

Ateneo Clínico

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

Residencia de Cardiología

Sofía Pizarro

09/03/22

Paciente: R.F.	Edad: 63 años	Sexo: Masculino
Fecha de ingreso: 05/11/21	Fecha de egreso: 06/12/21	
Días de internación: 31		

- ❖ **Motivo de consulta:** dolor interescapular, disnea y edema de miembros inferiores.
- ❖ **Enfermedad actual:** paciente que presentó episodios de dolor interescapular durante 15 días previos a la consulta, automedicándose con AINES y corticoides. Por persistencia sintomática asociado a disnea progresiva y edemas de miembros inferiores consultó a otro centro donde, en contexto de signos de insuficiencia cardíaca y presencia de soplo holosistólico, se realizó diagnóstico de IAM evolucionado complicado con comunicación interventricular (CIV) y pseudoaneurisma. Por falta de cobertura médica es derivado a esta institución.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL

[?] FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

- Tabaquismo (30 paquetes/año).
- Hipertensión arterial.

[?] ANTECEDENTES PERSONALES:

- ACV isquémico diagnosticado hace 20 años con secuela (afasia de expresión).

[?] MEDICACIÓN HABITUAL:

- Aspirina 100 mg por día.
- Atorvastatina 40 mg por día.
- Enalapril 2.5 mg cada 12hs.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS PREVIOS

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO (05/11/21)

DDVD (cm)	DDVI (cm)	DSVI (cm)	SIV (cm)	PP (cm)	F. Ac (%)	AI (cm ²)	Ao (cm)
Dilatado	6.1	4	1.1	0.9	28	26	3.1

Ventrículo izquierdo dilatado con función sistólica que impresiona conservada. Discinesia septal posterior e inferior basal y medioventricular con pseudoaneurisma inferior y CIV de al menos 0.9 cm de diámetro. Ventrículo derecho dilatado con deterioro moderado de su función. TAPSE 10 mm, onda S 12. Vena cava inferior dilatada sin colapso, insuficiencia tricúspideas con gradiente máximo de 50 mmHg, PSAP 70 mmHg. AD 21 cm².

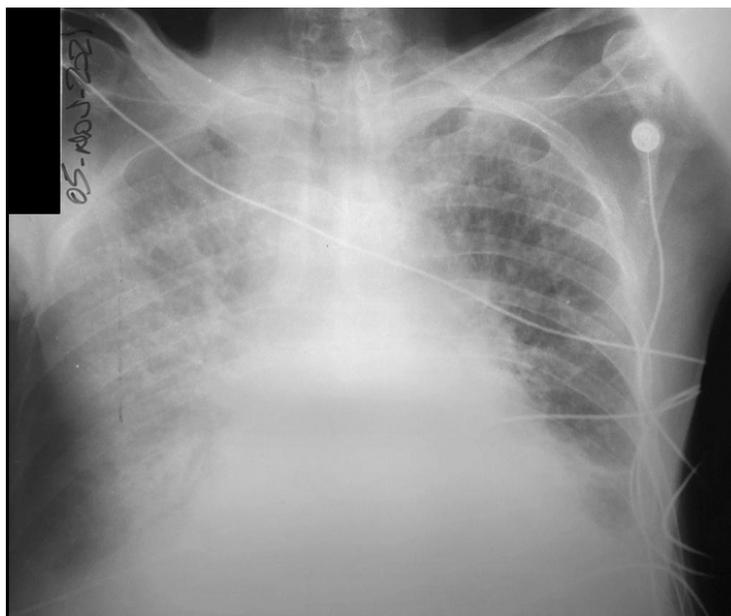
INGRESO A UNIDAD CORONARIA (05/11/21)

EXAMEN FÍSICO DE INGRESO (05/11/21)

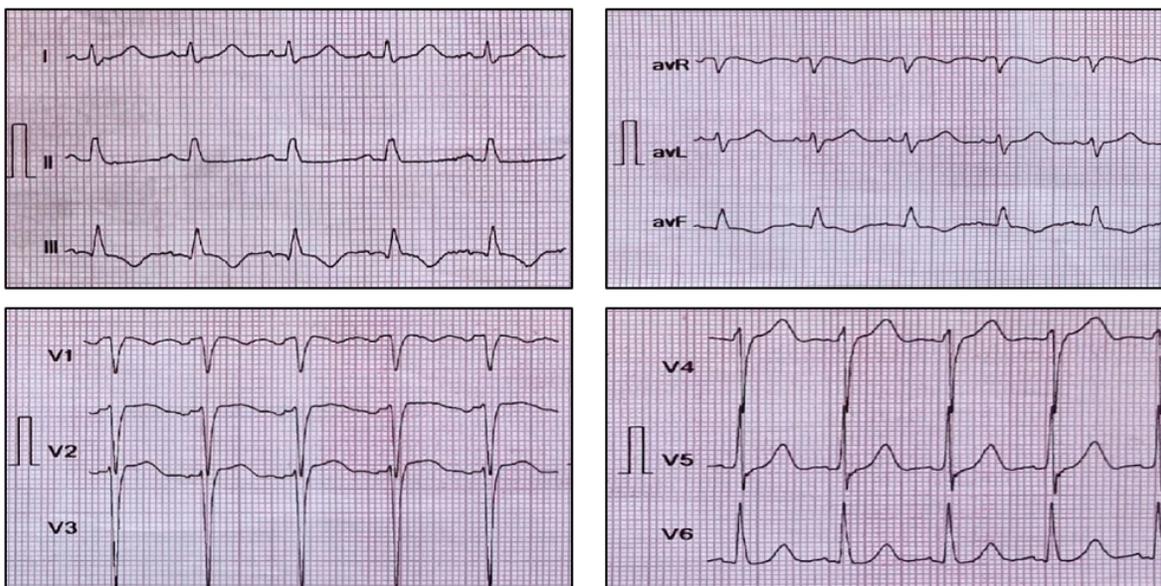
TA	FC	FR	Tº	SpO2	Peso	Talla	IMC
115/70 mmHg	110 lpm	22 cpm	36 °C	94% (0.21)	80 kg	1.75 mts	26 kg/m ²

- ❖ **Aspecto cardiovascular:** adecuada perfusión periférica con pulsos presentes y simétricos. R1 y R2 en 4 focos; presencia de R3 y soplo holosistólico 5/6 de mayor intensidad en mesocardio. Frémito palpable. Ingurgitación yugular 3/3, edemas en miembros inferiores 6/6, Godet positivo.
- ❖ **Aspecto respiratorio:** mecánica ventilatoria sincrónica con buena entrada de aire bilateral y rales crepitantes hasta ambos campos medios.
- ❖ **Aspecto abdominal:** abdomen blando, depresible, con hepatomegalia dolorosa, ruidos hidroaéreos conservados.
- ❖ **Aspecto neurológico:** lúcido, con afasia de expresión, sin signos meníngeos.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX DE INGRESO (05/11/21)



ELECTROCARDIOGRAMA DE INGRESO (05/11/21)



EVOLUCIÓN EN UNIDAD CORONARIA (05/11/21 - 29/11/21)

Ingresó con signos de insuficiencia cardíaca por lo que inició tratamiento con diuréticos en infusión continua y nitroglicerina para optimización de la postcarga del ventrículo izquierdo.

Evolucionó con mejoría clínica y el día 08/11 se realizó ecocardiograma transtorácico y cinecoronariografía diagnóstica.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO (08/11/21)

DDVD (cm)	DDVI (cm)	DSVI (cm)	SIV (cm)	PP (cm)	F. Ac (%)	AI (cm)	Ao (cm)
Dilatado	6.2	4.4	0.9	0.9	29	4,7	3.1

Ventrículo izquierdo dilatado con grosor parietal normal. Presenta imagen compatible con pseudoaneurisma inferior basal de 50 mm diámetro y un área de 12 cm². Aquinesia del resto de la pared inferior, posterior y septal posterior. Deterioro moderado de la función sistólica global. Comunicación interventricular del septum posterior basal de 8,5 mm de diámetro y shunt de izquierda a derecha. Flujo transmitral pseudonormal. Relación E/e'14. Aurícula izquierda dilatada. Ventrículo derecho dilatado con función sistólica normal.

CINECORONARIOGRAFÍA – VENTRICULOGRAMA (08/11/21)

Ostium y tronco coronario izquierdo: ostium libre. Tronco sin lesiones angiográficamente significativas.

Arteria descendente anterior: de normal calibre y desarrollo. Sin lesiones angiográficamente significativas. Da origen a ramas septales y diagonales sin lesiones.

Arteria circunfleja: de normal calibre y desarrollo. Sin lesiones angiográficamente significativas. Sa origen a ramos lateroventriculares sin lesiones significativas.

Arteria coronaria derecha: se ocluye a poco de su origen. Su lecho distal se visualiza por circulación colateral homo y heterocoronariana.

Ventriculograma: imagen de dilatación con expansión sistólica de localización inferior compatible con pseudoaneurisma. Pasaje de contraste de izquierda a derecha a nivel del septum interventricular. No presenta gradiente de presión transvalvular aórtico. Presión de fin de diástole: 17 mmHg.

EVOLUCIÓN EN UNIDAD CORONARIA (05/11/21 - 29/11/21)

Se realizó ateneo interdisciplinario Heart Team, donde se decidió diferir el acto quirúrgico debido al tiempo de evolución y la friabilidad de los tejidos.

Durante su internación en Unidad Coronaria se realizó seguimiento ecocardiográfico diario presentando buena función sistólica del ventrículo derecho, sin requerimiento de inotrópicos ni dispositivos de asistencia ventricular.

Complicó con bacteriemia asociada a catéter con rescate de S. Aureus multisensible, cumpliendo tratamiento antibiótico por 14 días con cefazolina.

El día 25/11 se realizó intervención quirúrgica.

PARTE QUIRÚRGICO

Cierre de CIV posterobasal y pseudoaneurisma con triple parche de pericardio autólogo y prótesis de poliéster.

Durante el acto quirúrgico presentó un tiempo de circulación extracorpórea de 115 minutos y de clampeo aórtico de 82 minutos.

EXÁMEN FÍSICO INGRESO A UCO (25/11/21)

TA 130/80 mmHg	TAM 96 mmHg	FC 88 lpm	FR 18 cpm	Tº 35°C	Saturación 100% (FIO2 0.5)
VCV	VT 480 ml	PEEP 6 mmHg	FR 18 cpm	FI02 0.5	

Noradrenalina 0,2 mcg/kg/min.
Milrinona 0,35 mcg/kg/min
Fentanilo 0.9 mcg/kg/h.

- ❖ **Aspecto cardiovascular:** bien perfundido. R1 y R2 en 4 focos, hipofonéticos. Silencios impresionan libres. Ingurgitación yugular ½. Esternotomía estable, cubierta por gasas limpias.
- ❖ **Aspecto respiratorio:** vinculado a ARM con adecuada mecánica ventilatoria y buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.
- ❖ **Aspecto abdominal:** abdomen blando, depresible, con ruidos hidroaéreos presentes.
- ❖ **Aspecto neurológico:** bajo sedoanalgesia con RASS de -4.
- ❖ **Otros:** Introdutor yugular izquierdo sin signos de flogosis, con catéter de Swan Ganz. TAM radial izquierda. Tubo de drenaje pleuromediastinal derecho y mediastinal izquierdo con escaso débito hemático, oscilantes.

EVOLUCIÓN EN UNIDAD CORONARIA (25/11/21 - 29/11/21)

Evolucionó hemodinámicamente estable, suspendiéndose drogas inotrópicas y vasoactivas en las primeras 48 horas.

Se midió la saturación de oxígeno en aurícula derecha y arteria pulmonar mediante catéter de Swan Ganz sin evidenciarse resalto oximétrico por lo que se descartó CIV residual.

Se realizó extubación precoz de manera exitosa.

Presentó signos de sobrecarga hídrica con adecuada respuesta al balance negativo y pasó a Sala de Cardiología para control evolutivo.

El día 29/11 se realizó ecocardiograma transtorácico de control postquirúrgico.

Por buena evolución clínica, sin complicaciones en el postoperatorio, se decidió su alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO (29/11/21)

DDVD (cm)	DDVI (cm)	DSVI (cm)	SIV (cm)	PP (cm)	F. Ac (%)	AI (cm)	Ao (cm)
-	6.3	5.2	1.07	0.9	-	4.6	3.8

Aurícula izquierda no dilatada. Ventrículo izquierdo dilatado. Espesores parietales normales. Función sistólica global severamente deteriorada, Fey 25%. Disquinesia septal posterior, aquinesia posterior, hipoquinesia del resto de los segmentos. En pared inferior se observa dilatación residual con boca de 4,6 cm y profundidad de 2.8 cm. Patrón de llenado del ventrículo izquierdo de tipo relajación prolongada. Ventrículo derecho con deterioro de su función. TAPSE 0,9 cm, S tisular de 6,2 cm/s. Insuficiencia tricuspídea leve que permite estimar PSAP de 30mmHg. Insuficiencia mitral leve. Válvula aortica con signos de esclerosis, normofuncionante. Válvula pulmonar normal. Derrame pericárdico leve a predominio posterior. Vena Cava dilatada con colapso menor del 50%.

LABORATORIOS

Determinación	INGRESO	POSTQUIRÚRGICO	ALTA	Otros
Hto (%) / Hb (g/dL)	43/14	39/13.5	34/11.6	TG 94 mg/dl
Globulos blancos (/mm3)	12400	34200	6900	CT 138 mg/dl
Plaquetas (/mm3)	243000	189000	340000	HDL 39 mg/dl
Glucemia (mg/dL)	115	208	164	LDL 82 mg/dl
Urea (mg/dL)	37	65	16	HbA1c 6%
Creatinina (mg/dL)	1	1.16	0.69	TSH 1.6 uUI/ml
BT(mg/dl)/GOT/GPT (UI/L)	1.7/16/16	2.43/64/7	0.7/33/24	
Na+/K+/Cl- (mEq/l)	136/2.95/97	134/4.2/93	132/3.58/96	
TP(%), Kptt (seg), RIN	66/35/1.4	57/41/1.5	70/37/1.29	
Troponina US (ng/ml)/ CK /MB (UI/l)	144/ 59/ -	- /242/40	-	

INDICACIONES AL ALTA

- ❖ Aspirina 100 mg por día.
- ❖ Atorvastatina 40 mg por día.
- ❖ Espironolactona 25 mg por día.
- ❖ Enalapril 2,5 mg cada 12 horas.
- ❖ Carvedilol 12,5 mg cada 12 horas.
- ❖ Omeprazol 20 mg por día.
- ❖ Anemidox férrum 1 comprimido cada 12 horas.