



ATENEO CLÍNICO

Hospital Dr. Cosme Argerich.

Servicio de Cardiología

Jenny Flor Rocha

26/09/2012

PACIENTE: S. S.

SEXO: Masculino

EDAD: 63 años

Fecha de ingreso: 06/08/2012

MOTIVO DE CONSULTA:

Precordalgia

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente que refiere comenzar con dolor retroesternal opresivo, de intensidad 9/10 de aproximadamente 40 minutos de duración, mientras deambulaba por vía pública, que no cede con el reposo, motivo por el cual es trasladado por SAME al hospital Tornú, donde se realiza un ECG que evidencia injuria subepicárdica anterior extensa, solicitándose su derivación al laboratorio de hemodinámica de este centro para estudio.

ANTECEDENTES PERSONALES

FACTORES DE RIESGO CORONARIOS

- HTA de 2 años de evolución con mala adherencia.
- Ex tabaquista desde hace 2 años (20 a 60 años) 40 paquetes/año.

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES

- ACV isquémico sin secuela motora (2000, 2004 y 2011).
- IAM (2010).
- Endocarditis Infecciosa aguda a válvula nativa aórtica (2010).
- Estenosis aórtica severa sintomática por disnea CF II/III (2010).

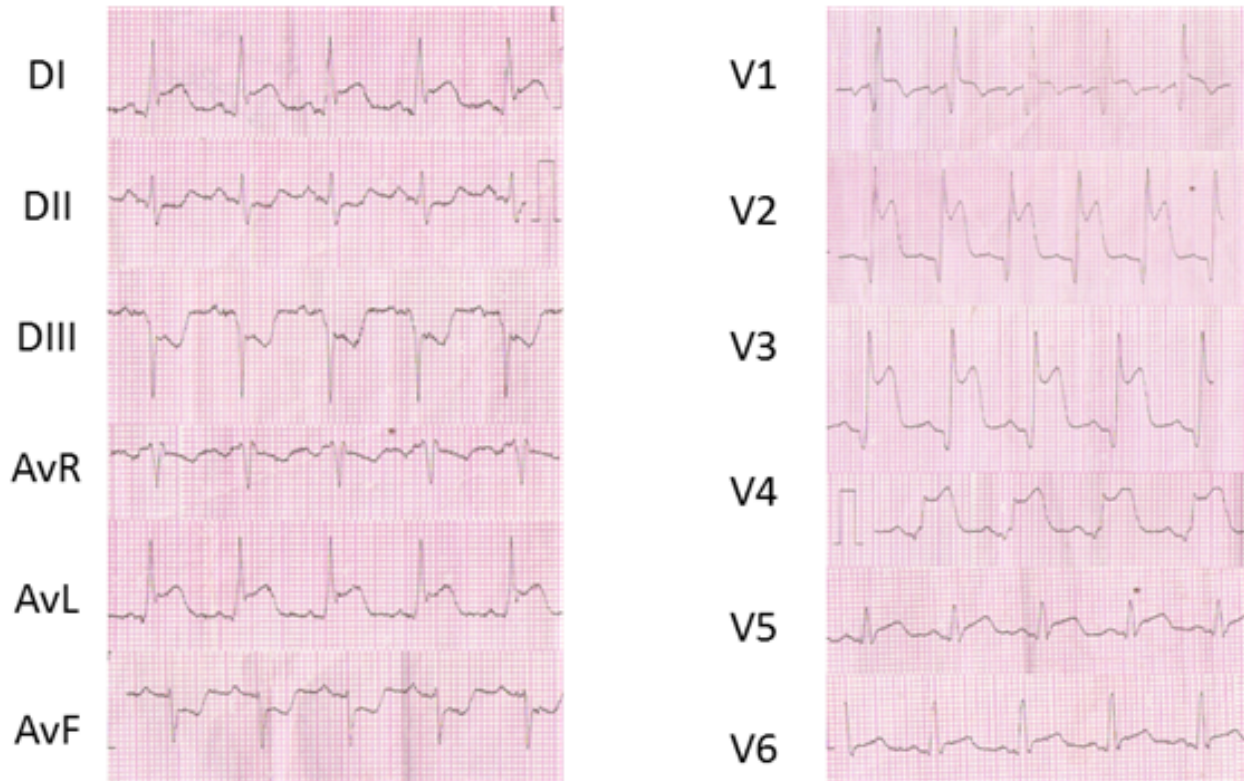
OTROS ANTECEDENTES

- Síndrome Mieloproliferativo - Policitemia Vera (2011).
- Hiperplasia prostática, con retención aguda de orina y sonda vesical permanente 20 días previos al ingreso, agregándose registros febriles en los últimos 5 días.

MEDICACION HABITUAL

- Aspirina 100 mg día.
- Enalapril 5 mg c/12 horas.
- Carvedilol 3,125 mg c/12 horas.
- Hidroxiurea 500 mg día.
- Allopurinol 300 mg día.
- Acenocumarol 1 mg día.

ELECTROCARDIOGRAMA AL INGRESO



INFORME CINECORONARIOGRAFÍA y ANGLIOPLASTIA

CORONARIOGRAFIA:

- **Tronco:** Sin lesiones significativas.
- **Descendente Anterior:** Ectásica. Ocluida a nivel del tercio proximal. Flujo Timi 0.
- **Circunfleja:** Sin lesiones significativas.
- **Coronaria Derecha:** Dominante. Sin lesiones significativas.

CONCLUSIONES:

- Enfermedad ateromatosa coronaria.
- Infarto Agudo de miocardio.
- Angioplastia primaria fallida a DA.

EXAMEN FISICO AL INGRESO A UCO

TA: 130/90

FC: 110 lpm

FR: 18 cpm

T: 36°C

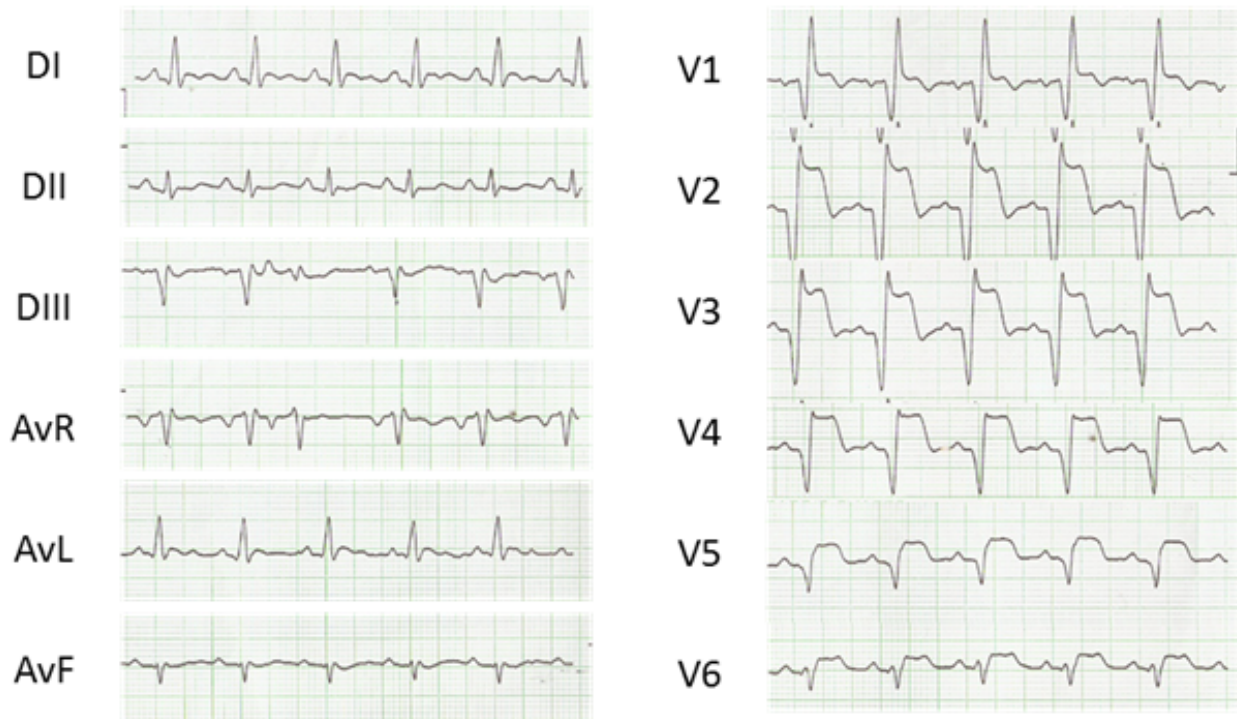
Sat O2: 96%

Cardiovascular: Adecuada perfusión periférica, Ingurgitación Yugular 2/3 con colapso

inspiratorio parcial. RHY presente. Pulsos periféricos regulares y simétricos. Choque de punta no palpable, R1- R2 en 4 focos normofonéticos. Soplo sistólico eyectivo 2/6 en foco aórtico con irradiación a cuello.

- **Piel y TCS:** Sin edemas.
- **Respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, con crepitantes bibasales.
- **Abdomen:** Blando, depresible, indoloro. No se palpan visceromegalias. RHA presentes. Con presencia de sonda vesical.
- **Neurológico:** Lúcido, sin signos de foco motor, sensitivo o meníngeo.

ECG DE INGRESO A UCO



ECOCARDIOGRAMA 07/08

- Estudio realizado en UCO.
- VI no dilatado con hipertrofia concéntrica, con deterioro severo de la función sistólica global. Aquinesia anterior, septal e inferior. Hipoquinesia del resto.
- Estenosis aortica severa. Área: 0.84 cm² gradiente pico 55 mmHg y medio 30 mmHg. Insuficiencia aortica leve.
- Flujo anterogrado mitral con patrón de llenado del VI de tipo restrictivo.

EVOLUCION EN UCO

- Se inicia tratamiento diurético, para realizar balance negativo.
- Por Hto de 66 %, se realiza flebotomía terapéutica iniciando tratamiento con Hidroxiurea y Allopurinol por indicación de Hematología.
- A 48 horas de su ingreso, evoluciona con shock cardiogénico con requerimiento de inotrópicos en contexto de bacteremia. Se realizan hemocultivos x 3 y se inicia tratamiento antibiótico empírico con Piperacilina- Tazobactam y Vancomicina, rotándose esquema antibiótico a Imipenem por aislamiento en cultivos de Serratia Blee.+
- Posteriormente evoluciona en forma favorable, con inotrópicos en descenso.
- Por nuevo registro febril al sexto día de tratamiento antibiótico efectivo, se solicita ecocardiograma transtorácico, para descartar posible endocarditis infecciosa, con resultados similares al previo, sin evidencia de vegetación.
- Permanece con requerimiento de noradrenalina a dosis bajas, hasta el 22/08
- Completa 14 días de tratamiento antibiótico con Imipenem, presentando nuevo registro febril a 48hs posterior a la suspensión del mismo. Se realizan hemocultivos x 3, se inicia esquema antibiótico con Imipenem - Vancomicina y se solicita nuevo ecocardiograma.

ECOCARDIOGRAMA 27/08

- VI dilatado con hipertrofia leve. Deterioro severo de la función sistólica global del VI. Acinesia del septum anterior, anterior medio y apical, lateral medio y apical e inferoapical. Patrón de llenado restrictivo en el VI.
- Aurícula izquierda levemente dilatada.
- Válvula aortica moderadamente calcificada con estenosis de grado moderada (AVAo: 1.1 cm²). Gradiente pico 60 mmHg y medio 34 mmHg. Se observa una **imagen lineal muy pequeña y móvil relacionada con la parte posterior de la válvula, que en diástole protruye en el TSVI** (a definir con ETE).
- Derrame pericárdico moderado y derrame pleural derecho leve.

EVOLUCION SALA DE CARDIOLOGIA

- Por evolución clínica favorable el 28/08 pasa a sala de cardiología, para continuar estudios diagnósticos por posible endocarditis infecciosa.
- Evoluciona hemodinámicamente estable, asintomático para angor ni equivalentes, afebril y sin signos de falla de bomba.
- Por leucopenia leve y estabilización de los valores de hematocrito, se suspende tratamiento con Hidroxiurea.
- Por indicación del servicio de Infectología se solicita ecocardiograma transesofágico para caracterizar mejor la imagen observada en estudio previo, la cual no se realiza por presentar el ETT una buena ventana acústica al momento de su realización.

ECOCARDIOGRAMA 31/08

- Estenosis aortica severa. Gradiente pico 31 mmHg. Gradiente medio 19 mmHg. Área valvular de 0.7 cm². Insuficiencia Aórtica leve.
- Dilatación moderada del VI con función sistólica severamente deprimida (Fey 20%). Aquinesia septal, apical y lateroapical, con hipoquinesia del resto de los segmentos. Válvula mitral de bajo gasto cardiaca.
- Aurícula izquierda levemente dilatada.

EVOLUCION SALA DE CARDIOLOGIA

- Después de 17 días de tratamiento antibiótico, por permanecer clínicamente estable, afebril, con hemocultivos negativos y sin evidencia de vegetación en ETT control, en conjunto con el servicio de Infectología se decide suspender tratamiento antibiótico, realizando hemocultivos control a las 48 y 96 hs con resultados negativos .
- Actualmente permanece internado en sala aguardando ateneo de resolución, para determinar conducta terapéutica.

LABORATORIO

FECHA	06/08	07/08	08/08	15/08	21/08	28/08	17/08
HTO	61	66	58	48	38	37	36
GB	19900	24000	24000	21000	2700	4100	10900
PLAQ	299000	260000	256000	472000	387000	200000	500000
GLUC	120	123	111	137	115	112	110
UREA	65	79	102	41	62	43	66
CREAT	1.38	2.13	2.89	1.60	1.38	1.41	1.82
TP/KPTT	18/NC	44/42	50/38	59/45	85/37	67/41	69/42
RIN	4.18	1.83	1.66	1.44	1.15	1.31	1.28
NA	144	1.41	138	137	136	138	138
K	4.1	4,8	3.8	4.4	4.2	4.8	5.0
CPK	4850	6318	289				
CPK MB	600	1059	62.9				
VES	12	PCR	45				