



Ateneo

Anatomopatológico

Dr. Diego Rodríguez
Hospital Dr. Cosme Argerich
5/06/2019

Paciente: J.K.	Edad: 50 años	Sexo: Masculino
----------------	---------------	-----------------

Fecha de ingreso: 30-10-2018

Fecha de obito: 14-11-18

⊙ **Motivo de internación:** Ángor

⊙ **Enfermedad actual**

Paciente consulta a la guardia externa por dolor precordial característico, atípico, de intensidad 10/10 que irradia a brazo izquierdo de más de 20 minutos de duración.

Se realiza electrocardiograma que evidencia injuria subepicárdica anterior extensa. Se interpreta SCACEST KKB, por lo que se realiza CCG de urgencia.

ANTECEDENTES

⊙ **Factores de riesgo cardiovascular**

- > Ex tabaquista (fumó 10 años - 2,5 paquetes/año).
- > Obesidad grado III.
- > Sedentario.
- > Dislipémico.

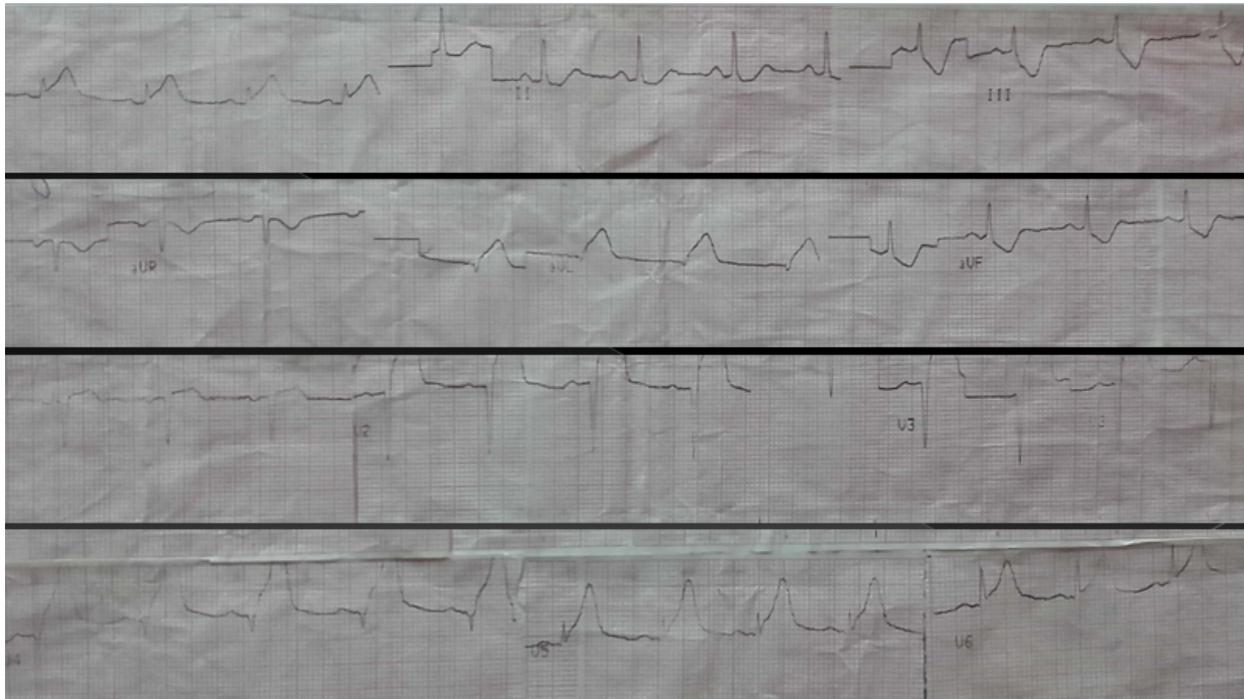
⊙ **Antecedentes de enfermedad actual**

- > IAM apical no revascularizado (año 2015).
- > Angina crónica estable CF II desde año 2015.

⊙ **Medicación habitual**

- > AAS 100 mg día
- > Clopidogrel 75 mg día
- > Atorvastatina 40 mg día
- > Enalapril 5 mg cada 12 hs

ECG ingreso a guardia externa – Hospital Argerich



Cinecoronariografía

- ⊙ Tronco de coronaria izquierda: Sin lesiones angiográficamente significativas.
- ⊙ Arteria descendente anterior: Lesión significativa proximal (70% de la luz), ocluida en tercio medio luego de dar origen a primer ramo diagonal y septal.
- ⊙ Arteria circunfleja: Sin lesiones angiográficamente significativas.
- ⊙ Arteria coronaria derecha: Hipoplasia. Sin lesiones angiográficamente significativas.
- ⊙ Ventriculograma: Volúmenes de fin de diástole y sístole aumentados. Acinesia inferior apical, apical y anteroapical e hipocinesia anterior. Función sistólica con deterioro moderado. Válvula mitral competente.

Tiempos

- ⊙ Inicio del dolor 30/10 23:59 Hs.
- ⊙ Llegada al Hospital 31/10 1:30 Hs.

- ⊙ Primer contacto médico 1:35 Hs.
- ⊙ Hora de llamada 1:36 Hs.
- ⊙ Hora de llegada a hemodinamia 2:20 Hs.
- ⊙ Inicio de CCG 2:27 Hs.
- ⊙ Primer intento 2:30 Hs.
- ⊙ Cuerda pasada 2:41 Hs.
- ⊙ **TIMI final 3:05 Hs.**

Ingresa a UCO post procedimiento inmediato

Se colocan dos stent liberadores de droga BIOMIME TM a nivel del tercio medio y proximal de arteria DA de manera telescopada.

EXAMEN FISICO DE INGRESO A UCO – 31/10/18

TA: 130/80 mmHg FC: 103 lpm FR: 19 cpm SatO2: 98% (o,21%)

Peso: 120 kg Altura: 170 cm IMC: 42

- ⊙ **Aparato cardiovascular:** Buena perfusión periférica. Ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio. RHY negativo. Choque de punta en 5to EIC izquierdo. R1-R2 en 4 focos. Silencios libres. Pulsos periféricos presentes, regulares y simétricos.
- ⊙ **Aparato respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria, rales crepitantes en ambas bases.
- ⊙ **Abdomen:** Blando, depresible e indoloro, RHA positivos.
- ⊙ **Neurológico:** Lúcido, sin foco motor ni signos meníngeos.
- ⊙ **Piel y partes blandas:** Edemas periféricos 1/6.

ECG DE INGRESO A UCO



Radiografía de tórax de ingreso a UCO



- ⦿ Evolucionando asintomático y sin complicaciones.
- ⦿ Se realiza ecocardiograma doppler cardíaco transtorácico.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO

DDVI: 47 mm DSVI:- SIV: 13 mm PP: 12 mm

Ventrículo izquierdo no dilatado con leve hipertrofia concéntrica.

Aquinesia septal medial y de todos los segmentos apicales con normoquinesia del resto.

Función sistólica global deprimida en grado leve a moderado.

Cavidades derechas de dimensiones normales.

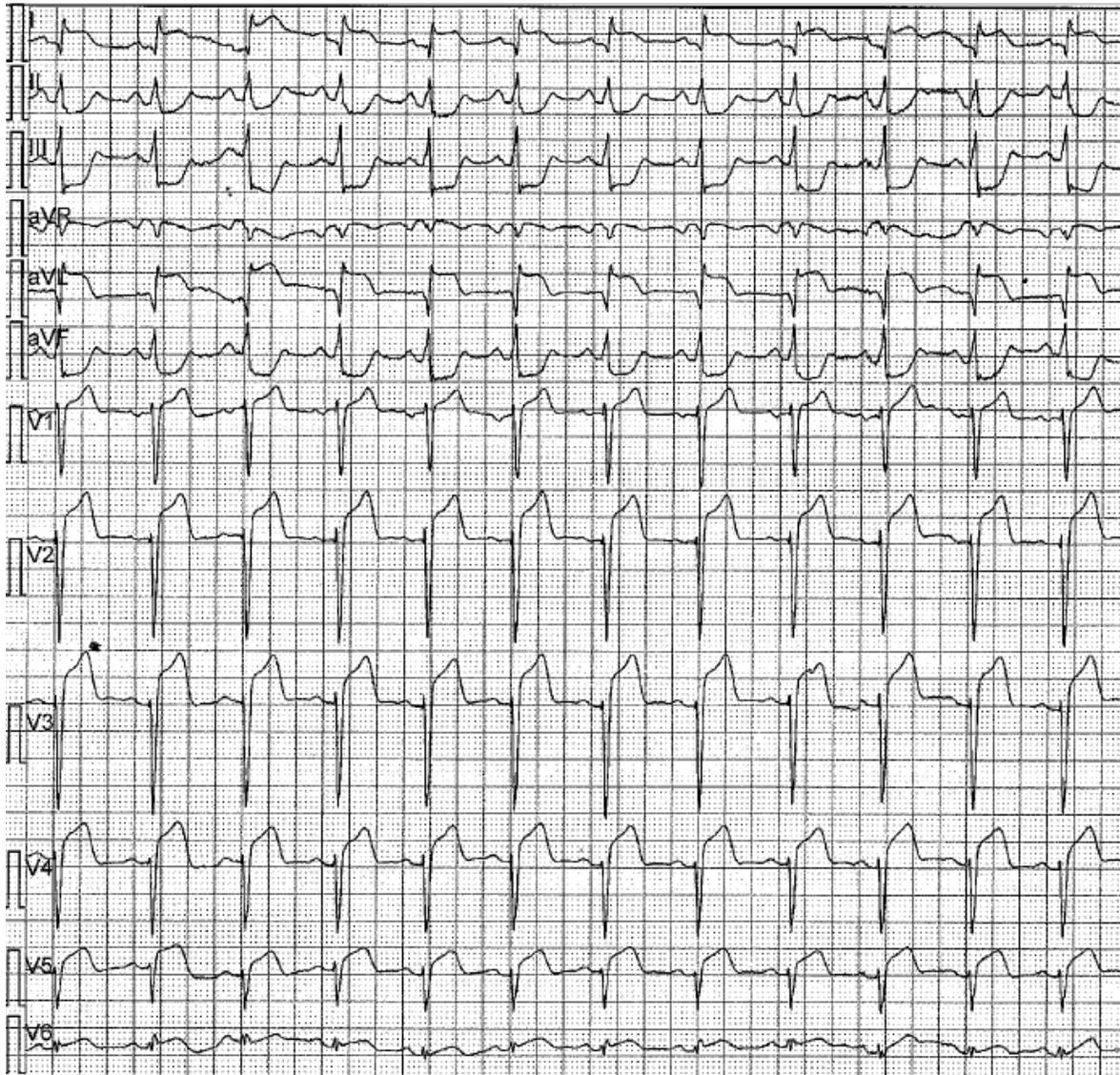
Válvulas morfológicamente normales.

No se observa derrame pericárdico.

Evolución en UCO 1/11/18

- ⊙ Presenta episodio de dolor precordial característico y atípico, por lo que se realiza ECG que evidencia injuria subepicárdica anterior extensa.
- ⊙ Por sospecha de trombosis intrastent se decide realizar CCG de urgencia.

ECG intradolor con NTG intravenoso



Cinecoronariografía

Se evidencia en arteria descendente anterior trombosis intrastent a nivel proximal.

Se coloca 1 stent DES BIOMIME TM en ostium y tercio proximal de DA de manera telescopada con stent previo. Se realiza infusión intracoronaria de tirofiban. Se constata flujo TIMI III en segmento tratado.

Se evidencia oclusión distal de arteria DA, se interpreta lesión crónica.

- ⊙ Ingresa a UCO post procedimiento inmediato.
- ⊙ Se interpreta IAM tipo 4B anterior extenso KKB y se realiza carga de prasugrel y goteo de tirofiban.
- ⊙ Se realiza nuevo ecocardiograma doppler cardíaco transtorácico.

Ecocardiograma transtorácico

DDVI: 48 mm DSVI:- SIV: 13 mm PP: 12 mm

Ventrículo izquierdo de diámetros normales. **Espesores parietales levemente aumentados.**

Deterioro moderado a severo de la función sistólica. **Fey 30%.**

Aquinesia de todos los segmentos apicales, septal posterior e inferior extensa. Hipoquinesia anterior y lateral de los segmentos medios y apicales.

Aurícula izquierda levemente dilatada.

Cavidades derechas de dimensiones normales. Ventrículo derecho con función conservada **TAPSE 16 mm/s**. Onda S' tisular 18 cm/s.

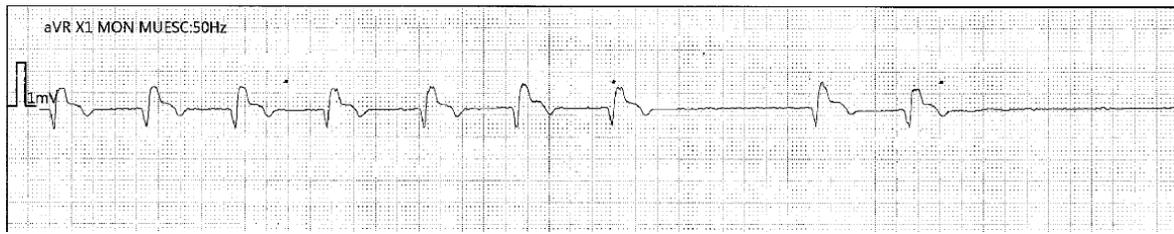
Válvulas morfológicamente normales.

No se observa derrame pericárdico

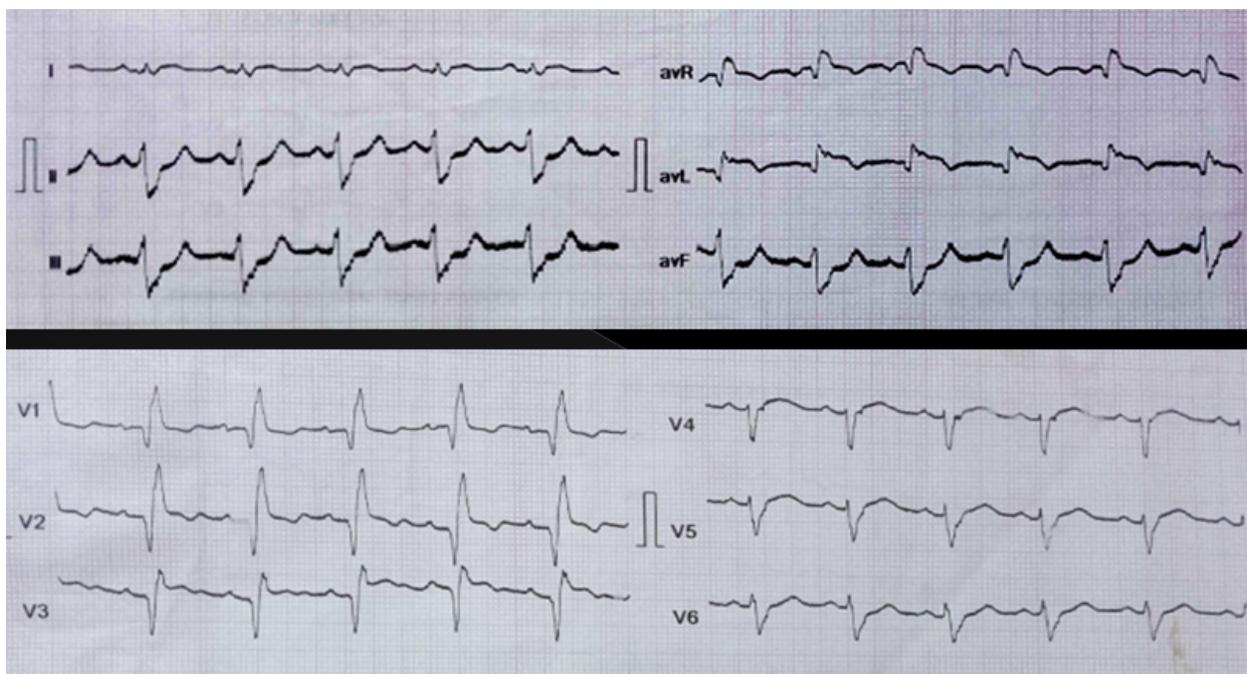
Evolución en UCO 3/11 al 4/11

- ⊙ Por episodio de hipotensión sintomático, se realiza revisión de telemetría y se observa bloqueo AV de 3º grado que revierte de manera intermitente a sinusal.
- ⊙ Se realiza ECG donde se constata nuevo BCRD y HVAI, interpretando complicación eléctrica post-IAM, por lo que se coloca marcapasos transitorio.

Telemetría



ECG control



- ⊙ Por registros febriles, se toman HMC y urocultivo. Se inicia tratamiento antibiótico empírico con piperacilina tazobactam mas vancomicina, que posteriormente se ajustan a rescate (Staphylococcus haemolyticus multisensible).
- ⊙ Se realiza ecocardiograma y doppler cardíaco transtorácico control.

Ecocardiograma transtorácico

DDVI: 58 mm DSVI: 39 mm SIV: 13 mm PP: 7 mm

Ventrículo izquierdo levemente dilatado con hipertrofia concéntrica.

Disquinesia septoapical. Aquinesia del resto de los segmentos apicales y del septum anterior medial. Hipoquinesia septomedial, anterior medial, lateromedial y septal anterior basal.

Deterioro moderado de la función sistólica global. **Fracción de eyección 35%.**

Aurícula izquierda dilatada.

Cavidades derechas de dimensiones normales. Se observa **catéter de marcapasos** en su interior.

Válvulas morfológicamente normales. No se observa derrame pericárdico.

Evolución en UCO 7/11 al 9/11

- ⊙ Evoluciona con ritmo sinusal, asintomático, sin evidencia de BAV por telemetría.
- ⊙ Se interconsulta a Servicio de Electrofisiología, quienes deciden colocación de marcapasos definitivo, y por no presentar nuevos eventos pasa a Sala de Cardiología.

Evolución en Sala de Cardiología 10/11 al 14/11

- ⊙ Evoluciona asintomático, sin ángor ni disnea.
- ⊙ El 14/11 se acude a llamado de enfermería, se constata paciente en PCR, se realizan maniobras de RCP básicas y avanzadas sin éxito, constatando óbito a las 5.30 am.

Medicacion

AAS 100 mg día

Atorvastatina 40 mg día

Prasugrel 10 mg día

Espironolactona 25 mg día

Losartán 25 mg día

Piperacilina tazobactam 4,5 gr cada 6 hs

Clonazepam 0,5 mg día

Omeprazol 20 mg día

Laboratorios

Determinación	31/10/18 (ingreso)	1/11/18 (IAM tipo 4B)	9/11/18
Hematocrito(%) / Hemoglobina (mg/dl) Leucocitos (cel/mm3) Plaquetas (cel/mm3)	47 – 16 – 12.000 – 294.000	51 – 17 – 10.500 -	41 – 13 – 7.300
Glucosa (cel/mm3) HbA1c	155 – 6,04	117 – 6,04	98 – 6,04
Urea / Creatinina (mg/dl)	19 – 0,87	25 – 0,89	33 – 0,91
Na / K / Cl (mmol/l)	134 – 4,3 - 93	130 – 4,25 - 95	135 – 4 - 97
BT / BD / GOT / GPT (mg/dl- mg/d- mg/d U/L- U/L)	0,51 – 0,16 – 358 - 53	0,79 – 0,19 – 296 - 77	0,6 – 0,11 – 48 - 45
Col tot, prot tot, alb, TG (mg/dl-g/dl-g/dl)	226 – 8,1 – 4,3 - 195	-----	-----
TP / Kptt / Rin (%-seg-RIN)	81 – 24 – 1,09	83 – 26 – 1,07	74 – 27 – 1,16
EAB- acido láctico	7,42 – 33 – 79 – 24 – 1,3 – 96 / 16	7,43 – 37 – 81 – 24 – 1 – 97 / 23	-----
CK MB – Troponina (UI/l – UI /l – ng/lt)	5140 – 323 - x 3399 – 206 - x	6063 – 155 - 1406 5281 – 81- x	-----
Chagas – VDRL – VHA - VHB – VHC -	Negativo	-----	-----
TSH	0.43	-----	-----