



Original

Diseción aguda de aorta

J. Lobo García*, M. Romero Sánchez*, J. Hinojosa Mena-Bernal**, M. C. Hinojosa Mena-Bernal***, S. Martín Santos****

*SERVICIO DE MEDICINA INTERNA III. **SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID. ***SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO. VALLADOLID. ****CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA. ÁREA 11. MADRID.

RESUMEN

La diseción de aorta es un emergencia vital asociada a una tasa elevada de morbilidad y mortalidad. El diagnóstico de la diseción de aorta es difícil y frecuentemente confundido.

Objetivos: Evaluar la presentación clínica, manejo y resultados de la diseción de aorta en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo observacional y retrospectivo, analizando 46 pacientes que ingresaron en el servicio de urgencias del Hospital Clínico San Carlos, con el diagnóstico primario de diseción de aorta, durante el periodo de enero de 2000 a enero de 2003.

Participantes: Un total de 46 pacientes (64 años de media, 76% varones), 63% de los cuales presentaron diseción tipo A.

Datos analizados: Síntomas de presentación, signos, pruebas realizadas, tratamiento y mortalidad.

Resultados: La presentación clínica fue diversa, pero la mayoría de los pacientes con diseción de aorta presentaron dolor punzante de comienzo brusco. Los hallazgos físicos clásicos, como el déficit de pulso, sólo se registró en un 19,5%. En la exploración, el 24% de los pacientes tenía tensión arterial (TA) elevada, el 26% soplo diastólico y solamente el 2% presentaba déficit neurológico focal. Los resultados de la radiografía de tórax fueron frecuentemente anormales. En el electrocardiograma no se encontraron alteraciones en el 60% de los pacientes. La Tomografía Computarizada fue la prueba de imagen inicial en el 56,5%. La mortalidad intrahospitalaria supuso un 28,2%. La mortalidad de los pacientes con diseción tipo A tratados quirúrgicamente fue un 38,4%; entre los que no recibieron tratamiento quirúrgico (generalmente por edad avanzada y comorbilidad) la mortalidad fue del 61,5%.

Conclusiones: La diseción de aorta es poco frecuente, pero las complicaciones se desarrollan rápidamente y el desenlace es con frecuencia fatal. Se presenta con un amplio rango de manifestaciones y los hallazgos clásicos muchas veces no se encuentran.

ABSTRACT

Acute aortic dissection

Background: Acute aortic dissection is a life-threatening emergency associated to high morbidity and mortality rates. Its diagnosis is difficult and it is often mistaken for other conditions.

Aims: To assess the clinical presentation, management and outcome of acute aortic dissection at the Emergency Outpatient Clinic of a third-level hospital.

Method: Descriptive, observational and retrospective study of 46 patients (mean age 64 years, 76% males, 63% class A dissection) seen at the Emergency Outpatient Clinic of the "San Carlos" University Hospital (Madrid, Spain) during the period from January 2000 to January 2003.

Data analysed: Presenting symptoms, signs, tests performed, management and mortality.

Results: The clinical presentation was variable, but most of the patients with acute aortic dissection presented with sudden, piercing pain. The classical physical findings, such as pulse deficiency, were observed in only 19,5%. In the physical examination, 24% of the patients had high blood pressure, 26% had a diastolic murmur and only 2% evidenced focal neurological deficit. The plain chest film was often reported as abnormal. No changes were seen in the electrocardiogram in 60% of the patients. The CT scan was the initial image technique in 56,5%. In-hospital mortality was 28,2%; that of the patients with surgically-treated class A dissection was 38,4%. Among those not receiving surgical therapy (usually because of advanced age and comorbidities) the mortality rate was 61,5%.

Conclusions: Acute aortic dissection is not a frequent condition, but complications develop rapidly and the outcome is often fatal. It presents with a wide range of clinical manifestations, and the classical clinical findings are frequently missing.

Palabras clave: Diseción de aorta. Servicio de urgencias.

Key Words: Acute aortic dissection. Emergency Service.

Correspondencia: Julia Lobo García.
Servicio de Medicina Interna III. Zona administrativa 4ª Sur.
Hospital Clínico San Carlos.
C/ Martín Lagos, s/n. 28040 Madrid.

Fecha de recepción: 9-2-2004
Fecha de aceptación: 25-5-2005

INTRODUCCIÓN

La disección de aorta es un emergencia vital asociada a una tasa elevada de morbilidad y mortalidad, siendo la afección aórtica aguda más común que precisa tratamiento quirúrgico urgente. La separación de las capas en el interior de la pared aórtica caracteriza la disección. La sangre penetra en el espacio entre la íntima y la media con la consiguiente propagación de la disección¹.

Entre las principales causas predisponentes se encuentra la hipertensión arterial (HTA) en el 70% de los pacientes y la necrosis quística de la media. Constituye la principal causa de muerte en el Síndrome de Marfan y en el de Ehlers-Dahlos. Presenta mayor incidencia en las aortitis inflamatorias (Enfermedad de Takayasu, células gigantes), en las anomalías congénitas de la válvula aórtica (bicúspide), en la coartación de aorta y en el tercer trimestre del embarazo².

La clasificación se basa en la localización anatómica: Tipo A de Stanford en la aorta ascendente y tipo B de Stanford distalmente a la arteria subclavia izquierda. Se denomina fase aguda al periodo de 14 días después del inicio durante el cual los índices de mortalidad y morbilidad son más elevados¹.

Aparece preferentemente en varones (2:1), de edad media entre 60-70 años. La forma clásica de presentación es un dolor de instauración brusca, generalmente en la región interescapular y que frecuentemente se desplaza en la dirección de la disección, acompañado de sudoración. Entre los hallazgos de la exploración se encuentran habitualmente hiper o hipotensión arterial, ausencia de pulsos, datos de insuficiencia aórtica (pulsos saltones, aumento de la tensión arterial diferencial, soplo diastólico, insuficiencia cardíaca congestiva); menos frecuentes son la isquemia medular, isquemia intestinal, isquemia miocárdica, hematuria, síndrome de Horner o síndrome de vena cava superior. Ante la sospecha diagnóstica la prueba de imagen de elección es la tomografía computarizada con una sensibilidad y especificidad del 90%. La disección de aorta tipo A precisa tratamiento quirúrgico, mientras que la tipo B no complicada y estable recibe tratamiento médico. Como las manifestaciones clínicas son diversas y las complicaciones graves se producen con rapidez, el diagnóstico de la disección de aorta es difícil y frecuentemente confundido.

El objetivo de este trabajo consiste en evaluar la presentación clínica, manejo y resultados de la disección de aorta en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo observacional y retrospectivo analizando 46 pacientes que ingresaron en el servicio de ur-

gencias del Hospital Clínico San Carlos con el diagnóstico primario de disección de aorta, durante el periodo de enero de 2000 a enero de 2003.

Se analizaron el tipo de disección (A: Ascendente y B: Descendente o distal a la arteria subclavia izquierda), datos epidemiológicos (edad, sexo), factores de riesgo (HTA, aterosclerosis, hábito marfanoide o la existencia previa de un aneurisma o disección de aorta) y antecedentes de cirugía cardíaca. En cuanto a los síntomas de presentación se evaluaron la localización y forma de presentación del dolor, la existencia de disnea o síncope y los signos de presentación clínicos (hipertensión o hipotensión arterial, existencia de soplos, asimetría de pulsos, accidente cerebro vascular (ACV) o insuficiencia cardíaca congestiva (ICC). Se analizaron también los datos radiológicos y las alteraciones electrocardiográficas, el tipo y número de técnicas necesarias para el diagnóstico, el tratamiento (médico o quirúrgico) y la mortalidad intrahospitalaria.

RESULTADOS

Se analizaron 46 pacientes que ingresaron en el Hospital Clínico San Carlos con el diagnóstico, primario o secundario, de disección de aorta desde enero de 2000 hasta enero de 2003. 35 eran varones (76%) y 11 mujeres, con una edad media de 64,8 años.

Veintinueve enfermos (63%) presentaron una disección de aorta tipo A y 17 (36,9%) una disección tipo B.

El factor de riesgo más prevalente fue la HTA, que se objetivó en 31 pacientes (67,39%); 11 de ellos (23,9%) presentaron aterosclerosis; 10 (21,73%) aneurisma de aorta conocido; 3 (6,52%) disección previa; y sólo 1 (2,7%) de los 46 pacientes analizados padecía síndrome de Marfan.

En cuanto a los síntomas de presentación, 19 pacientes (41,3%) refirieron dolor torácico, 18 (39%) dolor interescapular, 6 (13%) dolor abdominal, 9 (19,56%) síncope, 11 (23,9%) disnea y 19 (41,3%) presentaron una forma de dolor de inicio súbito.

Comenzaron con signos clínicos de hipotensión arterial (TAS < 100 mmHg) 13 pacientes (28,26%), 11 (23,9%) con HTA (TAS > 150 mmHg), 7 (15,21%) con shock cardiogénico (definido como TAS < 80 mmHg), 12 (26%) con soplo de insuficiencia aórtica y 9 con asimetría de pulsos (19,5%). Sólo 1 de los pacientes (2%) comenzó con ACV y en ningún paciente se apreciaron signos de ICC.

Los hallazgos predominantes en la radiografía de tórax fueron: el ensanchamiento mediastínico, que se observó en 22 pacientes (47,8%), la cardiomegalia en 20 (43,4%), en 11 de ellos (23,91%) había derrame pleural y en 9 pacientes (19,5%) no se observaron alteraciones radiológicas.



En el electrocardiograma (ECG) las alteraciones inespecíficas fueron las más prevalentes, observándose en 15 pacientes (32,6%); 11 (23,9%) presentaron signos de isquemia; en 4 (8,6%) se observó una onda Q de nueva aparición; y 13 (28,2%) presentaron un ECG rigurosamente normal.

En cuanto a las técnicas de diagnóstico la TC fue el método empleado en 26 pacientes (56,5%), el ecocardiograma transtorácico (ETT) en 10 (21,7%) y el ecocardiograma transesofágico (ETE) en 12 (26%). La Resonancia Magnética Nuclear (RMN) fue el método de elección en 2 de los pacientes (4,3%) y en uno (2,17%) se realizó aortografía. Valorando el número de procedimientos diagnósticos realizadas en cada paciente se observó que en aquellos cuya prueba inicial fue una TC precisaron un máximo de 2 técnicas (Chi cuadrado de Pearson: 8.609).

De los 46 pacientes analizados, 23 (50%) recibieron tratamiento médico y 23 tratamiento quirúrgico. Fallecieron 13 pacientes (28,2%), 8 (61,5%) habían recibido tratamiento médico y 5 (38,4%) tratamiento quirúrgico. No se encontró significación estadística entre el tipo de tratamiento recibido y el exitus.

DISCUSIÓN

La disección de aorta es poco frecuente, pero las complicaciones se desarrollan rápidamente y el final es con frecuencia fatal. Dado que es un proceso dinámico que produce a cualquier nivel de la aorta, la presentación clínica puede variar de unos casos a otros³, apareciendo manifestaciones de isquemia de diferentes órganos. El cuadro típico aparecería en un varón de 60-70 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, que comienza con un dolor torácico de inicio súbito, preferentemente retroesternal o interescapular y que progresa de forma ascendente o descendente. Pero como ya se ha descrito la forma de inicio es muy diversa, desde dolor abdominal⁶ a síncope o disnea²⁻⁵.

La exploración física puede proporcionar claves para el diagnóstico. Entre los hallazgos clásicos se halla el déficit de pulso. En nuestro estudio solamente apareció en un 19,5%, variando en otros desde un 12% a un 20% de los casos¹⁻³. El soplo de insuficiencia aórtica se objetivó en un 26% de los pacientes, mientras que en otras series¹⁻³ variaba del 31% al 43%.

La elección de las pruebas complementarias varía tanto por la disponibilidad como por la experiencia de uso. La TC aparece como la prueba diagnóstica inicial realizada con mayor frecuencia. Presenta una sensibilidad y especificidad mayor del 90%. Otras técnicas como el ETE, realizada en un 21,7%, aparece en la mayor parte de los estudios como de elección en pacientes inestables debido a la posibilidad de realizarla a la cabecera del enfermo. La sensibilidad disminuye en las disecciones de cayado y aorta torácica descendente. La RMN, con elevada sensibilidad y especificidad, sólo se realizó en dos pacientes de nuestro estudio, apareciendo en otras series^{1,3,4} en pequeños porcentajes, probablemente por la menor disponibilidad y la dificultad de monitorización durante la realización de la prueba. Otras técnicas, como el ECG para hacer un primer diagnóstico diferencial del infarto agudo de miocardio, o la radiografía de tórax, con hallazgos clásicos como el ensanchamiento mediastínico o el derrame pleural predominante izquierdo, pueden servir como signos de alarma inicial, aunque en un número importante de casos no presentan alteraciones¹⁻³ (32,6% de nuestros pacientes con alteraciones inespecíficas en el ECG y 19,5% con radiografía de tórax normal).

El tratamiento de elección es quirúrgico en las disecciones tipo A y en las complicaciones de las tipo B (hematoma pleural izquierdo o periaórtico) debido a que el riesgo de ruptura de la aorta ascendente o cayado aórtico es muy alto, no sometiendo a cirugía a aquellos con edad avanzada y comorbilidad asociada. En la disección tipo B se intenta tratamiento médico con el objeto de disminuir farmacológicamente la contractilidad miocárdica y la tensión arterial.

La mortalidad más elevada se produce poco tiempo después del inicio de los síntomas¹, siendo las causas más frecuentes la rotura aórtica, hemorragia, infarto de miocardio, afectación neurológica, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, insuficiencia respiratoria e infección³. La mortalidad global en nuestro estudio fue del 28,2% siendo en otras series similar (27,4% y 27,1%)¹⁻³.

A pesar de los avances técnicos y terapéuticos la morbilidad y mortalidad de la disección aguda de aorta sigue siendo elevada. El alto índice de sospecha diagnóstica a pesar de la diversidad de la presentación clínica sigue siendo clave para la supervivencia de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1- Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, Bruckman D, Karavite DJ, Russman PL, et al. International Registry of Acute Aortic Dissection, IRAD. JAMA 2000;283:897-903.
 2- Dzau VJ, Creager MA, Harrison TR, Braunwald E, et al. Enfermedades de la aorta. Principios de Medicina Interna. 15ªE McGraw-Hill-Interamericana 2001. Vol I, 1678-1682.
 3- Muiño Miguez A, Villalba García MV, López González-Cobos C, Gómez Antúnez M, Ortiz Vega M, Ortiz Alonso J. Disección aórtica aguda.

An Med Interna 2002; 19:171-5.

4- Conti A, Paladini B, Toccafondi S, Magazini S, Olivetto I, Galassi F, et al. Effectiveness of a multidisciplinary chest pain unit for the assessment of coronary syndromes and risk stratification in the Florence area. Am Heart J 2002;144:630-5.

5- Sullivan PR, Wolfson AB, Leckey RD, Burke JL. Diagnosis of acute thoracic aortic dissection in the emergency department. Am J Emerg Med 2000;18:46-50.