



ATENEO

ANÁATOMO-PATOLÓGICO

08/10/14

Florencia Anzivino
Residencia de Cardiología

Hospital Dr. Cosme Argerich

Paciente: L.R.

Sexo: Masculino

Edad: 83 años

Fecha de internación: 29/03/2014

Fecha de óbito: 21/04/2014

MOTIVO DE INTERNACIÓN

Angor

ENFERMEDAD ACTUAL

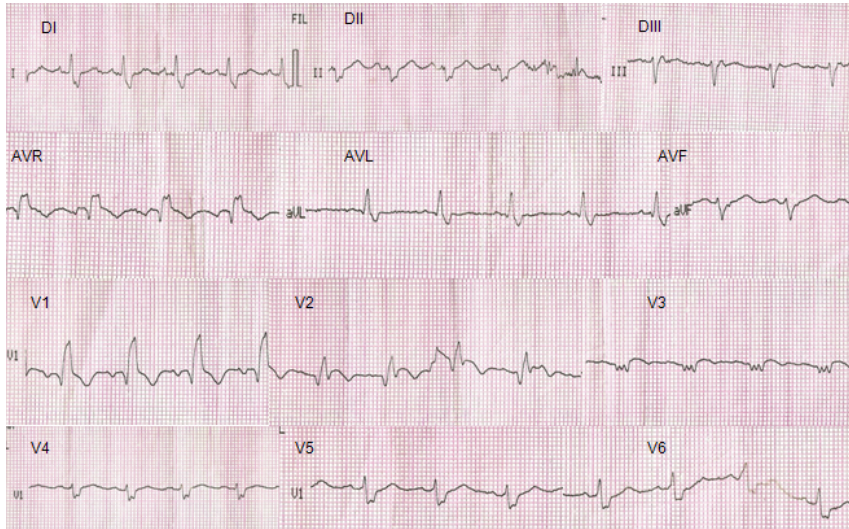
Paciente que refiere presentar el 28/03 aproximadamente a las 19 hs, dolor precordial opresivo, en reposo, intensidad 6/10, sin irradiación, que cede parcialmente. Consulta a Guardia Externa del Hospital Tornú a las 22 horas.

Al ingreso se constata paciente hemodinámicamente estable, se realiza ECG que evidencia ondas Q asociadas a SST de V1 a V3, por lo que se indica carga de AAS y clopidogrel y se solicita derivación a Hospital Argerich para realizar CCG de urgencia y eventual ATC.

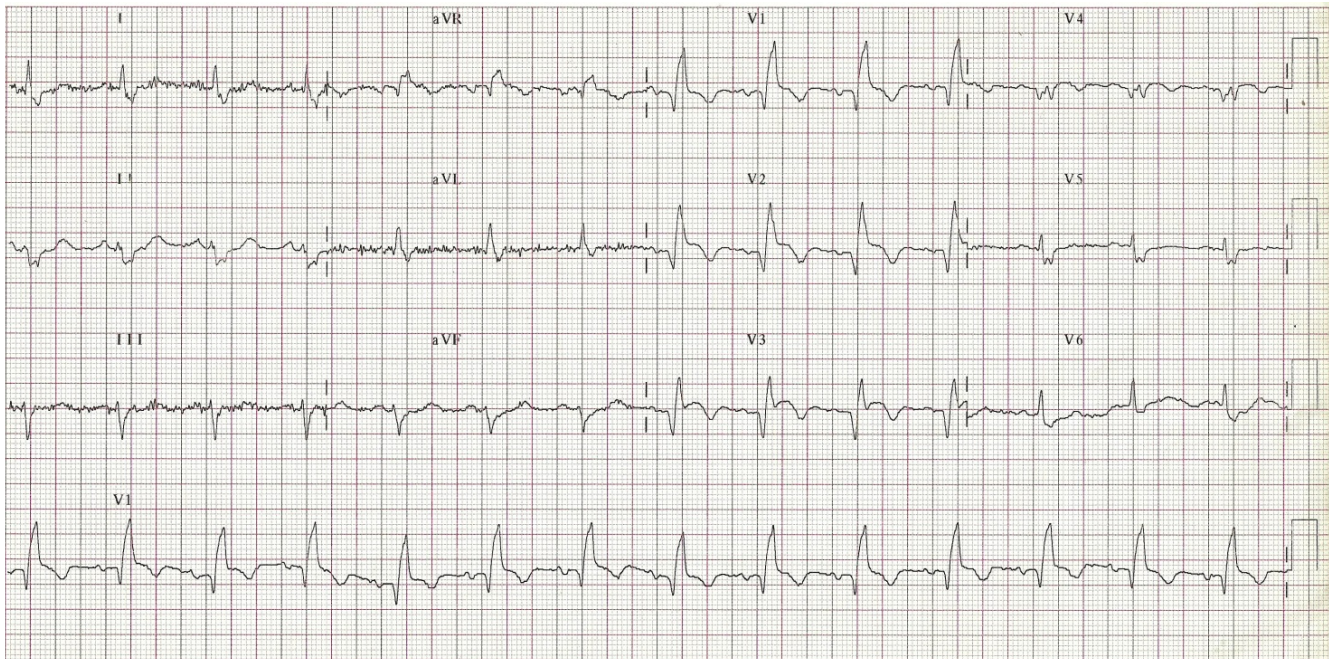
Ingres a Hemodinamia a las 11 hs del 29/03, con dolor 1/10, realizándose ECG control que no evidencia cambios respecto al previo. Se interpreta el cuadro como SCASEST, con secuela anterior y SST persistente previo, por lo que se difiere procedimiento.

Pasa a UCO para monitoreo y tratamiento médico.

ECG INGRESO HOSPITAL TORNÚ



ECG INGRESO HTAL ARGERICH (HEMODINAMIA)



ANTECEDENTES

Factores de riesgo cardiovasculares:

- HTA en tratamiento con enalapril 10 mg/día.

- Sedentario.
- Ex Tabaquista (16 años) 23 paquetes/año.

Antecedentes de enfermedad actual:

- Angina crónica estable de 4 meses de evolución en clase funcional II.

Otros antecedentes:

- ACV isquémico en 1994, sin secuela.
- Claudicación intermitente mayor a 200 metros.
- Úlcera gástrica.
- Colectomía.

Medicación habitual:

- Enalapril 10 mg/día.
- Omeprazol 20 mg/día.
- Cilostazol 200 mg/día.
- Alprazolam 1 mg/día.

EXAMEN FÍSICO INGRESO A UCO

TA 100/65 mmHg	FC 75 lpm	FR 16 cpm	T 36 C°	SAO ₂ 98%
----------------	-----------	-----------	---------	----------------------

Cardiovascular:

Buena perfusión periférica. Ingurgitación yugular 1/3 sin colapso inspiratorio, RHY presente. Choque de la punta 4to EIC LMC, pulsos regulares y simétricos, pulso pedio y tibial posterior disminuidos bilateral. R1 y R2 en 4 focos hipofonéticos sin R3 ni R4, silencios libres.

Respiratorio:

Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.

Abdomen:

Blando, depresible, indoloro. RHA presentes. No se palpan visceromegalias.

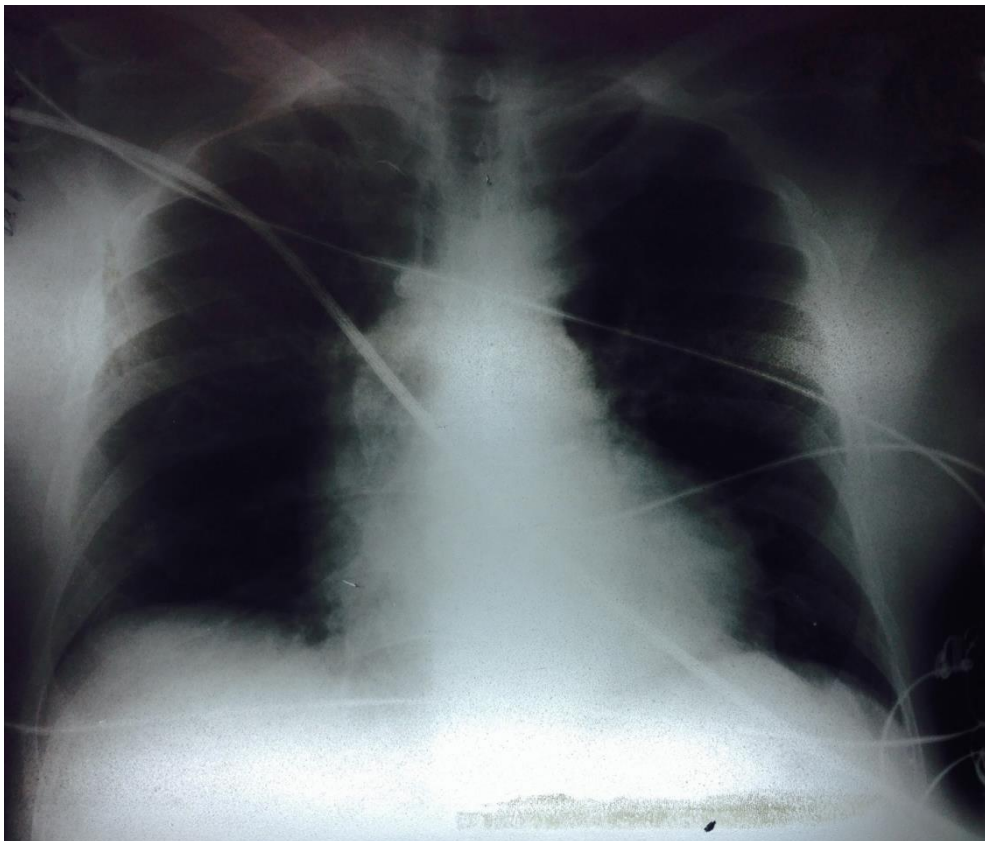
Neurológico:

Vigil, lúcido, sin signos de foco motor o meníngeo.

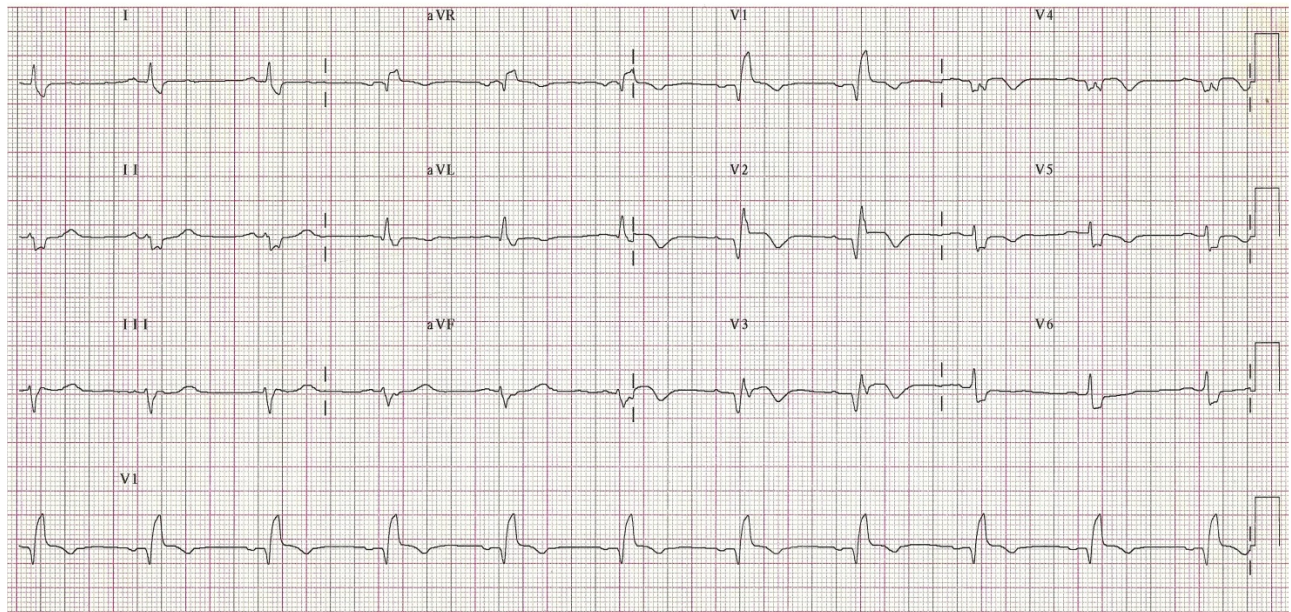
Piel y TCS:

Edema de miembros inferiores 1/6 perimaleolar bilateral y simétrico.

RX DE INGRESO A UCO



ECG UCO



EVOLUCIÓN UCO (29-30/03)

- Se indica tratamiento médico con doble antiagregación, anticoagulación y vasodilatadores EV, cediendo el dolor. Se recibe dosaje de Troponina T de 386 ng/L.
- El 30/3 presenta dolor precordial recurrente, intensidad 3/10, sin signos de falla de bomba, ECG sin cambios respecto al previo.
- Se realiza interconsulta con hemodinamista de guardia, sugiriéndose angiotomografía de tórax para descartar síndrome aórtico agudo.

INFORME ANGIOTAC 30/03

Aorta torácica de calibre conservado, permeable, no se visualiza flap de disección.

Derrame pleural laminar bilateral con atelectasia pasiva subyacente.

EVOLUCIÓN UCO

Por persistencia del dolor, siendo descartado el síndrome aórtico agudo se decide CCG.

CINECORONARIOGRAFÍA 30/03

Tronco Coronaria Izquierda: oclusión 90% a nivel distal con lesión a nivel de la bifurcación.

Descendente Anterior lesión ostial 90%, tercio proximal 70%, tercio medio 95% con flujo TIMI II.

Arteria Circunfleja: lesión ostial 90%, tres lesiones no significativas lateroventriculares. Dominante.

Arteria Coronaria derecha: lesión significativa en tercio proximal.

Ventriculograma: Deterioro severo de la función ventricular izquierda. Hipoquinesia generalizada, con disquinesia apical.

EVOLUCIÓN UCO: 31/03- 04/04

Por hallazgos en CCG y dado el alto riesgo quirúrgico, se decide en ateneo de Hemodinamia realizar angioplastia con stent a tronco coronario izquierdo, arteria descendente anterior y circunfleja. Se solicitan materiales a obra social.

Evoluciona hemodinámicamente estable, asintomático para angor o equivalentes.

El 31/03 se realiza Ecocardiograma transtorácico.

El 04/04 pasa a sala de Cardiología, a la espera de stents.

ECOCARDIOGRAMA 31/03/14

DDVI (cm) 5.1	DSVI (cm) -	SIV (cm) 1.03	PP (cm) 0,81	AI (cm) -	AD (cm) -
---------------	-------------	---------------	--------------	-----------	-----------

Cavidad ventricular izquierda no dilatada.

Aquinesia apical extensa que compromete los segmentos medios con aneurisma latero y septoapical. Hipoquinesia del resto.

Disfunción sistólica severa.

Relajación prolongada del ventrículo izquierdo.

Aurícula izquierda y derecha no dilatadas.

Cavidad ventricular derecha de dimensiones normales. Ventrículo derecho con grosor parietal y función sistólica normales, TAPSE 2.5 cm.

Presiones pulmonares no evaluadas por ausencia de insuficiencia tricuspídea.

Válvulas cardíacas con signos de bajo volumen sistólico.

Esclerocalcificación aórtica.

No se observa derrame pericárdico.

EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGÍA 04/04 - 12/04

Evoluciona hemodinámicamente estable, asintomático para angor o equivalentes. Se progresa medicación según tolerancia.

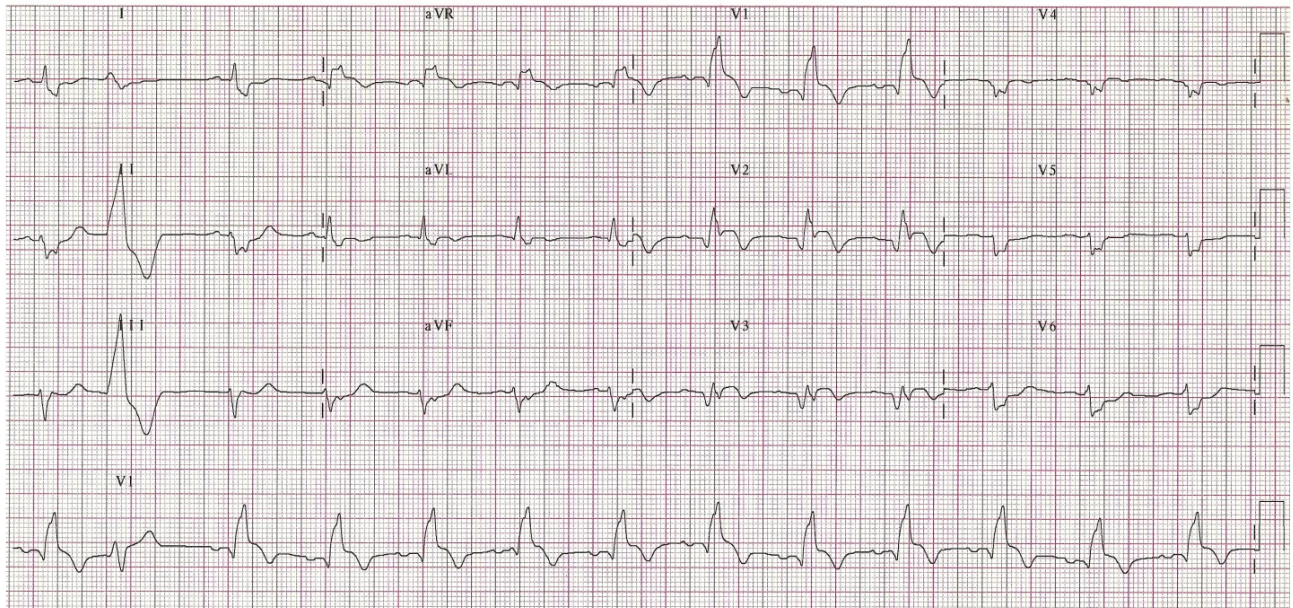
El 11/04 intercorre con eritema, calor y dolor localizado en cara externa del tercio superior de muslo derecho

Se realiza interconsulta con servicio de Infectología quienes interpretan el cuadro como celulitis e indican tratamiento antibiótico empírico con Trimetoprima Sulfametoxazol + Clindamicina vía oral.

El 12/04 presenta dolor retroesternal, opresivo, de intensidad 5/10, sin irradiación, de aparición en reposo de 10 minutos de duración.

Se decide su pase a UCO para monitoreo y tratamiento.

ECG REINGRESO A UCO



EVOLUCIÓN UCO 12/04-15/04

Paciente ingresa hemodinámicamente estable. Se indican vasodilatadores ev. con mejoría de la sintomatología. Se realiza dosaje de CPK que resulta negativa, no se dispone de reactivo de TnT.

Evoluciona en forma asintomática. Se inicia nitratos VO.

El 15/04 se decide su pase a sala de Cardiología.

EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGÍA 15/04 - 21/4

El paciente evoluciona hemodinámicamente estable, asintomático para angor, sin signos de falla de bomba.

Continúa tratamiento antibiótico empírico por celulitis del miembro inferior derecho.

El 21/04 se acude a llamado de enfermería, se constata paciente en PCR en contexto de asistolia. Se inician maniobras de RCP básicas y avanzadas no exitosas. Se declara óbito el 21/04 08.30 hs.

LABORATORIO

	29/03	31/03	03/04	08/04	12/04	15/04
Hto	34	36	40	39	37	38
Leuc	7100	10.800	8.900	8300	8.200	7.600
Plaquetas	272.000	248.000	245.000	264.000	259.000	257.000
Ionograma	128/4.17/90	127/3.47/90	136/3.53/94	129/5/89	129/4.44/93	130/4.37/96
Glucosa	116	112	87	133	134	102
Urea	53	40	40	76	93	55
Creat	1.25	1.11	1.07	1.50	1.74	1.67
TP	102	85	88			72
KPTT	20	33	36			37
CK / CKMB	173/18	103/14	76/14		64/16	
Troponina T	386	378			<50	
Hepatograma		0.76/0.32/21/ 13		1.21/0.46/20 /27		
Lipidograma: Col T 154 LDL 84 HDL 52 TG79 HbA1: 6.26						

TRATAMIENTO

- Aspirina 100 mg/día
- Clopidogrel 75 mg/día
- Atorvastatina 40 mg/día
- Carvedilol 25 mg c/12 hs.
- Espironolactona 25 mg/día

- Mononitrato de isosorbide 20mg a las 08 y 16hs.
- Enoxaparina 0.8 ml c/12 hs SC.
- Trimetoprima Sulfametoxazol 800/160 mg c/8hs VO
- Clindamicina 300 mg c/8hs VO.