



ATENEO CLÍNICO

Jessica Volpato

23-02-2022

Hospital Argerich
Residencia de Cardiología

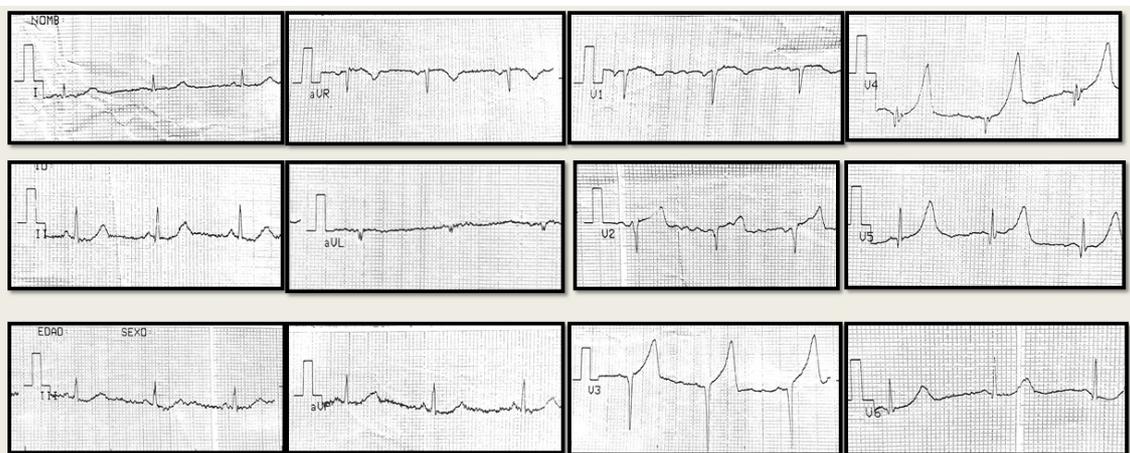
Paciente	Edad	Sexo	Fecha de ingreso	Fecha de egreso	Días de internación
M.M.	44	Masculino	17-10-2021	26-10-2021	10

- **Motivo de consulta:** dolor precordial.
- **Enfermedad actual:** paciente de 44 años de edad con antecedentes de INOCA, comenzó el día 04-10 con episodios de dolor precordial característico de duración e intensidad variable (entre 5-20 minutos). Se automedicó con diltiazem, sin cese del cuadro clínico por lo que consultó a guardia externa de este hospital donde se realiza ECG que evidencia injuria subepicárdica con ondas T hiperagudas en cara anterior.

Se interpretó SCACEST por lo que se decidió realizar cinecoronariografía diagnóstica. El paciente se niega y decide su egreso bajo contraindicación médica.

ELECTROCARDIOGRAMA

04-10-2021



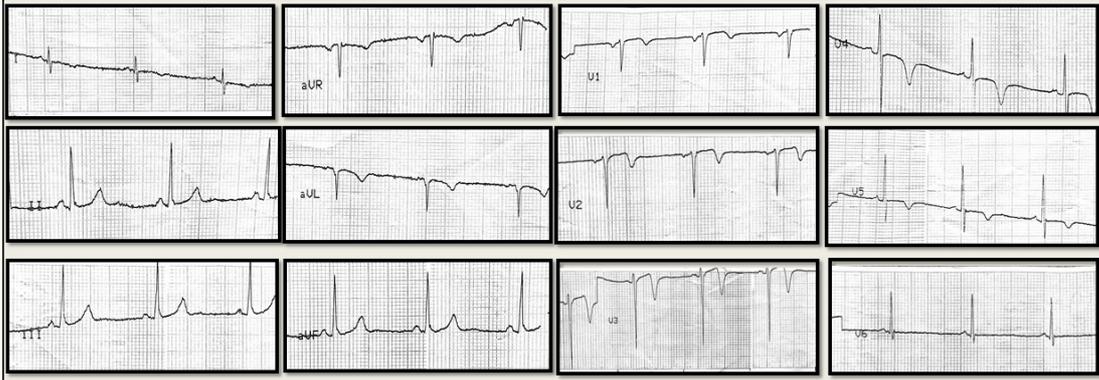
ENFERMEDAD ACTUAL

Evolucionó con persistencia de la sintomatología por lo que el día 15-10 acude nuevamente a guardia externa de este hospital. Se realizó ECG que evidencia cambios evolutivos.

Se interpretó como APIAM de IAM septal con tiempos sin pródromos, se inició doble antiagregación y anticoagulación con enoxaparina, y se decidió su internación en Unidad Coronaria para diagnóstico y tratamiento.

ELECTROCARDIOGRAMA

15-10-2021



- **Factores de riesgo cardiovascular**

Hipertensión arterial.

Tabaquismo (20 paquetes/año).

- **Antecedentes personales**

Consumo problemático de sustancias psicoactivas hace 30 años (cocaína, pasta base, crack, último consumo 1 semana previa).

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Internación previa en 2019 (H. Naval) por síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, secundario a vasoespasmo en arteria descendente anterior.

- Cinecoronariografía 10-05-2019: TCI: sin lesiones significativas. **Arteria descendente anterior: presenta a la primera inyección con contraste, severo vasoespasmo que compromete toda la longitud del vaso, el cual cede con la administración de nitroglicerina intracoronaria.** Arterias coronaria derecha y circunfleja sin lesiones angiográficamente significativas.

Se interpretó el cuadro como INOCA, otorgándose alta hospitalaria con diltiazem, con mala adherencia al tratamiento y sin seguimiento posterior.

Refiere evolucionar con episodios de dolor precordial en clase funcional variable que ceden con la autoadministración de diltiazem sublingual, aumentando los mismos en frecuencia hace 4 meses (2 episodios diarios).

- **Medicación habitual**

Diltiazem sublingual a demanda.

EXAMEN FÍSICO DE INGRESO A UNIDAD CORONARIA

17-10-2021

TA (mmHg)	FC (lpm)	FR (rpm)	T°	SatO2	Peso (kg)	Talla (m)	IMC (kg/m ²)
103/60	60	16	36,5 °C	98%	72	1,68	25,7

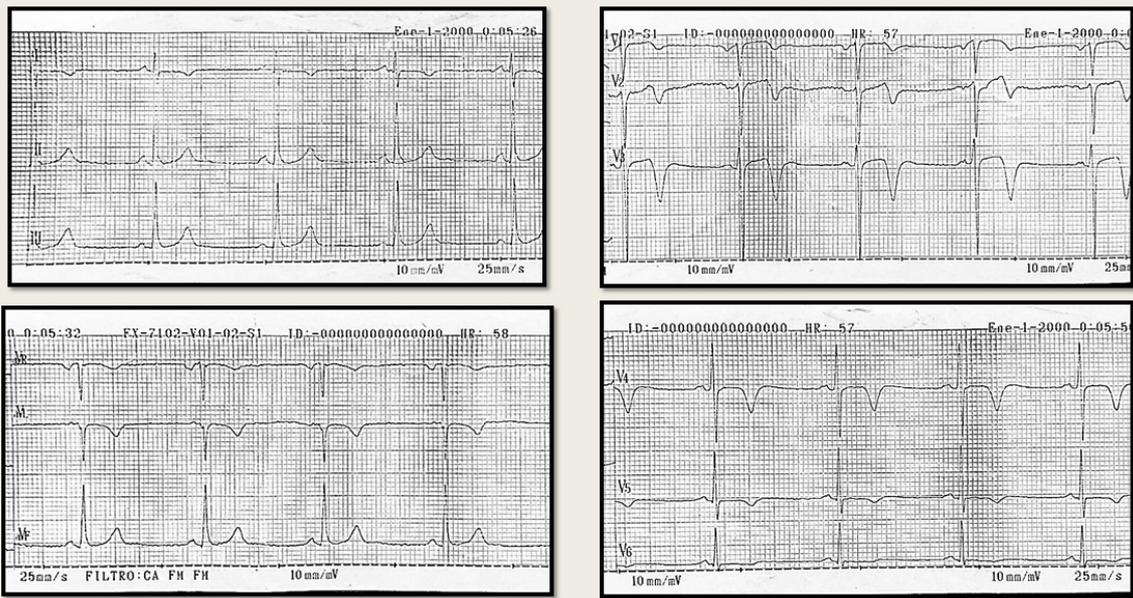
Cardiovascular: adecuada perfusión periférica. Ingurgitación yugular 1/3. Reflujo hepatoyugular negativo. R1-R2 en 4 focos, silencios impresionan libres. Pulsos presentes y simétricos. Sin edemas de miembros inferiores.

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

Abdomen: blando, depresible, indoloro, sin defensa ni reacción peritoneal. RHA positivos.

Neurológico: lúcido, sin signos de foco motor ni meníngeos.

**ELECTROCARDIOGRAMA DE INGRESO A UCO
17-10-2021**



**Evolución en UCO
17-10-2021 al 22-10-2021**

Evolucionó hemodinámicamente estable, con recurrencia del dolor precordial, sin cambios en el electrocardiograma intradolor, con enzimas cardíacas negativas.

Se interpretó angina de probable etiología vasoespasmó, inicia diltiazem y mononitrato de isosorbide con mejoría parcial de la sintomatología.

Se realiza ecocardiograma doppler color control.

DDVI (cm)	DSVI (cm)	F.Ac (%)	SIV (cm)	PP (cm)	AI (cm)	Ao (cm)
3,8	2,2	42	1,1	0,9	3,7	3,6

Ventrículo izquierdo con diámetro conservado con grosor parietal normal.

Función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción. Fracción de eyección del 63%.

Aurícula izquierda no dilatada (área 18 cm²).

Patrón de llenado del ventrículo izquierdo de tipo normal.

Cavidades derechas no dilatadas. Función sistólica del ventrículo derecho conservada. Aurícula derecha no dilatada.

Válvulas morfológicamente normales.

No se observa derrame pericárdico.

Evolución en UCO

17-10-2021 al 22-10-2021

Para descartar enfermedad aterosclerótica en contexto de angina recurrente, se decide realizar cinecoronariografía diagnóstica.

- Tronco: de buen calibre. Ostium libre. No presenta lesiones angiográficamente significativas.
- Descendente anterior: de buen calibre y desarrollo. Sin lesiones angiográficamente significativas. Da origen a ramos septales y diagonales, el primer ramo diagonal presenta una lesión severa ostial y de tercio proximal.
- Circunfleja: de buen calibre y desarrollo. Sin lesiones angiográficamente significativas.
- Coronaria derecha: de normal calibre y desarrollo. Dominante. Sin lesiones angiográficamente significativas.
- Ventriculograma: volúmenes a fin de diástole y sístole dentro de parámetros normales. Motilidad conservada, función sistólica del ventrículo izquierdo conservada. Válvula mitral competente, sin regurgitación. Válvula aórtica trivalva, sin gradiente transvalvular. Presión Z: 23 mmHG.

Conclusiones:

1. Enfermedad ateromatosa coronaria.
2. Lesión significativa de ramo diagonal de arteria descendente anterior.
3. **Angioplastia de ramo diagonal de arteria descendente anterior exitosa con un stent convencional.**

Evolución en UCO

17-10-2021 al 22-10-2021

Se interpretó cuadro anginoso con doble componente: aterosclerótico y vasoespasmo.

Se realizó angioplastia coronaria con colocación de un stent BMS de manera exitosa a ramo diagonal de arteria descendente anterior, por punción femoral derechas sin complicaciones.

Comenzó seguimiento con Servicio de Salud Mental para deshabituación de consumo problemático de sustancias, iniciando tratamiento con lorazepam.

Por estabilidad clínica se decide su pase a Sala de Cardiología.

Evolución en Sala de Cardiología

23-10-2021 al 26-10-2021

Evolucionó hemodinámicamente estable, asintomático para ángor o equivalentes, se realiza optimización de tratamiento médico antiisquémico.

Por buena evolución clínica, se decide alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio por Servicio de Coronarios Crónicos y Servicio de Salud Mental.

INDICACIONES

- Aspirina 100 mg/día.
- Atorvastatina 40 mg/día.
- Diltiazem 120 mg cada 12 hs.
- Ticagrelor 90 mg cada 12 hs.
- Mononitrato de isosorbide 20 mg, a las 8hs y 16 hs.
- Omeprazol 20 mg/día.
- Lorazepam 1,25 mg a las 8hs, 1,25 mg a las 16hs y 2,5 mg a las 22 hs.

LABORATORIOS	04-10-2021 1° Consulta a guardia	17-10-2021 Ingreso a UCO	26-10-2021 Alta
Hematocrito (%)	43	44	39
Gb (/mm ³)	6900	5400	8200
Plaquetas (/mm ³)	302000	380000	343000
Glucemia (mg/dl)	101	89	167
Urea (mg/dl)	33	30	23
Creatinina (mg/dl)	1,01	0,84	0,81
TP(seg)/KPTT(%) /RIN	88/33/1,02	91/30/0,99	91/33/0,98
BT/ BD/ BI (mg/dl)	1,09/0,29	0,38/0,10	0,97/0,43
GOT/GPT (U/L)	59/6	23/16	67/63
Na/K/Cl (mmol/L)	138/3,9/99	137/4,1/100	137/3,7/100
CK / Ck-mb (UI/L)	320/35	80/-	54
Troponina T (mg/L)	678/465/214	<40/<40	-
Otros		TSH 2,93 uUI/ml Hb glicosilada 5,2%	COL 112 mg/dl TGL 70 mg/dl HDL 41 mg/dl LDL 57 mg/dl