



# **ATENEO CLÍNICO**

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

**Indavere, Agustín  
13/04/2016**

**Paciente: D.E.**

**Edad: 49 años**

**Sexo: Femenino**

**Ingreso: 20/02/16  
02/03/16**

**Egreso:**

**Motivo de Ingreso:** Angor.

**Enfermedad Actual:**

Paciente refiere presentar dolor precordial opresivo de intensidad 6/10, de inicio en reposo, sin irradiación que progresa a intensidad 10/10, de 3 horas de evolución motivo por el cual consulta a guardia externa de este hospital. En el día previo presentó episodios de dolor precordial de similares características que cedieron espontáneamente.

A su ingreso paciente hemodinámicamente estable, se realiza ECG que evidencia injuria subepicárdica inferolateral. Se realiza CCG de urgencia.

**Factores de riesgo coronario:**

- Dislipemia
- Obesidad
- Sedentarismo

**Antecedentes:**

- Isquemia arterial aguda de miembro inferior izquierdo en junio 2015, con trombectomía de arteria femoral común, superficial y profunda y endarterectomía de tronco tibioperoneo bilateral. (Hospital Argerich)
- Seguimiento por Servicio de Hematología de este Hospital por probable síndrome mieloproliferativo en estudio desde Junio 2015.

**Medicación habitual:**

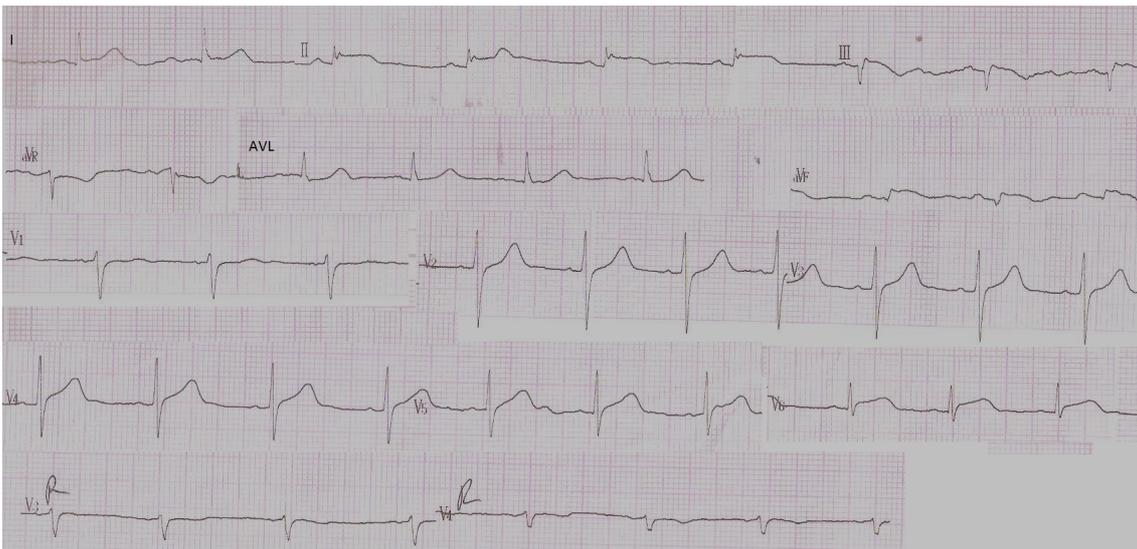
- Ácido acetilsalicílico 100 mg por día vía oral.
- Acenocumarol según cartilla.
- Atorvastatina 40 mg por día vía oral.
- Cilostazol 100 mg por día vía oral.

### Examen físico ingreso a UCO 20/02/16

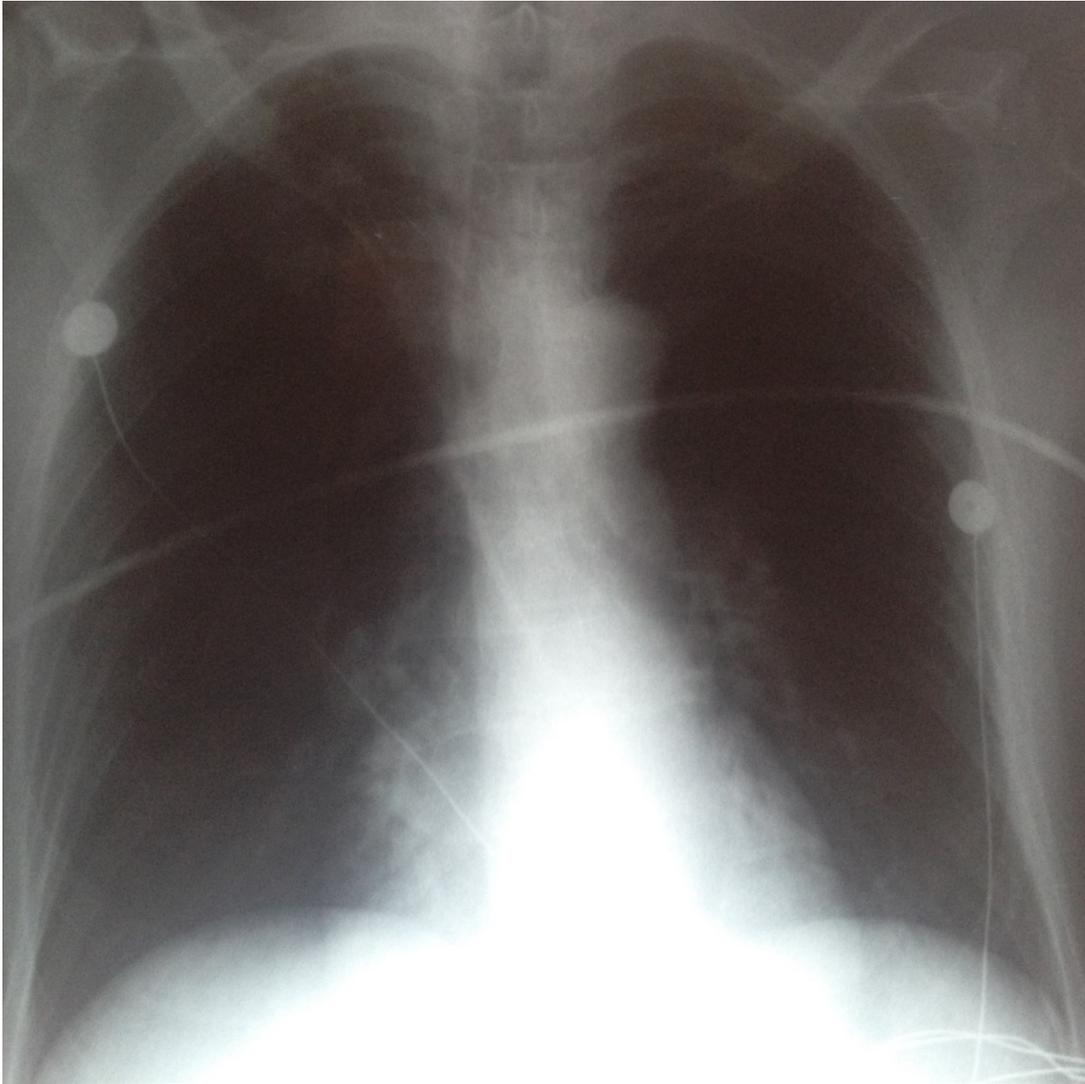
TA: 176/112 mmHg	FC: 89 l.p.m	FR: 18 c.p.m	T: 36.2°C
---------------------	--------------	--------------	-----------

- Ap. Cardiovascular:** Buena perfusión periférica, latido apexiano 5º espacio intercostal línea medio clavicular izquierda, pulsos periféricos regulares, iguales y simétricos. Sin IY, ni RHY. R1 y R2 en 4 focos, silencios libres, no se ausculta R3 ni R4.
- Ap. Respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.
- Abdomen:** Blando, depresible, indoloro, RHA (+), hígado y bazo no se palpan.
- Neurológico:** Lucida, sin signos meníngeos ni foco motor.

### ECG ingreso UCO D.E. 20/02/16



**RX ingreso UCO D.E. 20/02/16**



**Cinecoronariografía 20/02/16**

- Ostium y tronco coronario izquierdo: Ostium libre. Tronco de normal calibre y desarrollo. Sin lesiones angiográficamente significativas.
- Arteria descendente anterior: Arteria de normal calibre. Da nacimiento a ramos septales y diagonales. No se observan lesiones angiográficamente significativas.

- Arteria circunfleja: Arteria normal. Da nacimiento a ramos lateroventriculares. No se observan lesiones angiográficamente significativas.
- Arteria coronaria derecha: Arteria de normal calibre, dominante. No se observan lesiones angiográficamente significativas.

**Evolución en UCO 20/02 a 22/02:**

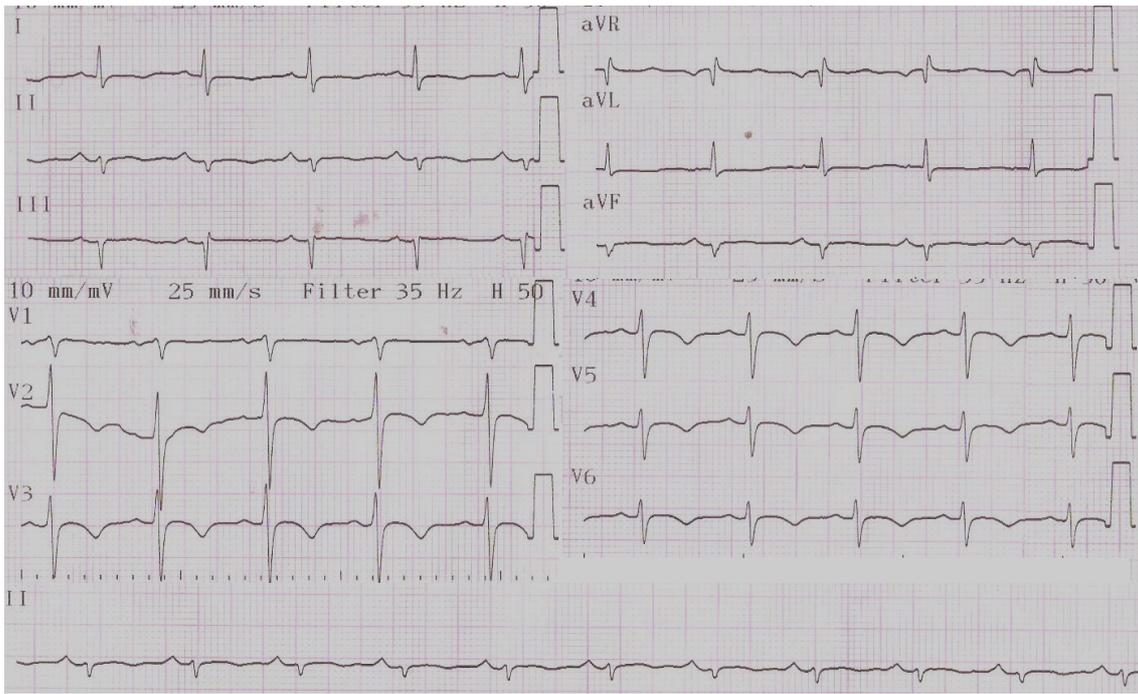
- Ingresa hemodinámicamente estable, hipertensa (TA 176/112 mmHg) por lo que se inicia NTG EV.
- Al interrogatorio dirigido paciente refiere problemas familiares en la última semana.
- Se realiza curva de biomarcadores cardíacos que resulta positiva CPK 786, CPK-MB 90, Troponina T 1768. Se interpreta como IAM con coronarias normales, probable Takotsubo, por lo que se realiza tratamiento de soporte.
- Se realiza Ecocardiograma doppler.
- Evolucionó asintomática por lo que se decide su pase a Sala de Cardiología el 22/02.

**Ecocardiograma Transtorácico 22/02/16:**

<u>DDVI</u>	<u>DSVI</u>	<u>FAC</u>	<u>SIV</u>	<u>PP</u>
<u>5.1 cm</u>	<u>3.3 cm</u>	<u>35 %</u>	<u>1.0 cm</u>	<u>1.0 cm</u>

- Aquinesia de los segmentos apicales con leve deterioro de la función sistólica global del ventrículo izquierdo. Fey 44%.
- Aurícula izquierda normal.
- Cavidades derechas normales.
- Válvulas morfológicamente normales.
- Alteración de la relajación del ventrículo izquierdo.
- No se observa derrame pericárdico.

### **ECG ingreso Sala D.E. 20/02/16:**



### **Evolución en UCO 20/02 a 22/02:**

- Se realiza interconsulta con servicio de hematología por antecedentes y presencia de trombocitosis en laboratorio (708000 plaquetas). Por sospecha de trombocitosis esencial indican hidroxiurea 500 mg por día hasta normalizar recuento plaquetario.
- Evoluciona favorablemente, sin complicaciones, se progresa tratamiento médico hasta máximo tolerado.
- El día 26/02 se realiza ecocardiograma doppler control.
- El 02/03 se decide su alta hospitalaria y seguimiento ambulatorio.

### **Ecocardiograma Transtorácico 26/02/16**

<b>DDVI</b>	<b>DSVI</b>	<b>FAC</b>	<b>SIV</b>	<b>PP</b>
4.0 cm	2.3 cm	41 %	0.9 cm	0.6 cm

- Dimensiones, espesor y función sistólica global y regional ventricular izquierda normales (Fey 72%). Strain global longitudinal pico sistólico (-17.4). Presiones de llenado normales. (E/E':12.6).
- Aurícula izquierda normal.
- Cavidades derechas normales, y función sistólica conservada (S': 11cm/s).
- PSAP 33 mmHg.
- Válvulas morfológicamente normales.
- No se observa derrame pericárdico.

#### **Medicación al alta:**

- Ácido acetilsalicílico 100 mg cada día vía oral.
- Atorvastatina 40 mg cada día vía oral.
- Cilostazol 100 mg cada día vía oral.
- Enalapril 5 mg cada 12hs vía oral.
- Carvedilol 6,25 mg cada 12hs vía oral.
- Acenocumarol según cartilla.
- Hidroxiurea según indicación de Servicio de Hematología.

**Laboratorio:**

	Ingreso 20/02	UCO 22/02	Egreso 02/03
Hto	31	29	29
GB	17800	14000	12600
Plaquetas	708000	522000	450000
Glucemia	123	129	119
Urea	27	30	32
Creat	0,79	1,01	0,9
CoI/LDL/HDL/ TAG	-	149/70/45/168	-
HbA1c	-	4,15	-
TP/KPTT/RIN	67/23/1,2	-	-
Ionograma	139/3,3/103	142/3,4/102	141/3,7/100
Hepatograma	0,1/0,03/38/8	0,2/-/27/8	0,2/-/34/12
BT/BD/Got/Gpt			
CPK T/MB	786/90	228/38	109/25
Troponina	1768		-