

Ateneo Clínico

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

Residencia de Cardiología

Giuliana Tresaenza

25/8/21

Paciente L.S.	Edad : 77 años
Sexo femenino	Ingreso : 16/05/2021 Óbito: 20/05/2021 Días de internación : 5 días

Motivo de consulta: Disnea

Enfermedad actual: Es traída por ambulancia a guardia externa de este hospital por disnea Clase Funcional IV de 24 hs de evolución.

A su ingreso se constata paciente hipertensa (170/100mmHg), taquipneica (FR 32), saturando 92% (0,21) que corrige con máscara de reservorio a 5 litros/min, e hipoventilación generalizada. Se realiza tomografía de tórax que evidencia dilatación aneurismática de la aorta ascendente y descendente, sin disección de la misma la cual realiza compresión del árbol bronquial. Se realiza interconsulta con Servicio de Cirugía Cardiovascular quienes descartan conducta quirúrgica de urgencia. Se decide su pase a Unidad Coronaria para control evolutivo y tratamiento.

Antecedentes de enfermedad actual

Factores de riesgo cardiovascular: Hipertensión arterial ,ex tabaquismo 30 paquetes/año

Otros antecedentes: Hipotiroidismo

Antecedentes de enfermedad actual : Disnea de 1 año de evolución en tratamiento con ipratropio; Dos episodios de bronquitis (2019 y 2020), con manejo ambulatorio.

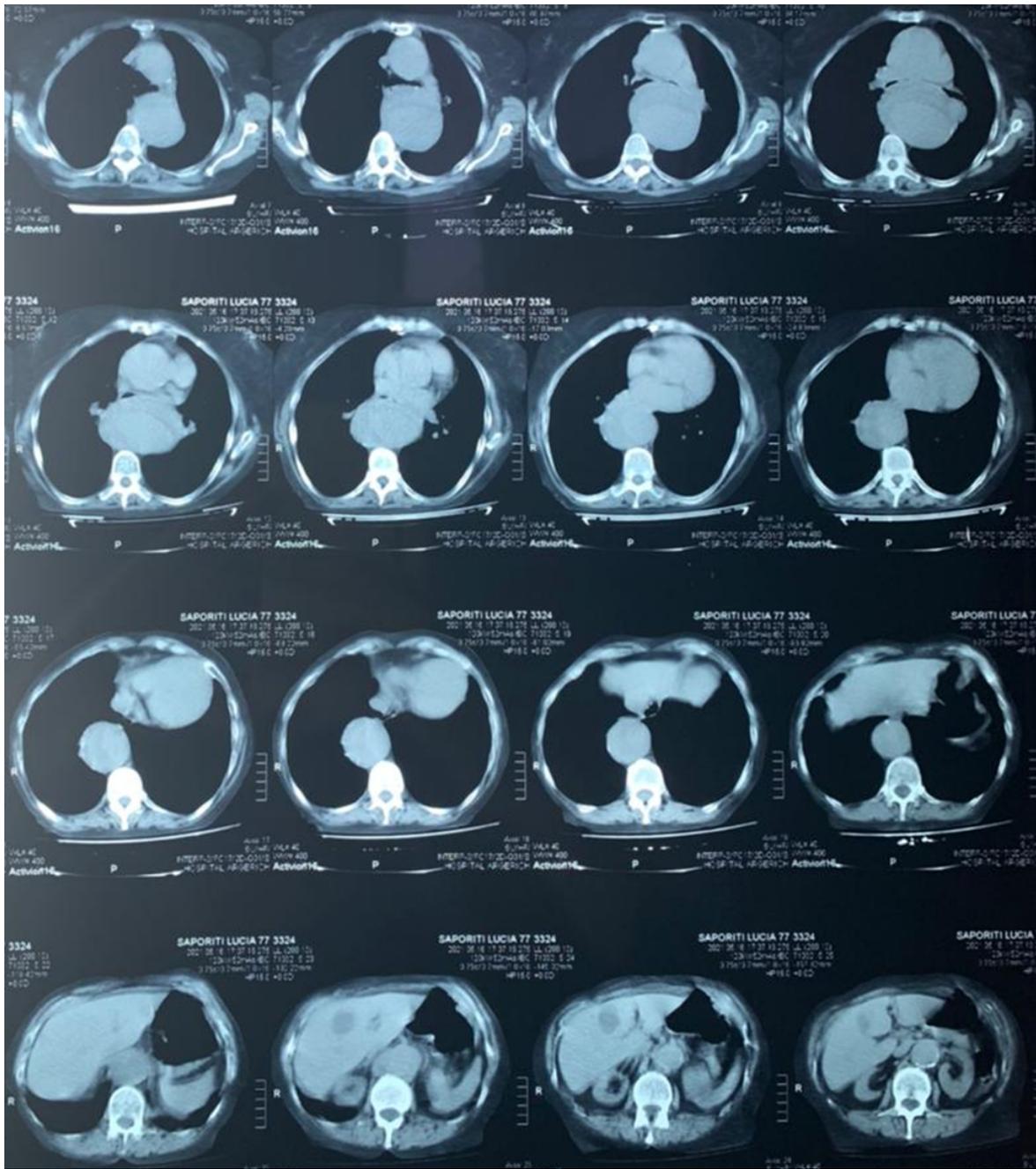
Medicación habitual: Enalapril 5 mg cada 12 hs, Levotiroxina 75 mcg día, puff de ipratropio 1 cada 12 hs

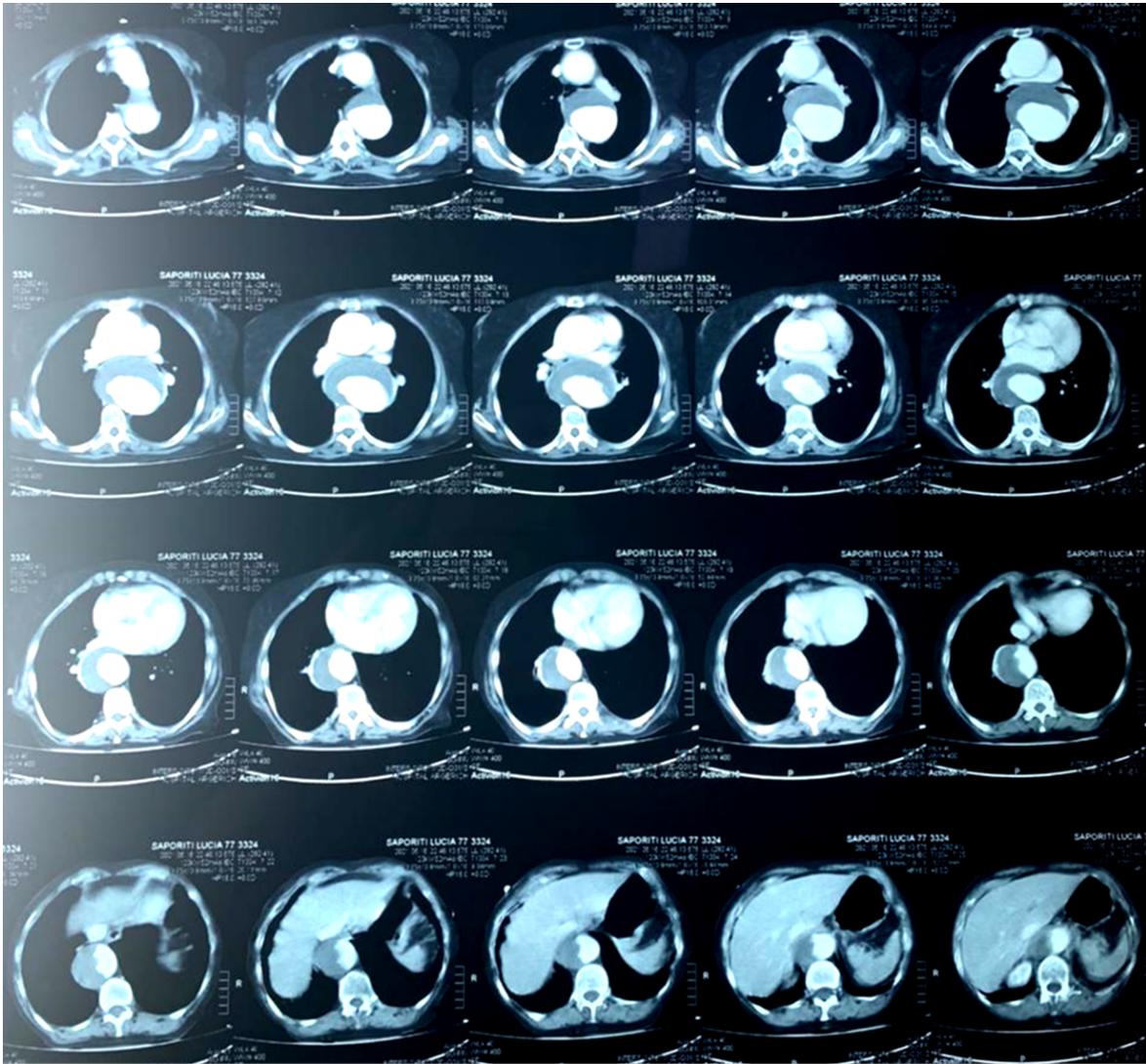
Exámenes complementarios previos

Radiografía de tórax



Tomografía de tórax 16/5/21:





Informe de tomografía de tórax 16/5/21: Dilatación aneurismática de la aórtica torácica descendente, de morfología fusiforme asociado a importante trombo mural de bordes irregulares. El diámetro máximo del saco de 88 mm y diámetro máximo de la luz de 68 mm, midiendo 254 mm de longitud.

El cuello mide 26 mm de longitud y 33 mm de diámetro.

El diámetro de la aorta distal es de 28 mm.

Aorta ascendente mide 46 mm (diámetro máximo).

Arco aórtico de 35 mm.

El mencionado aneurisma comprime en forma parcial y desplaza las estructuras mediastinales, así como las ramas principales de la arteria pulmonar principal, predominantemente del lado izquierdo.

El tercio superior del esófago y medio suprayacente al aneurisma se halla dilatado, y cuyo contenido hace nivel liquido-liquido.

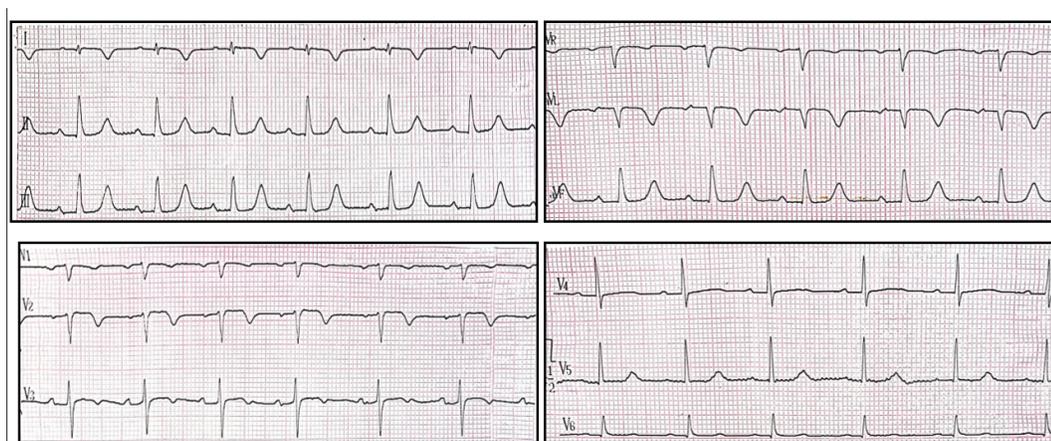
No se observan consolidaciones parénquimatosas pulmonares, como tampoco derrame pleural o pericárdico.

Examen físico de ingreso a UCO 17/5/21

TA 80/50 mmHg	FC: 75 lpm	FR: 28 Cpm	T: 36°C	Sat 70% (MR 15 litros)
	Peso 57	Altura 1,64	IMC 21	

- **Aspecto cardiovascular:** R1 y R2 en 4 focos, soplo diastólico regurgitante 4/6 sin irradiación. Choque de la punta en 5° EIC LMC. Sin edemas periféricos. Ingurgitación yugular 1/3 sin RHY.
- **Aspecto respiratorio:** Mala mecánica ventilatoria a expensas de taquipnea con prensa abdominal e hipoventilación en campo pulmonar izquierdo.
- **Aspecto neurológico:** Glasgow 8/15, somnolienta con respuesta a ordenes simples, sin signos de foco motor ni meníngeos.
- **Aspecto abdominal:** Blando, depresible, indoloro, RHA+.

ECG de ingreso a UCO : 17/5/21

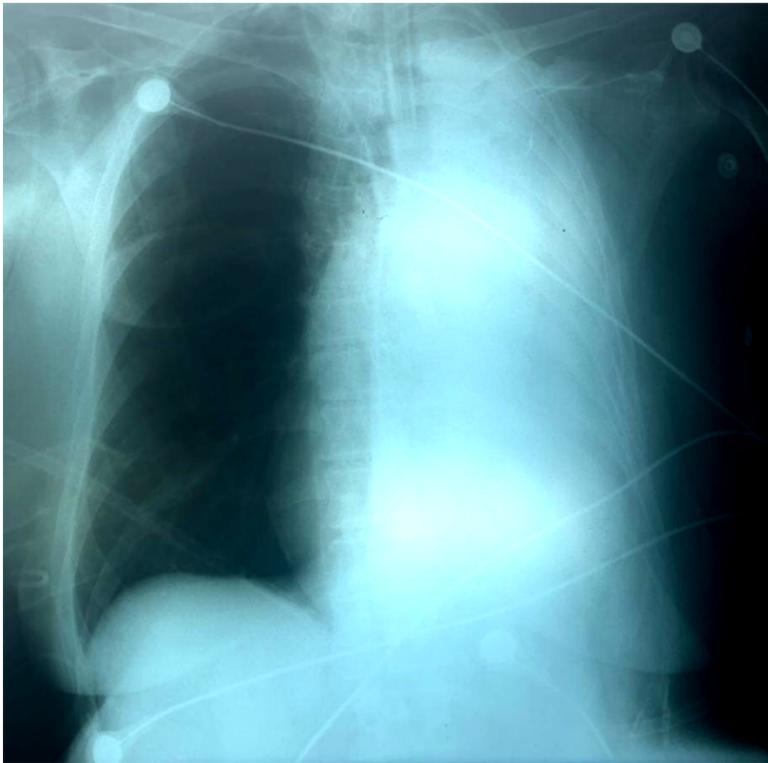


Evolución en UCO 16/5/21 – 20/5/21

Por presentar deterioro del sensorio asociado a desaturación y mala mecánica ventilatoria se realiza intubación orotraqueal y asistencia respiratoria mecánica.

Se realiza radiografía de tórax que presenta tubo endotraqueal normoinserido sin evidencia de complicaciones.

Desde el aspecto respiratorio, evoluciona sin mejoría con descenso progresivo de la PAFI, por lo que se realiza nueva imagen radiográfica:



Evolución en UCO 16/5/21 – 20/5/21

Se interpreta cuadro como insuficiencia respiratoria aguda secundaria a atelectasia masiva secundaria a compresión extrínseca de bronquio fuente izquierdo.

Se realiza maniobras de reclutamiento con mejoría parcial.

Evoluciona hemodinámicamente inestable con requerimientos de vasoactivos (noradrenalina) en ascenso. Se coloca catéter de *Swan Ganz* que evidencia patrón compatible con shock hipovolémico por lo que requiere cristaloides y noradrenalina con mejoría de los parámetros hemodinámicos.

El día 17/05/2021 se realiza ecocardiograma transtorácico.

Informe de Ecocardiograma transtorácico 17/5/21

- Mala ventana ultrasónica. Paciente en ARM.
- Ventrículo izquierdo no dilatado. Función sistólica conservada.

- Válvula aórtica trivalva con adecuada apertura y cierre incompleto (déficit de coaptación central por dilatación aórtica) lo que genera una insuficiencia aórtica severa.
- Dilatación aneurismática de aorta ascendente y descendente a nivel proximal con gran trombo mural, presentando zonas ecolúcidas en su interior (diámetro anteroposterior máximo: 8,27 cm, diámetro transverso: 7,84 cm, espesor hematoma: 2,2 cm) y distal (diámetro anteroposterior: 3,78 cm , diámetro transverso: 4,49 cm , espesor hematoma: 1,82 cm)
- Cavidades derechas impresionan conservadas. Sin derrame pericárdico.

Evolución en UCO 16/5/21 – 20/5/21

Se decide en Heart Team no realizar cirugía convencional debido a comorbilidades de la paciente y el distres respiratorio agudo por lo que se decide colocar endoprótesis aórtica.

El día 19/5 se realiza implante de endoprótesis aórtica por servicio de Hemodinamia con requerimientos de 1500 ml de cristaloides y 2 unidades de glóbulos rojos.

Parte quirúrgico 19/5/21:

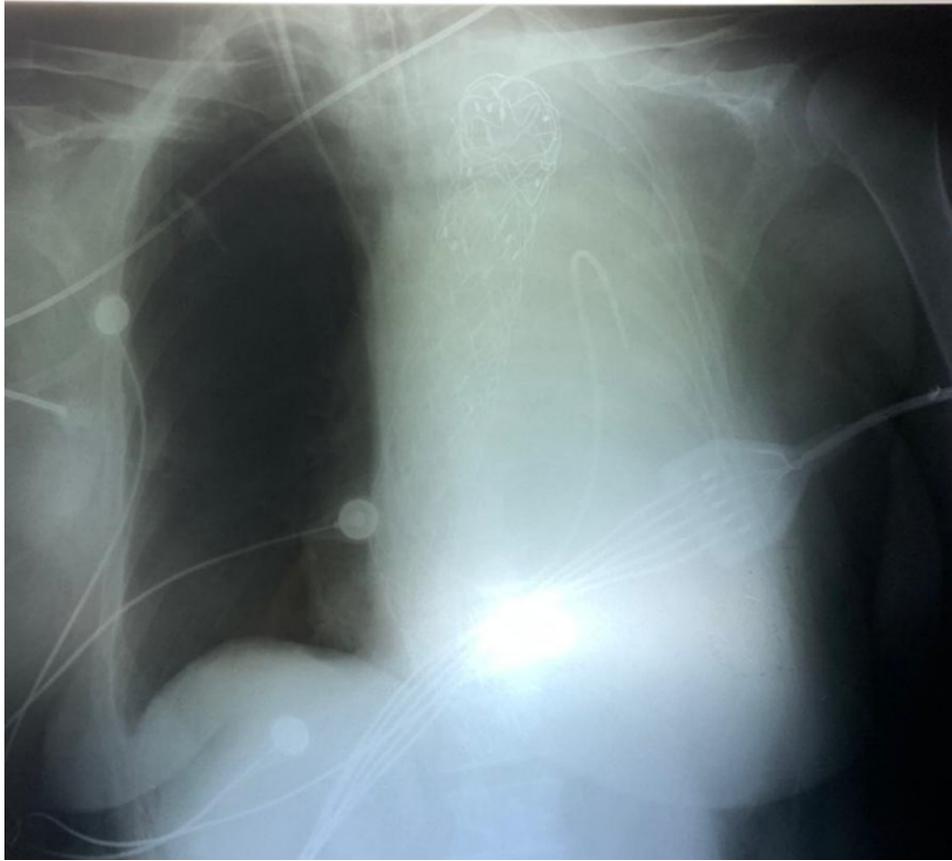
Se coloca endoprótesis Valiant Medtronic 34x34x200 mm con apertura inmediatamente distal a arteria subclavia izquierda.

Se coloca segunda protésis Valiant Endurant de 36x36x200 mm con apertura inmediatamente proximal a tronco celíaco. Aortograma control no evidencia fugas. Exclusión del saco aneurismático.

Evolución en UCO 16/5/21 – 20/5/21

Ingresa a unidad coronaria post procedimiento inmediato bajo IOT/ARM, y con requerimientos de noradrenalina a 0,4 gammas.

Se realiza radiografía de tórax control

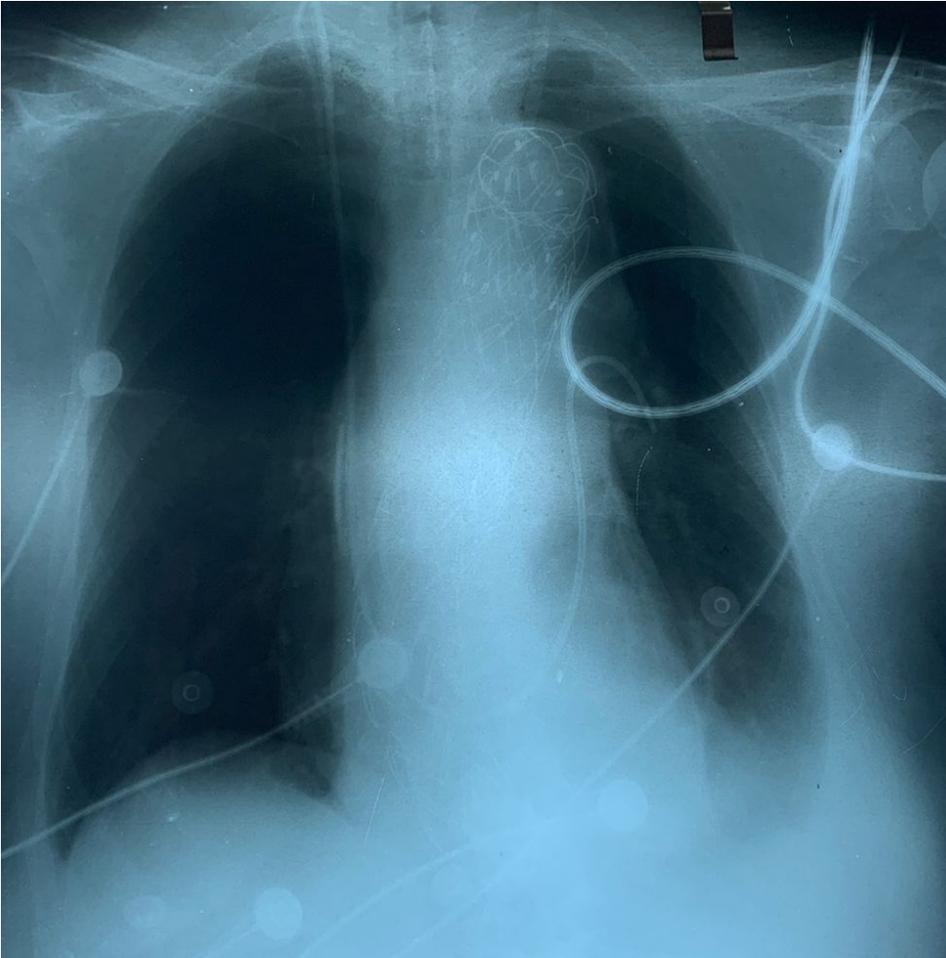


Evoluciona hemodinamicamente inestable, con oligoanuria y con parámetros hemodinámicos por *Swan Ganz* compatible con shock hipovolémico por lo que se realiza reanimación con cristaloides.

Por persistencia de bajo gasto cardiaco con precargas optimizadas se interpreta shock cardiogénico y se inicia infusión de dobutamina.

Evoluciona anúrica con requerimientos de bomba de infusión continua de furosemida para estimular diuresis sin respuesta por lo que se coloca *Cook* y se inicia diálisis continua sin tolerancia hemodinámica a la misma.

Se realiza control radiográfico de catéter de diálisis y se evidencia resolución de atelectasia masiva de hemitórax izquierdo.



Evoluciona con shock refractario con requerimientos de vasoactivos en ascenso sin respuesta.

A las 7 am se constata paro cardiorespiratorio en ritmo de actividad eléctrica sin pulso. Se realizan maniobras de RCP avanzada sin éxito constatándose óbito las 7,30 hs.

Indicaciones

1. Nada vía oral
2. SNG a descarga
3. Noradrenalina 4 ampollas en 100 ml de DXT 5% por BIC.
4. Milrinona 2 ampollas en 100 ml de DXT 5% por BIC.
5. Furosemida 25 ampollas en 50 ml de DXT 5% por BIC.
6. Midazolam 10 ampollas en 100 ml de DXT 5% por BIC.

7. Fentanilo 4 ampollas en 100 ml de DXT 5% por BIC.
8. Hidrocortisona 100 mg cada 8 hs EV.
9. Puff salbutamol y budesonide
10. Omeprazol 40 mg por via EV.
11. Heparina sódica 5000 UI C/12 hs SC.

Laboratorio

Determinación	16/5/21 (Ingreso)	17/5/21	19/05/21 (Óbito)
Hematocrito (%) / Hemoglobina (mg/dl)	44 15,7	34 12.1	28 9,2
Leucocitos (cel./mm3)	13500	16700	10,200
Plaquetas (cel./mm3)	519.000	352.000	182.000
Glucosa (mg/dl)	210	171	209
Urea (mg/dl)	39	58	47
Creatinina (mg/dl)	1,39 Cl 36	1,43 cl 35	1,13
Na / K / Cl (mmol/l)	142/4,27 /99	128/4,28/94	133/3,8/101
BT (mg/dl) GOT / GPT (UI/l)	0,8 19/11	0,39 17/9	0,36 43/17
TP / Kptt / Rin	101% /32 seg /0,93	83%/33 seg/1,06	91/30 seg/1