



Ateneo Clínico

Rodríguez, Sofía Gabriela

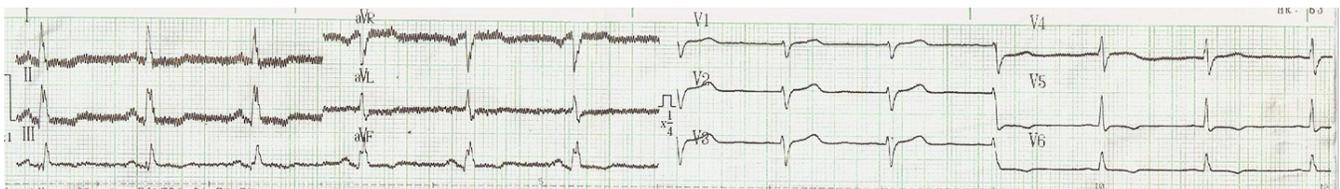
Residencia de Cardiología

Hospital Dr. C. Argerich

05/07/2017

Paciente: L. D.	Edad: 58 años
Sexo: Femenino	Fecha de ingreso: 18/03/17
	Fecha de egreso: 12/04/17

- Motivo de consulta: Dolor precordial.
- Enfermedad actual: Paciente con antecedentes de disnea y angina de reciente comienzo en CF III de un mes de evolución. Consulta a guardia externa el día 17/03 por presentar dolor precordial opresivo, de inicio súbito en reposo, sin irradiación, intensidad 8/10, asociado a disnea de una hora de evolución.
- Se realiza ECG basal que evidencia infradesnivel del segmento ST y onda T negativa en cara lateral (V5, V6).



- Se inicia infusión EV de NTG con lo que cede el dolor.
- Se interpreta cuadro como SCASEST indicándose doble antiagregación plaquetaria y anticoagulación con HBPM.
- Se realiza juego de enzimas cardíacas (CPK/MB y troponinas) basal y en ventana, negativas.
- Por presentar signos de falla cardíaca se administran diuréticos de asa EV con adecuada respuesta diurética.
- El día 18/03 se decide su internación en sala de Cardiología para diagnóstico y tratamiento.

FRCV

- HTA sin tratamiento.

Otros antecedentes

Hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina.

Medicación habitual

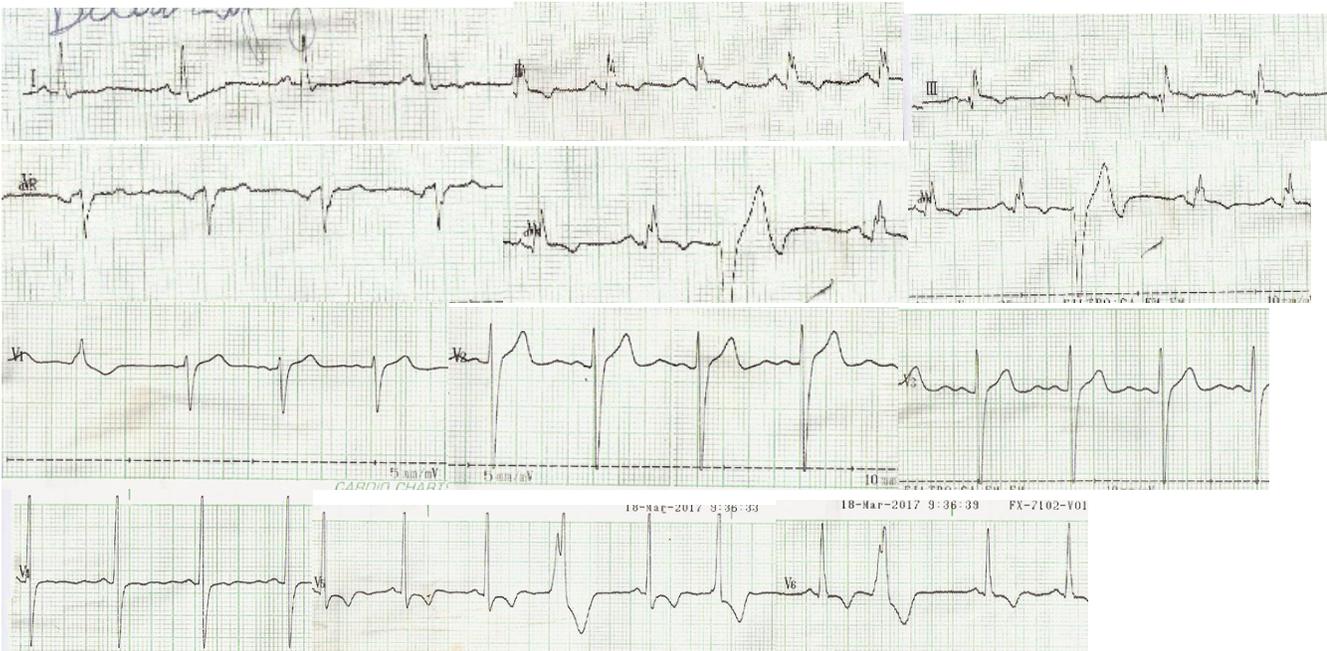
- AAS 100mg por día.
- Medocor 20mg por día.

Exámen físico de ingreso a sala 18/03/17

TA: 120/80 mmHg	FC: 75 l.p.m.	FR: 18 c.p.m.	T: 36° C	Sat: 97% al 0,5 P: 48Kg T: 1,52	IMC: 18,5
-----------------	---------------	---------------	----------	------------------------------------	-----------

- **Aparato cardiovascular:** Ingurgitación yugular 2/3, con colapso inspiratorio. Se observa y se palpa latido apexiano en 5º EIC LMC. R1-R2 en 4 focos, soplo holosistólico intensidad 2/6, máxima auscultación en foco mitral, irradiado a axila. Pulsos periféricos presentes, regulares y simétricos. Buena perfusión periférica.
- **Aparato respiratorio:** BMV, se auscultan rales crepitantes e hipoventilación bibasal.
- **Abdomen:** blando, depresible e indoloro. RHA+.
- **Neurológico:** lúcida, sin signos de foco motor ni meníngeos.
- **Piel y partes blandas:** sin edemas periféricos.

ECG de ingreso a sala de Cardiología



- En sala de cardiología realiza balance negativo con diuréticos de asa EV con adecuada respuesta.
- Se realiza ecocardiograma doppler para evaluación de la patología.

ECOCARDIOGRAMA DOPPLER 20/03/17

DDVI (cm)	DSVI(cm)	SIV (cm)	PP(cm)
6,2	5	1	0,8

- ❖ Ventrículo izquierdo dilatado, con grosor parietal normal.
 - ❖ Acinesia y dilatación regional del septum posterior, pared inferior basal y media y pared posterior basal y media.
 - ❖ Disfunción sistólica moderada a severa FEY estimada 30-35%.
 - ❖ Patrón de relajación prolongada.
 - ❖ AI no dilatada
 - ❖ Ventrículo derecho no dilatado, grosor parietal normal y disfunción sistólica.
 - ❖ Valva posterior mitral con mayor restricción e insuficiencia de grado moderado. Esclerosis valvular aortica con insuficiencia leve a moderada.
 - ❖ No se observa derrame pericárdico.
- En plan de evaluar la patología de base se realiza prueba funcional de perfusión miocárdica para evaluar isquemia.

Esfuerzo:

Hipoperfusión moderada anteroapical.
Hipoperfusión moderada anterior y anteroseptal medioventricular.
Hipoperfusión severa inferior e inferior basal.
Hipoperfusión moderada de ápex.

Reposo:

Normaliza la perfusión anteroapical, anterior y anterior medioventricular y de ápex.
Mejora lo inferior e inferior basal.

Gated Post Estrés:

FEY: 35% VFD: 119 ml VFS:27 ml.
Hipocinesia severa global sin engrosamiento inferior e inferior basal.

Conclusión:

El estudio SPECT evidencia desarrollo de isquemia probable territorio de la arteria DA e isquemia perinecrosis en probable territorio de la arteria CD.
FVI severamente deprimida.

Score de perfusión:

Score de Suma de Esfuerzo	14
Score de Reposo	4
Score de Diferencia	10

Ante la presencia de isquemia en la prueba funcional se decide realizar CCG diagnóstica.

Cinecoronariografía 27/03/2017

- **Tronco:** sin lesiones angiográficamente significativas.
- **Descendente anterior:** sin lesiones angiográficamente significativas.
- **Circunfleja:** de nacimiento anómalo, en el ostium coronario derecho. sin lesiones angiográficamente significativas
- **Coronaria derecha:** dominante, sin lesiones angiográficamente significativas

Conclusiones

1. Arterias coronarias sin lesiones angiográficamente significativas.
2. Nacimiento anómalo de arteria Circunfleja.

- En función de los hallazgos de la CCG se interpreta cuadro como SCASEST secundario a nacimiento anómalo de la arteria circunfleja.
- Por buena evolución clínica, encontrándose la paciente asintomática para ángor y disnea, con máximo tratamiento médico tolerado por FC y TA, se decide otorgar el alta hospitalaria en plan de realización de angioTC en forma ambulatoria.

Indicaciones al alta hospitalaria

- ❖ Atorvastatina 40mg por día
- ❖ Espironolactona 25mg por día
- ❖ Enalapril 2,5mg cada 12hs

Seguimiento al alta hospitalaria

- Paciente persiste hasta la actualidad asintomática en seguimiento por consultorio externo de valvulares.

Grilla de laboratorio

	Ingreso 18/03/17	Egreso 12/04/17
Hto %	40	45
GB	6100	17800
Rcto plaq/mm3	27800	153000
Glucemia(mg/dl)	196	89
Urea(mg/dl)	32	18
Creatinina(mg/dl)	<u>0,7</u>	<u>0,68</u>
TP/KPTT/RIN	<u>25/31/1</u>	<u>20/28/1</u>
Ionograma (mEq/L)	142/5/100	144/3,7/103
Serologia Chagas	<u>No reactivo</u>	
CPK X 2	38/41	
Troponinas x2	<u>≤40</u>	