



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/m².

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.

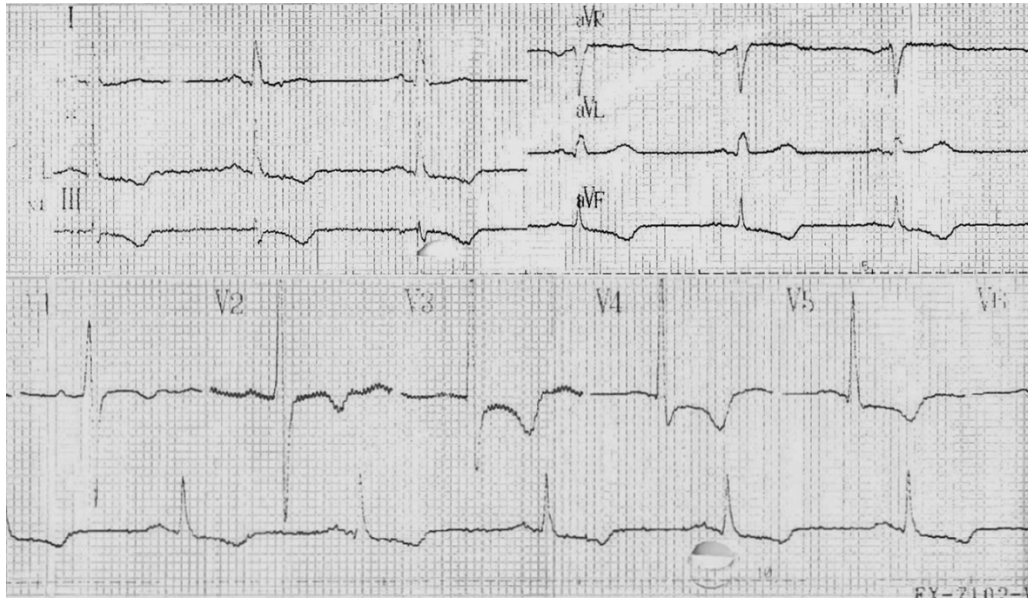
Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.

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

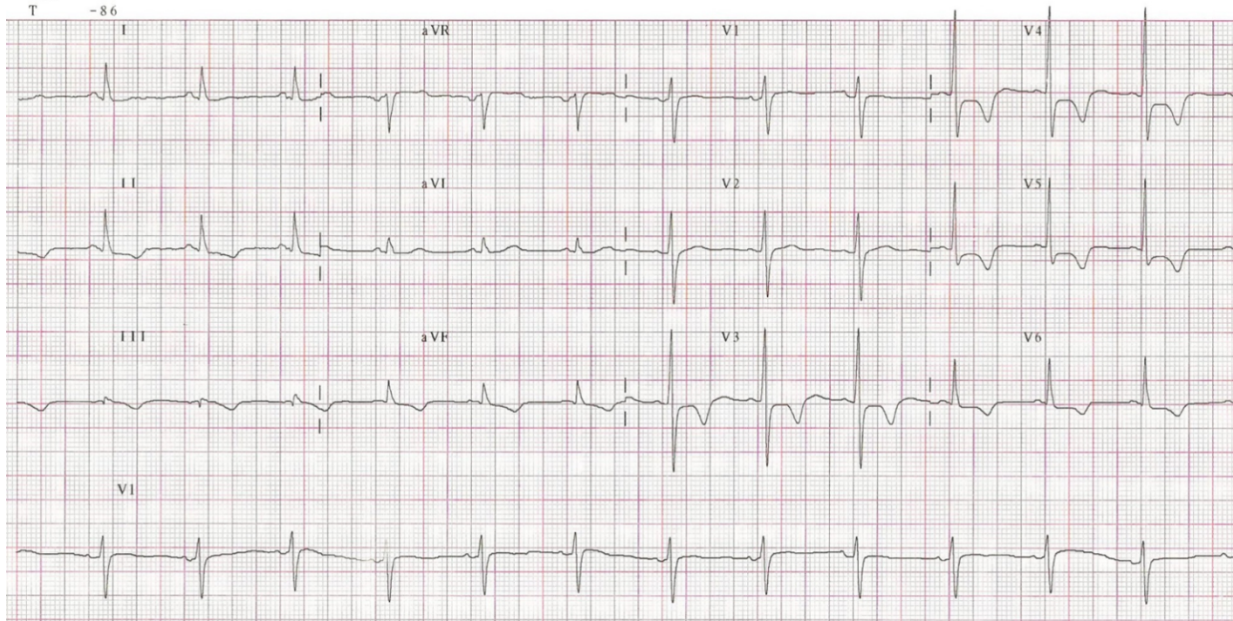
Neurológico: Lúcida, sin signos de foco motor o meníngeo.

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 _{1c} : >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.