

ATENEO CLÍNICO



**Hospital Dr. Cosme Argerich.
Servicio de Cardiología**

Mariela Eugenia Tolusso

11/07/2012

PACIENTE: S.C. SEXO: Masculino EDAD: 56 años

Fecha de ingreso: 17/06/2011 / Fecha de egreso: 26/06/2011

MOTIVO DE INTERNACIÓN:

Angor.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente que refiere presentar en el día de la fecha, aproximadamente a las 15.00 Hs, dolor precordial opresivo, con irradiación al cuello, de intensidad 7/10, de inicio en el reposo y de una hora de duración. Consulta a la Guardia Externa de este hospital donde se realiza ECG que evidencia injuria subepicárdica anterior extensa por lo que se solicita coronariografía de urgencia.

FACTORES DE RIESGO CORONARIOS:

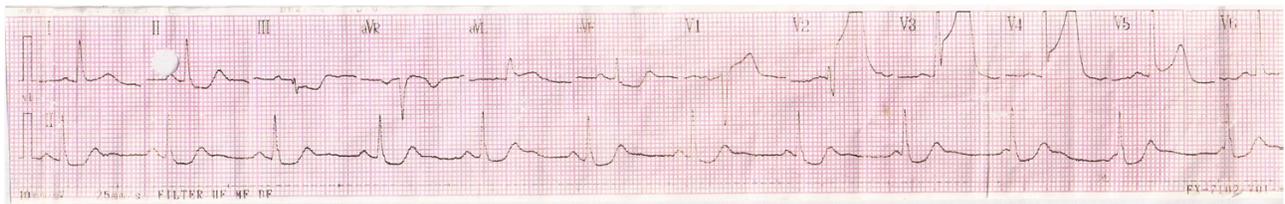
Tabaquismo: inicio a los 16 años de edad, 40 cigarrillos/día, durante 40 años (80 paquetes/año).

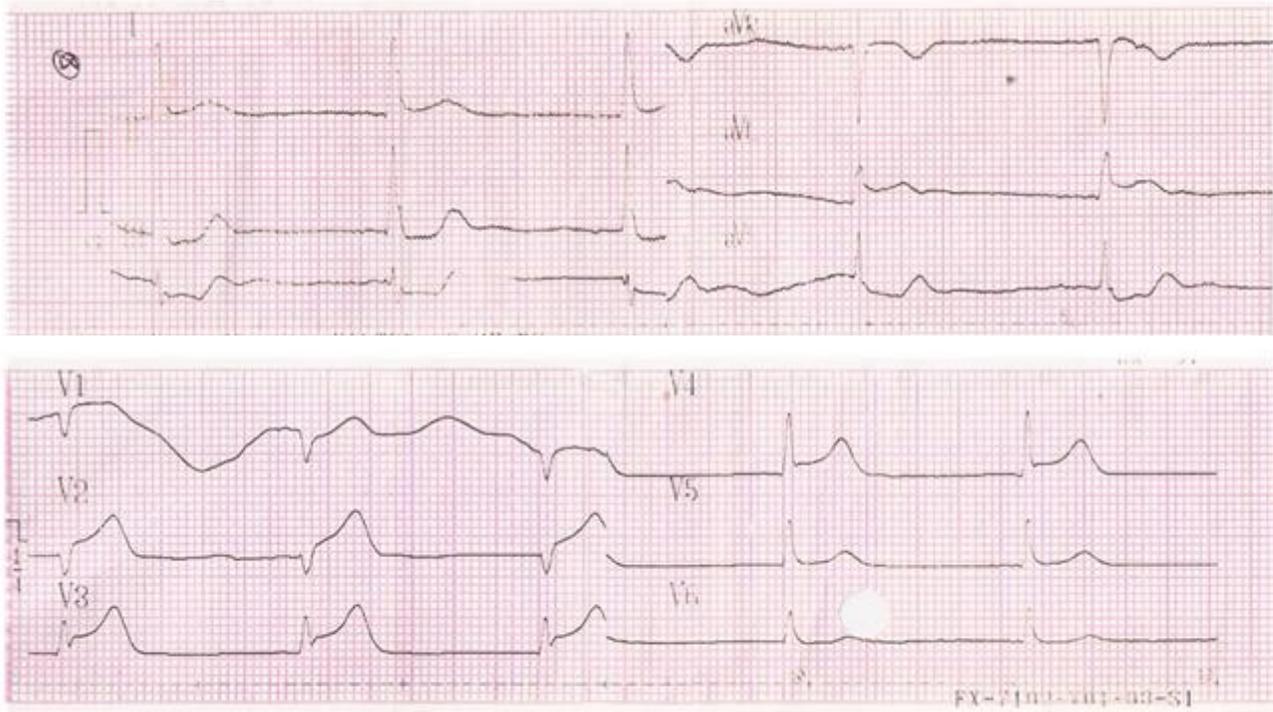
Hipertensión: 5 años de evolución. Sin tratamiento.

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES:

Angina crónica estable, CF I/II, de 6 meses de evolución. Sin tratamiento.

ECG DE INGRESO A GUARDIA EXTERNA 16:00 Hs





CINECORONARIOGRAFIA

Arteria coronaria izquierda:

Tronco y ostium: sin lesiones significativas.

Arteria Descendente Anterior: ocluida en su tercio proximal, a nivel del nacimiento del primer ramo diagonal, el cual es de escaso calibre y se encuentra difusamente enfermo.

Arteria Circunfleja: de normal calibre. Da nacimiento a ramos lateroventriculares. Sin lesiones significativas.

Arteria Coronaria Derecha: de normal calibre, dominante. Sin lesiones significativas.

Ventriculograma izquierdo: VFD y VFS moderadamente incrementados. Hipoquinesia severa anteromedial, anteroapical e inferoapical. Función ventricular izquierda moderadamente deteriorada. Válvula mitral móvil y competente.

CONCLUSIONES:

- Enfermedad aterosclerótica coronaria.
- Oclusión de la arteria Descendente Anterior proximal.

- Función sistólica del ventrículo izquierdo moderadamente deteriorada.

Se realiza angioplastia primaria a Descendente Anterior proximal con stent exitosa.

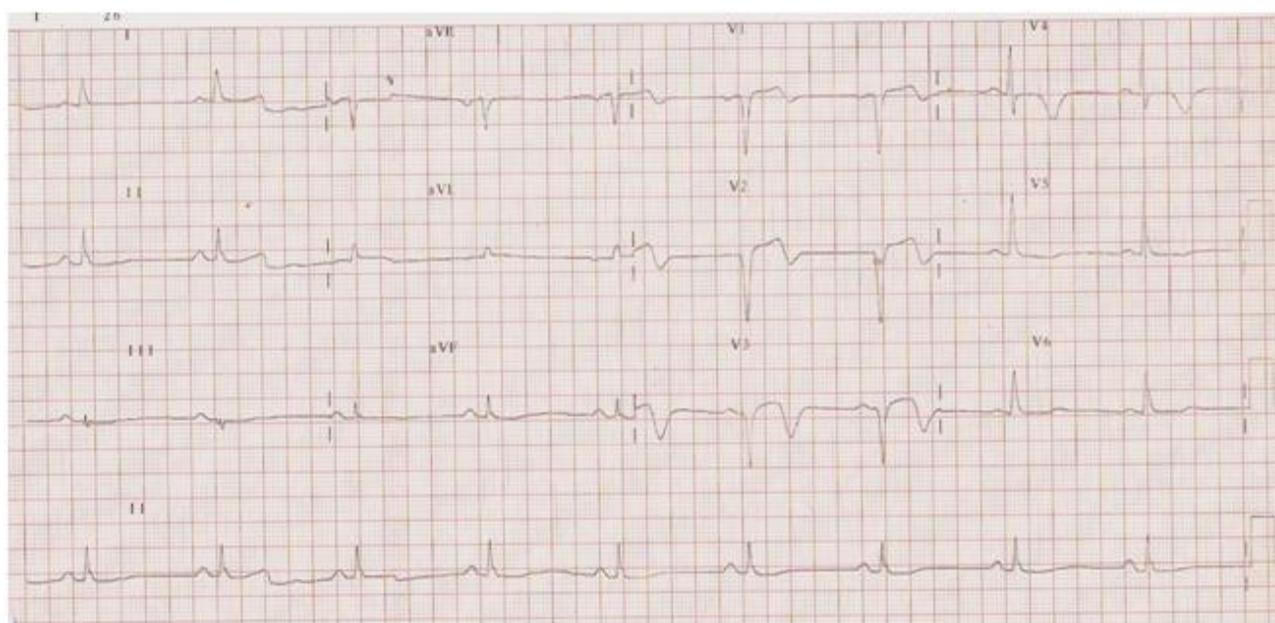
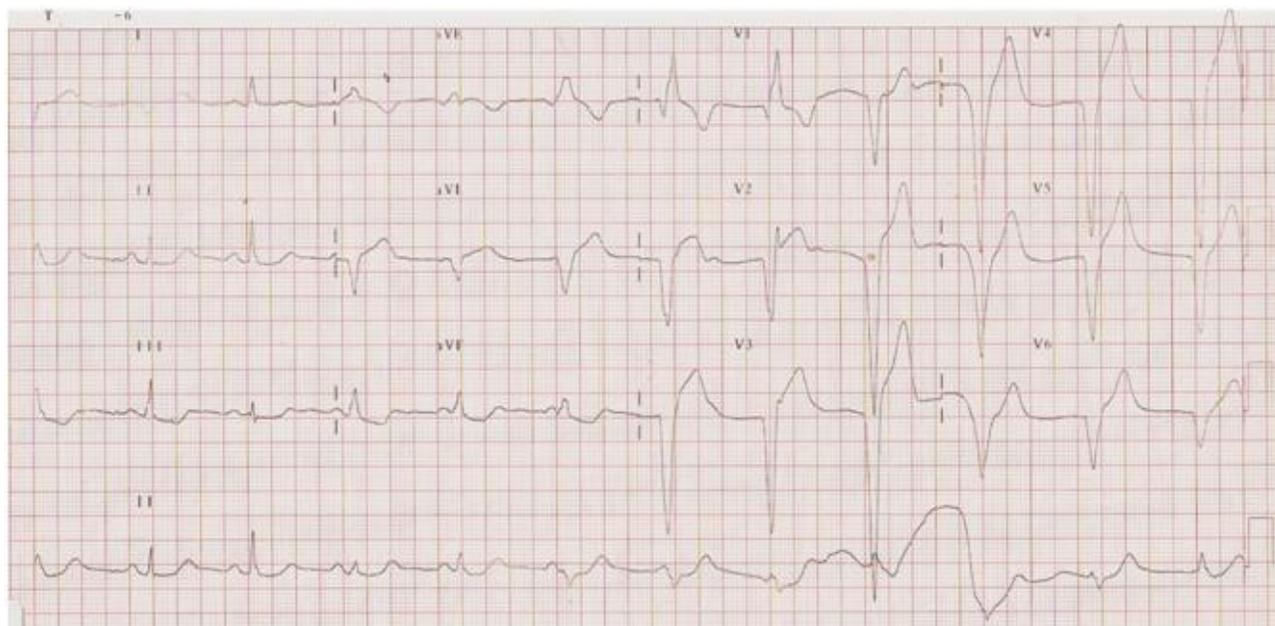
Tiempo de Ventana: 2:35 hs Tiempo de Puerta-Balón: 1:35 hs

EXAMEN FÍSICO AL INGRESO A UCO

TA = 156/95 mmHg	FC = 69 lpm	FR = 18 cpm	T = 36 °C
-------------------------	--------------------	--------------------	------------------

- Aparato Cardiovascular: IY 2/3 con colapso. RHY ausente. Buena perfusión periférica. Choque de la punta en 5º EIC LMC. Pulsos regulares y simétricos. R1 y R2 en 4 focos, normofonéticos, sin R3 ni R4. Soplo mesosistólico eyectivo 2/6, a predominio de foco aórtico, con irradiación a carótidas.
- TCS: Sin edemas.
- Aparato Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria. Murmullo vesicular conservado.
- Abdomen: Blando, depresible, indoloro. No presenta ascitis ni visceromegalias. Ruidos hidroaéreos presentes.
- Neurológico: Lúcido. Sin signos de déficit motor ni sensitivo.

ELECTROCARDIOGRAMA DE INGRESO A UCO



EVOLUCIÓN UCO 17 AL 19/06/11

Al ingreso a la Unidad Coronaria inicia tratamiento antiagregante, con aspirina y clopidogrel (carga y mantenimiento), así como vasodilatadores EV e hipolipemiantes. Continúa con goteo de tirofiban hasta completar su infusión.

En las siguientes 48 hs el paciente evoluciona hemodinámicamente estable, asintomático, sin signos de falla de bomba ni cambios electrocardiográficos. Se constata descenso de biomarcadores en el laboratorio y se inicia tratamiento con enalapril con adecuada tolerancia.

EVOLUCIÓN UCO 20/06/11

A las 03.30 hs del día 20/06 el paciente refiere dolor interescapular, de intensidad 2/10, de inicio durante el reposo, de 5 minutos de duración, que cede espontáneamente.

Se realiza ECG que objetiva injuria subepicárdica anterior extensa y se inicia infusión de NTG, con desaparición del dolor y disminución del segmento ST.

Debido a la negativa del paciente, no se realiza CCG de urgencia.

Se solicita dosaje de enzimas cardíacas: CPK 246/29, interpretándose el cuadro como APIAM. Se solicita ecocardiograma.

ECOCARDIOGRAMA TRASTORÁCICO (21/06/11)

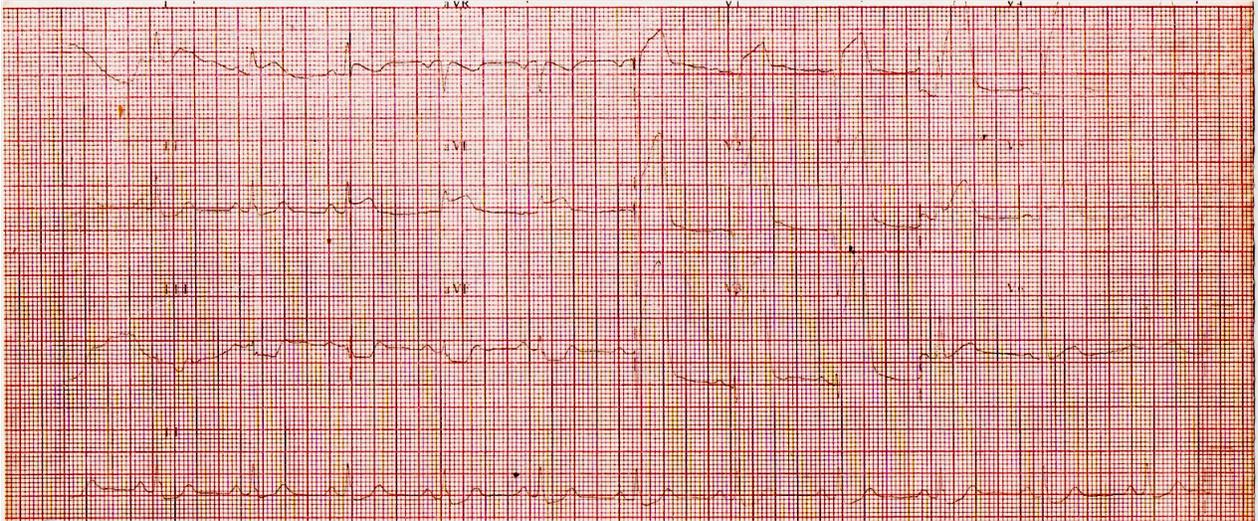
DDVI	DSVI	FAc%	SIV	PP	AI	AO
4.2	2.7	36%	1.8	1.5	4.1	3.0

- Ventrículo izquierdo no dilatado con hipertrofia concéntrica. Función sistólica global del VI conservada. Fey 63%. Hipoquinesia apical y del segmento medio anterior.
- Aurícula izquierda levemente dilatada. Área: 22 cm².
- Cavidades derechas normales.
- Esclerosis de la válvula aórtica.
- Alteración de la relajación del ventrículo izquierdo.
- No se detectan regurgitaciones significativas. IT fisiológica. PSAP: 41 mmHg.
- No se observa derrame pericárdico.

EVOLUCIÓN UCO 22/06/11

Al día siguiente, siendo las 09.00 hs, el paciente presenta un nuevo episodio de dolor precordial opresivo, de mayor intensidad, refiriéndolo como 8/10, sin irradiación. Al examen

físico se lo constata hemodinámicamente estable, sin signos de falla aguda de bomba. Se realiza ECG durante el episodio y posteriormente se solicita angiografía de urgencia.



CINECORONARIOGRAFÍA 22/06/11

Oclusión a nivel del tercio proximal de la arteria Descendente Anterior post-stent: se traspone la lesión con cuerda que se posiciona distalmente; se dilata con balón y posteriormente se implanta stent, sin lesión residual y flujo anterógrado TIMI III.

CONCLUSIÓN: Angioplastia coronaria con implante de stent a Descendente Anterior proximal exitosa.

Durante el procedimiento, el paciente intercorre con episodio de TV/FV primaria, con descompensación hemodinámica, por lo que requiere cardioversión eléctrica con 360 J, en forma exitosa.

EVOLUCIÓN UCO 23 AL 26/06/11

Posteriormente el paciente pasa a Unidad Coronaria donde evoluciona sin signos de falla de bomba, con estabilidad eléctrica y hemodinámica, interpretándose el cuadro como infarto tipo IVb.

Se solicita ecocardiograma control.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO 23/06/11

DDVI	DSVI	Fac	SIV	PP	AI	AO
5.5			1.5		4.5	3.2

- Estudio dificultoso por condiciones clínicas del paciente.
- Ventrículo izquierdo no dilatado con hipertrofia concéntrica. Aquinesia septal medioapical, anterior medioapical, lateroapical e inferoapical. Hipoquinesia del septum basal. Deterioro leve de la función sistólica del VI (Fey 47%), hiperquinesia de pared lateral.
- Aurícula izquierda levemente dilatada. Cavidades derechas normales.
- Esclerosis de válvula aórtica que no compromete su apertura. Insuficiencia tricuspídea mínima. PSAP: 34 mmHg.
- Patrón de relajación prolongada. No se observa derrame pericárdico.

SALA DE CARDIOLOGÍA 26/6 AL 27/06/11

Por buena evolución pasa a Sala de Cardiología.

Por bradicardia sinusal no es posible iniciar tratamiento con betabloqueantes.

Se otorga alta hospitalaria con seguimiento por Consultorios Externos de Cardiología.

TRATAMIENTO AL ALTA:

Aspirina 100 mg / d.

Prasugrel 10 mg / d.

Atorvastatina 20 mg / d.

Enalapril 10 mg c/12 hs.

Ranitidina 150 mg / d.

	17/6	18/6	18/6	19/6	20/6	21/6	22/6	22/6	24/6
Hto	43%			43%	47%	43%	44%		40%
GB	13.700			13.100	10500	10.300	12.400		8.900
Plaq	249.000			220.000	258000	292.000	257.000		308.000
Glu	159			101	88	89	148		87
Urea	30			34	41	36	38		31
Crea	0.91			0.80	0.97	0.86	0.70		0.80
TP	68%		100%			109%	100%		112%
KPTT	No coag		28''			31''	33''		29''
CPK	1462	2934	1490	650	246	136	562	1160	229
CPK mb	144	321	164	55	29	18	61	94	22
TnT	0.73	2			2				
Col T/ LDL HDL/ TAG						170/108 /27/176			152/100 /28/122
BT/BD						0.62/0.15			0.56/0.1 6
TGO/TGP						44/33			42/64
Na /K/Cl	138/4.0/94			135/3.6/96	142/3.7/99	136/3.2/77	141/4.0/98		143/3.9/98