



ATENEO CLÍNICO

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

Jenny Flor Rocha

05/12/2012

PACIENTE: M. Z.

SEXO: Femenino

EDAD: 60 años

Fecha de ingreso: 02/11/2012

Fecha de egreso: 12/11/2012

MOTIVO DE CONSULTA:

Dolor precordial.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente refiere presentar durante el último mes múltiples episodios de dolor retroesternal de tipo opresivo, irradiado hacia hueco supraesternal y hombro izquierdo, en CF variable, de intensidad 6/10 y de pocos minutos de duración, asociados a hipotensión arterial durante la última semana, motivo por el cual el 02/11 acude a Guardia Externa de este hospital donde se realiza ECG que no evidencia signos isquémicos agudos y biomarcadores negativos, y se solicita su internación en Unidad Coronaria para diagnóstico y tratamiento.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

No refiere.

ANTECEDENTES PERSONALES

FACTORES DE RIESGO CORONARIOS:

Hipertensión arterial, diagnosticada hace 9 años, en tratamiento.

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES:

No refiere.

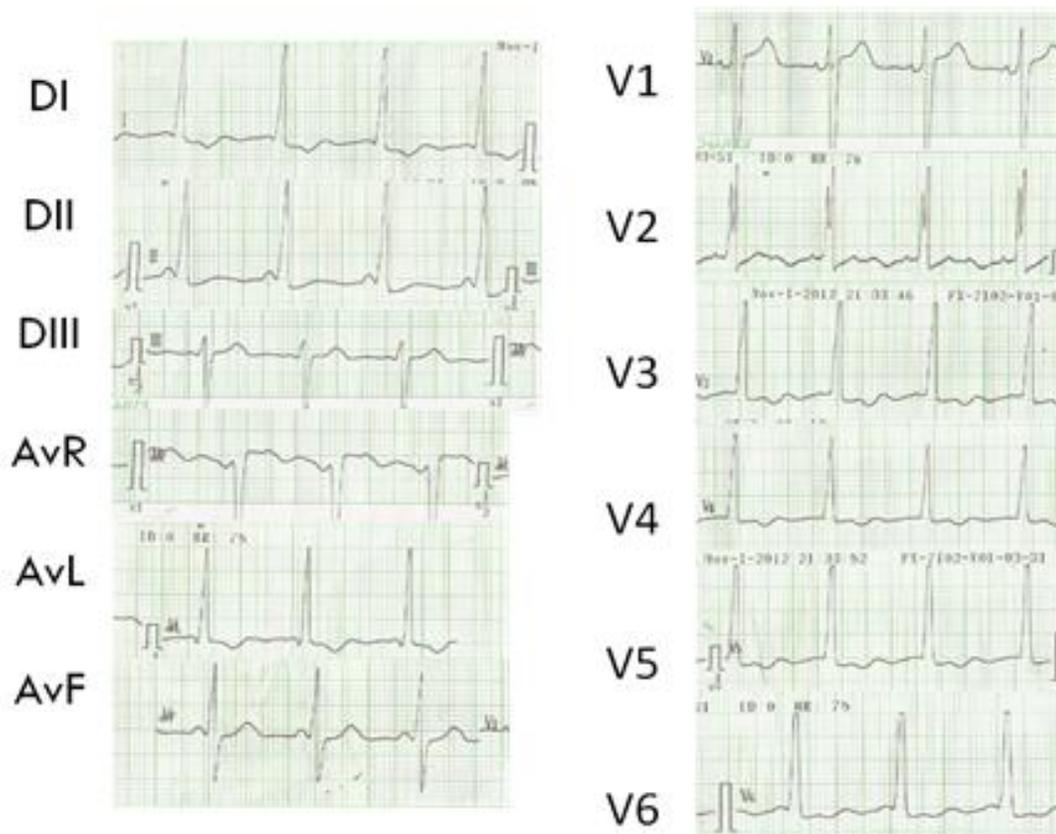
OTROS ANTECEDENTES:

Episodios aislados de broncoespasmo desde hace 5 años.

MEDICACIÓN HABITUAL

- Hidroclorotiazida 25 mg día.
- Enalapril 10 mg cada 12 horas.
- Aspirina 100 mg día.

ELECTROCARDIOGRAMA AL INGRESO A GUARDIA



EXAMEN FÍSICO AL INGRESO

TA: 90/65 mmHg

FC: 70 lpm

FR: 16 cpm

T: 36°C

Sat 98% (0,21)

- **Ap. Cardiovascular:** Adecuada perfusión periférica, ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio. RHY ausente. No se palpa choque de punta. Pulsos periféricos conservados y simétricos. R1 y R2 en 4 focos, normofonéticos, no R3 ni R4, soplo mesosistólico 3/6 en foco aórtico, irradiado a cuello, que aumenta con maniobra de Valsalva.
- **Ap. Respiratorio:** Adecuada mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.
- **Abdomen:** Blando, depresible, indoloro. Ruidos hidroaéreos presentes. Sin visceromegalias ni tumoraciones. Sin signos de reacción peritoneal.
- **Ap. Neurológico:** Lúcida, sin signos de foco motor, sensitivo o meníngeo.

EVOLUCIÓN INMEDIATA

- Paciente permanece en Unidad Coronaria hemodinámicamente estable, evoluciona sin angor ni equivalentes, sin signos de falla de bomba, y sin interurrencias.

- Se solicita ecocardiograma.

ECOCARDIOGRAMA 02/11

DDVI	DSVI	FAC	SIV	PP	AI	Ao
39 mm	16 mm	59 %	39 mm	8 mm	43 mm	30 mm

- Miocardiopatía hipertrófica asimétrica, septal extrema, con compromiso de la pared anterior y lateral y de todos los segmentos medio-ventriculares y apicales (espesores: lateral: 2.00 cm, anterior: 2.7 cm, inferior: 2.7 cm).
- Se observa un gradiente medioventricular sistólico de 123 mmHg.
- El ventrículo izquierdo es pequeño, con función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción. El patrón de llenado ventricular y la relación Em/Et de 10, indica que la PFDVI es normal.
- Aurícula izquierda levemente dilatada. (área 18.8 cm²)
- Ventrículo derecho con hipertrofia generalizada (espesor de la pared inferior: 1 cm).
- Válvulas morfológicamente normales sin evidencias de disfunción. No se observa derrame pericárdico.

EVOLUCIÓN EN UCO 02/11

- Se interpreta cuadro clínico como angina secundaria en paciente con miocardiopatía hipertrófica obstructiva.
- Se inicia tratamiento con beta-bloqueantes según tolerancia.
- Se decide pase a Sala de Cardiología.

EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGÍA 03/11 al 09/11

- Paciente evoluciona hemodinámicamente estable y asintomática.
- Luego de una semana de tratamiento, se solicita nuevo ecocardiograma para evaluar respuesta al tratamiento médico.

ECOCARDIOGRAMA 09/11/12

DDVI	DSVI	FAC	SIV	PP	AI	Ao
46 mm	14 mm	70 %	37 mm	11 mm	47 mm	28 mm

- Miocardiopatía hipertrófica asimétrica septal extrema con compromiso de la pared anterior y lateral y de todos los segmentos medio-ventriculares y apicales (espesores: lateral: 2.00 cm, anterior: 2.7 cm, inferior: 2.7 cm).
- **Se observa un gradiente medioventricular sistólico de 6.76 mmHg con muy buena respuesta al tratamiento B-bloqueante.**
- El ventrículo izquierdo es pequeño, con función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción. El patrón de llenado ventricular y la relación Em/Et de 12, indica que la PFDVI es normal.
- Aurícula izquierda levemente dilatada. (área 18.8 cm²)
- Ventrículo derecho con hipertrofia generalizada (espesor de la pared inferior: 1 cm). PSAP: 31 mmHg
- Insuficiencia mitral leve. No se observa derrame pericárdico.

EVOLUCION SALA DE CARDIOLOGIA 09/11 al 12/11

- Paciente continua estable hemodinámicamente y asintomática.
- Por bradicardia asintomática (40 x min) se reduce dosis de Atenolol a 12,5 mg cada 12 hs.
- Por evolución clínica favorable el 12/11 se otorga alta hospitalaria continuando seguimiento ambulatorio por Consultorios Externos de Miocardiopatía Hipertrófica y quedando pendiente la realización de Holter de 24 hs y RMN cardíaca.

MEDICACIÓN AL ALTA

- Atenolol 12.5 mg cada 12 horas.

SEGUIMIENTO AMBULATORIO

- A los 20 días de iniciado el tratamiento con Atenolol se realiza nuevo ecocardiograma control donde no se observa gradiente subaórtico pero reaparece un leve gradiente medioventricular de 30 mmHg.

- Dado que la paciente continua asintomática, se decide continuar con mismo esquema terapéutico.

LABORATORIO

FECHA	01/11	02/11	07/11		
HTO	41	40.8	37	COL	194
GB	7600	4700	3600	HDL	35
PLAQ	188000	161000	145000	LDL	139
GLUC	121	104	85	Hb GLU	5.99
UREA	92.6	65	42.3	A. URICO	6.1
CREAT	1.5	1.14	0.98		
TP/KPTT	83/25	80/28			
RIN	1.13				
NA	143	1.41	143		
K	3.25	4,8	4.3		
Cl	99.1	100	102		
CPK	83/11.1				
Troponina	Neg.				