



HOSPITAL  
**argerich**



# Ateneo Clínico

Dr. Agustin Padula  
Hospital de agudos Dr. Cosme Argerich  
11/12/2019

Paciente: E.G.	Edad: 68 años	Sexo: Femenino
Fecha de ingreso: 20/08/2019	Fecha de egreso: 02/09/2019	

### **Motivo de ingreso: Dolor torácico**

#### **Enfermedad actual**

Paciente comienza el día 20/08 con dolor torácico a nivel dorsal, de aparición súbita y en reposo, de intensidad 10/10, transfixiante, que migra hacia región precordial motivo por el cual consulta a guardia externa de este hospital.

Ingresa hipertensa (TA 190/90 mmhg), y se realiza ECG sin signos de isquemia aguda y radiografía de tórax que evidencia mediastino ensanchado.

Ante sospecha de síndrome aórtico agudo se decide su internación en UCO para diagnóstico y tratamiento.

### **ANTECEDENTES**

#### **Factores de riesgo cardiovascular:**

- Hipertensión arterial
- Dislipemia
- Obesidad grado I (IMC =34.8)
- Tabaquismo (16 paquetes/año)

#### **Medicación previa:**

- AAS 100 mg/día

## Examen físico de ingreso

TA:	FC:	FR:	T°:	Sat:	Peso:	Talla:	IMC:
196/90mmhg	68 lpm	16 cpm	36,5 C°	95% al 0,2l	89 kg	1.60 m	34.8

- **Aparato cardiovascular:** Buena perfusión periférica, ingurgitación yugular 1/3 sin reflujo hepatoyugular, choque de punta en 5° EIC línea axilar anterior. Pulsos pedios y tibiales posteriores de amplitud disminuida. R1-R2 en 4 focos normofonéticos, silencios libres.
- **Aparato respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.
- **Abdomen:** Blando, depresible, indoloro, con ruidos hidroaéreos disminuidos, sin defensa ni reacción peritoneal.
- **Neurológico:** Lúcida, sin signos de foco motor ni sensitivo.

Radiografía de tórax de ingreso



### **Evolución en UCO 20-08 al 2-09**

Se realiza angiotomografía de tórax y abdomen, que informa aneurisma disecante de aorta torácica descendente y aorta abdominal con presencia de hematoma periaórtico que compromete segmento distal de aorta torácica cayado aórtico y aorta descendente.

Se inicia tratamiento con labetalol endovenoso, nitropusiato de Sodio para control de frecuencia cardiaca y tensión arterial, y fentanilo para control analgésico.

## Angiotomografía

Mediastino centrado y ensanchado, con alteración de la grasa mediastinal a nivel del cayado aórtico dado la presencia de un **aneurisma disecante de la aorta torácica descendente y aorta abdominal que se continúa hacia el tronco principal de la arteria iliaca derecha**. El hematoma rodea la aorta torácica y la grasa epicárdica, apreciándose un **hematoma extenso de la pared aórtica que rodea al cayado aórtico y aorta descendente**. El hematoma también compromete la grasa mediastinal que rodea el esófago y se extiende hacia el sector pleural del hemitórax izquierdo. No impresiona hallarse derrame pericárdico.

El hematoma impresiona comenzar a observarse a nivel de la porción ascendente del cayado aórtico con un diámetro aproximado de 40 mm, con una luz permeable de 33 mm; de 38 mm a nivel del botón aórtico con una luz permeable de 20.6 mm y 30 mm en la porción descendente con una luz permeable de 23 mm, apreciándose proyecciones de contraste en la pared aórtica descendente que puede deberse a ulceraciones de la pared.

**El flap intimal se observa a nivel de la porción descendente de la aorta torácica, aorta abdominal y tronco de la arteria iliaca común derecha**. La aorta abdominal presenta un calibre de 24 mm con la presencia de un flap intimal que separa dos luces permeables con contraste que se continúa hasta la arteria iliaca común derecha.

Es evaluado por servicio de Cirugía Cardiovascular quienes solicitan realizar ecocardiograma transesofágico para complementar evaluación.

## Ecocardiograma transesofágico

Se observa imagen compatible con **hematoma intramural aórtico que se inicia en la porción más distal de la aorta ascendente a 7 cm del plano del anillo valvular y una disección clásica con un flap grueso que se inicia en el tercio medio del cayado extendiéndose en forma distal a la aorta descendente torácica y abdominal** con flujo de alta velocidad en la falsa luz y un sitio de reentrada a 35 cm de la arcada dentaria.

En la aorta descendente proximal presenta una imagen compatible con úlcera like.

Ventrículo izquierdo no dilatado con hipertrofia concéntrica. Función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción.

Aurícula izquierda no dilatada sin imágenes anormales en su interior ni en la orejuela que presenta contractilidad normal. Ventrículo derecho normal. Aurícula derecha normal.

Válvula aórtica trivalva con apertura normal e insuficiencia leve. Septum interauricular sin evidencias de shunt.

Válvula mitral normal. Insuficiencia leve con jet central. Válvulas pulmonar y tricuspídea normales. Insuficiencia leve de ambas válvulas. Presión arteria pulmonar normal.

Diámetro de la raíz aórtica normal. Se observa una **imagen heterogénea periaórtica compatible con hematoma periaaórtico de la porción ascendente y cayado.**

### **Evolución en UCO**

El día 22/08 se constata descenso de 13 puntos de hematocrito, por lo que se realiza TAC que evidencia derrame pleural bilateral a predominio izquierdo y toracocentesis diagnóstica con criterios de hemotórax. Por decisión del servicio de Cirugía Cardiovascular se espera la colocación de tubo de avenamiento pleural.

Por disección tipo B complicada y persistencia sintomática se decide realizar implante percutáneo de endoprótesis aórtica (Valiant Thoracic Medtronic) bajo control radioscópico.

Presenta bacteriemia asociada a catéter con rescate en hemocultivos de S.A.M.S. por lo que cumple tratamiento antibiótico con Rifampicina y Cefazolina.

Evoluciona hemodinámicamente estable, se titulan antihipertensivos y betabloqueantes por vía oral con buena tolerancia.

Por buena evolución clínica se decide su pase a servicio de Cirugía Cardiovascular.

### **Evolución en Cirugía Cardiovascular**

Se realiza angiotomografía control

Presencia de endoprótesis aórtica en la porción torácica del mencionado vaso. Disección de aorta abdominal que se extiende hasta la iliaca primitiva derecha, con nacimiento de vasos esplacnics en la luz verdadera.

Aorta ascendente presenta calibre máximo de 32 mm en su porción tubular.

Colección líquida de 44x32x37 mm, en el TCS de la región inguinal izquierda, una imagen de similares características se observa en la región inguinal derecha de 15 mm. Trombo a nivel del cayado aórtico.

Evoluciona hemodinámicamente estable, sin complicaciones del procedimiento.

Se realiza interconsulta con servicio de Infectología quienes sugieren realizar ecocardiograma y estudio de cámara gamma con infección, los cuales no evidencian signos de infección. Por buena evolución clínica se decide su alta hospitalaria.

### **Medicación al alta:**

- AAS 100 mg/día
- Atorvastatina 40 mg/día
- Amlodipina 10 mg/día
- Enalapril 10 mg c/12 hs
- Atenolol 100 mg c/12 hs
- Espironolactona 50 mg/día

### **Seguimiento ambulatorio**

Evoluciona con episodios de dolor torácico inusual con irradiación a dorso en CF III por lo que se realiza CCG diagnóstica.

Actualmente se encuentra a la espera de materiales para la realización de angioplastia programada.

## Laboratorio

LABORATORIOS			
Determinación	20/08/19	22/08/19	02/08/19
Hto (%) / Hb (g/dL)	37% - 12.3	24% - 7.9	34% - 11.2
Globulos blancos (/mm3)	16.300	8.100	7.700
Plaquetas (/mm3)	224.000	153.000	384.000
Glucemia (mg/dL)	193	112	88
Urea (mg/dL)	35	35	18
Creatinina (mg/dL)	0.85	0.71	0.58
BT(mg/dl) - GOT/GPT (UI/L)	0.45 - 19/19	0.55 - 11/11	0.58 - 46/33
Na+/K+/Cl-	140/4.5/102	130/3.6/97	138/3.9/99
CK(UI/L) / Troponina T(mg/L)	79 - <40	-	-
TP(%), Kptt (seg), RIN	67%-27-1.23	94%-30-1	-
Hemocultivos x2	Staphylococcus Aureus MS		



