



Ateneo Clínico

Dra. Florencia Cichello
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. Cosme Argerich
24/04/2019

Paciente: G.R.	Edad: 43 años	Sexo: Masculino
----------------	---------------	-----------------

Fecha de ingreso: 25/08/2018

Fecha de óbito: 5/09/2018

- **Motivo de consulta:** Ángor
- **Enfermedad actual:**

Paciente con antecedentes cardiovasculares y artritis reumatoidea, comienza el día 28/08 con ángor atípico y característico, de más de 20 minutos de duración, de intensidad 10 en 10, por lo cual consulta a guardia externa del Hospital Tornú.

Se realiza ECG que evidencia injuria subepicárdica de cara anterior. Se interpreta como SCACEST KKA y se deriva a este hospital para CCG de urgencia.

ANTECEDENTES

Factores de riesgo cardiovascular:

Ex tabaquista severo (80 paquetes/año, de un año de abandono)

Hipertensión arterial

Obesidad grado 3

Antecedentes de enfermedad actual:

IAM anterior en Junio 2017, con colocación de stent en tercio medio de DA.

Pericarditis recurrente en Julio 2017 y Febrero 2018, se desconoce tratamiento realizado.

ACV isquémico en agosto de 2017, con paresia braquio-crural derecha.

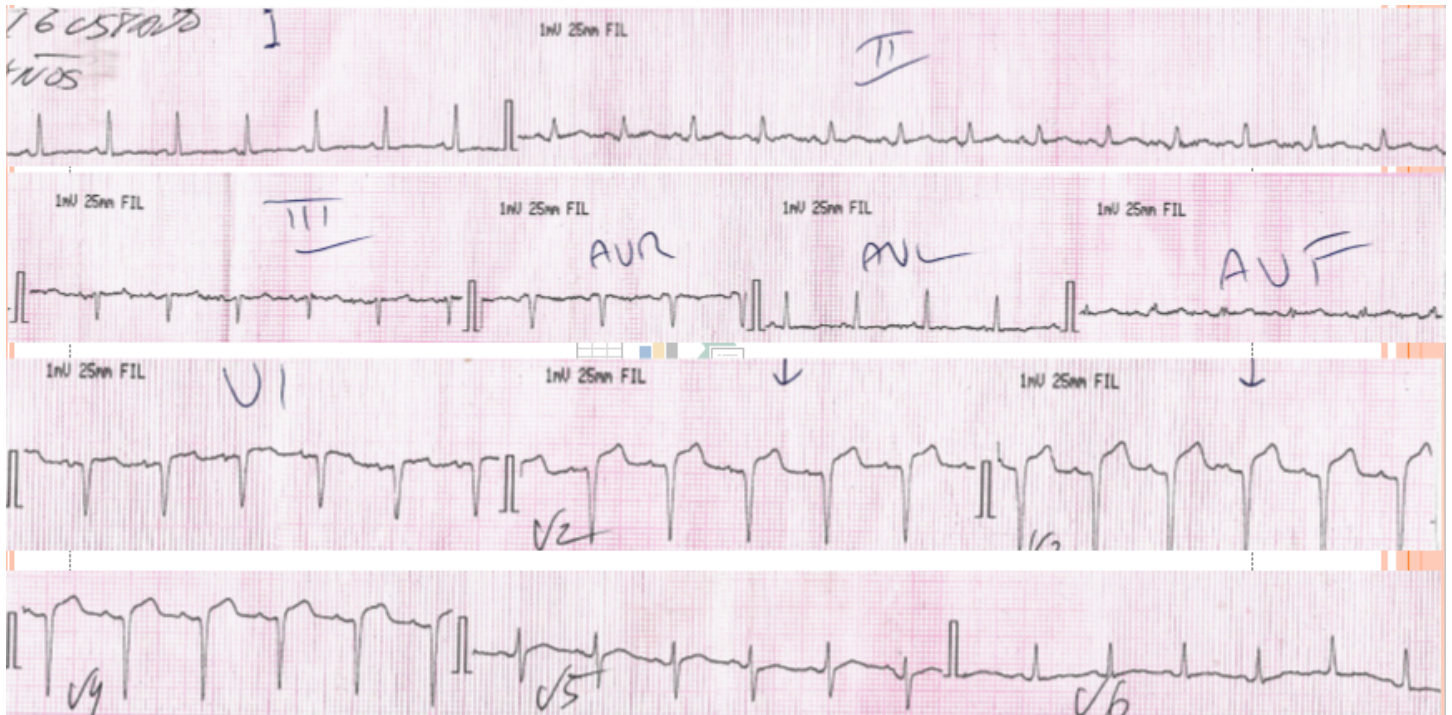
Artritis reumatoidea diagnosticada en el año 2017 en tratamiento con leflunamida y deltisona.

Trombosis de vena ilíaca derecha 2017 por lo que cumplió tratamiento anticoagulante.

Tratamiento habitual

- Aspirina 100 mg día
- Atorvastatina 20 mg día
- Carvedilol 3,125 mg cada 12 hs
- Enalapril 2,5 mg cada 12 hs
- Espironolactona 25 mg día
- Leflunamida 20 mg día
- Deltisona 8 mg día
- Omeprazol 20 mg día
- Complejo B 1 comprimido día
- Calcio + Vit D 1 comprimido día

ECG ingreso a guardia de Hospital Tornu



Cinecoronariografía 25/08/2018

- **Tronco coronario izquierdo:** de normal calibre. Sin lesiones angiográficamente significativas.
- **Arteria Descendente Anterior:** de normal calibre. Se observa un stent en su segmento medio, el cual presenta signos de reestenosis significativa (>90% de la luz). El primer ramo diagonal es de importante desarrollo y no presenta lesiones angiográficamente significativas.
- **Arteria circunfleja:** de importante desarrollo. Dominante. En su segmento medio da nacimiento a dos ramos lateroventriculares, ambos de importante desarrollo. No se observan lesiones angiográficamente significativas.
- **Arteria Coronaria derecha:** Arteria hipoplasica. No se observan lesiones significativas.
- **Ventriculograma:** volúmenes de fin de diástole moderadamente conservados (fev >60%). Hipocinesia moderada anterior en segmento medioventricular e hipocinesia severa apical. Válvula mitral móvil y competente.
- **ANGIOPLASTIA DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR**
 - 1- enfermedad angiográficamente significativa de un vaso (reestenosis intrastent en arteria descendente anterior).
 - 2- Función sistólica del ventrículo izquierdo conservada.
 - 3- Angioplastia exitosa de arteria descendente anterior con balón.

Se evidencia reestenosis intrastent de DA, por lo que se realiza angioplastia con balón. Ingres a UCO en postprocedimiento inmediato.

Tiempos

Inicio de dolor: 17:00 hs
Consulta: 17:30 hs
Llamado a Hemodinamia: 18:05
Llegada de Hemodinamia: 19:00
Cuerda: 20:00
TIMI final III

Tiempo ventana: 180 min
Puerta balón: 150 min

Examen físico de ingreso a UCO – 25/08/18

TA: 100/70 mmHg	FC: 110 lpm	FR: 18 cpm	SatO2: 98% (0,21%)	Peso: 101 Kg Alt: 1,61 mts	IMC: 38
-----------------	-------------	------------	-----------------------	-------------------------------	---------

Cardiovascular: Buena perfusión periférica, ingurgitación yugular 1/3, con colapso inspiratorio, reflujo hepato-yugular negativo, choque de punta 4to EIC izquierdo en LMC, R1 y R2 en 4 focos, normofonéticos, no se ausculta soplos, pulsos periféricos regulares y simétricos.

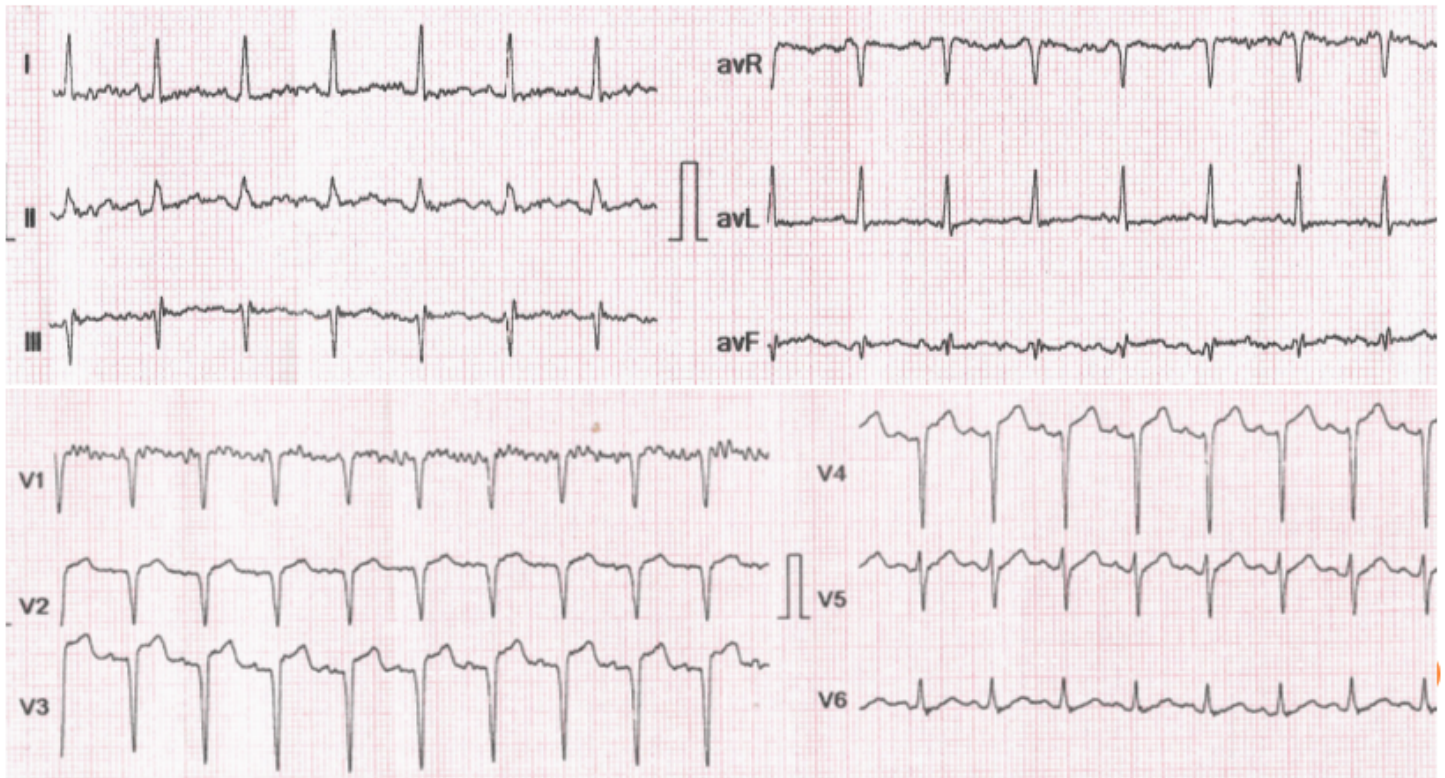
Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, hipoventilación basal derecha, sin ruidos agregados.

Neurológico: Lúcido, paresia braquio-cubital derecha 4/5, sin signos de foco meníngeo.

Abdomen: Blando, depresible, indoloro, RHA positivos.

Piel y partes blandas: punción femoral derecha sin complicaciones, sin edemas periféricos.

ECG ingreso a UCO



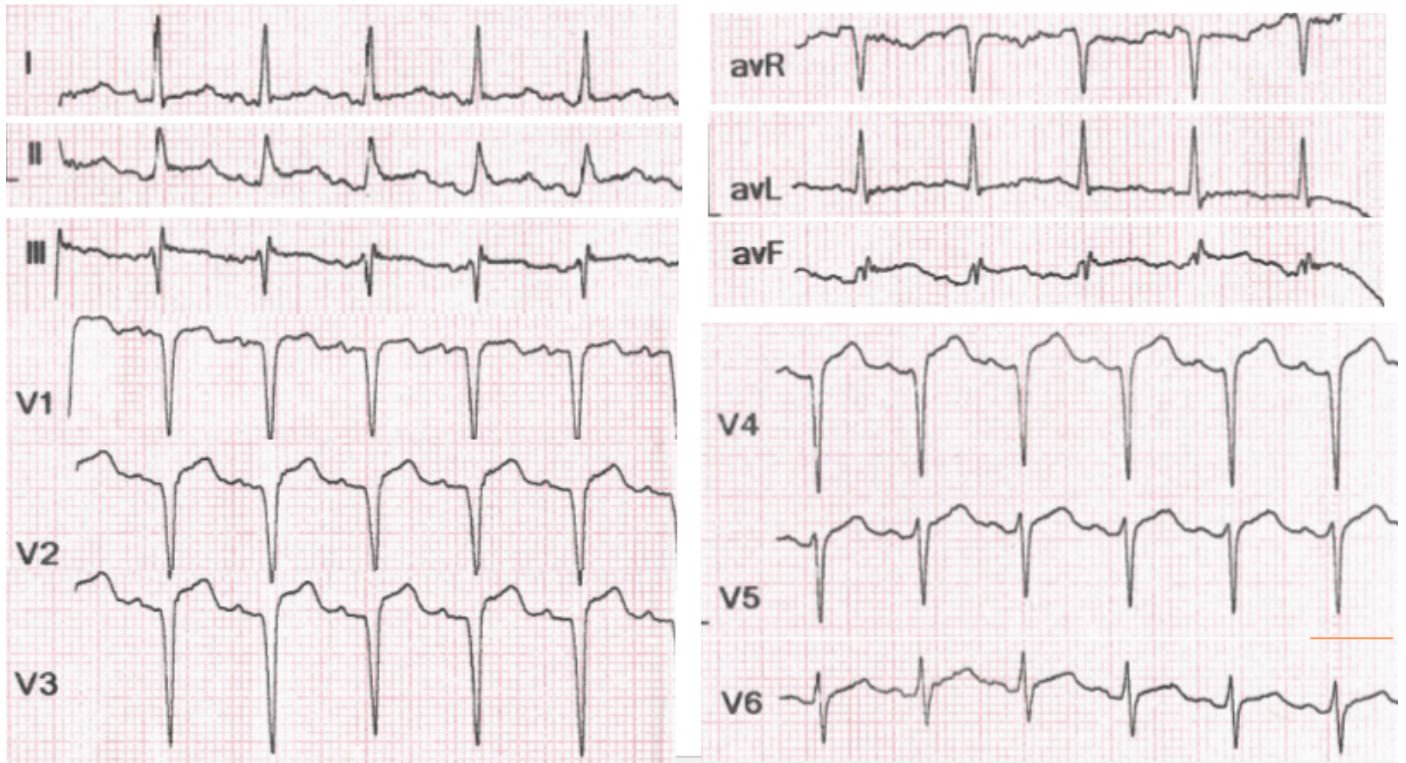
Evolución en UCO 25-08 al 28-08

Se realiza curva enzimática que resulta negativa (troponina y CPK/CPK-MB).

Se interpreta angina de reciente comienzo, de moderado riesgo (TIMI 3, GRACE 1,8% - 75 puntos, CRUSADE 36).

Evoluciona con persistencia del dolor precordial, que se acentúa con la tos y la respiración, de características punzantes.

Se realiza electrocardiograma que evidencia signos de pericarditis, con curva enzimática negativa.



- El día 27/08 se realiza ecocardiograma control

Ecocardiograma transtorácico 27-08-18

DDVI: 48 mm DSVI: 34 mm SIV: 9 mm PP: 7 mm

Hipoquinesia de los segmentos apicales. Deterioro leve de la función sistólica global.

Aurícula izquierda no dilatada.

Cavidades derechas de dimensiones normales.

Válvulas morfológicamente normales, sin evidencia de disfunción.

Derrame pericárdico moderado a severo a predominio anterior con separación epi-pericárdica máxima de 18 mm.

Variabilidad respiratoria aumentada de los flujos AV sin cumplir criterios para taponamiento cardíaco.

Se interpreta pericarditis y derrame pericárdico secundario a artritis reumatoidea.

Se realiza interconsulta con Servicio de Reumatología quienes indican aumentar la dosis de deltisona a 40 mg día e iniciar tratamiento con colchicina, con buena tolerancia.

Evoluciona febril, sin descompensación hemodinámica.

En contexto de paciente inmunodeprimido se realizan cultivos y se inicia tratamiento antibiótico empírico con piperacilina tazobactam + fluconazol por candidiasis oral, cumpliendo 10 días de tratamiento, sin rescates.

Por buena evolución, con mejoría clínica, el día 28/08 se decide pase a Sala de Cardiología.

Evolución en Sala de Cardiología 28-08 al 5/09

Se realiza nuevo ecocardiograma control.

Ecocardiograma transtorácico 31-08

DDVI: 60 mm DSVI: 45 mm SIV: 8 mm PP: 8 mm

Deterioro leve de la función sistólica. (Fey 42% Simpson)

Aquinesia de todos los segmentos apicales. Hipoquinesia inferior, posterior y lateral de los segmentos medios y apicales. Flujo diastólico mitral con patrón de relajación prolongada.

Aurícula izquierda levemente dilatada.

Cavidad ventricular derecha de dimensiones normales.

Ventrículo derecho con grosor parietal y función sistólica normales (TAPSE 18mm. Onda S' tisular 14 cm/s).

Aurícula derecha no dilatada.

Valvulas morfológicamente normales, sin evidencia de disfunción.

Derrame pericárdico moderado de 15 mm con imagen de fibrina organizado.

Por buena evolución el día 05/09 se decide otorgar alta hospitalaria con seguimiento por reumatólogo de cabecera en Hospital Tornú y consultorios de cardiología por ambulatorio.

Medicación al alta

- Omeprazol 20 mg día VO
- Aspirina 100 mg día VO
- Clopidogrel 75 mg día VO
- Atorvastatina 40 mg día VO
- Deltisona 40 mg día VO
- Leflunamida 20 mg día VO
- Colchicina 0,5 mg cada 12 hs VO
- Complejo B 1 comp día VO
- Calcio + Vit D 1 comp día VO

Laboratorios

FECHA	Ingreso 25/08/18	Alta 05/09/2018	Serologías
Hto (%)	40	33	PRC: 434
Glóbulos blancos	16950	11940	FR: 701 UI
Plaquetas	307000	398000	ACCP 112.3 UI
Glucemia	104	136	C3 146/ C4 43
Urea/ creatinina	25/ 1.16	32/ 1.3	PR3 neg
BT/GOT/GPT	1/17/29	0.25/ 30/ 55	FAN neg
Amilasa	60		Inhibidor lúpico neg
Colesterol/HDL/LDL	124/ 42/ 56		ACL neg PPD neg
Triglicéridos	130		Anti ADN neg
Hb glicosilada	5.4		SM /Ro /La/ RNP neg
TP / KPTT/ RIN	56%/ 31/ 1,4	127%/ 23/ 0,8	ANCA c neg
Na / K / Cl	132/ 3.9/ 100	135/ 3.5/ 99	ANCA p neg
CK/ CK mb	41		MPO neg
Troponina	<40/ 45		SAF neg

Seguimiento ambulatorio

Continúa en seguimiento por Servicio de Cardiología del Hospital Tornú y por médico cardiólogo particular.

Requirió internación posterior en H. Tornú por nuevo episodio de pericarditis.

Actualmente sintomático, con difícil manejo de dolor precordial pericardítico.