

# **Ateneo Clínico**

**Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich**

**Residencia de Cardiología**

**Matti Sofia Ileana**

**11/05/2022**

**Paciente:** VS  
**Sexo:** femenino  
**Edad:** 68 años

**Fecha de ingreso:** 04/03/2022  
**Fecha de óbito:** 06/03/2022  
**Días de internación:** 3

**Motivo de internación:** dolor torácico.

**Enfermedad actual:**

Paciente concurre a guardia externa por presentar dolor precordial opresivo, de intensidad 8/10, asociado a parestesias y dolor en miembro inferior izquierdo. Se realiza electrocardiograma que no evidencia signos de isquemia aguda ni secuela, enzimas cardiacas las cuales resultan negativas y radiografía de tórax.

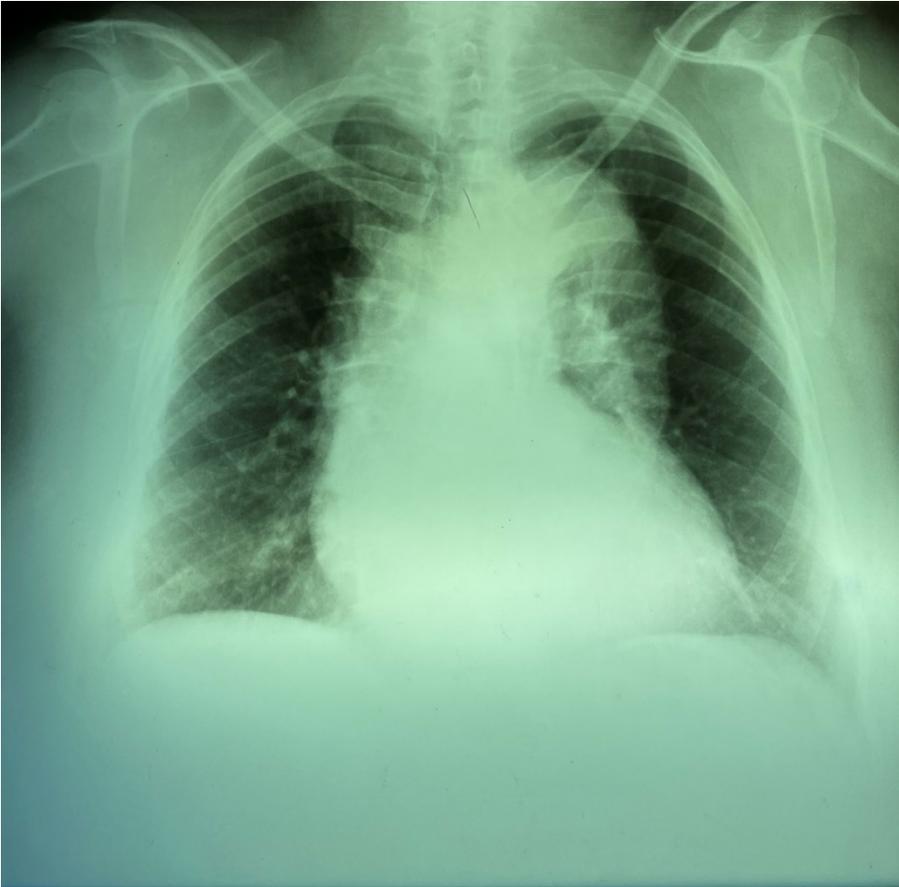
## Antecedentes

**Factores de riesgo cardiovascular:**

- Hipertensión arterial.
- Sobrepeso.

**Medicación habitual:** no refiere.

**RADIOGRAFIA DE TORAX DE INGRESO  
A SHOCK ROOM  
05-03-22**



### **Evolución en Shock Room 05-03-22**

Por sospecha de síndrome aórtico agudo, se realiza angiotomografía de tórax, abdomen y pelvis donde se observa disección aortica tipo A por lo que se decide realizar cirugía de urgencia.

## Informe angiotomografía 05-03-22

***Dilatación aneurismática del arco aórtico y aorta ascendente que mide hasta 50 x 49 mm, asociado a flap de disección aortica que compromete cayado aórtico, arteria subclavia izquierda que se extiende hacia caudal comprometiendo aorta descendente y abdominal en toda su extensión.***

El tronco celiaco y la arteria mesentérica superior emergen de la luz verdadera al igual que la arteria renal derecha. ***La arteria renal izquierda impresiona emerger de la luz falsa. Hallazgos compatibles con disección de aorta Stanford Tipo A.***

Se registran medidas para la luz verdadera de 18 mm a nivel de la aorta ascendente, cayado aórtico 14 mm, aorta descendente torácica 22 mm, aorta descendente abdominal prerrenal 16 mm y aorta descendente abdominal posrenal 14 mm.

Cavidades cardiacas aumentadas de tamaño asociado a presencia de ***derrame pericárdico moderado.***

## Cirugía de reparación aórtica

Se realiza reemplazo de raíz aórtica con endoprótesis N° 28, sin evidenciarse flap y observándose cayado aórtico dilatado.

Se explora cayado aórtico y se evidencia tear, con posterior reparación con técnica de media caña.

Presentó 210 minutos de CEC, 100 minutos de CA y 70 minutos de parada circulatoria.

Paciente ingresa en el post quirúrgico inmediato a Unidad Coronaria.

## Examen de ingreso a Unidad Coronaria

TA	FC	FR	T °	SAT O2	PESO	ALT	IMC
107/54 mmHg	110 lpm	18 vpm	34.1 °	96 % (Fio 0,5)	75 Kg	1,65 mts	25.7 Kg/mts2

VCV 380 – 18 – 8 – 0,50

Requerimientos

Noradrenalina 1,5 gammas  
Adrenalina 0,2 gammas  
Fentanilo 0,6 gammas

**Cardiovascular:** R1 y R2 en 4 focos, hipofonéticos, soplo sistólico regurgitante de intensidad 2/6 en foco tricuspideo. Pulsos periféricos simétricos y palpables, mala perfusión periférica.

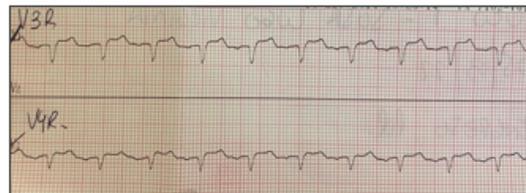
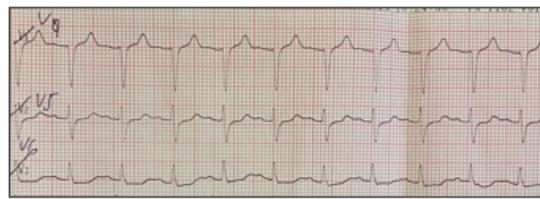
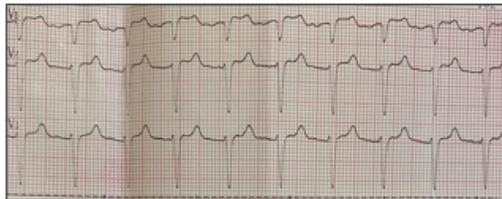
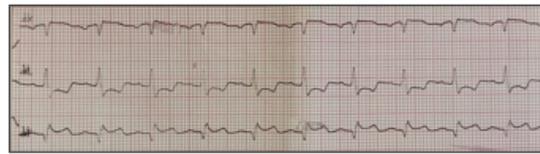
**Pulmonar:** en IOT/ARM, adaptada, buena mecánica ventilatoria, hipoventilación en campo pulmonar izquierdo, sin ruidos agregados.

**Abdomen:** distendido, blando, depresible, ruidos hidroaéreos ausentes.

**Neurológico:** RASS – 5, bajo sedoanalgesia. Pupilas midriáticas, arreactivas.

**Otros:** herida quirúrgica cubierta por gasas limpias y secas. Dos tubos de drenaje mediastinales. Catéter venoso central e introductor yugular posterior derecho. TAM radial izquierda.

## Electrocardiograma de ingreso a Unidad Coronaria



**Evolución en Unidad Coronaria  
del 05-03-22 al 06-03-22**

Evoluciona hemodinámicamente descompensada, con mala perfusión periférica, hipotermia y anuria, con escasa respuesta al tratamiento vasopresor inicial.

Por presencia de cambios isquémicos en el electrocardiograma, se realizan enzimas cardíacas que resultan positivas, interpretándose infarto agudo de miocardio.

Se realiza ecocardiograma bedside.

**Evolución en Unidad Coronaria  
del 05-03-22 al 06-03-22**

A fin de caracterizar tipo de shock presente, se decide colocar catéter de Swan Ganz, el cual evidencia parámetros compatibles con shock cardiogénico con falla biventricular a predominio derecha.

Se inicia tratamiento con milrinona.

**Evolución en Unidad Coronaria  
del 05-03-22 al 06-03-22**

Paciente evoluciona con shock mixto refractario (cardiogénico y vasopléjico) con requerimientos de noradrenalina, milrinona, vasopresina y adrenalina a dosis máximas.

El día 06/03/2022 presenta paro cardiorrespiratorio en ritmo de actividad eléctrica sin pulso, se realizan maniobras avanzadas de reanimación, no exitosas, constatándose óbito.

**Laboratorios**

<b>Valores</b>	<b>Guardia</b>	<b>Intraquirúrgico</b>	<b>UCO</b>
<b>Hto % - Hb g/dl</b>	<b>36 – 12.1</b>	<b>25.9 – 8.8</b>	<b>32 – 11</b>
<b>GB / mm3</b>	20300	-	15700
<b>Plaquetas / mm3</b>	<b>251000</b>	<b>123000</b>	<b>113000</b>
<b>Glucemia mg/dl</b>	171	-	262
<b>Urea - Creatinina mg/dl</b>	<b>35 – 1.23</b>	-	<b>52 - 2.31</b>
<b>BT mg/dl - GOT - GPT U/l</b>	<b>0.40 – 14 - 7</b>	-	<b>2.91 – 100 – 145</b>
<b>TP % - KPTT seg - RIN</b>	<b>70 – 33 – 1.24</b>	<b>53 – 70 – 1.54</b>	<b>64 – 54 – 1.33</b>
<b>Fibrinógeno mg/dl</b>	-	130	-
<b>Na - K - Cl mmol/l</b>	140 – 3.34 - 98	146 – 3.12 – 103	149 – 3.78 – 104
<b>Ca iónico mmol/l</b>	-	<b>0.70</b>	<b>0.92</b>
<b>Acido láctico mg/dl</b>	-	<b>153</b>	<b>94</b>
<b>CK – CK MB UI/l</b>	<b>76</b>	-	<b>736 / 921 - 178</b>

