



ATENEO CLÍNICO

**Hospital Dr. Cosme Argerich.
Servicio de Cardiología**

Juan Pablo Lestard

18/06/2014

PACIENTE: S.J.

SEXO: femenino

EDAD: 74 años

Fecha de ingreso a UCO: 22/01/2014

Fecha de egreso de UCO: 24/02/2014

Motivo de consulta:

Dolor precordial, náuseas y vómitos

Enfermedad Actual:

Paciente que refiere dolor precordial incharacterístico, de tipo punzante, de intensidad 7/10, con irradiación a dorso, asociado a náuseas y vómitos de 24 hs de evolución. Consulta a Guardia Externa de Clínica Bazterrica donde se realiza TAC de tórax sin contraste donde se evidencia imagen compatible con disección de aorta tipo B, por lo que se decide su internación en UCO para monitoreo y tratamiento.

Factores de riesgo Cardiovascular:

Hipertensión Arterial, en tratamiento con Hidroclorotiazida

Antecedentes de enfermedad Actual:

Episodio de dolor torácico en puntada de costado, asociado a síntomas vaso vagales, una semana previa a la consulta.

Otros antecedentes:

Asma en tratamiento con corticoides inhalados.

Cáncer de colon (2004) con tratamiento quirúrgico y quimioterápico.

Cursando tratamiento antibiótico dirigido por infección urinaria desde el 18/01.

Medicación Habitual:

Hidroclorotiazida 25mg / día

Budesonide 400 ug / día

Aspirina 100mg / día

Ciprofloxacina 500 mg cada 12 hs

EXAMEN FISICO INGRESO A UCO

TA: 185/104 mmHg	FC: 80 lpm	FR: 18 rpm	T: 36°	Sat: 96%
-------------------------	-------------------	-------------------	---------------	-----------------

Aparato cardiovascular: Adecuada perfusión periférica .Ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio Choque de punta en 4 EIC LMC. Pulsos periféricos presentes, regulares y simétricos. R1 y R2 presentes en cuatro focos sin R3 y R4, soplo sistólico aórtico 2/6 con irradiación a cuello.

Aparato respiratorio: Buena mecánica ventilatoria. Hipoventilación basal Izquierda. Roncus bibasales.

Abdomen: blando, depresible, indoloro, sin visceromegalias, ruidos hidroaéreos presentes.

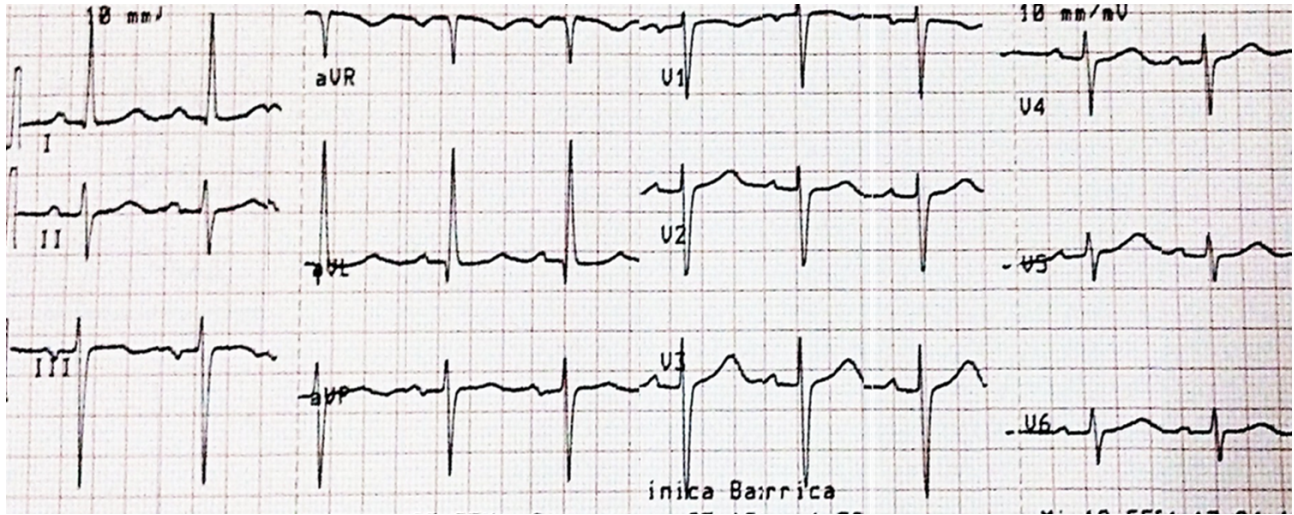
Neurológico: Lúcida. Sin signos de foco motor ni sensitivo.

Piel y TCS: Sin edemas .

RX de Tórax



Electrocardiograma

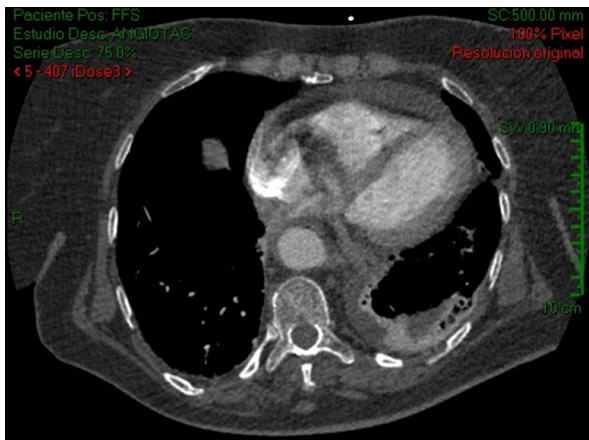
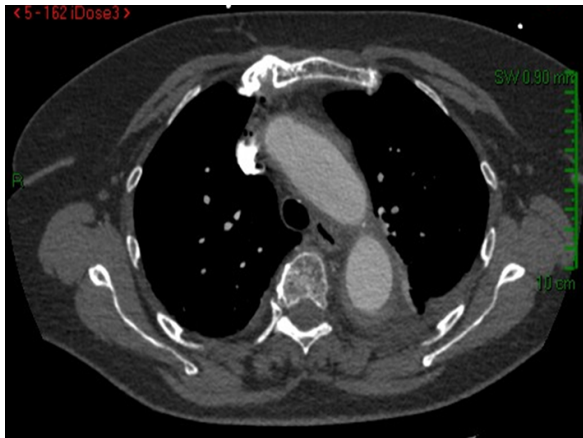
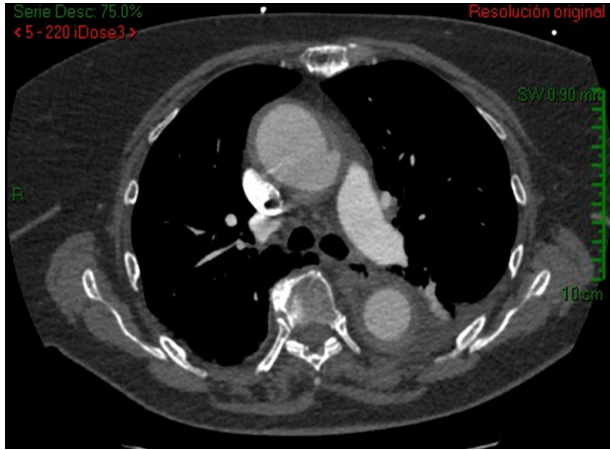
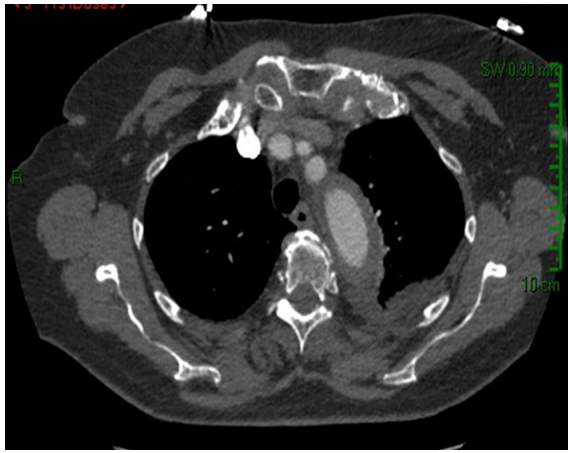


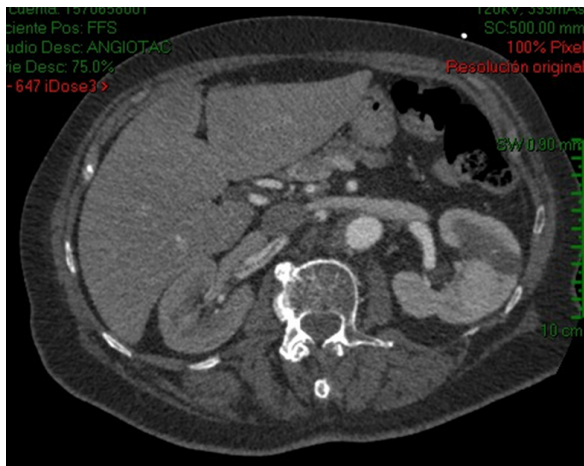
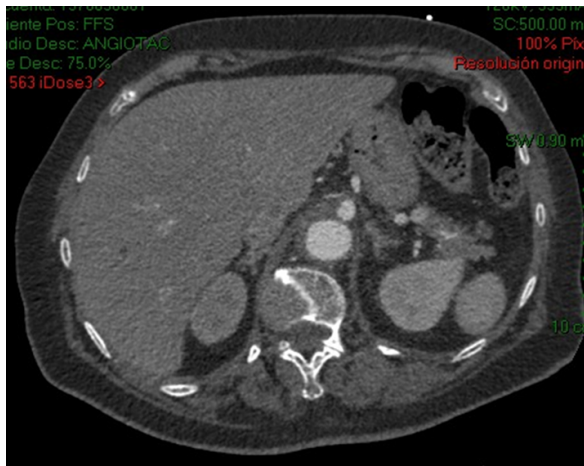
EVOLUCIÓN – UCO (22/01 – 24/01)

Paciente que ingresa a UCO hipertensa. Se estabiliza hemodinámicamente con tratamiento médico con labetalol EV para control de TA y frecuencia cardíaca.

Se realiza IC con servicio de Cirugía Cardiovascular quien indica TAC con contraste EV.

TAC de tórax – 22/01/2014





INFORME DE TAC

Dilatación de la aorta ascendente a predominio de la porción tubular y del cayado proximal, diámetro máximo de 44.7mm.

Imagen parietal excéntrica en semiluna hiperdensa extendiéndose desde la unión sinotubular hasta la emergencia de las arterias renales, sugestiva de hematoma intramural.

Cayado proximal en la cara inferior imagen compatible con úlcera penetrante sin alteración de la grasa peri aórtica, derrame pericárdico leve a moderado, derrame pleural izquierdo.

Flap de disección entre la emergencia del Tronco celiaco y la Mesentérica superior. Flap en art. Renal derecha con extensión distal, presenta disminución de la perfusión renal derecha.

ECOCARDIOGRAMA 24/01/2014 (ETT + ETE)

DDVI: 44

DSVI: 22

FAC: 50

SVI: 10

PP: 9

AI: 20cm²

Ao: 32

Vi no dilatado, FSVI conservada, sin alteraciones segmentarias de la motilidad

AI levemente dilatada (área de 23cm²)

AD levemente dilatada (área de 20cm²)

VD normal. FSVB conservada.

Esclerocalcificación valvular aórtica, Insuficiencia aórtica leve.

Dilatación de la raíz aórtica, porción tubular y cayado, diámetro del anillo de 17.3mm sinusal de 40mm, sinotubular 35.8mm, porción tubular 45.9mm cayado 38.9mm, aorta descendente de 26mm.

Se observa hematoma peri aórtico desde porción sinotubular hasta aorta torácica descendente, diámetro máximo del hematoma de 11mm. No se halló flap de disección en los segmentos aórticos explorados.

Derrame pericárdico leve.

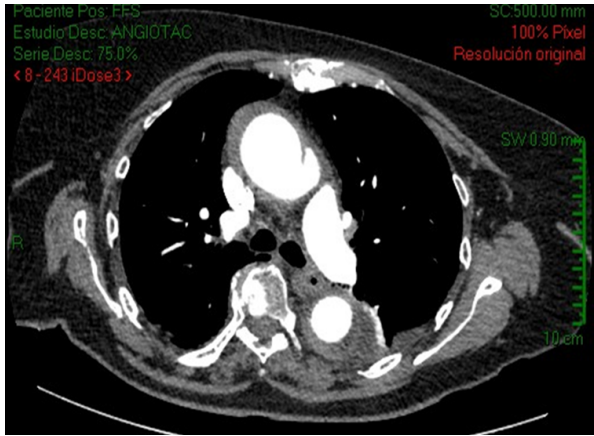
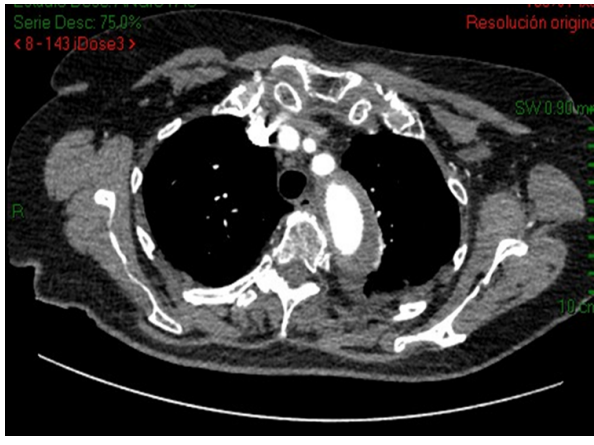
EVOLUCIÓN – UCO (25/04 – 04/02)

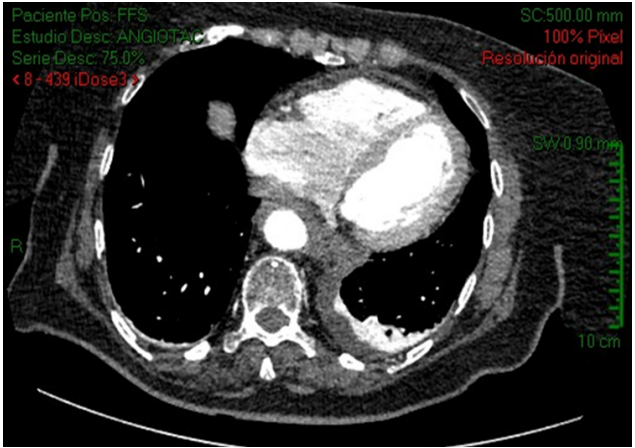
Evoluciona hemodinámicamente estable, asintomática, con infusión continua de labetalol endovenoso.

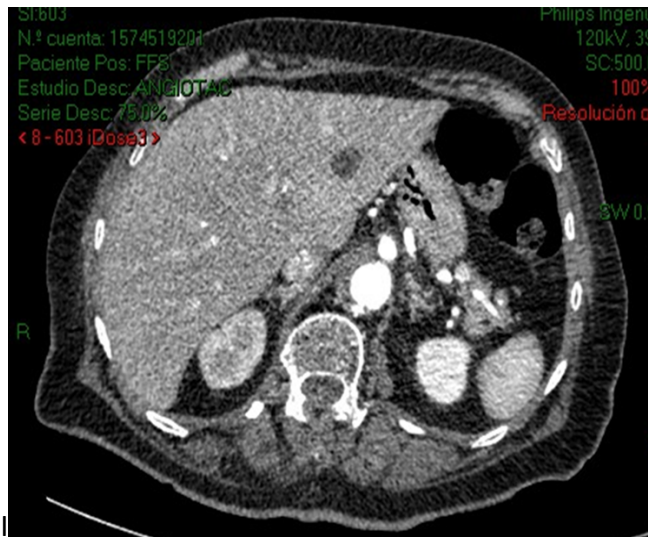
Se indica Ivabradina para control de frecuencia cardíaca.

El día 04/02 se realiza nuevo ecocardiograma, que no evidencia cambios con respecto al previo y nueva TAC control con contraste.

TAC – 04/02/2014







INFORME DE TAC

Incremento del diámetro de la Aorta ascendente a predominio de la porción tubular con diámetro máximo actual de 49,5mm.

El tamaño del hematoma intramural se incrementó con relación al estudio del día 30/01, lo que podría indicar signos de resangrado reciente.

Ha aumentado también su espesor, midiendo la porción tubular ascendente 9,6mm y a nivel de la aorta descendente diafragmática 4,7mm.

Es también mayor el tamaño de la úlcera penetrante descrita a nivel de l cayado proximal de 21,1mm de diámetro anteroposterior (previo que 15,4mm).

EVOLUCIÓN UCO – 05/02/2014

Continúa hemodinámicamente estable, se rota beta bloqueantes a vía oral.

Se realiza IC con servicio de CCV quien indica conducta expectante dada la ubicación anatómica de la lesión, considerada de alto riesgo.

Se realiza TAC control con y sin contraste el día 11/02, que informa progresión de hematoma hacia aorta descendente con aumento de úlcera que actualmente mide 26mm.

Se solicita angiografía de vasos de cuello

Informe de Angiografía

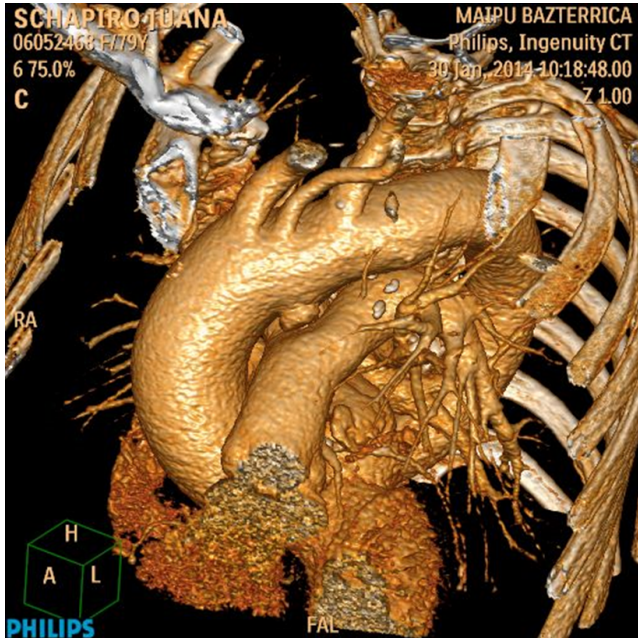
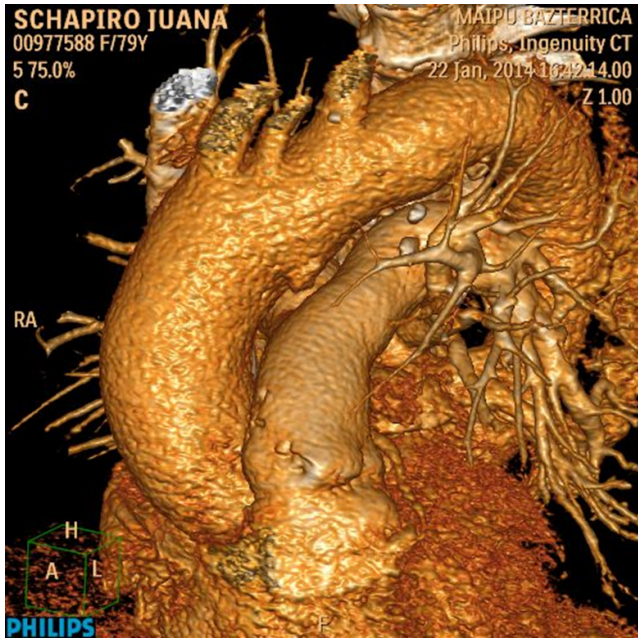
No se observan signos de disección. Luz homogénea.

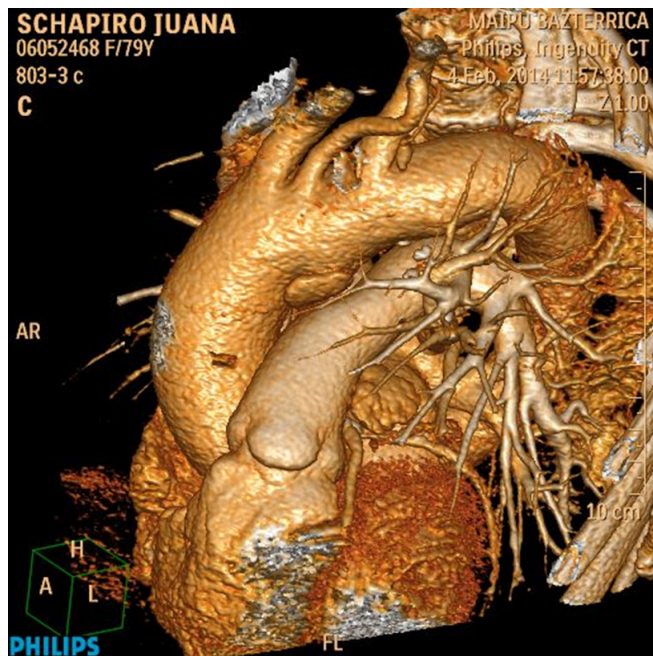
Úlcera plana no prominente y limitada.

Vasos del cuello con circulación balanceada.

Remodelación plana de cayado en úlcera, sin patología peri aórtica.

EVOLUCIÓN TOMOGRÁFICA CON RECONSTRUCCIÓN 3D





EVOLUCIÓN – UCO 05/02 – 24/02

Paciente clínica y hemodinámicamente estable con buena tolerancia y adecuada respuesta al tratamiento médico.

Es reevaluada por servicio de CCV quien interpreta cambios de úlcera y hematoma como remodelado SIN expansión de dichas estructuras, asociado a reducción del hematoma de aorta ascendente.

Se considera la cirugía de riesgo prohibitivo, por lo que se decide en forma conjunta con familiares mantener conducta expectante.

El 24/02 se decide su alta hospitalaria.

TRATAMIENTO AL ALTA

Atenolol 50mg c/12 hs.

Ivabradina 7,5 mg, ½ comprimido/día.

Amlodipina 10 mg/día.

Losartán 50 mg, 1 comp c / 12 hs.

Atorvastatina 20 mg/día.

Budesonide 400 mcg/día

	22/1	23/1	24/1	25/1	29/1	05/2	13/2	20/2
HCTO	42	40	39	39	38	37	38	35
GB	7900	8800	7500	12000	11500	11000	10700	9500
PLAQUETAS	287000	301000	279000	276000	370000	452000	301000	285000
GLUCOSA	118	147	116	120	143	110	147	113
UREA	44	52	65	38	52	48	52	49
CREATININA	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,18	0,9
Na+	136	139	139		136	138	139	
K+	4,1	4,2	3,7		3,9	3,9	4,2	
Cl	96	97	97		95	97	97	
Ca	1,1							
CPK/CPKmb								
TP/KPTT	60/37	68/38	60/41			70/35		
BT/BD	0,8	0,4						
GOT/GPT	10/12							