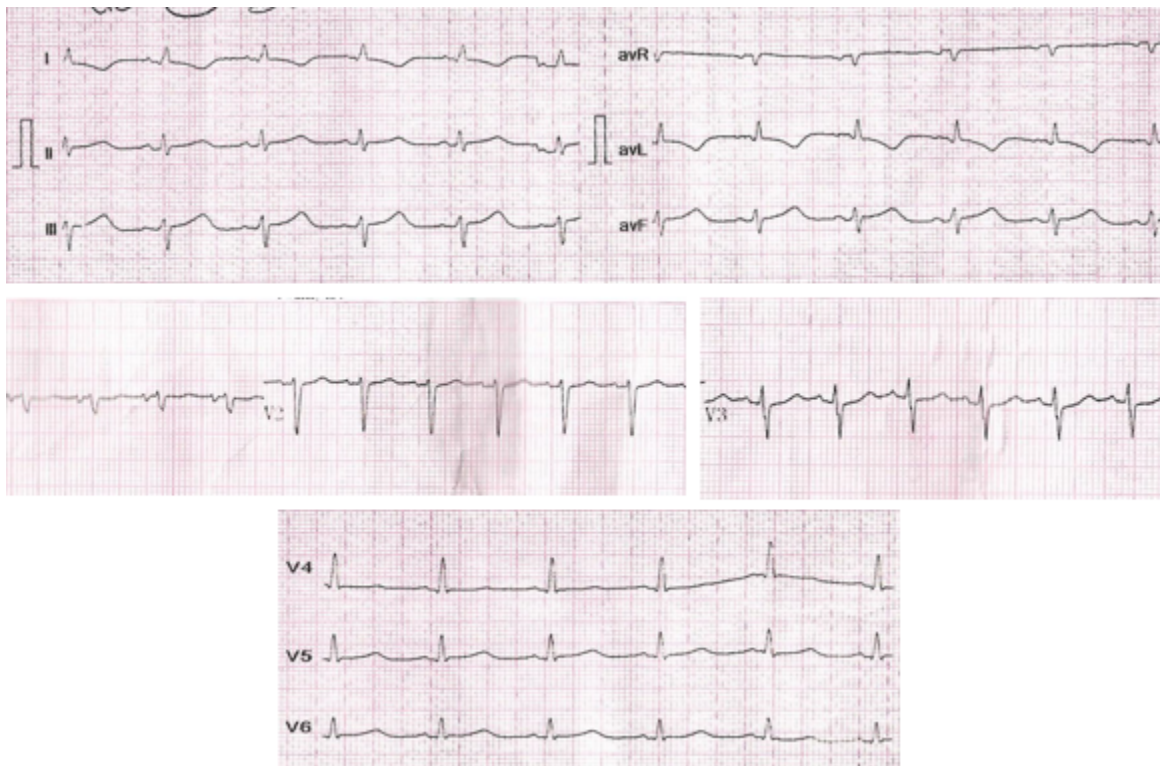
**Respiratorio:** ARM, bien adaptada, sincrónica. Hipoventilación generalizada, sin ruidos agregados.

**Abdomen:** Blando, depresible. RHA presentes.

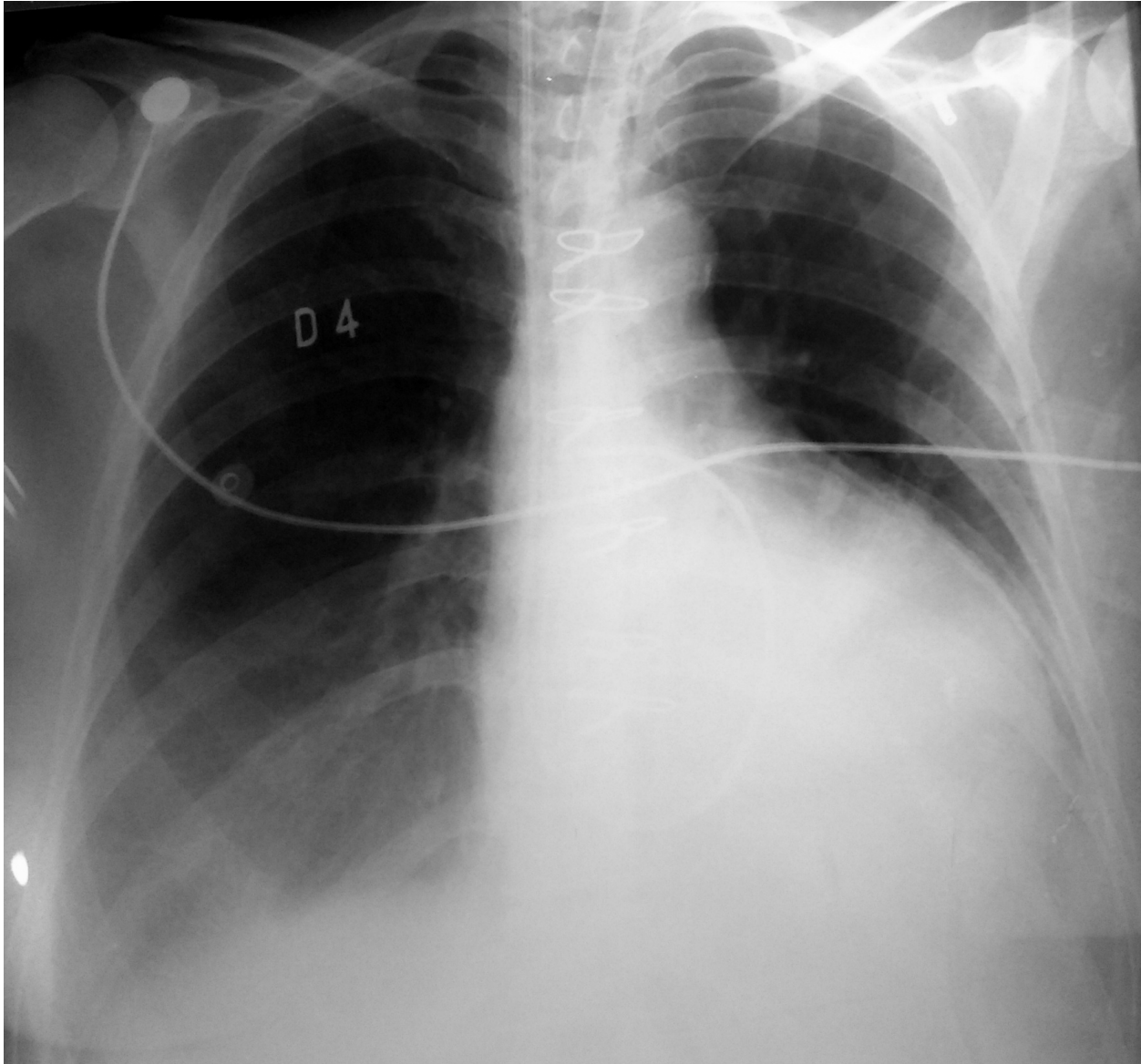
**Neurológico:** RASS -4 bajo sedoanalgesia. Pupilas isocóricas, intermedias, hiporeactivas, reflejos troncales conservados.

**Piel y partes blandas:** Drenajes mediastinales x2.

### ECG de ingreso UCO 12-01-19



## **Radiografia de Torax**



### **Evolución en UCO 12-01 al 22-01**

- En el POP inmediato evoluciona con caída de hematocrito y sangrado en sitio de punciones con requerimiento de múltiples expansiones y transfusiones, asociado a deterioro de la PAFI ( $<100$ ) interpretándose como injuria pulmonar aguda post-CEC, por lo que se realiza maniobras de reclutamiento.
- Por mala evolución clínica y falta de respuesta al tratamiento se coloca catéter de Swan Ganz.

## Catéter de Swan-Ganz

TA	FC	PVC	PAP	PW	GC/IC	RVS	RVP	Diu	SatV %	IVS/IT	Hora	Droga
106/59(80)	98	12	27/16(20)	10	2.8/1.8	1799	250	210 0	70	17/10	14/01 00.15	DBT 4.5 NA 0.12
120/64(84)	91	20	30/16(21)	14	4.2/2.6	1248	133	200	67	25/32	15/01 -18hs	DBT 5 NA 0.15,
115/72(85)	104	18	37/21(27)	14	4/2.6	1011	160	-	72	25/21	16/01 13.20	DBT 5 NA 0.05
91/44(63)	105	15	25/17(20)	10	3.6/2.3	1066	222	700	65	23/18	17/01 6.30	DBT 4.5 NA 0.2
119/57(75)	114	11	28/19(22)	14	5/3.2	1087	126	800	75	28/30	18/01	NA 0.08

- Se interpreta shock hipovolémico y posterior falla de ventrículo derecho, que evoluciona favorablemente con expansiones e inotrópicos hasta suspensión de los mismos.
- El día 14-01 se realiza ecocardiograma control.

## Ecocardiograma Transtorácico 14-01-19

**DDVI: 43 mm DSVI: - PP: 8mm SIV: 7 mm**

FEY 30%

Aquinesia anterior basal, disquinesia anterior medial con Hipoquinesia del resto a predominio de la pared lateral. TAPSE 8mm, onda S' 0.06m/s.

Derrame pericárdico severo circunferencial con máxima separación a nivel lateral de 2.5 cm, con material heterogéneo que impresiona hematoma parcialmente organizado.

VCI no dilatada sin colapso inspiratorio.

Derrame pleural bilateral significativo.

### **Evolución en UCO 12-01 al 22-01**

- Presenta episodios febriles, se realiza HMCx2, urocultivo y punta de catéter sin rescates microbiológicos y cumple tratamiento empírico con PTZ/ vancomicina por 10 días.
- Por mejoría clínica y PAFI >250 se inicia weaning, tolerando periodos de prueba de ventilación espontánea y logrando el día 21/01 extubación exitosa.
- Permanece en UCO por 24 hs y posteriormente pasa a Sala de Cardiología para continuar control evolutivo y tratamiento.

### **Evolución en sala de Cardiología 22-01 al 30-01**

- Por presentar alteraciones de la deglución y polineuropatía del paciente crítico realiza soporte kinésico y de fonoaudiología mejorando posteriormente y logrando deambulación por sus propios medios.
- Se realiza ecocardiograma control el día 28-01.

### **Ecocardiograma Transtorácico 28-01**

Se observa parche colocado en la región basal y media anterior y lateral con aquinesia de dichos segmentos. El resto de las paredes presenta hiperquinesia compensadora con lo cual la función ventricular se halla conservada. Fracción de eyección del 57%.

Cavidades derechas de dimensiones normales. Vena cava de diámetro normal con colapso inspiratorio conservado.

Válvulas morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción. El espacio pericárdico mide 13 mm por delante del VD y 11 por detrás de la pared posterior del ventrículo izquierdo, y en su interior se observa material fibrinoide consolidado y liquido pericárdico. No hay signos de taponamiento.

- Por buena evolución clínica, se decide el día 30-01 alta hospitalaria y seguimiento ambulatorio por consultorios externos de cardiología.

### **Indicaciones al alta**

- Aspirina 100 mg día
- Atorvastatina 40 mg día
- Carvedilol 6.25 mg cada 12 hs
- Enalapril 5 mg cada 12 hs
- Paracetamol 1 gr cada 12 hs
- Omeprazol 20 mg día

### **Laboratorios**

	12-01-1	13-01-19	14-01-19	19-01-19	23-01-19
Hto(%)	29	16	30	27	31
GB(/mm <sup>3</sup> )/ %linfoc	19500	15500	16000	17100	16200
Plaquetas(mm <sup>3</sup> )	212000	96000	88000	39000	97000
Glucemia	101	206	111	135	123
Urea	27	23	36	56	38
Creatinina( mg/dl)	0.69	0.50	0.73	0.65	0.73
Tp/Kptt/RIN	84/28/1	49/35/1.56	98/33/0.98	74/30/1.16	74/30/1.16
Bt/Bd(mg/dl)		0.97	1.37/0.94	1	1.48/1
Got/Gpt (U/L)		63/39	91/82	224/171	52/89
EAB	7.45/30/21/10 9/-1.7/ 99%	7.40/40/66/24 /0.4/93% PAFI 152	7.44/43/61/29/ 4.6/92% PAFI 196	7.46/34/84/2 4/1/97% PAFI 230	-
Lactato (mg/dl)	26	20	13	14	7
Na/K/Cl	138/4.36/103	144/4.53/106/ 1.4	145/3.24/103	143/3.35/106 /1	147/3.95/100
CK/CK MB	283/59	112/-			-



