



# Ateneo Clínico- Anatomopatológico

Karen Maia Waisten  
Residencia de Cardiología  
Hospital Dr. Cosme Argerich

24/06/2015

**Paciente:** B. M.

**Sexo:** Femenino

**Edad:** 64 años

**Fecha de Ingreso:** 02/04/15

**Fecha de Egreso:** 23/04/15

**Motivo de Ingreso:** Dolor torácico.

**Enfermedad Actual:**

Paciente consulta a guardia externa de este hospital por presentar dolor de cuello irradiado a región interescapular, intensidad 10/10, persistente, que inició abruptamente hace 14 días.

Se constata en guardia paciente hipertensa (176/94 mmHg) y taquicárdica (FC: 114 lpm) con ECG que no evidencia signos de isquemia.

Por sospecha de síndrome aórtico agudo se realiza ecocardiograma transtorácico en donde se observa derrame pericárdico y tomografía axial computada (TAC) de tórax que evidencia disección aórtica tipo A.

Pasa a las 2 am a Unidad Coronaria para control evolutivo y tratamiento médico a la espera de Cirugía de urgencia.

**ANTECEDENTES**

**Antecedentes de enfermedad actual:**

Durante los 14 días de dolor consulta en cinco oportunidades a Clínica San Juan de Dios, donde no se jerarquiza el cuadro, otorgándose alta hospitalaria. En la última consulta sugieren consulta a otro centro por presentar caída del hematocrito (HTO 19%).

**Factores de Riesgo cardiovascular:**

Hipertensión Arterial de 10 años de evolución, con mala adherencia al tratamiento.

**Medicación habitual:**

Losartán 100 mg por día.

Hidroclorotiazida 25 mg por día.

**Informe de TAC de Tórax 02/04/15**

Dilatación de aorta torácica, más evidente a nivel de raíz y cayado, observándose extenso hematoma intramural heterogéneo.

Luego de la administración de contraste endovenoso se observa área de fuga del mismo a nivel de la porción tubular de la aorta, en la región anterior.

Derrame pericárdico moderado, con áreas espontáneamente densas en relación a hemopericardio.

Derrame pleural laminar a predominio del lado izquierdo.

**Exámen físico de ingreso a UCO 02/04/15**

FC	TA	FR	T°	Sat
89 lpm	124/68 mmHg	18 cpm	36°C	97% (FIO:0.21)

**Ap. Cardiovascular:** adecuada perfusión periférica, ingurgitación yugular 2/3 con colapso inspiratorio parcial (a 45°). RHY ausente. Pulsos presentes, regulares, pulso pedio derecho disminuído. Choque de punta 4° EIC LMC. R1 y R2 presentes en cuatro focos, normofonéticos, sin R3. Silencios impresionan libres.

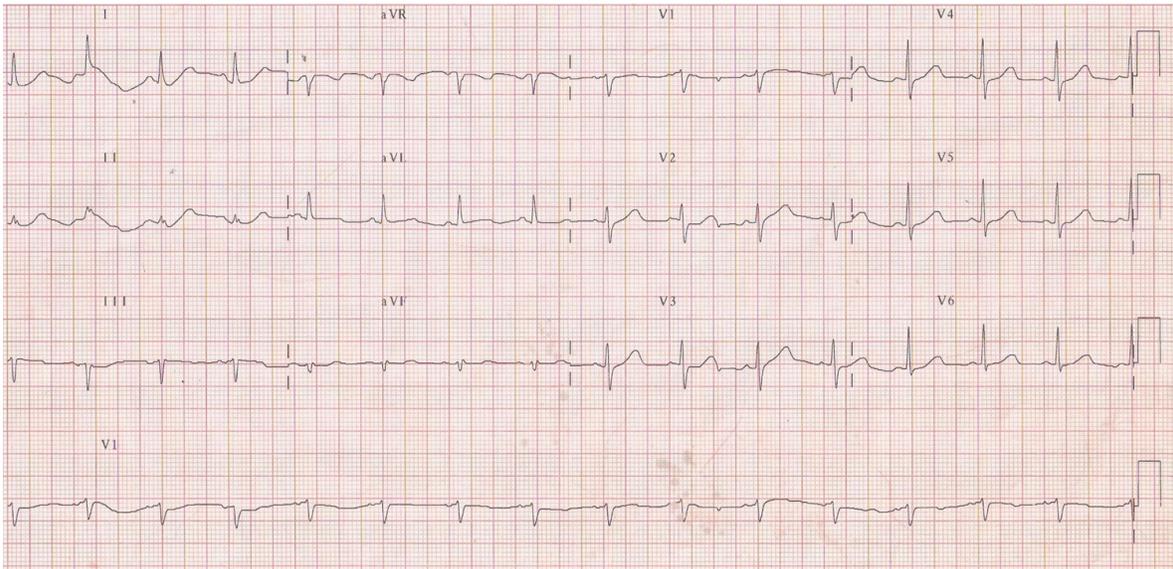
**Ap. Respiratorio:** buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, crepitantes base izquierda.

**Abdomen:** blando, depresible, indoloro. Ruidos hidroaéreos presentes. Sin visceromegalias.

**Neurológico:** Lúcida, sin foco motor ni meníngeo.

**Piel y TCS:** sin edemas periféricos.

## ECG de Ingreso a UCO 02/04/15 B.M.



### Evolución UCO 02/04/15

Paciente que evoluciona hemodinámicamente compensada con NTG y labetalol 2 mg/min en infusión continua.

Por falta de respuesta de la frecuencia cardíaca a dosis máximas de labetalol se indica diltiazem con adecuada respuesta.

Se realiza interconsulta con Cirugía Cardiovascular quienes programan cirugía para las 7:00 hs.

### Parte quirúrgico 02/04/15

Tiempo CEC	Tiempo Clampeo aórtico	Prótesis Aórtica
160 min	76 min	Tubo recto 28 mm de diámetro

Pericardio: hemático.

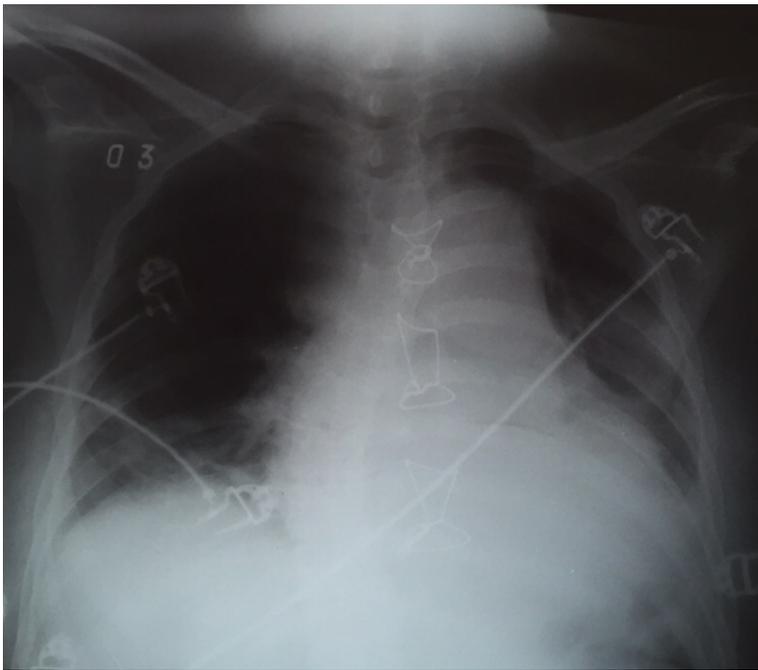
Aorta: hemática con rotura ascendente.

Arterias coronarias: anomalía coronaria derecha (CD).

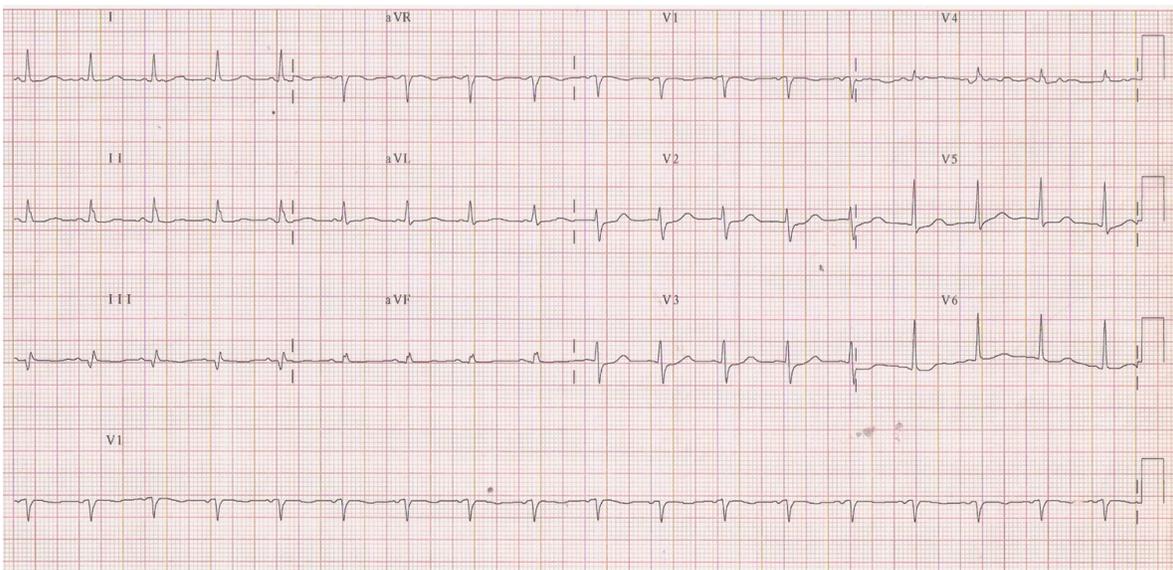
Ostium coronarios: Izquierdo: reimplante. Derecho: by pass a CD.

Válvula Aórtica: preservación valvular. Diámetro: 28 mm. Técnica de Tirone David.

RX de tórax Pos quirúrgica 02/04/15 B.M.



ECG Pos quirúrgico 02/04/15 B.M.



### **Evolución UCO 02/04/15 al 06/04/15**

Ingresa en pos operatorio inmediato bajo sedoanalgesia, en ARM, con requerimientos de inotrópicos (dobutamina) y vasopresores (noradrenalina) por 24 horas.

El 03/04 se extuba, con buena tolerancia.

Por registro de hipertensión se comienza a titular antihipertensivos vía oral (losartán).

Por buena evolución pasa a Sala de Cardiología.

Se realiza ecocardiograma.

### **Informe ecocardiograma 06/04/15**

<b>DDVI</b>	<b>DSVI</b>	<b>SIV</b>	<b>PP</b>	<b>Aorta</b>
43 mm	34 mm	12 mm	8 mm	39 mm

Función sistólica conservada. Aurícula izquierda no dilatada.

Raíz aórtica levemente dilatada, con válvula aórtica trivalva que presenta reflujo leve.

Se observa tubo protésico en aorta ascendente de 27 mm de diámetro y cavidad peritubo probablemente ocupada por hematoma.

Ventrículo derecho no dilatado, con grosor parietal y función sistólica normales. Aurícula derecha no dilatada.

No se observa derrame pericárdico. Derrame pleural izquierdo.

### **Evolución sala 07/04/15 al 15/04/15**

Intercurre con registros febriles de 38°C por lo que se realiza IC con infectología quienes indican:

HC x 2 que resultan negativos y UC con rescate de E. Coli que se interpreta como bacteriuria asintomática por lo que se mantiene conducta expectante.

TAC de tórax que evidencia imágenes pequeñas, múltiples de aspecto osteolítico en raquis dorsal, a nivel del cuerpo esternal, costal y escapular bilateral que podrían corresponder a mieloma múltiple.

Ecografía de partes blandas de herida quirúrgica inguinocrural derecha que evidencia colección heterogénea de 63x 49 x 33 mm compatible con hematoma.

#### **Evolución sala 16/04/15 al 22/04/15**

Por presentar lesiones osteolíticas en TAC tórax se realiza interconsulta al Servicio de Hematología quienes solicitan:

Rx de cráneo frente y perfil, rx de fémur, húmero pelvis panorámica, parrilla costal columna cervical, dorsal y lumbo- sacra que no evidencian lesiones osteolíticas.

Proteinograma electroforético: pendiente.

Proteinuria de 24 hs: normal.

PAMO: se envían muestras a Htal. Marie Curie.

Centellograma óseo: pendiente.

#### **Evolución Sala 23/04/15**

Se decide en conjunto con el Servicio de Clínica médica continuar con exámenes complementarios de manera ambulatoria para correlacionar lesiones osteolíticas halladas.

Por buena evolución se decide el alta hospitalaria el día 23/04/15 con posterior seguimiento por Clínica Médica y Servicio de Hematología.

#### **Tratamiento al alta**

Aspirina 100 mg por día

Atorvastatina 20 mg por día

Losartán 50 mg por día

Atenolol 50 mg cada 12 horas

Sulfato ferroso 1 comprimido por día vía oral.

Ácido fólico 5 mg por día vía oral.

### Laboratorio

Fecha	02/04/15	02/04/15	10/04/15	22/04/15
Hto	19	26	28	30
GB	2700	16000	9600	7500
PLQ	108000	113000	620000	714000
Glu	89	133	89	118
U/Cr	48/0,71	53/0,7	47/0,65	36/0,7
BT/BD	0,79/0,23	2,3/0,7	0,62	
GOT/GPT	80/129	48/55	36/40	
TP/Kptt/RIN	85/24/1,07	64/32/1,3		101/27/0,95
Na/K/Cl	136/4,8/97	136/4/97	124/4,5/81	136/4,9/98
CK	46	226		

### Seguimiento

Internación en Clínica Médica del 10/05/15 al 18/05/15 por sepsis a foco respiratorio por lo que realiza tratamiento con piperaciliza- tazobactam durante 7 días.

Se realiza proteinograma electroforético que informa componente monoclonal movilidad gamma rápida: 0,62 g/dl y B2 microglobulina: 2,4 mg/l.

Se recibe informe de PAMO enviado a Htal. Marie Curie con diagnóstico de Mieloma Múltiple.

Inicia quimioterapia de forma ambulatoria.

Continúa seguimiento actualmente por Servicio de Hematología y Clínica Médica.

*Al finalizar el servicio de anatomía patológica presentara el resultado del análisis de la porción de aorta ascendente extraída.*