

# **Ateneo Clínico**

**Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich**

**Residencia de Cardiología**

**Hassan Chaban**

**23/11/22**

<b>Paciente: J. O. D.</b>	<b>Sexo: masculino</b>	<b>Edad: 69 años</b>
Fecha de ingreso: 04/08/22	Fecha de egreso: 29/08/22	Días de internación: 25

- ❖ **Motivo de consulta:** angor pectoris.
- ❖ **Enfermedad actual:** paciente consultó a departamento de emergencias de Hospital Vélez Sarsfield el día 03/08/22 por cuadro de dolor precordial típico, intensidad 10/10, en clase funcional IV.

#### ANTECEDENTES

- FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR:**
  - Diabetes mellitus no insulino requirente.
  - Sobrepeso.
- ANTECEDENTES PERSONALES:** no refiere.
- ANTECEDENTES FAMILIARES:** no refiere.
- ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:**
  - Historia de dolor precordial típico en clase funcional II de aproximadamente 2 meses de evolución, sin realizar consulta médica.
- MEDICACIÓN HABITUAL:**
  - Metformina 1000 mg cada 12 horas.

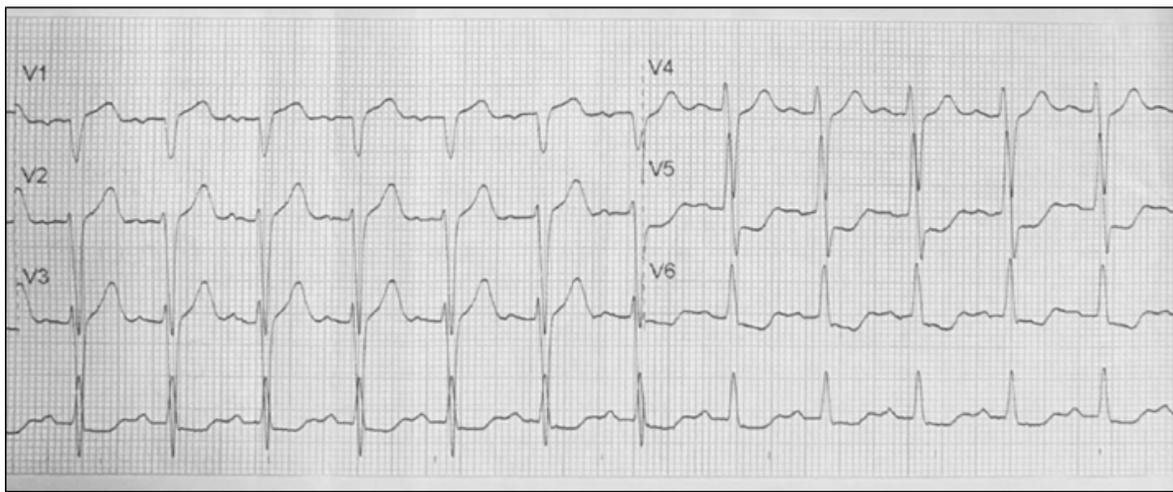
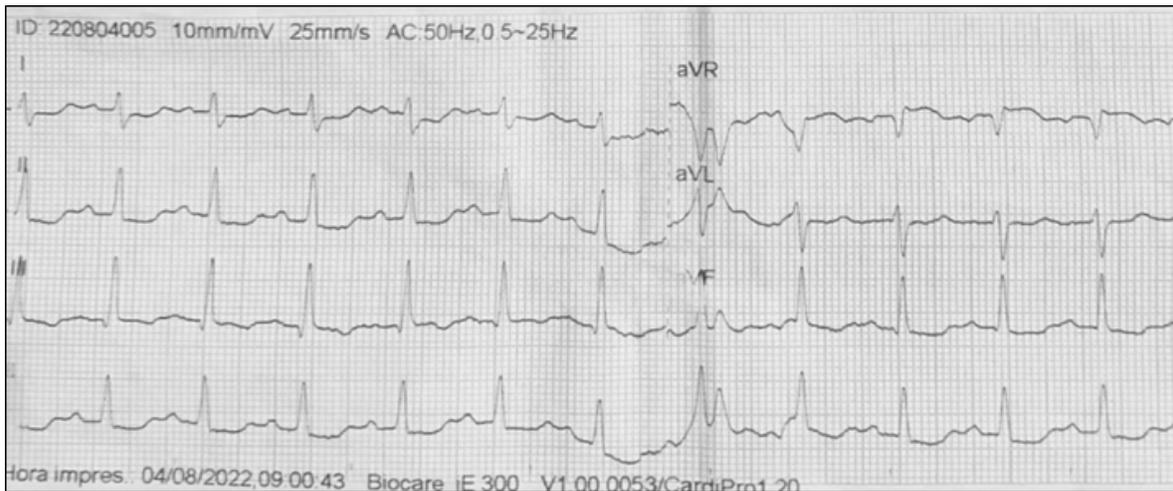
#### INGRESO AL HOSPITAL MUÑIZ (03/08/22)

#### **EXAMEN FÍSICO DE INGRESO (03/08/22)**

<b>TA: 117/70 mmHg</b>	<b>FC: 108 lpm</b>	<b>FR: 18 rpm</b>	<b>Sat: 99% al 0.21</b>	<b>Temp: 36.8 C°</b>
<b>Peso: 80 Kg</b>		<b>Altura: 1,69 m</b>		<b>IMC 28 Kg/m2</b>

- ❖ **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:** lúcido, sin signos de foco motor ni meníngeo.

#### **ELECTROCARDIOGRAMA DE INGRESO AL HOSPITAL VÉLEZ SARSFIELD (03/08/22)**



#### EVOLUCIÓN EN HOSPITAL VÉLEZ SARSFIELD (03/08/22 – 04/08/22)

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

Se interpretó el cuadro como infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST de muy alto riesgo y se indicó doble antiagregación en dosis de carga.

Posteriormente se decidió su derivación a Laboratorio de Hemodinamia de este hospital para estudio diagnóstico.

#### **CINECORONARIOGRAFÍA (04/08/22)**

Tronco de coronaria izquierda: De buen calibre. Ostium libre. Presenta una lesión significativa distal que compromete origen de arterias descendente anterior y arteria circunfleja.

Arteria Descendente Anterior: De normal calibre y desarrollo. Presenta una lesión suboclusiva en su tercio medio (90% de su luz). Da origen a ramos septales y diagonales.

Arteria Circunfleja: De normal calibre y desarrollo. Presenta una lesión suboclusiva en su tercio medio (90% de su luz) y una lesión significativa distal. Segundo ramo lateroventricular presenta una lesión significativa proximal.

Arteria Coronaria Derecha: De normal calibre y desarrollo. Dominante. Presenta lesiones significativas en su tercio proximal y medio (90% de su luz).

Conclusiones:

- Enfermedad aterosclerótica de arterias coronarias.

- Enfermedad significativa de tronco coronario izquierdo y tres vasos principales: arteria descendente anterior, arteria circunfleja y arteria coronaria derecha.

#### EVOLUCIÓN EN HEMODINAMIA (04/08/22)

Evolucionó durante el procedimiento con signos de sobrecarga hídrica, mala perfusión periférica y mecánica ventilatoria, por lo que se indicó su internación en Unidad Coronaria postprocedimiento inmediato.

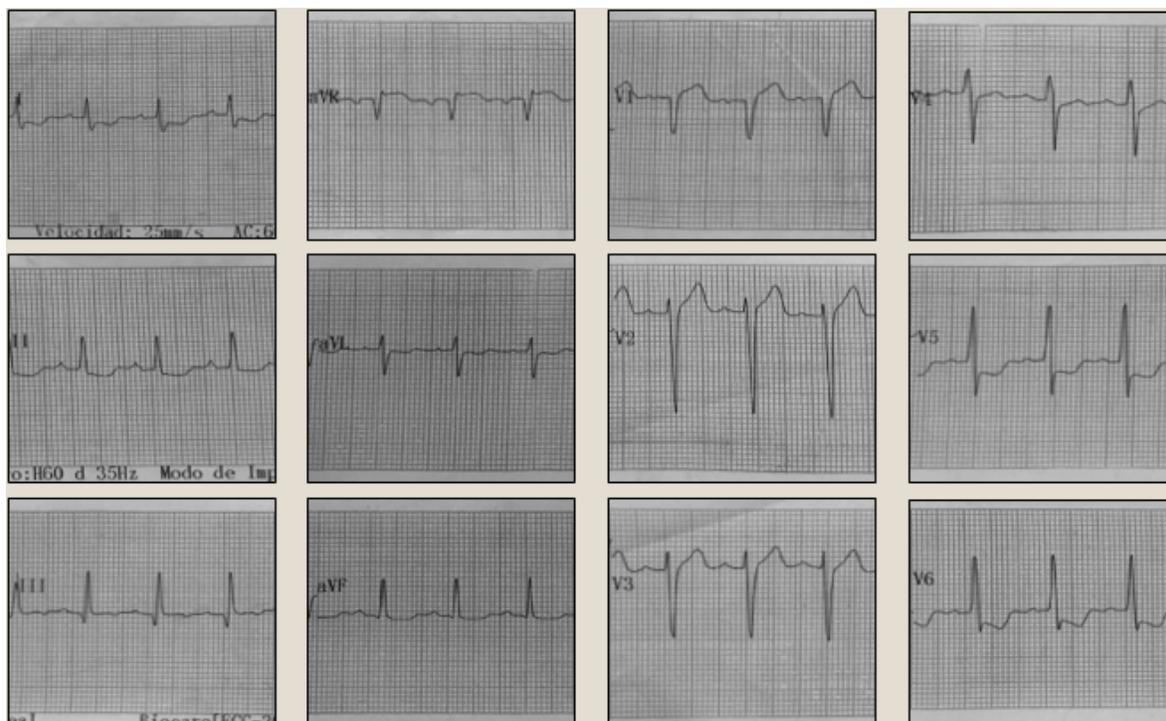
#### INGRESO A UNIDAD CORONARIA (04/08/22)

#### **EXAMEN FÍSICO DE INGRESO (04/08/22)**

<b>TA: 97/65 mmHg</b>	<b>FC: 108 lpm</b>	<b>FR: 30 rpm</b>	<b>Sat: 95% al 0.21</b>	<b>Temp: 36.8 C°</b>
-----------------------	--------------------	-------------------	-------------------------	----------------------

- ❖ **Cardiovascular:** pulsos periféricos presentes, simétricos y débiles. Relleno capilar enlentecido. Frialdad distal. Livideces en miembros inferiores. Ingurgitación yugular 2/3 sin colapso inspiratorio. Reflujo hepatoyugular negativo. R1 – R2 normofonéticos en 4 focos, silencios libres. Sin edemas de miembros inferiores.
- ❖ **Respiratorio:** mala mecánica ventilatoria a expensas de taquipnea y uso de musculatura accesoria. Rales crepitantes bilaterales hasta campo medio.
- ❖ **Abdomen:** blando, depresible, indoloro. Ruidos hidroaéreos positivos.
- ❖ **Neurológico:** lúcido, sin signos de foco motor ni meníngeo.

#### **ELECTROCARDIOGRAMA DE INGRESO A UNIDAD CORONARIA (04/08/22)**



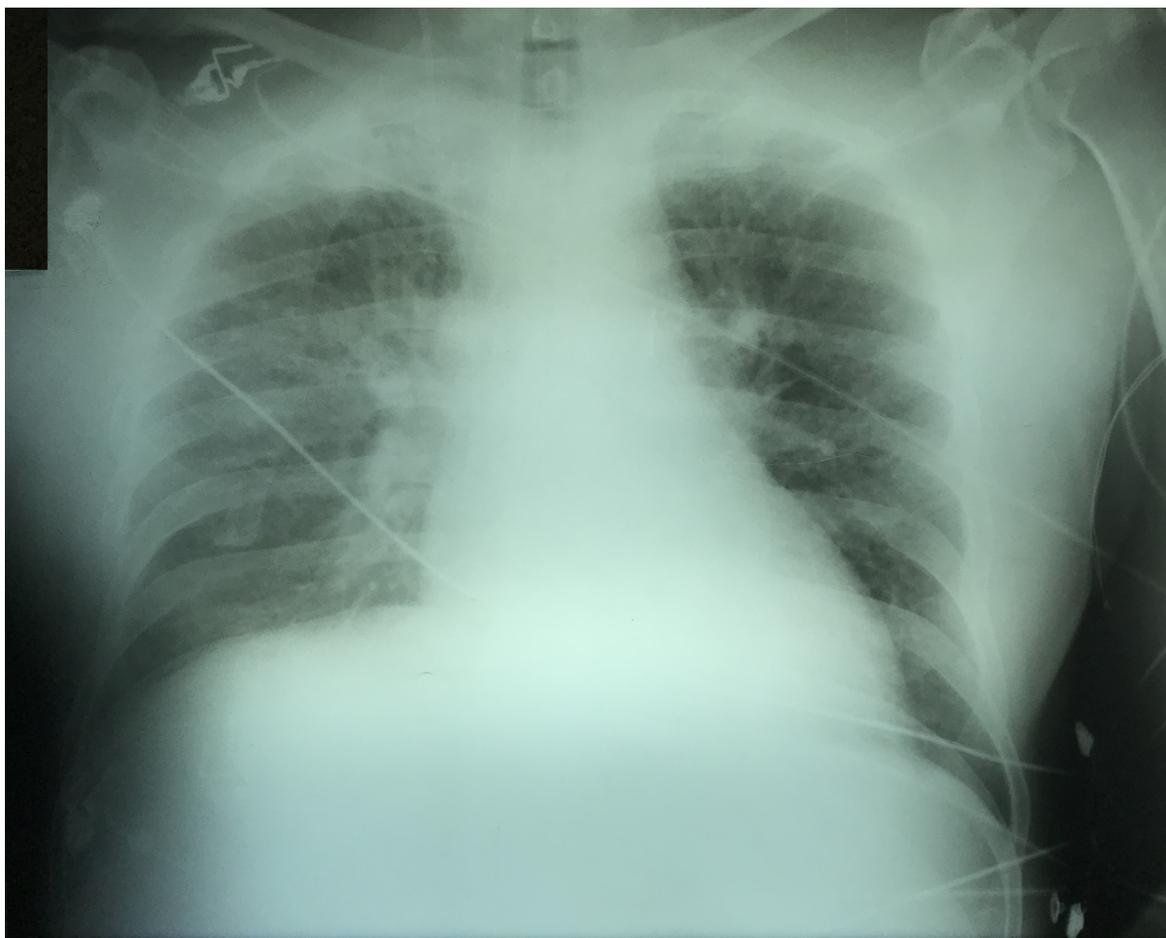
#### EVOLUCIÓN EN UNIDAD CORONARIA (04/08/22 – 08/08/22)

A su ingreso a Unidad Coronaria presentó signos de hipoperfusión tisular y de sobrecarga hídrica, por lo que se iniciaron vasodilatadores y diuréticos de asa endovenosos.

Se colocó catéter venoso central para terapéutica y monitorización, obteniéndose parámetros compatibles con shock cardiogénico.

Se interpretó el cuadro como infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST Killip-Kimball D, y para disminución de doble producto previo a terapia de revascularización se realizó intubación orotraqueal y vinculación a asistencia respiratoria mecánica, y colocación de balón de contrapulsación intra-aórtico (BCIAO).

#### **RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (04/08/22)**



#### **EVOLUCIÓN EN UNIDAD CORONARIA (04/08/22 – 08/08/22)**

Por presentar anatomía coronaria compleja con enfermedad difusa (Syntax score 46), se realizó interconsulta con Servicio de Cirugía Cardiovascular, quienes por elevado riesgo quirúrgico del paciente en contexto de inestabilidad hemodinámica y doble antiagregación en dosis de carga reciente, descartaron posibilidad de cirugía de revascularización de emergencia.

Se decidió en conjunto con Hemodinamia la revascularización por vía percutánea.

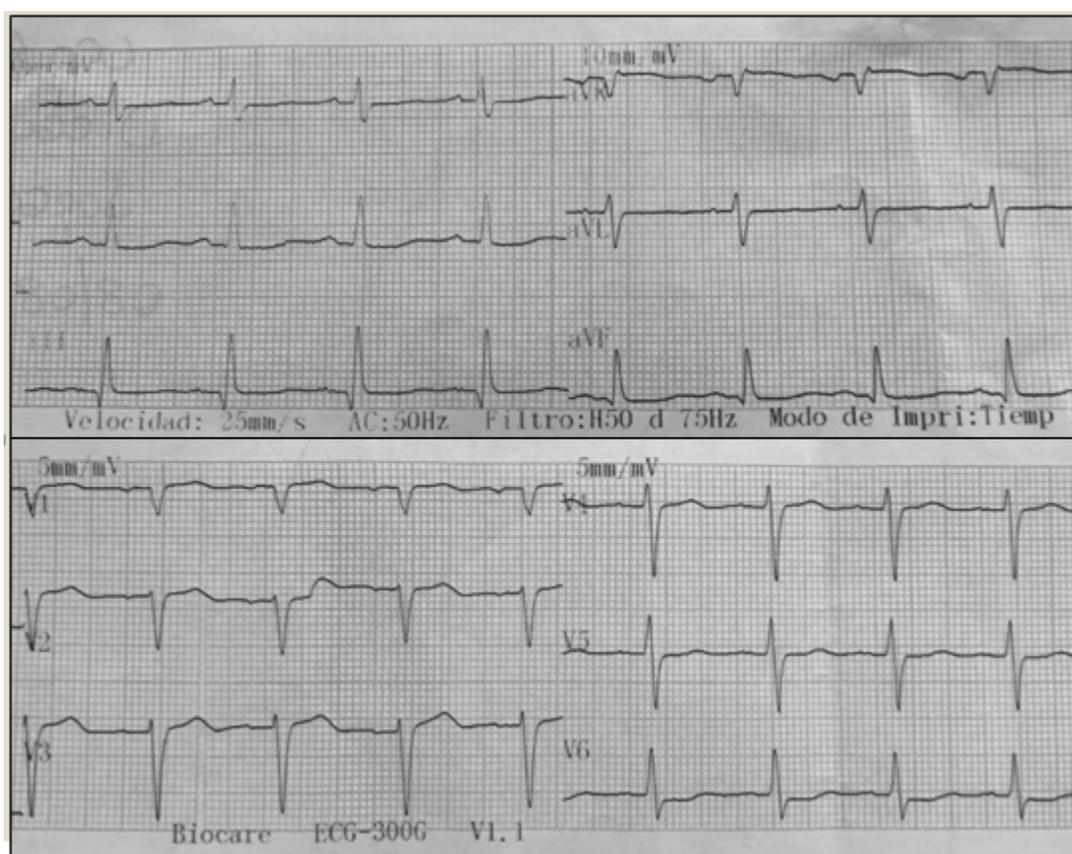
#### **ANGIOPLASTIA CORONARIA (05/08/22)**

Se realiza punción de arteria femoral derecha, se coloca camisa arterial 7 French y se avanza hasta la raíz de aorta sobre cuerda teflonado, catéter guía EBU 3.5, 7 French, el cual se coloca en forma coaxial con el tronco coronario. Se realiza angiografía visualizándose una lesión crítica a nivel del tronco distal; lesiones sobre el segmento medio de la arteria descendente anterior; lesión sobre el segmento medio de la circunfleja. Se avanzan con 2 cuerdas HTF 0.014" y se transpone la lesión del tronco, una de ellas en la descendente anterior y otra en la circunfleja. Luego por técnica de "DK CRUSH" se implantan sobre el tronco distal, descendente anterior y circunfleja, dos stents (REBEL) 3.5 x 24 mm y 2.5 x 16 mm. En la angiografía control, se observa la resolución de las lesiones en tronco coronario, y ostiales de descendente anterior y circunfleja, quedando lesiones residuales sobre los segmentos medios de esos vasos.

Conclusiones:

- Angioplastía exitosa de tronco coronario distal, arteria descendente anterior y circunfleja.

#### **ELECTROCARDIOGRAMA POSTANGIOPLASTIA (05/08/22)**



#### **EVOLUCIÓN EN UNIDAD CORONARIA (04/08/22 – 08/08/22)**

Evolucionó hemodinámicamente compensado con resolución del shock retirándose BCIAo durante el procedimiento.

Se progresó weaning ventilatorio con buena tolerancia con extubación exitosa el día 06/08/22.

El día 08/08/22 se realizó ecocardiograma doppler para evaluar función y motilidad ventricular y posteriormente se decidió su pase a Sala de Cardiología para optimización de tratamiento y control evolutivo.

## ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO (08/08/22)

DDVI 6,2 cm	DSVI 4,9 cm	SIV 9,1 cm	PP 9,1 cm	AI 4,6 cm	Ao 3,0 cm
-------------	-------------	------------	-----------	-----------	-----------

**Ventrículo izquierdo dilatado** con espesores parietales normales. **Aquinesia inferior, de todos los segmentos apicales. Hipoquinesia del resto. Fracción de eyección biplano 16%**. Aurícula izquierda dilatada (24 cm<sup>2</sup>). **Patrón de llenado tipo pseudonormal. E/e' 19**. Cavidades derechas no dilatadas. **Función sistólica del ventrículo derecho deteriorada (TAPSE 13 mm, onda S tisular 8 cm/s)**. Aurícula derecha no dilatada. Vena cava inferior dilatada con colapso menor del 50%. Válvula aortica trivalva, normofuncionante. Insuficiencia mitral leve. Insuficiencia tricuspídea con leve con jet excéntrico, que permite estimar PSAP de al menos 48mmHg. Pericardio normal.

### EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGÍA (08/08/22 – 27/08/22)

Desde el aspecto cardiológico evolucionó con signos de insuficiencia cardíaca con adecuada respuesta al balance negativo. Se optimizó el tratamiento médico y se decidió en conjunto con Hemodinamia continuar con la revascularización de vasos restantes de manera ambulatoria.

Desde el aspecto infectológico y hematológico complicó con sepsis a foco de piel y partes blandas con rescate de SAMS, asociado a tromboflebitis de vena cefálica derecha y trombosis yugular derecha, por lo que se interpretó infección complicada a nivel endovascular por lo que realizó tratamiento antibiótico endovenoso, e inició anticoagulación oral.

El día 16/08/22 se realizó nuevo ecocardiograma doppler para control evolutivo.

## ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO (16/08/22)

DDVI 6,4 cm	DSVI - cm	SIV 1,2 cm	PP 1,0 cm	AI 4,6 cm	Ao 2,9 cm
-------------	-----------	------------	-----------	-----------	-----------

**Ventrículo izquierdo moderadamente dilatado con hipertrofia excéntrica. Aquinesia de los segmentos apicales e inferiores. Hipoquinesia del resto de los segmentos. Fracción de eyección del 19%**. Aurícula izquierda levemente dilatada (26 cm<sup>2</sup>). **Patrón de llenado ventricular tipo relajación prolongada**. Cavidades derechas no dilatadas. **Función sistólica del ventrículo derecho deteriorada (TAPSE 13 mm, onda S tisular 8 cm/s)**. Aurícula derecha no dilatada. Vena cava inferior normal. Válvulas morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción. Insuficiencia mitral leve. Insuficiencia tricuspídea mínima que no permite estimar PSAP. No se observa derrame pericárdico.

### EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGÍA (08/08/22 – 27/08/22)

El día 27/08/22 por buena evolución clínica se otorgó el alta hospitalaria, con seguimiento por consultorios externos de hemodinamia, cardiología y endocrinología.

### INDICACIONES AL EGRESO HOSPITALARIO (27/08/22)

- ❖ Clopidogrel 75 mg/día.
- ❖ Rivaroxabán 20 mg/día.
- ❖ Rosuvastatina 40 mg/día.
- ❖ Enalapril 2,5 mg cada 12 horas.
- ❖ Carvedilol 3,125 mg cada 12 horas.

- ❖ Espironolactona 25 mg/día.
- ❖ Dapagliflozina 10 mg/día.
- ❖ Furosemida 40 mg/día.
- ❖ Metformina 1000 mg antes del almuerzo y de la cena.
- ❖ Omeprazol 20 mg/día.

#### LABORATORIOS

Determinación	03/08/22 (Htal. Vélez)	04/08/22 (Ingreso)	27/08/22 (Egreso)
Hto (%) /Hb (g/dL)	38/12,8	35,3/12,2	33/11,2
Leucocitos 10*3/mm3	12.500	15.500	7.600
Plaquetas 10*3/mm3	232.000	227.000	324.000
Glucemia (mg/dL)/HbA1c (%)	328/-	336/10,3	156/-
Urea (mg/dL)/Creatinina (mg/dL)	47/0,89	50/0,87	63/1,26
Na/K/Cl (mmol/L)/Láctico (mg/dL)	133/4,3/100/-	134/3,8/97/112	132/4,9/93/9
BT (mg/dL)/GOT (U/L)/GPT (U/L)	-	0,39/47/27	0,28/26/12
CT/HDL/LDL /TG (mg/dL)	-	139/24/-/352	-
TP (%) /KPTT (seg) /RIN	75/35/1,20	74/44/1,28	74/42/1,27
CK (UI/L)/ CK-MB (UI/L)	308/30	316/31	-
Ths (ng/L)	4.879	547,5	-