



Ateneo Clínico

**Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich
Residencia de Cardiología
Vinuesa Ana Inés María
18/08/21**

Paciente: E.P.
Sexo: masculino
Edad: 55 años

Fecha de ingreso: 18/04/2021
Fecha de egreso: 31/05/2021

Días de internación: 43 días

Motivo de ingreso

- Derivación por disección aórtica tipo A

Enfermedad actual

- Paciente con antecedentes de traumatismo cerrado 14 días previos al ingreso, es derivado a guardia externa de esta institución por presentar diagnóstico de disección aórtica tipo A subaguda extendiéndose hasta la arteria ilíaca primitiva derecha y superficial, para evaluación por el servicio de Cirugía Cardiovascular.
- A su ingreso, presenta hisopado para SARS COV 2 positivo, por lo que se realiza nueva tomografía de tórax con hallazgos previamente mencionados, derrame pleural bilateral e imágenes sugestivas de neumonía, y se decide su pase a sala de Cardiología en plan de evaluación y tratamiento.

Antecedentes

Factores de riesgo cardiovascular

- Hipertensión Arterial.

Antecedentes de enfermedad actual

- El día 05/04 presenta al caer de pie desde un metro de altura, dolor precordial lacerante de intensidad 7/10, que evoluciona con cefalea y dolor en miembros inferiores por lo que solicita médico en domicilio, quien indica AINE y reposo, por interpretar dolor de tipo muscular.

Antecedentes de enfermedad actual

- Por persistencia de los síntomas consulta a médico cardiólogo quien solicita radiografía de tórax, ecografía abdominal y tomografía de tórax que evidencia disección aórtica, la cual inicia en aorta ascendente, comprometiendo ambas arterias carótidas, subclavia e hipogástrica izquierda, extendiéndose hasta las arterias ilíacas primitiva del lado derecho y superficial.
- Por presentar dichos hallazgos se solicita internación de carácter urgente en otro centro de salud, donde es posteriormente derivado al Hospital Argerich.

Otros antecedentes

- Asma

Medicación habitual

- ENALAPRIL 5 mg/día
- PUFF DE SALBUTAMOL A DEMANDA

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Ecografía abdominal 15/04/2021

- **Derrame pleural derecho.**
- Hígado homogéneo, bordes regulares y tamaño conservado. Vesícula biliar distendida de paredes finas y contenido anecoico/alitiásico.
- Vía biliar intrahepática y extrahepática no dilatada.

- Páncreas homogéneo de tamaño conservado. **Se observa imagen ecogenica lineal intraluminal, a nivel de la aorta abdominal en su porción supra e infrarrenal, extendiéndose hasta las arterias iliacas principales bilaterales, asociado a alteración de la grasa regional, compatible con disección aórtica e iliaca**, dichos hallazgos se recomiendan ser evaluados de forma urgente con TC de abdomen y pelvis con contraste endovenoso.
- Bazo homogéneo por este método, de tamaño normal.

Angiotomografía 18/04/2021

Angiotomografía aórtica:

- Se observa **disección aortica tipo A de Stanford que arranca en aorta ascendente, comprometiendo ambas arterias carótidas y la porción inicial de la arteria subclavia izquierda, extendiéndose hasta las arterias iliacas primitiva de lado derecho y superficial e hipogástrica de lado izquierdo.**
- Las ramas principales de la aorta (tronco celiaco, AMS, AMI, renales) nacen de la luz verdadera.
- **Arteria iliaca primitiva derecha presenta además trombosis parcial, que se extiende hasta su bifurcación.**

Tórax, abdomen y pelvis:

- **Opacidades en vidrio esmerilado parcheadas, periféricas, multifocales en ambos hemitórax, que tienden a consolidar a nivel basal**, hallazgo en relación a proceso infeccioso viral en primer término, a correlacionar en contexto epidemiológico COVID -19. **Engrosamiento del intersticio interlobulillar en forma difusa.**
- **Moderado derrame pleural bilateral**, con atelectasia pasiva subyacente.
- Pequeña imagen nodular hipodensa (12UH) en glándula suprarrenal derecha de 12 x 9 mm, a valorar con metodología dirigida.
- Aislado quiste cortical izquierdo en polo inferior de 14 mm. **Presencia de liquido perihepático, periesplénico, interasas.** En el limite del campo resolutivo se observa hidrocele de lado izquierdo.

EXAMEN FÍSICO DE INGRESO A SALA DE CARDIOLOGÍA (20/04/21)

TA 130/80 mmHg	FC 100 LPM	FR 28 RPM	SAT 95% MR 8LTS	T 37,3°C
Altura 1.75 m		Peso 75 Kg		IMC 20

Cardiovascular: buena perfusión periférica, pulsos simétricos y presentes, de carácter magnus y celer. Latido apexiano en 5 espacio intercostal, línea medio clavicular. Ausencia de ingurgitación yugular. Reflujo hepatoyugular negativo. R1 y R2 en cuatro focos; soplo diastólico regurgitante 3/6 en foco aórtico, sin irradiación.

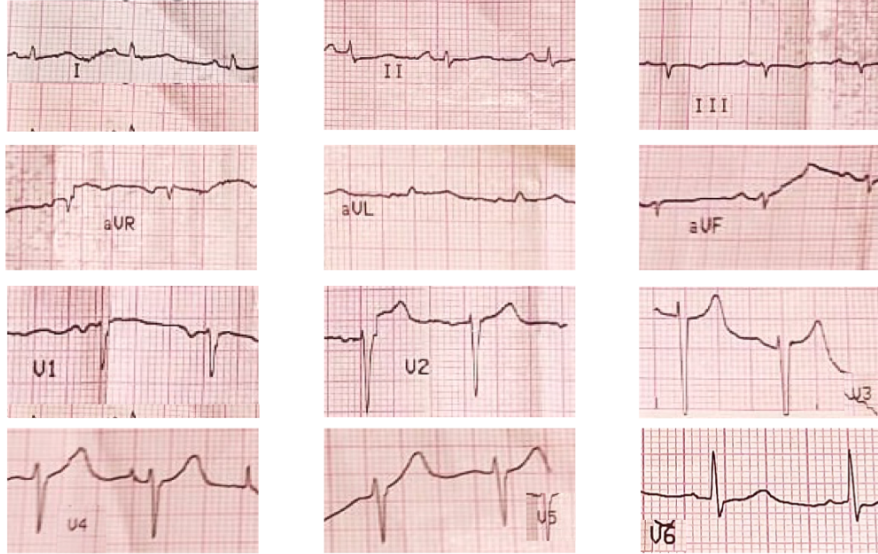
Respiratorio: regular mecánica ventilatoria a expensas de taquipnea, crepitantes bibasales y sibilancias hasta campo medio bilateral.

Neurológico: lúcido, sin signos de foco motor ni meníngeo.

Abdominal: blando, depresible, indoloro, ruidos hidroaéreos positivos.

Piel y partes blandas: sin particularidades.

ELECTROCARDIOGRAMA DE INGRESO (18/04/21)



EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGÍA (20/04-21/04)

- Aspecto cardiovascular: se realiza interconsulta con el servicio de cirugía Cardiovascular quienes deciden tomar conducta quirúrgica expectante, por encontrarse el paciente en fase subaguda de la enfermedad y cursando concomitantemente proceso infeccioso agudo.
- Aspecto infectológico: se inicia tratamiento con ceftriaxona, azitromicina y dexametasona. Evoluciona con registros febriles diarios, mala mecánica ventilatoria y desaturación que no corrige con máscara de reservorio, por lo que se decide su pase a Terapia Intensiva.

EVOLUCIÓN EN TERAPIA INTENSIVA (21/04- 04/05)

- Aspecto respiratorio: presenta requerimientos de cánula de alto flujo (CAFO), logrando posteriormente el descenso de oxigenoterapia suplementaria.
- Aspecto cardiovascular: evoluciona hemodinámicamente estable, afebril, realiza balance negativo con adecuada respuesta. Y se inician betabloqueantes con buena tolerancia.
- El día 04/05 por mejoría clínica se decide su pase a sala de Cardiología y se realiza ecocardiograma.

ECOCARDIOGRAMA 11/05/2021

DDVI 54 mm	DSVI -	PP 9 mm	SIV 7 mm	FEy 51%
------------	--------	---------	----------	---------

- Ventrículo izquierdo de diámetros conservados, leve hipertrofia excéntrica. No se observan trastornos segmentarios de la motilidad. SGL -16.4%.
- Aurícula izquierda no dilatada.
- Cavidades derechas de tamaño conservado. Función sistólica del VD conservada. TAPSE 28 mm. Vena cava inferior no dilatada, con adecuado colapso inspiratorio. PAD estimada 0-5 mmHg.
- **Raíz de aorta dilatada>> anillo 24 mm, sinusal 41 mm, UST 46 mm, tubular 47 mm.** Se observa **flap de disección a 11 mm del plano valvular, con amplio sitio de entrada (con flujo laminar). Se observa aorta abdominal distal con flap de disección, con flujo en la falsa luz. Se observa flujo holodiastólico reverso en luz verdadera en aorta abdominal.**
- Demás aparatos valvulares estructuralmente conservados.
- Insuficiencia tricuspídea leve, PSAP estimada 28 mmHg.
- No se observa derrame pericárdico.

EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGÍA (04/05- 31/05)

Se realiza *Heart Team* interdisciplinario donde se decide tratamiento quirúrgico diferido, debido al antecedente de neumonía grave por SARS COV 2.

Se realiza interconsulta con el servicio de Neumonología para evaluación prequirúrgica, quienes solicitan nueva tomografía de tórax control, iniciar puff de salmeterol/ fluticasona y espirometría control en 2 semanas.

El día 31/05 se decide junto con el servicio de Cirugía Cardiovascular otorgar alta hospitalaria y seguimiento ambulatorio a la espera de fecha quirúrgica.

LABORATORIO

DETERMINACIÓN	INGRESO 18/04/21	ALTA 26/05/21
Hematocrito (%) Hemoglobina (g/dl)	36/13	34/11
Glóbulos Blancos (x mm ³)	7000	7000
Plaquetas (x mm ³)	178.000	277.000
Urea (mg/dl) Creatinina (mg/dl)	27/0.61	17/0.81
NA / K / CL (mmol/L)	130/4/89	135/3.21/94
BT (mg/dl) GOT / GPT (UI/L)	0.28/51/ 201	0.35/48/ 116
TP (%) KPTT (seg) RIN	86/33/1	73/27/1.17
EAB	7.42/37/24/-0.2	7.39/48/29/2.8
CK/TT	26/ < 40	-/-
Ferritina (ng/dl) /PCR (mg/l)/LDH (UI/l)	1235/86/393	680/39/389

MEDICACIÓN AL ALTA

- CARVEDILOL 3,125 mg c/12 hs
- ENALAPRIL 2,5 mg c/12 hs
- FUROSEMIDA 40 mg/día
- OMEPRAZOL 20 mg/día
- PUFF DE SALMETEROL/ FLUTICASONA 2 c/12 hs

EVOLUCIÓN AMBULATORIA

- Evoluciona sin signos de falla de bomba aguda.
- Refiere reposo absoluto por presentar en varias oportunidades dolor lumbar y de miembros inferiores al caminar 100 metros.
- Continúa en seguimiento con el servicio de Cirugía Cardiovascular, en plan de intervención quirúrgica.
- Concorre a consultorios externos de valvulares donde por constatarse paciente hipertenso y taquicardico se ajusta medicación vía oral. Y el día 07/07 se realiza nuevo ecocardiograma control.

ECOCARDIOGRAMA 07/07/2021

DDVI 60 mm

DSVI 43 mm

PP 11 mm

SIV 9 mm

FEy 41%

- Disección aortica: se observa un **desgarro intimal que se inicia a 4 cm del plano valvular aórtico y se extiende distalmente hacia la aorta abdominal.**
- La aorta ascendente mide 35 mm en el anillo y se **dilata progresivamente** desde los senos de Valsalva hasta alcanzar los **46 mm en la región tubular.**
- Insuficiencia aortica de grado severo: válvula trivalva, sin evidencias de calcificación ni fibrosis, con un **déficit de coaptación central que da origen a un flujo regurgitante severo.**
- Ventrículo izquierdo levemente dilatado, hipoquinesia global con deterioro moderado de la función sistólica global.