



ATENEO CLÍNICO

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

Maximiliano Gastón Mascarello

06/04/2016

Paciente: F. M.

Edad: 36 años

Sexo: Femenino

Fecha de ingreso: 24/04/15

⊙ **Motivo de internación:**

Dolor Precordial

⊙ **Enfermedad Actual:**

Paciente que consulta a guardia externa de Clínica Zabala por presentar dolor precordial característico, de inicio en reposo, intensidad 9/10, de más de una hora de duración.

A su ingreso se realiza ECG que evidencia injuria sub-epicárdica de cara inferior y biomarcadores (Troponina) positivos. Se interpreta el cuadro como síndrome coronario agudo por lo que se solicita CCG de urgencia que evidencia lesión en coronaria derecha distal. Se realiza ATC a dicha lesión sin complicaciones.

Antecedentes Personales

Factores de riesgo cardiovascular:

- ⊙ No presenta

Antecedentes cardiovasculares:

- ⊙ Al interrogatorio dirigido, refiere presentar ACV en 2014 sin secuelas.

Otros antecedentes de relevancia:

- ⊙ Gestas 3, Partos 3, abortos 0.
- ⊙ **Cursando al momento de la internación tercer mes de puerperio**

Medicación Habitual:

- ⊙ No refiere

Examen Físico de ingreso a UCO

TA: 109/47 mmHg

FC: 64 lpm.

FR: 14 cpm.

Sat: 98%

T 36°C

⊙ **Aparato cardiovascular:**

Hemodinámicamente estable, buena perfusión periférica. Ingurgitación yugular 1/3 con colapso, sin RHY. Latido apexiano en 4º EIC LMC, pulsos regulares y simétricos. R1 y R2 en 4 focos, silencios libres

⊙ **Aparato respiratorio:**

Buena mecánica respiratoria, buena entrada de aire bilateral sin ruidos agregados.

⊙ **Neurológico:**

Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, sin foco motor ni meníngeo, pupilas isocóricas y reactivas.

⊙ **Abdomen:**

Blando, depresible, indoloro, RHA +

Radiografía de Torax



Evolución 24/4 al 27/4

- ⊙ La paciente evoluciona hemodinámicamente estable sin ángor ni complicaciones derivadas del procedimiento.
- ⊙ El 27/4/15 refiere presentar dolor precordial opresivo, intensidad 9/10, irradiado a mandíbula. Se realiza ECG intra dolor en ritmo sinusal, ST-T isonivelado, sin cambios respecto a previos.
- ⊙ Se administra NTG y rescates de morfina con mejoría sintomática parcial. Ante la persistencia del cuadro clínico, se solicita realización de nueva CCG diagnóstica que evidencia disección coronaria en DA ostial, implantándose un stent tipo DES a TCI y DA

Evolución 27/4 al 1/5

- ⊙ Procedimiento adecuadamente tolerado, sin complicaciones inmediatas.
- ⊙ Se titula tratamiento médico
- ⊙ El 1/5/15 presenta nuevo episodio anginoso de similares características, sin cambios ECG objetivables por lo cual se realiza nueva CCG donde se observa disección de CD proximal. Se realiza ATC con DES a CD proximal y DES a CD distal posterior a primer stent por lesión severa, DES a CX proximal por lesión crítica.

Evolución 3/5 al 9/5

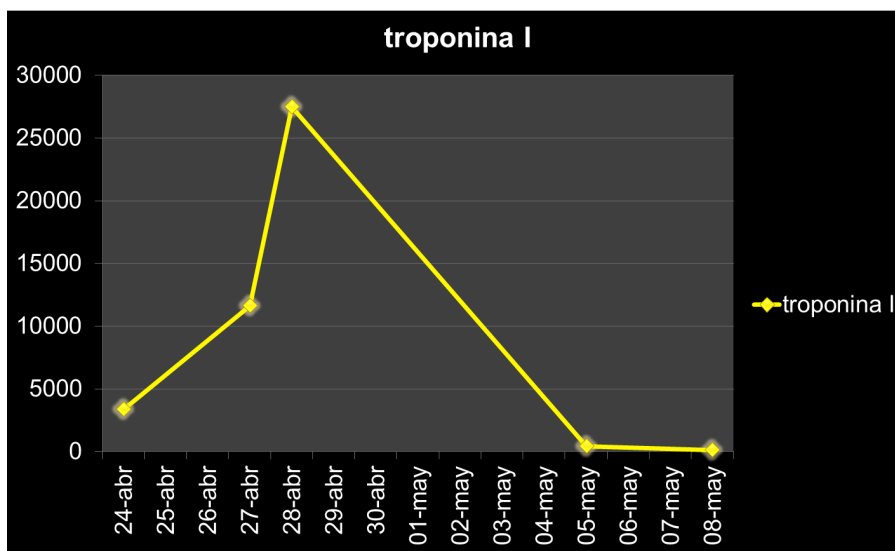
- ⊙ Por buena evolución clínica, luego de 48 horas asintomática, se decide su pase a sala de clínica médica para continuar tratamiento y control evolutivo.
- ⊙ El 5/5/15 presenta nuevo episodio anginoso reingresando a unidad coronaria. A su ingreso se realiza ECG sin cambios isquémicos agudos objetivables. Por persistencia de sintomatología ingresa nuevamente a sala de hemodinamia constatándose trombosis a nivel de tercio medio de DA implantándose stent BMS exitoso, con requerimiento de abciximab.
- ⊙ Se recibe resultado de laboratorio que evidencia inhibidor lúpico positivo. Se interpreta como cuadro compatible con SAF, por lo que se indica anticoagulación con acenocumarol.
- ⊙ Se realiza ecografía doppler de vasos de cuellos sin hallazgos patológicos.
- ⊙ Evoluciona sin nuevas interurrencias decidiéndose otorgar alta médica y continuar controles por consultorios externos de cardiología.

Evolución al alta

- ⊙ Posterior al alta, presenta episodios aislados de angor característico, de intensidad variable que motivaron la realización de «unidades de dolor» en guardia externa, con ECG y curvas enzimáticas negativas.
- ⊙ Se decide optimizar tratamiento médico hasta máximo tolerado, continuando controles por consultorios externos.
- ⊙ Actualmente la paciente se encuentra asintomática.

Laboratorio

	24/4	27/4	28/4	1/5	5/5	8/5	19/5
Hto	37		32	33	30	27	36
GB	8950		9390	6950	7760	9510	8250
PL	288000			263000	361000	497000	476000
Glu	79		113	96	101		93
U	29	16	14	26	24		31
Cr	0,9	0,8	0,7	0,7	0,8		0,8
NA	142		135	142	139		
K	3,7		4,1	4	4,3		
TP	79						
KPTT	26						55
BT	0,45			0,67			37
BD	0,18			0,22			
GOT	24		98	24			
GPT	41		41	32			
CK/CKMB	341/16,3	207	839	74	49/0,5		35/0,5
troponina	3369	11607	27473		422	120	13
CT: 123, TGC: 108, HDL: 51, LDL: 50, Latex de AR: menor 15, PCR 7,13, inhibidor lúpico+							



Tratamiento al alta

- ⊙ AAS 100 mg día
- ⊙ Ticagrelor 90 mg cada 12 horas
- ⊙ Eplerrenona 25 mg día
- ⊙ Acenocumarol según cartilla
- ⊙ Bisoprolol 1,25 mg cada 12 horas
- ⊙ Atorvastatina 40 mg día
- ⊙ Furosemida 20 mg VO trisemanal
- ⊙ Hierro Quick 80 mg día
- ⊙ Clonazepam 0,25 mg cada 12 horas

➤ **Aclaración:** Estimados Doctores, lamentamos no contar con un ECG referente al caso clínico. Les recordamos que el mismo pertenece a una institución externa a nuestro hospital y que en los archivos de la historia clínica no se encontraron los mismos. Así mismo, tampoco disponemos de los informes escritos pertinentes a los ecocardiogramas y cinecoronariografías realizadas aunque si contamos con las imágenes. Esperamos sepan entender las dificultades del caso. Saludamos a ustedes muy atentamente.