



# **ATENEO**

# **ANATOMO-PATOLOGICO**

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

**Bono Leandro**  
**16/10/2013**

**PACIENTE: T.A. SEXO: Femenino EDAD: 71 años**

**Fecha de ingreso: 20/07/13 Fecha de óbito: 25/07/13**

**Motivo de consulta:**

Dolor precordial.

**Enfermedad Actual:**

Paciente refiere presentar el 19 de julio dolor precordial característico intensidad 9/10 que no cede, por lo que consulta a guardia externa del hospital Tornú. Se constata en ECG secuela anteroseptal y SST de V3 a V5, se inicia NTG endovenoso, morfina (con cese parcial del dolor) y doble antiagregación.

Paciente evoluciona a las 12 hs con nuevo episodio de dolor precordial intensidad 10/10 con ECG que evidencia SST de V1 a V5, se reciben enzimas cardiacas positivas y se deriva a UCO de este Hospital para evaluación y tratamiento.

**Antecedentes:**

**Antecedentes de enfermedad actual:**

- *Angina progresiva: desde marzo del 2013 de esfuerzos moderados a esfuerzos leves.*
- *SPECT 25/06/13: Necrosis apicolateral, anterolateral e inferolateral (medio y basal). Isquemia perinecrosis anterolateral.*

**Antecedentes cardiovasculares:**

- *AIT: hace 6 años.*

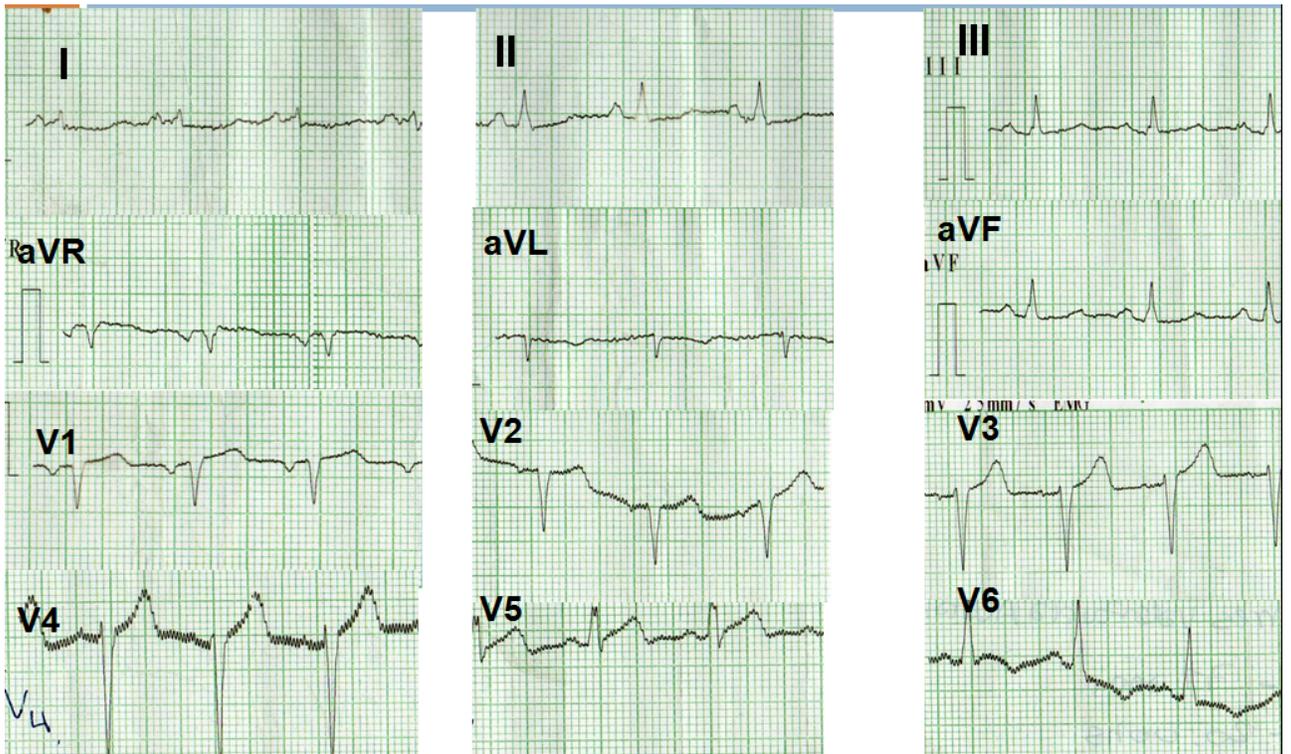
**Factores de riesgo coronarios:**

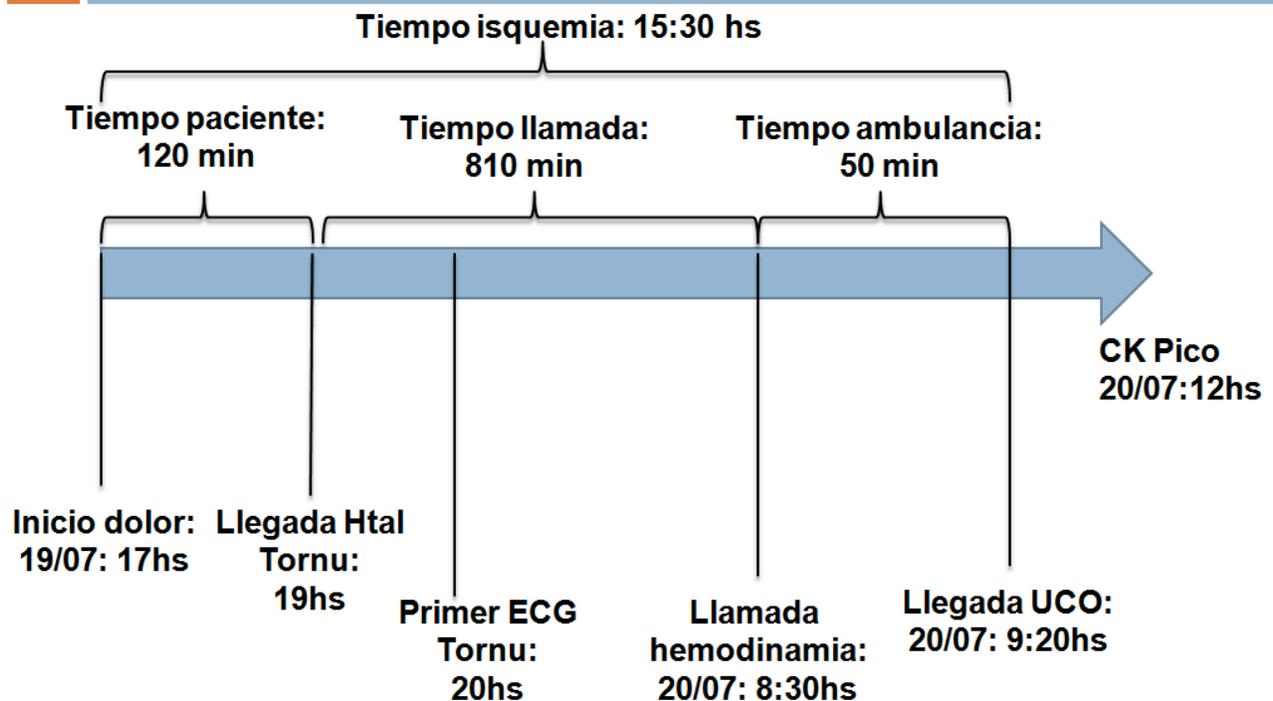
- *Diabetes mellitus tipo II: tratada, de 25 años de evolución.*
- *Dislipemia: tratada, de 15 años de evolución.*
- *Tabaquista: 10 cigarrillos por día. Desde hace 35 años.*
- *Sobrepeso: IMC: 29.*

**Medicación Habitual:**

- *Omeprazol 20 mg por día vo.*
- *Aspirina 100 mg por día vo.*
- *Clopidogrel 75 mg por día vo.*

- Atorvastatina 20 mg por día vo.
  - Atenolol 25 mg cada 12 hs vo.
  - Enalapril 2.5 mg cada 12 hs vo.
  - Metformina 500 mg cada 12 hs vo.
  - Pioglitazona 30 mg por día vo.
  - Gabapentin 300mg por día vo.
- Participo por 2 años en ensayo fase III randomizado, controlado con placebo, de los efectos de un péptido análogo al glucagon sobre el control glucémico en pacientes con DBT tipo 2 bajo tratamiento con metformina y pioglitazona.
- ECG INGRESO HOSPITAL TORNU: 19/07 20:00 hs. con dolor 10/10**





**EXAMEN FISICO INGRESO UCO:**

TA: 134/92 mmHg

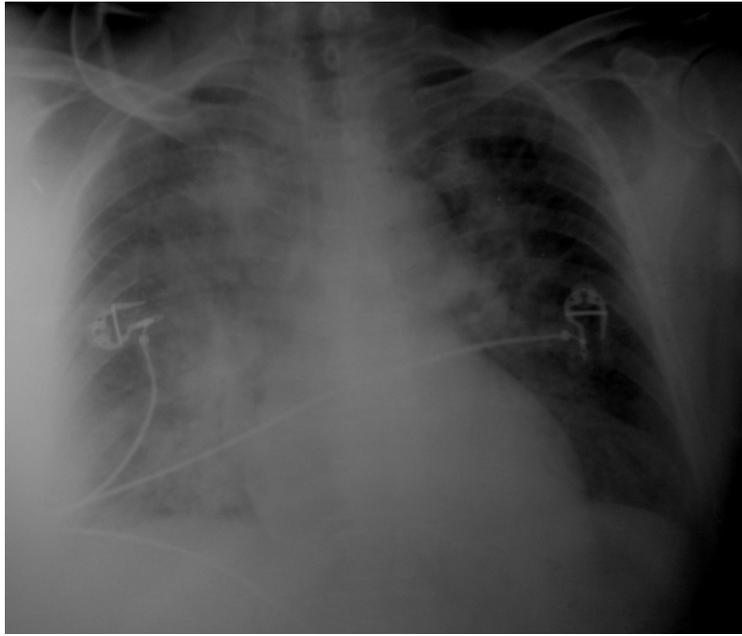
FC: 114 l.p.m.

FR: 25 c.p.m.

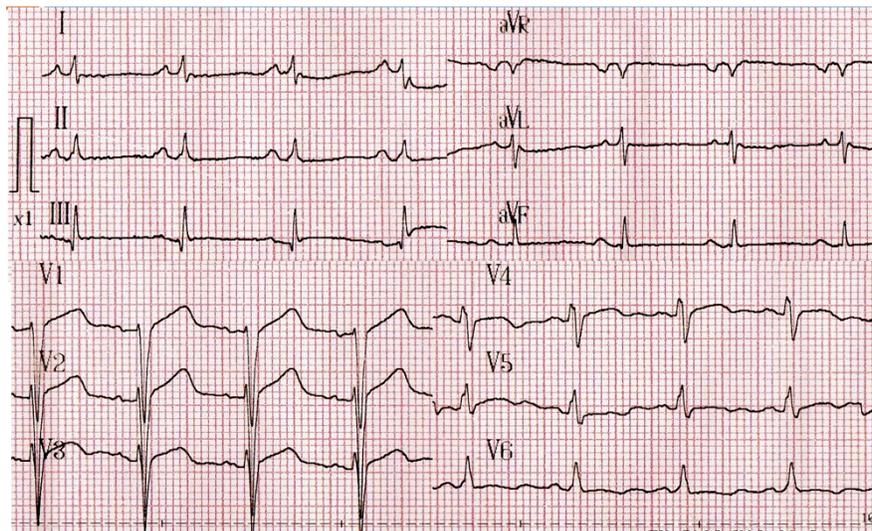
SatO2: 86% al 21%

- Ap. Cardiovascular:** Buena perfusión periférica, ingurgitación yugular 2/3 con colapso inspiratorio. RHY ausente, choque de la punta en 5to EIC LMC. Pulso iguales, simétricos. R1 y R2 en 4 focos hipofonéticos, silencios libres.
- Ap Respiratorio:** Taquipneica, Regular mecánica ventilatoria, crepitantes hasta ambos vértices pulmonares.
- Abdomen:** Blando, depresible, RHA presentes. Hígado y bazo no palpables.
- Neurológico:** Lucida, sin foco motor ni sensitivo.
- Piel y TCS:** sin alteraciones. sin edemas.

## RX TORAX:



## ELECTROCARDIOGRAMA Ingreso UCO 20/07 11 hs sin dolor:



## EVOLUCIÓN UCO (20/07 AL 22/07):

Paciente ingresa asintomática para ángor con signos de insuficiencia cardiaca asociado con mala mecánica ventilatoria e hipoxemia se inicia tratamiento con diuréticos endovenosos, NTG y VNI con buena respuesta.

Se recibe CK/MB positivas por lo que se interpreta el cuadro como IAM evolucionado Killip y Kimball C. Se inicia doble antiagregación, anticoagulación, IECA y estatinas.

Se realiza interconsulta con servicio de Hemodinámia quienes deciden continuar con tratamiento médico.

Paciente evoluciona favorablemente realizando balance negativo, sin requerimiento de O2.

Se realiza ecocardiograma.

### **ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO (22/07/13)**

<b>DDVI: 5.2cm</b>	<b>DSVI: 4.1cm</b>	<b>FAC: 21%</b>	<b>SIV: 1.1cm</b>	<b>PP: 0.9cm</b>	<b>AO: 2.5cm</b>
--------------------	--------------------	-----------------	-------------------	------------------	------------------

- VI no dilatado con hipertrofia leve del septum basal.
- Deterioro moderado de la función sistólica. FEY: 39%
- Hipocinesia del septum basal. Acinesia del septum anterior medio y apical, acinesia anterior medio y apical, lateral medio y apical, inferior medio y apical y acinesia posterior.
- Relajación parietal anormal por doppler tisular.
- Aurícula izquierda ligeramente dilatada.
- Cavidades derechas normales. PSAP: 50-55mmHg.
- Válvulas morfológicamente normales, sin evidencia de disfunción.
- No se observa derrame pericárdico.

### **EVOLUCIÓN UCO (22/07)**

- Paciente presenta episodio de angor característico intensidad 6/10 de 10 minutos de duración con pseudonormalización de ondas T en cara lateral que cede con NTG.
- Se interpreta como APIAM por lo que se decide CCG.

### **CINECORONARIOGRAFIA (22/07/13)**

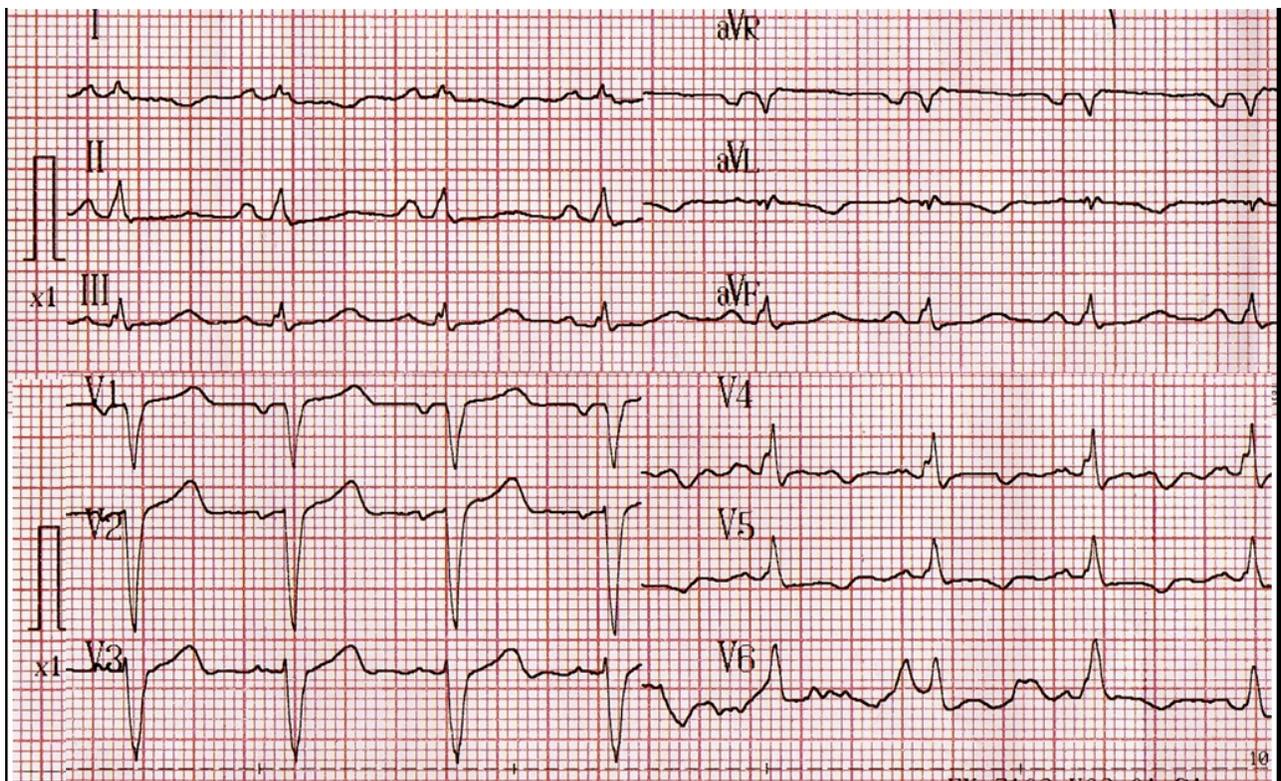
- TCI: sin lesiones.
- Arteria descendente anterior: presenta a nivel proximal una lesión suboclusiva, que involucra la primera diagonal con imagen de trombo agregado. Lesión severa en tercio proximal y medio.
- Arteria circunfleja: Ocluida a nivel del tercio medio.

- Arteria coronaria derecha: dominante, sin lesiones.
- Ventriculograma: Volumen de fin de diástole conservado. Volumen de fin de sístole severamente aumentado. Acinesia antero medial, antero apical, apical e ínfero apical. Válvula mitral móvil y competente.
- Se implanta 1 Stent liberador de drogas a DA proximal y dado que se observa una disección distal se implanta un segundo stent metálico.
- Sin lesión residual, flujo anterogrado TIMI 3.

### **EVOLUCIÓN UCO (22/07 AL 23/07)**

- Paciente evoluciona a las 23:00 hs. con nuevo episodio de ángor característico intensidad 6/10 que cede con NTG, sin cambios en el ECG. Se realiza curva enzimática.
- Se decide realizar ecocardiograma control.

### **ECG 22/07: DOLOR 23:00HS**



## **ECOCARDIOGRAMA (23/07/13)**

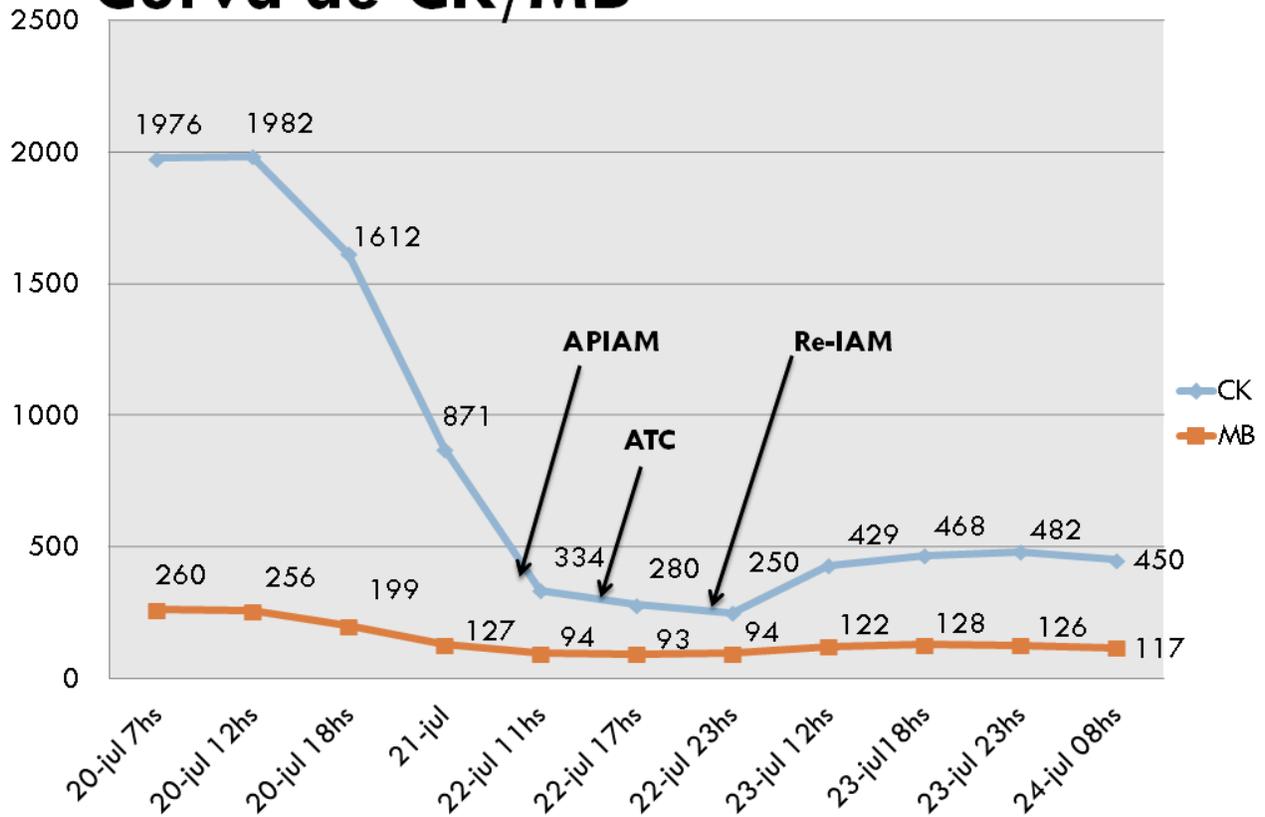
<b>DDVI: 5.6cm</b>	<b>DSVI: 4.5cm</b>	<b>FAC: 20%</b>	<b>SIV: 1.1cm</b>	<b>PP: 1.0cm</b>	<b>AO: 2.5cm</b>
--------------------	--------------------	-----------------	-------------------	------------------	------------------

- VI dilatado, grosor parietal normal.
- Deterioro severo de la función sistólica. FEY: 34%.
- Hipocinesia del septum basal. Acinesia del septum anterior medio y apical, acinesia anterior medio y apical, lateral medio y apical, inferior apical y acinesia posterior.
- Aurícula izquierda ligeramente dilatada.
- Cavidades derechas normales.
- Válvula mitral con engrosamiento de sus valvas. Patrón restrictivo. E/e': 27. Reflujo sistólico leve. ORE: 0.1 cm<sup>2</sup>. Esclerosis valvular aortica. Apertura y flujo normales.
- No se observa derrame pericárdico.

## **EVOLUCIÓN UCO (23/07 AL 25/07)**

- Se recibe CK/MB que evidencia un aumento de mas del 25% con respecto al basal. Se interpreta como Re-IAM, decidiéndose continuar con tratamiento medico.
- Paciente evoluciona asintomática para ángor, sin falla cardiaca.
- El 25/07 presenta Fibrilación Ventricular (constatada por monitor) con descompensación hemodinámica por lo que se inicia RCP avanzada con CVE con 1440 joules no exitosa. Luego de 45 minutos de reanimación, se constata óbito a las 8 am.

# Curva de CK/MB



## MEDICACION UCO:

- RANITIDINA 150 MG/DIA VO.
- ENOXAPARINA 0.4 ML/DIA SC.
- ASPIRINA 100 MG/DIA.
- CLOPIDOGREL 75 MG/DIA.
- ATORVASTATINA 20 MG/DIA VO.
- ENALAPRIL 2.5 MG CADA 12HS VO.
- EPLERENONA 25 MG/DIA VO.
- FUROSEMIDA 40 MG CADA 8 HS EV.
- CLONZEPAN 0.5 MG/DIA VO.

**LABORATORIO:**

	20/07	22/07	24/07
Hto	34	32	35
GB	16.100	7.700	9.900
Plaquetas	341.000	284000	320.000
Glucemia	369	159	181
Urea	66	42	38
Creat	1.04	0.84	0.91
TP/kptt/RIN	93/24/1.0.5	84/31/1.11	93/28/1.05
Ionograma	134/4.22/97	135/3.60/97	136/3.72/100
Hepatograma	BT: 0.7/BD:0.26 Got: 178/Gpt: 59	Bt:0.6/BD:0.1 Got:103/Gpt:36	Bt:0.30/BD:0.44 Got:66/Gpt:35
Ck/MB	1982/256		
Hb1c	8.01%		
Col/Tg/HDL/LDL	283/344/57/218 (previo)	180/139/50/103	