ANEURISMA DE AORTA DESCENDENTE

2020-2021 Bases de la Medicina Interna II, 3º. Tutor: Dr. Francisco Navarro Pelayo. Grupo 5ºB

María Dolores Iglesias Almagro, David Iriarte Urdiain, Javier Jerez García, Elena Juárez García, Sukaina Lamrani Mohamed, María Lanceta Patón, Miguel Lanzac Berrocal, María del Pilar Lara Gómez, Paula Inmaculada Lastra Aguilar, Irene Lázaro Mirón, Inés de Lázaro Ramírez.

Etapa clínico-analítica

a) Historia clínica

- Mujer de 71 años de edad, con antecedentes de hipercolesterolemia, EPOC, HTA-grado2/3 descontrolada, accidentes isquémicos transitorios de repetición y úlcera duodenal con episodio previo de hemorragia digestiva alta por consumo de AINES.
  Acude a consulta de cardiología por DOLOR RETROESTERNAL de varios días de evolución, tos seca y sensación de ahogo.
- El dolor no se acentúa con el ejercicio, pero si con el esfuerzo físico de levantar peso. Esto no acentúa la disnea. El dolor se localiza en región precordial, más retroesternal y epigástrico, con irradiación a espalda, y no a hombros, brazos ni mandíbula. El decúbito supino (reposo en cama) le mejora el dolor, pero no el reposo físico en bipedestación o sedestación.
  La disnea no cambia de forma paralela al dolor (no a mayor dolor, mayor disnea).
  Evolución del dolor: desde hace más de un mes, con episodios previos de forma aislada y en aumento con los días

b) Exploración física:

- Inspección: buen estado general, consciente, orientada, congestiva obesidad grado I, que consulta por dolor torácico de características atípicas. Algo disneica, sin cianosis y con presencia de tos seca. No ingurgitación yugular. No signos de aumento de PVC (presión venosa central).
- Palpación:
  - Abdomen: globuloso, con abundante panículo adiposo, no doloroso y sin organomegalias.
  - Extremidades inferiores: normales, sin edemas
- Percusión: no hay datos.
- Auscultación:
  - Cardíaca: tonos rítmicos, no disociación centro-periférica, FC 95 lpm.
  - Respiratoria: hipoventilación, sin ruidos añadidos.

c) Analítica dirigida
   - General: hemograma NORMAL
   - Marcadores de daño cardíaco: troponinas T e I (enzimas miocárdicas) NORMALES

d) Diagnóstico diferencial y sospecha diagnóstica

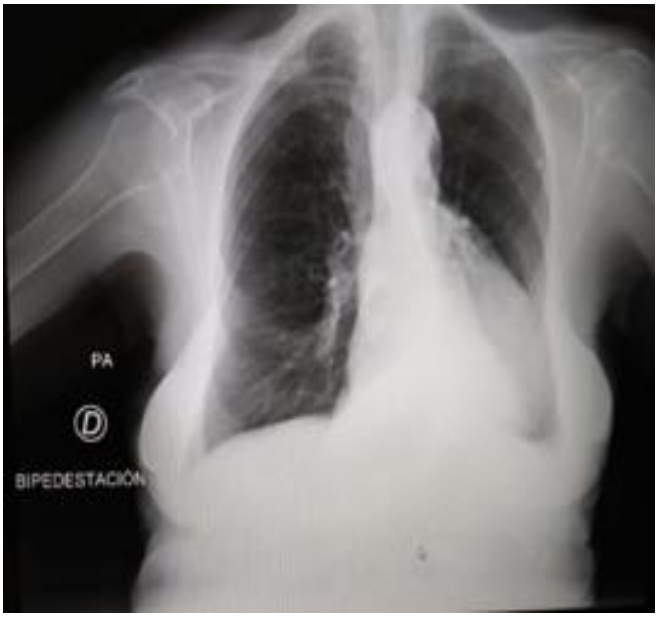
   El diagnóstico diferencial se haría con infarto agudo de miocardio que lo descartamos porque no se irradia ni a mandíbula ni brazos, ni presenta cortejo vegetativo. El electrocardiograma no muestra elevación del ST ni hay ondas Q de necrosis. Tampoco hay enzimas de daño miocárdico, y no es un dolor agudo; es un dolor de varios días de evolución lo que descarta patología aguda y urgente como es una cardiopatía isquémica. También podríamos sospechar alguna patología esofágica por la ingesta de AINES. Además, se descarta el espasmo esofágico difuso a pesar de tener una clínica muy sugerente y superponible con la cardiopatía isquémica. La patología del esófago es más aguda y las esofagitis duelen y pueden desencadenar a su vez alteraciones de motilidad-espasmos del esófago, así como mediastinitis en caso de rotura, ausente en esta paciente. Sin embargo, la paciente no presenta náuseas ni vómitos, y el esofagograma baritado es normal sin alteraciones en la mucosa ni en la motilidad esofágica, además no se observa hernia de hiato. Por lo que se descarta por todo esto alteración esofágica

Exploraciones complementarias

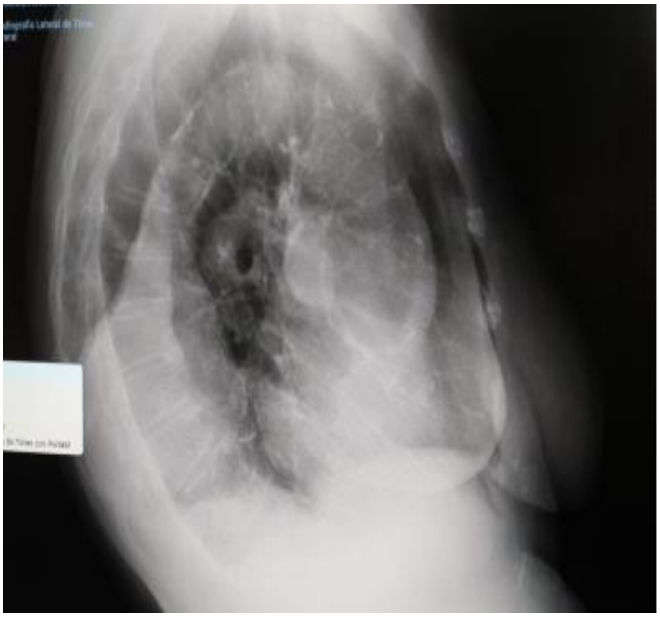
1. Constantes vitales: TA 160/100. No fiebre. Frecuencia del pulso (98 lpm) y FR (16 rpm) normales. Saturación de O2: 94%.
2. Electrocardiograma NORMAL.

3. Radiografía de TÓRAX

   a. *Postero-anterior en bipedestación:*



   b. *Lateral:*



Se puede observar un aumento de densidad radiológica en las últimas vértebras torácicas. Dicho signo siempre es sinónimo de patología. Asimismo, se detecta que es por un ensanchamiento marcado de la aorta torácica descendente.

4. Esofagograma baritado NORMAL
5. Ecocardiograma
    a. Hipertrofia ventricular izquierda (HVI) (moderada miocardiopatía hipertrófica asociada a hipertensión arterial) con 11 mm de tabique con asociación de una ligera dilatación de la aurícula izquierda (AI).
    b. Regurgitación mitral
    c. Miocardiopatía dilatada con fracción de eyección (FEV) conservada > 55%
6. Angio-RMN (resonancia magnética nuclear)
   Aneurisma aterosclerótico toraco-abdominal: dilatación fusiforme de la aorta descendente con irregularidad de su contorno por arterioesclerosis.
7. El ECG, ecografía, esofagograma y Rx de tórax son pruebas accesibles, baratas y no invasivas, presentes en la mayoría de hospitales. Sin embargo, la angio-RMN no está disponible en todos los hospitales y además presenta restricción horaria.

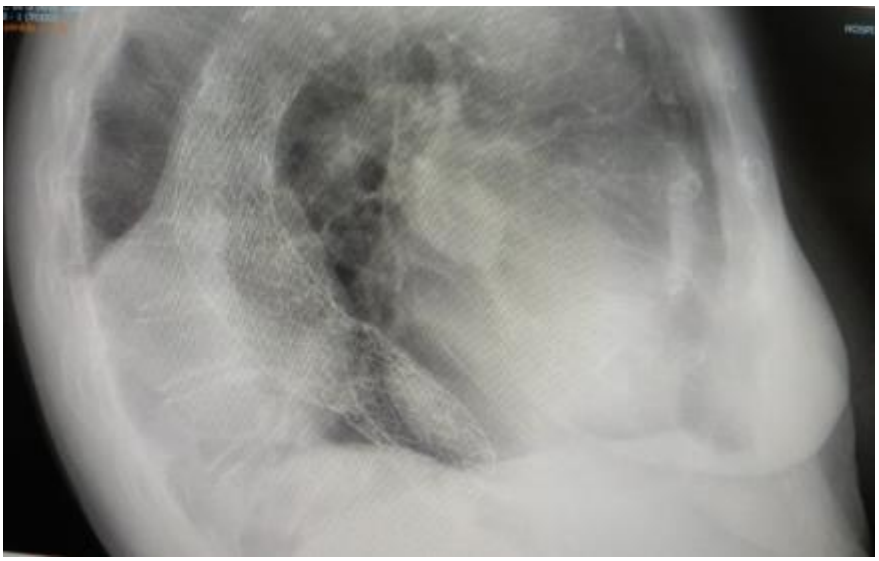
Diagnóstico

El diagnóstico final se trata de un aneurisma de aorta descendente agravado por la situación de miocardiopatía e hipertensión arterial. El angio-TAC ha sido la prueba concluyente para determinar el diagnóstico. Un aneurisma es una dilatación patológica de la arteria, definida frecuentemente como incremento del 50% respecto al diámetro esperado. La ateroesclerosis es una causa subyacente muy frecuente en la aparición de la patología.

Fundamentos del tratamiento

En primer lugar, es necesario realizar un **tratamiento quirúrgico** para ello se ha implantado una prótesis en la aorta torácica descendente. Se interpuso una prótesis con anastomosis terminal entre el arco aórtico distal y la aorta descendente.

En la reconstrucción angiográfica MIP de la angio-RM 3D se ve el contorno liso de la aorta torácica descendente (flechas) y las anastomosis proximal y distal (puntas de flechas).



Resultado de la malla protésica en aorta descendente

Tratamiento farmacológico para controlar los factores de riesgo cardiovasculares: hipertensión arterial y miocardiopatía (IECAs, β-bloqueantes,…)

Recomendable dieta equilibrada y saludable combinada con actividad física adecuada a la edad de la paciente.

Bibliografía

1) Ahmed R, Ghoorah K, Kunadian V. Abdominal aortic aneurysms and risk factors for adverse events [Internet]. Vol. 24, Cardiology in Review. Lippincott Williams and Wilkins; 2016 [cited 2020 Dec 13]. p. 88–93. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25580705/

2) Sokolov V V., Rubtsov N V., Redkoborodyĭ A V., Chernaia NR, Parkhomenko M V., Muslimov RS. Vybor optimal'noĭ taktiki lecheniia patsientov s rassloeniem niskhodiashcheĭ aorty. Angiol Sosud Khir [Internet]. 2019 [cited 2020 Dec 13];25(1):115–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30994617/

3) Tratado de Medicina Interna. Lee Goldman, MD, Dennis Arthur Ausiello, MD and Andrew I. Schafer, MD. 25ª ed. Barcelona: Elsevier; 2016

4) Manual de Patología General. Sisinio de Castro (7ª ed.). Barcelona, Pérez de Llano, JL

5) Shakibaie F, Hall JC, Norman PE. Indications for operative management of abdominal aortic aneurysms [Internet]. Vol. 74, ANZ Journal of Surgery. ANZ J Surg; 2004 [cited 2020 Dec 13]. p. 470–6. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15191485/

6) Powell JT, sweeting MJ, Thompson MM, et al. Endovascular or open repair strategy for ruptured abdominal aortic aneurism: 30 day outcomes from IMPROVE randomised trial. BMJ. 2014;348:f7661.

Conclusión póster

La elaboración del póster ha sido llevada a cabo a partir de la información obtenida, plasmada en el Word, sobre el tema principal, que en este caso es el diagnóstico de aneurisma de aorta descendente. Con dicha información y con la ayuda de pósters de años anteriores, que hemos tomado como modelos de referencia, hemos conseguido realizar nuestro póster.

Con todo ello, hemos aprendido a trabajar en equipo y colaborar unos con otros. Además, también hemos aprendido a obtener los datos e ideas principales de un caso clínico, a saber distinguir entre lo más y menos primordial ante un paciente que presenta diversas patologías o síntomas y a conseguir que todo lo anteriormente nombrado quede plasmado en un póster.