



Ateneo Anatomopatológico

Hospital Dr. Cosme Argerich
Residencia de Cardiología
Florencia Anzivino

PACIENTE: A.M.

SEXO: Femenino

EDAD: 47 años

FECHA DE INGRESO: 14 de Abril de 2015

FECHA DE ÓBITO: 16 de Abril de 2015

■ **MOTIVO DE INTERNACIÓN:** Dolor precordial.

■ **ENFERMEDAD ACTUAL:**

Paciente refiere presentar el día 13/04 dolor precordial opresivo, de inicio en reposo, intensidad 10/10, irradiado a miembro superior izquierdo, de aproximadamente 1 hora de evolución por lo que consulta a guardia externa de este Hospital.

A su ingreso paciente hipertensa (TAS: 180/TAD: 100 mmHg) con persistencia del dolor precordial con ECG que evidencia injuria subendocárdica inferolateral por lo que se inician nitratos endovenosos (EV) con mejoría del dolor precordial pero sin cambios en ECG. Se recibe troponina positiva (1° 50-100 ng/l, 2° 147 ng/l) por lo que se inicia doble antiagregación y anticoagulación.

Con diagnóstico de angina de reciente comienzo se decide su pase a UCO el día 14/04 para control evolutivo y tratamiento.

Antecedentes

■ ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

- *Internación en Hospital Florencio Varela 06/04 al 09/04:* Consulta por dolor precordial opresivo irradiado a cuello y miembro superior izquierdo, que cede parcialmente con analgésicos.
- Presenta luego del alta, nuevos episodios de dolor precordial en reposo de aproximadamente 1 hora de duración, de similares características, que cedían espontáneamente.

■ FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

- *Hipertensión arterial:* Diagnóstico hace 4 años.
- *Diabetes tipo II:* Diagnóstico hace 4 años, con irregular control glucémico.
- *Dislipemia:* Sin tratamiento.
- *Obesidad:* BMI 35 kg/m².

Antecedentes

■ ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES:

- No refiere.

■ MEDICACIÓN HABITUAL:

- Enalapril 10 mg cada 12 horas, vía oral.
- Metformina 2000 mg por día, vía oral.
- Glibenclamida (no recuerda dosis).

Examen Físico

Ingreso a UCO 14/04/15

TA: 134/76 mmHg

FC: 74 Lpm

FR: 16 Cpm

T°: 36 °C

Sat: 98 % (Fio2: 0.21)

Cardiovascular: Buena perfusión periférica, ingurgitación yugular ausente. RHY ausente. Pulsos presentes, regulares y simétricos. Choque de la punta 4to EIC LMC, R1 y R2 presentes en cuatro focos normofonéticos, sin R3 ni R4, silencios libres.

Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.

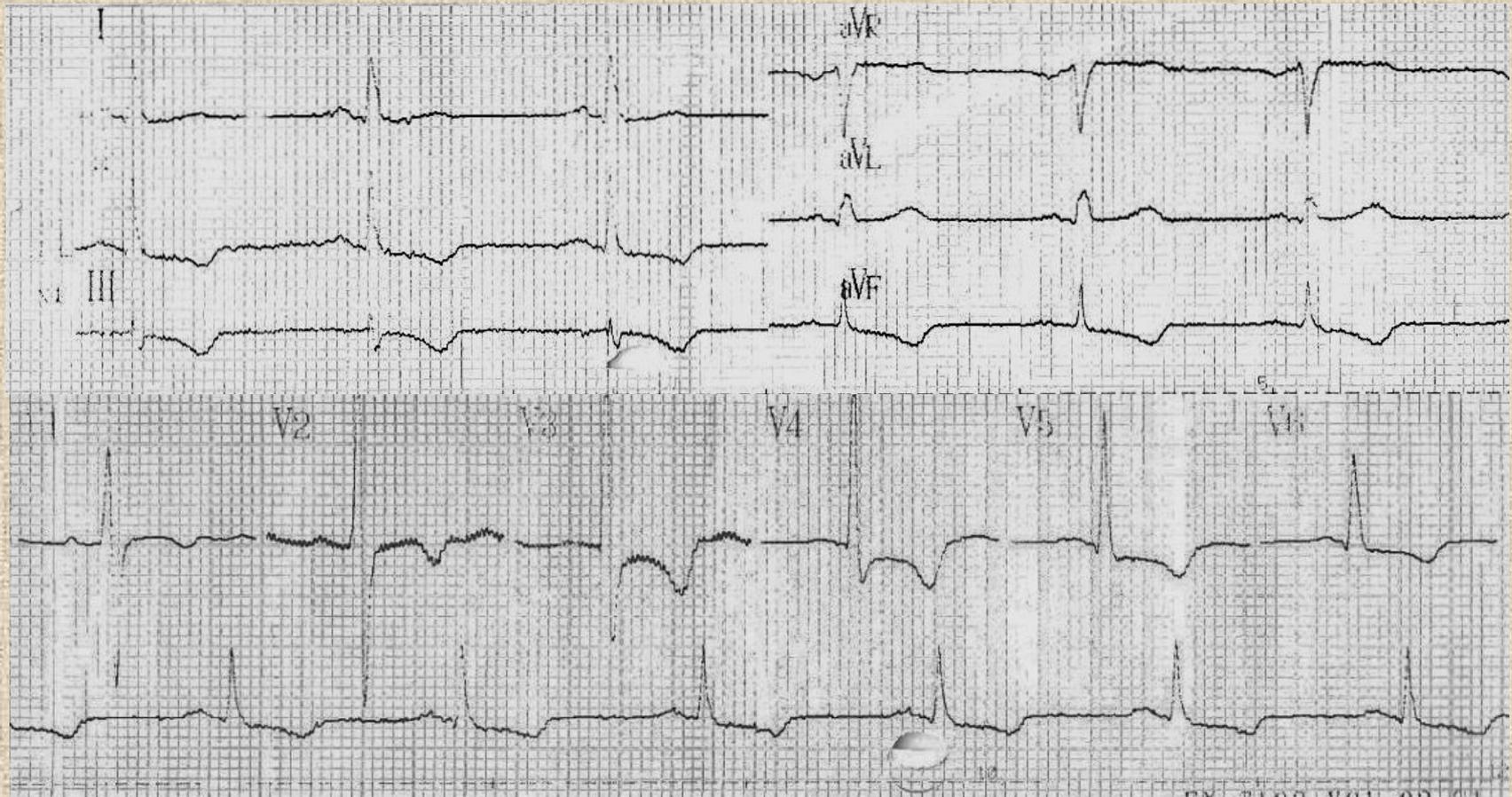
Abdomen: Globoso, blando, depresible, indoloro. RHA presentes. Sin visceromegalias.

Neurológico: Lúcida, sin signos de foco motor o meníngeo.

Piel y TCS: Ausencia de edema de miembros inferiores.

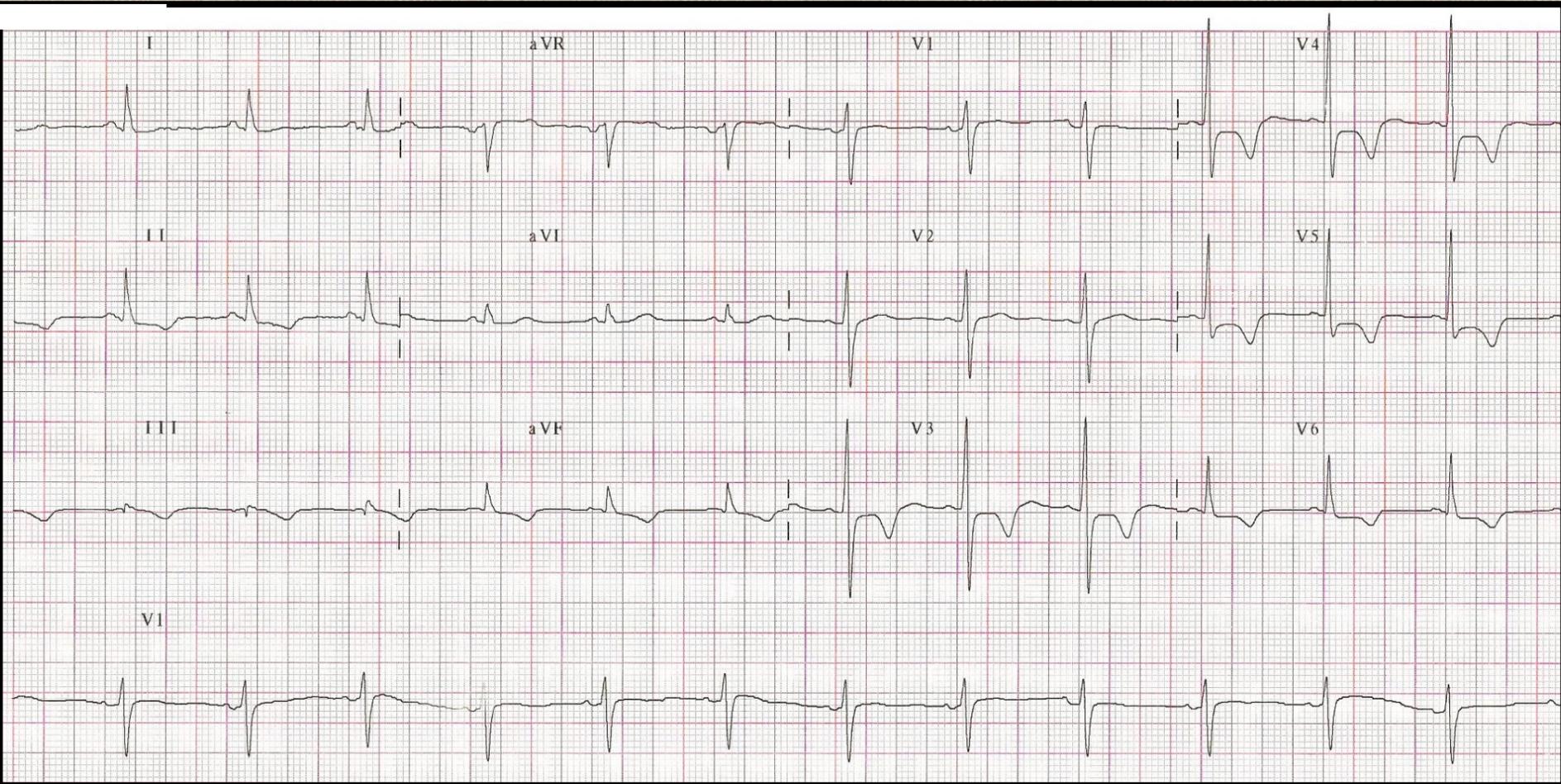
ECG intradolor Ingreso Guardia externa

A.M. 13/04/2015

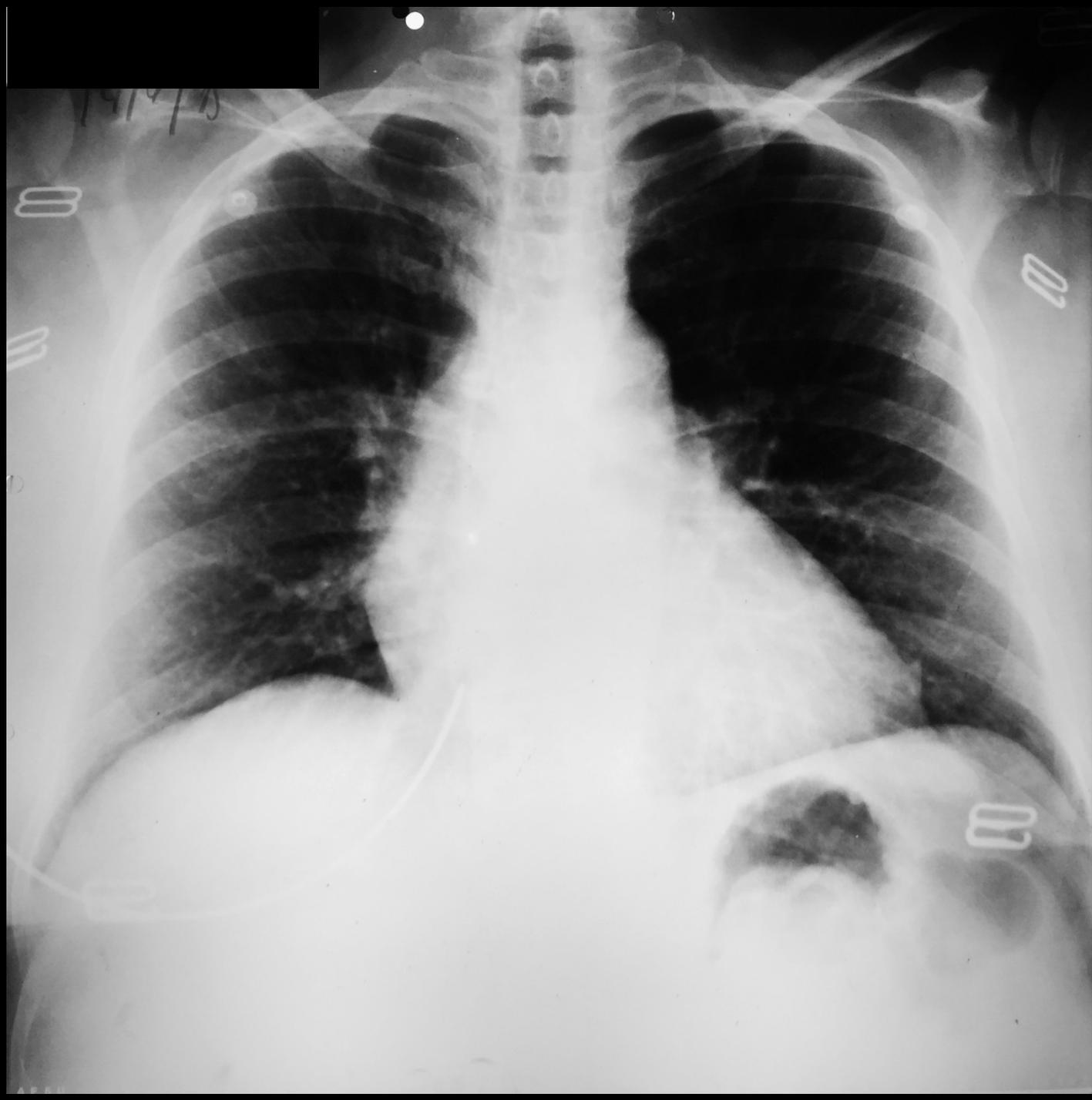


ECG sin dolor Ingreso UCO

A.M. 14/04/2015



Rx de Tórax A.M. 14/04/2015



Evolución UCO 14/04 al 16/04

- Se interpreta cuadro como angina de reciente comienzo de alto riesgo por AHA/ACC (Troponina + y dolor prolongado); moderado riesgo por TIMI 4/7 (dolor, IST, Troponina +, FRCV), score DIC 6 puntos (Desnivel del ST y troponina +), siendo el score de GRACE 0.6% de bajo riesgo.
- Paciente hemodinámicamente estable, con hipertensión arterial y requerimiento de NTG EV, asintomática para angor o equivalentes.
- El 15/04 se realiza Ecocardiograma doppler.
- El 16/04 se realiza Cinecoronariografía diagnóstica.

Ecocardiograma Transtorácico

15/04/2015

Ecocardiograma Transtorácico

15/04/2015

DDVI: 52 mm	DSVI: 29 mm	SIV: 11 mm	PP: 7 mm	AI: 40 mm	Ao: 32 mm
-------------	-------------	------------	----------	-----------	-----------

- Cavidad ventricular izquierda de dimensiones normales.
- Hipoquinesia del septum anteromedial.
- Función sistólica del VI conservada.
- Aurícula izquierda no dilatada.
- Cavidad ventricular derecha de dimensiones normales. Ventrículo derecho con grosor parietal normal y función sistólica normal.
- Aurícula derecha no dilatada.
- Válvulas morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción.
- No se observa derrame pericárdico.

Cinecoronariografía

16/04/2015

Cinecoronariografía A. M. 16/04/2015

- Tronco coronario izquierdo de normal calibre y desarrollo, sin lesiones angiográficamente significativas.
- Arteria descendente anterior de delgado calibre, da nacimiento a ramos septales y diagonales. Se observa lesión circunscripta significativa (75% de la luz) a nivel del tercio medio.
- Arteria circunfleja de normal calibre y desarrollo, da nacimiento a ramos lateroventriculares. No se observan lesiones angiográficamente significativas.
- Arteria coronaria derecha de normal calibre y desarrollo, dominante. No se observan lesiones angiográficamente significativas.
- Ventriculograma: Volúmenes de fin de sístole y fin de diástole conservados. Función ventricular izquierda conservada. Válvula mitral móvil y competente.
- Conclusión: Enfermedad aterosclerótica de un vaso, descendente anterior.

Evolución en HD 16/04/15

- Posterior al procedimiento, 10:30hs, presenta síntomas vagales con náuseas y relajación de esfínteres con posterior deterioro del sensorio que evoluciona rápidamente a estupor, desviación de la mirada a la derecha, hipotensión profunda y finalmente PCR en contexto de actividad eléctrica sin pulso.
- Se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar básicas y avanzadas. Reingresa a sala de Hemodinamia en contexto de PCR donde se observa arterias coronarias (DA y CX) permeables.
- Se constata óbito a las 11:05 hs.

Laboratorio

	13/04	14/04	15/04
Hematocrito	45	44	44
Leucocitos	8300	10600	9100
Plaquetas	168000	192000	189000
Glucosa	358	208	269
Urea / Creat	40 / 0.87	32 / 0.88	33 / 0.74
TP/KPTT/RIN	-	88 / 23 / 1.04	-
Hepatograma	-	-	0.5/23/38
Ionograma	-	151/2.49/103	142/3.26/102
CK / CK-MB	130	85	56
Troponina T (ng/l)	50-100 / 147	192	

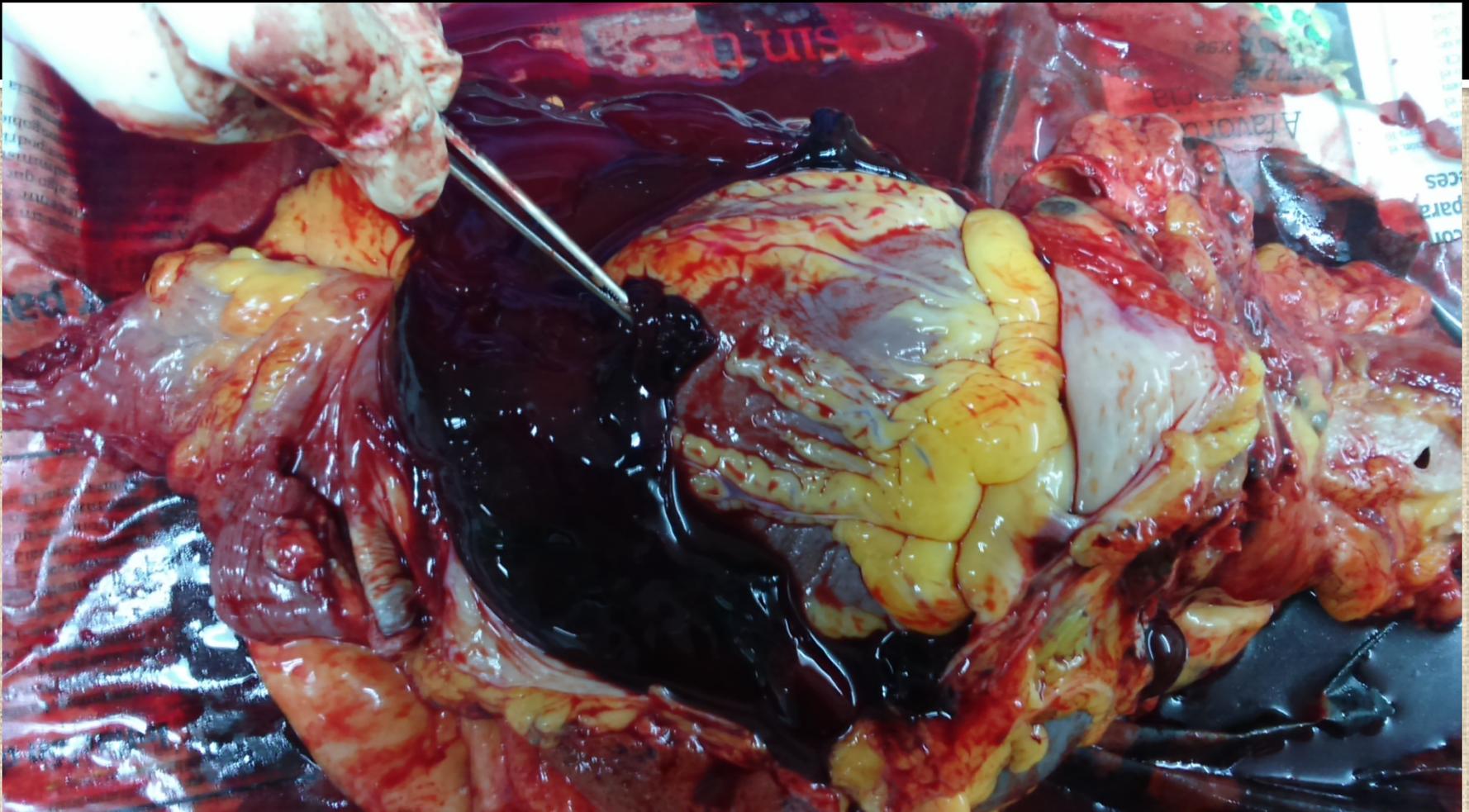
HbA_{1c}: >12% (VN 4-6)

Colesterol: 219 mg/dl ; TAG: 201 mg/dl; HDL 30 mg/dl ; LDL 149 mg/dl.

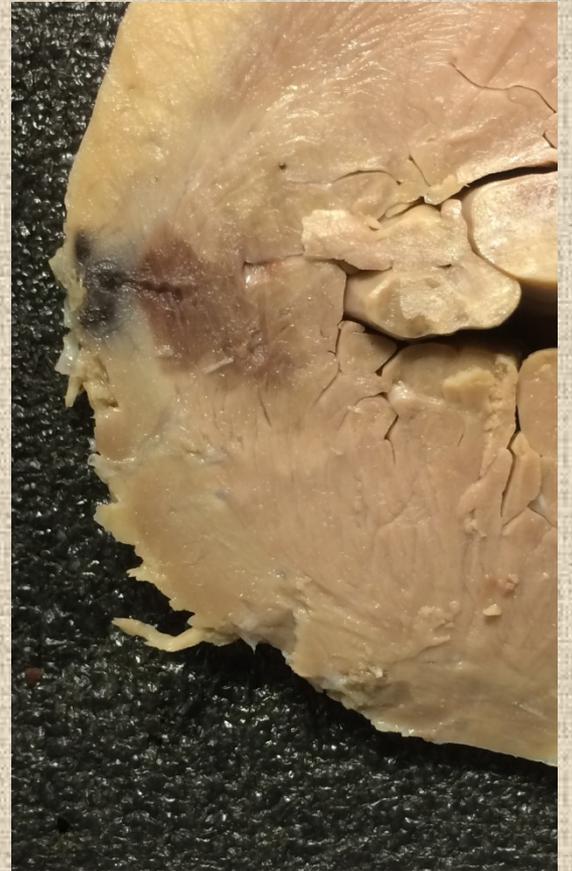
Anatomía patológica

Aparato Cardiovascular:

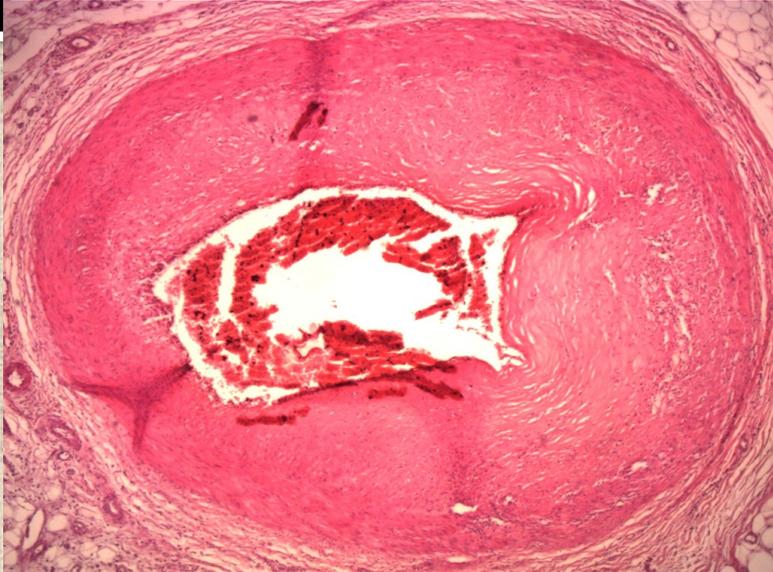
Presencia de material hemático coagulado de 180 cm³ de volumen



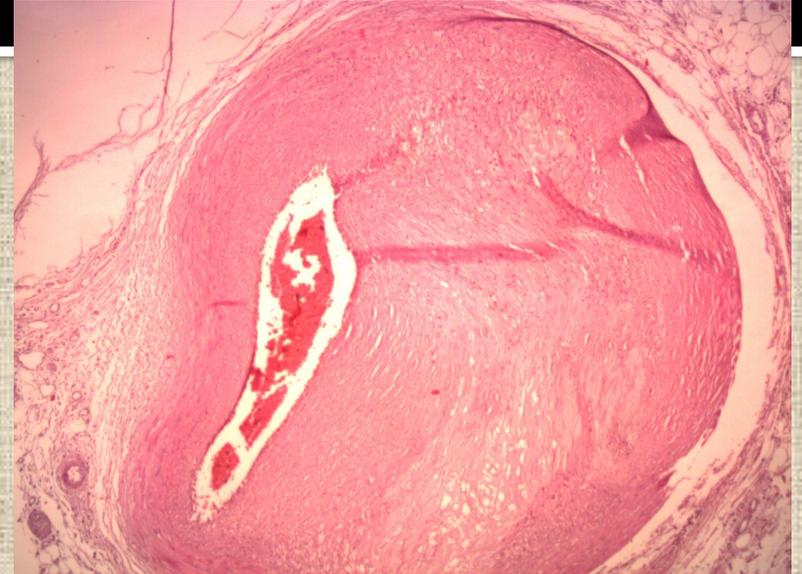




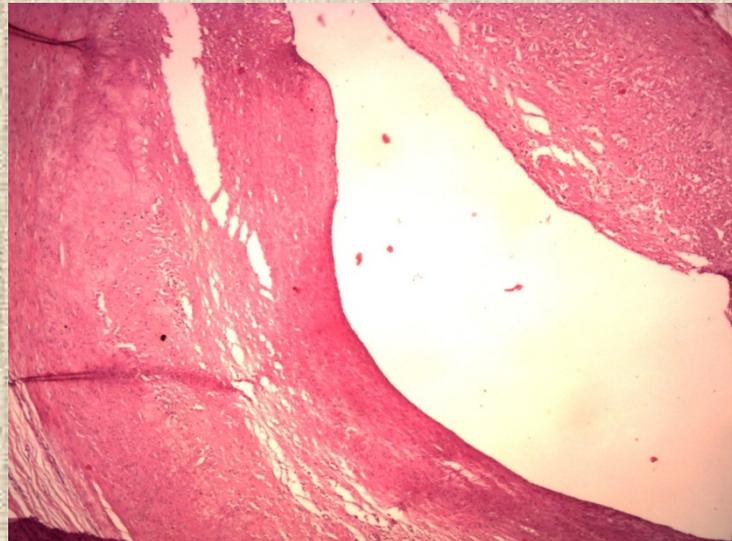
Arterias Coronarias



Descendente anterior



Coronaria derecha



Circunfleja

Diagnóstico

- Infarto agudo de miocardio complicado con rotura de pared libre de ventrículo izquierdo y taponamiento cardiaco.
- Coronariopatía aterosclerótica de tres vasos con inestabilidad de placa.