

Disnea Transitoria en Decúbito

Igor Ribeiro de Castro Bienert, Roney Orismar Sampaio, Tatiana Andreucci Torres, Antonio Carlos Bacelar Nunes Filho, Fernando Vissoci Reiche, Max Grinberg

InCor - Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP - Brasil

El paciente fue recibido en sala de emergencias con queja atípica de disnea y cianosis estrictamente relacionada, súbita y transitoria al decúbito, secundaria a una compresión de arteria pulmonar por aneurisma de aorta (post Bentall-De Bono) por compresión decúbito-dependiente.

Introducción

Este relato tiene como objetivo la presentación de un caso de paciente de 39 años que fue encaminado a la sala de emergencias con queja de disnea y cianosis importante que se relacionaba estrictamente al decúbito, con mejora rápida a la ortostasis¹. Se trata de una manifestación atípica y curiosa que simula cuadro clínico de tromboembolia pulmonar de característica transitoria².

Caso clínico

Paciente de 39 años, del sexo masculino, fue encaminado a la sala de emergencias con queja de disnea progresiva a los pequeños esfuerzos hacía siete días, acompañada de importante ortopnea hacía 48 horas. La disnea del paciente se relacionaba estrictamente al decúbito y con mejora rápida a la ortostasis. Durante el examen, el paciente presentaba taquipnea y cianosis de extremidades cuando estaba en decúbito, con mejora inmediata en la ortostasis, sin señales de congestión.

Relataba antecedentes de poliomielitis adquirida en la infancia, espondilitis anquilosante y aneurisma de aorta ascendente, abordado quirúrgicamente en 2001 con implante de tubo valvulado y prótesis mecánica (cirugía de Bentall-De

Bono) asociada a revascularización directa del miocardio (reimplante de coronaria izquierda y puente de vena safena a la coronaria derecha)^{3,4}.

Se realizó ecocardiograma transtorácico para investigación que evidenció dilatación de la raíz de la aorta en relación a controles ecocardiográficos anteriores. Se realizó entonces angiotomografía de aorta que evidenció extravasamiento de contraste para cavidad de aneurisma vía abertura de previo implante de puente safena, taponado con saco aneurismático midiendo 84,49 mm x 100,78 mm en su mayor diámetro y causando importante compresión de la arteria pulmonar derecha en decúbito con luz residual de 2,28 mm en el punto de menor calibre (fig. 1 y 2).

El paciente fue sometido a corrección quirúrgica con aortografía de aorta ascendente⁵, durante la cual cursó con disturbio de coagulación y necesidad de hemoderivados, siendo compensado y encaminado al alta hospitalaria sin otras intercurencias.

Potencial Conflicto de Intereses

Declaro no haber conflicto de intereses pertinentes.

Fuentes de Financiación

El presente estudio no tuvo fuentes de financiación externas.

Vinculación Académica

No hay vinculación de este estudio a programas de post grado.

Palabras clave

Disnea, cianosis, decúbito dorsal, aorta/cirugía.

Correspondencia: Igor R. de Castro Bienert •

Rua Dr. Nicolau de Souza Queiroz, 406/158 - Vila Mariana - 04105-001 - São Paulo, SP - Brasil

E-mail: igor.bienert@terra.com.br, decastro@incor.usp.br

Artículo recibido el 11/06/09; revisado recibido el 30/06/09; aceptado el 23/03/10.

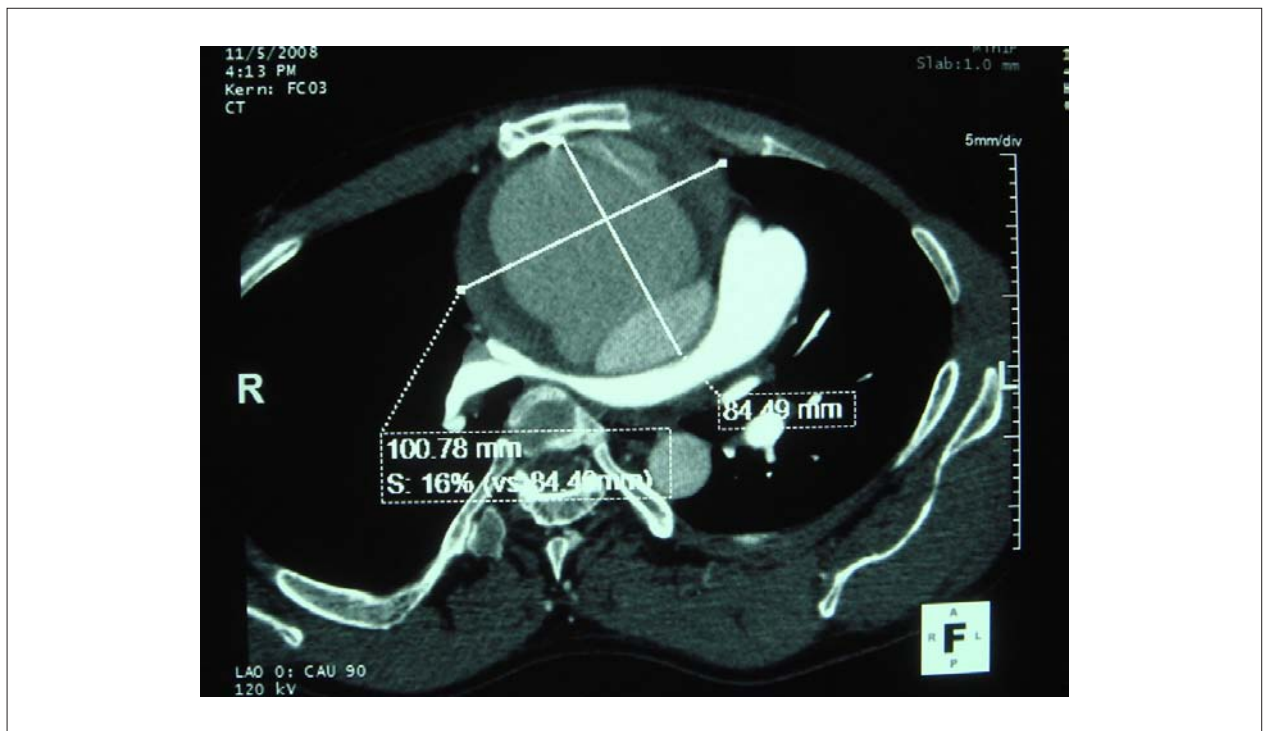


Fig. 1 - Corte tomográfico evidenciando aneurisma de aorta torácica en sección transversal. Medidas del aneurisma en su mayor sección: 84,49 mm x 100,78 mm.

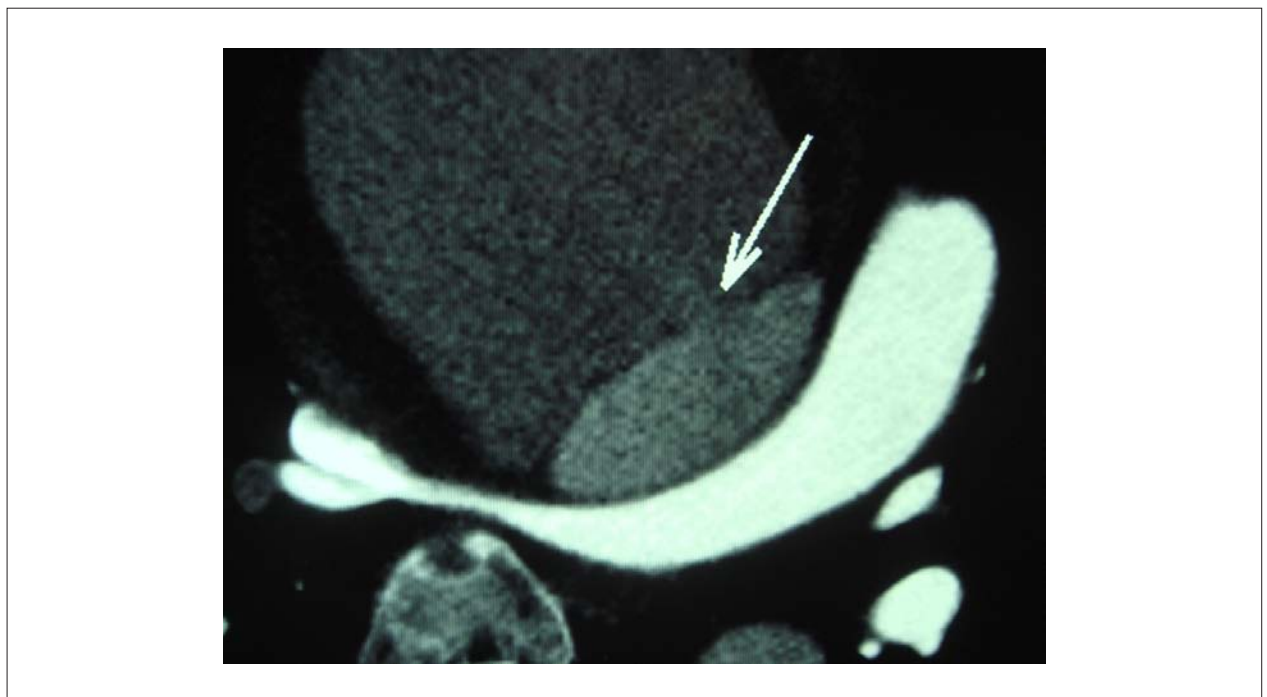


Fig. 2 - Punto de ruptura. Se deben observar el extravasamiento del contraste de la luz verdadera a la luz falsa del aneurisma y la importante compresión de arteria pulmonar derecha, con diámetro residual de 2,28 mm.

Referencias

1. Caramori JE, Miozzo L, Formigheri M, Barcellos C, Grando M, Trentin T. Dyspnea through compression of mediastinal structures due to pericardial cyst. *Arq Bras Cardiol.* 2005;84(6):486-7.
2. Shimizu H, Yamabe K, Takahashi T, Yozu R. Right pulmonary artery obstruction resulting from anastomotic pseudo-aneurysm 23 years after implantation of an aortic prosthesis. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2009;36(2):398.
3. Szucs-Farkas Z, Semadeni M, Bensler S, Patak MA, von Allmen G, Vock P, et al. Endoleak detection with CT angiography in an abdominal aortic aneurysm phantom: effect of tube energy, simulated patient size, and physical properties of endoleaks. *Radiology.* 2009;251(2):590-8.
4. Akhyari P, Kamiya H, Heye T, Lichtenberg A, Karck M. Aortic dissection type A after supra-aortic debranching and implantation of an endovascular stent-graft for type B dissection: A word of caution. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2009;137(5):1290-2.
5. Pal R, Gopal A, Budoff MJ. Ascending aortic aneurysm by cardiac CT angiography. *Clin Cardiol.* 2009;32(8):e58-9.