

ATENEEO CLÍNICO- ANATOMOPATOLÓGICO



Hospital Dr. Cosme Argerich.

Servicio de Cardiología

Mariela Eugenia Tolusso

05/09/2012

PACIENTE: F.A. **SEXO:** Masculino **EDAD:** 53 años

Fecha de ingreso: 14/05/2008 / **Fecha de óbito:** 22/05/2008

MOTIVO DE INTERNACIÓN

Angor.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente que refiere presentar el día previo a la consulta, aproximadamente a las 13:00 hs, dolor precordial de intensidad 5/10, con irradiación a dorso, que cede parcialmente, consulta en el día de la fecha a las 06:00 hs a la Guardia Externa de este hospital refiriendo angor de similares características. Se realiza ECG que evidencia secuela de necrosis inferoposterior.

Por persistencia de la sintomatología a pesar del tratamiento médico se solicita coronariografía de urgencia. Pasa al laboratorio de Hemodinamia y posteriormente a la Unidad Coronaria.

ANTECEDENTES de ENFERMEDAD ACTUAL:

No refiere.

FACTORES DE RIESGO CORONARIO:

Tabaquismo: inicio: 22 años de edad, 40 cigarrillos/día durante 31 años (62 paquetes/año).

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES:

No refiere.

CINECORONARIOGRAFÍA 14/05/08

Arteria coronaria izquierda:

Tronco y ostium: sin lesiones significativas.

Arteria Descendente Anterior: lesión 50% en tercio medio.

Arteria Circunfleja: lesión 30% en tercio proximal.

Arteria Coronaria Derecha: Obstrucción en tercio distal 100%.

Ventriculograma izquierdo: Aquinesia inferobasal e inferomedial. Hipoquinesia apical. VFD conservado y VFS levemente incrementado. Función sistólica del VI levemente deteriorada.

CONCLUSIONES: Angioplastia primaria con stent a Coronaria Derecha en tercio distal, exitosa.

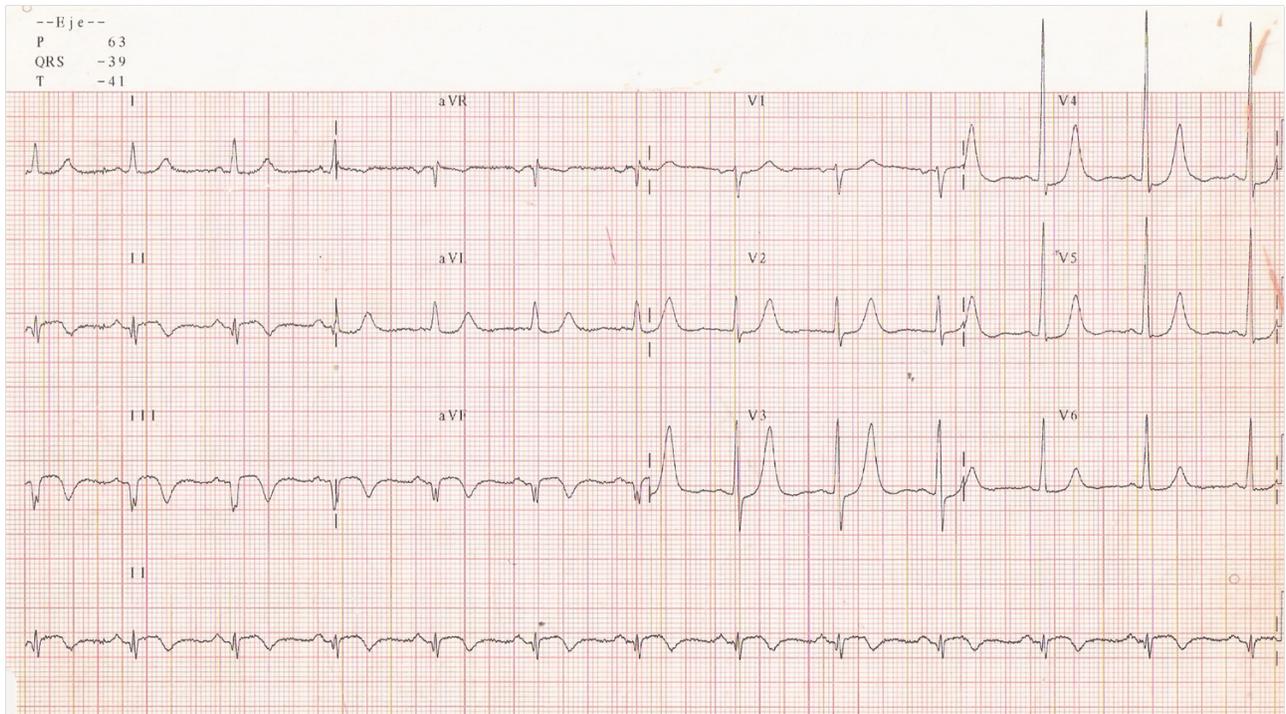
Tiempo de Ventana: 21 hs Tiempo Puerta-Balón 4 hs

EXAMEN FÍSICO AL INGRESO A UCO

TA = 143/83 mmHg	FC = 70 lpm	FR = 16 cpm	T = 36 °C
-------------------------	--------------------	--------------------	------------------

- **Aparato Cardiovascular:** IY 1/3 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. Silencios libres.
- **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 14 al 19/05/08

Se interpreta cuadro clínico como IAM inferoposterior, sin tiempos ni pródromos, KKA, con angioplastia primaria con stent a la CD en su tercio distal, exitosa; continua tratamiento antiagregante con aspirina y clopidogrel.

Se recibe resultado de biomarcadores: CPK 3395 / MB 672, siendo la primera muestra obtenida en la guardia de: CPK 1522 / MB 221.

El paciente evoluciona favorablemente, asintomático, con estabilidad clínica y hemodinámica.

Se solicita ecocardiograma doppler.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO 15/05/08

DDVI	DSVI	FAC%	SIV	PP	AI	AO
4.7	2.5	47%	0.9	0.9	3.8	2.7

- Ventrículo izquierdo no dilatado con grosor parietal normal.
- Deterioro moderado de la función sistólica global del VI.
- Aquinesia inferoposterior. Hipoquinesia lateral basal y medio, y del septum inferior.
- Aurícula izquierda no dilatada.
- Cavidades derechas normales.
- Válvulas morfológicamente normales.
- Alteración de la relajación del ventrículo izquierdo.
- Insuficiencia mitral leve.
- No se observa derrame pericárdico.

EVOLUCIÓN UCO 14 al 19/05/08

Por buena evolución clínica se inicia tratamiento con betabloquantes y vasodilatadores por vía oral. Se constata descenso de biomarcadores en el laboratorio hasta su normalización.

Pasa a Sala de Cardiología el día 19/05/08.

EVOLUCIÓN SALA DE CARDIOLOGÍA 19 al 22/05/08

Durante las primeras 48hs persiste asintomático, sin cambios al examen físico; se aumenta dosis de Carvedilol a 6.25mg cada 12 horas.

El día 22/05 presenta un nuevo episodio de dolor precordial por lo que se realiza CCG de urgencia.

SALA DE HEMODINAMIA 22/05/08

Durante el procedimiento se encuentra el stent en la CD permeable y una lesión severa en la DA proximal. Evoluciona con obstrucción del TCI por posible disección del mismo durante el estudio hemodinámico.

Presenta paro cardíaco en contexto de FV/TV. Se realiza CVE y maniobras de RCP en forma prolongada, con reanudación de la circulación espontánea. Se realiza intubación orotraqueal y conexión a ARM. Se coloca marcapasos transitorio y balón de contrapulsación intra-aórtica.

El paciente evoluciona desfavorablemente, con requerimiento elevado de inotrópicos.

Se realiza CRM de urgencia, con dos puentes venosos a DA y LV, con tiempo de circulación extracorpórea de 178'. Durante el procedimiento persiste hipotenso, con signos de mala perfusión periférica. Al finalizar el procedimiento, ingresa a UCO donde se constata al paciente en PCR por lo que se reinicia reanimación avanzada, de resultado negativo.

Se constata el óbito a las 20:50hs.

LABORATORIO:

	14/05	14/05	14/05	15/05	16/05	17/05
Hto		39%		37%		
GB		11.400		10.800		
Plaq		181.000		178.000		
Glu		109		121	82	81
Urea		26		22	32	44
Crea		0.84		0.77	0.90	
TP					122%	
KPTT					27''	
CPK	1522	3395	2548	1172	397	194
CPK mb	221	672	300	94	34	-
CoI T/ LDL HDL/ TAG					158/90 47/104	
BT/BD		0.7/0.1			1.1/0.3	
TGO/TGP		-/55			-/36	
Na /K/Cl				134/3.6/109	135/3.6/96	142/3.7/99