

Complicación por trombosis sistémica en aneurisma de aorta abdominal

Paciente masculino de 72 años de edad que ingresa en nuestra institución derivado de otro centro con un síndrome de dolor lumbar, distensión abdominal, ileo paralítico y disminución de pulsos femorales. Este cuadro clínico comenzó 90 minutos después de haberse realizado trombolisis sistémica con 1,5 millones de U. de estreptoquinasa

Figura 1

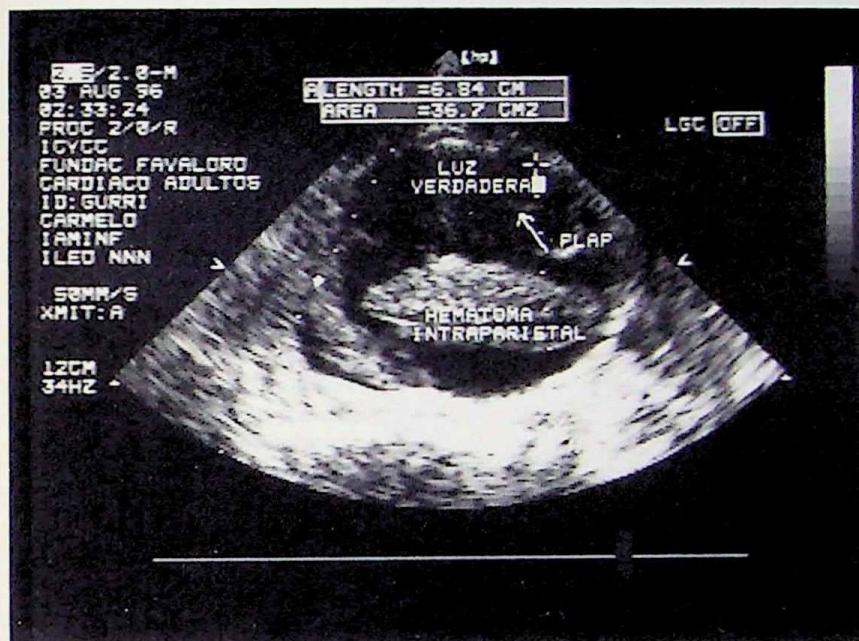


Figura 2



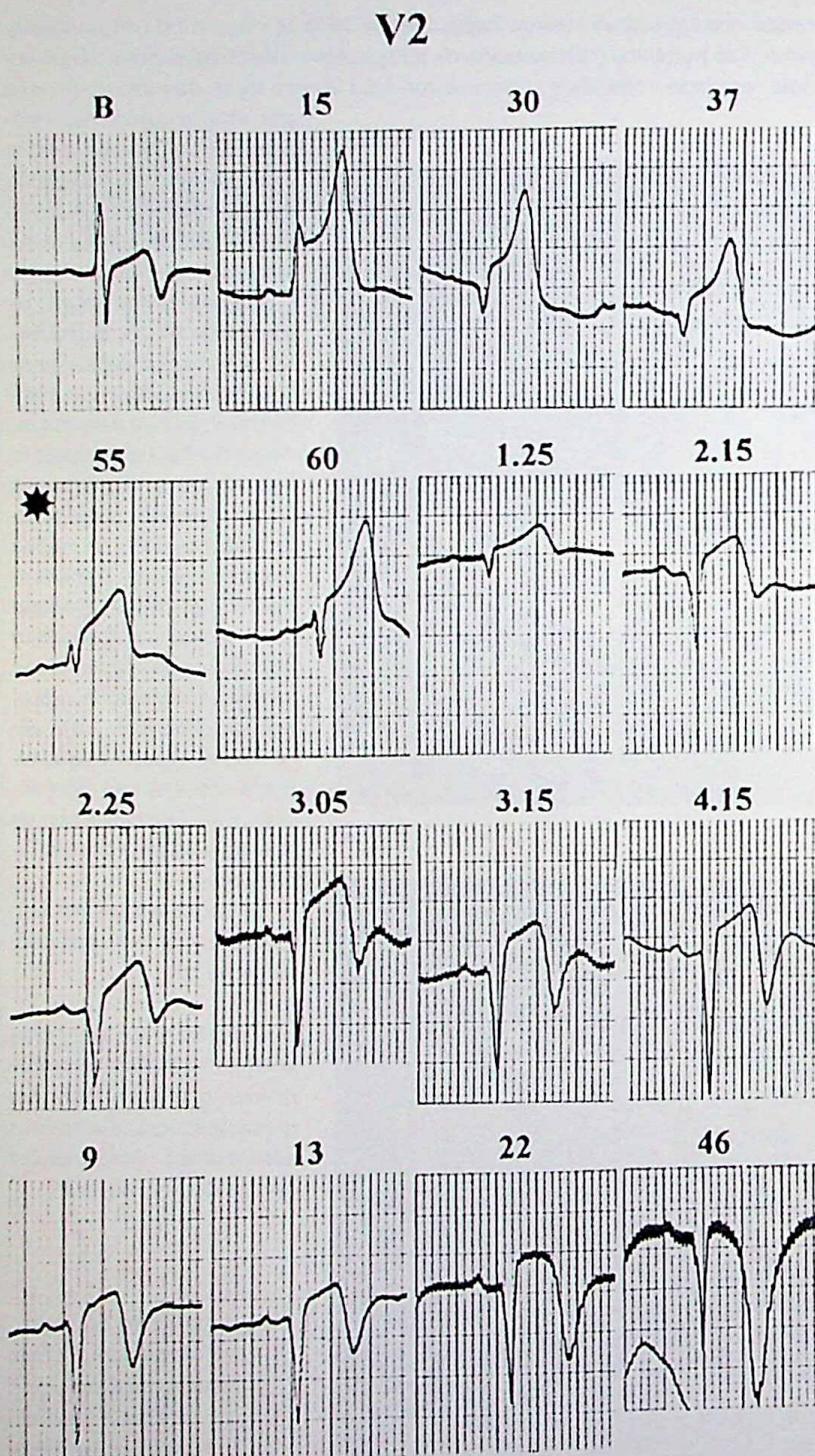
por infarto agudo de miocardio. El motivo de derivación fue evaluar aneurisma disecante de aorta. A tal fin se le realizó: ecografía abdominal de superficie (Fig. 1) donde se observa imagen de aneurisma de aorta abdominal con imagen densa en su interior compatible con trombo móvil, y línea delgada de disección (flap) que separa la falsa luz de la verdadera. A fin de completar el diagnóstico de disección se realizó ecocardiograma transesofágico (Fig. 2): que descarta la presencia de disección y permite observar múltiples imágenes difusas de ateromatosis severa en aorta ascendente, cayado y descendente con distintas morfologías. Estas lesiones son de alta potencialidad tromboembólica.

El paciente fue intervenido quirúrgicamente con buena evolución.

Diagnóstico: aneurisma de aorta abdominal complicado con disección local por probable sangrado intraplaca ateromatosa. Ateromatosis aórtica difusa y severa.

Ricardo Pérez de la Hoz,
Augusto F. Torino,
Instituto de Cardiología
Cardiovascular,
Fundación Favaloro,
Solís 453,
1093 Buenos Aires

Infarto agudo de miocardio con reperfusión precoz mediada por trombolítico



Un hombre de 52 años fue internado con un cuadro de angina de pecho de reciente comienzo y signos electrocardiográficos de isquemia anterior (B). La cinecoronariografía mostró una obstrucción significativa proximal en la arteria coronaria descendente anterior y en el tercio medio de la arteria circunfleja con hipocinesia apical leve. Estando en espera para ser revascularizado mediante angioplastia transluminal coronaria y medicado con aspirina, nitratos, betabloqueantes y heparina, repitió un nuevo episodio de angor con severa lesión transmural anterior que no cedió con nitroglicerina intravenosa por lo que se administró en 90 minutos una infusión con 100mg del agente activador del plasminógeno (TPA)(*). La secuencia electrocardiográfica registrada en la derivación V2 muestra un descenso significativo del segmento ST a los 30 minutos del comienzo del tratamiento trombolítico e inversión precoz de la onda T, indicando ambos signos la apertura del vaso ocluido. En una nueva angiografía practicada días más tarde se visualizó el mismo grado de obstrucción con un flujo TIMI-3 en la arteria descendente anterior y se procedió a la dilatación e implante de un stent de Palmaz Schatz.

B: Registro previo al episodio.
* Comienzo de la administración de TPA. Los números expresan en minutos y horas-minutos el tiempo transcurrido desde el inicio del dolor.

Luis Girotti

Unidad Coronaria, Hospital Ramos Mejía, Urquiza 609, 1221 Buenos Aires