

PRESENTACIÓN DE CASO

Supervivencia de más de un año en un paciente con disección aórtica tipo A **A more-than-a-year survival of a patient with type A aortic dissection**

Autores: Dr. Reinaldo Elias Milán Castillo*, Dra. Leticia Pardo Pérez**, Dr. Maikel Santos Medina***.

* Especialista de I Grado en Cardiología. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Instructor. Hospital Hermanos Ameijeiras. Ciudad de La Habana. Cuba.

** Especialista de II Grado en Cardiología. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Asistente. Hospital Dr. Ernesto Guevara de la Serna. Las Tunas. Cuba.

*** Especialista de I Grado en Cardiología. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Instructor. Hospital Dr. Ernesto Guevara de la Serna. Las Tunas. Cuba.

Correspondencia a:

Dr. Reinaldo Elias Milán Castillo

Correo electrónico: reinaldomilan@yahoo.es, reymilan@info.med.sld.cu

RESUMEN

La disección aórtica constituye una patología poco frecuente, pero de elevada letalidad. De ahí la importancia de un diagnóstico oportuno para poder realizar un tratamiento adecuado. Algunos tipos de disección pueden sobrevivir sin realizarle corrección quirúrgica, siendo mejor la supervivencia en los casos de disección aórtica tipo B de la clasificación de Stanford, no sucede así con la disección tipo A, que presenta una alta letalidad cuando no es corregida quirúrgicamente, pudiendo llegar al 95 % al mes de presentación del cuadro clínico cuando sobrevive a las horas iniciales. En este caso presentamos un paciente con disección aórtica tipo A, con una supervivencia mayor de un año luego del diagnóstico de la enfermedad, sin recibir tratamiento quirúrgico correctivo.

Palabras Clave: AORTA; DISECCIÓN AÓRTICA; DISECCIÓN AÓRTICA TIPO A; SUPERVIVENCIA; LETALIDAD; ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO.

Descriptores: DISECCIÓN; ENFERMEDADES DE LA AORTA.

SUMMARY

The aortic dissection constitutes an uncommon pathology, but it is extremely lethal, hence the importance of an appropriate diagnosis to implement a suitable treatment. Some kinds of dissection can remain without a surgical correction, but the best survival is obtained in the cases of type B aortic dissection of Stanford classification, what is different in type A dissection which is highly lethal when it is not surgically corrected, which can reach 95% after a month of the clinical presentation, when the patient survives the first hours. This is a case presentation of a patient with type A aortic dissection, who has survived over a year after the diagnosis of the illness without receiving a corrective surgical treatment.

Key words: AORTA; AORTIC DISSECTION; TYPE A AORTIC DISSECTION; SURVIVAL; LETHAL; ECHOCARDIOGRAM; TRANS-ESOPHAGEAL.

Descriptors: DISSECTION; AORTIC DISEASES.



INTRODUCCIÓN

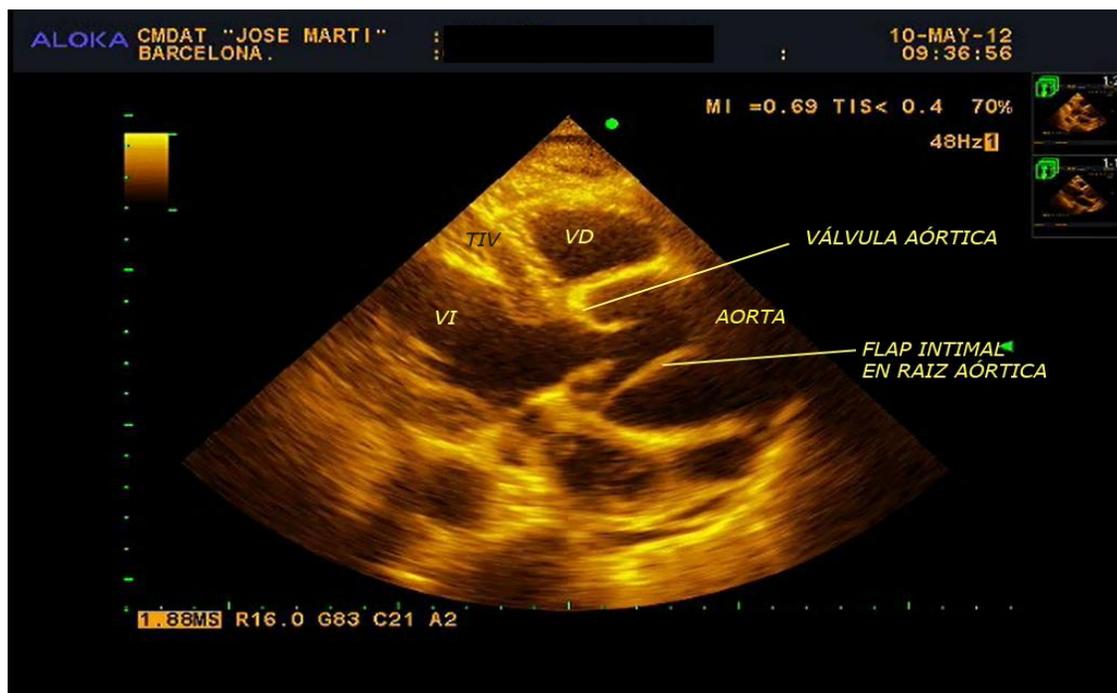
La disección aórtica constituye una enfermedad poco frecuente pero de alta letalidad. (1, 2) Se caracteriza por la creación de una falsa luz en la capa media de la pared aórtica y se clasifica según la presencia y localización de los desgarramientos primitivos, así como la extensión retrógrada o anterógrada de la disección. La disección aórtica tipo A afecta la aorta proximal o ascendente, que puede extenderse o no al arco aórtico y la aorta descendente. (3, 4) Dado que la disección se propaga a medida que pasan las horas, con riesgo de isquemia visceral o incluso de extremidades inferiores por obstrucción al flujo del lumen verdadero, es muy importante una sospecha diagnóstica para un tratamiento oportuno, siendo la ecocardiografía una técnica segura y confiable para estos fines, (8, 9) especialmente la ecocardiografía transesofágica, (4-6) debido a que, específicamente, este tipo de disección es de alta letalidad sin tratamiento quirúrgico correctivo. (7)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, raza negra, de 56 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial mal controlada y con tratamiento irregular, que acudió, en mayo de 2012, al cuerpo de guardia de un centro

de atención ambulatorio en la República de Venezuela, con dolor precordial opresivo, irradiado a la espalda, de moderada a gran intensidad, que se le alivió con analgésicos habituales por vía parenteral, al examen físico se pudo apreciar hábito externo marfanoide, presencia de cifras tensionales elevadas (180/100 mmHg) y ningún otro hallazgo significativo a la exploración física; le fueron realizados varios electrocardiogramas que no mostraron ninguna alteración, por lo que fue egresado luego de varias horas de observación. Días después acude nuevamente por persistir las molestias precordiales que continuaban con irradiación a la espalda y comenzaron a irradiarse también a la columna lumbosacra, por lo que se decidió hospitalizarlo para completar el estudio, detectándose la presencia de un soplo sistólico aórtico, sin otras alteraciones significativas, se decidió realizar ecocardiograma transtorácico donde se apreció la presencia de dilatación de la aorta intratorácica con imagen sugestiva de flap intimal a nivel de la porción sinotubular de la aorta ascendente y del cayado aórtico (**imagen 1**), así como presencia de dilatación ligera del ventrículo izquierdo e insuficiencia aórtica por desalineación de la coaptación valvular.

IMAGEN 1. Ecocardiograma transtorácico. Eje largo paraesternal. Presencia de flap intimal en la unión sinotubular de la aorta. TIV: Tabique interventricular, VI: Ventrículo izquierdo, VD: Ventrículo derecho



Se programa para realizar ecocardiograma transesofágico (ETE) y al realizar el mismo se

confirma el diagnóstico de disección aórtica tipo A de Stanford, con presencia de disección de toda la

aorta, comenzando por la raíz y extendido a lo largo de todo el vaso con imágenes de doble flap en algunas vistas; así como, varios puntos de

comunicación entre las luces verdadera y falsa (imágenes 2 y 3).

IMAGEN 2. Ecocardiograma transesofágico. Presencia de flap intimal en porción sinusal de la aorta, así como en aorta ascendente (flechas). RAo: Raíz Aórtica, LV: Luz verdadera, LF: Luz falsa

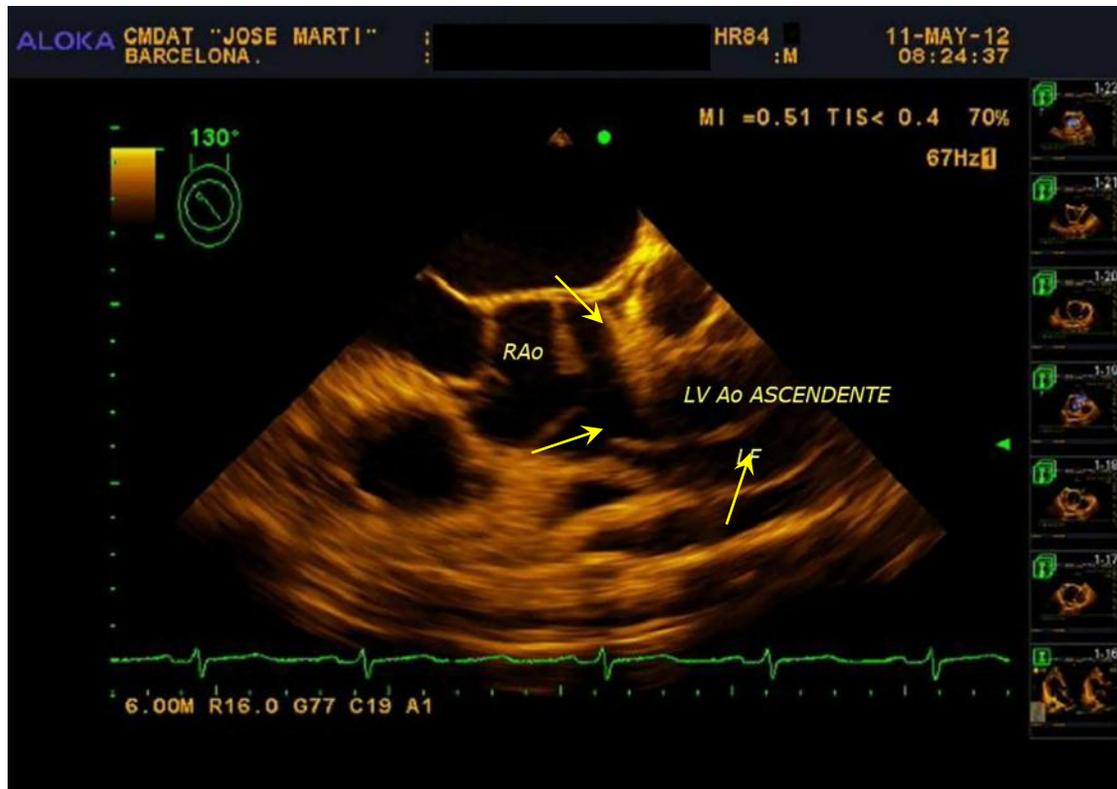
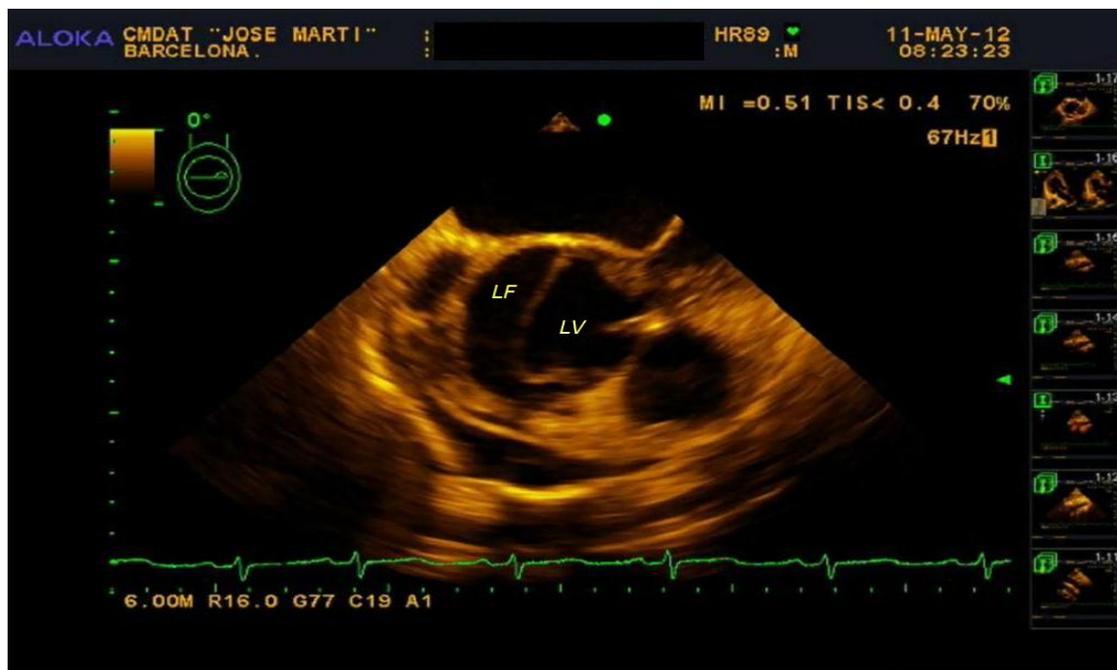


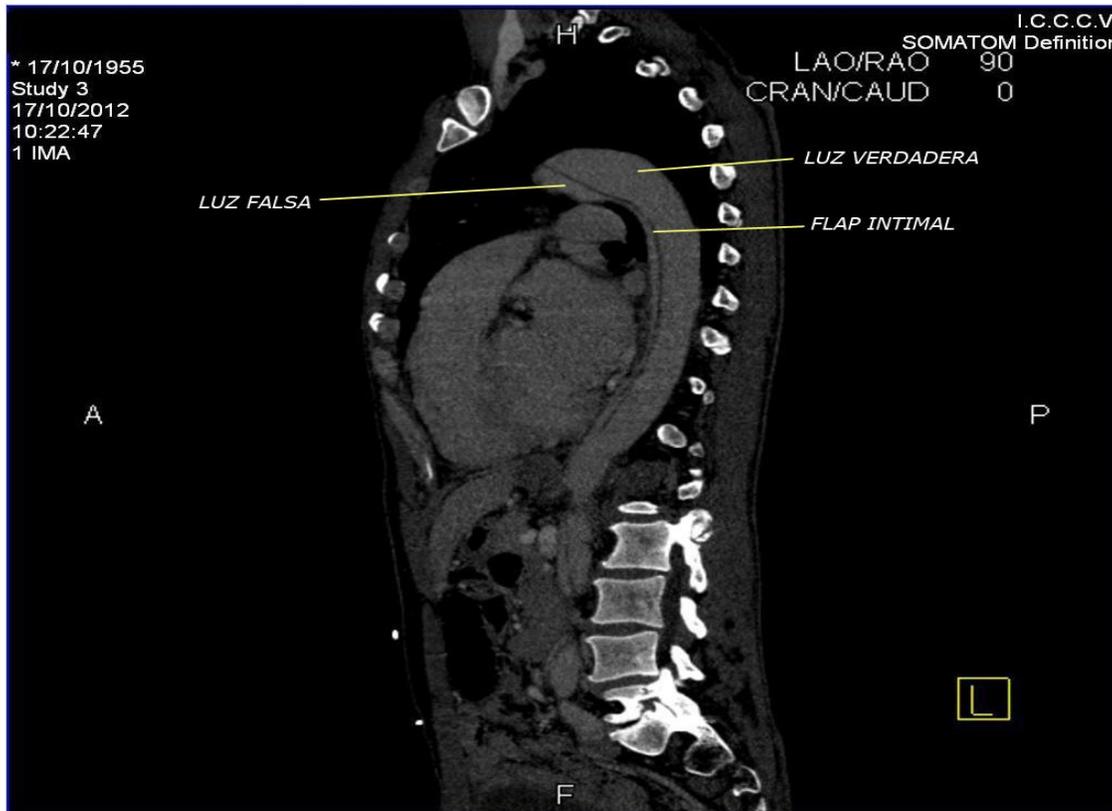
IMAGEN 3. Ecocardiograma transesofágico. Presencia de doble luz en raíz aórtica. LV: Luz verdadera, LF: Luz falsa



Se decide remitir el caso para ser evaluado por cirugía cardiotorácica, trasladando al paciente para el Instituto Cubano de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, donde confirman el diagnóstico por

Ecocardiograma, realizándole una Tomografía Computarizada que permitió ver la disección de toda la aorta, llegando hasta la aorta abdominal (**imagen 4**).

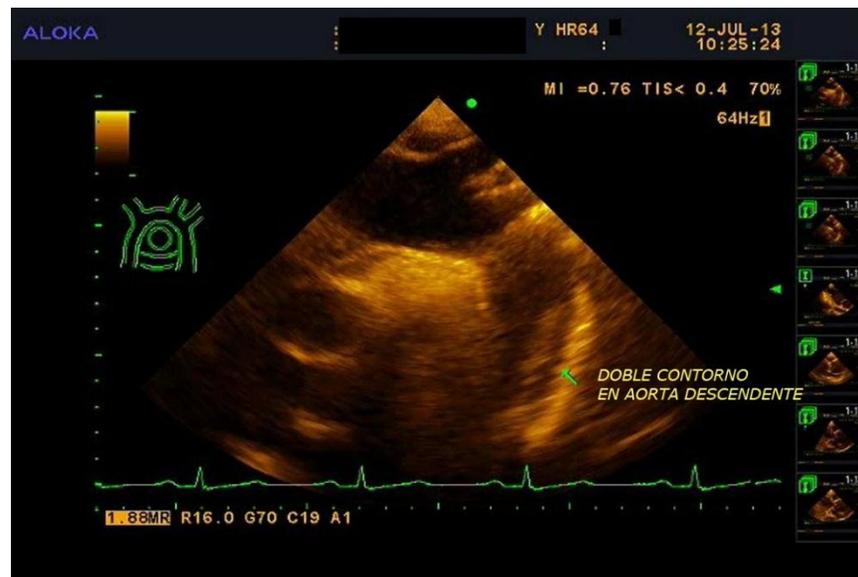
IMAGEN 4. Tomografía Computarizada. Disección de la aorta en toda su extensión, desde la raíz hasta la aorta abdominal



Debido a la extensión de la lesión, teniendo en cuenta que no había evidencias de compromiso vascular y que el paciente ya estaba en la fase crónica de la enfermedad, se consideró prudente manejar el caso desde el punto de vista clínico. Posteriormente a esto se ha seguido evolutivamente en consulta de Cardiología, manteniéndose solamente con síntomas relacionados a su afección valvular en una Clase Funcional II de la clasificación de la New York Heart Association, sin evidencia de compromiso vascular periférico, ni episodios de dolor, ni cuadros de insuficiencia cardíaca aguda. Se realizó ecocardiograma transtorácico evolutivo y se mantiene la imagen similar a las iniciales, con presencia de insuficiencia aórtica residual y evidencia de disección en la aorta descendente (**imagen 5**).

DISCUSIÓN

Existen indicios de que Galeno describió la disección arterial en el siglo II y de que Vesalio aportó otros conocimientos de la enfermedad en el siglo XVI. Pero fue Sennertus (8) el primero que hizo una descripción del proceso de disección aórtica. Más notablemente Nichols describió la disección en la autopsia del Rey George II de Inglaterra en 1761. (9) En ese mismo año, se realizó la primera descripción patológica de la disección aórtica por Morgagni y la primera intervención quirúrgica exitosa fue primero descrita por DeBakey en 1955 y en esos tiempos, la disección aórtica fue considerada como la catástrofe aórtica más común. (1-4, 10)

IMAGEN 5. Ecocardiograma transtorácico evolutivo. Eje supraesternal. Doble contorno en aorta descendente torácica

Es una enfermedad poco común que, si no se sospecha y trata a tiempo, puede tener consecuencias fatales. Se caracteriza por la creación de una falsa luz en la capa media de la pared aórtica. La incidencia, de acuerdo con grandes series, varían entre el 0,2% y el 0,8%, siendo más frecuente en el sexo masculino con una relación de 4:1. (1-3) Se clasifica según la presencia y localización de los desgarramientos primitivos, así como por la extensión retrógrada o anterógrada de la disección, siendo las clasificaciones más utilizadas la de De Bakey y la de Stanford. En la clasificación de De Bakey se divide en los tipos I, II y III. El Tipo I compromete la aorta ascendente, el arco y se extiende a la aorta descendente, en el tipo II la disección se limita a la aorta ascendente y al arco aórtico y en el tipo III la disección se origina a nivel de la subclavija izquierda y se extiende en forma distal. Por su lado, la clasificación de Stanford la divide en los Tipos A y B. El tipo A es cuando se ve afectada la aorta proximal o ascendente, con extensión o no al arco y aorta descendente; lo que incluye los tipos I y II de De Bakey. El tipo B es cuando afecta la aorta distal o descendente, lo que es el equivalente al tipo III de De Bakey. (1-4)

La disección aórtica tipo A consiste en el desgarramiento de la íntima de la aorta torácica ascendente, habitualmente inmediatamente distal a la unión sinotubular, con la formación de un canal paralelo al lumen natural denominado lumen falso. Este último se propaga distalmente en extensión variable y puede producir compresión del lumen verdadero, que puede llevar a disminución del flujo sanguíneo hacia los vasos que emergen de la aorta, generando el debilitamiento de la pared y facilitando la ruptura aguda o la formación de un aneurisma en la etapa crónica. El falso lumen también se propaga hacia la

parte proximal, causando desprendimiento de las comisuras de la válvula aórtica, lo que genera grados variables de insuficiencia aórtica aguda.

Existen múltiples formas de presentación del cuadro, en dependencia de la parte de la circulación que se vea comprometida. La forma más frecuente es el dolor desgarrante y urente, localizado en las partes anterior y posterior del tórax que se irradia hacia la espalda y a veces se extiende hasta las caderas si la disección se propaga distalmente, generalmente de gran intensidad y que no cede fácilmente con analgésicos incluyendo los opiáceos. En el examen físico, el paciente puede estar pálido y sudoroso, e incluso llegar al estado de shock aunque la tensión arterial puede variar pudiendo encontrar valores normales o altos; de hecho, la hipertensión arterial es un hallazgo frecuente. Puede observarse diferencia de pulsos y/o de presión de un brazo al otro como consecuencia de la obstrucción del árbol arterial correspondiente. Si compromete los troncos supraaórticos, puede observarse síncope, pérdida de conocimiento, así como enfermedad cerebrovascular isquémica. (2-5)

Debido a la necesidad de un diagnóstico rápido de la enfermedad, es de gran importancia la utilización de técnicas diagnósticas a la cabecera del enfermo, siendo la ecocardiografía una técnica segura y confiable para estos fines. La ecocardiografía transtorácica es una modalidad diagnóstica de gran disponibilidad, con una sensibilidad que varía entre el 35% y el 80% y una especificidad del 39% al 96%, según la localización anatómica de la disección. Gracias a la ETE el papel de la ecocardiografía ha alcanzado una importante relevancia clínica. La proximidad del esófago a la aorta sin la interferencia de la pared torácica o del pulmón permite obtener imágenes de óptima

calidad. (4-6) La ETE es superior dado que permite una distancia más corta entre el transductor y la aorta, utiliza transductores de alta frecuencia y tiene mejor penetración tisular ultrasonográfica (mayor índice señal-ruido). Realizado por manos expertas tiene una sensibilidad del 98-99%, una especificidad del orden del 89%, un valor predictivo positivo del 89% y un valor predictivo negativo del 99%. (6, 7)

La disección aórtica tipo A es una patología con alta letalidad sin cirugía, llegando aproximadamente a 50% a las 48 horas, 75% a la semana y 95% al mes. Con cirugía, la mortalidad de disección aguda según el Registro Internacional de Disección Aórtica (IRAD), llega a 26% y 37% en pacientes menores y mayores de 70 años. (7)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. González-Ibarra FP, Rojo-Jiménez AG, Beltrán-Nevarez O, Arce-Sánchez HJ. Disección Aórtica Extensa. *A S Sin* 2009; 38(2): 29-31.
2. Rivero Fernández F, Rivero Fernández T, Guerra González A, Basulto Barroso A. Disección aórtica y emergencia hipertensiva. Reporte de un caso. *Archivo Médico de Camagüey* 2006; 10 (5) ISSN 1025-0255. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n5-2006/2117.htm>.
3. Tu K, McCormick T. Aortic Dissection. *Medscape*. Feb 01, 2012. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/765991>
4. Contreras E, Ximena S, Gómez JE, Ocampo V. Disección aórtica: estado actual. *Rev. Costarr. Cardiol.* 2009 Enero-Junio; 11(1): 19-27.
5. Eleftheriades JA, Farkas EA. Thoracic aortic aneurysm clinically pertinent controversies and uncertainties. *J Am Coll Cardiol.* Mar 2 2010; 55(9): 841-57.
6. Erbel R, Alfonso F, Boileau C, et al. Task Force Report Diagnosis and management of Aortic Dissection, Recommendations of the Task Force in Aortic Dissection, European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2001; 22: 1642-1681.
7. Appoo J, Pozeg Z. Strategies in the Surgical Treatment of Type A Aortic Arch Dissection. *Ann Cardiothorac Surg.* 2013; 2(2): 222-228. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/808941>.
8. Sennertus D. *Cap. 42 Op Omn Lib 1650*; 5: 306.
9. Nicholls F. Observations concerning the body of his late majesty, October 26, 1760. *Philos Trans R Soc Lond A* 1761; 52: 265-74.
10. Morgagni GB. *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*. Venecia; 1761.