ATENEO CLINICO

Albarracín Gerardo
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. Cosme Argerich
19/04/2017

Paciente: T.R	**Edad:** 57 años	
Sexo: Masculino	**Ingreso:** 10/03/17	**Egreso: 22/03/17**

Motivo de Ingreso: Dolor lumbar

Enfermedad actual: Paciente sin antecedentes cardiovasculares conocidos, presenta el 07/03/17 dolor lumbar terebrante, pulsátil, que inicia en reposo de intensidad 8/10 irradiado a epigastrio y en horas posteriores presenta sincope sin pródromos y sin TEC. Persiste con episodios de dolor en forma intermitente, consultando el 09/03 al hospital Durand donde se realiza TC toracoabdominal que evidencia disección de aorta Stanford tipo A por lo cual se decide su derivación a unidad coronaria de este hospital en plan quirúrgico.

ANTECEDENTES

- **Factores de riesgo cardiovasculares:**
  - **Tabaquismo 80 pack/year desde los 17 años**
  - **HTA sin tratamiento, diagnosticada desde los 30 años**
  - **Sedentarismo**
  - **AHF**
- **Antecedentes de enfermedad actual:**
  - **No refiere**
- **Otros antecedentes:**
  - **Amputación infracondilia izquierda en 1.983 de causa traumática por accidente de tránsito.**

Medicación Habitual:

- Consumo ocasional de opiáceos por síndrome de miembro fantasma.

Examen físico al ingreso a unidad coronaria 10/03/17

TA: 160/80 mmHg	**FC:** 80 l.p.m	**FR:** 16 c.p.m	**T:** 36,2ºC Peso 85kg Altura 1,82mts IMC: 25,7

Ap. Cardiovascular: No presenta ingurgitación yugular, latido apexiano en 5to EIC LMC, pulsos periféricos presentes, regulares y simétricos en miembros superiores, R1 y R2 en 4 focos, silencios libres.

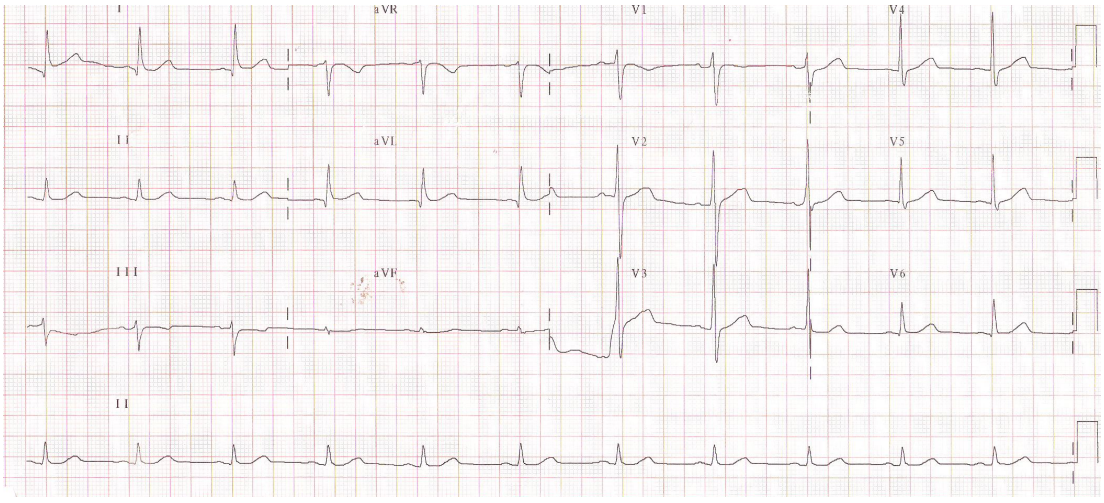
Ap. Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, murmullo vesicular presente, sin otros ruidos agregados.

Abdomen: Blando, depresible, indoloro, RHA (+), hígado y bazo no se palpan.

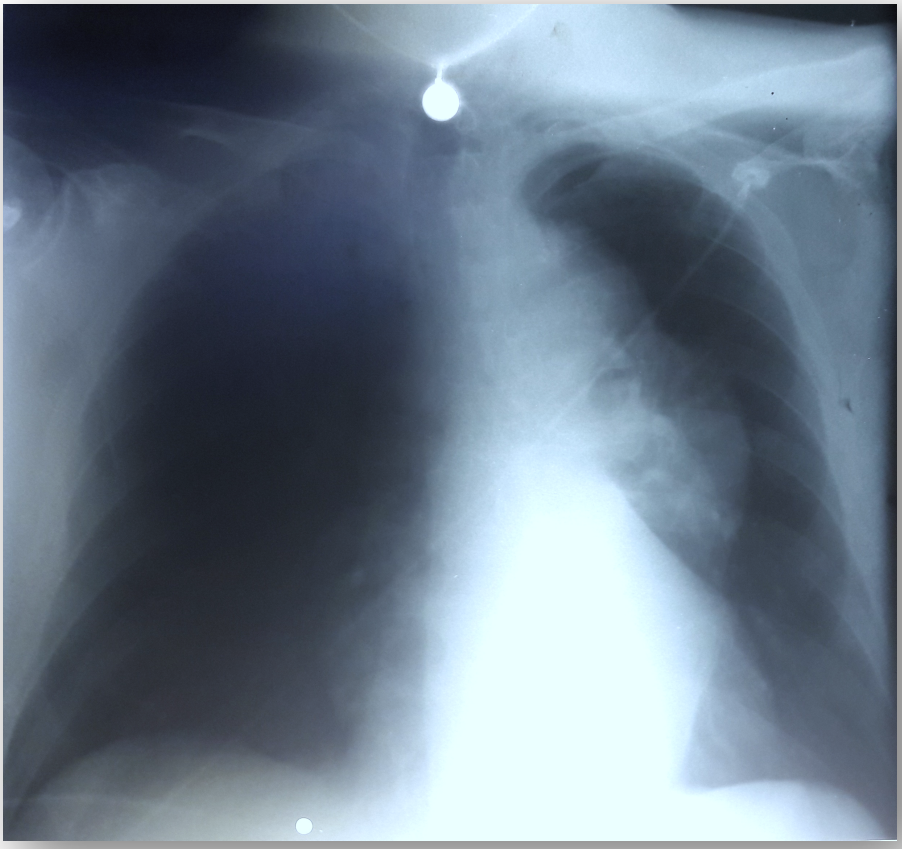
Neurológico: Paciente lúcido, sin signos meníngeos ni foco motor.

Piel y partes blandas: Buena perfusión periférica sin edemas.

ECG Ingreso T.R. UCO 10/03/17



Rx Tx ingreso T.R. UCO 10/03/17



Evolución en UCO 10/03/17 al 17/03/17:

- **Se constata paciente hemodinámicamente estable con tendencia a la hipertensión. Se inicia titulación de labetalol endovenoso y posteriormente nitroprusiato de sodio.**
- **Es evaluado por servicio de cirugía cardiovascular quienes descartan conducta quirúrgica de urgencia y solicitan realización de ecocardiograma transesofágico.**

Informe ETE T.R 10/03/17

- **Ventrículo izquierdo no dilatado con hipertrofia concéntrica. Motilidad regional y función sistólica del VI conservada.**
- **Aurícula izquierda levemente dilatada. Orejuela sin evidencia de trombos en su interior. Septum interauricular sin solución de continuidad, sin evidencias de shunt. No se observan masas intracavitarias.**
- **Válvulas morfológicamente normales.**
- **En la porción descendente de la aorta torácica se observa flap de disección con orificio de entrada que genera severa dilatación en donde progresando en sentido caudal puede visualizarse falsa luz central con luz verdadera periférica, lo que podría sugerir disección tipo B de configuración helicoidal.**

Evoluciónn en UCO 10/03/17 al 17/03/17

- **Se titula tratamiento con atenolol, amlodipina y enalapril via oral suspendiéndose NPS y labetalol ev.**
- **El paciente evoluciona con persistencia de dolor referido en zona lumbar, por lo cual es evaluado nuevamente por servicio de cirugía cardiovascular quienes solicitan nueva TC de tórax y abdomen para descartar complicación asociada.**

Informe TC de tórax y abdomen-15/03/17

- **Disección aórtica tipo B desde subclavia izquierda hasta iliacas primitivas a las cuales compromete. Dilatación aneurismática de aorta torácica descendente de hasta 66mm y en menor medida aorta abdominal de 33mm de diámetros axiales máximos.**

- **La mencionada aorta presenta calcificaciones ateromatosas parietales difusas. Se observa extensión de la disección al origen se la subclavia izquierda.**
- **El tronco celíaco, la arteria mesentérica superior y ambas arterias renales nacen de la luz verdadera.**
- **En valva anterior de riñón izquierdo se observa área cuneiforme que no realza con contraste, que podría corresponder a infarto. Quistes renales corticales bilaterales y pequeño angiomiolipoma de 10mm en el polo superior del RI.**
- **Derrame pleural bilateral con atelectasia pasiva subyacente.**

Evolución en UCO 10/03/17 al 17/03/17

- **Evoluciona hemodinámicamente estable con adecuado control de FC y TA por lo cual se decide su pase a sala de cardiología.**

Evolución en Sala de cardiología-17/03/17 al 18/03/17

- **Se realiza nueva evaluación por servicio de cirugía cardiaca, quienes por estabilidad clínica indican alta con tratamiento médico, control ambulatorio y evaluación en otra institución de mayor experiencia para resolución de patología por vía endovascular.**

Tratamiento al alta hospitalaria

- **Atenolol 100 mg cada 12hs vo**
- **Enalapril 10 mg cada 12hs vo**
- **Amlodipina 10 mg día vo**
- **Omeprazol 20 mg día vo**
- **Paracetamol 1 g cada 12hs vo**

Grilla de laboratorio:

	Ingreso 10/03/17	11/03/17	22/03/17
Hematocrito	38	32	34
GB	8700	7500	8100
Plaquetas	178000	181000	326000
Glucosa	79	84	99
Urea	23	15	29
Creatinina	0,8	0,7	1
Hepatograma BT/BD/GOT/GPT	0,6/0,3/11/7	0,4/0,1/8/7	0,2/0,02/27/26
TP/KPTT/RIN	87%/49/1	79%/31/1,1	93%/33/1
Ionograma	136/3,2/98	137/4/101	144/3,8/104
Amilasa		24	
LDH		352	