

## CASO CLÍNICO

DRA. SILVIA JIMÉNEZ BECERRA

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ.

Historia clínica

Masculino 56 años

Antecedentes de importancia: Alergias, transfusiones, antecedentes quirúrgicos o traumáticos, enfermedades previas, enfermedades crónico degenerativas todo negado. Casado. Chofer de taxi

Padecimiento actual:

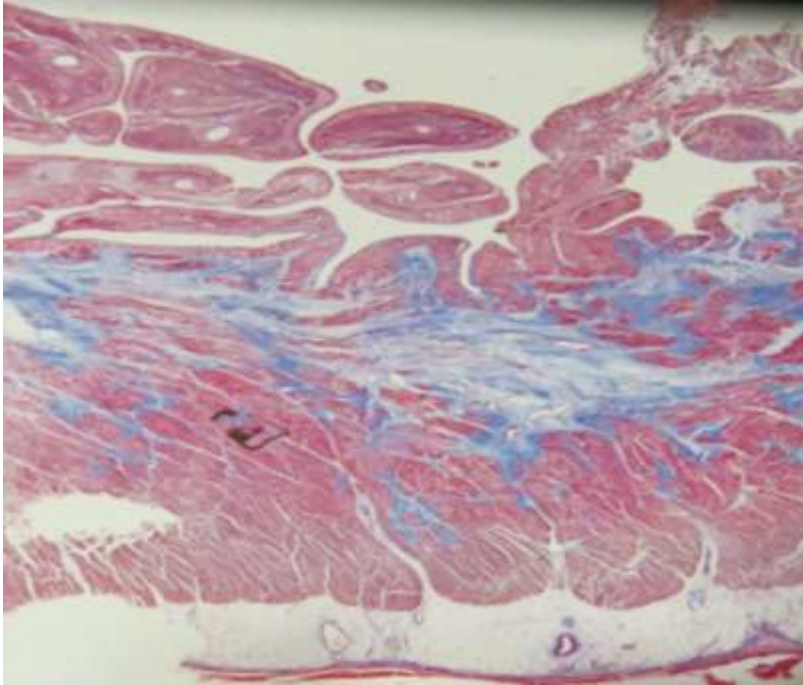
7 meses previos a su fallecimiento inicia con disnea y opresión torácica a los medianos esfuerzos, no acude al médico. En 18 noviembre (diez días antes de su fallecimiento) inicia con disnea, tos, expectoración blanquecina, sin fiebre, con diaforesis, le recetaron antibiótico por la sospecha de infección respiratoria, sin mejoría

El 21 de noviembre 12 horas presenta un dolor súbito en epigastrio opresivo que irradiaba al hipocondrio derecho, de intensidad 7 de 10, acompañado de diaforesis con duración de 24 horas, no acudió al médico. El día 22 persistía el dolor, acudió al Hospital Juárez donde se descartó cardiopatía isquémica y se egresó con tratamiento por enfermedad ácido péptica. Acude con médico particular que encuentra en su electrocardiograma zona inactivable en derivaciones laterales altas, iniciando manejo para cardiopatía isquémica con ASA, clopidogrel, enalapril, metoprolol, atorvastatina, enoxaparina y reposo absoluto. Solicitó USG donde reportaron colecistitis crónica alitiásica e indicó tratamiento con paracetamol y dieta. Obtiene una mejora parcial, sin embargo persistió con disnea de medianos a pequeños esfuerzos, ortopnea, taquipnea, tos con expectoración blanquecina y estertores, sin fiebre. Se diagnosticó en HG del Edo de Mex donde diagnostican neumonía adquirida en la comunidad, se decidió su ingreso y manejo con claritomicina y ceftazidima. Se refiere una evolución tórpida continuando con tos y fiebre de hasta 38 grados.

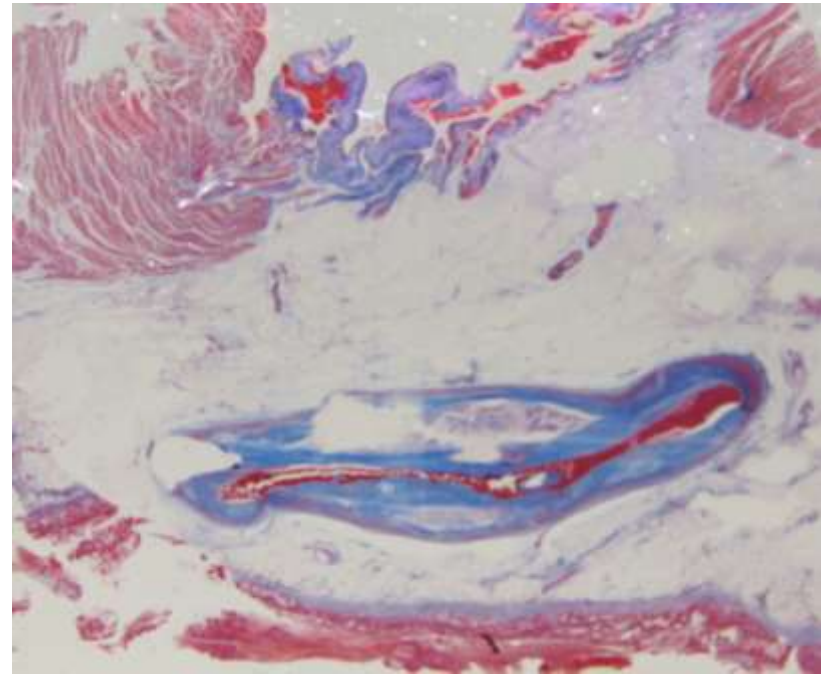
El día 25 de noviembre inicia con dolor precordial opresivo de intensidad 8/10, irradiado a epigastrio con diaforesis profusa. El EKG demuestra lesión subepicárdica en derivaciones DI, AVL y V1 a V4 de 0.3 mV, por lo que se manejó con nitroglicerina, se diagnosticó IAM posterolateral con elevación de troponina I 6.6 y CPK MB de 10.8. Se inició manejo anti isquémico con aspirina, enoxaparina, pravastatina, furosemide y se trasladó al instituto.

Ingresa a urgencias sin apoyo de aminos FC 110 TA 110/70, FR 24 saturación 84%, tos productiva blanquecina, estertores basales bilaterales, se trató con nitroglicerina y diurético, ingresó a unidad coronaria estable, se documentó fiebre de 38°C se practicaron policultivos. Se lleva a cateterismo cardiaco el día 28, reportando: coronaria izquierda con tronco: sin lesiones angiográficas significativas, flujo TIMI 3, descendente anterior: en su segmento media con una lesión suboclusiva difusa excéntrica sitio de máxima estrechez del 99%. Flujo distal TIMI 2, primera septal importante de la cual emergen todas las ramas septales sin lesiones angiográficas. Flujo TIMI 3. Circunfleja sin lesiones. Coronaria derecha dominante. En su segmento distal con lesión excéntrica de bordes irregulares, máxima estrechez del 60%.

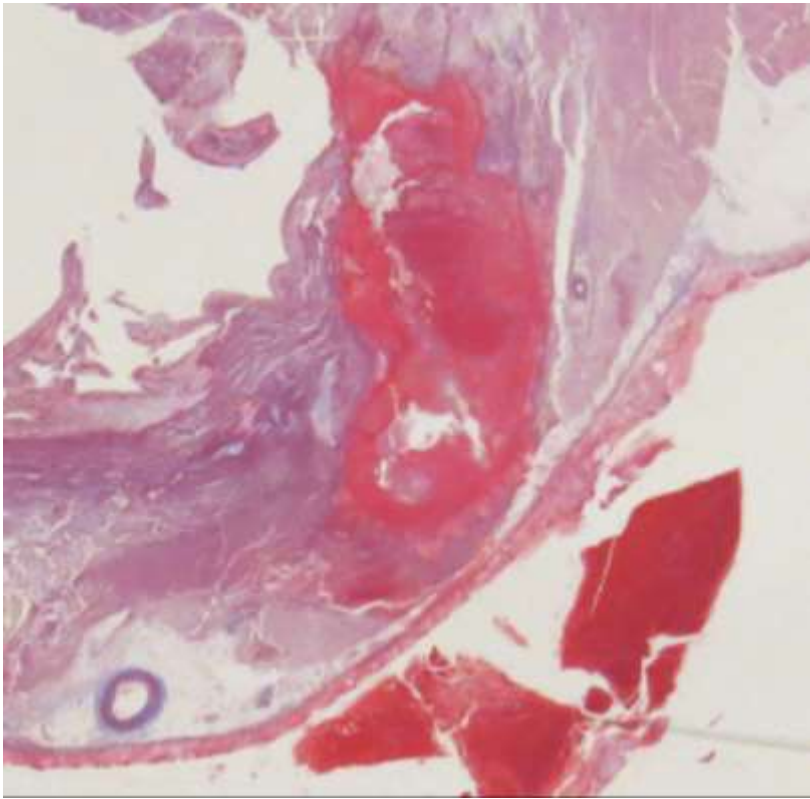
Se realizó intervencionismo de la descendente anterior con balón, y con Stent. Ingresó nuevamente a la unidad coronaria presentando taquicardia ventricular sostenida hemodinámicamente inestable, que degeneró a actividad eléctrica sin pulso. Las maniobras de reanimación fallaron. Fallece 28 noviembre.



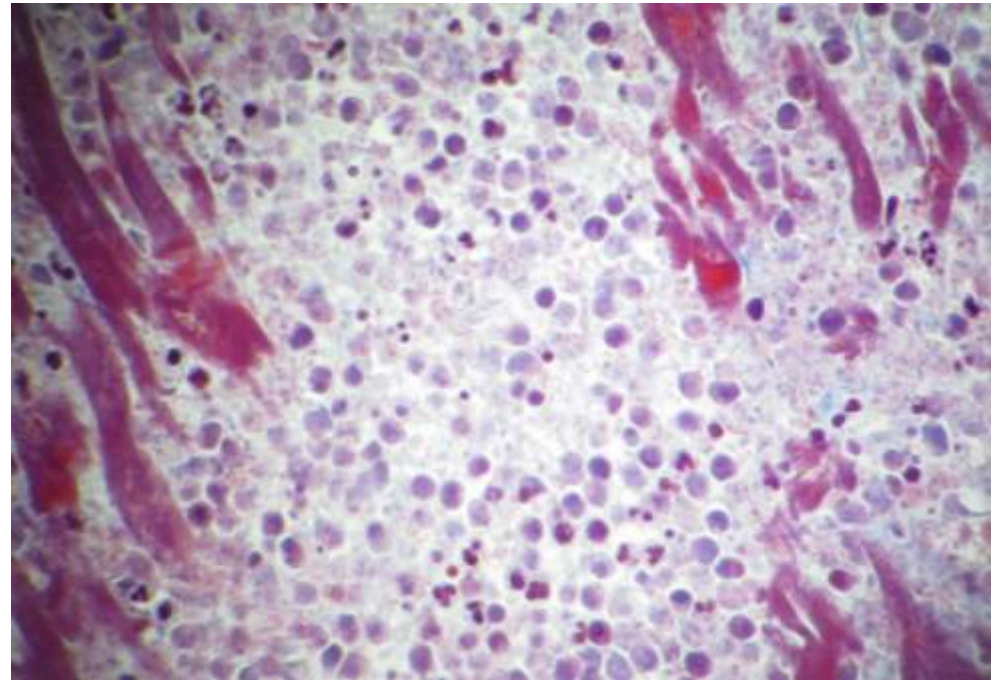
Hematoxilina-eosina 5 x miocardio



Hematoxilina-eosina 5 x miocardio



Hematoxilina-eosina 5 x miocardio



Hematoxilina-eosina 40 x miocardio