



ATENEO CLÍNICO

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

**Guido Vanonni
28/09/2016**

Paciente: H.M.	Edad: 33 años	Sexo: Masculino
Ingreso 14/6/16	Derivación Htal El Cruce: 13/7/16	
Alta : 28/7/16		

Motivo de Consulta: Dolor precordial

Enfermedad Actual: Paciente con antecedentes de Síndrome de Marfán presenta 20 días previos a la consulta dolor súbito, de intensidad 10/10 retro esternal transfixiante irradiado a cuello y dorso, asociado a episodio sincopal.

Persiste en días subsiguientes con dolores subintrantes de similares características y menor intensidad por lo que decide consultar a medico particular quien lo deriva a nuestro hospital.

Es evaluado por consultorios externos de cardiología en donde se realiza ecocardiograma que evidencia aneurisma disecante de aorta tipo A subagudo.

Se decide su internación en sala de cardiología para estudio y tratamiento.

Factores de riesgo cardiovascular:

-Tabaquista (15paquetes años)

Antecedentes de enfermedad actual:

-Síndrome de Marfán: diagnostico en controles perinatales en Hospital Gutiérrez. Sin seguimiento desde los 12 años.

-Luxación de cristalino

-Consumo moderado de alcohol (aproximadamente 55gr día)

Antecedentes familiares:

-tío abuelo con Síndrome de Marfán

Examen físico ingreso a sala de cardiología:

TA 120/50 mmHg	FC 75 lpm	FR 16 cpm	T° 36.2
-----------------------	------------------	------------------	----------------

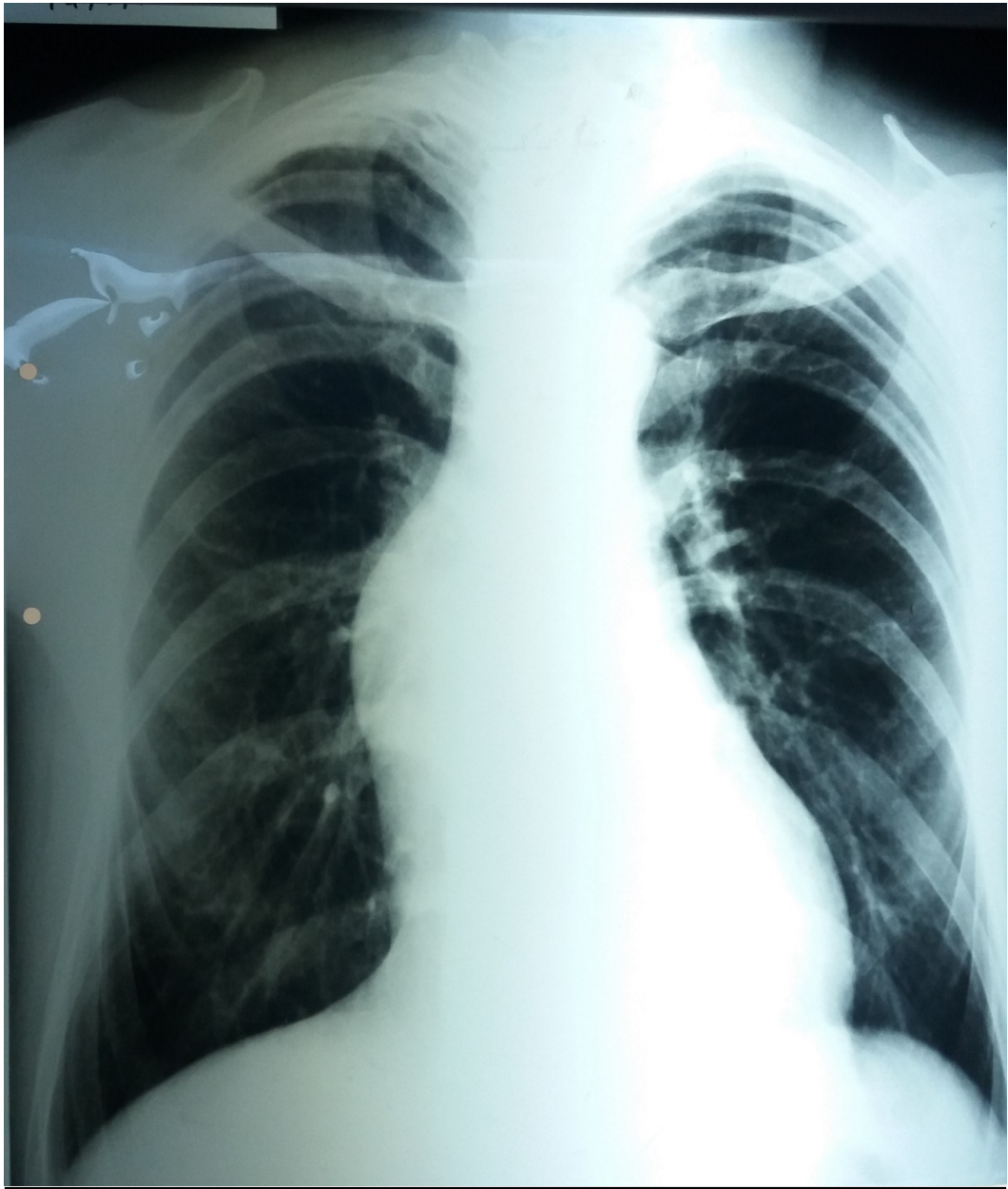
- Aparato Cardiovascular: Buena perfusión periférica, sin edemas. Sin ingurgitación yugular. Latido apexiano palpable amplio, en quinto espacio intercostal línea axilar anterior. R1 y R2 en cuatro fotos. Soplo mesosistólico eyectivo 3/6 a predominio en foco aórtico, irradiado a cuello, soplo protodiastólico 2/6 a predominio en foco aórtico. Pulso de Corrigan. Doble soplo crural de Duroziez.
- Aparato Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral sin ruidos agregados.
- Sistema nervioso central: Lúcido sin foco motor ni meníngeo
- Abdomen blando depresible indoloro. No se palpan latidos patológicos. Sin visceromegalias. RHA+
- Sistema osteoarticular: Habito marfanoide, aracnodactilia, hiperlaxitud articular.

- Sistema nervioso central; Lúcido sin signos de foco motor ni meníngeos.

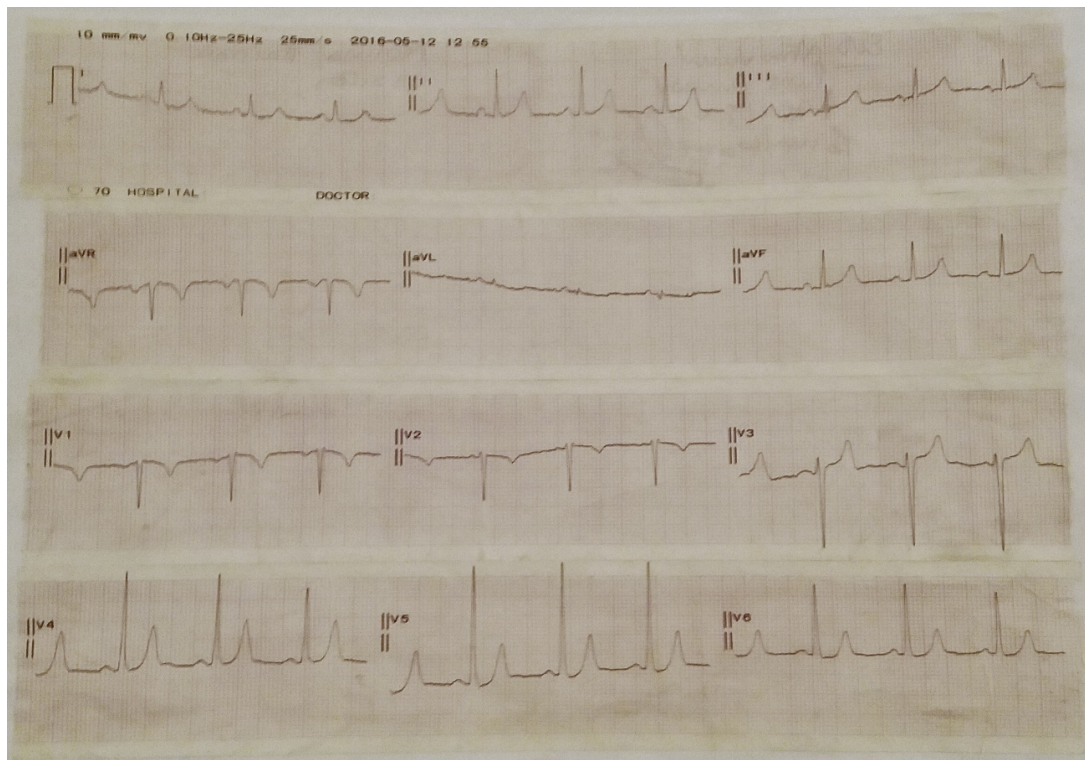




Radiografía de tórax:



ECG



ECOCARDIOGRAMA TRASTORACICO 13-6-16

- DDVI 68mm DSVI 43mm SIV 1,1cm PP 0,8cm AO 81mm
- Aneurisma con flap de disección que compromete aorta ascendente, cayado, aorta descendente, y abdominal con flujo en falsa luz, diámetros aórticos:
 1. Anillo 32mm
 2. Porción sinusal 54mm
 3. UST 70mm
 4. Porción Tubular 81mm
 5. Cayado 30mm
 6. Descendente 21mm
- Flap de disección a 32mm del plano valvular. Gran comunicación entre verdadera y falsa luz a nivel de raíz. Insuficiencia aortica severa.
- Ventrículo izquierdo dilatado con grosor parietal normal. Motilidad regional y función sistólica conservada. FEY 59%.
- AI dilatada 27cm²
- Cavidades derechas normales.
- IT leve, PSAP 43mmHg

Angiotomografía Tórax Abdomen y pelvis

- Se observa aorta ascendente de 90mm con aneurisma disecante tipo A que se extiende desde la raíz de la aorta hasta la iliaca primitiva derecha y la hipogástrica izquierda

- Bullas subpleurales a predominio apical derecho.
- Leve hepatomegalia

Evolución en sala del 14/6 al 13/7

- Por antecedente de síncope se solicitó Holter que resulto normal.
- Evoluciona estable sin recurrencia sintomatológica. Se progresa medicación betabloqueante y antihipertensivo.
- Por falta de materiales y por demora de tratamiento quirúrgico se decide derivación a Hospital El Cruce.
- Es derivado el día 13/7/16 a Hospital El Cruce

Tratamiento al momento de la derivación

- Atenolol 100 mg día
- Enalapril 5 mg cada 12 horas

Evolución Hospital El Cruce 14/7/16 al 28/7/16

- El día 22/07/16 se realiza recambio de aorta ascendente por tubo valvulado N^o 29 e implante de válvula mecánica N^o 29. TCEC 120 TCA90, con requerimiento de 4 unidades de plaquetas.
- Ingres a Unidad de Recuperación Cardiovascular en ARM con infusión de Noradrenalina a 0,2mcg/Kg/min y milrinona a 0,2mcg/kg/min.
- En postoperatorio inmediato complica con sangrado de 300 ml repentinos en 4ta hora. Se interpreta como sangrado quirúrgico por lo que es reintervenido.
- Durante reexploración se observa sangrado difuso del campo quirúrgico que responde a hemoderivados (4 U. plaquetas) y ácido tranexámico 1 gr. Se transfunden 2 UGR.
- Evoluciona favorablemente, con descenso progresivo de drogas vasoactivas, siendo extubado a las 48 horas.
- Ecocardiograma post quirúrgico:
 - DDVI 51mm DSVI 34 mm SIV10 mm PP10,5 mm
 - Tubo protésico valvulado N29 normofuncionante, válvula bidisco normofuncinante, gradientes máximo 25 mmHg/ medio13 mmHg
 - Fey 63%
 - AI 46mm AD 20cm2
 - Patrón de llenado pseudonormal.
- El día 28/7/16, con buena evolución clínica es dado de alta.
- Actualmente asintomático en seguimiento por consultorios externos.

Laboratorios. Internación Hospital Argerich

	14/6/16	21/6/16	1/7/16	2/7/16	11/7/16
Hto (%)	40	39	42	39	42
Glóbulos blancos /mm3	6400	5900	8600	7400	7600
Plaquetas/mm3	191000	159000	205000	175000	222000
Glucemia mg/dl	86	83	75	86	98
Urea mg/dl	32	32	34,1	34	41
Creatinina mg/dl	0,9	0,78	1,05	0,87	0,86
BT mg/dl	1,15	1,09			
GOT/GOT UI/l	15/11	14/15	18/16		26/24
Na/K/Cl mmol/L	147/3,6/104	142/4,3/103	142/4,5/101		143/4,7/103
TP (%)	86	71			
KPTT (segundos)	30	29			
RIN	1,07	1,21			