



# **ATENEO CLÍNICO**

**Hospital Dr. Cosme Argerich.**

**Servicio de Cardiología**

**Miguel Federico Albornoz**

**22/08/2012**

**PACIENTE:** S.B. **SEXO:** Masculino **EDAD:** 22 años

**Fecha de primer Consulta Ambulatoria:** 23/06/2011

**MOTIVO DE CONSULTA:**

Hipertensión arterial.

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

Paciente que consulta en forma ambulatoria el 23/06/11 para control de hipertensión arterial, refiriendo durante la anamnesis haber presentado un año previo a la consulta episodio de precordialgia de carácter opresivo, en reposo, mayor a 20 minutos de duración, intensidad 9/10, en contexto de situación estresante que cedió espontáneamente, siendo asistido en ese momento por otro médico quien indicó Carvedilol.

**FACTORES DE RIESGO CORONARIO:**

Hipertensión arterial diagnosticada hace 1 año.

**OTROS ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES:**

No refiere.

**MEDICACIÓN HABITUAL:**

Carvedilol 6,25 mg cada 12 hs VO.

TA: 120/80 mmHg

FC: 66 lpm

FR: 16 cpm

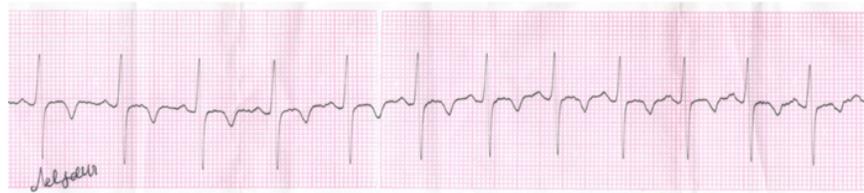
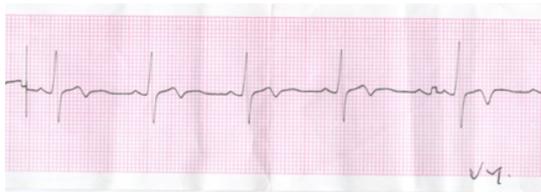
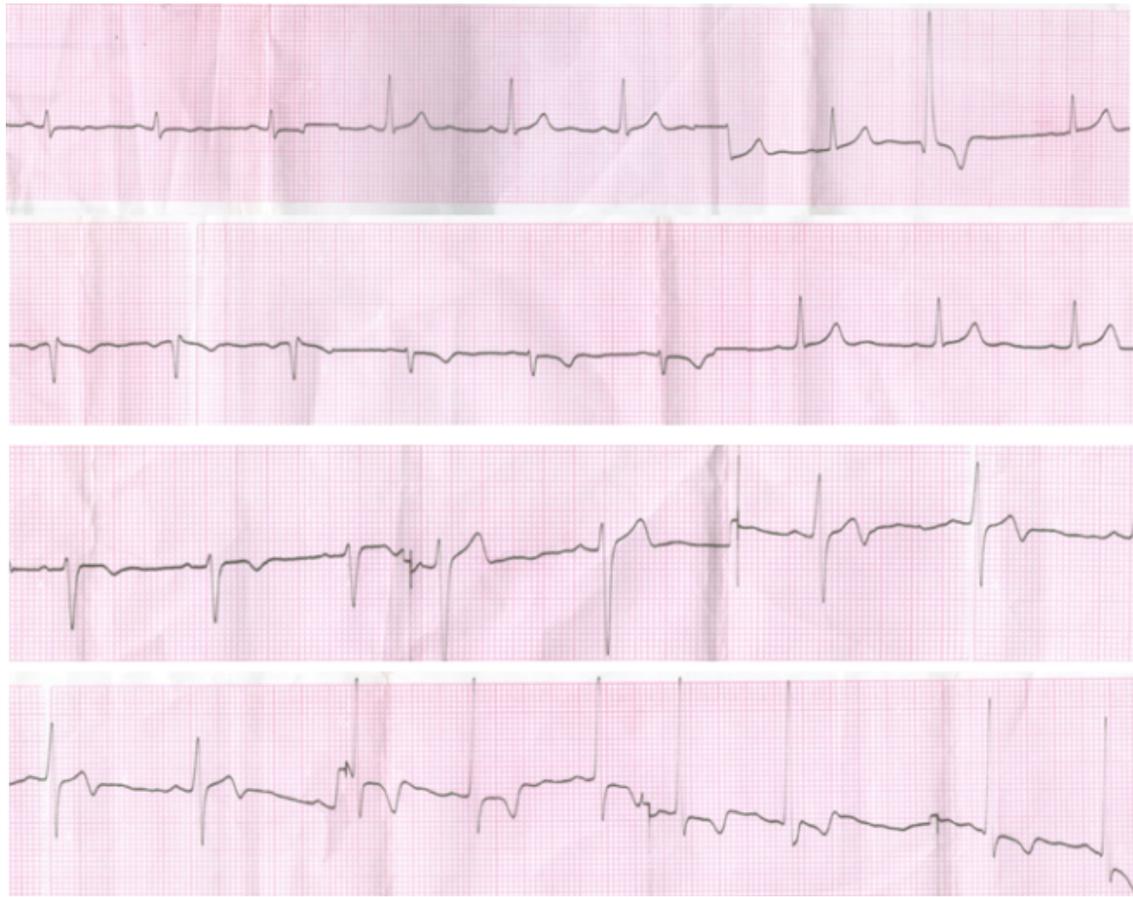
T: 36°C

IMC: 28

**EXAMEN FÍSICO**

- **Ap. Cardiovascular:** Adecuada perfusión periférica, ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio. RHY ausente. Pulsos periféricos conservados y simétricos, choque de punta palpable en 5° EIC LMC. R1 y R2 en 4 focos, normofonéticos, silencios impresionan libres.
- **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:** Lúcido, sin signos de foco motor ni meníngeo.

**ELECTROCARDIOGRAMA 23/06/2011**



## **EVOLUCIÓN**

Por trastornos en Electrocardiograma basal, se solicita Ecocardiograma para descartar cardiopatía estructural.

El paciente consulta nuevamente con los resultados el 23/02/2012, refiriendo encontrarse asintomático desde la última consulta.

### **ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL (Julio 2011)**

- Diámetros de las 4 cavidades conservados.
- Función ventricular izquierda conservada, sin alteraciones segmentarias de la contracción.
- Ligerá hipertrofia apical (14 mm en diástole), con espesor del resto de los segmentos normales.
- Válvulas morfológicamente normales.

### **ELECTROCARDIOGRAMA 23/02/2012**



### **EVOLUCIÓN**

Por los cambios en el ECG se sospecha probable enfermedad coronaria y se solicita SPECT reposo/esfuerzo gatillado y posteriormente Ecocardiograma Estrés, para corroborar sus hallazgos.

## SPECT - 07/03/2012

- **Ergometría:**
    - **Técnica:** Ejercicio dinámico con cicloergómetro a 20 km/h con cargas progresivas crecientes.
    - **Valores máximos obtenidos:** FC: 165 TA: 180/80 ITT: 29700. Detenida por alcanzar el 85% de la FC máxima teórica.
    - **Conclusiones:** Prueba suficiente, negativa para angor o equivalentes, sin cambios patológicos del ST ni arritmias.
  - **Perfusión miocárdica en Esfuerzo:** Cavidad del VI dilatada con captación del radiotrazador disminuida en cara anterior y apical.
  - **Perfusión miocárdica en Reposo:** Mejoría de la perfusión en dichas regiones.
  - **Gatillado:** Dilatación del VI con contractilidad conservada.
- Impresión diagnóstica:** Estudio compatible con isquemia en región anterior y apical (extensión calculada del 20% del VI en territorio de la DA). Dilatación del VI.

## ECOCARDIOGRAMA ESTRÉS - 07/05/2012

- Durante el apremio físico se alcanzó 2 minutos de 900 KGM (6ª etapa), deteniendo el esfuerzo por agotamiento de MMII, con 73% de la FC máxima prevista y una PAS de 200 mmHg (ITT 28800).
- Paciente permanece asintomático durante toda la prueba presentando infradesnivel del segmento ST de 2 mm V4-V6, DII-aVF-DIII desde los 600 KGM.
- **Ecocardiograma en máximo esfuerzo:** aquinesia anteroapical, inferoapical, hipoquinesia septoapical y septal anterior medio.
- **Ecocardiograma en reposo:** sin trastornos segmentarios.
- Se concluye prueba positiva para isquemia en territorio mediodistal de la DA.

## EVOLUCIÓN

Debido a los hallazgos en pruebas funcionales, se solicita cinecoronariografía diagnóstica con eventual angioplastia.

## CINECORONARIOGRAFÍA - 04/06/2012

- **Tronco Coronario Izquierdo:** sin lesiones angiográficamente significativas.

- **Descendente Anterior:** lesión crítica (99%) en el tercio proximal desde ostium.
- **Circunfleja:** ramo lateroventricular pequeño con lesión suboclusiva (99%) proximal.
- **Coronaria Derecha:** sin lesiones angiográficamente significativas.

#### **Conclusiones:**

- Enfermedad de 2 vasos.
- ATC con DES a DA proximal.

### **EVOLUCIÓN**

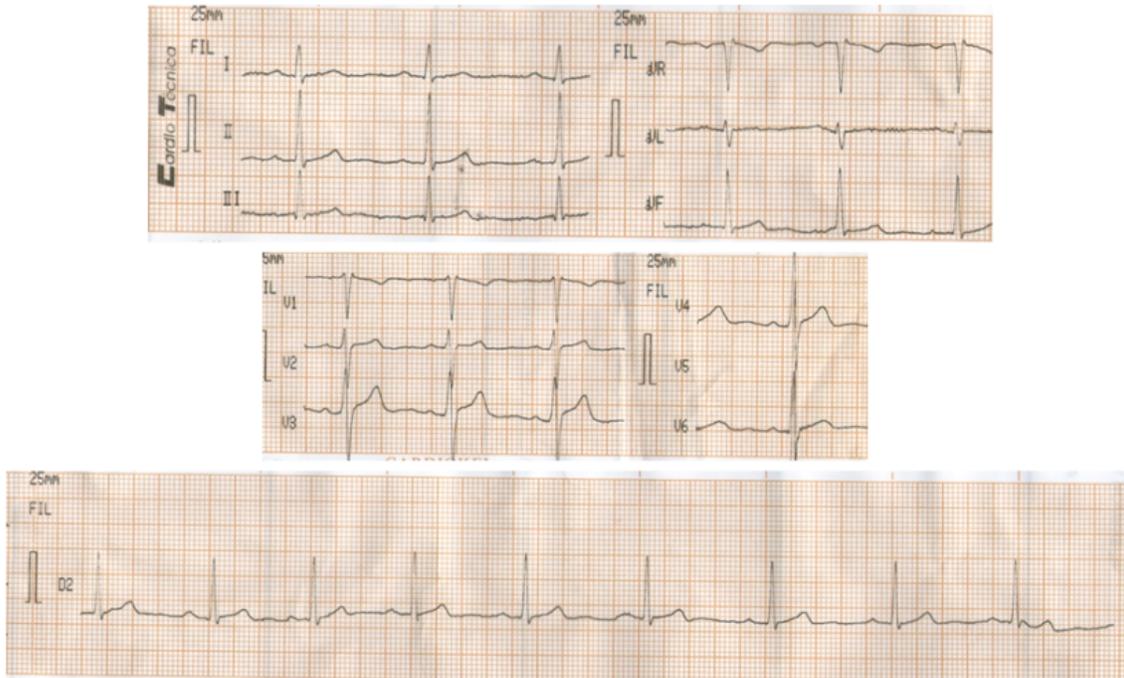
Luego de la angioplastia el paciente permanece internado en UCO durante aproximadamente 36 hs sin complicaciones, otorgándose alta institucional.

#### **Tratamiento al alta sanatorial:**

1. Aspirina 100 mg/día.
2. Clopidogrel 75 mg/día.
3. Enalapril 20 mg/día.
4. Rosuvastatina 10 mg/día.
5. Atenolol 25 mg cada 12 hs.

El paciente continúa actualmente en seguimiento ambulatorio, asintomático.

**ELECTROCARDIOGRAMA 06/06/2012**



### **LABORATORIO**

Hto	46.6	Na <sup>+</sup> /K <sup>+</sup> /Cl <sup>-</sup>	141/4.4/98
Leu	5100	Col Total	230
Pla	186000	HDL	35
Glu	96	LDL	152
Urea	33	Triglicéridos	216
Crea	1.12		
TP/KPTT	100/37		
RIN	1.0		
HbA1c	4.9		