



# ATENEO ANATOMOPATOLÓGICO

Florencia Anzivino  
Residencia de Cardiología  
Hospital Dr. Cosme Argerich  
09/09/2015

**Paciente:** A.M.

**Sexo:** Femenino

**Edad:** 47 años

**Fecha de internación:** 14/04/2015

**Fecha de óbito:** 16/04/2015

**MOTIVO DE INTERNACIÓN:** Dolor precordial.

#### **ENFERMEDAD ACTUAL:**

Paciente refiere presentar el día 13/04 dolor precordial opresivo, de inicio en reposo, intensidad 10/10 de aproximadamente 1 hora de evolución por lo que consulta a guardia externa de este Hospital.

A su ingreso paciente hipertensa (TAS: 180 mm de Hg/TAD: 100 mm de Hg) con persistencia del dolor precordial y ECG que evidencia injuria subendocárdica inferolateral por lo que se inician nitratos endovenosos (EV) con mejoría del dolor precordial pero sin cambios en ECG. Se recibe troponina positiva (1° 50-100 ng/l, 2° 147 ng/l) por lo que se inicia doble antiagregación y anticoagulación.

Con diagnóstico de angina de reciente comienzo se decide su pase a UCO el día 14/04 para control evolutivo y tratamiento.

#### **ANTECEDENTES**

##### **ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:**

- *Internación en Hospital Florencio Varela 06/04 al 09/04:* Consulta por dolor precordial opresivo irradiado a cuello y miembro superior izquierdo, que cede parcialmente con analgésicos.
- Presenta luego del alta, nuevos episodios de dolor precordial en reposo de aproximadamente 1 hora de duración, de similares características, que cedían espontáneamente.

##### **FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR:**

- Hipertensión arterial: Diagnóstico hace 4 años.
- Diabetes tipo II: Diagnóstico hace 4 años, con irregular control glucémico.
- Dislipemia: Sin tratamiento.
- Obesidad: BMI 35 kg/m<sup>2</sup>.

## ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES:

- No refiere.

## MEDICACIÓN HABITUAL:

- Enalapril 10 mg cada 12 horas, vía oral.
- Metformina 2000 mg por día, vía oral.
- Glibenclamida (no recuerda dosis).

## EXAMEN FÍSICO INGRESO A UCO 14/04/2015:

TA: 134/76 mmHg

FC: 74 Lpm

FR: 16 Cpm

T°: 36 °C

Sat: 98 % ( Fio2: 0.21)

**Cardiovascular:** Buena perfusión periférica, ingurgitación yugular ausente. 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, silencios libres.

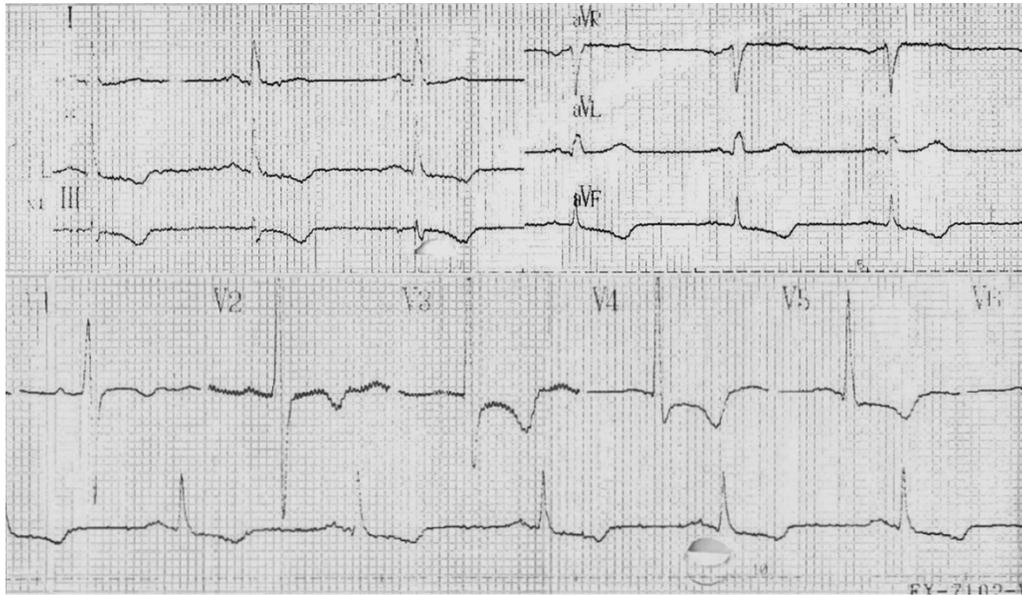
**Respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.

**Abdomen:** Globoso, blando, depresible, indoloro. RHA presentes. Sin visceromegalias.

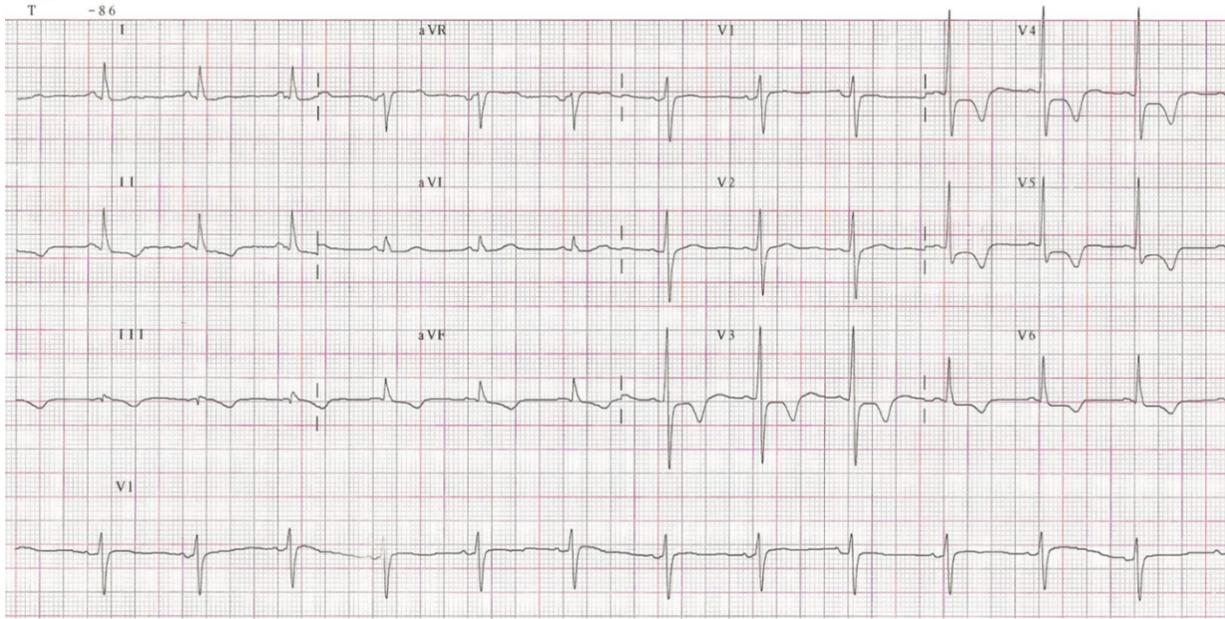
**Neurológico:** Lúcida, sin signos de foco motor o meníngeo.

**Piel y TCS:** Ausencia de edema de miembros inferiores.

**ECG INTRADOLOR INGRESO A GUARDIA EXTERNA 13/04/2015**



**ECG SIN DOLOR, INGRESO UCO 14/04/2015**



**RX DE TÓRAX INGRESO A UCO:**



## EVOLUCIÓN UCO 14/04 AL 16/04

Se interpreta cuadro como angina de reciente comienzo de alto riesgo por el score de la AHA (Troponina +, dolor prolongado e infradesnivel del ST) y moderado por riesgo por GRACE 0.6%, TIMI 4/7 (dolor, IST, Troponina +, FRCV) y score DIC 6 puntos (Desnivel del ST y troponina +).

Paciente hemodinámicamente estable, con hipertensión arterial y requerimiento de NTG EV, asintomática para angor o equivalentes.

El 15/04 se realiza Ecocardiograma doppler.

El 16/04 se realiza Cinecoronariografía diagnóstica.

## ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO 15/04/2015

DDVI: 52 mm	DSVI: 29 mm	SIV: 11 mm	PP: 7 mm	Al: 40 mm	Ao: 32 mm
-------------	-------------	------------	----------	-----------	-----------

- Cavity ventricular izquierda de dimensiones normales.
- Hipoquinesia del septum anteromedial.
- Función sistólica del VI conservada.
- Aurícula izquierda no dilatada.
- Cavity ventricular derecha de dimensiones normales. Ventrículo derecho con grosor parietal normal y función sistólica normal.
- Aurícula derecha no dilatada.
- Válvulas morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción.
- No se observa derrame pericárdico.

## CINECORONARIOGRAFÍA 16/04/2015

- Tronco coronario izquierdo de normal calibre y desarrollo, sin lesiones angiográficamente significativas.

- Arteria descendente anterior (DA) de delgado calibre, da nacimiento a ramos septales y diagonales. Se observa lesión circunscrita significativa (75% de la luz) a nivel del tercio medio.
- Arteria circunfleja (CX) de normal calibre y desarrollo, da nacimiento a ramos lateroventriculares. No se observan lesiones angiográficamente significativas.
- Arteria coronaria derecha de normal calibre y desarrollo, dominante. No se observan lesiones angiográficamente significativas.
- Ventriculograma: Volúmenes de fin de sístole y fin de diástole conservados. Función ventricular izquierda conservada. Válvula mitral móvil y competente.
- Conclusión: Enfermedad aterosclerótica de un vaso, descendente anterior.

### EVOLUCIÓN EN HEMODINAMIA 16/04/2015

Posterior al procedimiento, 10:30hs, presenta síntomas vagales con náuseas y relajación de esfínteres con posterior deterioro del sensorio que evoluciona rápidamente a estupor, desviación de la mirada a la derecha, hipotensión profunda y finalmente PCR en contexto de actividad eléctrica sin pulso.

Se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. Reingresa a sala de Hemodinamia en contexto de PCR donde se observa arterias coronarias (DA y CX) permeables.

Se constata óbito a las 11:05 hs.

### LABORATORIO

	13/04	14/04	15/04
Hematocrito	45	44	44
Leucocitos	8300	10600	9100
Plaquetas	168000	192000	189000
Glucosa	358	208	269
Urea / Creat	40 / 0.87	32 / 0.88	33 / 0.74
TP/KPTT/RIN	-	88 / 23 / 1.04	-
Hepatograma	-	-	0.5/23/38
Ionograma	-	151/2.49/103	142/3.26/102
CK / CK-MB	130	85	56
Troponina T (ng/l)	50-100 / 147	192	
HbA <sub>1c</sub> : >12% (VN 4-6)			
Colesterol: 219 mg/dl ; TAG: 201 mg/dl; HDL 30 mg/dl ; LDL 149 mg/dl.			

*Finalizada la presentación y discusión del caso, el Servicio de Patología presentara los resultados de la necropsia total de la enferma.*