ATENEO
CLÍNICO

Hospital Dr. Cosme Argerich.

Servicio de Cardiología

Diesel, Claudio Oliver

02/07/2014

PACIENTE: E.O. SEXO: Masculino EDAD: 63 años

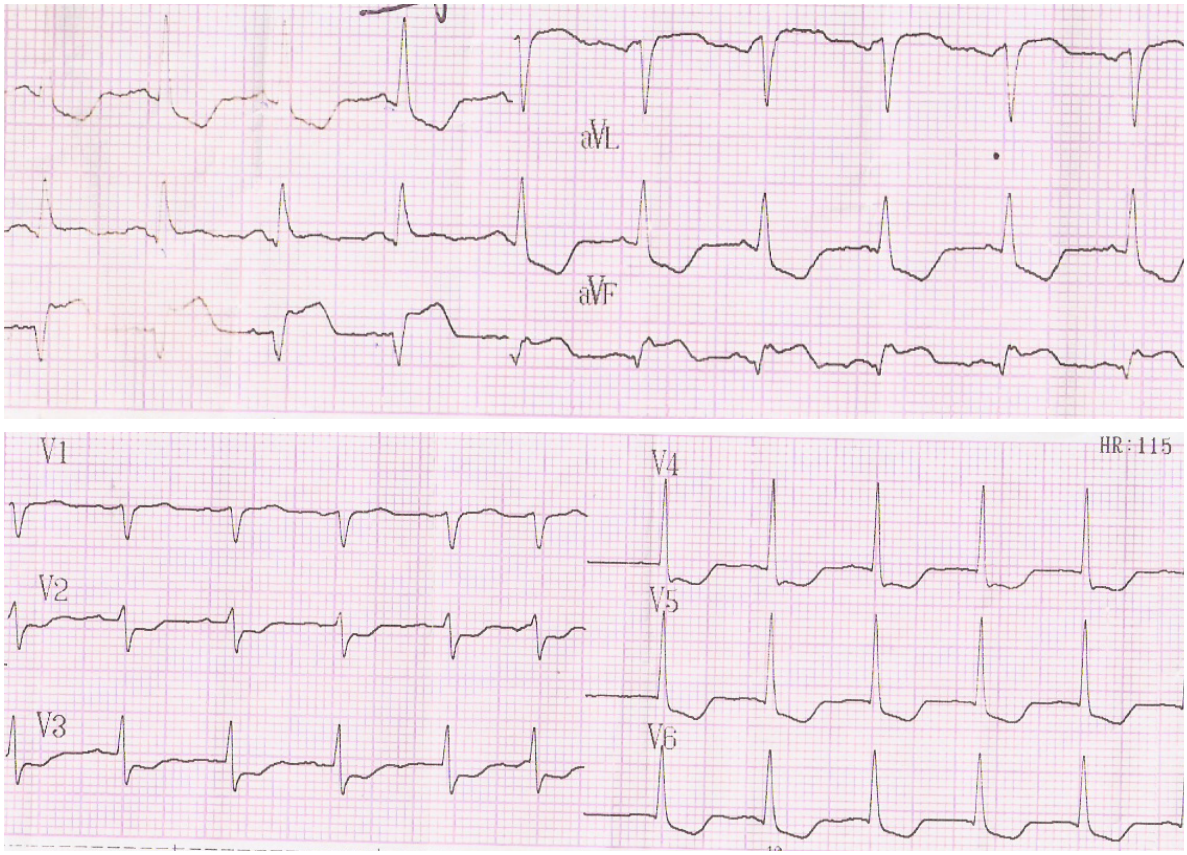
Fecha de ingreso: 05/03/2014 Fecha de óbito: 07/03/2014

MOTIVO DE CONSULTA:

Dolor precordial.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente que presenta dolor precordial de tipo opresivo, de intensidad 10/10, en reposo, de 4 hs de evolución. Consulta a Guardia Externa del Htal Vélez Sarsfield en donde se realiza ECG que evidencia injuria subepicárdica inferoposterior con elevación enzimática (troponina 459ng/L). Se realiza carga de Aspirina y Clopidogrel y se deriva a servicio de hemodinamia de Htal Argerich para realizar CCG de urgencia y eventual ATC primaria.



- CCG
    - CD: Lesión severa proximal, trombo oclusivo tercio medio-distal TIMI 0
    - CX: Sin lesiones
    - DA: Lesión severa en tercio prox-medio, lesión mod-severa en tercio medio.
    - Primer diagonal: lesión severa proximal
- Se realiza ATC primaria a CD tercio medio/distal con colocación de tres stents (BMS), exitosa. (tiempo ventana 6:20hs, puerta balón 2:20hs)

- Se rota antiagregación a AAS y Prasugrel (60mg).
- En espera a pase a UCO intercurre con nuevo dolor precordial por lo que se realiza ECG, sin nueva injuria.
- Se realiza CCG control sin evidencia de trombosis. Se decide colocación de stent sobre lesión significativa de CD proximal exitosa.
- Pasa a UCO para control evolutivo

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

➢ Episodio anginoso característico de similares características una semana previa a la internación de 1 hr de duración que cede espontáneamente.

FACTORES DE RIESGO CORONARIO:

➢ Hipertenso, diagnosticado recientemente, sin tratamiento

➢ Ex tabaquista (8 años) 30 paquetes/año

OTROS ANTECEDENTES:

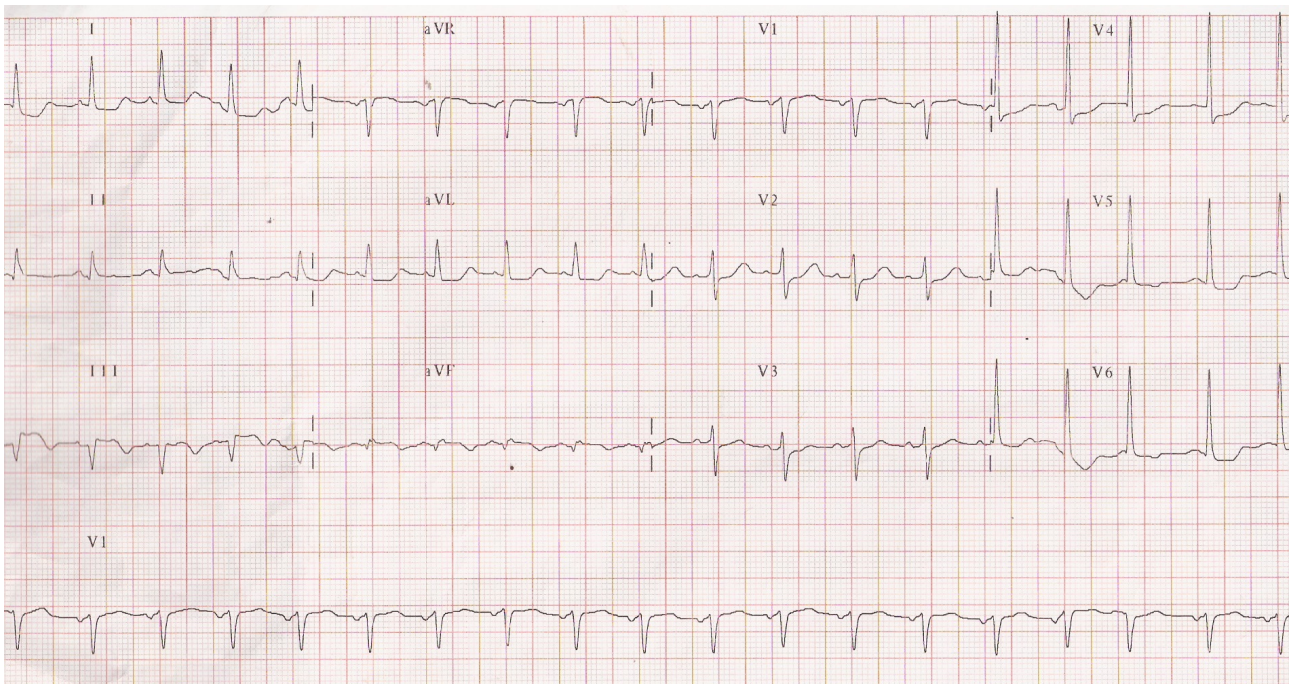
➢ Tuberculosis pulmonar a los 17 años, tratamiento completo.

➢ Consumo de cocaína y marihuana en el pasado, familiares refieren consumo cocaína actual.

➢ Enolista 100gr/día

EXAMEN FÍSICO AL INGRESO (UCO)

- **TA** 113/71 mmHg **FC** 110 lpm **FR** 20 cpm afebril Sat 96% al 0.21
- ***Ap. Cardiovascular:*** *Ingurgitación yugular 2/3 sin colapso inspiratorio. RHY presente. Choque de punta en 4° EIC LMC. Pulsos periféricos simétricos, regulares. R1 R2 en 4 focos. Soplo holosistólico 4/6 en 4 focos, sin frémito*
- ***Ap. Respiratorio:*** *eupneico, tolera decúbito, buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, crepitantes bibasales.*
- ***Abdomen:*** *blando, depresible, levemente doloroso en hipocondrio derecho. Hepatomegalia 3 traveses dedo por debajo reborde costal. Ruidos hidroaéreos presentes.*
- ***Neurológico:*** *lúcido, sin foco motor ni meníngeo.*
- ***Piel y TCS:*** *sin edemas*



EVOLUCIÓN EN UNIDAD CORONARIA (05/03)

- Paciente ingresa normotenso, con dolor retroesternal persistente (3/10), por lo que se inicia infusión de NTG.

- Por auscultación de soplo y sospecha de complicación mecánica se realiza ecocardiograma y nuevo VTG

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO (05/03)

DDVI	DSVI	FAc	SIV	PP	VD	AD	AI	Ao
4,9 cm	3,5 cm	28%	1,3 cm	1,1 cm	1,2 cm	11 cm^2	20cm2	3,5cm

- Cavidad ventricular izquierda de dimensiones normales.
- VI con hipertrofia concéntrica leve y función sistólica que impresiona conservada. Ruptura cardíaca interna tipo CIV de aproximadamente 11mm en la región septal postero-medial. P.S.V.D. estimada 74mmHg. AI no dilatada
- Cavidad ventricular derecha de dimensiones normales.
- VD grosor parietal y función sistólica normales. AD no dilatada.
- Válvulas aurículo-ventriculares y aórtica sin cambios morfológicos detectables.
- No se observa derrame pericárdico.

EVOLUCIÓN EN UNIDAD CORONARIA (06/03)

- Se decide colocación de balón de contrapulsación intraaórtico, infusión de NPS y furosemida EV para optimización del estado hemodinámico.
- Se realiza IC con servicio de CCV quienes deciden, por estabilidad del paciente diferir resolución quirúrgica.
- Posteriormente evoluciona con oliguria y progresión de crepitantes hasta campo medio. Se inicia infusión de dobutamina y se coloca catéter de Swan Ganz. Se evidencia resalto oximétrico:
    - Sat O2 AD 58%
    - Sat O2 AP 75%
    - QP/QS: 1.9

Hora	TAM	FC	PVC	PAP	PW	GC/IC	RVS	RVP	
19hs (06/03)	90/55 (64)	121	10	38/22 (28)	16	4,4/2,1	963	182	BCIA 1:1
01hs (07/03)	85/46 (59)	113	7	36/21 (27)	13	5,1/2,5	831	219	BCIA 1:1 Dob 3gam
06hs (07/03)	90/50 (62)	113	7	37/22 (26)	14	5,6/2,7	785	171	BCIA 1:1 Dob 3gam

EVOLUCIÓN EN UNIDAD CORONARIA (07/03)

- Se decide conducta quirúrgica de urgencia.
- Paciente ingresa quirófano a las 9am, en donde se realiza cierre de CIV posteromedial con parche de pericardio y by pass venoso secuencial a CD-LV y otro venoso a DA.
- TCE 245min TCA 115min con requerimientos de 4UGR 4U plasma 10 U plaquetas.
- Dificultad de salida de bomba con requerimientos de adrenalina en bolos. Se coloca en asistencia ventricular izquierda.
- Ingresa UCO a las 18:30hs en ARM mal perfundido, palidez generalizada FC 130lpm TA 60/30 con infusión de milrinona, noradrenalina y adrenalina altas dosis.
- Laboratorio: Hto 13% pH 7.17 pO2 138 (FIO 100%) pCO2 32 HCO3 11 EB -15. TP y KPTT no coagula.
- Se realizan expansiones seriadas, transfusión de 2UGR, plasma, protamina y complejo protrombínico.
- Presenta persistencia de sangrado, con débito hemático por drenajes (3lts en 60 minutos) y shock refractario a triple soporte inotrópico y vasopresor.
- A las 20hs presenta PCR en contexto bradicardia-asistolia que no responde a medidas de reanimación. Se constata óbito 20:45hs

	05/03 (ingreso)	07/03 (preQx)	07/03 (postQx)
Hematocrito (%)	41	38	13
Glóbulos blancos	16100	12900	11000
Plaquetas	301000	213000	332000
Glucemia (mg/dl)	148	81	70
Urea (mg/dl)	33	52	55
Creatinina (mg/dl)	0.9	1.2	2.1
Sódio (mmol/L)	143	139	140
Potasio (mmol/L)	3.5	3.4	4.4
Cloro (mmol/L)	103	98	106
BT/BD (mg/dL)	0.6/0.4	0.7/0.4	-
GOT/GPT (U/L)	119/30	93/49	-
Albumina (g/dL)		3.1	-
TP (%)	100	77	NC
KPTT (seg)	24	28	NC
RIN	1	1.19	NC
Ac úrico 7.1mg/dl Col total 139mg/dL HDL 43mg/dL LDL 77mg/dL Triglic 95mg/dL Hemoglobina glicosilada 5.2			