ATENEO CLINICO

Hospital Dr. Cosme Argerich.

Servicio de Cardiología

Dr. Miguel Federico Albornoz

28/03/2012

PACIENTE: E.P. **SEXO:** Masculino **EDAD:** 70 años

Fecha de ingreso: 19/10/2011 **Fecha de egreso:** 26/10/2011

Fecha de reingreso: 31/10/2011 **Fecha de óbito:** 19/11/2011

MOTIVO DE INTERNACION:

Angina de reposo.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente refiere presentar el 16/10 episodio de dolor precordial opresivo en reposo de intensidad 5/10 y 5 minutos de duración por lo que consulta a médico de cabecera quien indica tratamiento médico.

Por presentar el 19/10 nuevo episodio de dolor de similares características y mayor a 20 minutos de duración consulta a guardia externa de este centro decidiéndose internación en UCO para tratamiento.

FACTORES DE RIESGO CORONARIOS:

1. Hipertensión arterial de más de 10 años de evolución.
2. Ex – tabaquista desde 1994 (15 paquetes/año).
3. Dislipemia.
4. Diabetes II no insulino requiriente.

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES:

- IAM inferior en 1997 con CRM con 3 puentes (Mamaria interna a la 1ª Dx y 2 puentes venosos a DA distal y Cx).
- IAM no Q en 2007 con ATC con 2 stents (CD tercio medio y al puente venoso de la DA).
- Angina de reciente comienzo en Marzo del 2011 con ATC con DES a puente venoso a DA por reestenosis intra-stent.

OTROS ANTECEDENTES:

Insuficiencia renal crónica.

TRATAMIENTO HABITUAL:

1. Aspirina 100 mg / día.
2. Clopidogrel 75 mg / día.
3. Atorvastatina 20 mg / día.
4. Carvedilol 12.5 mg cada 12 hs.
5. Enalapril 10 mg cada 12 hs.

EXAMEN FISICO AL INGRESO

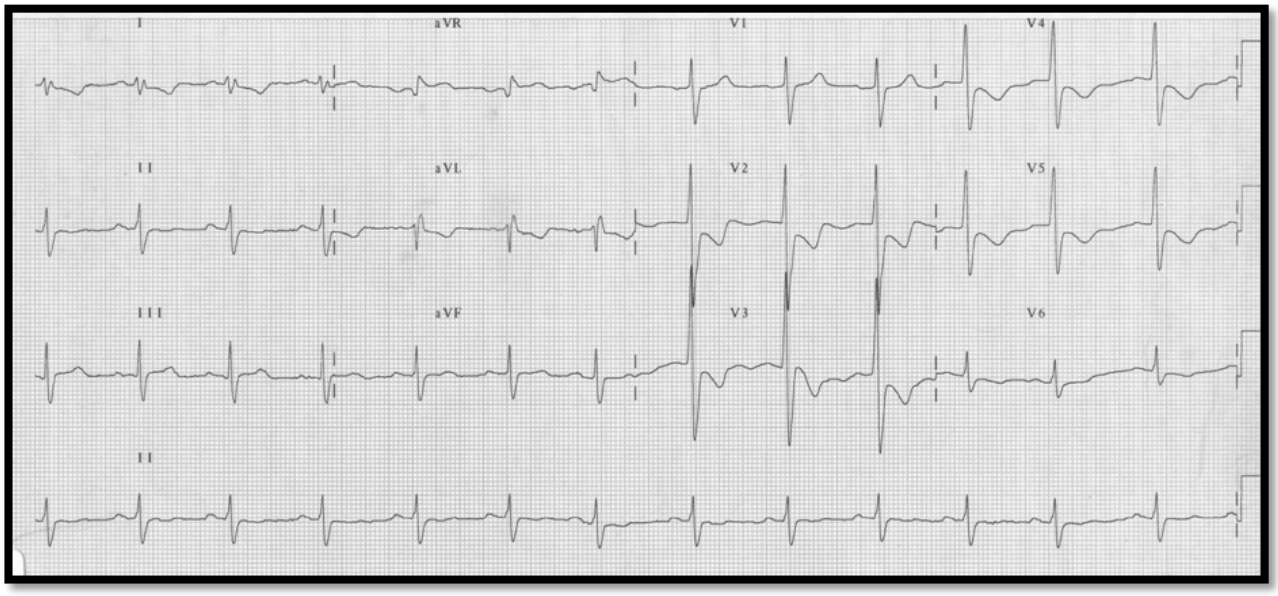
TA: 111/68 mmHg	**FC: 63 lpm**	**FR: 20 cpm**	**T: 36ºC**

- **Ap. Cardiovascular:** Adecuada perfusión periférica, ingurgitación yugular 2/3 con colapso inspiratorio, RHY presente, sin edemas, pulsos periféricos sin hallazgos patológicos. R1 y R2 en 4 focos, silencios libres.
- **Ap. Respiratorio:** Adecuada mecánica ventilatoria, BEAB, murmullo vesicular conservado, sin ruidos agregados.
- **Abdomen:** Blando, depresible, indoloro. RHA presentes. Sin visceromegalias.
- **Ap. Neurológico:** Lúcido. Glasgow 15/15. Pupilas isocóricas reactivas. Sin foco motor ni meníngeo.

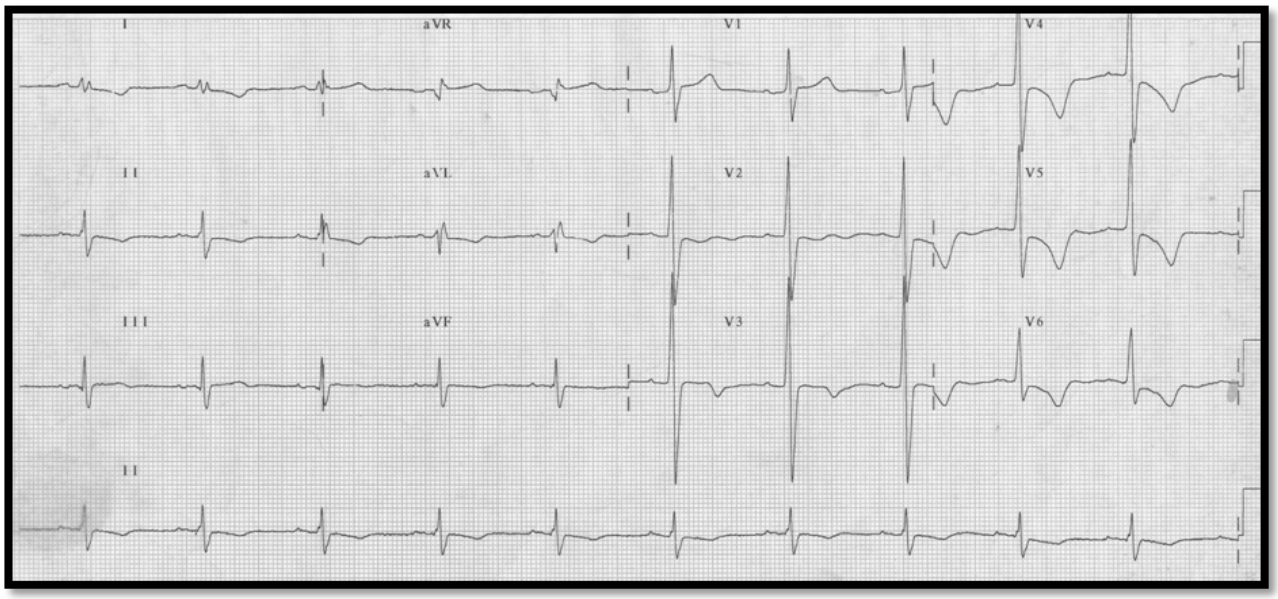
ELECTROCARDIOGRAMA DE INGRESO

19/10/11

CON DOLOR



SIN DOLOR



EVOLUCION

Se interpreta cuadro como angina de reciente comienzo de alto riesgo por TIMI 6/7, DIC 10/10 y GRACE 176 con cambios electrocardiográficos (infradesnivel del segmento ST en DI, aVL, V2 a V5) y TnT positiva (0.39), por lo que se indica tratamiento antiisquémico, antiagregante y anticoagulante.

Paciente evoluciona estable hemodinámicamente, sin angor ni equivalentes, sin signos de insuficiencia cardíaca.

ECOCARDIOGRAMA 20/10/11

DDVI	DSVI	FAc	FEy	SIV	PP	AI	AO
63	47	24%	25%	11	9	46	39

- VI moderadamente dilatado, con grosor parietal normal.
- Función sistólica del VI severamente deteriorada con hipocinesia anterior y septal, acinesia inferior y posterior e hipocinesia moderada del resto de los segmentos.
- Patrón de llenado pseudonormal. AI levemente dilatada (área 25 cm2).
- Cavidades derechas normales. IM leve central por dilatación del anillo. No se observa derrame pericárdico.

CINECORONARIOGRAFIA 21/10/11

ARTERIAS NATIVAS:

- Tronco Coronario Izquierdo ocluido a nivel distal.
- Descendente Anterior ocluida a nivel proximal.
- Circunfleja ocluida a nivel proximal.
- Coronaria Derecha difusamente enferma con lesiones significativas a nivel proximal y distal, y stent en tercio medio permeable.

PUENTES:

- Puente Mamario a Diagonal sin lesiones significativas con lecho distal difusamente enfermo.
- Puente venoso a Circunfleja ocluido

- Puente venoso a Descendente Anterior con stent ostial permeable que presenta lesión severa en el tercio medio.

CONCLUSIONES

- Enfermedad de Tronco y 3 vasos.
- Puente Mamario Interno a Diagonal sin lesiones significativas con Diagonal distal de fino calibre difusamente enferma.
- Puente venoso a Descendente Anterior con obstrucción severa en tercio medio.
- **Se realiza angioplastia a puente venoso a Descendente Anterior con balón exitosa.**

EVOLUCION

El 24/10 pasa a sala general de cardiología en donde evoluciona hemodinámicamente estable, asintomático para angor y equivalentes.

El 26/10 se decide alta hospitalaria y seguimiento por consultorios externos de Hemodinamia.

INDICACIONES AL ALTA

1. AAS 100 mg / día.
2. Clopidogrel 75 mg / día.
3. Atorvastatina 20 mg / día.
4. Enalapril 10 mg c / 12 hs.
5. Bisoprolol 10 mg / día.

REINGRESO 31/10/11

El 31/10 el paciente consulta a guardia externa de este hospital por nuevo episodio de dolor precordial opresivo en reposo, de intensidad 4/10 y 1 hora de duración. Se realiza ECG evidenciándose iguales cambios a los de la internación previa, decidiéndose internación en UCO.

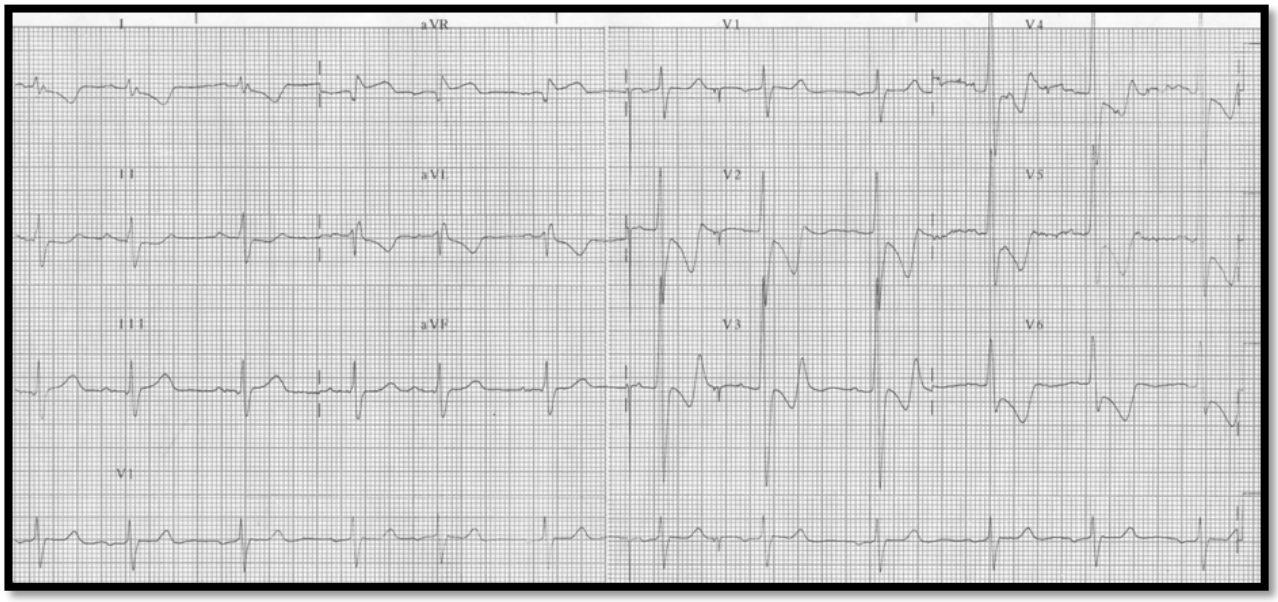
Se interpreta el cuadro clínico como angina progresiva de alto riesgo por dolor prolongado, con cambios electrocardiográficos (infradesnivel del segmento ST en DI, aVL, V2 a V5) y TnT positiva.

Se indica tratamiento antiisquémico con nitratos, continúa con igual tratamiento antiagregante y betabloqueante, y se inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular (enoxaparina).

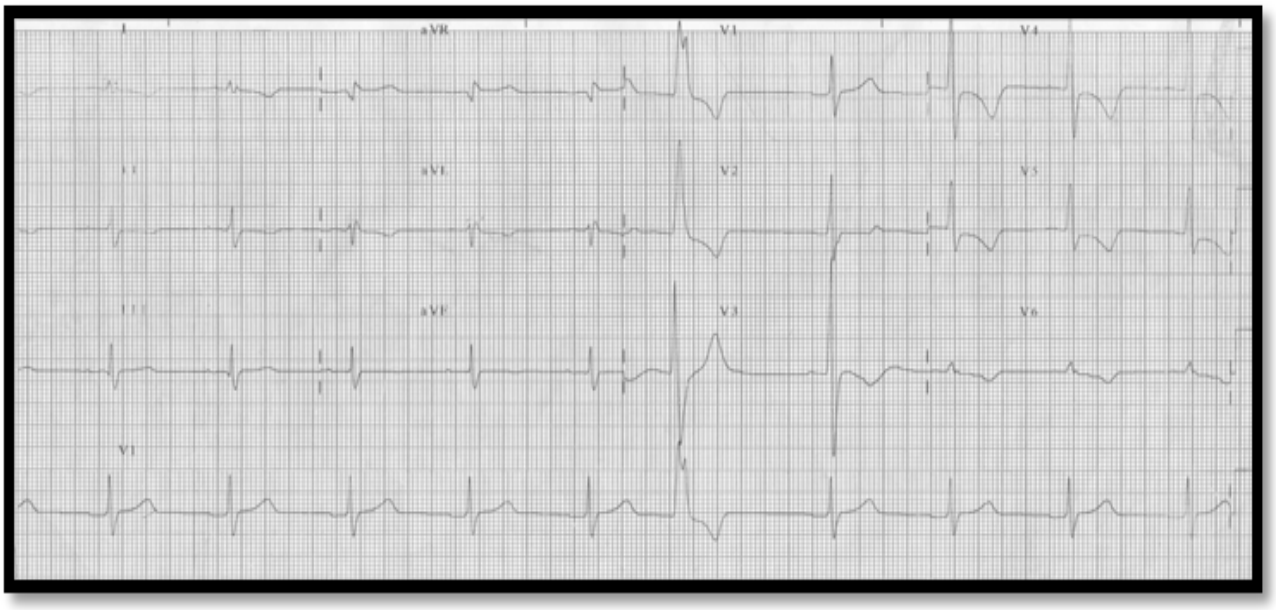
ELECTROCARDIOGRAMA DE REINGRESO

31/10/11

CON DOLOR



SIN DOLOR



ECOCARDIOGRAMA 01/11/11

DDVI	DSVI	FAc	FEy	SIV	PP	AI	AO
61	48	21%	30%	10	10	40	37

- VI dilatado con grosor parietal normal y deterioro severo de la función sistólica. Acinesia inferoposterior y del septum inferior e hipocinesia del resto.
- AI levemente dilatada con IM leve. Patrón de llenado del VI pseudonormal.
- Cavidades derechas normales. Válvulas morfológicamente normales.
- No se observa derrame pericárdico.

EVOLUCION

El paciente evoluciona con angina recurrente con tratamiento farmacológico máximo tolerado por lo que el 04/11 se decide colocación de balón de contrapulsación intraaórtico, con escasa mejoría del cuadro clínico.

El mismo día (04/11) se realiza ateneo de decisión en conjunto con Servicio de Cirugía Cardiovascular para evaluar estrategia terapéutica:

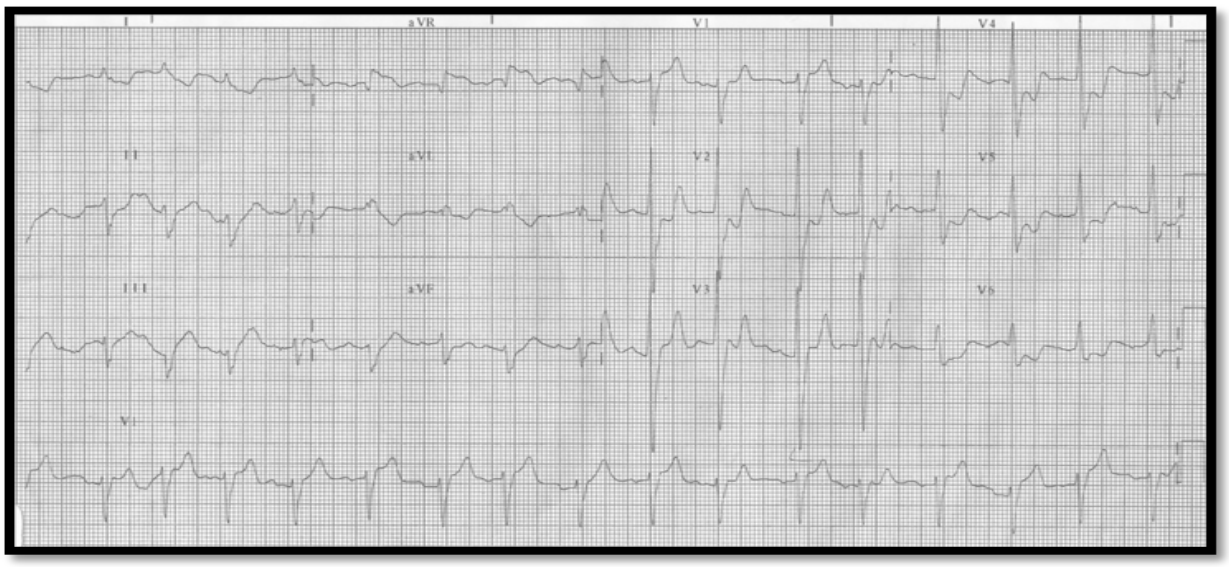
- Desde el punto de vista del tratamiento endovascular se plantea la imposibilidad de angioplastia percutánea con stent por anatomía coronaria desfavorable, sugiriendo la posibilidad de angioplastia con balón liberador de drogas al puente mamario.
- Desde el punto de vista quirúrgico se plantea evaluación por Servicio de Trasplante Cardíaco por riesgo quirúrgico muy elevado.

Se realiza dosaje de PSA y tacto rectal en contexto de evaluación pretrasplante. Por sospecha de neoplasia prostática se programa punción biopsia prostática decidiéndose el 10/11 suspensión transitoria de doble tratamiento antiagregante para realizar el procedimiento. Se continúa con tratamiento anticoagulante.

El paciente intercurre con registros febriles por lo que se realizan hemocultivos, retrocultivos y urocultivo con rescate de SAMS en los hemocultivos y punta de catéter, iniciándose el 16/11 tratamiento antibiótico ajustado a antibiograma.

El 17/11 el paciente evoluciona con shock cardiogénico con requerimiento de ARM, dobutamina y noradrenalina en contexto de IAM no Q tipo infradesnivel del ST anterolateral.

ELECTROCARDIOGRAMA 17/11/11



EVOLUCION

El 18/11 evoluciona con mala respuesta al tratamiento, continuando con requerimiento de soporte ventilatorio y dosis elevadas de inotrópicos y vasopresores.

El 19/11 presenta paro cardio-respiratorio en contexto de TV-FV, sin repuesta a maniobras de reanimación avanzada constatándose óbito a las 11:30 hs.

LABORATORIO

	20/10	31/10	3/11	7/11	9/11	14/11	17/11	18/11
Hto	37	37	35	32	27	29	30	30
Leu	9200	12100	13400	21500	14000	17300	30400	33000
Pla	215000	189000	255000	218000	189000	199000	207000	242000
Glu	138	166	100	184	170	75	254	167
Urea	31	48	47	58	51	51	70	88
Crea	0.98	1.11	1.14	1.14	1.09	1.20	1.6	1.98
TP/KPTT	74/32	73/40	82/33	78/62	82/65	76/44	56/37	60/38
RIN	1.23	1.22	1.14	1.17	1.14	1.20	1.47	1.42
CK/CKMB	105/13	-	84/11				127/27	(1°)721/92 (2°)414/60

	05/11	08/11	12/11	14/11	16/11
pH	7.42	7.37	7.37	7.45	7.42
pCO2	45	46	44	32	31
pO2	79	-	-	108	83
HCO3-	29	27	25	22	20
EB	3.9	1.6	-0.1	-1.4	-4.2
Sat. O2	96	-	-	98	96
Ionograma	139/3.9/99	128/4.36/100	142/4.7/100	134/4.6/95	128/4.16/96