



ATENEO CLÍNICO

Florencia Anzivino
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. Cosme Argerich

Paciente: R. J.

Sexo: Masculino

Edad: 54 años

Fecha de ingreso: 04/01/2015

Fecha de egreso: 13/01/2015

MOTIVO DE INTERNACIÓN: Dolor Precordial

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente con antecedentes de Síndrome de Williams, internado en servicio de Cirugía general de nuestra institución por hemorragia digestiva baja, presenta el día 03/05 dolor precordial opresivo intensidad 5/10, sin irradiación en contexto de hipertensión arterial (TAS: 170 mm Hg/TAD: 100 mmHg) que cede espontáneamente luego de 20 minutos. Por caída de hematocrito, se realiza transfusión de 2 UGR.

El día 04/05 evoluciona con nuevo dolor precordial intensidad 9/10 sin irradiación de 30 minutos de duración, con ECG intra dolor que evidencia injuria subendocárdica lateral y troponina positiva.

Se decide su pase a Unidad Coronaria para control evolutivo y tratamiento.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

- Internación en Servicio de Cirugía general: 30/12/14 por hemorragia digestiva baja, se realiza VEDA que no evidencia estigmas de sangrado.
- Síndrome de Williams-Beuren: Diagnóstico en su infancia.
- Estenosis aórtica supra valvular por membrana, diagnóstico 1999, en seguimiento por Servicio de Cardiología de nuestro Hospital.
- Taquicardia sinusal, en tratamiento con atenolol desde 2011.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

- Ex-tabaquista: 26 paquetes/año (20 cigarrillos diarios por 26 años).

OTROS ANTECEDENTES:

- Hernioplastia inguinal izquierda 2000, derecha en 2001.
- Colectomía, 2003.

MEDICACIÓN HABITUAL

- Atenolol 25 mg cada 12 horas, vía oral

CINECORONARIOGRAFÍA, AORTOGRAMA, ARTERIOGRAFÍA RENAL Y PULMONAR (25/10/2001)

- **Coronariografía:** Sin lesiones angiográficamente significativas. Ventriculograma: función sistólica ventricular izquierda conservada, sin trastornos segmentarios de la motilidad. Arteria coronaria derecha aneurismática.
- **Aortograma:** Estrechamiento supra valvular aórtico en reloj de arena, aorta trivalva con signos de regurgitación aórtica severa. Se detecta gradiente máximo entre la raíz aórtica y la aorta ascendente de 44 mmHg, sin evidenciarse gradiente entre el ventrículo izquierdo y la raíz de la Aorta.
- **Arteriografía pulmonar:** Se visualiza dilatación severa de ambos troncos de la arteria pulmonar, con un gradiente de presión de 12 mmHg de ventrículo derecho a arteria pulmonar compatible con estenosis pulmonar.
- **Arteriografía renal:** Sin lesiones angiográficamente significativas.
- **Conclusión:** Estenosis supra valvular aórtica con insuficiencia aórtica severa, sin lesiones coronarias angiográficamente significativas.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO (14/09/2011)

DDVI 49 mm	DSVI 32 mm	SIV 19 mm	PP 11 mm	AI 49 mm
------------	------------	-----------	----------	----------

- Ventrículo izquierdo (VI) no dilatado, con hipertrofia concéntrica severa a predominio septal basal (21mm). Función sistólica del VI conservada, sin alteraciones segmentarias de la contracción.
- Patrón de llenado tipo relajación prolongada.
- Aurícula izquierda levemente dilatada.
- Cavidades derechas sin alteraciones.
- Válvula aórtica impresiona trivalva con engrosamiento comisural, a nivel suprasigmoideo se observa imagen compatible con membrana, la cual se presenta engrosada con gradiente máximo de 52 mmHg, con insuficiencia aórtica leve asociada.
- Válvulas auriculoventriculares sin cambios morfológicos detectables.

EXAMEN FÍSICO: INGRESO A UCO 04/01/15

TA 130/66 mmHg	FC 87 Lpm	FR 18 Cpm	Sat 98% Fio2 0,21	T 36° C
----------------	-----------	-----------	-------------------	---------

Cardiovascular: Buena perfusión periférica, ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio. RHY ausente. Pulsos presentes, regulares y simétricos. Choque de la punta 4to EIC LMC, R1 y R2 presentes en cuatro focos normofonéticos, sin R3 ni R4. Soplo sistólico 3/6 en foco aórtico, soplo holosistólico 2/6 en foco mitral, sin irradiación.

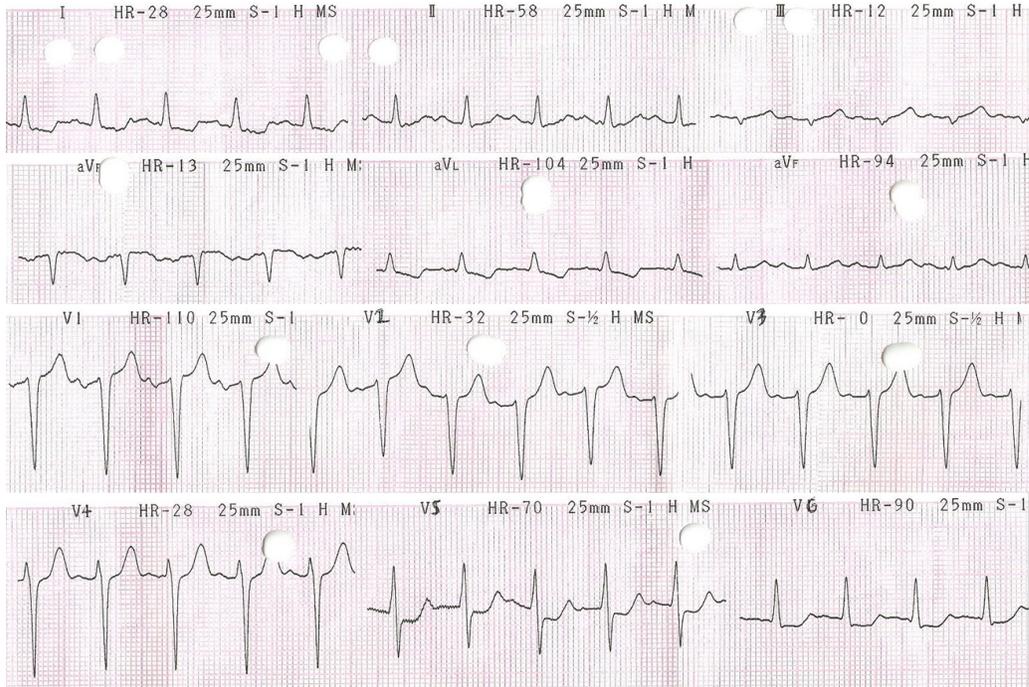
Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.

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

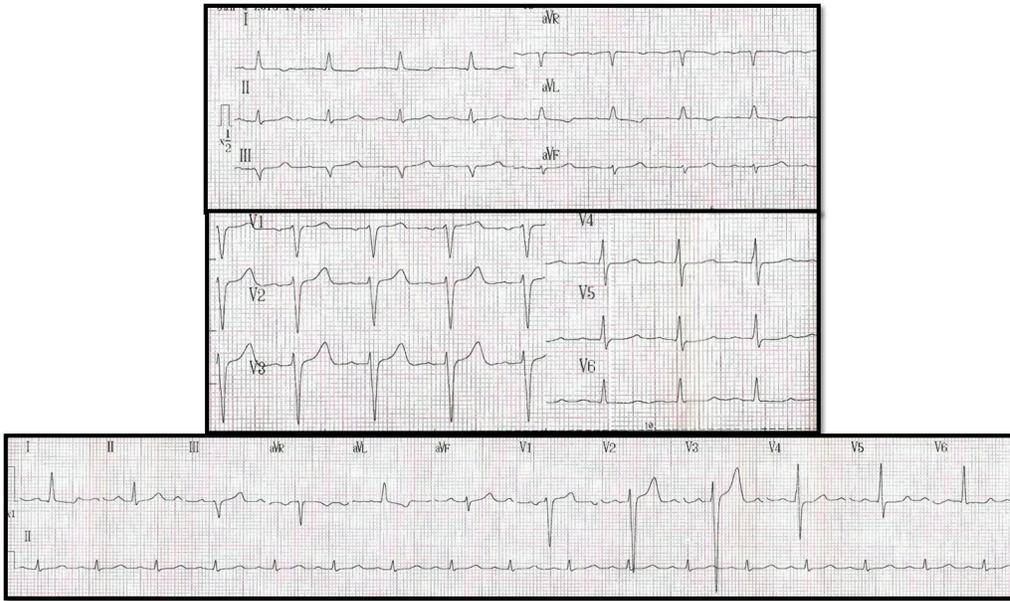
Neurológico: Vigil, lúcido, sin signos de foco motor o meníngeo.

Piel y TCS: Edema de miembros inferiores 3/6 perimaleolar, 1/6 infrapatelar, bilateral y simétrico.

ECG INTRA DOLOR. TA: 170/100 mmHg R. J. 04/01/2015



ECG UCO SIN DOLOR TA: 130/60 mmHg R. J. 04/01/2015



RX DE TORAX INGRESO A UCO



EVOLUCIÓN UCO (04/01/15 AL 06/01/15)

Evoluciona hemodinámicamente estable, asintomático para angor o equivalentes.

El 05/01 se realiza videocolonoscopia que evidencia diverticulosis colónica y hemorroides internas sin sangrado activo.

Se realiza ecocardiograma transtorácico.

Por buena evolución se decide su pase a Sala de Cardiología el 06/01/2015.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO 05/01/15

DDVI 55 mm	DSVI 34 mm	SIV 13 mm	PP 12 mm	AI 38 cm ²
------------	------------	-----------	----------	-----------------------

- Ventrículo izquierdo (VI) no dilatado, con hipertrofia concéntrica, IMVI 104 g/m².
- Función sistólica VI conservada.
- Hipoquinesia inferior basal y del septum posterior basal.
- El análisis de deformación longitudinal demostró una disminución global a predominio de los segmentos basales.
- Aurícula izquierda moderadamente dilatada.
- Ventrículo derecho no dilatado, con grosor parietal y función sistólica normales.
- Válvula mitral con restricción de la motilidad de la valva posterior con jet excéntrico que se dirige a la pared posterior de la aurícula izquierda. ORE: 0.30 cm², volumen regurgitante 36 ml.
- Válvula aórtica trivalva con apertura conservada, presenta obstrucción supraavicular aórtica por membrana, con gradiente máximo 54 mmHg, gradiente medio 30 mmHg e insuficiencia aórtica leve.

- No se observa derrame pericárdico.

EVOLUCIÓN SALA DE CARDIOLOGÍA 06/01/15 al 13/01/15

Evoluciona sin angor o equivalentes.

Por registros de hipertensión arterial se indica enalapril 10 mg cada 12 horas con adecuada respuesta.

El 13/01/15 se decide alta hospitalaria con posterior control por consultorios externos de Valvulopatías.

INDICACIONES AL ALTA

- Enalapril 10 mg cada 12 horas, vía oral.

LABORATORIO

	30/12/14	04/01/15	06/01/15	12/01/15
Hematocrito	29	27	29	30
Leucocitos	10700	14800	17.500	11900
Plaquetas	191000	217000	218000	243000
Glucosa	112	97	122	112
Urea	49	39	42	31
Creat	0.80	0.97	0.89	0.90
TP	59	71		83
KPTT	28	29		31
RIN	1.41	1.22		1.1
Hepatograma	0.85/0.29/13/11			
Ionograma	143/3.91/105	143/4.08/104	140/3.85/105	139/3.55/100
Ca/ P/ Mg				9.68/ 3.3/ 2.2
CK/ CK-MB 1º: 76/NR, CK/ CK-MB 2º: 93/NR				
Troponina T 1º: 50-100 mg/l, Troponina T 2º: 176 mg/l, Troponina T 3º: 212 mg/l				
Col Total: 123 mg/dl, TAG: 75 mg/dl, HDL: 37 mg/dl, LDL 71 mg/dl				
TSH: 0.52 uU/ml				

SEGUIMIENTO AMBULATORIO

SPECT EN REPOSO Y ESFUERZO: 11/05/2015

✓ ERGOMETRÍA:

- Prueba insuficiente por no alcanzar la frecuencia cardíaca (FC) esperada.
- FC esperada: 166 lpm, FC paciente 111 lpm (67%).
- METS: 6,8
- Máximo doble producto: 16585
- Presentó infradesnivel del segmento ST de 1,5 mm en V5-V6.
- Comportamiento normal de la FC y la presión arterial.
- No se observaron arritmias.
- No refirió angor ni equivalentes.

✓ PERFUSIÓN:

- Esfuerzo: Distribución homogénea del radiotrazador.
- Reposo: Sin cambios.
- Gated post estrés: FEY 54% , VFD: 199 ml, VFS: 93 ml. Motilidad regional y engrosamiento conservados.

- ✓ **Conclusión:** El estudio SPECT no evidencia desarrollo de isquemia miocárdica. FVI conservada en reposo.

ECOCARDIOGRAMA EN REPOSO Y ESFUERZO: 13/05/2015 (PREINFORME)

- Prueba ergométrica graduada positiva por angor e infradesnivel del segmento ST.

- Presentó isquemia anterior medioapical, septal medioapical, lateral apical e inferior.

INDICACIONES

- Aspirina 100 mg por día, vía oral.
- Atorvastatina 40 mg por día, vía oral.
- Atenolol 25 mg cada 12 horas, vía oral.
- Enalapril 10 mg cada 12 horas, vía oral.