



ATENEO CLÍNICO

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

Diesel, Claudio Oliver

05/08/2015

PACIENTE: M.D.

SEXO: Femenino

EDAD: 40 años

Fecha de consulta: 02/07/2015

Fecha de alta: 17/07/15

MOTIVO DE CONSULTA:

Realización de prueba de perfusión miocárdica (SPECT)

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente de 40 años refiere presentar episodio de dolor opresivo 4/10 a nivel epigástrico de varias horas de duración. Por recurrencia del dolor el 23/06, consulta a clínica privada (Clínica Avellaneda) en donde se constata HTA (160/100mmHg), sin otras alteraciones en laboratorio. Se interpreta cuadro como «urgencia hipertensiva» con buena respuesta con antihipertensivos y es dada de alta a las 48hs en seguimiento por consultorios externos de cardiología. Tratamiento: Aspirina y amlodipina

El 02/07 concurre a servicio de Camara Gamma de Htal Argerich para realización de prueba funcional presentando nuevo episodio de dolor de similares características en reposo. Debido a presentar ECG de base compatible con secuela inferior y sospecha de angina post IAM, se decide pase a guardia para su evaluación.

Paciente ingresa estable, asintomática. Se realiza ECG que no evidencia cambios respecto a previo. Se realiza curva enzimática que resulta negativa.

Se decide su internación en sala general de cardiología para diagnóstico y tratamiento.

FRCV:

- Hipertensión arterial diagnosticada hace 8 años durante embarazo que cursó con preclampsia. Tratada con amlodipina 5mg/d

Antecedentes CV:

- No presenta

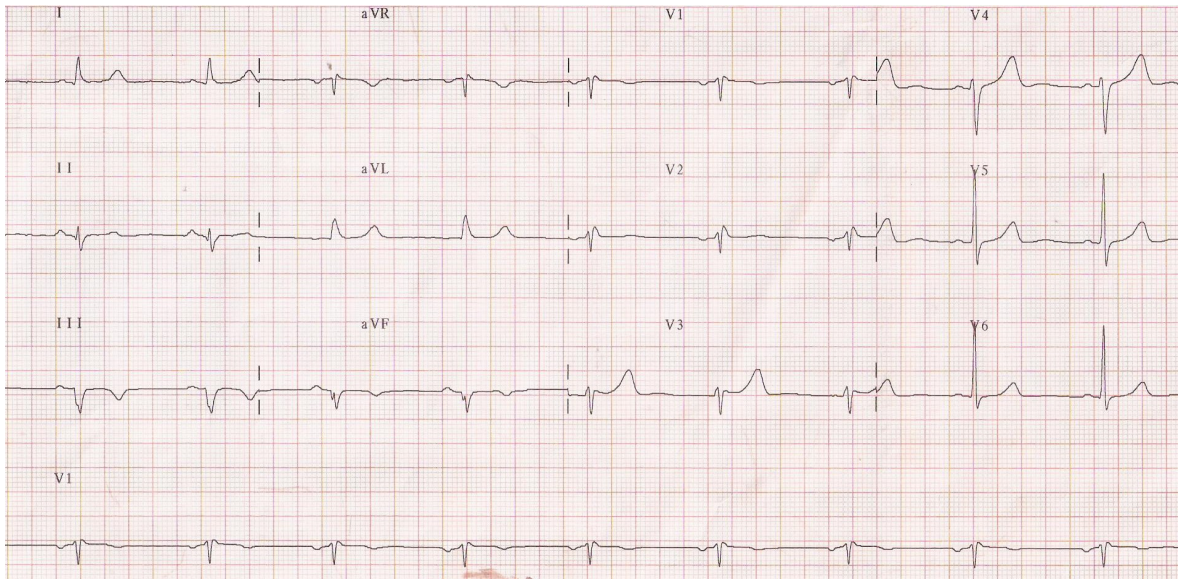
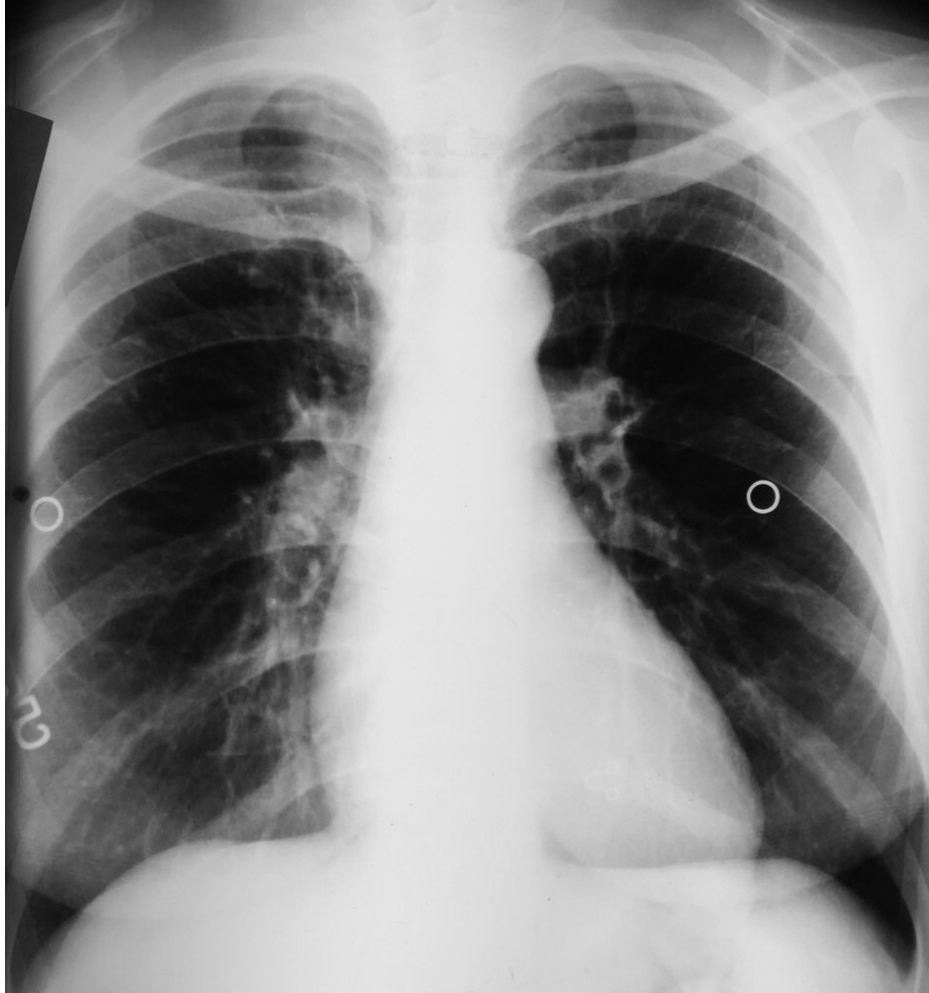
Antecedentes personales:

- Nacimiento: Paraguay
- Situación laboral: Empleada doméstica.
- Ginecológicos: G5 P4 A1
- Familiares: Madre hipertensa (viva), abuela IAM a los 63 años.

EXAMEN FÍSICO (Ingreso a sala de Cardiología)

- TA: 150/80mmHg FC: 75lpm FR: 18cpm sat: 98% (0,21)
- Cardiovascular: IY ausente. RHY ausente. Choque de punta en 4to EIC medio clavicular. Pulsos simétricos regulares. R1R2 en 4 focos, silencios libres, sin R3.
- Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados. Tolera decúbito.
- Abdomen: blando, depresible, no doloroso. Sin visceromegalias. RHA positivos.

- SNC: Lúcida sin foco motor ni meníngeo.
- Piel y TCS: sin edemas.



Evolución en sala de Cardiología (02/07 al 17/07)

Paciente ingresa estable, se indica AAS, atorvastatina y atenolol con diagnóstico probable de IAM evolucionado.

Evoluciona asintomática sin nuevos episodios anginosos con controles adecuados de TA.

Se realiza ecocardiograma y posteriormente se completa prueba de perfusión miocárdica en esfuerzo/reposo.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO (03/07)

DDVI	DSVI	FAC	SIV	PP	AI	Ao
4,0 cm	2,2 cm	45%	0,9 cm	0,8 cm	2,6cm²	2,7cm

- VI no dilatado con grosor parietal normal.
- Motilidad regional y función sistólica normal.
- AI no dilatada
- Cavidades derechas normales.
- Válvulas normales sin regurgitación.
- NOTA: se realiza STRAIN que muestra valores levemente disminuidos en su evaluación global a predominio en territorio de CD y/o Cx

Ergometría (06/07)

- Protocolo WHO
- Frec cardíaca alcanzada: 130lpm (76% / 90%)
- Max doble producto: 22141
- Max TAS: 170mmHg
- Max TAD: 90mmHg
- METS 8,9
- Prueba insuficiente por no alcanzar FC esperada, detenida por agotamiento muscular a 600kgm. No refirió ángor ni equivalentes. Comportamiento normal de la TA. Pseudonormalización de ondas T de V3 a V6 DII DIII avF, sin cambios en el segmento ST-T.

Estudio de perfusión miocárdica (06/07)

- Esfuerzo: hipoperfusión severa inferior de base a ápex
- Reposo: sin cambios
- Gated post estrés: FEy 61% VFD 70ml VFS 27ml

Hipoquinesia severa inferior sin engrosamiento.

Conclusión: Secuela de necrosis en probable territorio de CD. No desarrolla isquemia miocárdica. FVI conservada

Debido a diagnóstico probable de enfermedad coronaria en mujer joven se realiza panel reumatológico y dosaje de factores procoagulantes.

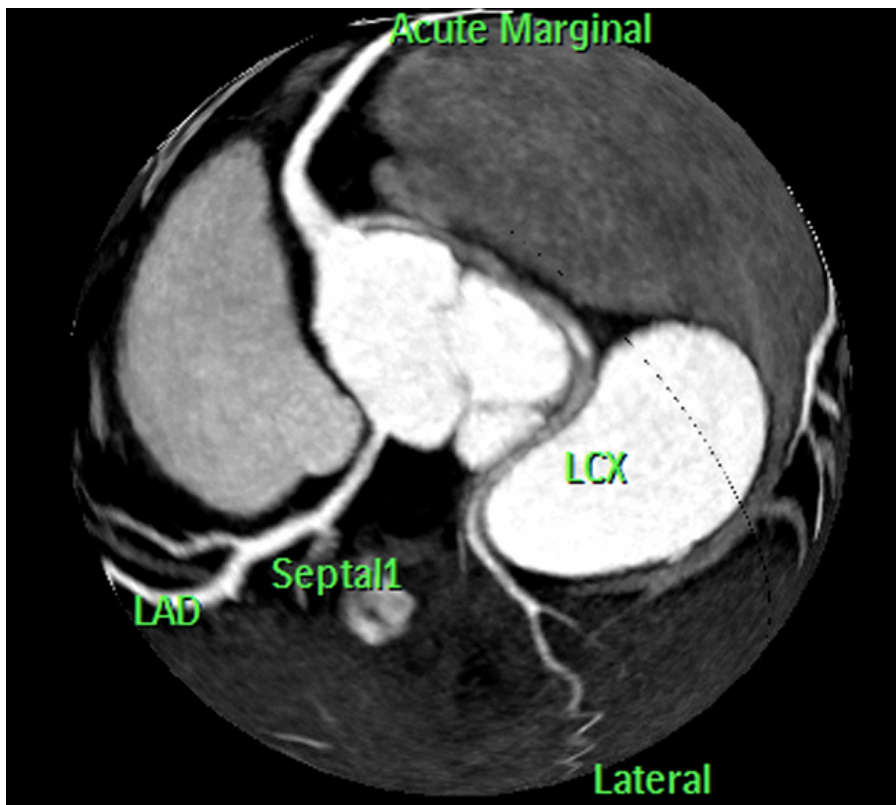
Se realiza ecografía de abdomen que no evidencia litiasis vesicular. Presencia de pólipo vesicular pequeño (6mm) en pared posterior.

El día 10/07 se realiza cinecoronariografía.

Cinecoronariografía (10/07)

- Arteria Descendente anterior: De normal calibre, sin lesiones significativas.
- Arteria circunfleja: De nacimiento en seno derecho, no presenta lesiones angiográficas significativas. Presentó espasmo en su origen que cedió con la administración de nitroglicerina.
- Arteria coronaria derecha: De gran desarrollo. No presenta lesiones angiográficas significativas. Presentó espasmo en su origen que cedió con la administración de nitroglicerina.
- Ventriculograma: Volúmenes conservados. Hipoquinesia anteriomedial, anteroapical, inferomedial e inferoapical. Función del ventrículo izquierdo con deterioro leve.

Debido a la presencia de nacimiento anómalo de la arteria circunfleja se realiza angioTAC con reconstrucción 3D para evaluación completa de la anatomía coronaria.



- Arteria coronaria derecha dominante de gran calibre, no presenta lesiones.
- Arteria descendente anterior de gran calibre y desarrollo, no presenta lesiones.

- Arteria circunfleja, de aspecto hipoplásica se origina en el segmento proximal de la CD, transcurriendo por detrás de la arteria aorta, por el surco AV, emergiendo en la cara lateral posicionándose en el territorio normal. No presentando, por este método, lesiones ni compresiones extrínsecas.
- Score de calcio coronario (Agatston) = 0 (cero)

Al descartar patología ateromatosa, se suspende tratamiento instaurado, iniciando antagonistas cálcicos con diagnóstico posible de vasoespasmo coronario.

Es dada de alta el día 17/07.

Medicación al alta: Diltiazem AP 120mg/día

Laboratorio

Hematología

Hematocrito: 40,7%
Hemoglobina: 13,5g/dl
Leucocitos: 7000/mm³
Rto plaquetas: 240000/mm³

Hemostasia:

Tpo Protrombina: 86%
aPTT: 35seg
RIN: 1,06

Hepatograma:

Bilirrubina total: 0,8mg/dl
GOT: 25 U/L
GPT: 15 U/L
FAL: 80 U/L

Química

Glucemia: 95mg/dl
Urea: 23 mg/dl
Creatinina: 0,9 mg/dl
Sodio: 140mEq/L
Potasio: 4,4 mEq/L
Cloro: 100 mEq/L

Lipidograma:

Triglicéridos: 40mg/dl
Colesterol total: 153mg/dl
Colesterol HDL: 84mg/dl
Colesterol LDL: 61mg/dl
Hemoglobina glicosilada: 6,2%

Panel reumatológico:

Eritrosedimentación: 3mm
Factor reumatoideo: 0 U/ml
Factor antinuclear: no reactivo
Antígenos nucleares: 0
Anti-Ro: no reactivo

Serologías

VDRL: No reactivo
Serología Chagas: No reactivo
HIV: no reactivo

Factores coagulación

Coagulante Lúpico: Negativo
Proteína C: normal
Proteína S: normal
Antitrombina: normal

Seguimiento consultorios externos

Paciente asintomática con buena tolerancia al tratamiento instaurado, por presentar registros de TA elevados, inicia losartán.

Se realiza Holter de 24hs que no evidencia episodios de arritmias ni cambios de la repolarización.

Se solicita Resonancia magnética cardíaca para completar evaluación.