



# Miocardopatía y Muerte Súbita

Autor: Ponce María Guillermina

Policlinica Gines González García



GOBIERNO DE  
**TUCUMÁN**

MINISTERIO DE  
**SALUD PÚBLICA**

## MOTIVO DE CONSULTA: DOLOR PRECORDIAL

HISTORIA CLÍNICA: 24/6/23 Paciente masculino de 42 años, ex tabaquista severo (2 paquetes por día desde los 11 años, episodios de disnea y angora primordial en los últimos 6 meses de escaso tiempo de duración que ceden espontáneamente.

ECG en consultorio: Onda T negativas en cara inferior y v4 a v6, se activa protocolo de Urgencias Cardiológicas 107, se administra cargas de AAS 500 MG Clopidogrel 300 mg atorvastatina 80 mg y se deriva al Hospital Centro de Salud.

Al ingreso al nosocomio examen físico normal, se realiza nuevo ECG: Rs FC 85 lpm, Qrs 80 msec ST igual que en electrocardiograma previo por lo que se interna en UCO para exámenes complementarios y diagnóstico

Se realiza Test troponina negativo

Rx: IC levemente aumentado con signos de redistribución leve.

El paciente persiste asintomático durante la noche por lo que es dado de alta al día siguiente para exámenes complementarios de forma ambulatoria. Tto al alta: Enalapril 5 mg cada 12 hs, Bisoprolol 1.25 cada 24 hs.

28/6/23: ECOCARDIOGRAMA: DdVi:4.2 DsVI:2.6 Fey:61% SIV:3.0 en porción Basal medio y apical. Ppd1.1 VD:3.2 Ao:2 4;Ai:4.9 Área 24cm

Conclusiones: Severa hipertrofia parietal septal, patrón de relajación pseudonormal, Disfunción Diastólica grado 1. Cavidades derechas conservadas. Ai y Ad levemente dilatadas. Flujo aórtico estenosis subaórtica Hipertrofica que genera flujo turbulento en TSVI.

31/07/24 CCG: Arterias coronarias permeable sin lesiones significativas. CD dominante.

10/08/23 PEG: Detenida etapa 3 por fatiga y angor retroesternal de moderada intensidad sin cambios en ECG METS 7

SE REALIZA RMN CARDIACA Hallazgos compatibles con Miocardopatía Hipertrofica Obstructiva Septal y Anterior Asimétrica Espesor máximo de 27mm. Realce Tardío con Patrón Característico afectando al 25% de la masa miocárdica, Vm con velo anterior no elongados.

Músculos papilares hipertroficados con apicalización de su inserción. Ligera hipertrabeculación. Se observa SAM y flujo turbulento en TSVI. Presencia de cripta en sector Medio de la pared septal.

Se presenta paciente a servicio de Electrofisiología en el cual se determina la colocación de un Cardio desfibrilador implantable en PREVENCIÓN PRIMARIA DE MUERTE SÚBITA. CDI Medtronic bilateral compatible (2/3/24).

Al día de la fecha el paciente se encuentra en buen estado general sin descargas en plan de control con electro fisiología

