



Ateneo Clínico

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

Residencia de Cardiología

Giuliana Tresaenza

24/11/21

Paciente J.P.	Edad : 22 años
Sexo femenino	Ingreso : 05/10/2021
	Egreso: 14/10/2021
	Días de internación : 9 días

Motivo de consulta: Dolor precordial

Enfermedad actual: Paciente que consultó el 4/10 a guardia externa de esta institución por presentar dolor precordial característico de intensidad 10/10 en contexto de ejercicio que no cede con reposo, con irradiación a miembros superiores de 3 hs de evolución.

Allí se realizó ECG que evidenció injuria subepicárdica en cara anterior extensa. Se interpretó SCACEST por lo que se derivó a Unidad de Hemodinamia para cinecoronariografía de urgencia.

Se realizó angioplastia primaria con colocación de 2 stents liberadores de drogas a tercio medio de la arteria descendente anterior y posteriormente ingresó a Unidad Coronaria para monitoreo.

Antecedentes personales

Factores de riesgo cardiovascular

- Hipertensión arterial

Antecedentes de enfermedad actual:

- Lupus eritematoso sistémico (diagnóstico en 2012).
- Nefropatía lúpica grado IV.
- No presenta antecedentes obstétricos.

Otros antecedentes:

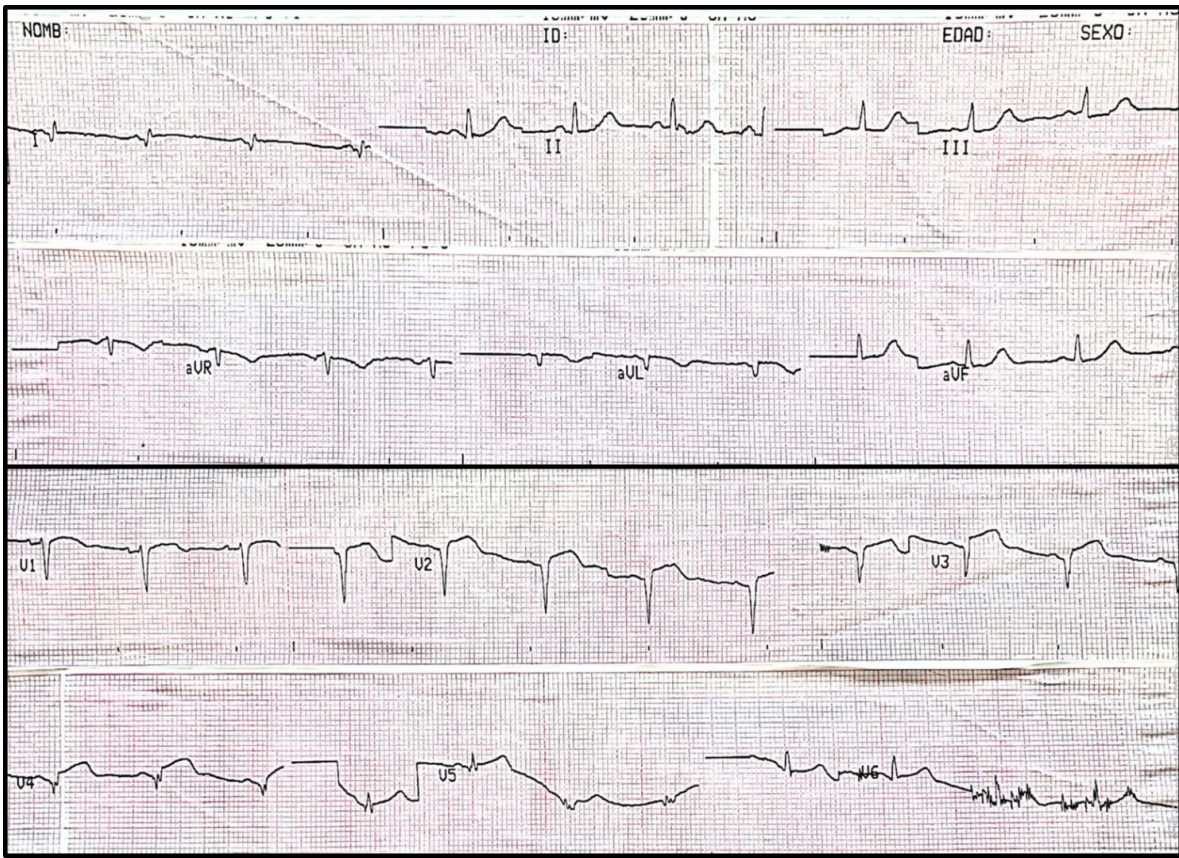
Vacunación contra COVID-19 (1° dosis en mayo; 2° dosis en junio) .

Medicación habitual:

- Hidroxicloroquina 200 mg cada 12 hs.
- Micofenolato de mofetilo 1 g cada 12 hs.
- Meprednisona 20 mg por día.
- Enalapril 10 mg cada 12 hs.
- Calcio base 1 comprimido día.

- Vitamina D 1 ampolla mensual.

Electrocardiograma de ingreso a guardia externa 4/10/21



Cinecoronariografía y angioplastia primaria 5/10/21

Tronco coronario izquierdo: de gran calibre. Ostium libre. Sin lesiones significativas.

Arteria descendente anterior: se encuentra ocluida en su segmento medio. Posteriormente se implanta con técnica de superposición 2 stents liberadores de drogas

Arteria circunfleja: sin lesiones angiográficamente significativas. Da origen a ramos lateroventriculares sin lesiones significativas.

Arteria coronaria derecha: de gran calibre y desarrollo. Dominante. Sin lesiones significativas.

Ventriculograma: volúmenes aumentados. Hipoquinesia anterior. Función ventricular izquierda con deterioro moderado.

Tiempos:

Hora de inicio del dolor: 18:00 hs

Hora de llegada al hospital: 21:00 hs

Hora de primer contacto médico: 01:00 hs

Hora primer ECG: 01:00 hs

Hora de la llamada: 02:00 hs

Hora de llegada a hemodinamia: 02:35 hs

Hora inicio CCG: 03:00 hs

Hora cuerda pasada: 03:25 hs

Hora balón/aspirador: 03:27 hs

Tiempo ventana: 567 minutos

Puerta balón: 387 minutos

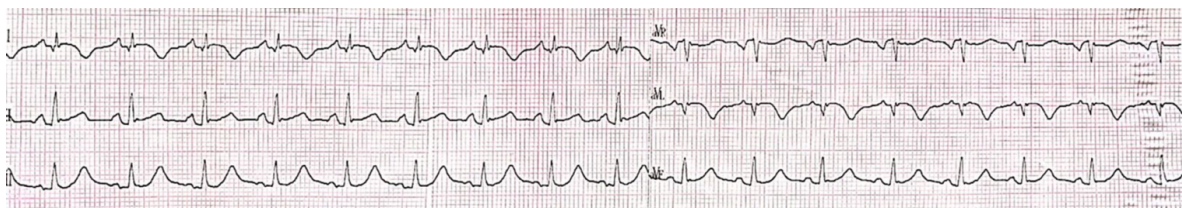
Examen físico de ingreso a Unidad Coronaria 5/10/21

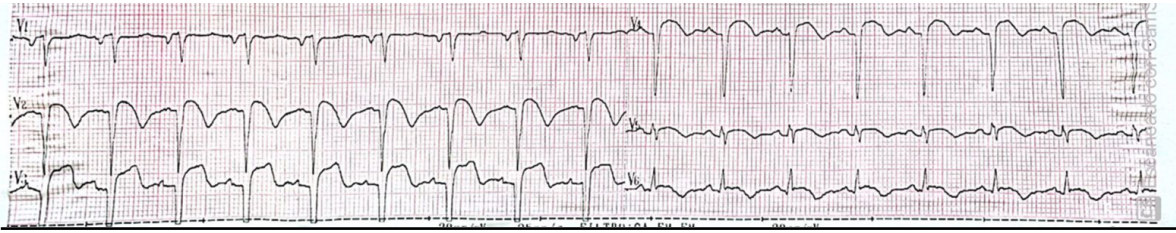
TA 100/60 mmHg	FC: 110 lpm	FR: 16 cpm	T: 36 °C	Sat 99% (0.21)
----------------	-------------	------------	----------	----------------

Peso 60 kg	Altura 1,58m	IMC 24 kg/m2
------------	--------------	--------------

- Aspecto cardiovascular: R1 y R2 en 4 focos, silencios libres. Choque de punta en 5º EIC LMC. Buena perfusión periférica, sin ingurgitación yugular, sin edemas en miembros inferiores.
- Aspecto respiratorio: buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.
- Aspecto abdominal: abdomen blando, depresible, indoloro, RHA +.
- Aspecto neurológico: lúcida, sin signos de foco motor ni meníngeo.
- Otros: punción femoral derecha, sin soplo ni presencia de hematoma.

Electrocardiograma de ingreso a Unidad Coronaria 5/10/21





Radiografía de tórax: 05/10/21



Evolución en unidad coronaria 5/10/21 al 12/10/21

Evoluciona hemodinámicamente estable y afebril. Asintomática para angor y equivalentes. Sin signos de falla agudo de bomba.

Se realiza ecocardiograma transtorácico

Ecocardiograma transtorácico 6/10/21

DDVI: 50 mm	DSVI: 42 mm	SIV: 8 mm	PP: 9 mm	AI: 17 cm ²
-----------------------	-----------------------	---------------------	--------------------	----------------------------------

- Ventrículo izquierdo con diámetro de fin de diástole conservado y deterioro severo de la función sistólica. Fracción de eyección de 32%.
- Aquinesia anterior, septal y apical desde la base. Aquinesia inferoapical. No se observan trombos intracavitarios.
- Cavidades derechas no dilatadas.
- Función sistólica del ventrículo derecho conservada. Aurícula derecha no dilatada.
- Válvulas morfológicamente normales.
- Sin derrame pericárdico.

Evolución en Unidad Coronaria 5/10/21 al 12/10/21

Se realiza interconsulta con servicio de Clínica Médica y Nefrología quienes solicitan estudios de laboratorio para descartar síndrome antifosfolípido con resultados negativos.

Por buena evolución clínica se decide su pase a Sala de Cardiología en plan de optimización de tratamiento médico.

Evolución en Sala de Cardiología 12/10/21 al 14/10/21

Evoluciona hemodinámicamente estable, sin signos de insuficiencia cardíaca, tolerando titulación de tratamiento antiisquémico y neurohormonal.

Por buena evolución clínica se decide su alta hospitalaria y seguimiento ambulatorio con servicios de Cardiología, Nefrología y Reumatología.

Indicaciones al alta:

- ASPIRINA 100 MG DIA.
- TICAGRELOR 90 MG CADA 12 HS.
- ATORVASTATINA 40 MG DIA.
- ENALAPRIL 2,5 MG DIA.
- BISOPROLOL 2,5 MG DIA.
- ESPIRONOLACTONA 25 MG DIA.
- MEPREDNISONA 20 MG DIA.

- MICOFENOLATO DE MOFETILO 1 g CADA 12 HS.
- HIDROXICLOROQUINA 200 MG CADA 12 HS.
- OMEPRAZOL 20 MG DIA.

Laboratorios:

AC ANTICARDIOLIPINA IgG	NEG
AC ANTICARDIOLIPINA IgM	NEG
AC anti B2 glicoproteína IgG	NEG
AC anti B2 glicoproteína IgM	NEG

	04/10/21 (INGRESO)	14/10/21 (EGRESO)
HTO (%) /Hb (g/dL)	35/12,3	35/12
Leucocitos /mm ³	10.000	7.300
Plaquetas /mm ³	278.000	319.000
BT/GOT/GPT (U/L)	0,22/83/16	0.21/20/24
Glucemia (mg/dL)	94	84
Urea (mg/dL)	19	31
Creatinina (mg/dL)	0.46	0.52
NA/K/CK (mmol/L)	139/3,67/100	135/4.5/101
TP (%) /KPTT (seg) /RIN	93/22/0,98	106/24/0,9
CK – CKMB	1483/196 → 3272/402 1949/233 → 1134/124	294/47
TROPONINA	1186	

	06/10
Trigliceridos	45 mg/dl
HDL col	57 mg /dl
LDL col	72 mg /dl
HBIAC	4,77 %
ERS	38 mm
PCR	140 mg/dl
Compl C3	71 mg/dl
Inhibidor lupico	NEG
TSH (ng/ml)	1,9

Seguimiento ambulatorio:

Paciente hemodinámicamente estable, bajo tratamiento médico óptimo. Continúa con iguales indicaciones médicas.

Se solicita nuevo ecocardiograma transtorácico para control.