

PRESENTACIÓN DE CASO

Revista Cubana
de Medicina Intensiva
y Emergencias



Dissección aórtica aguda como causa de dolor torácico intenso

Acute aortic dissection as a cause of intense thoracic pain

Jesús José Roque Corzo¹, Héctor R. Díaz Aguila², Mercedes I. Véliz Sánchez³, Yoilé Hernández Núñez⁴

Resumen

La disección aórtica es una afección poco frecuente pero de elevada mortalidad. Ocurre cuando se produce un desgarro de la capa íntima arterial como consecuencia de cifras de tensión arterial elevadas mantenidas. Es una emergencia hipertensiva con afección cardiovascular. La terapéutica básica de elección es el tratamiento inmediato de la hipertensión arterial y la reparación quirúrgica del daño vascular. Se presenta un paciente masculino de 48 años, hipertenso sin adherencia terapéutica, que fue remitido de su área de salud por dolor torácico intenso y cifras de tensión arterial elevadas, se realizó el diagnóstico de disección aórtica aguda; se impuso tratamiento antihipertensivo enérgico y analgesia con opiáceos. Su evolución ulterior fue favorable. Hacemos énfasis en el diagnóstico de esta afección y su diagnóstico diferencial ante todo paciente que se presenta con dolor torácico e hipertensión arterial.

Palabras clave: Disección aórtica; Emergencia hipertensiva; Dolor torácico

Abstract

The aortic dissection is not a very frequent affection but of high mortality. It happens when a spontaneous intima tear develops and blood dissects into the media of the aorta as a consequence of maintained high blood pressure. It is a hypertensive emergency with cardiovascular damage. The basic therapy of election is the immediate treatment of the arterial hypertension and the surgical repair of the vascular damage. A 48 year-old hypertensive male patient without therapeutic adherence is presented. He was referred for intense thoracic pain and high blood pressure, the diagnosis of acute aortic dissection was carried out; an immediate antihypertensive treatment and analgesia with opiate was imposed. The ulterior evolution was favorable. We do emphasis about the diagnosis of this affection and its differential diagnosis in all patients with thoracic pain and high blood pressure.

Key words: Aortic dissection; Hypertensive emergency, Thoracic pain

Introducción

La disección aórtica ocurre cuando se desarrolla un desgarro de la capa íntima arterial y la sangre diseca hacia la capa media. Este desgarro acontece probablemente como resultado de repetidas fuerzas de torsión aplicadas a la arteria durante los ciclos cardíacos, así como a cifras elevadas de tensión arterial mantenidas.¹ Pueden ocurrir también disecciones aórticas en ausencia de hipertensión arterial, tal es el caso de anomalías del músculo liso, tejido elástico, colágeno, embarazo, válvula aórtica bicúspide y coartación aórtica.² La sangre que penetra hacia la íntima puede extender la disección hasta la aorta abdominal, bifurcación aórtica, miembros inferiores, arterias carótidas y menos comúnmente las arterias subclavias.³

La disección aórtica es una emergencia que requiere el inmediato control de la hipertensión arterial con el objetivo de limitar su extensión, con la probable ruptura de la aorta hacia el saco pericárdico, espacio pleural y la oclusión de ramas de la aorta que provocan isquemia cerebral, miocárdica, intestinal, renal y de extremidades.⁴

Las principales manifestaciones clínicas incluyen el dolor torácico intenso, irradiado a la espalda, abdomen, cuello o extremidades superiores e inferiores; puede acompañarse de síncope, sudoración profusa, manifestaciones neurológicas, isquemia intestinal e insuficiencia renal. Puede auscultarse soplo aórtico, provocar insuficiencia cardíaca y taponamiento cardíaco.⁵

El electrocardiograma (ECG) puede mostrar crecimiento ventricular izquier-

do con sobrecarga sistólica. No se presentan signos de isquemia miocárdica a menos que la disección englobe las arterias coronarias. En algunos pacientes no se evidencian alteraciones en el electrocardiograma.

El estudio de imágenes de elección es la tomografía computarizada que debe incluir tanto el tórax como el abdomen para determinar la extensión de la disección. La ecocardiografía transtorácica o transesofágica muestran evidencia de la disección aórtica.

El diagnóstico diferencial se realiza fundamentalmente con el síndrome coronario agudo, pericarditis aguda, embolismo pulmonar; sin embargo en ocasiones la disección aórtica puede presentarse con escaso dolor.²

El tratamiento médico consiste en la disminución inmediata de la tensión arterial y reducir la frecuencia del ritmo cardíaco mediante el uso de fármacos por vía intravenosa: infusión de nitroprusiato de sodio; nitroglicerina; betabloqueadores; y la administración de opiáceos para el control del dolor.

El tratamiento quirúrgico urgente es de utilidad para los aneurismas tipo A, sin embargo, en casos de aneurismas tipo B será realizado tratamiento quirúrgico si la disección va aumentando o existe compromiso vascular de las ramas aórticas.⁶

Aquellos pacientes con control de la tensión arterial y que sobreviven a un episodio agudo de disección aórtica sin complicaciones, pueden tener una sobrevivencia larga sin tratamiento quirúrgico.

Caso clínico

Paciente masculino de 48 años de edad, blanco, con hábitos tóxicos de ingestión diaria de alcohol y tabaquismo, asmático con solo tratamiento durante las crisis, y de hipertensión arterial sin tratamiento alguno. Fue remitido de su área de salud por dolor precordial opresivo intenso, acompañado de sudoraciones y cifras de tensión arterial elevada, tanto sistólica como diastólica. El dolor era irradiado a la espalda y epigastrio que no cedió con el uso de nitroglicerina sublingual y tramadol. En el servicio de urgencias del hospital se realizó ECG que mostraba signos de sobrecarga sistólica de ventrículo izquierdo; radiografía de tórax donde se

observó un ensanchamiento del mediastino superior, y determinación de enzimas cardiacas dentro de cifras normales. Fue ingresado en la unidad de cuidados intensivos, se administró nitroglicerina en infusión para el control de las cifras de presión sanguínea.

Al día siguiente se discutió en colectivo planteándose la probabilidad de una disección aórtica aguda, se le realizó ecocardiograma transtorácico bidimensional en modo-M y Doppler, comprobándose una disección de la aorta descendente (fig.1), la cual fue confirmada mediante tomografía axial computarizada (fig.2).

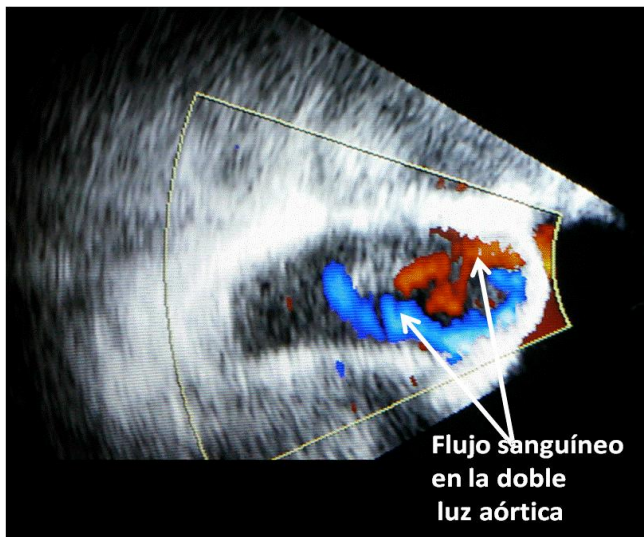


Fig.1. Ecografía Doppler que detalla la existencia de dos flujos con velocidades diferentes en la doble luz aórtica.

La posibilidad de tratamiento quirúrgico fue descartada en el centro de cirugía cardiovascular "Ernesto Guevara" de Villa Clara. Se mantuvo tratamiento con nitratos, betabloqueadores e inhibidores

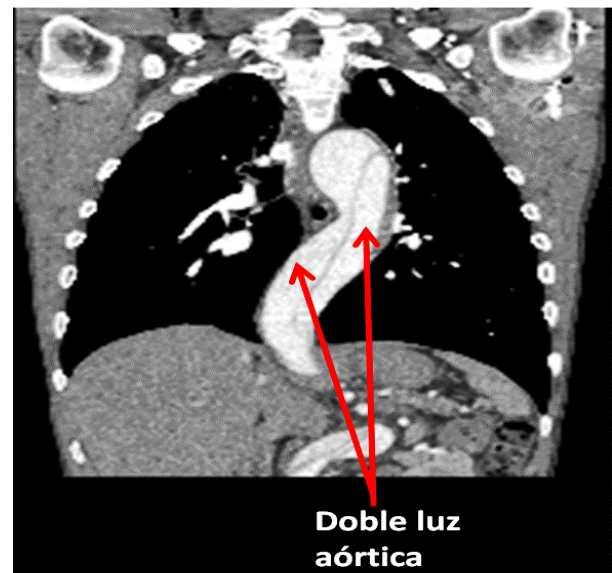


Fig.2. Tomografía computarizada axial de tórax que muestra la extensión de la disección aórtica en el segmento descendente.

de la enzima convertidora de angiotensina; siendo egresado a los 16 días con recomendaciones sobre su estilo de vida, tratamiento antihipertensivo y evaluación periódica. Un mes después

en la consulta de seguimiento, el paciente refirió que mantenía discreto dolor retroesternal ocasional, aquejaba

disfonía por compresión del nervio recurrente izquierdo y la tensión arterial se encontraba en cifras normales.

Discusión

La disección aórtica aguda es una enfermedad de presentación poco común, sin embargo su alta mortalidad obliga a realizar un diagnóstico diferencial en todo paciente que sea atendido por cifras elevadas de tensión arterial acompañado de dolor torácico.³ La necesidad de un diagnóstico rápido de la enfermedad, requiere la realización e implementación de diagnóstico a la cabecera del enfermo.⁷ La ecocardiografía es un medio diagnóstico seguro y confiable para el diagnóstico de la disección aórtica aguda con una sensibilidad de 80% y especificidad cercana al 95 %.⁸

El caso clínico presentado se caracterizó por haber presentado dolor torácico intenso, sudoración profusa; al examen físico se comprobaron cifras elevadas

de tensión arterial sin otros signos de interés; el ECG evidenció hipertrofia ventricular izquierda con sobrecarga sistólica sin signos de lesión miocárdica; las enzimas cardiacas fueron normales al ingreso y evolutivamente.

Inicialmente se realizó el diagnóstico de emergencia hipertensiva con afección cardiovascular y se sospechó la disección aórtica aguda. Se impuso tratamiento antihipertensivo enérgico y se evidenció mejoría clínica evolutiva.

Se demuestra una vez más la importancia de un adecuado examen clínico para realizar el diagnóstico de una afección infrecuente pero grave, la que se debe tener en cuenta al plantear el diagnóstico diferencial en todo paciente con dolor torácico intenso y agudo.

Referencias bibliográficas

1. Davies RR, Goldstein LJ, Coady MA, et al: Yearly rupture or dissection rates for thoracic aortic aneurysms: Simple prediction based on size. *Ann Thorac Surg* 2002;7:17-27.
2. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, et al: International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD)-new insights into an old disease. *JAMA* 2000;283:897-903.
3. Klompas M: Does this patient have an acute thoracic aortic dissection? *JAMA* 2002;287:2262-2272
4. Milán RE, Pardo L, Santos M. Supervivencia de más de un año en un paciente con disección aortica tipo A. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. [Internet]. 2015. [citado 2 de febrero de 2016];39(2) Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revista/index.php/revista/article/view/106/93>
5. Martín R, Rosales E, Ramos O, García EA. Disección aórtica toracoabdominal. *MEDISAN* [Internet]. 2012. [citado 2 de febrero de 2016];16:260 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S102930192012000200014&lng=es&nrm=iso&tlng=es>
6. Ince H. et al. Diagnosis and management of patients with aortic dissection. *Heart*. 2007;93:266-70.
7. Bortone AS et al. Endovascular treatment of thoracic aortic disease:

- four years of experience. Circulation 2004; 110 (suppl): 11262-7.
8. Shiga T et al. Diagnostic accuracy of transesophageal echocardiography, helical computed tomography, and magnetic resonance imaging for suspected thoracic aortic dissection: systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med 2006 ;166:1350-6.
-

¹ Médico Especialista de primer grado en Medicina Interna. Profesor auxiliar.

² Máster en Urgencias Médicas. Médico Especialista de segundo grado en Medicina Intensiva y Emergencias y en Medicina Interna. Profesor Auxiliar.

³ Licenciatura en Psicología Clínica. Máster en Educación Superior. Profesor Auxiliar.

⁴ Médico Residente de Medicina General Integral.

Los autores contribuyeron a la confección del manuscrito en forma equitativa. No se declaran conflictos de interés, ni ganancias económicas.

Recibido: 20 de diciembre de 2015

Aprobado: 19 de marzo de 2016

Dr. Jesús José Roque Corzo. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario "Mártires del 9 de Abril" Sagua la Grande. Villa Clara. Dirección electrónica: roque@hospisag.vcl.sld.cu
