



ATENEO CLINICO

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

**Bono Leandro
29/05/2013**

PACIENTE: M.S. **SEXO:** Masculino **EDAD:** 35 años

Fecha de ingreso: 22/10/08 **Fecha de egreso:** 29/10/08

MOTIVO DE INTERNACIÓN:

Dolor precordial.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente refiere comenzar el día 22/10 a las 9:00 hs. con **dolor precordial característico** ante esfuerzo leve de intensidad 8/10 que no cede con el reposo, por lo que consulta a las 14 hs. al Hospital Piñero, donde se indican AINES.

Por persistencia de los síntomas el paciente consulta a Hospital Ramos Mejía donde se constata en ECG injuria subepicárdica anterior extensa sin respuesta a nitratos. Se interpreta como SCACEST y se interna en UCO de dicho centro. Se inicia a las 18 hs **infusión de trombolíticos** presentando criterios negativos de reperfusión. Por tal motivo se decide su traslado a este Hospital para **ATC de rescate**.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

No refiere.

FACTORES DE RIESGO CORONARIOS:

Tabaquismo: 20 cigarrillos/día. Inicio a los 12 años.

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES:

No refiere.

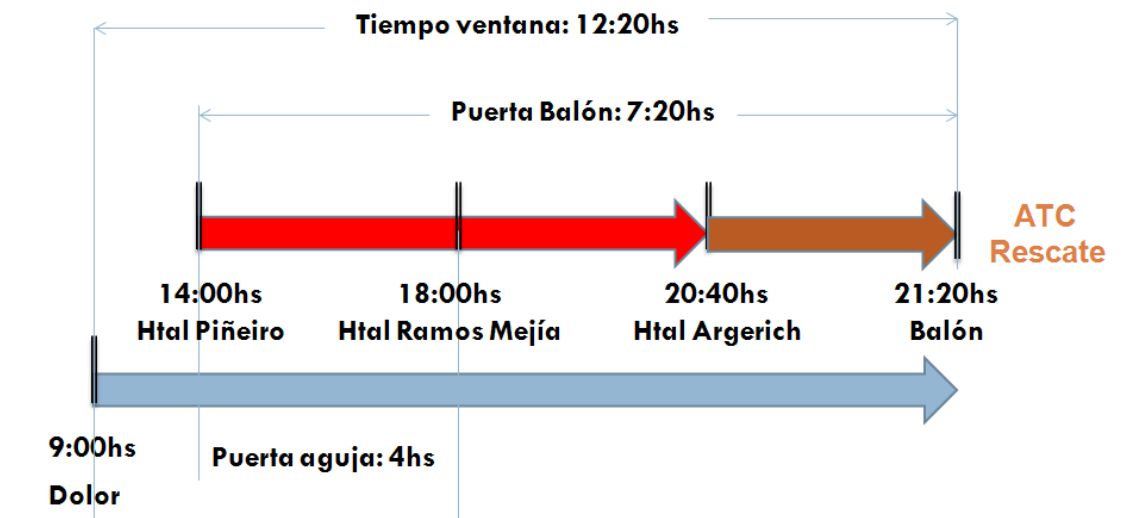
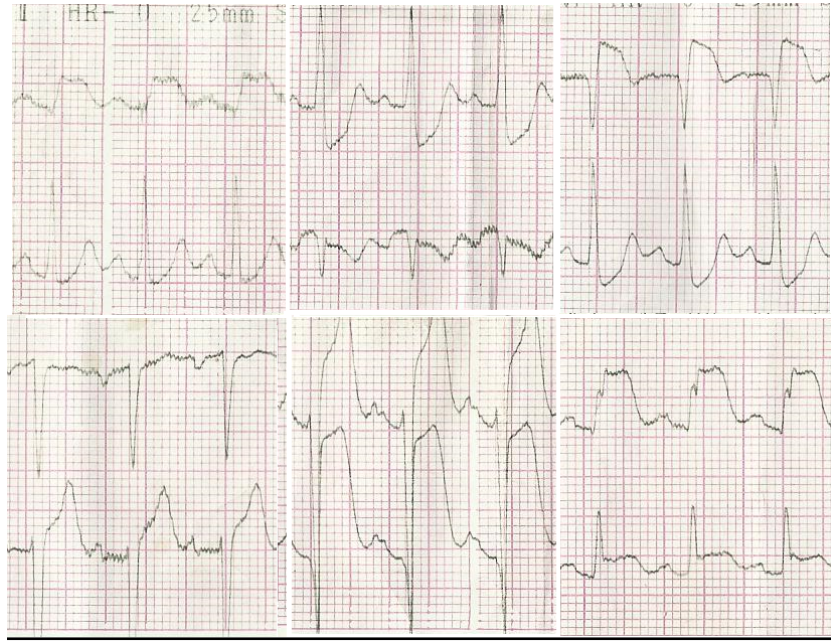
ANTECEDENTES PERSONALES:

Enolismo: 90mg/día.

Adicción a Cocaína y paco.

MEDICACIÓN HABITUAL: No refiere.

ECG INGRESO RAMOS MEJIA



Cinecoronariografía 22/10/08:

Tronco: sin lesiones angiográficamente significativas.

DA: ocluida a nivel del origen con TIMI 0.

CX: sin lesiones angiográficamente significativas.

CD: dominante. Sin lesiones angiográficamente significativa.

Angioplastía coronaria: Stent metálico a DA proximal, TIMI 3 BLUSH 3.

EXAMEN FISICO INGRESO UCO:

TA: 135/80 mmhg

FC: 120 l.p.m.

FR: 12 c.p.m.

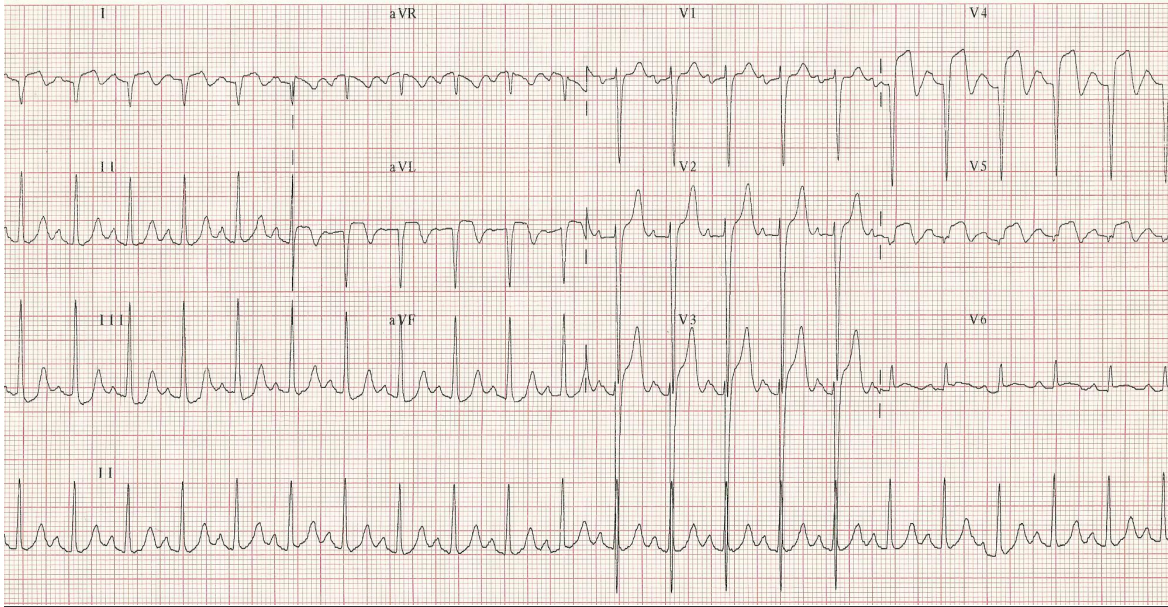
T: 36.2°

- ❑ **Ap. Cardiovascular:** Buena perfusión periférica, ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio. RHY presente, choque de la punta en 5to EIC LMC, pulsos regulares, iguales y simétricos. R1 y R2 en 4 focos hipofonéticos, R3, no impresiona soplo.
- ❑ **Ap Respiratorio:** Eupneico, escasos crepitantes bibasales.
- ❑ **Abdomen:** blando, depresible, RHA presentes hígado y bazo no palpables.
- ❑ **Neurológico:** Lúcido, sin foco motor ni sensitivo.
- ❑ **Piel y TCS:** sin alteraciones. sin edemas.

RX TORAX:



ELECTROCARDIOGRAMA Pos ATC:



ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO 23/10

DDVI: 5.1cm	DSVI: 3.9cm	FAC: 24%	SIV: 1.2cm	PP: 0.8cm	AI: 4.5cm
--------------------	--------------------	-----------------	-------------------	------------------	------------------

VI no dilatado con aquinesia apical, septal y anterior desde la base y lateral medio. **Función sistólica con deterioro severo.** Hipertrofia leve del septum interventricular.

- Leve dilatación de ambas aurículas.
- Insuficiencia mitral y tricúspidea leve. Se estima una PSAP de 38 mmHG.
- Patrón restrictivo en flujograma mitral.

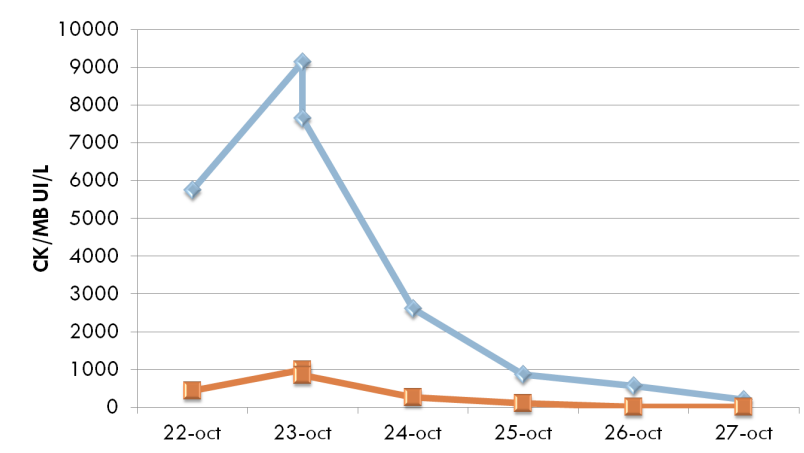
EVOLUCIÓN UCO 22/10 AL 26/10

- Paciente presenta crepitantes bibasales y RHY positivo, por lo que se indica diuréticos de asa y NTG, realizando balance negativo.
- Evoluciona hemodinamicamente estable, compensado de insuficiencia cardiaca y asintomático para ángor con enzimas cardiacas en descenso.
- Se progresa IECA y se inician betabloqueantes.
- Por buena evolución pasa a sala de cardiología.

EVOLUCIÓN SALA DE CARDIOLOGIA 26/10 AL 29/10

- Paciente evoluciona estable hemodinamicamente, asintomático para ángor o equivalentes.

- Se continúa progresando betabloqueantes hasta máximos tolerado por TA, alcanzando una FC de 80 lpm.
- Se realiza nuevo ecocardiograma el día 28/10, para evaluar mejoría de función sistólica del VI. El mismo no presenta cambios con respecto al previo.
- Por buena evolución se decide el alta hospitalaria para control por consultorios externos.



LABORATORIO:

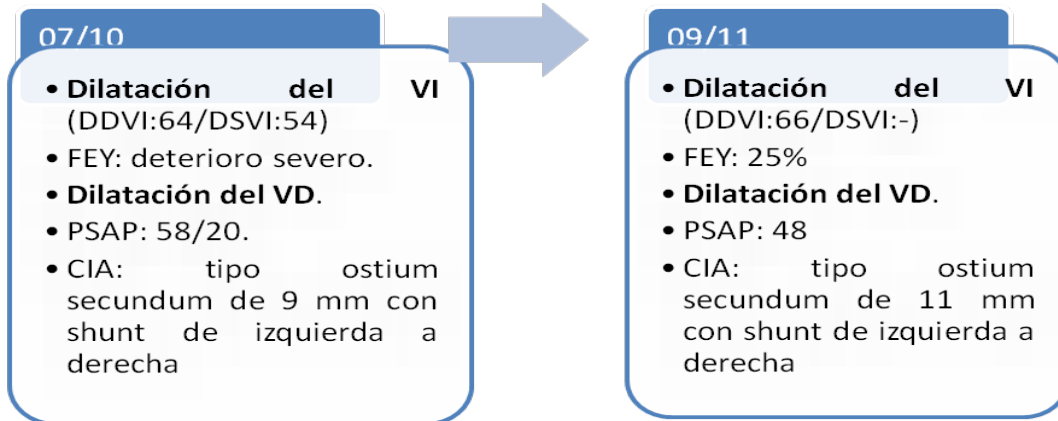
	22/10	24/10	28/10
Hto	52	55	52
GB	18000	12500	8700
Plaquetas	285000	237000	243000
Glucemia	181	80	97
Urea	38	44	43
Creat	1.12	0.66	0.70
TP/kpft/RIN	58/40/1.57	82/34/1.17	76/32/1.2
Ionograma	133/4.2/102	136/3.6/108	135/4.02/105
Hepatoograma	Got:1135	Bt:1.2/BD:0.30 Got:473/Gpt:51	Bt:1.3/BD:0.4 Got:45/Gpt:46
Ck/MB		9146/996	
Hb1c	5.51		
Col/Ta/HDL/LDL	186/123/41/120		

EVOLUCIÓN CONSULTORIOS EXTERNOS:

- Se realiza SPECT que descarta viabilidad e isquemia.

- Paciente evoluciona con miocardiopatía dilatada con **disnea CF II**, presentando 5 internaciones por insuficiencia cardíaca, en contexto de abandono de medicación.
- Se realiza diagnóstico de **CIA ostium secundum** en ecocardiogramas control, observándose dilatación del VD.

EVOLUCION ECOCARDIOGRAFICA:



REINTERNACION: Ingreso 21/01/13- Egreso 29/01/13

Paciente refiere presentar el día 21/01 a las 11:30hs ángor característico en reposo, intensidad 8/10 que no cede motivo por el cual consulta a las 14:00hs al Htal Piñero donde se constata paciente hipertenso (TA: 150/100 mmHg) sin cambios isquémicos en ECG, se inicia NTG cediendo el dolor, enzimas cardíacas negativas. Se decide su derivación a este centro para eventual CCG.

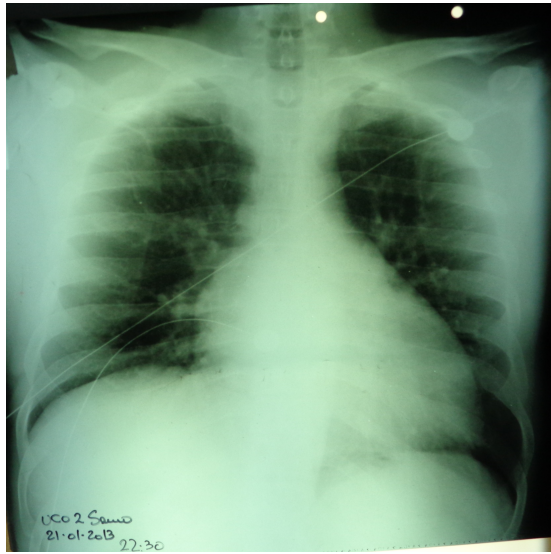
EXAMEN FISICO INGRESO UCO:

TA: 147/81 mmhg	FC: 103 l.p.m.	FR: 18 c.p.m.	T: 36.3°
-----------------	----------------	---------------	----------

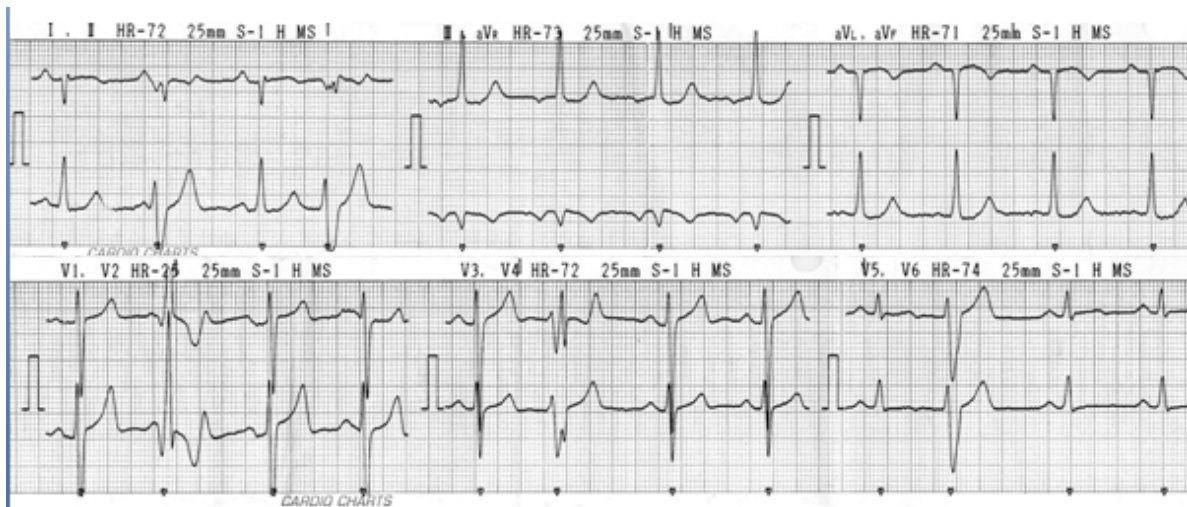
- **Ap. Cardiovascular:** Buena perfusión periférica, ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio. RHY ausente, choque de la punta en 5to EIC LAA, pulsos regulares, iguales y simétricos. R1 y R2 en 4 focos, R2 desdoblado. No impresiona soplo.
- **Ap Respiratorio:** Eupneico, sin ruidos agregados.
- **Abdomen:** Blando, depresible, RHA presentes Hígado y bazo no palpables.
- **Neurológico:** Lúcido, sin foco motor ni sensitivo.

- ❑ **Piel y TCS:** sin alteraciones. sin edemas.

RX TORAX:



ECG ingreso a UCO:



Evolución UCO (21/01 al 24/01):

- ❑ Se interpreta cuadro como **angina de reciente comienzo de moderado riesgo** por score de TIMI 3/7 (aspirina, enfermedad coronaria, dolor), score de GRACE 109, CRUSADE 22.
- ❑ Se inicia doble antiagregación, anticoagulación y nitratos con buena respuesta.
- ❑ Paciente evoluciona hemodinamicamente estable, sin falla de bomba, asintomático para ángor.
- ❑ Se realiza nuevo ecocardiograma el día 22/01.

- El día 24/01 se decide CCG diagnóstica.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO 22/01/13

DDVI: 6.1cm	DSVI: 4.8cm	FAC: 22%	SIV: 0.8cm	PP: 1.0cm	AI: 4.6cm
--------------------	--------------------	-----------------	-------------------	------------------	------------------

- VI dilatado, severa disfunción sistólica y aumento de la PFDVI. Fey: 25%, flujo transmitral restrictivo.
- Aquinesia, adelgazamiento y fibrosis antero-apical que compromete todo el septum anterior, incluso su base, indicativo de necrosis anterior extensa por oclusión proximal de la arteria DA.
 - Sin trombos intraventriculares. AI dilatada área 27 cm².
 - Comunicación interauricular tipo ostium secundum de 13 mm de diámetro con shunt de izquierda a derecha.
 - Cavidades derechas levemente dilatada, con función del VD conservada. TAPSE: 22mm. PSAP: 43mmHG.
 - Sin derrame pericárdico, válvulas morfológicamente normales

CINECORONARIOGRAFÍA 24/01/13:

Tronco: sin lesiones angiográficamente significativas.

DA; se observa stent en tercio proximal permeable, sin reestenosis intrastent. No se observan lesiones angiográficamente significativas.

CX: sin lesiones angiográficamente significativas.

CD: dominante. No presenta lesiones significativas.

EVOLUCION UCO 24/01 AL 25/01:

- Paciente evoluciona hemodinamicamente estable, asintomático para ángor.
- Por buena evolución pasa a sala de cardiología el 25/01.

EVOLUCION SALA DE CARDIOLOGIA 25/01 al 29/01.

- Paciente evoluciona asintomático, sin complicaciones.
- Se recibe serología para **chagas positiva**.
- Por buena evolución se decide el alta hospitalaria con seguimiento por consultorios externos.

MEDICACIÓN AL ALTA:

Aspirina 100 mg/día.

Clopidogrel 75 mg/día

Atorvastatina 20 mg/día.

Carvedilol 25 mg cada 12 hs.

Espironolactona 25 mg /día.

LABORATORIO:

	21/01	27/01
Hto	47	48
GB	6900	6900
Plaquetas	238000	227000
Glucemia	205	80
Urea	27	30
Creat	1.11	0.88
TP/kpft/RIN	71/28/1.25	83/29/1.13
Ionograma	136/3.96/98	134/4.1/97
Troponina	<0.50 ng/lt	
Serologia chagas	positiva	
Ck/MB	101/15	
Hb1c	6.24	
Col/Tg/HDL/LDL	137/115/39/77	