



Ateneo Clínico

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

Residencia de Cardiología

Hassan Chaban

29/06/22

Paciente: A.C.	Sexo: femenino	Edad: 41 años
Fecha de ingreso: 13/04/22	Fecha de egreso: 10/05/22	Días de internación: 28

- ❖ **Motivo de consulta:** ángor pectoris.
- ❖ **Enfermedad actual:** paciente consultó a departamento de emergencias de este hospital el día 12/04/22 por cuadro de dolor precordial típico y característico, de un mes de evolución, en clase funcional III/IV.

ANTECEDENTES

[?] FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus no insulino requirente.
- Dislipidemia.
- Sobrepeso.
- Antecedentes heredofamiliares (2 hermanos con antecedente de infarto agudo de miocardio antes de los 40 años).

[?] ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Padre: diabetes mellitus no insulino requiriente.
- Madre: diabetes mellitus no insulino requiriente, dislipidemia, múltipara, hipertensión inducida por el embarazo.

[?] ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:

- G 8; P 6; A 2 (voluntarios).
- Embarazos no controlados con parto domiciliario.
- FUM: 09/04/22.

[?] ANTECEDENTES SOCIALES:

- Habitante de zona rural hasta hace 10 años.
- Bajos recursos económicos.
- Primario incompleto.

[?] ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

- Historia de dolor precordial típico y característico en clase funcional II de aproximadamente 3 años de evolución, con progresión en intensidad y duración en el último año.
- Evaluada de manera ambulatoria donde se interpretó cuadro compatible con enfermedad aterosclerótica coronaria, se inició tratamiento antiagregante, antiisquémico e hipolipemiente

[?] MEDICACIÓN HABITUAL:

- Aspirina 100 mg/día.
- Nevibolol 5 mg/día.
- Atorvastatina 20 mg/día.
- Metformina 500 mg cada 12 horas.
- Omeprazol 20 mg/día.

ESTUDIOS PREVIOS

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO (20/03/22)

DDVI 4,8 cm	DSVI 3,2 cm	SIV 0,9 cm	PP 0,9 cm	AI 3,6 cm	Ao 2,4 cm
--------------------	--------------------	-------------------	------------------	------------------	------------------

Ventrículo izquierdo de dimensiones normales y espesores parietales conservados. Función sistólica global conservada, sin trastornos segmentarios de motilidad. Patrón de llenado del ventrículo izquierdo de tipo relajación prolongada. Aurícula izquierda no dilatada. Cavidades derechas de dimensiones normales. Ventrículo derecho con función sistólica normal (TAPSE 24 mm / Onda S' del DTI 11 cm/seg). Válvulas morfológicamente normales y sin disfunción de grado significativo. Sin signos indirectos de hipertensión pulmonar. Vena cava inferior no dilatada con colapso inspiratorio conservado. Raíz de aorta no dilatada. Pericardio libre.

SPECT CON ESFUERZO (12/04/22)

Esfuerzo: hipoperfusión severa de todos los segmentos apicales y de ápex; hipoperfusión moderada anterior y anteroseptal medio ventricular. Reposo: normaliza la perfusión de todos los segmentos hipoperfundidos. Gated: Fey 56% en reposo, 46% en post-esfuerzo; hipocinesia de los segmentos hipoperfundidos con engrosamiento conservado en las imágenes de esfuerzo; motilidad y engrosamiento conservado en las imágenes en reposo. Conclusión: desarrollo de isquemia extensa en el territorio probable de la arteria descendente anterior; monto de isquemia de 27%. SSS 19, SRS 0, SDS 19.

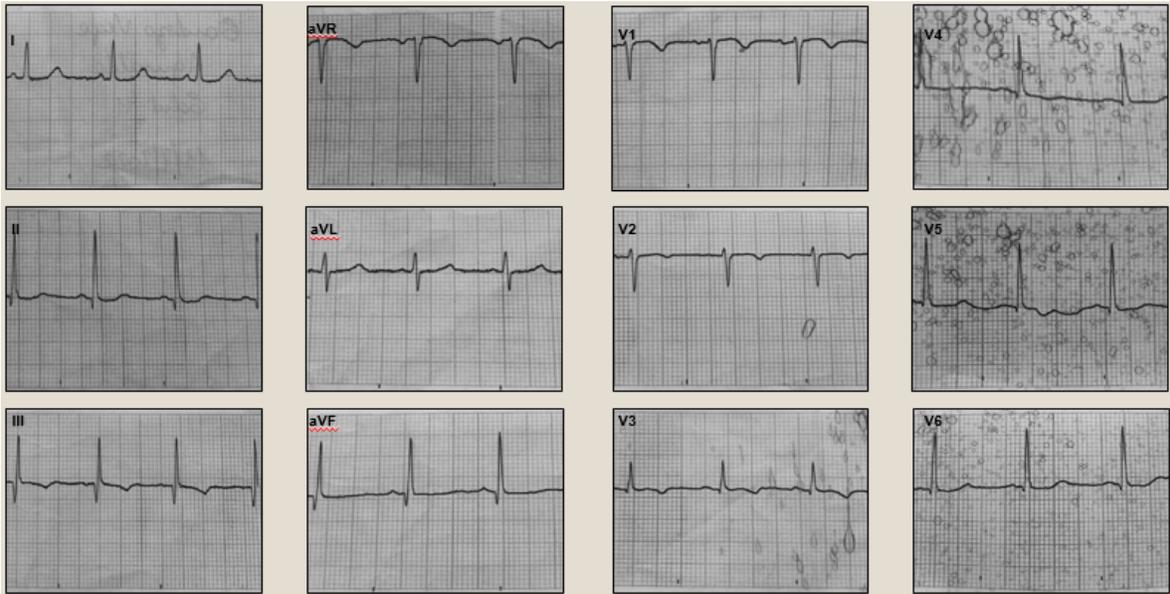
INGRESO AL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS (12/04/22)

EXAMEN FÍSICO DE INGRESO (12/04/22)

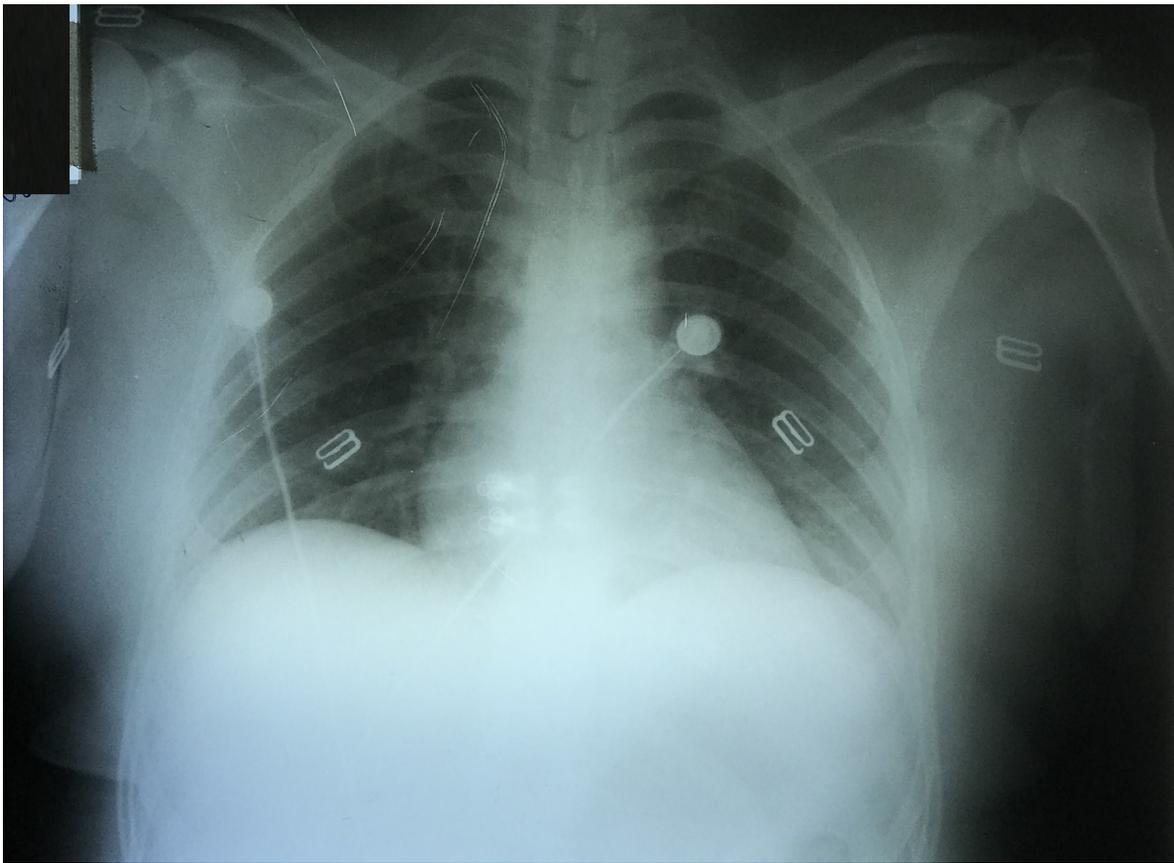
TA: 150/70 mmHg	FC: 75 lpm	FR: 18 rpm	Sat: 98% al 0.21	Temp: 35.8 C°
Peso: 65 Kg		Altura: 1,58 m		IMC 26 Kg/m2

- ❖ **Cardiovascular:** adecuada perfusión periférica, pulsos periféricos presentes y simétricos. Ingurgitación yugular 1/3. Reflujo hepatoyugular negativo. R1 – R2 normofonéticos en 4 focos, silencios libres. Sin edemas de miembros inferiores.
- ❖ **Respiratorio:** adecuada mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.
- ❖ **Abdomen:** blando, depresible, indoloro. Ruidos hidroaéreos positivos.
- ❖ **Neurológico:** lúcida, sin signos de foco motor ni meníngeo.

ELECTROCARDIOGRAMA DE INGRESO (12/04/22)



RADIOGRAFÍA DE TÓRAX DE INGRESO (12/04/22)



EVOLUCIÓN EN DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS (12/04/22 – 13/04/22)

Se realizó dosaje de biomarcadores de injuria miocárdica que resultó negativo.

Se interpretó el cuadro como angina progresiva de moderado riesgo (TIMI 3, GRACE 33, CRUSADE 26), con prueba funcional positiva para isquemia de alto riesgo y se decidió su internación en Sala de Cardiología.

EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGÍA (13/04/22 – 26/04/22)

Se indicó tratamiento antiisquémico y antitrombótico.

Se realizó cinecoronariografía para estudio de anatomía coronaria.

CINECORONARIOGRAFÍA (18/04/22)

Tronco de coronaria izquierda: De normal calibre. Presenta una lesión significativa ostial.

Arteria Descendente Anterior: De buen calibre y desarrollo. Presenta dos lesiones significativas en tándem en su tercio proximal que comprometen origen de primer y segundo ramo diagonal de fino calibre. Buen lecho distal.

Arteria Circunfleja: De buen calibre y desarrollo. Presenta una lesión segmentaria significativa en su tercio medio. Buen lecho distal.

Arteria Coronaria Derecha: De normal calibre. Dominante. Presenta infiltración parietal difusa de grado severo con lesiones significativas a nivel ostial y en su tercio medio, posteriormente se ocluye en su tercio distal. Su lecho distal se visualiza por circulación colateral homocoronaria y hétérocoronaria.

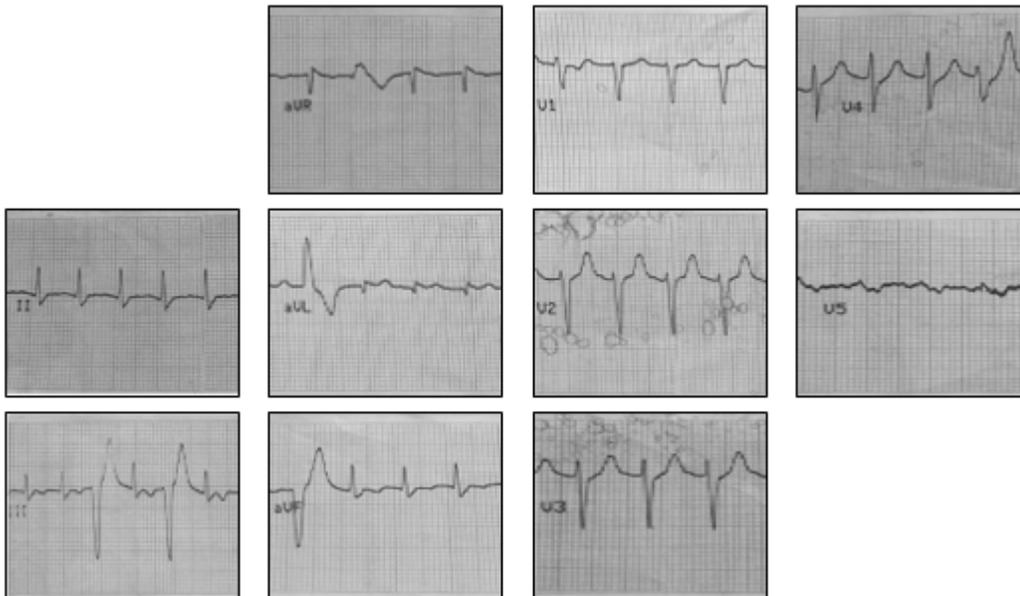
Ventriculograma: Volumen de fin de diástole y volumen de fin de sístole levemente aumentados. Hipocinesia anterior media y apical, apical e infero apical. Deterioro leve de la función sistólica del ventrículo izquierdo. Valvula mitral móvil y competente. Válvula aórtica trivalva, sin gradiente transvalvular. Presión de fin de diástole [Z]: 18 mmHg.

Conclusiones: Enfermedad aterosclerótica de arterias coronarias con lesión significativa de Tronco coronario izquierdo y tres vasos: arterias descendente anterior, circunfleja y coronaria derecha.

Fue evaluada en ateneo multidisciplinario Heart-Team, decidiéndose cirugía de revascularización miocárdica.

Evolucionó durante la internación con angina recurrente con cambios dinámicos en el electrocardiograma y dosaje de biomarcadores negativo.

ELECTROCARDIOGRAMA (26/04/22)



Se interpretó como angina recurrente en paciente con anatomía coronaria de alto riesgo. Se optimizó tratamiento médico anti-isquémico y anti-trombótico, e indicó internación en Unidad Coronaria para monitoreo hemodinámico estricto.

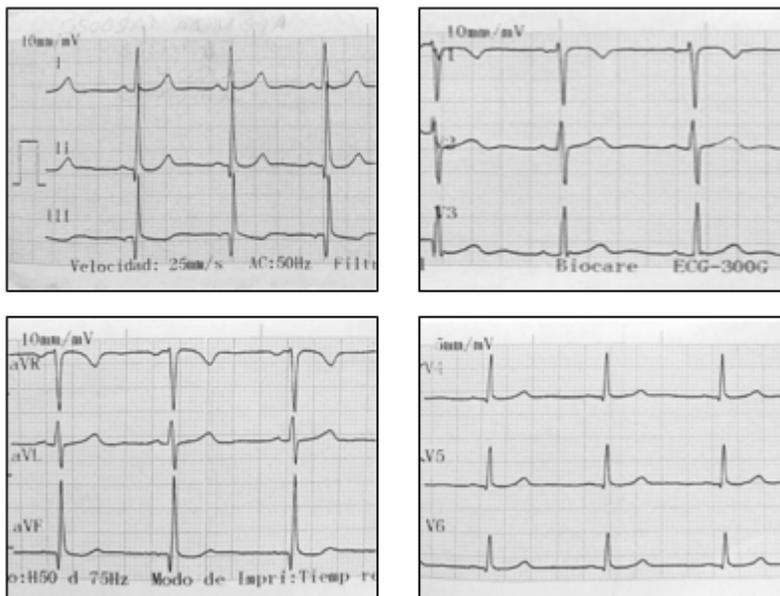
INGRESO A UNIDAD CORONARIA (26/04/22)

EXAMEN FÍSICO DE INGRESO A UNIDAD CORONARIA (26/04/22)

TA: 116/60 mmHg	FC: 65 lpm	FR: 16 rpm	Sat: 98% al 0.21	Temp: 35.8 C°
-----------------	------------	------------	------------------	---------------

- ❖ **Cardiovascular:** adecuada perfusión periférica, pulsos periféricos presentes y simétricos. Ingurgitación yugular 1/3. Reflujo hepatoyugular negativo. R1 – R2 normofonéticos en 4 focos, silencios libres. Sin edemas de miembros inferiores.
- ❖ **Respiratorio:** adecuada mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.
- ❖ **Abdomen:** blando, depresible, indoloro. Ruidos hidroaéreos positivos.
- ❖ **Neurológico:** lúcida, sin signos de foco motor ni meníngeo.

ELECTROCARDIOGRAMA DE INGRESO A UNIDAD CORONARIA (26/04/22)



EVOLUCIÓN EN UNIDAD CORONARIA (26/04/22 – 28/04/22)

Evolucionó con angina refractaria a tratamiento médico, por lo que se dio aviso a Servicio de Cirugía Cardiovascular y se indicó asistencia circulatoria mediante colocación de balón de contrapulsación intraaórtico.

Por persistencia anginosa, se decidió intubación orotraqueal y vinculación a asistencia mecánica respiratoria electiva.

El día 28/04/22 se decidió cirugía de urgencia.

PARTE QUIRÚRGICO (28/04/22)

Se realizó cirugía de revascularización miocárdica con realización de puente arterial con arteria mamaria interna izquierda a arteria descendente anterior, puente venoso a arteria circunfleja y puente venoso a ramo descendente posterior de arteria coronaria derecha.

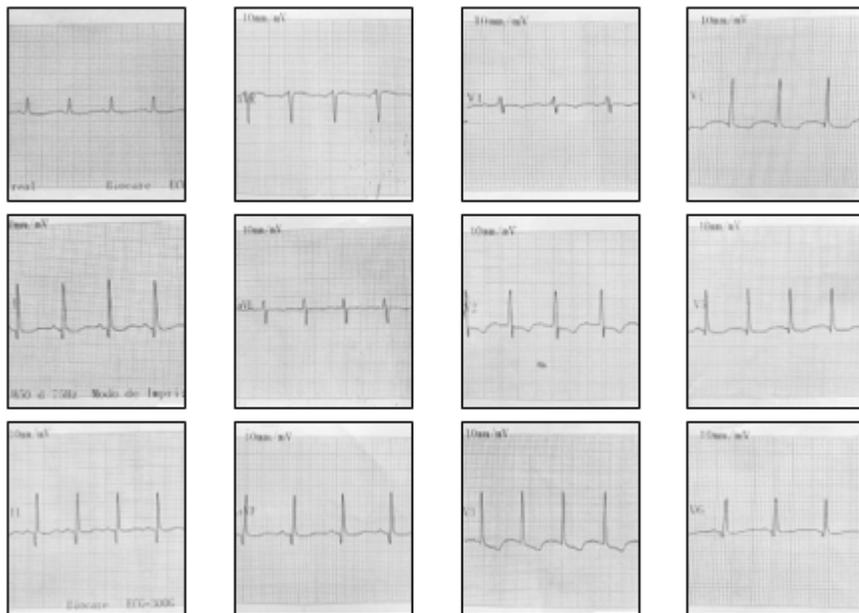
- Tiempo de circulación extracorpórea: 135 minutos.
- Tiempo de clampeo aórtico: 75 minutos.

EVOLUCIÓN EN UNIDAD CORONARIA (26/04/22 – 28/04/22)

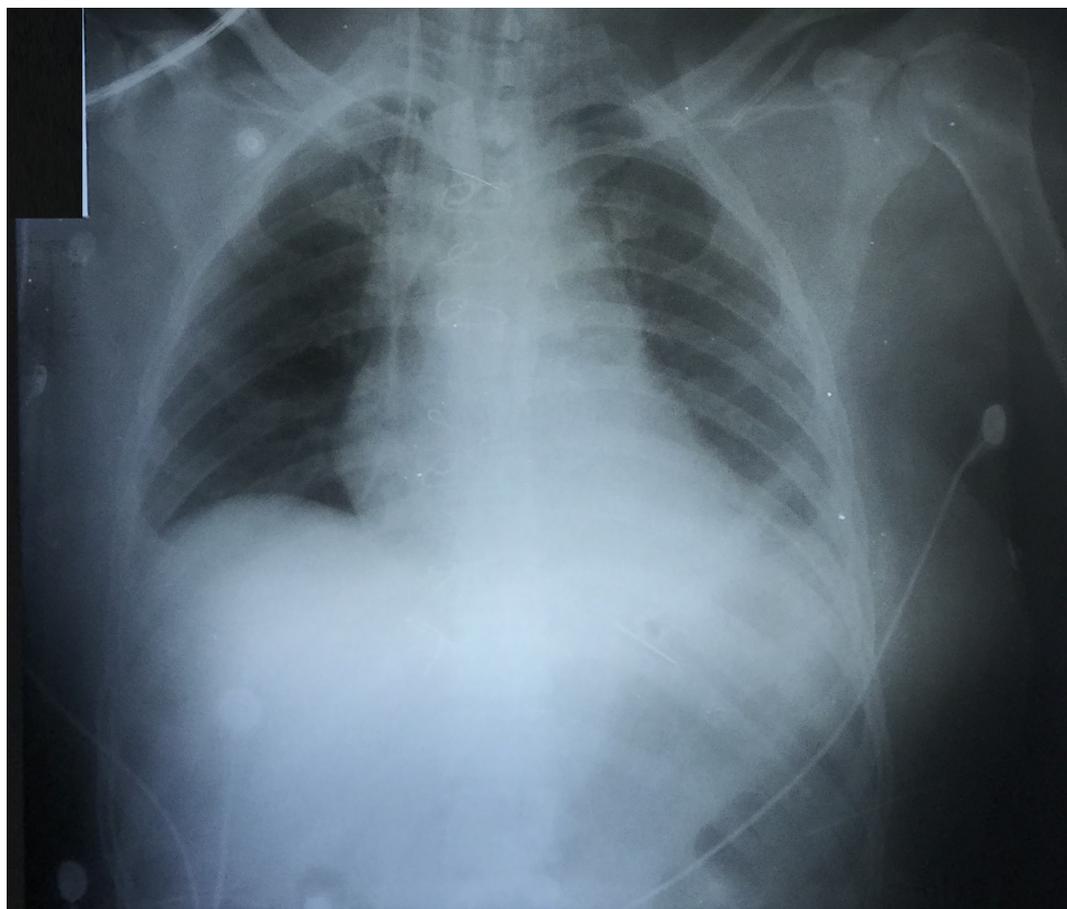
EXAMEN FÍSICO DE INGRESO A UNIDAD CORONARIA EN POSTOPERATORIO (28/04/22)

- ❖ **Vitales:** TA 130/75 mmHg; FC 100 lpm; FR 16 rpm; T 33°; SO2 100% (FiO2 100%).
- ❖ **Cardiovascular:** adecuada perfusión periférica, pulsos periféricos presentes y simétricos. Ingurgitación yugular 1/3, sin reflujo hepatoyugular. R1 – R2 normofonéticos en 4 focos, silencios libres. Sin edemas de miembros inferiores.
- ❖ **Respiratorio:** vinculada a ARM, bien adaptada con adecuada mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.
- ❖ **Abdomen:** blando, depresible, ruidos hidroaéreos disminuidos.
- ❖ **Neurológico:** bajo sedoanalgesia con RASS -5, pupilas isocóricas, mióticas e hiporreactivas.
- ❖ **Otros:** esternotomía y safenectomía cubiertas por gasas limpias y secas, 2 drenajes mediastinales y 1 drenaje pleural izquierdo permeables y oscilantes.

ELECTROCARDIOGRAMA DE INGRESO A UNIDAD CORONARIA (28/04/22)



RADIOGRAFÍA DE TÓRAX DE INGRESO A UNIDAD CORONARIA (28/04/22)



EVOLUCIÓN EN UNIDAD CORONARIA (28/04/22 – 03/05/22)

Evolucionó con shock mixto (vasopléjico e hipovolémico), con requerimiento de soporte vasopresor por menos de 24 horas.

Se diagnosticó infarto tipo V en contexto de biomarcadores elevados y cambios en el electrocardiograma.

Por adecuada evolución clínica se indicó su pase a Sala de Cardiología para continuar control evolutivo y se realizó ecocardiograma transtorácico postquirúrgico.

EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGÍA (03/05/22 – 10/05/22)

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO (03/05/22)

DDVI 6,0 cm	DSVI 3,9 cm	SIV 1,1 cm	PP 0,8 cm	AI 3,8 cm	<u>Ao</u> 3,5 cm
--------------------	--------------------	-------------------	------------------	------------------	-------------------------

Ventrículo izquierdo levemente aumentado y con deterioro de la función sistólica. Aquinesia apical y del segmento medio septal. Fracción de eyección del 42%. Aurícula izquierda no dilatada (área 20 cm²). Patrón de llenado del ventrículo izquierdo de tipo normal. Cavidades derechas no dilatadas. Función sistólica del ventrículo derecho deteriorada (TAPSE 13 mm). Aurícula derecha no dilatada. Vena cava inferior de tamaño normal con colapso inspiratorio disminuido. Válvulas morfológicamente normales. Se observa derrame pericárdico leve. Derrame pleural derecho leve.

Evolucionó hemodinámicamente estable, sin presentar complicaciones posteriores.

Se realizó optimización del tratamiento médico con adecuada respuesta.

Por adecuada evolución clínica se otorgó el egreso hospitalario.

INDICACIONES AL EGRESO HOSPITALARIO (10/05/22)

- ❖ Aspirina 100 mg/día.
- ❖ Clopidogrel 75 mg/día.
- ❖ Atorvastatina 80 mg/día.
- ❖ Enalapril 5 mg cada 12 horas.
- ❖ Carvedilol 12,5 mg cada 12 horas.
- ❖ Espironolactona 25 mg/día.
- ❖ Empagliflozina 10 mg/día.
- ❖ Metformina 500 mg antes del almuerzo y de la cena.
- ❖ Omeprazol 20 mg/día.

LABORATORIOS

Determinación	12/04/22 (Ingreso)	28/04/22 (Postoperatorio)	10/05/22 (Egreso)
Hto (%) /Hb (g/dL)	34,9/12,3	28,7/10,3	35/12,1
Leucocitos 10*3/mm3	6.800	11.100	11.700
Plaquetas 10*3/mm3	281.000	152.000	361.000
Glucemia (mg/dL)/HbA1c (%)	180/6,7	114/-	156/-
Urea (mg/dL)/Creatinina (mg/dL)	20/0,59	17/0,72	32/0,72
Na/K/Cl (mmol/L)	138/4,1/99	143/3,4/105	135/4,6/95
BT (mg/dL)/GOT (U/L)/GPT (U/L)	0,38/25/19	2,10/20/17	0,43/39/66
CT/HDL/LDL /TG (mg/dL)	325/23/271/153	-	-
TP (%) /KPTT (seg) /RIN	104/32/1,05	48/38/1,73	98/30/1,03
CK (UI/L)/ CK-MB (UI/L)	50/-	953/-	-
Ths (ng/L)	<14	841	-