



Ateneo

Anatomo-patológico

23/09/15

Agustín Indavere

Residencia de cardiología

Hospital Argerich

Paciente: B.V.	Edad: 75	
<u>Sexo:</u> Masculino	<u>Ingreso:</u> 30/03/15	<u>Óbito:</u> 31/03/15

☐ **Motivo de consulta:** Dolor abdominal.

☐ **Enfermedad Actual:**

Paciente consulta a guardia externa del Hospital Fernández el 29/03 por presentar cuadro de dolor abdominal difuso, tipo cólico, de una semana de evolución y síncope en contexto de vómitos.

Se realiza ECG y enzimas cardíacas, que se encuentran dentro de parámetros normales. Por persistencia de síntomas abdominales asociado a caída de 12 puntos de hematocrito se realiza tomografía de abdomen y pelvis, la cual evidencia aneurisma de aorta abdominal infrarrenal roto y contenido.

Se decide su derivación a nuestra institución para realización de cirugía de emergencia, ingresando directamente a quirófano.

Antecedentes:

Factores de riesgo coronarios:

- Sedentario
- Obeso (IMC 45)
- Ex tabaquista de 20 cigarrillos por día durante 35 años.
- Hipertensión arterial: 20 años de evolución, con mal control.
- Dislipémico

Antecedentes Cardiovasculares:

No refiere

Medicación Habitual:

- Atenolol 50mg cada 12hs vía oral

Examen físico ingreso a UCO 30/03/15

TA: 120/80 mmhg

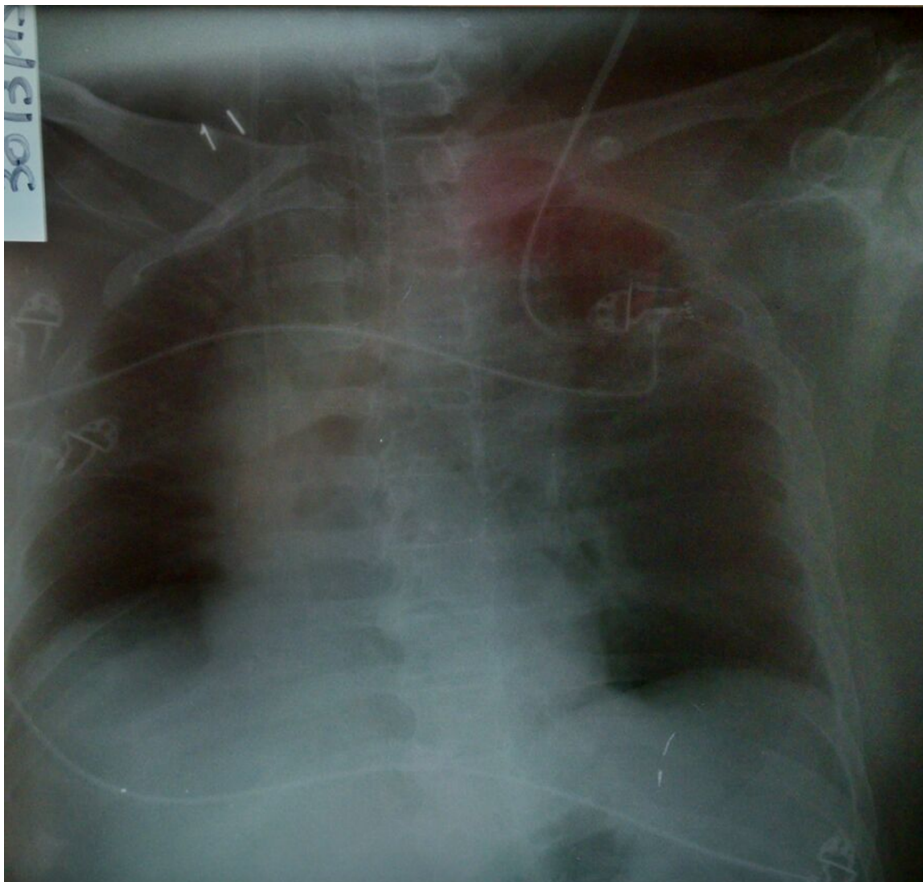
FC:80 l.p.m.

FR: 18 c.p.m.

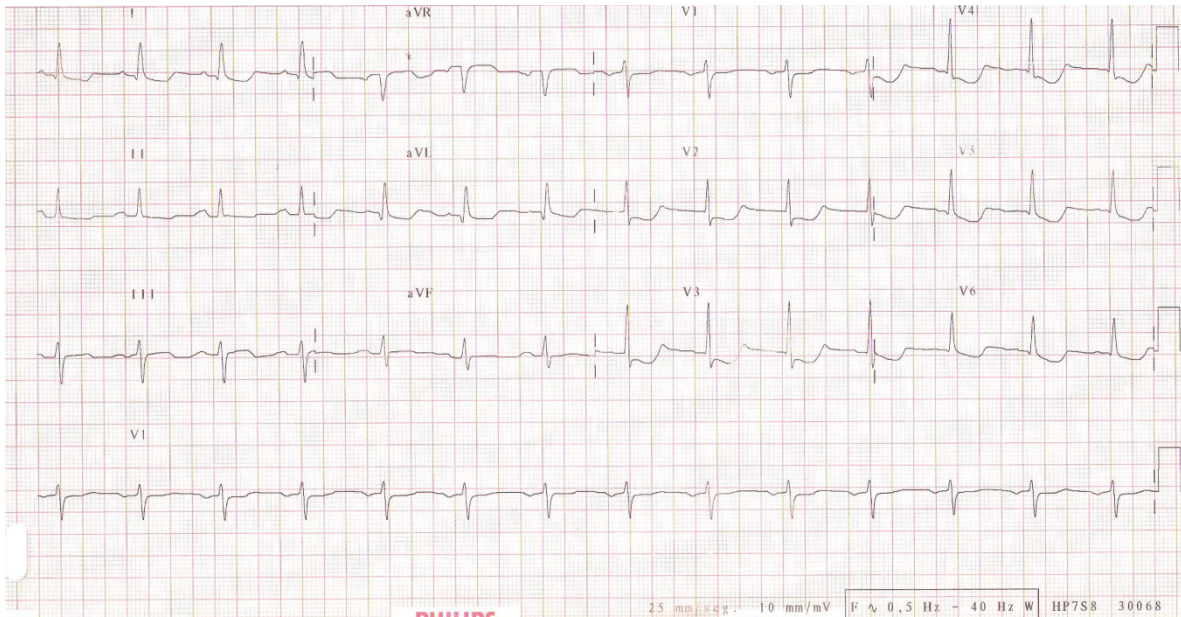
T: 35°

- ☐ **Ap. Cardiovascular:** Mala perfusión periférica, ingurgitación yugular 1/3, latido apexiano no se palpa, pulsos periféricos disminuidos regulares, iguales y simétricos. R1 y R2 en 4 focos, silencios libres, no se ausculta R3 ni R4
- ☐ **Ap Respiratorio:** Paciente en ARM. Mala entrada de aire bilateral, sibilancias generalizadas. Crepitantes bibasales.
- ☐ **Abdomen:** Globoso, distendido, RHA (-), hígado y bazo no se palpan, herida quirúrgica cubierta de gasas, sin sangrado activo.
- ☐ **Neurológico:** Bajo los efectos de la sedoanalgesia, pupilas simétricas mióticas.
- ☐ **Piel y TCS:** Palidez mucocutánea, frialdad de miembros inferiores, livideces en palmas y plantas, abundante tejido celular subcutáneo, sin edemas.

Rx ingreso UCO (30/03/15)



ECG ingreso UCO (30/03/15)



Evolución en Unidad Coronaria 30/03 a 31/03

- Ingresa a UCO en post operatorio inmediato de by pass aorto-aórtico con prótesis de dacron (tiempo de clampeo aórtico 30 minutos), en asistencia respiratoria mecánica, sin requerimiento de drogas vasoactivas.
- Requirió durante la cirugía, transfusión de 10 unidades de glóbulos rojos, 10 unidades de plaquetas, 1 unidad de crioprecipitados y 7000 ml de cristaloides.
- A su ingreso, paciente en mal estado general, anúrico, mal perfundido, coagulopático y con acidosis mixta.

Evolución UCO (30/03 al 31/03)

- Evoluciona rápidamente con shock vasopléjico y requerimiento de noradrenalina hasta dosis máximas.
- Por persistencia de anuria asociado a acidosis mixta, se realiza terapia de reemplazo renal, sin respuesta al tratamiento médico instaurado.
- El día 31/3 a las 8:00 horas, presenta PCR en contexto de actividad eléctrica sin pulso. Se realizan maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzadas, sin éxito. Se constata óbito a las 8:30 horas

Laboratorio

	Hospital Fernández			Hospital Argerich	
	Ingreso	Egreso	Intraquirófano	Ingreso UCO	Óbito
	29/03	29/03	30/03	30/03	31/03
Hto	37.9	26.1	17	35	39
GB	25400	23000		9600	10100
Plaquetas	294000	228000	54000	120000	112000
Glucemia	302	278	243	135	106
Urea	27	59		58	64
Creat	1.2	2.2		2.15	2.36
TP/kptt/RIN		59/26/1.3		52/39/1.56	
Ionograma		135/5/99		143/3.96/101	139/5.69/98
Hepatograma	0.6	0.8		0.94	1.70
BT/Got/Gpt	46/58	79/40		207/133	867/371
Ck/MB	71			391/100	6077/249
EAB			7.20/39/171/ 15/-12/99	7.14/57/83/ 19/-10/91	7.28/39/79/ 18/-7/93
Amilasemia	80				203
Lactico/SVO ₂			142	102/74	

Al finalizar la presentación y discusión del caso, el Servicio de Patología presentara el resultado de la necropsia del paciente.