



ATENEO Clínico

Albarracín Gerardo
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. Cosme Argerich

15/08/2018

Paciente: S.G Edad: 58 años

Sexo: Masculino Ingreso: 17/01/18 Egreso:06/04/18

- Motivo de ingreso: palpitaciones, angor.
- Enfermedad actual: Paciente que consulta a guardia externa de este hospital por palpitaciones asociadas a dolor precordial opresivo de inicio en reposo, de intensidad 9/10, sin irradiación de 1 hora de evolución.
- Se le realiza ECG que según evolución de guardia no evidencia cambios isquémicos agudos y enzimas cardíacas positivas, por lo que se interpreta como IAM NO Q.

Evolución en guardia 17/01/18

- Intercurre con TVMS sin descompensación hemodinámica, se administra bolo de lidocaína, complica con bradicardia extrema, requiriendo IOT/ARM.
- Recuperando posteriormente el ritmo sinusal con una frecuencia cardíaca normal y BAV de 1^{er} grado, se decide su internación en UCO.

Antecedentes Personales

- Medicación habitual:
 - AAS 100 mg día
 - Atorvastatina 40 mg día
 - Carvedilol 12,5 mg cada 12 hs
 - Losartan 50 mg día
 - Espironolactona 25 mg día
 - Omeprazol 20 mg día

Antecedentes Personales

- Factores de riesgo cardiovasculares:
 - HTA
 - Ex tabaquismo (20 paquetes/año)
 - Ex enolismo
 - Obesidad
 - Dislipemia
- Antecedentes de enfermedad actual:
 - IAM apical en 2006 con ATC 1ra exitosa con stent DES a DA.
 - MCD isquémico necrótica con Fey severa.
 - Cirrosis alcohólica.

Examen físico al ingreso a UCO 18/01/18

**IA: 125/85
mmHg**

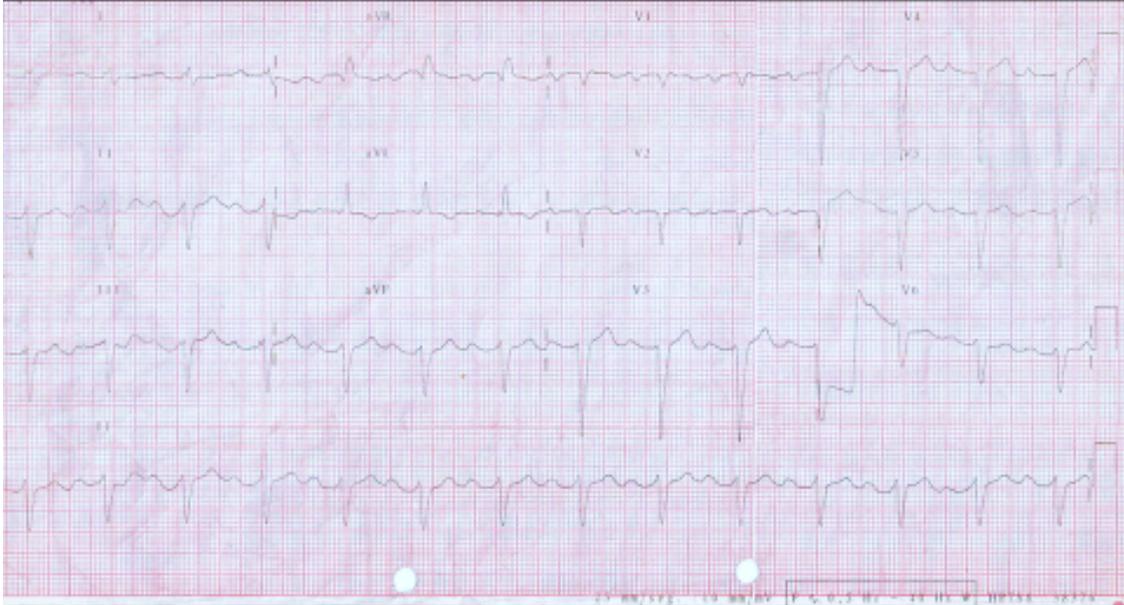
**FC: 83 l.p.m
Peso: 98 kg**

**FR: 16 c.p.m
Altura: 1,70 mts**

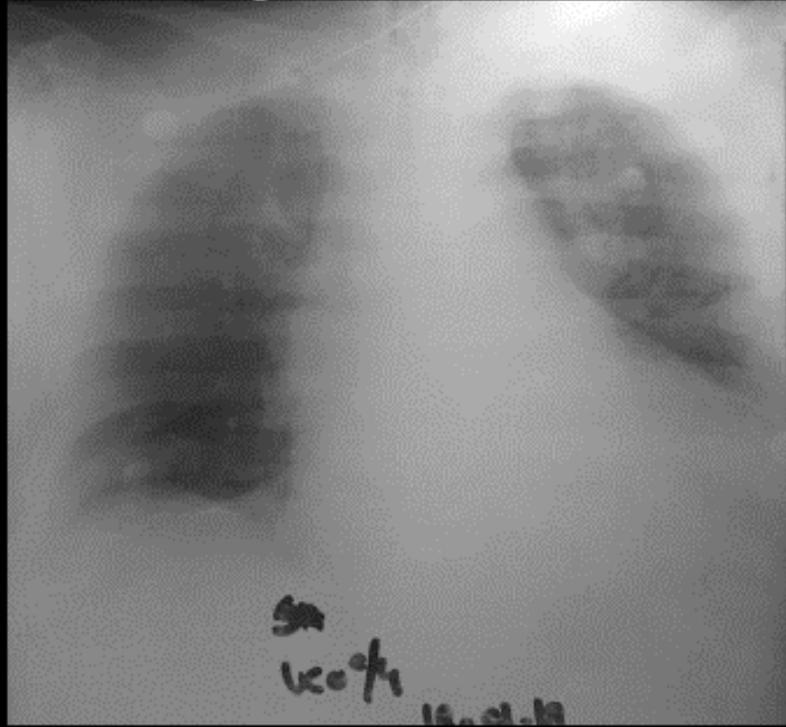
**T: 36,2°C
IMC: 34**

- Ap. Cardiovascular: yugulares 2/3 con colapso parcial, RHY negativo, latido apexiano en 5to EIC LMC, R1 y R2 en 4 focos, silencios libres, pulsos periféricos presentes, regulares y simétricos.
- Ap. Respiratorio: en ARM bien adaptado, buena entrada de aire bilateral, murmullo vesicular presente, rales crepitantes bibasales.
- Abdomen: blando, depresible, RHA (+), no se palpan visceromegalias.
- Neurológico: bajo sedoanalgesia, Rass -4, pupilas isocóricas reactivas.
- Piel y partes blandas: buena perfusión periférica, sin edemas.

ECG - ingresso a UCO18/01/18



Rx Tx - ingreso a UCO 18/01/18

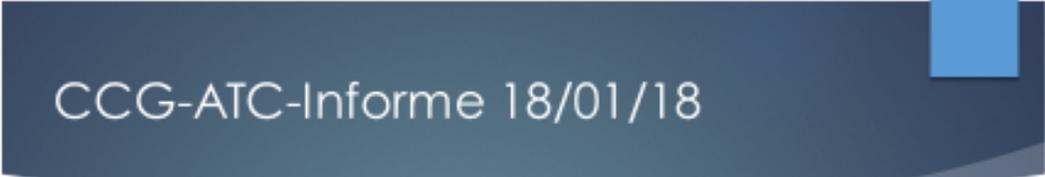


Evolución en UCO del 18/01/18 al 20/01/18

- Evoluciona hemodinámicamente estable, realizando balance negativo. Se procede con weaning y posterior extubación.
- El 18/01/18 se realiza CCG.



CCG-ATC
18/01/18



CCG-ATC-Informe 18/01/18

- TCI: ostium libre, de buen calibre, sin lesiones angiográficamente significativas.
- Arteria Descendente Anterior: de regular calibre. Presenta una lesión intrastent a nivel ostial, de grado suboclusivo (95% de su luz). Da origen a ramos septales y diagonales, recibe circulación colateral heterocoronaria. Presenta fino lecho distal.
- Arteria Circunfleja: dominante. De gran calibre y desarrollo. Da origen a ramos lateroventriculares de buen calibre y desarrollo, sin lesiones angiográficamente significativas.
- Arteria Coronaria Derecha: hipoplásica, sin lesiones angiográficamente significativas. Otorga circulación colateral a DA.
- Ventriculograma izquierdo: volúmenes severamente aumentados. Función sistólica severamente deteriorada. Aquinesia anteromedial, anteroapical, apical, inferoapical, inferomedial, e hipoquinesia del resto de los segmentos. Impresiona regurgitación hacia aurícula izquierda.
- Angioplastia exitosa a ostium de arteria descendente anterior con 1 stent farmacológico.



Evolución en UCO del 18/01 al 20/01/18

- Post procedimiento reingresa a unidad coronaria donde se realiza ecocardiograma doppler.
- Por buena evolución clínica se decide el pase a sala de cardiología.



Ecocardiograma
18/01/18

Informe ecocardiograma G.S 18/01/18

<u>DDVI</u>	<u>DSVI</u>	<u>SIV</u>	<u>PP</u>
87 mm	67 mm	0,9 cm	1 cm

- Ventriculo izquierdo severamente dilatado con deterioro severo de la fracción de eyección. Hipoquinesia global. Patrón de relajación normal. Índice de masa 206 g/m², GPR 0.23 (Patrón morfológico de hipertrofia excéntrica).
- Aneurisma con adelgazamiento parietal con reemplazo fibrótico que involucra al ápex, septum anterior, posterior y parte de la pared anterior.
- Aurícula izquierda moderadamente dilatada.
- Ventriculo derecho no dilatado con función sistólica deteriorada. TAPSE 16 mm. Aurícula derecha normal.
- Válvula aortica tricúspide engrosada y calcificada. Presenta insuficiencia aortica leve. IM leve funcional.
- Dilatación de aorta ascendente, 40 mm.
- No se observa derrame pericárdico.

Evolución en Sala del 20/01 al 06/04/18

- Se realiza interconsulta con servicio de electrofisiología quien solicita CDI bicameral.
- Cursa internación prolongada a la espera del dispositivo sin presentar nuevos episodios de TV.
- El 27/03/18 se realiza implante exitoso de CDI por prevención primaria y por buena evolución clínica se decide otorgar alta hospitalaria el 06/04/18.

Tratamiento al alta

- AAS 100 mg día
- Clopidogrel 75 mg día
- Atorvastatina 40 mg día
- Carvedilol 12,5 mg cada 12 hs
- Losartan 50 mg día
- Espironolactona 25 mg día
- Amiodarona 200 mg día
- Omeprazol 20 mg día

Laboratorio

	Ingreso 18/01/18	01/02/18	06/03/18
Hematocrito	45	44	44
GB	10730	10070	6300
Plaquetas	219000	215000	215000
Glucosa	173	149	110
Urea	74	68	72
Creatinina	1,1	1,4	1,4
Hepatograma BT/BD/GOT/GPT	1,2/0,2/130/56	0,8/0,2/30/34	0,68/0,1/61/88
TP/KPTT/RIN	113%/28/1	100%/27/1	110%/30/1
Ionograma	136/4/100	136/3,9/101	136/4,2/96
Ck/mb	848/90 670/55	290/27	
Troponina	53/1434		
S. Chagas	negativa		