

MOTIVO DE INGRESO:

Angor

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente refiere comenzar aproximadamente a las 14:00 hs con dolor precordial característico que inicia en reposo de intensidad 10/10 irradiado a miembro superior izquierdo acompañado a síntomas vagales. Por ese motivo solicita ambulancia de SAME y es trasladado a este centro. Ingres a guardia externa a las 14:30 hs hemodinamicamente estable sin signos de falla de bomba. Se realiza ECG que evidencia injuria subepicárdica inferoposterior con VD eléctrico por lo que ingresa a laboratorio de hemodinamia para ATC primaria.

Antecedentes Personales

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

- Hipertensión de larga data sin tratamiento.
- Ex tabaquista severo.
- Obesidad (BMI = 32,4).

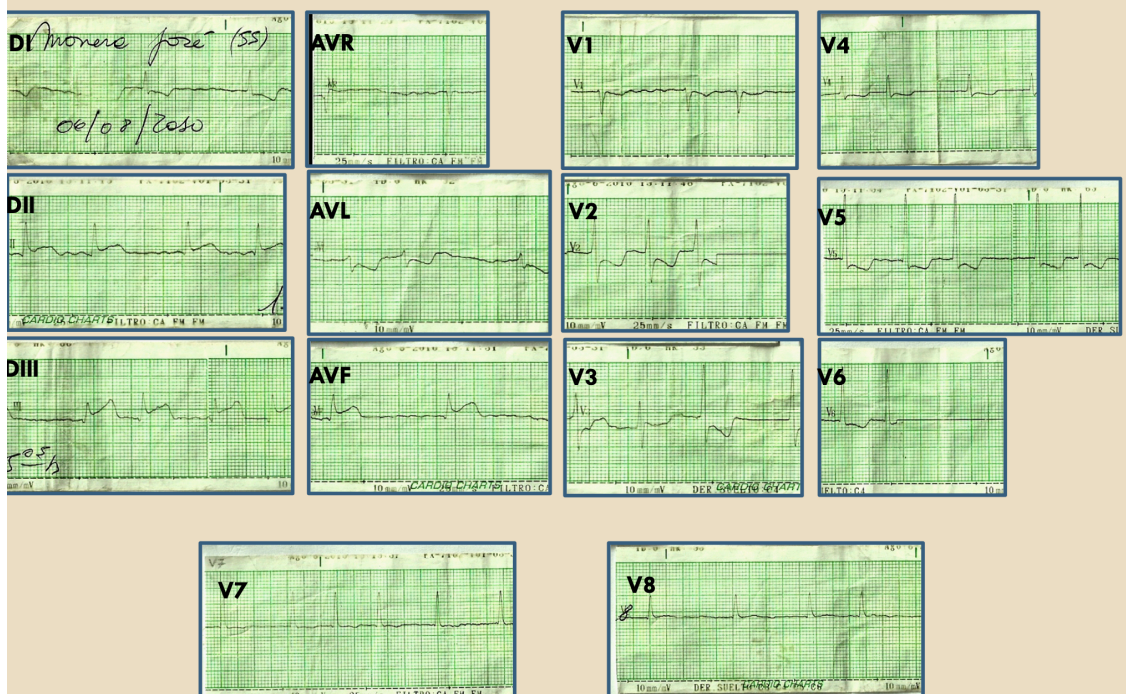
ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES

- No presenta.

OTROS ANTECEDENTES

- No presenta.

ECG de Ingreso a Guardia – 06/08/10



Informe de Cinecoronariografía

Cinecoronariografía:

- Dilatación aneurismática de tercio medio de tronco de la coronaria izquierda.
- Coronaria derecha ocluída en tercio medio.
- Deterioro moderado de la función del ventrículo izquierdo.

Angioplastia a A. Coronaria Derecha.

- Se evidencia imagen compatible con trombo en tercio proximal de la A. Coronaria Derecha, por lo que se realiza tromboaspiración y luego dilatación con balón. Al control angiográfico se observa flujo TIMI I por lo que se realiza nueva tromboaspiración.
- Intercurre intraprocedimiento con fibrilación ventricular (FV) en dos ocasiones con requerimiento de reanimación cardiopulmonar (RCP), cardioversión eléctrica (CVE) en múltiples ocasiones (1440 J) y cardioversión farmacológica (CVF) con amiodarona y lidocaína.
- En este contexto se intenta en múltiples oportunidades traspasar el plano oclusivo a nivel del tercio proximal de la CD sin éxito dándose por finalizado el procedimiento.

Evolución

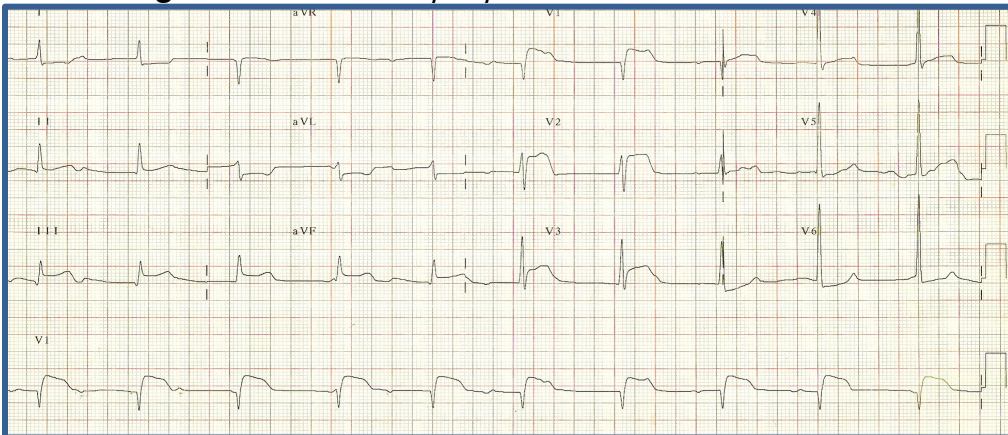
06/08/10

18:10 hs: El paciente ingresa a Unidad Coronaria con bloqueo AV de tercer grado, hemodinámicamente estable.

Examen Físico

- Ap. Cardiovascular: Adecuada perfusión periférica. Ingurgitación yugular 2/3 con colapso inspiratorio, sin RHY. Pulsos presentes y simétricos. Choque de punta en 5to EIC línea medio clavicular. R1 y R2 en cuatro focos, sin R3 o R4, silencios libres.
- Ap. Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos añadidos.
- Abdomen: Blando, depresible, indoloro, RHA presentes, sin visceromegalias.
- Sistema Nervioso: Lúcido, Glasgow 15/15, sin foco motor, sensitivo o meníngeo.
-

ECG de ingreso a UCO – 06/08/10



Evolución

07/08/10

Intercurre con varios episodios de taquicardia ventricular polimorfa sostenida (TVPS) con descompensación hemodinámica y requerimiento de CVE (720 J) + CVF con amiodarona. Niega angor previo al inicio de la arritmia. Se indica mantenimiento de Amiodarona con 15 mg/kg/día.

Ecocardiograma - 09 de Agosto de 2010

Informe:

- VI no dilatado con grosor parietal normal. Aquinesia inferior y del septum posterior. Hipoquinesia posterior.
- Deterioro leve de la función sistólica del VI.
- AI no dilatada.
- Dilatación del VD con aquinesia de la pared libre y disfunción sistólica con deterioro severo.
- PSAP 22 mmHg. IT leve.
- Válvulas morfológicamente normales. No se observa derrame pericárdico.

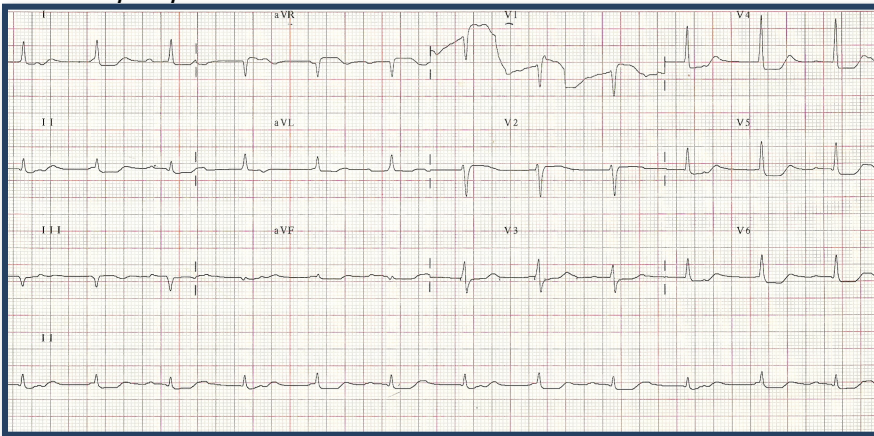
09/08/10

Intercurre nuevamente con Bloqueo AV 3er grado, sin descompensación hemodinámica por lo que se decide suspensión de amiodarona.

11/08/10

Intercurre con nuevo episodio de TVMS con descompensación hemodinámica que requiere CVE (1080 J) y CVF con lidocaína.

ECG 11/08/10 Post-CVE



11/08/10

Evoluciona con hipotensión y deterioro del ritmo diurético post cardioversión, por lo que se realiza expansión con SF (2000 ml hasta PVC de 15). Sin respuesta, se inicia infusión continua de dopamina (por 48 hs) a bajas dosis (5 ug/kg/min.)

Se suspende lidocaína y se reinicia amiodarona.

12/08/10 – 16/09/10

Evoluciona hemodinámicamente estable, afebril, sin requerimiento de drogas inotrópicas.

Continúa con BAV completo hasta el 14/08/10 cuando recupera ritmo sinusal con bloqueo AV de 1er grado.

Ecocardiograma - 17 de Agosto de 2010

Informe:

- VI no dilatado con grosor parietal normal. Aquinesia inferior, posterior, septal posterior y apical con hipoquinesia de las paredes anteriores. **Deterioro moderado de la función sistólica global.** AI levemente dilatada.
- Cavidades derechas dilatadas con deterioro severo de la función ventricular por aquinesia de la pared libre. VCI dilatada (24mm) con colapso inspiratorio conservado.
- Válvulas morfológicamente normales. IT leve con PSAP de 23 mmHg.
- No se observa derrame pericárdico.

19/08/10

En ateneo de Servicio de Electrofisiología se decide colocación de CDI.

24/08/10

Se realiza nuevo ecocardiograma que evidencia FSVI levemente deteriorada y deterioro leve/moderado de FSVD.

Ecocardiograma - 24 de Agosto de 2010

Informe:

VI no dilatado con grosor parietal normal. **Deterioro leve de la función sistólica del VI (Fey 47%).**

Hipoquinesia severa inferoposterior y del septum inferior. AI dilatada leve (Área 29 cm²).

Cavidades derechas levemente dilatadas. Área de AD 24 cm². Deterioro leve/moderado de la FSVD.

IT leve. PSAP 31 mmHg.

Foramen oval permeable.

01/09/10

Se coloca CDI sin complicaciones.

02/09/10

Se otorga alta hospitalaria.

Tratamiento al Alta

1. Aspirina 100 mg/día.
2. Atorvastatina 20 mg/día.
3. Enalapril 2,5 mg c/12 hs.
4. Carvedilol 12,5 mg c/12 hs.
5. Amiodarona 200 mg/día.

Laboratorio

Fecha	06/08	07/08	08/08	09/08	11/08	12/08	15/08	22/08	30/08
Hto	37	38	36	33.2	35.2	34	36.5	37	37.6
GB	12500	14000	19100	16000	12800	13000	10600	6000	5400
PLT	319000	263000	291000	254000	310000	318000	356000	520000	454000
Gluc.	1.82	1.23	1.35	0.77	---	0.84	1.08	0.79	1.25
Urea	0.4	0.42	0.54	0.52	---	0.42	0.28	0.29	0.25
Creat.	0.84	0.83	1.01	0.91	---	0.78	0.96	1.04	0.97
CK/CK-MB	388/41	6678/475	5027/122	2695/61	1136/68	742/41	144/19	---	---
TP	82	---	96	113	108	97	108	---	94
KPTT	30	---	35	33	28	33	30	---	34
RIN	1.23	---	---	1.01	1.10	1.04	1.04	---	1.05

Fecha	09/08
Col Total	101
LDL	22
HDL	62
TGL	101