



ATENEO ANÁTOMO-CLÍNICO

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

Maximiliano Gastón Mascarello

17/6/2015

Paciente: J. M

Edad: 62 años

Sexo: Masculino

Fecha de ingreso: 01/02/15

Fecha de óbito: 09/02/15

Motivo de internación:

Dolor precordial

Enfermedad Actual:

Paciente presenta dolor precordial de tipo opresivo, intensidad 7/10, que aparece en contexto de caminata, no irradiado, que no cede con el reposo. Por tal motivo, consulta a guardia externa de este hospital donde se realiza ECG que evidencia injuria subepicárdica lateral alta. Se decide realización de Cinecoronariografía de urgencia y eventual angioplastia.

Tiempos (1/2/15)

- Comienzo de los síntomas: 17 horas
- Ingreso al Hospital: 17.15 horas
- Ingreso a Hemodinamia: 18.50 horas
- Ingreso a UCO: 21.30 horas

Antecedentes Personales

Factores de riesgo cardiovascular:

- Sobrepeso. IMC 25
- Dislipemia no tratada
- Tabaquista: 44 paquetes/año (20 cigarrillos/día). Edad de inicio 18 años.
- Alcoholismo 96 gramo/día

Antecedentes cardiovasculares

- Estenosis aórtica severa de reciente diagnóstico (2 semanas previa a la internación).
- Antecedentes heredofamiliares (madre fallecida por IAM a los 42 años, hermano gemelo fallecido por IAM a los 44 años).

Otros antecedentes

- EPOC
- Diverticulosis colónica
- Hipertensión ocular

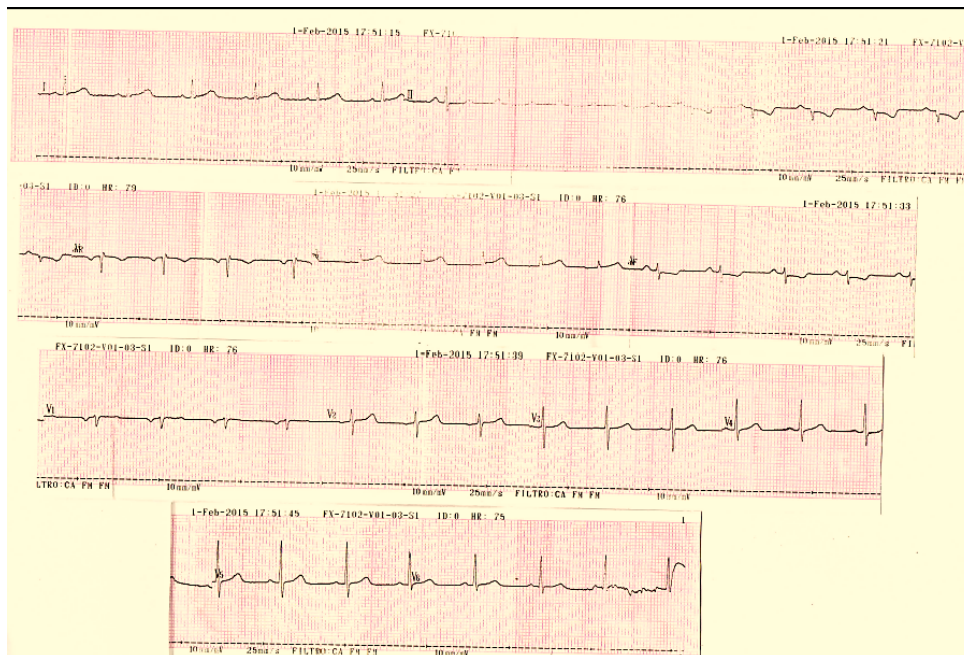
Medicación habitual

- Bisoprolol 2,5 mg por día
- Aspirina 100 mg día
- Examen físico de ingreso a UCO 1/2/15

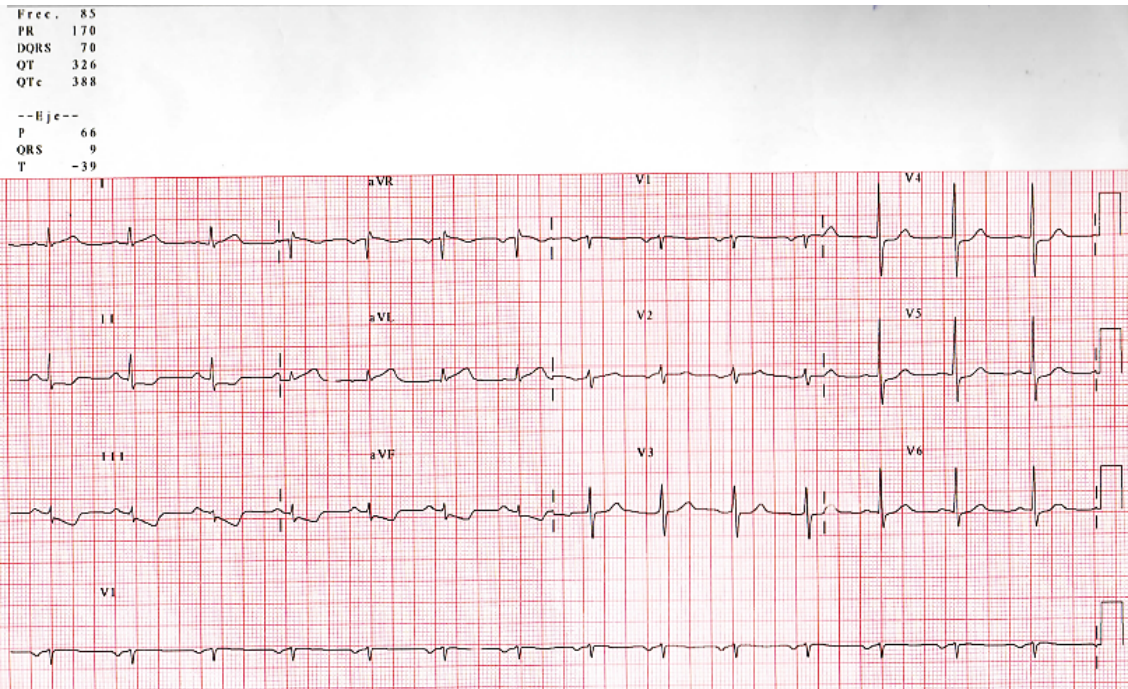
TA: 106/76 mmHg	FC: 85 LPM	FR: 12 CPM	T°: 36°C	Peso: 85 kg Talla: 1,79 mts
--------------------	------------	------------	----------	--------------------------------

- **Aparato cardiovascular:** Buena perfusión periférica. Ingurgitación yugular 1/3, con colapso inspiratorio, sin RHY. Latido apexiano no se palpa, pulsos regulares y simétricos. R1 y R2 en 4 focos, soplo sistólico, eyectivo, intensidad 3/6 en foco aórtico, no irradiado.
- **Aparato respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.
- **Neurológico:** Lúcido, sin foco motor ni meníngeo evidente. Pupilas isocóricas y reactivas.
- **Abdomen:** Blando, depresible, no doloroso, ruidos hidroaéreos presentes.
- **Piel y celular subcutáneo:** Sin edemas.

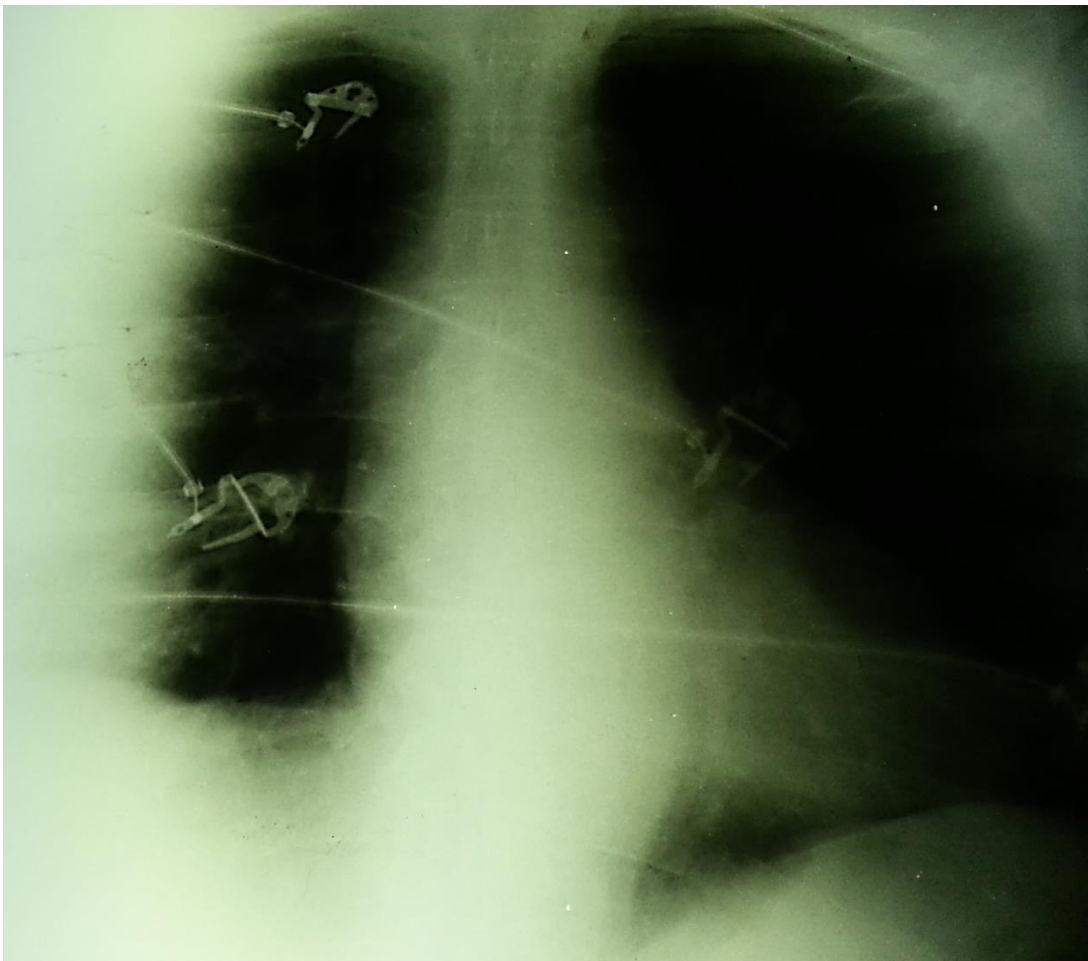
ECG de ingreso a Guardia J. M. 1/2/15



ECG de ingreso a UCO J. M. 1/2/15



Radiografía de ingreso a UCO J. M 1/2/15



Cinecoronariografía J. M 1/5/15

- **Tronco:** de gran calibre, sin lesiones significativas.
- **Arteria Descendente Anterior:** De normal calibre; da nacimiento a ramos septales y diagonales. No se observan lesiones angiográficas significativas.
- **Arteria Circunfleja:** de gran calibre y desarrollo. Da nacimiento a un ramo latero ventricular de gran calibre y otros dos vasos lateroventriculares de fino calibre. A nivel del tercio medio, se observa una placa estenótica de grado no significativo (20%). Tanto el vaso principal como el ramo latero ventricular no presentan lesiones angiográficas significativas. Un ramo latero ventricular de escaso calibre presenta flujo disminuido.
- **Arteria Coronaria Derecha:** De normal calibre y desarrollo. Da nacimiento al ramo descendente posterior, dominante. No presenta lesiones angiográficas significativas.
- **Aortograma ascendente en OAI:** plano valvular aórtico severamente calcificado. Válvula aórtica competente, sin regurgitación, con motilidad disminuida. Aorta ascendente y cayado de calibre conservados, sin lesiones significativas.
- **Presiones AO:** 101/70 mmHg.

Evolución en UCO 1/2/15 al 4/2/15

- Evoluciona hemodinámicamente estable, sin signos de insuficiencia cardíaca ni ángor posterior al procedimiento inmediato, con leve deterioro del ritmo diurético con respuesta a expansiones con cristaloides.
- 2/2/15: se realiza ecocardiograma
- 3/2/15: Presenta nuevo episodio de dolor precordial, intensidad 2/10, con ECG intra dolor con pseudonormalización de ondas T en cara lateral alta, con respuesta a la infusión de nitroglicerina endovenosa. Posteriormente evoluciona asintomático, sin requerimiento de drogas vasoactivas.

Ecocardiograma J. M 2/2/15

DDVI: 4,19 cm	DSVI: 2,21 cm	SIV: 1,3 cm	PP: 1,02 cm	AVA: 0,69 cm ²	G Max: 52 mmHg	G Med: 35 mmHg	Vel pico: 3,6 m/seg
------------------	------------------	----------------	----------------	------------------------------	-------------------	-------------------	------------------------

Cavidad ventricular izquierda de dimensiones normales.

Ventrículo izquierdo con hipertrofia concéntrica leve y función sistólica normal.

Sin alteraciones segmentarias de la contracción.

Aurícula izquierda no dilatada.

Cavidad ventricular derecha de dimensiones normales.

Ventrículo derecho con grosor parietal y función sistólica normales.

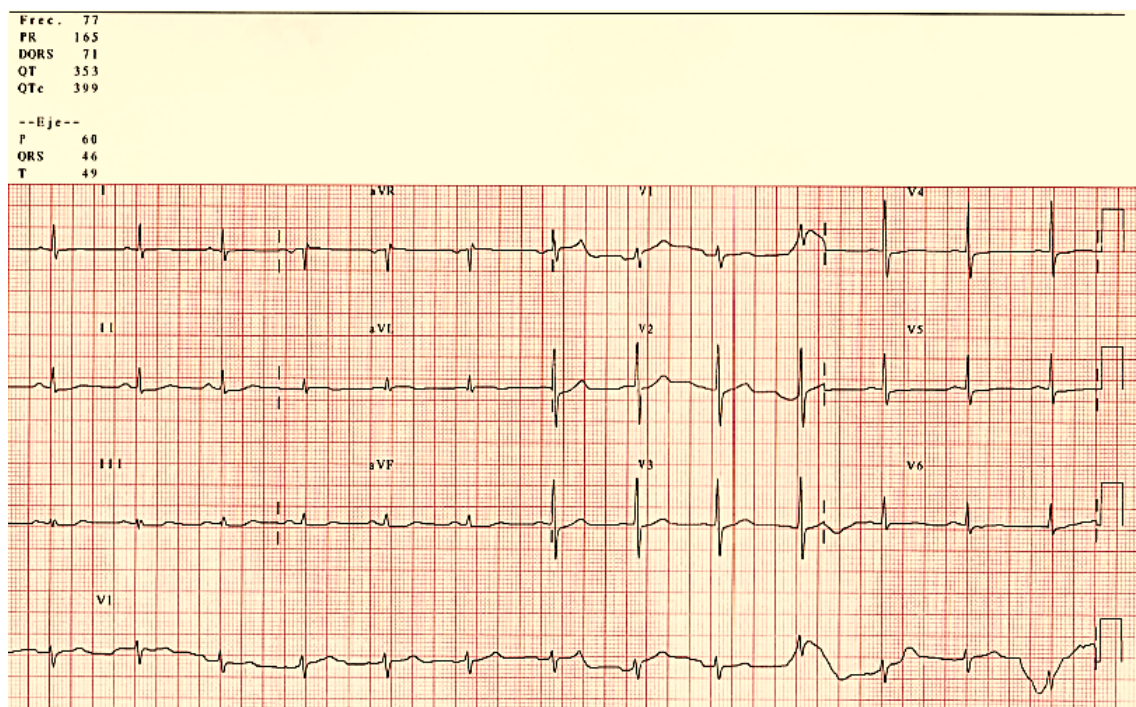
Calcificación valvular aórtica con estenosis severa.

Calcificación leve del anillo mitral.

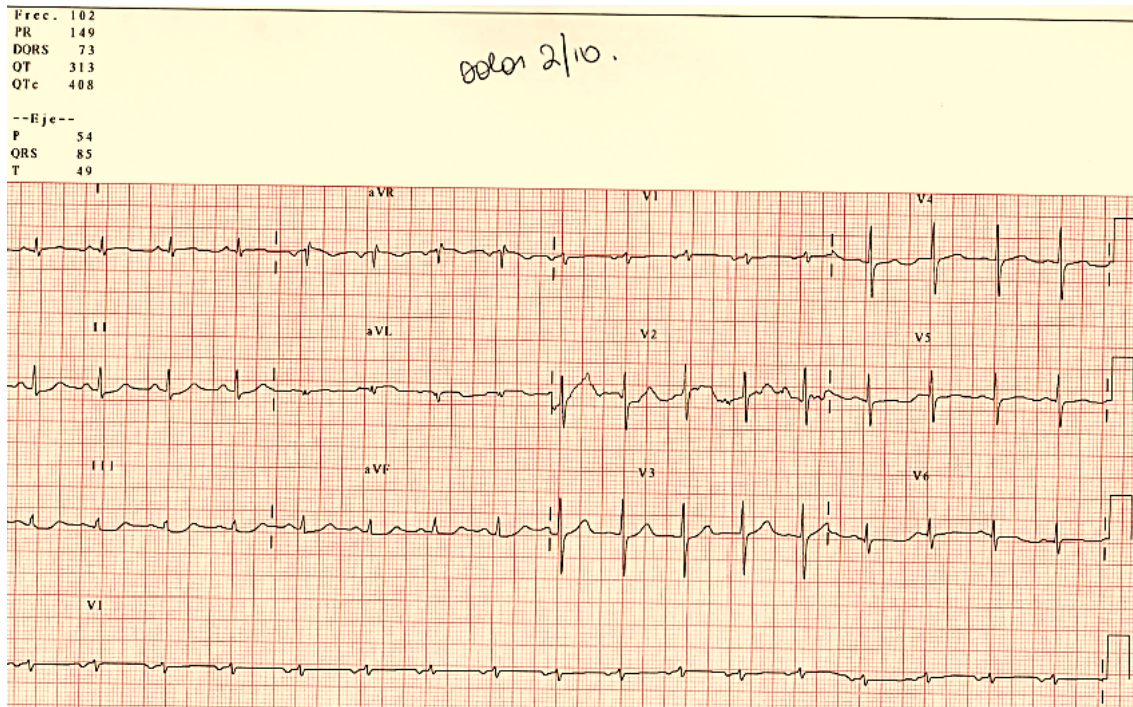
Válvulas restantes morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción.

No se observa derrame pericárdico

ECG J.M 2/2/15



ECG J.M 3/2/15 APIAM



Evolución en Sala 4/2/15 al 9/2/15

- Evoluciona hemodinámicamente estable, sin nuevos episodios anginosos, sin signos ni síntomas de insuficiencia cardíaca.
- Se inicia tratamiento con betabloqueantes con adecuada tolerancia.
- Se programa realización de SPECT reposo esfuerzo el día 9/2/15

Estudio de perfusión SPECT J.M 9/2/15

Reposo:

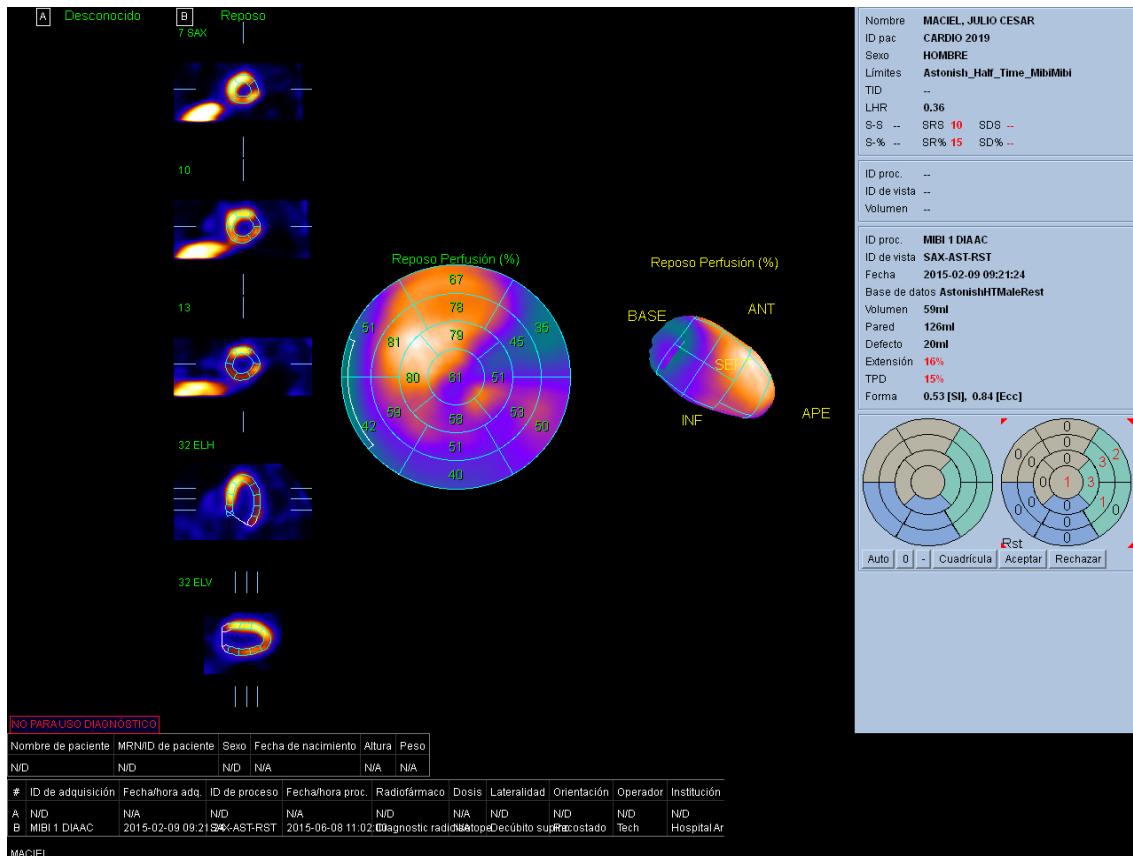
- Hipoperfusión severa anterolateral e inferolateral de ápice a base.

Gated Post reposo:

- Fey: 56% VFD: 68 ml VFS: 30 ml
- Hipocinesia lateral con engrosamiento sistólico inferolateral

Conclusión:

- El estudio SPECT evidencia secuela de necrosis en probable territorio de la arteria Circunfleja con viabilidad inferolateral. FVI conservada en reposo

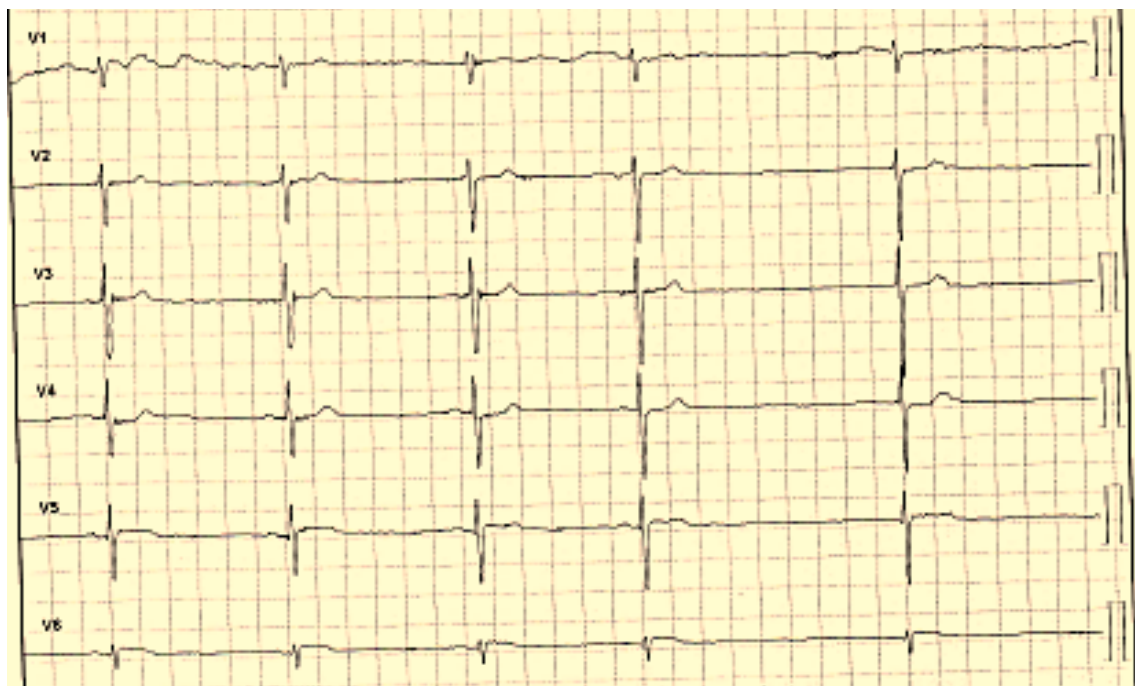
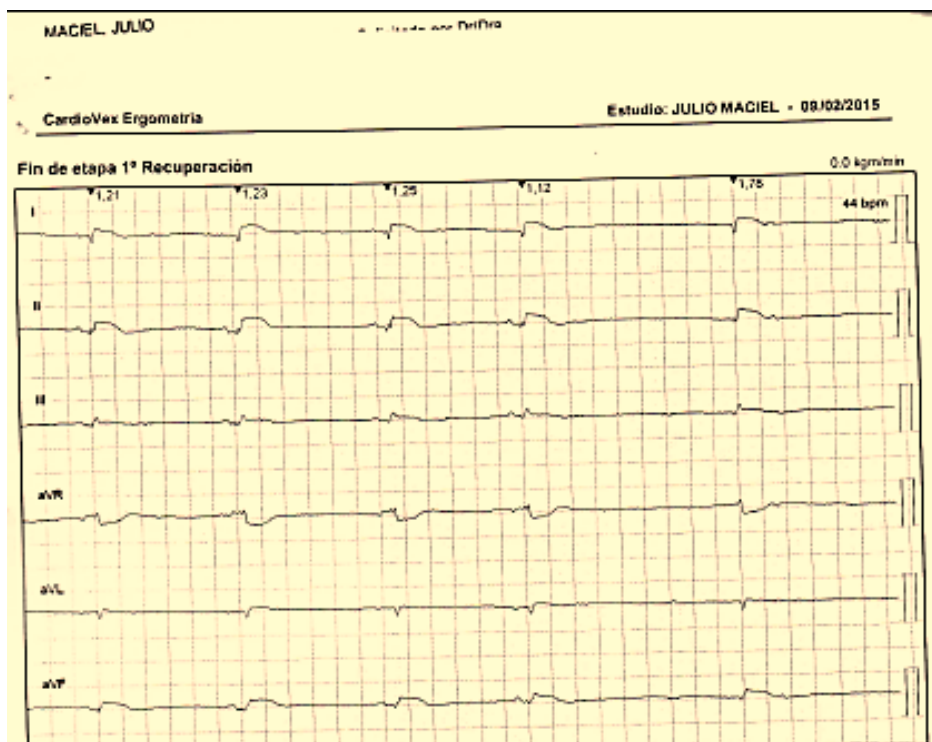


Ergometría J.M 9/2/15

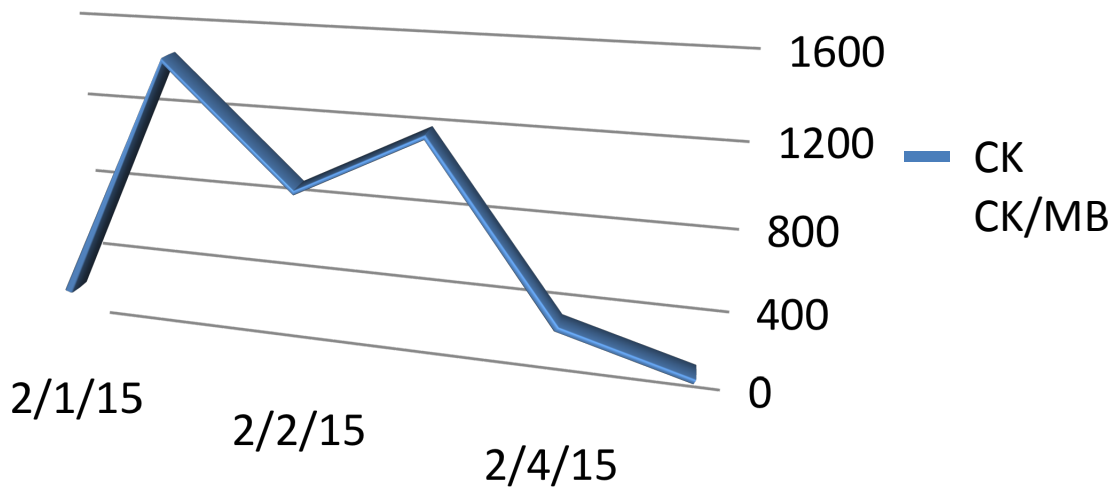
Protocolo: Who	Máx. TAS: 140 mmHg
FC prevista (máx/submáx): 158/134 lpm	Máx. TAD: 70 mmHg
Máx. FC alcanzada: 126 lpm (80%/94%)	Máx. METS: 6,8
Máx. doble producto: 17640	Máx. Vo2: 23,9

- Prueba submáxima suficiente.
- Detenida por agotamiento muscular en miembros inferiores.
- No refirió ángor, ni disnea hasta el doble producto alcanzado.
- No presentó cambios en el ST/T con respecto al basal.
- En la recuperación inmediata presenta episodio sincopal constatándose en el ECG bradicardia e inmediata asistolia. Se realizan maniobras básicas y avanzadas de reanimación sin respuesta a las mismas.

Último trazado ECG 9/2/15



Curva Enzimática



Laboratorio

	1/2/15	2/2/15	3/2/15	4/2/15	5/2/15
Hto	40	37	40	41	43
GB	11900	7300	11400	9700	11800
Plaquetas	187000	175000	181000	176000	193000
Glucemia	162	91	104	141	158
Urea/Creat.	45/1,07	39/0,92	18/0,83	22/1	37/1,13
Na/K/Cl	135/3,9/100	139/3,8/103	138/3,5/102	140/3,7/99	133/4,3/94
TP/KPTT/RIN		89/26/1		84/30/1,08	
BT/BD		0,37/0,17	0,36	0,52	0,49
GOT/GPT		37/21	168/37	78/32	56/39
CK/CKMB	400/40	1º:1531/114 2º:995/107	1285/76	500/39	337/34
troponina	50-100	410			

CT: 203	TGC: 123	HDL: 34	LDL: 144	HbA1: 5,3
---------	----------	---------	----------	-----------

Tratamiento durante la internación

- Aspirina 100 mg día VO.
- Clopidogrel 75 mg día VO.
- Atorvastatina 40 mg día VO.
- Bisoprolol 10 mg día VO.
- Clonazepam 0,5 mg día VO.