

Ateneo Clínico

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

Residencia de Cardiología

Hassan Chaban

04/05/22

Paciente: F.J.M.	Sexo: Masculino	Edad: 66 años
Fecha de ingreso: 02/02/22	Fecha de óbito: 04/02/22	Días de internación: 3

- ❖ **Motivo de consulta:** ángor.
- ❖ **Enfermedad actual:** paciente inició el día 02/02/22 con dolor precordial opresivo de 30 minutos de duración, clase funcional II, de intensidad 6/10 que progresó a 10/10, por lo que consultó a servicio de emergencias, siendo evaluado en domicilio. Por sospecha de síndrome coronario agudo es derivado a esta institución.

ANTECEDENTES

[?] FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

- Hipertensión arterial.

[?] ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

- El día 01/02/22 presentó durante la noche un episodio de ángor de similares características al que motivó la consulta pero de menor intensidad, post esfuerzo. Solicitó atención médica domiciliaria donde se constató paciente sintomático para ángor, con signos vitales estables, y se indicó 200 mg de aspirina y pautas de alarma.

[?] ANTECEDENTES PERSONALES:

- Hiperplasia prostática benigna.
- Reflujo gastroesofágico.

[?] MEDICACIÓN HABITUAL:

- Enalapril/Hidroclorotiazida 10/25 mg/día.
- Tamsulosina 0,4mg/día

INGRESO AL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS (02/02/22)

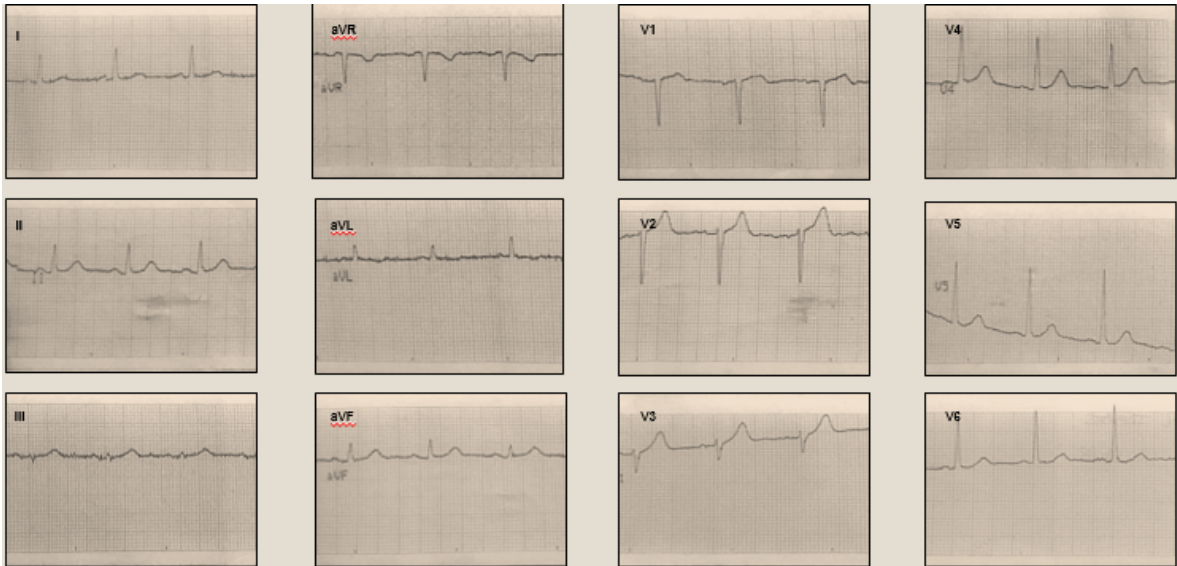
EXAMEN FÍSICO DE INGRESO (02/02/22)

TA: 120/70 mmHg	FC: 80 lpm	FR: 20 rpm	Sat: 98% al 0.21	Temp: 35.8 C°
------------------------	-------------------	-------------------	-------------------------	----------------------

Peso: 70 Kg	Altura: 1,70 m	IMC 24 Kg/m2
--------------------	-----------------------	---------------------

- ❖ **Cardiovascular:** adecuada perfusión periférica. Ingurgitación yugular 1/3. Reflujo hepatoyugular negativo. R1 – R2 normofonéticos en 4 focos, soplo holodiastólico regurgitante de intensidad 2/6 a predominio en foco aórtico, sin irradiación. Sin edemas de miembros inferiores.
- ❖ **Respiratorio:** adecuada mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.
- ❖ **Abdomen:** blando, depresible, indoloro. Ruidos hidroaéreos positivos.
- ❖ **Neurológico:** lúcido, sin signos de foco motor ni meníngeo.

ELECTROCARDIOGRAMA DE INGRESO (02/02/22)



RADIOGRAFÍA DE TÓRAX DE INGRESO (02/02/22)



EVOLUCIÓN EN DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS (02/02/22)

Se interpretó el cuadro como síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, por lo que se realizó carga con 300 mg de aspirina y 300 mg de clopidogrel y se inició anticoagulación con heparina de bajo peso molecular.

Por evolucionar con dolor recurrente, se dio aviso a Laboratorio de Hemodinamia, para realizar cinecoronariografía diagnóstica de urgencia.

CINECORONARIOGRAFÍA (02/02/22)

Tronco de coronaria izquierda: De buen calibre. Ostium libre. No presenta lesiones angiográficamente significativas.

Arteria Descendente Anterior: De buen calibre y desarrollo. Sin lesiones angiográficamente significativas. Da origen a ramas diagonales y septales sin lesiones significativas.

Arteria Circunfleja: De buen calibre y desarrollo, sin lesiones angiográficamente significativas. Da origen a ramos lateroventriculares sin lesiones significativas.

Aortograma de aorta ascendente: se evidencia imagen de flap en aorta ascendente compatible con disección aórtica tipo A. Se visualiza arteria coronaria derecha, la cual impresiona sin lesiones significativas.

Conclusiones:

- Arterias coronarias sin lesiones angiográficamente significativas.
- Disección aórtica tipo A.

EVOLUCIÓN EN DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS (02/02/22)

Se interpretó el cuadro como disección aórtica aguda tipo A y se informó a Servicio de Cirugía Cardiovascular, quienes indicaron cirugía de urgencia.

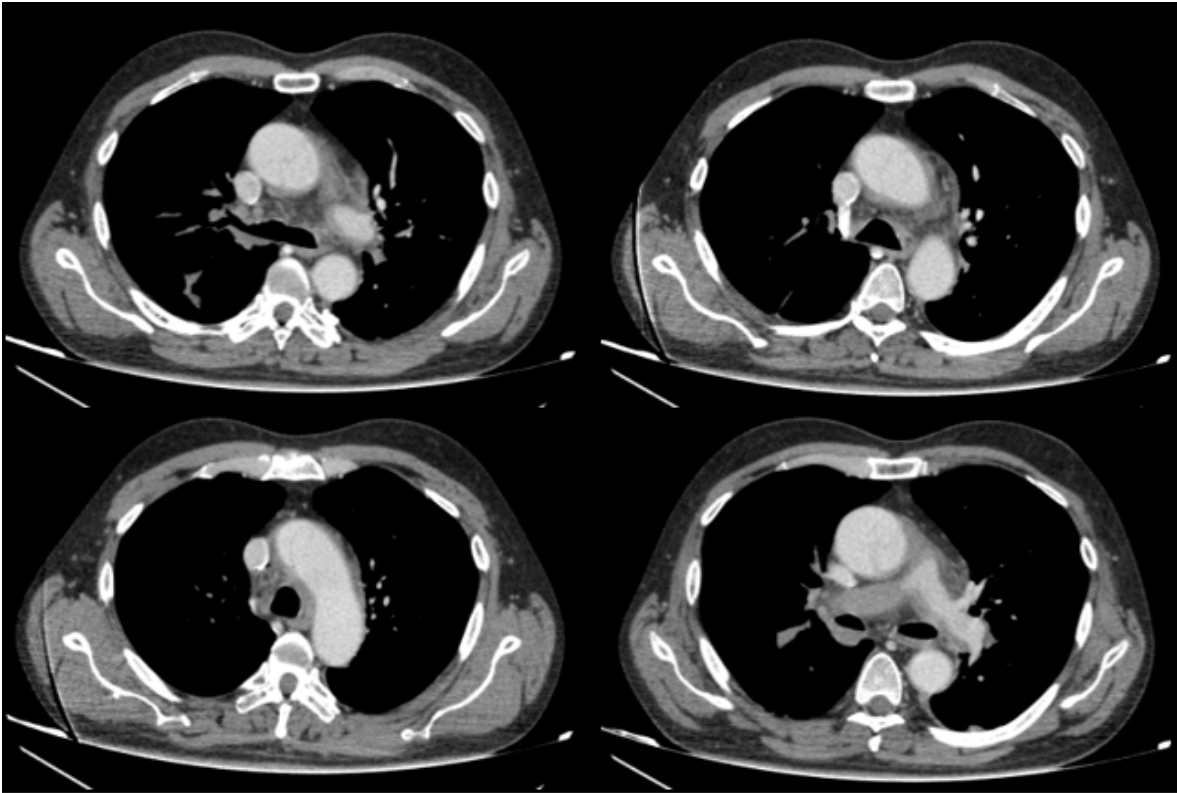
Como estudios prequirúrgicos se realizaron ecocardiograma doppler y angiotomografía de tórax con contraste endovenoso.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO (02/02/22)

DDVI 4,8 cm	DSVI 3,3 cm	SIV 1,2 cm	PP 0,9 cm	AI 3,1 cm	<u>Ao 3,9 cm</u>
--------------------	--------------------	-------------------	------------------	------------------	-------------------------

Ventrículo izquierdo no dilatado con hipertrofia concéntrica. Función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción. Aurícula izquierda no dilatada. Cavidades derechas normales. Dilatación de la raíz aórtica con pérdida de arquitectura normal de unión sino tubular. Diámetro máximo sinusal de 39 mm y tubular de 51 mm. Imagen lineal móvil en su interior que se inicia en seno de Valsava no coronario, a 10 mm del plano del anillo valvular, compatible con flap de disección, que se extiende distal hasta el arco aórtico impresionando comprometer el tronco braquiocefálico y la arteria carótida izquierda. Válvula aórtica con apertura normal e insuficiencia moderada a severa con jet excéntrico que se dirige a la valva anterior mitral. Velocidad telediastólica del reflujo en la aorta descendente proximal de 27 cm/seg. El reflujo en la aorta abdominal es protodiastólico. Vena cava inferior no dilatada con adecuado colapso inspiratorio. No se observa derrame pericárdico.

ANGIOTOMOGRAFÍA DE TÓRAX CON CONTRASTE ENDOVENOSO (02/02/22)



Dilatación de la aorta torácica ascendente alcanzando en su porción tubular 54x55 mm aproximadamente. Flap de disección en aorta torácica ascendente que compromete válvula aórtica y con extensión al sector proximal del cayado aórtico (disección tipo A). Vasos supraaórticos presentan calibre y tinción conservada. Cayado aórtico en su porción media y distal, aórtica torácica descendente y aorta abdominal de calibre y tinción conservada. Ausencia de tinción con el contraste endovenoso en la rama principal derecha de la arteria pulmonar y ramas segmentarias y subsegmentarias y en forma parcial en la rama izquierda principal. Engrosamiento del intersticio peribroncovascular y atenuación en vidrio esmerilado a nivel hiliar derecho. Engrosamientos pleurales calcificados en hemitórax izquierdo. No se observa derrame pleural ni pericárdico. No se identifican adenomegalias axilares, hiliares ni mediastinales.

EVOLUCIÓN EN DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS (02/02/22)

Por hallazgos imagenológicos se diagnosticó disección aórtica tipo A con tromboembolismo de pulmón (TEP) asociado por lo que ingresó a quirófano.

PARTE QUIRÚRGICO (02/02/22)

Se realizó cirugía de reemplazo de aorta ascendente con prótesis Hemashield Platinum de 26 mm de diámetro y 30 cm de longitud, con re-suspensión valvular aórtica y exploración de arteria pulmonar.

Durante la exploración de arteria pulmonar se evidenció ausencia de trombo en su interior. Complicó posteriormente con sangrado de arteria pulmonar con requerimiento de reentrada en circulación extracorpórea y cierre de arteriotomía pulmonar con parche pericárdico.

- Tiempo de circulación extracorpórea: 244 minutos.

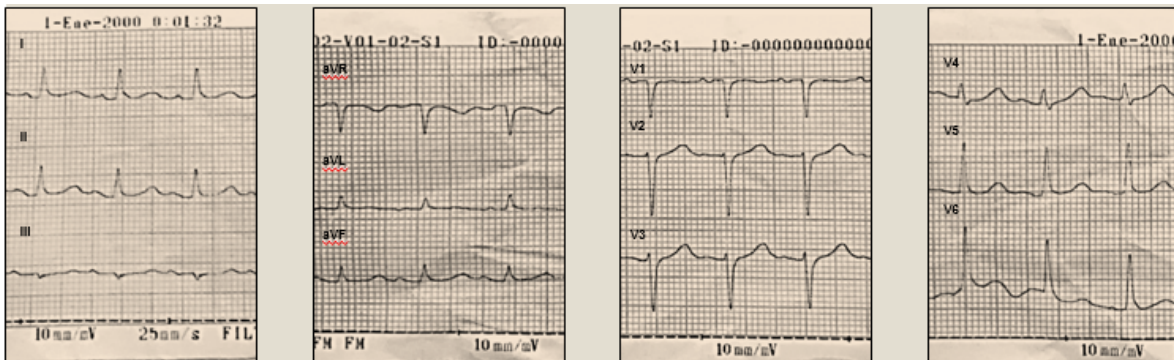
- Tiempo de clampeo aórtico: 148 minutos.

INGRESO A UNIDAD CORONARIA (02/02/22)

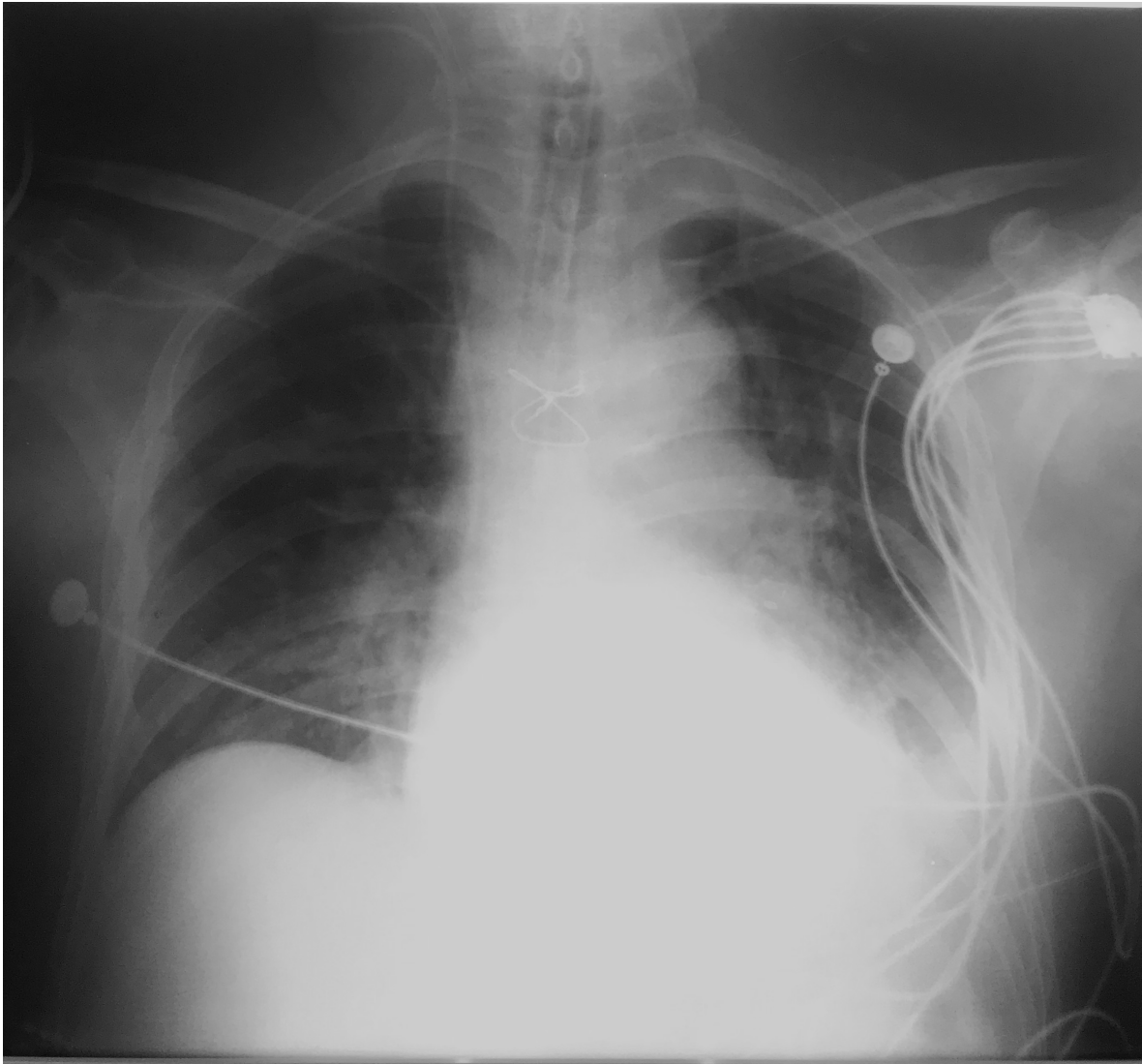
EXAMEN FÍSICO DE INGRESO A UNIDAD CORONARIA (02/02/22)

- ❖ **Vitales:** TA 190/100 mmHg; FC 115 lpm; FR 15 rpm; T 35°; SO₂ 100% (FiO₂ 100%).
- ❖ **Cardiovascular:** bajo infusión continua de nitroglicerina a 0,8 mcg/Kg/min, regular perfusión periférica. Ingurgitación yugular 2/3, sin reflujo hepatoyugular. R1 – R2 normofonéticos en 4 focos, silencios libres. Sin edemas de miembros inferiores. Pulsos periféricos presentes y simétricos.
- ❖ **Respiratorio:** Vinculado a ARM en modo VCV (VT 400 ml; PEEP 5 cmH₂O; FR 15 rpm; FiO₂ 100%), bien adaptado con adecuada mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.
- ❖ **Abdomen:** blando, depresible, ruidos hidroaéreos disminuidos.
- ❖ **Neurológico:** bajo sedoanalgesia con fentanilo a 2,7 mcg/Kg/h y midazolam a 0,2 mg/Kg/h, RASS -5, pupilas isocóricas, mióticas e hiporeactivas.
- ❖ **Otros:** esternotomía estable cubierta por gasas limpias y secas, catéter de Swan-Ganz, 2 drenajes mediastinales permeables y oscilantes.

ELECTROCARDIOGRAMA DE INGRESO A UNIDAD CORONARIA (02/02/22)



RADIOGRAFÍA DE TÓRAX DE INGRESO A UNIDAD CORONARIA (02/02/22)



EVOLUCIÓN EN UNIDAD CORONARIA (02/02/22 – 04/02/22)

Evolucionó desde el aspecto hemodinámico con shock mixto (vasopléjico e hipovolémico), con caída de 20 puntos del hematocrito, por lo que se realiza transfusión de una unidad de glóbulos rojos y doble soporte vasopresor con noradrenalina y vasopresina a dosis máximas.

Desde el aspecto eléctrico presentó episodio de taquicardia ventricular sostenida y múltiples episodios de fibrilación auricular de alta respuesta ventricular con requerimiento de cardioversión eléctrica (2.000 Joules en total).

El día 04/02/22 presentó paro cardiorrespiratorio en ritmo de fibrilación ventricular, por lo que se realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzadas durante 40 minutos sin éxito, constatándose óbito a las 18:06 hs.

INDICACIONES

- ❖ Noradrenalina en infusión continua.
- ❖ Vasopresina en infusión continua.
- ❖ Fentanilo en infusión continua.
- ❖ Midazolam en infusión continua.

- ❖ Amiodarona en infusión continua.
- ❖ Omeprazol 40 mg/día EV.

LABORATORIOS

Determinación	02/02/22 (Ingreso)	04/02/22 (Óbito)
Hto (%) /Hb (g/dL)	42,2/14,4	32,7/10,7
Leucocitos 10*3/mm3	12.600	17.500
Plaquetas 10*3/mm3	207.000	94.000
BT (mg/dL)/GOT/GPT (U/L)	0,58/16/9	1,05/70/25
Glucemia (mg/dL)	119	156
Urea (mg/dL)/Creatinina (mg/dL)	58/0,77	57/1,31
Na/K/Cl (mmol/L)	140/4,1/99	142/3,5/103
TP (%) /KPTT (seg) /RIN	105/26/0,94	45/40/4,06
CK (UI/L)/ CK-MB (UI/L)	157/-	1.300/56
Troponina (ng/L)	45	-
Dímero D (ug/mL)	1,55	-