



Ateneo Clínico

Dra. Bernarda Viana
Hospital Dr. Cosme Argerich
23/10/2019

Paciente: L. R.	Edad: 59 años	Sexo: femenino
Fecha de ingreso: 27/06/19		Fecha de egreso: 04/07/19

Motivo de consulta: Disnea y dolor precordial.

Enfermedad actual:

Paciente que comienza con disnea CF II de tres días de evolución asociado a palpitaciones y dolor precordial característico de intensidad 5/10 durante el reposo, por lo que consulta a guardia externa de este hospital donde se realiza ECG y laboratorio sin particularidades y se otorga alta hospitalaria.

El día 26/06 se realiza de forma programada prueba de esfuerzo graduada que presenta IST de V2-V6 con TV no sostenida y disnea en máximo esfuerzo.

Se interpreta angina de reciente comienzo de bajo riesgo con PEG positiva, por lo que se decide internación en unidad coronaria.

Antecedentes

Factores de riesgo cardiovascular:

- Hipertensión arterial.
- Antecedentes heredofamiliares.

Medicación habitual

- Losartán 50 mg cada 12 hs
- Atenolol 25 mg cada 12 hs

Prueba ergometrica graduada 27/06



FC Basal	66 LPM	FC Máx	148 LPM
PA Basal	110/80 [mmHg]	PA Máx.	170/80 [mmHg]
ITT Basal	7260	ITT Máx	24310
VO2 Basal	210.00 [ml/min]	VO2 Máx	1110.00 [ml/min]
		METS Máx	5.3

Prueba positiva por infradesnivel del ST de 4 mm de V2 a V6, arritmia ventricular monofocal, duplas, colgajo de TV de 3 latidos, fenómeno de R sobre T. No refirió ángor pero si equivalente “disnea”. Recupera el STT al minuto del postesfuerzo.

Examen físico de ingreso a Unidad Coronaria

TA: 166/113 mmHg	FC: 89 lpm	FR: 16 cpm	T°: 36,5°C	SatO2: 98%
Peso: 62 kg.	Altura: 1,59 m.	IMC: 24		

Cardiovascular: Buena perfusión periférica, sin ingurgitación yugular ni RHY, choque de punta en 5to EIC LMC, pulsos periféricos presentes regulares y simétricos. R1 y R2 en cuatro focos, sin soplos.

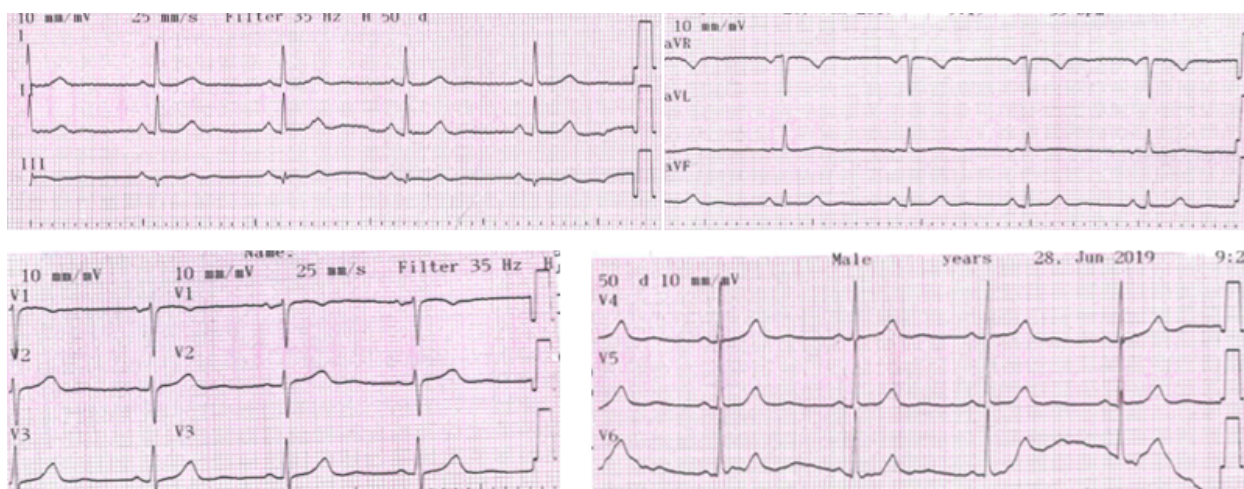
Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.

Abdomen: Blando depresible, RHA presentes, indoloro a la palpación.

Neurológico: Lúcida, sin signos de foco motor ni sensitivo.

Piel y Partes blandas: piel y mucosas normohidratadas y normocoloreadas. Sin edemas de MMII.

Electrocardiograma



Evolución en UCO 27/06 al 28/06

- ❖ Evoluciona hemodinámicamente estable, sin signos de fallo de bomba, sin ángor ni equivalentes. Se realiza curva enzimática que resulta negativa.
- ❖ Se decide su pase a Sala de Cardiología.

Evolución en sala de Cardiología 28/06 al 4/07

- ❖ Se realiza ecocardiograma transtorácico y cinecoronariografía diagnóstica.

Ecocardiograma transtorácico 1/07

DDVI:	DSVI:	SIV:	PP:	AI:
40 mm	22 mm	9 mm	8 mm	17 cm ²

Ventrículo izquierdo no dilatado con espesores parietales normales. Función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción.

Flujo mitral con patrón de llenado del ventrículo izquierdo de tipo relajación prolongada.

Aurícula izquierda no dilatada. Área=17 cm².

Cavidades derechas de dimensiones normales.

Válvulas morfológicamente normales. Insuficiencia tricuspídea fisiológica.

Presión sistólica pulmonar normal. No se observa derrame pericárdico.

Raíz de aorta normal. Vena cava inferior normal.

Cinecoronariografía

Tronco de coronaria izquierda: No presenta lesiones angiográficamente significativas.

Arteria Descendente Anterior: De fino calibre en sus segmentos medio y distal. Presenta infiltración difusa moderada en su tercio medio. No presenta lesiones angiográficamente significativas.

Arteria Circunfleja: No presenta lesiones angiográficamente significativas.

Arteria Coronaria Derecha: No presenta lesiones angiográficamente significativas.

Ventriculograma: Volúmenes conservados. Sin alteraciones de la motilidad parietal. Función ventricular izquierda conservada.

CONCLUSIONES:

- 1) Arterias coronarias sin lesiones severas.
- 2) Función sistólica del ventrículo izquierdo conservada.

Evolución en sala de Cardiología del 28/06 al 4/07

- ❖ Evoluciona hemodinámicamente estable, asintomática.
- ❖ Por sospecha de isquemia miocárdica sin lesiones significativas se inicia bloqueantes cálcicos, con buena tolerancia.
- ❖ Se solicita SPECT con test de frío para evaluar vasorreactividad de forma ambulatoria.
- ❖ Por buena evolución se decide el alta hospitalaria.

Medicación al alta

Aspirina 100 mg día.
Atorvastatina 40 mg día.
Omeprazol 20 mg día.
Losartán 50 mg día.
Diltiazem 90 mg cada 12 hs

Laboratorios

	27/06/2019
Hto (%)	46.7
GB (mm3)	8.000
Plaquetas (mm3)	378.000
U (mg/dL)	26
Cr (mg/dL)	0.60
BT (U/L)	0.36
GOT/GPT (U/L)	26/28
CK (UI/L)	44
TP (%)	87
KPTT (seg)	26
RIN	1,04
Na (mmol/L)	141.9
K (mmol/L)	3.81
Cl (mmol/L)	102.6
Troponina T	<40

TAG (mg/dL)	65
HDL (mg/dL)	76
LDL (mg/dL)	55
No HDL (mg/dL)	68
Proteínas totales (g/dL)	6.7
Albumina (g/dL)	4.1
Globulinas totales (g/dL)	2.7

SPECT 15/07

-DIPIRIDAMOL

Fin de etapa 1° Esfuerzo

130/90 mmHg



FC (ppm)	PAS/PAD (mmHg)	Doble producto
70	140/80	9847
73	130/90	9514
76	130/90	9849
60	130/80	7809

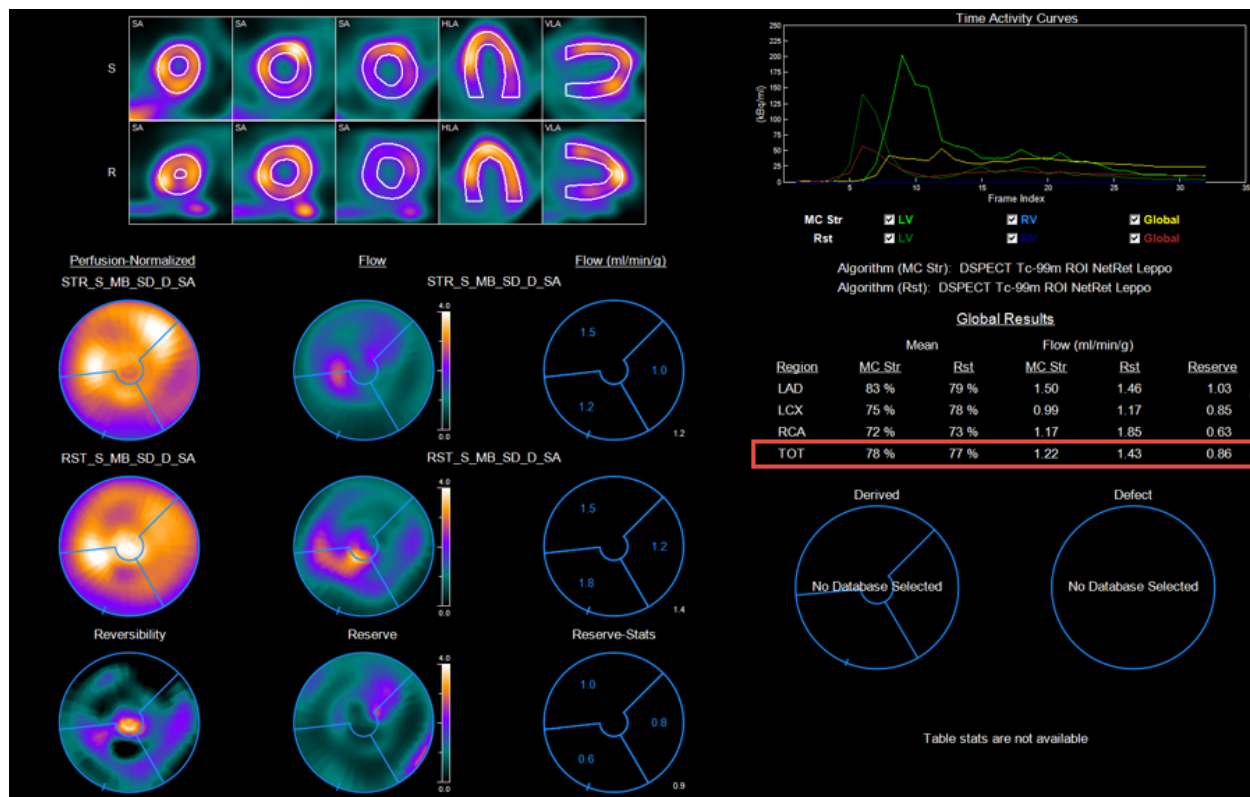
Fin de etapa 1
Esfuerzo

-TEST de FRIO



FC (ppm)	PAS/PAD (mmHg)	Doble producto
61	140/80	8562
69	140/80	9722
58	140/80	8066

Fin de etapa 1
Esfuerzo



Se realizó estudio de perfusión frío/reposo: alcanzó el 54% de la frecuencia cardíaca máxima teórica.

1- El estudio No evidencia desarrollo de isquemia miocárdica, ni presencia de secuelas.

2- Scores de perfusión: Frío: 0 – Isquémico: 0.

3- Función ventricular izquierda: conservada en reposo.

Fey 74%, vfd: 40 ml/m², vfs: 10 ml/m².

Cuantificación de flujo coronario global con dipiridamol: 1.22 (VN>2)

Cuantificación de flujo coronario con frío: 0.86 (VN >1,5).

Conclusión: respuesta compatible con disfunción microvascular de grado severo.

Holter de 24 hs

Ritmo sinusal durante todo el estudio.

E.S.V. muy poco frecuentes –asintomático–

E.V. polimorfos frecuentes –asintomático.–

Sin cambios en la repolarización ventricular

Evolución ambulatoria

❖ Por persistir sintomática se realiza nueva ergometría:

Prueba máxima a baja carga, presentó infradesnivel del ST de 1,5 mm, arritmias ventriculares frecuente polifocales y duplas, elevando bruscamente frecuencia cardiaca al iniciar etapa de 150 kgm.

❖ Se ajusta medicación:

Diltiazem 120 mg cada 12 hs

Amiodarona 200 mg/día

Bisoprolol 2,5 mg/día

Trimetazidina 35 mg cada 12 hs.