ATENEO
CLÍNICO

Hospital Dr. Cosme Argerich.

Servicio de Cardiología

Ayuso, Sebastián

23/07/2014

PACIENTE: F.A. SEXO: Femenino EDAD: 50 años

Fecha de ingreso: 07/06/2014 Fecha de egreso: 13/06/2014

MOTIVO DE CONSULTA:

Dolor epigástrico.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente de 50 años de edad, que refiere presentar el día 07/06/2014 episodio de dolor epigástrico, en reposo, de intensidad 10/10, que irradia a dorso, de una hora de evolución.

Consulta a Guardia Externa de nuestra institución, donde se constata paciente hipertensa (180/110), sin signos de insuficiencia cardíaca aguda. Se solicita Rx tórax, columna y ecografía abdominal, sin hallazgos patológicos.

Por persistencia de síntomas y sospecha de síndrome aórtico agudo se realiza TAC de tórax, abdomen y pelvis.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL: Acontecimiento familiar estresante 24 hs previas al evento.

FACTORES DE RIESGO CORONARIO: Hipertensa, sin tratamiento

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES: Enfermedad de Chagas (diagnóstico durante el embarazo hace 27 años).

Ecocardiograma (2008): Función biventricular normal.

Otros Antecedentes: No refiere.

Tomografía Tórax, abdomen y pelvis (07/06/2014):

Tórax: Aórta torácica mide 35 mm, no se visualiza flap de disección. Ambos parénquimas pulmonares con volúmenes y radiotransparencia conservadas.

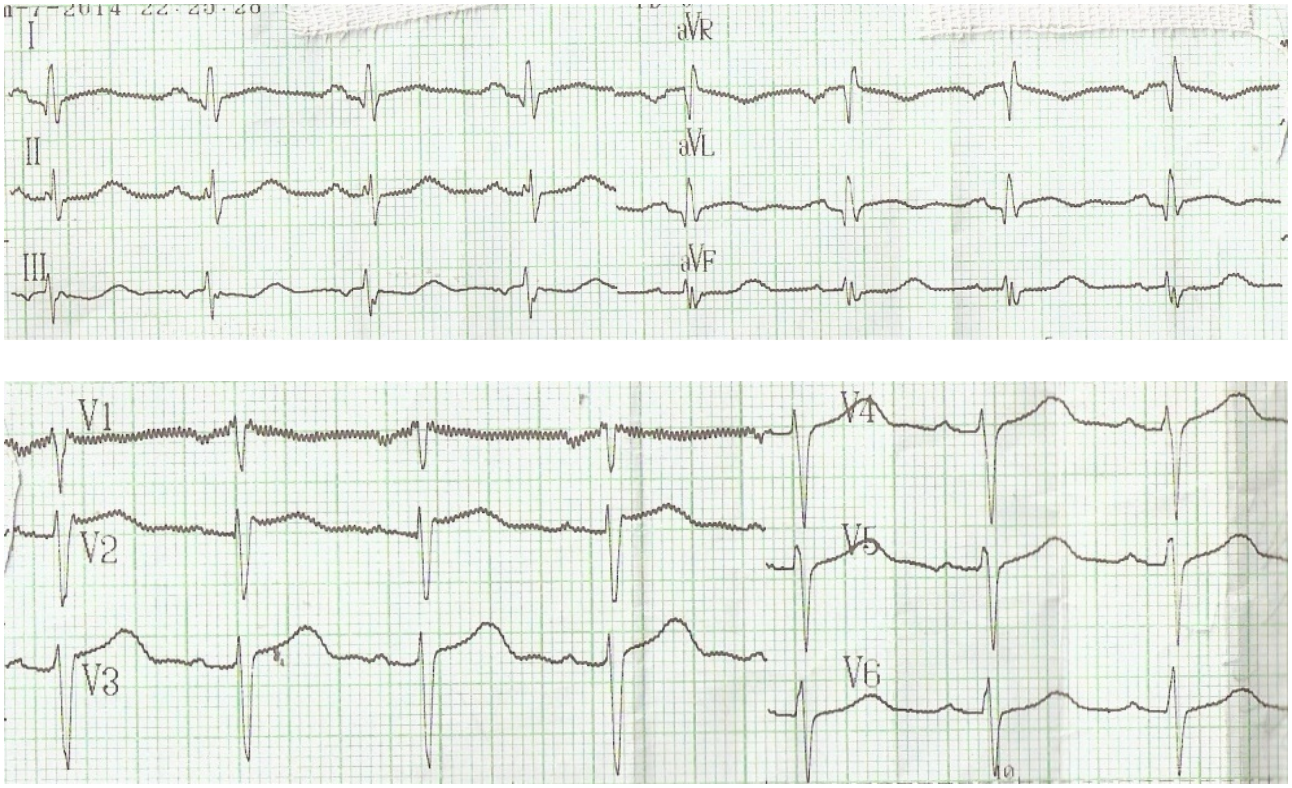
No se observan adenomegalias en axilas, hilios pulmonares ni mediastino. Ausencia de derrame pleural y pericárdico.

Abdomen y pelvis: Parénquima hepático, pancreático y esplénico no muestra alteraciones. Ambas siluetas renales son de forma, tamaño y ubicación habitual.

Ambas glándulas suprarrenales son de forma y tamaño conservado.

Retroperitoneo libre de adenomegalias, no observando alteraciones en el calibre de los grandes vasos. Pelvis sin alteraciones.

ECG shock Room(07/06/2014)



RX Tórax

Evolución Shock Room (07/06/2014

La paciente continua sintomática, con infusión de NTG y AINES.

Se reciben resultados de enzimas cardíacas **(troponina: 260 mcg/L CK: 151 UI/L).**

Habiéndose descartado por servicio de CCV sd. Aórtico agudo, se solicita CCG de urgencia ante posible síndrome coronario agudo.

Informe CCG(08/06/14):

Tronco: sin lesiones angiográficamente significativa.

Arteria desendente anterior: de normal calibre. No presenta lesiones angiograficamente significativas.

Arteria circunfleja: de normal desarrollo. No presenta lesiones significativas.

Arteria coronario derecha: dominante. No presenta lesiones significativas.

Ventriculografía: VFD conservado, VFS moderadamente aumentado. Hipoquinesia severa anteromedial, anteroapical y moderada apical e inferoapical y medial. VM móvil y competente.

Aortograma en OAI: Dilatación leve de aorta ascendente. Válvula aórtica tricúspide sin signos de insuficiencia. A nivel del borde inferior del cayado post inserción ductal se observa una imágen de convexidad inferior sospechosa de hematoma intraparietal.

Evolución shock Room (08/06/2014):

Por hallazgo de aortograma, se realiza interconsulta con servicio de cirugía cardiovascular, quien descarta patología vascular.

Por falta de disponibilidad de camas en Unidad Coronaria, la paciente pasa a servicio de Terapia Intensiva para monitoreo y tratamiento.

Ingreso a UTI 08/06/14:

TA 130/60mmHg FC 86 lpm FR 16cpm Tº: 36 Sat 98% al 0.21

Aparato cardiovascular: adecuada perfusión periférica, pulsos presentes regulares simétricos, Choque de punta en 5º EIC LMC, R1 y R2 presentes en 4 focos, sin R3, silencios libres, ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio.

Examen neurológico: lúcida, sin foco motor ni meníngeo.

Abdomen: blando, depresible, indoloro, RHA presentes.

Aparato respiratorio: buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.

Piel y mucosas: piel normocoloreada, mucosas húmedas, sin edemas.

Evolución en UTI (08/06/14 a 10/06/14):

Se inicia tratamiento antihipertensivo con labetalol (1.5 mgr/min), logrando adecuado control de tensión arterial.

Evoluciona hemodinámicamente compensada, asintomática.

Se realiza curva enzimática, que evidencia descenso de troponina (245 ug/l).

El día 09/06/14 se suspende labetalol y se inicia tratamiento con bloqueantes cálcicos (diltiazem).

Se realiza ecocardiograma y posteriormente pasa a unidad coronaria.

Ecocardiograma (09/06/14): VI de dimensiones normales, con grosor parietal y función normal. Hipoquinesia inferoapical y septoapical. No se observan alteraciones de la relajación parietal. AI no dilatada. Presiones pulmonares normales.

Cavidad ventricular derecha de dimensiones normales. VD con grosor parietal y función normal.

AD no dilatada. Válvulas morfologicamente normales, sin evidencia de disfunción. No se observa derrame pericárdico.

A nivel de arco aórtico se observa engrosamiento con aumento de la refringencia de la pared posterior, compatible con placa ateromatosa sin signos de ulceración.

Ingreso a UCO (10/06/14):

TA 125/70mmHg FC 74 lpm FR 18cpm Tº: 36 Sat 99% al 0.21

Cardiovascular: adecuada perfusión periférica, pulsos presentes, regulares, simétricos, R 1 y R2 presentes en 4 focos, sin r3, silencios libres, ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio.

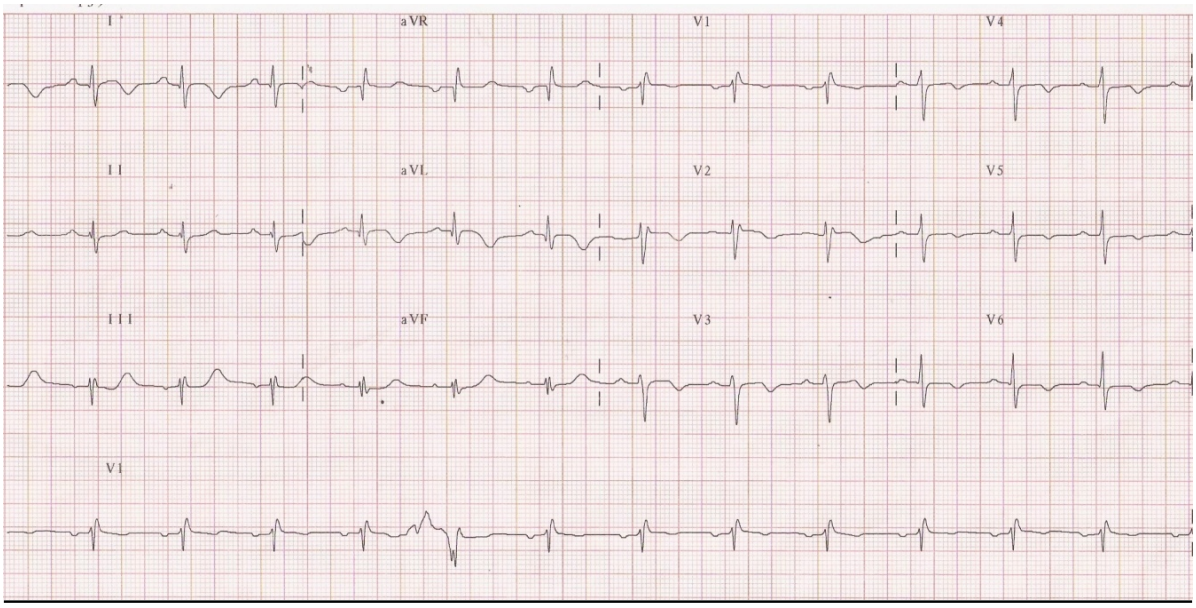
Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.

Abdomen: blando, depresible, indoloro, RHA presentes.

Neurológico: lúcida, sin foco motor ni meníngeo.

TCS: sin edemas.

ECG ingreso a UCO:



Evolución en UCO (10/06 a 11/06):

Evoluciona hemodinámicamente estable, sin intercurrencias.

Se rota bloqueantes cálcicos a betabloqueantes y pasa a sala de cardiología el día 11/06/2014

Se realiza nuevo ecocardiograma control el día 11/06/2014.

Ecocardiograma (11/06/14):

VI no dilatado con grosor parietal normal.

Hipoquinesia apical a predominio del segmento apicoseptal.

Función sistólica normal. FEY: 60 %.

Deformación pico sistólica normal disminuida-14.5%, a expensas de segmentos anteriores, septales y apicales.

Cavidades derechas de dimensiones normales.

Válvulas morfologicamente normales, sin disfunción. Aórta ascendente, arco y descendente de diámetro normal.

Evolución en sala de cardiología (10/06 a 13/06):

Paciente que evoluciona hemodinámicamente estable, sin repetir episodio de angor ó equivalentes.

Por presentar buena evolución se decide su egreso hospitalario con control por consultorios externos de clínica médica.

Tratamiento al alta:

Atorvastatina 10 mg/día.

Carvedilol 6.25 mg cada 12 hs.

Laboratorio:

	07/06 (Shock Room)	**09/02 (Ingreso UTI)**	**11/06 (Cardiología)**
HTO	47 %	44 %	40 %
GB	7500 mg/dl	9400 mg/dl	5600 mg/dl
Plaq	160000 mg/dl	168000 mg/dl	150000 mg/dl
Glu	134 mg/dl	123 mg/dl	82 mg/dl
Urea	16 mg/dl	17 mg/dl	23 mg/dl
Crea	0.55 mg/dl	0.52 mg/dl	0.53 mg/dl
NA	139 meq/l	141 meq/l	140 meq/l
K	3.3 meq/l	3.09 meq/l	3.5 meq/l
TP	114 %	93 %	92 5
KPTT	29 seg	26 seg	26 seg
CK	**151 UI/L**	**211 UI/L**	**135/15 UI/L**
AMILASA	49 UI/L	-	-
TROPONINA	**260 ug/l**	**245 ug/l**	**50-100 ug/l**

Seguimiento ambulatorio:

No presentó nuevo episodio de ángor, encontrándose actualmente asintomática.

Se progresa medicación antihipertensiva.

Se realiza nuevo ecocardiograma control el día 01/07/2014.

Ecocardiograma (01/07/14): VI no dilatado con grosor normal. Función sistólica normal.
No presenta alteraciones segmentarias de la contracción. FEY: 64%. Deformación pico sistolica global-16,2%.
AI no dilatada. Cavidades derechas de dimensiones normales. Válvulas morfologicamente normales. IM leve.
No se observa derrame pericárdico.

Tratamiento actual:

Enalapril 10 mg + hidroclorotiazida 25 mg (1 comprimido por la mañana).
Enalapril 10 mg (por la noche).
Carvedilol 12.5 mg cada 12 hs.
Clonazepan 0.5 mg por la noche.