



ATENEO CLINICO

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

Luciana Puente

19/09/2012

Paciente: A.T

Fecha de ingreso: 12/12/04

Sexo: Femenino

Fecha de egreso: 15/12/04

Edad: 42

MOTIVO DE INTERNACIÓN:

Angor.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente que refirió presentar el 12/12/04 dolor precordial en reposo de intensidad 9/10, sin irradiación, ni otra sintomatología acompañante, de 30 minutos de evolución, motivo por el cual consultó a la guardia externa del Hospital Fernández. Se realizó electrocardiograma que evidenció injuria subepicárdica anterior extensa. Se interpretó el cuadro como síndrome coronario agudo con elevación del ST, solicitándose derivación a este centro para angioplastia primaria y presentando durante el traslado episodio de FV con descompensación hemodinámica que requirió de CVE.

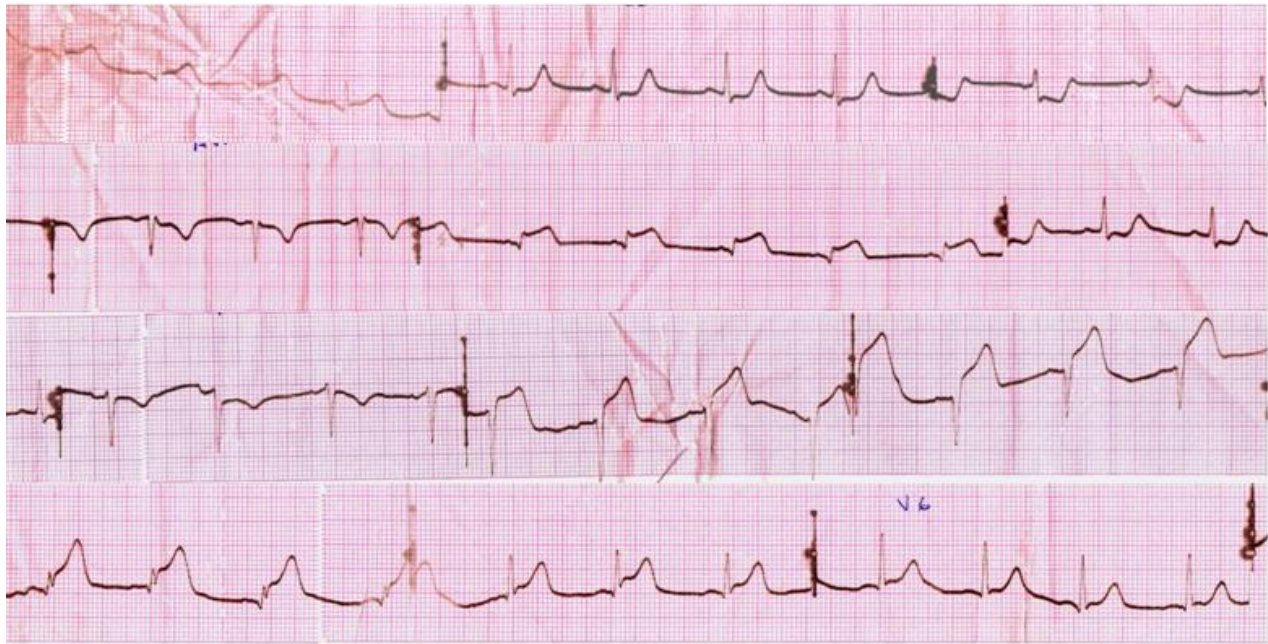
ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

Episodios de dolor precordial característico con el esfuerzo moderado, de intensidad 6/10 y menos de 5 minutos duración, que cedieron de forma espontánea, 3 días previos a la consulta.

FACTORES DE RIESGO CORONARIO:

Tabaquista 27 paquetes por año, dislipémica.

ELECTROCARDIOGRAMA DE HTAL FERNÁNDEZ



Paciente ingresa a sala de hemodinamia lúcida, estable hemodinámicamente.

CINECORONARIOGRAFIA 12/12/04

- Tronco de Coronaria izquierda: Sin lesiones significativas.
- Descendente anterior: **Ocluida a nivel de tercio medio.**
- Se realizó ATC exitosa con stent en DA tercio medio.

Tiempo de Ventana: 7 hs

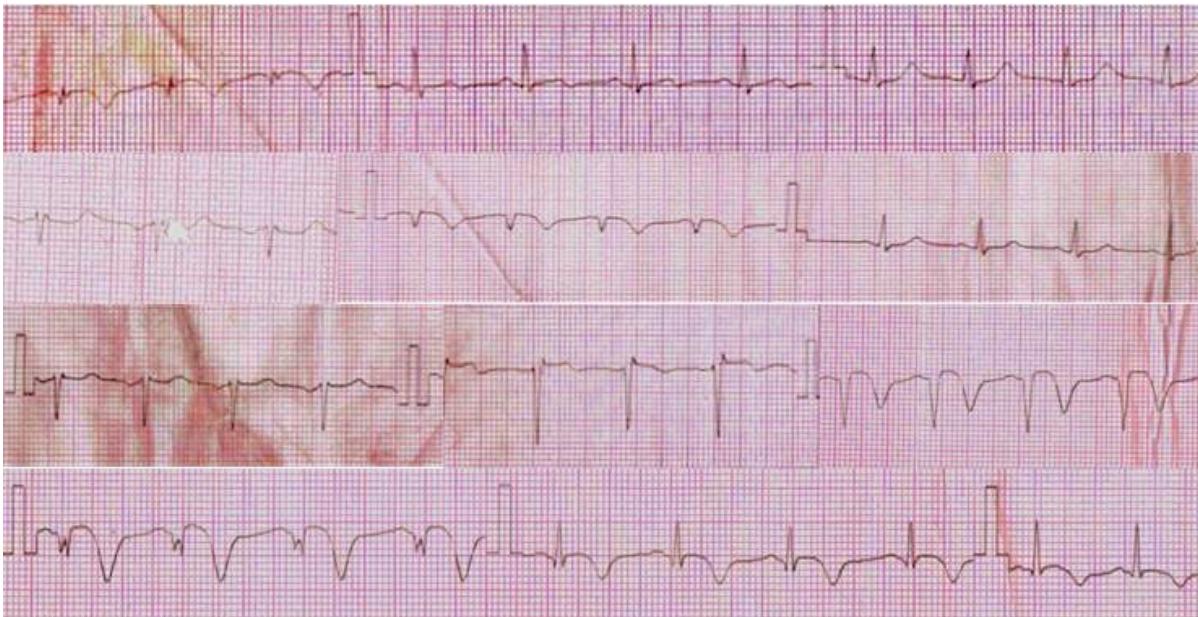
Tiempo Puerta-Balón: 6:30hs

EXAMEN FISICO AL INGRESO A UCO

TA	FC	FR	T
100/75 mmHg	65 lpm	18 rpm	36 °c

- **Ap. Cardiovascular:** Adecuada perfusión periférica. IY 1/3 con colapso inspiratorio. Pulsos periféricos conservados. R1-R2 en cuatro focos, normofonéticos, silencios impresionan libres.
- **TCS:** Sin edemas.
- **AP. Respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.
- **Abdomen:** Blando, depresible, indoloro. No se palpan visceromegalias. Sin ascitis. RHA positivos.
- **Neurológico:** Lúcida, sin signo de foco motor.

ELECTROCARDIOGRAMA INGRESO A UCO



EVOLUCIÓN UCO 12/12/04 al 13/12/04

- Paciente evolucionó hemodinámicamente estable, afebril, sin signos de insuficiencia cardíaca. Asintomática para angor o equivalentes. Se realizó Ecocardiograma.

ECOCARDIOGRAMA DOPPLER 13/12/04

- DDVI 5.4 cm DSVI 2.9 cm FAC 46% SIV 0.7 cm PP 0.9 cm AI 3.4 cm AO 2.9 cm

- Cavidades de dimensiones normales. Ventrículo izquierdo con grosor parietal normal. Aquinesia del septum anterior medio y apical. Deterioro leve de la función sistólica.
- Válvulas morfológicamente normales.
- Cavidades derechas normales.
- No se observa derrame pericárdico.

EVOLUCIÓN UCO 14/12/04

- Paciente continuó hemodinámicamente estable. Ingresó en protocolo de investigación y se realizó implante de células madre de medula ósea intracoronario, mediante CCG, sin complicaciones.

INFORME CINECORONARIOGRAFÍA 14/12/04

Arteria coronaria izquierda:

Tronco: sin lesiones significativas.

Arteria descendente anterior: no presenta lesiones significativas. Stent en tercio proximal permeable.

Arteria circunfleja: no presenta lesiones significativas. Ramos lateroventriculares sin lesiones severas.

Arteria coronaria derecha: sin lesiones significativas.

Ventriculograma: volumen de fin de diástole y de fin de sístole conservados. Aquinesia anteromedial, anteroapical e inferoapical. Deterioro severo de la función ventricular.

EVOLUCIÓN 14/12/04 AL 16/12/04

- Por evolución clínica favorable pasó a Sala de Cardiología el día 16/12, otorgándose alta hospitalaria el 17/12, y continuando seguimiento ambulatorio por Servicio de Hemodinamia.

LABORATORIO

	12/12/04	13/12/04	14/12/04	15/12/04
HTO	39%	37%	35%	39%
GB	11.600	10.800	11.400	8.300
PLAQUETAS	315.000	263.000	268000	259.000
GLUCEMIA	125	96	119	162
UREA	21	24	48	71
CREATININA	0.5	0.59	1.32	0.90
BT/BD		0.75/0.09	2.04/0.18	1.76/0.09
GOT/GPT		117/22	33/28	25/23
COL/TG		268/107	312	144/68
HDL/LDL		52/195	-/-	38/92
TP/KPTT	100/28	82/46	-/-	101/31
CK/CK-MB	88	2710/296	1036/94 747/72 2144 (24)	186/-
NA/K/CL	139/3.9/-	139/3.21/108	135/3.8/97	

MEDICACIÓN AL ALTA

➤ Aspirina 100 mg/día.

- Clopidogrel 75 mg/día.
- Atenolol 50 mg/día.
- Simvastatina 20 mg/día.
- No se iniciaron vasodilatadores ni se progresó más el betabloqueante por presentar TA disminuida.

SEGUIMIENTO AMBULATORIO

- De acuerdo al protocolo de investigación se realizó SPECT a la semana, así como controles médicos a los 3 y 5 meses, y CCG de control a los 5 meses.
- Posteriormente, se controló clínicamente en forma anual realizándose estudios complementarios según necesidad.

SEGUIMIENTO CLÍNICO A LOS 6 MESES:

La paciente evolucionó asintomática para angor y equivalentes, presentando buena adherencia al tratamiento médico. Se realizó los siguientes estudios complementarios:

- **SPECT reposo (21/12/04):**

- Reposo: Hipoperfusión severa anterior y apical.
- Gatillado: Aquinesia anterior sin engrosamiento. Disquinesia de ápex sin engrosamiento.
- Conclusión: Secuela de necrosis en el territorio de la DA.

- **Ecocardiograma (24/02/05):**

- DDVI:5.4 cm DSVI: 3.4 cm SSVI: 0.9 PP: 0.7
- Aquinesia septoapical y anteroapical. Función sistólica levemente deteriorada.

- **SPECT reposo-esfuerzo y gatillado (15/03/05):**

- PEG: 450 Kgm, FC Max: 170 lpm TA: 170/80 ITT: 28900. Prueba suficiente, negativa para angor, sin cambios del ST.
- Esfuerzo: Hipoperfusión severa anterior y ápex. FEY: 61%.
- Reposo: sin cambios significativos.
- Gatillado: Acinesia anterior y ápex.

- Conclusión: Necrosis en el territorio de la DA. Función ventricular izquierda normal.

➤ **Cinecoronariografía (Mayo 2005)**

- **Arteria coronaria izquierda:**

- Tronco: sin lesiones significativas.
- Arteria descendente anterior: ocluida en tercio medio. El lecho distal se visualiza en forma incompleta por circulación colateral homocoronariana.
- Arteria circunfleja: sin lesiones significativas. Ramos lateroventriculares sin lesiones severas.

- **Arteria coronaria derecha:** no presenta lesiones significativas.

- **Ventriculograma:** volúmenes levemente dilatados. Aquinesia anteromedial, anteroapical e inferoapical. Deterioro severo de la función ventricular.

- **Conclusiones:** enfermedad significativa de un vaso. Deterioro severo de la función del ventrículo izquierdo.

- **Angioplastia a Descendente Anterior:** se visualiza enfermedad severa distal al stent, se dilata con balón, se coloca stent en segmento distal de la lesión del tercio medio y stent en el segmento proximal, exitoso.

Conclusiones: angioplastia exitosa con 2 stent a arteria descendente anterior.

SEGUIMIENTO AMBULATORIO

- **14/09/05:** Internación en UCO por 24 hs por episodio de dolor precordial no característico, en reposo, con ECG intradolor sin cambios isquémicos agudos. Diagnóstico de egreso: Angina de reciente comienzo de bajo riesgo.

- Desde ese momento y hasta la actualidad, la paciente se realizó múltiples controles ambulatorios permaneciendo asintomática, con buena adherencia al tratamiento médico y cambios en el estilo de vida (dejó de fumar, ejercicio moderado habitual).

- Se progresó tratamiento beta bloqueante y vasodilatador según tolerancia, agregándose también Ezetimibe.

- Se realizaron los siguientes estudios complementarios:

- **2006:**

○ **Ecocardiograma (5/12/06):**

DDVI 5.3 cm DSVI 3.6 cm SIV 0.8 cm PP 0.9 cm AI 3.4 cm AO: 2.5 cm. Cavidades cardiacas normales. Función ventricular normal. Patrón de llenado del VI normal. Válvulas normales. Insuficiencia pulmonar leve.

▪ **2007:**

○ **Spect reposo-esfuerzo-gatillado:**

- PEG: alcanzó 600 KGM, METS: 6.2, FC: 157 TA: 142/70 ITT: 22297. Prueba suficiente, negativa para angor, sin cambios del ST.
- Esfuerzo: Hipoperfusión severa anterior y del ápex.
- Reposo: Mejora la perfusión anteromedial y anterobasal. Normaliza el tamaño de la cavidad.
- CONCLUSIÓN: Desarrollo de isquemia perinecrosis y secuela de necrosis en el territorio de la arteria DA. Dilatación isquémica transitoria de la cavidad del VI.

▪ **2008**

○ **SPECT reposo-esfuerzo-gatillado(08/07/08):**

- PEG: alcanzó 750 KGM, METS 5.14, FC max. 157, TA máx. 160/90, ITT 25120. Negativa para angor y ST.
- Esfuerzo: Hipoperfusión severa anterior y del ápex.
- Reposo: sin cambios.
- Conclusión: necrosis en territorio de la arteria DA. No desarrollo de isquemia miocárdica.

○ **Ecocardiograma (17/10/08):** DDVI: 5.4 cm DSVI: 3.6 cm, SIV: 1.1 cm PP: 0.7 cm. Leve Hipoquinesia anterior a predominio apical. Deterioro leve de la función sistólica global.

▪ **2009**

○ **Ecocardiograma:** DDVI: 5 cm DSVI 3.3 cm FAC 34% SVI: 0.9 cm PP: 0.8 cm. AI: 3.6 cm. Función sistólica levemente deteriorada (Fey 50%).Hipoquinesia anterior y apical.

- **Ergometría:** alcanzó etapa 4, máximo 13 MET, FC max 167, TA max 130/60, ITT 21710. Conclusión: Sin evidencia de isquemia miocárdica.
- **2012:**
 - **Ecocardiograma (23/05/12):**DDVI: 5cm DSVI: 2.5cm SVI: 0.7 cm PP: 0.6cm Función sistólica global y segmentaria del VI conservada, Fey 65%. Válvulas normales. Cavidades del VD normales.
 - **SPECT reposo/esfuerzo- gatillado (23 y 24 /05/12)**
 - **PEG:** carga 1050 kgm, 10 METS, FC 163, TA 180/80; ITT: 29340.
 - **Esfuerzo:** VI dilatado. Severo defecto de la perfusión anteroapical septoapical y apical.
 - **Reposo:** sin cambios respecto al esfuerzo. SSS: 14 SDS:0.
 - **Gatillado:** Hipoquinesia cara anterior y apical. FEVI 61%. VFS 43 ml VFD 108 ml.
 - **TAC cardíaca multicorte (28/06/12):**
 - **Coronaria derecha:** dominante. Lesiones no significativas (<50%).
 - **Tronco coronario izquierdo:** lesión focal excéntrica moderada (30%).
 - **Descendente anterior:** stent proximal y medio permeable.
 - **Circunfleja:** no presenta lesiones.
 - **Espesores y motilidad parietal:** VI levemente dilatado. Espesores parietales normales: DDVI 5.6 cm SIV 0.8 cm PP 0.7 cm. VFD 172ml VFS 68ml. Fey 61%. Hipoquinesia anterior y anteroseptal en cortes apicales.

➤ Actualmente permanece asintomática.

➤ **TRATAMIENTO ACTUAL:**

Aspirina 100 mg/día

Atenolol 50 mg/día.

Atorvastatina 20 mg/día.

Enalapril 5 mg cada 12 hs.