



Ateneo Clínico

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

Residencia de Cardiología

Giuliana Tresenza

22/2/2023

Paciente D.E	Edad: 55 años
Sexo: masculino	Ingreso: 12/11/2022 Egreso: 30/11/2022 Días de internación: 18 días

Motivo de ingreso: muerte súbita reanimada.

Enfermedad actual: paciente es derivado de urgencia a guardia externa de este hospital por presentar un paro cardiorespiratorio en ritmo de TV/FV luego de realizar una maratón deportiva.

Recibió reanimación cardiopulmonar por un total de 4 minutos y 2 descargas del DEA retornando a la circulación espontánea.

Antecedentes personales

Factores de riesgo cardiovascular

- ✓ Hipertensión arterial.
- ✓ Sobrepeso.
- ✓ HIV en tratamiento (CV 819 copias/ml , CD 312)

Ocupación: preparador físico.

Medicación habitual:

- ✓ Efavirenz
- ✓ Emtricitabina
- ✓ Tenofovir

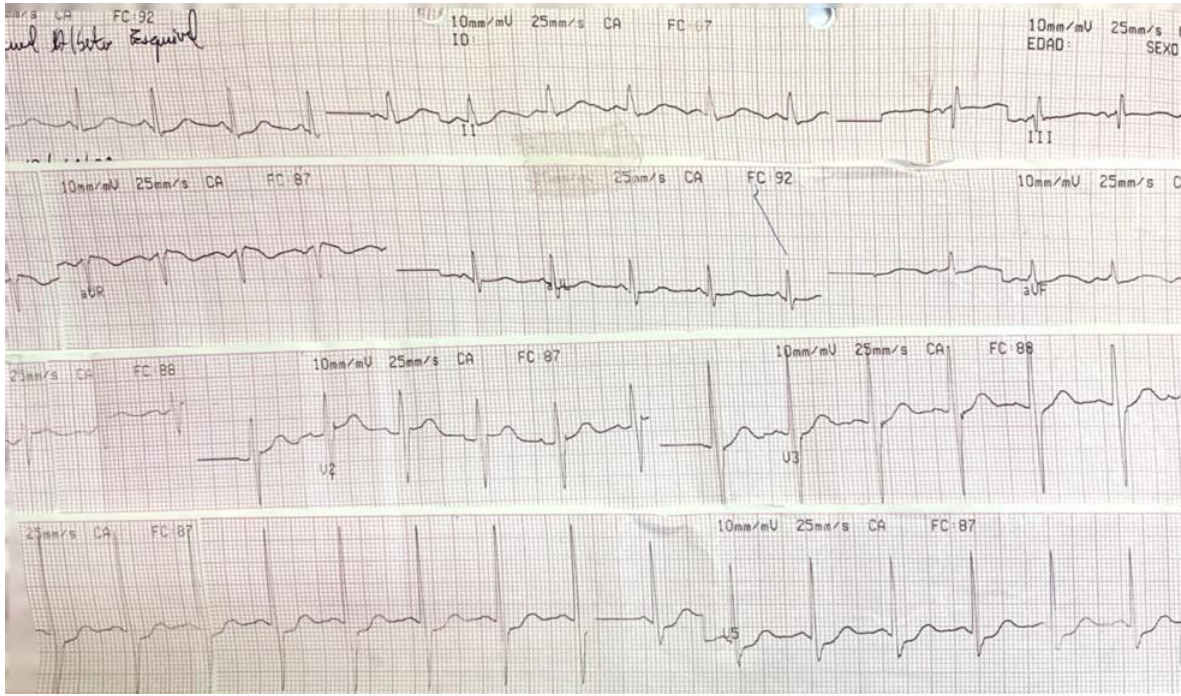
Examen físico de ingreso a Shock Room 12/11/2022

TA 120/70 mmHg	FC: 95 lpm	FR: 26 cpm	T: 36 °C	Sat 97% (0.50)
-----------------------	-------------------	-------------------	-----------------	-----------------------

- ✓ **Aspecto cardiovascular:** R1 y R2 en 4 focos, silencios libres. Buena perfusión periférica, sin ingurgitación yugular, RHY negativo. Sin edemas periféricos.
- ✓ **Aspecto respiratorio:** regular mecánica ventilatoria, hipoventilación generalizada, roncus generalizados.

- ✓ **Aspecto abdominal:** abdomen blando, depresible, indoloro, RHA +.
- ✓ **Aspecto neurológico:** GCS 8/15, con contracción tónica de miembros superiores y trismus.

Electrocardiograma de ingreso a shock room (12/11/22)



Evolución en Shock Room 12/11/22

- Se decide realizar intubación orotraqueal y conexión a ARM para protección de vía aérea.
- Se realiza dosaje de troponina con curva positiva (15 – 158 mg/L). Se interpreta injuria miocárdica secundaria a PCR.
- Se realiza TAC de encéfalo y TAC de tórax control.

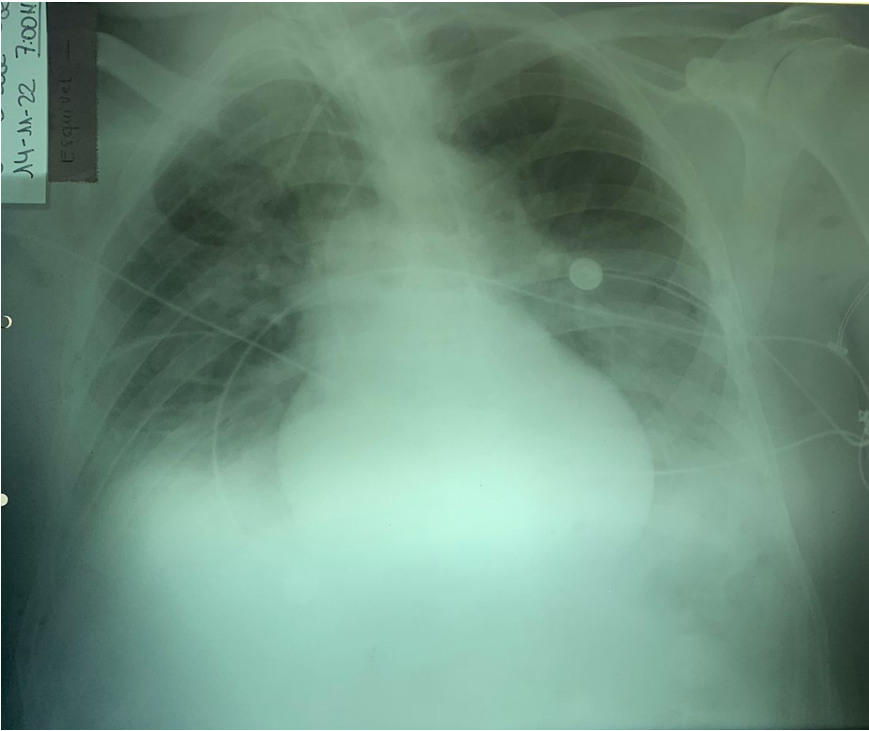
Tomografía de tórax y cerebro 12/11/22

- **CEREBRO:** Tubo endotraqueal. Cefalohematoma parietal izquierdo. La línea media se encuentra conservada. Se observa a nivel de la sustancia blanca de región subinsular izquierda una pequeña imagen focal hipodensa de aspecto secuelar. Resto sin particularidades.
- **TÓRAX:** Tractos pleuroparenquimatosos bibasales de aspecto atelectásico. No se observa derrame pleural ni pericárdico. No se identifican adenomegalias axilares, hiliares ni mediastinales. Aisladas calcificaciones parietales en aorta y arterias coronarias. Esófago distendido en su tercio superior con material hipodenso, a cotejar con antecedentes.

Evolución en Shock room 12/11/22 al 14/11/22

- Se interpreta cuadro como probable neumonía aspirativa por lo que inicia tratamiento antibiótico empírico con ampicilina-sulbactam.
- Se decide su pase a UTI por falta de disponibilidad de cama en UCO.

Radiografía de tórax de ingreso a UTI 14/11/22



Evolución en terapia intensiva 13/11 | 16/11/22

- Paciente evoluciona hemodinámicamente compensado con requerimientos de noradrenalina a bajas dosis. Recibe carga y mantenimiento con amiodarona endovenosa.
- Se realiza ecocardiograma transtorácico el 14/11.

Ecocardiograma doppler color transtorácico 14/11/2022:

- ✓ Función sistólica global y regional del VI impresiona normal.
- ✓ Patrón de llenado de tipo relajación prolongada.
- ✓ Relación E/e' menor a 15.
- ✓ Función sistólica del ventrículo derecho impresiona normal. TAPSE 18 mm.
- ✓ VCI dilatada (>21 mm) sin colapso inspiratorio.

Evolución en Terapia intensiva 13/11/22- 16/11/22

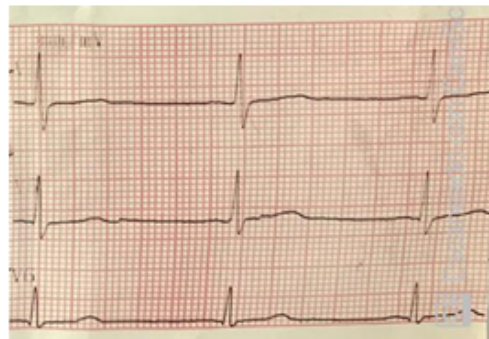
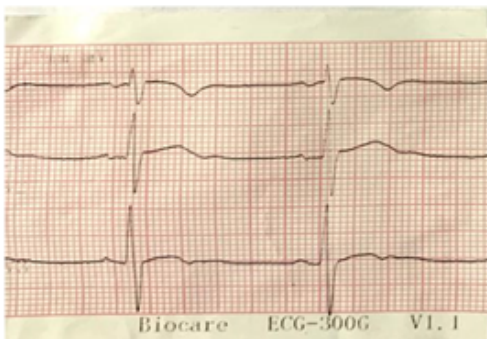
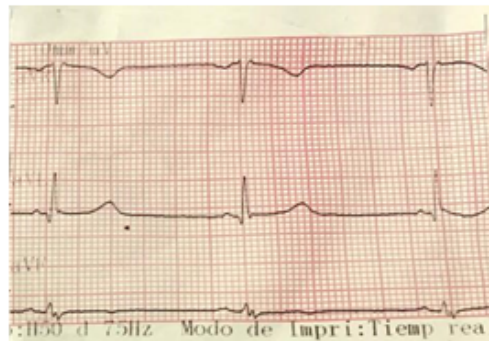
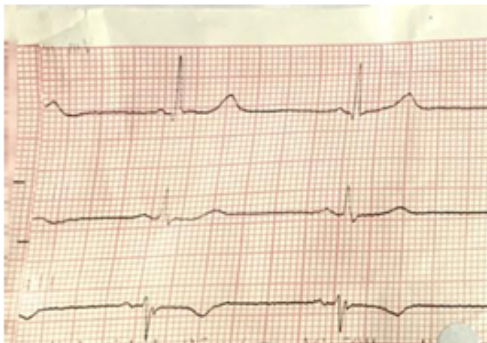
- Evoluciona con mejoría de los parámetros ventilatorios. Se procede a realizar extubación orotraqueal el día 15/11.
- Se realiza interconsulta con servicio de electrofisiología quienes sugieren realización de cinecoronariografía por lo que pasa a Unidad Coronaria para continuar estudio.

Examen físico de ingreso a unidad coronaria 16/11/22

TA 160/80 mmHg	FC: 60 lpm	FR: 20 rpm	T: 36 °C	Sat 98% (0.21)
----------------	------------	------------	----------	----------------

- **Aspecto cardiovascular:** R1 y R2 en 4 focos, silencios libres. Buena perfusión periférica, sin ingurgitación yugular, RHY negativo. Sin edemas periféricos.
- **Aspecto respiratorio:** buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.
- **Aspecto abdominal:** abdomen blando, depresible, indoloro, RHA +.
- **Aspecto neurológico:** lúcido, sin signos de foco motor ni meníngeo.

Electrocardiograma de ingreso a Unidad Coronaria 16/11/22



Evolución en unidad coronaria 16/11 al 17/11/22

- El día 16/11 se realiza cinecoronariografía diagnóstica

Cinecoronariografía diagnóstica 16/11/22:

- **Tronco coronario izquierdo:** de normal calibre. Presenta una lesión de grado leve a nivel ostial. Sin lesiones angiográficamente significativas.
- **Arteria descendente anterior:** de normal calibre y desarrollo. Presenta una lesión significativa en la unión de su tercio proximal y medio, que compromete origen de ramo diagonal de fino calibre. Resto de la arteria no presenta lesiones angiográficamente significativas.
- **Arteria circunfleja:** sin lesiones angiográficamente significativas. Da origen a ramos lateroventriculares sin lesiones significativas.
- **Arteria coronaria derecha:** de normal calibre y desarrollo. Dominante. Sin lesiones significativas.
- Se implanta stent convencional de 2,75 x 16 mm a 18 atm en la unión de tercio proximal y medio de arteria descendente anterior. Angiografía control evidencia arteria permeable con flujo conservado, sin lesión residual en segmento tratado.

Evolución en Unidad Coronaria 16/11 al 17/11/22

- Paciente ingresa post angioplastia coronaria exitosa a Unidad Coronaria. Se realiza carga de ticagrelor, evolucionando favorablemente, sin presentar nuevo evento arrítmico.
- Evoluciona hipertenso con requerimiento de nitroglicerina endovenosa por lo que se titulan antihipertensivos vía oral con buena tolerancia.
- Se decide su pase a Sala de Cardiología y se realiza resonancia magnética cardíaca con realce tardío con gadolinio.

Resonancia magnética cardíaca con realce tardío con gadolinio 29/11/22

Ventriculo izquierdo: Espesores parietales normales dentro de los límites máximos normales y músculos papilares prominentes con inserción apicalizada. Volúmenes conservados. Leve movimiento septal anómalo con motilidad parietal normal del resto de los segmentos y función sistólica en límite inferior de la normalidad. FEy 56%. Secuencias de T2 Stir sin signos sugestivos de edema ni infiltración adiposa a nivel miocárdico. Luego de inyección de gadolinio no se evidencia realce tardío del mismo a nivel miocárdico lo que sugiere ausencia de focos de inflamación, fibrosis o necrosis.

Ventriculo derecho: Volúmenes conservados con motilidad parietal y función sistólica conservada. FEY 67% VFD VD: 173 ml VFS VD: 56 ml. Luego de inyección de gadolinio no se evidencia realce tardío del mismo a nivel miocárdico lo que sugiere ausencia de focos de inflamación, fibrosis o necrosis.

Mediciones: Septum basal anterior: 12 mm, Septum medio ventricular: 12 mm. VFD: 157 ml; VFS VI: 70 ml.

Aurícula izquierda: Dilatada. Área apical: 27 cm².

Aurícula derecha: Dilatada. Área apical: 27 cm².

Válvulas: sin particularidades.

Aorta: Raíz de aorta de calibre dentro de límites normales.

Pericardio: sin particularidades.

Evolución en Sala de Cardiología 17/11 al 30/11/22

- Se realiza Heart Team en donde se interpreta cuadro como muerte súbita de etiología isquémica ya revascularizada por lo que se decide no implantar CDI.
- Se decide realizar SPECT miocárdico con esfuerzo para descartar isquemia residual.
- Por evolución estable se decide otorgar alta hospitalaria con seguimiento por ambulatorio con Cardiología.

Indicaciones al alta

- Aspirina 100 mg día.
- Ticagrelor 90 mg cada 12 hs.
- Rosuvastatina 20 mg día.
- Omeprazol 20 mg día.
- Enalapril 5 mg cada 12 hs.
- Bisoprolol 2.5 mg día.
- TARV

Laboratorios:

	12/11/22 (INGRESO)	30/11/22 (EGRESO)
HTO (%) /Hb (g/dL)	33/11.7	31/10.6
Leucocitos /mm ³	7.900	6.500
Plaquetas /mm ³	154.000	162.000
BT/GOT/GPT (U/L)	0,62/72/113	0.82/35/48
Glucemia (mg/dL)	111	114
Urea (mg/dL)	21	20
Creatinina (mg/dL)	0.75	0.68
EAB	7.25/35/67/15/-11/88%	7.45/35/24/0.2
NA/K/CK (mmol/L)	147/3.05/104 Lc 105	140/3.5/103
TP (%) /KPTT (seg) /RIN	83/30/1.1.1	80/28/1.16
CK	174	-
Troponina T (mg/L)	<40 → 158/ 92 /63	-

Trigliceridos (mg/dl)	86
HDL col (mg/dl)	44
LDL col (mg/dl)	72
HBIAC	5.6 %

Seguimiento ambulatorio:

- Actualmente paciente asintomático con buena clase funcional. Se disminuye dosis de enalapril por presentar tendencia a la hipotensión.
- Estudio de perfusión miocárdica: sin isquemia.