

Presentación atípica y diagnóstico tardío de disección aórtica aguda sin tratamiento quirúrgico oportuno: reporte de un caso y revisión de la literatura

Atypical presentation and late diagnosis of acute aortic dissection without timely surgical treatment: case report and literature review

Bastían Aaron Abarca Rozas^a, Mathias Wilhelm Schwarze Fieldhouse^a, Rodrigo Ignacio Contreras Bertolo^a, Pablo Andrés Rodríguez Hernández^a, Iván Osvaldo Roa Aravena^a, Hermann Antonio Schwarze Grossi^b

^a Escuela de Medicina, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile

^b Servicio de Cardiología, Clínica Integral Red Salud, Rancagua, Chile

*Autor corresponsal fds.baar@gmail.com

Citación Abarca Rozas BA, Schwarze Fieldhouse MW, Contreras Bertolo RI, Rodríguez Hernández PA, Roa Aravena IO, Schwarze Grossi HA. Acute aortic dissection of atypical presentation: a case report and literature review. *Medwave* 2018;18(5):e7249

Doi 10.5867/medwave.2018.05.7249

Fecha de envío 16/6/2018

Fecha de aceptación 22/8/2018

Fecha de publicación 14/9/2018

Origen No solicitado

Tipo de revisión Con revisión por tres pares revisores externos, a doble ciego

Palabras clave aortic dissection, chest pain, acute aortic syndrome, case report

Resumen

El síndrome aórtico agudo incluye un grupo de enfermedades que poseen similitud clínica en su historia natural, siendo la característica más importante su asociación a un alto riesgo vital. Entre estas patologías, el diagnóstico y manejo de la disección aórtica depende del grado de compromiso aórtico según la ubicación de la lesión definida bajo la clasificación de Stanford. Dentro de las manifestaciones clave se considera al dolor torácico como el síntoma cardinal. Sin embargo, existen situaciones que por ambigüedad clínica retrasan el diagnóstico. Se presenta el caso de un paciente que debutó con una disección aórtica Stanford A, con indicación de resolución quirúrgica en fase aguda pero que dado lo inespecífico de su cuadro clínico, no se logró un diagnóstico oportuno. Posterior a reiteradas consultas por cambios en su sintomatología, se determinó el cuadro definitivo a través de estudio imagenológico, evolucionando de forma favorable con terapia ambulatoria.

Abstract

Acute aortic syndrome includes a group of diseases that have clinical similarity in their natural history, the most important characteristic being their association with a high vital risk. The diagnosis and management of aortic

dissection depends on the degree of aortic involvement according to the location of the lesion, as defined by the Stanford classification. In this syndrome, chest pain is considered the cardinal symptom; however, there are situations where clinical feedback is difficult. We present the case of a patient who debuted with a Stanford A aortic dissection, with an indication for surgical resolution in the acute phase, but who unexpectedly presented unspecific clinical manifestations. An opportune diagnosis was not obtained. After repeated consultations for changes in his symptoms, the definitive diagnosis was determined through imaging study, evolving favorably with ambulatory therapy.

Ideas clave

- Presentamos un caso de disección aórtica con sintomatología poco específica y cambiante, que evoluciona favorablemente en ausencia de tratamiento quirúrgico.
- Este reporte resalta la importancia de realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno con el fin de reducir la morbimortalidad.
- Se deben considerar signos patognomónicos poco comunes, porque pueden orientar a un diagnóstico precoz.

Introducción

El síndrome aórtico agudo incluye un grupo de enfermedades que poseen similitud clínica en su historia natural, siendo la característica más importante su asociación a un alto riesgo vital. Este grupo de patologías son potencialmente mortales y determinan una urgencia cardiovascular que demanda un diagnóstico oportuno y precoz con el fin de prevenir situaciones de riesgo vital¹. Entre las condiciones que componen este síndrome se describen: la disección aórtica, el hematoma intramural y la úlcera aterosclerótica penetrante²; tres entidades que, pese a tener mecanismos fisiopatológicos distintos, pueden coexistir y poseer síntomas y signos semejantes que determinan su similitud clínica.

Su diagnóstico y manejo depende del grado de compromiso aórtico según la ubicación de la lesión. Para ello, se utilizan las clasificaciones de Stanford y De Bakey, siendo la primera la más utilizada. La clasificación de Stanford se organiza en los tipos A (involucra la aorta ascendente) y B (considera la aorta descendente)³. Un Stanford tipo A demanda tratamiento quirúrgico urgente dado el alto riesgo vital que involucra. Sin embargo, la mayoría estos cuadros están infradiagnosticados debido a lo inespecífico de sus síntomas, asociándose a una alta morbilidad y mortalidad⁴, lo que sigue siendo un desafío el diagnosticar y tratar.

Presentación del caso

Previo consentimiento informado, se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 48 años de edad, sin antecedentes mórbidos ni familiares, con un índice paquete-año de cinco por tabaquismo activo. Consultó por dolor precordial opresivo de inicio brusco e intenso, con escala visual análoga 10/10 de tres horas de evolución, irradiado a dorso y que se asocia a disnea severa en regresión. Al evaluar la intensidad del dolor, destacó una escala visual análoga 5/10. Al examen físico, el paciente se encontraba vigil, orientado en tiempo-espacio-persona, hidratado y bien perfundido. El examen cardiovascular demostró un ritmo cardíaco regular en dos tiempos, sin auscultación de soplos cardíacos o roce pericárdico. Tampoco se auscultaron soplos carotídeos ni se observó distensión venosa yugular a la inspección. El examen pulmonar y abdominal no mostró hallazgos de importancia y sus extremidades inferiores se encontraban simétricas con pulsos periféricos conservados. Se instaló la sospecha de síndrome coronario agudo y se solicitaron un electrocardiograma y biomarcadores cardíacos. El primero se notificó en ritmo sinusal sin alteraciones significativas y los biomarcadores resultaron negativos. En este contexto, se descartó la sospecha inicial y se decidió alta médica.

Transcurridas 24 horas, el paciente volvió a consultar por persistencia de dolor torácico con una intensidad menor, con escala visual análoga 3/10. Se controló con electrocardiograma y biomarcadores cardíacos, los cuales no presentaron cambios respecto a los anteriores. En este contexto, se dio nuevamente el alta hospitalaria sin un diagnóstico específico, asociando este cuadro a un probable estado de estrés.

Tras un mes desde su última atención, regresó a consultar por dolor abdominal inespecífico y dolor en extremidad inferior izquierda asociado a debilidad y alteración de la marcha. Al examen físico no se pesquisarón elementos que orientaran el motivo de consulta, por lo tanto, se solicitó tomografía computarizada de abdomen y pelvis e interconsulta a cirugía vascular. El estudio imagenológico informó signos de disección aórtica con compromiso de tronco celíaco y arteria mesentérica superior. Este hallazgo motivó la profundización del estudio mediante la realización de una angiotomografía axial computarizada de tórax que confirmó una disección aórtica Stanford A (Figura 1), con extensión del flap de disección en tronco arterial braquicefálico y compromiso de la carótida común (Figura 2).

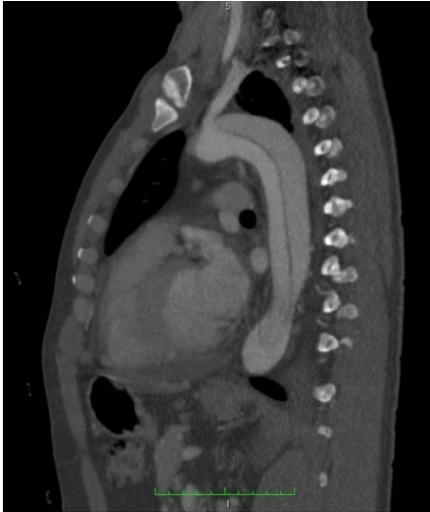
Se solicitó estudio por ecografía Doppler arterial de ambas extremidades inferiores, advirtiéndose un patrón grado 2-C de flujo arterial-femoral ilíaco izquierdo con componente asistólico. En este contexto, se descartó intervención quirúrgica y se derivó a cardiología para continuidad de estratificación de riesgo y manejo.

Figura 1. Angiotomografía axial computarizada de tórax con corte transversal. Disección aórtica Stanford tipo A en el cayado aórtico.



Se puede diferenciar el plano de disección, que divide la luz falsa (a la izquierda de la imagen, en un plano inferior) de la luz verdadera (derecha de la imagen, en un plano superior). **Fuente:** Servicio de Imagenología, Clínica Integral de Rancagua.

Figura 2. Angiotomografía axial computarizada de tórax con corte longitudinal a nivel paravertebral izquierdo.



En esta imagen se puede ver el flap de disección aórtica tipo A en toda su longitud. Note cómo el plano de disección permite diferenciar la luz verdadera (anterior) de la falsa (posterior). Observe, además, el compromiso del tronco arterial braquiocefálico y la carótida común. **Fuente:** Servicio de Imagenología, Clínica Integral de Ranagua.

Se iniciaron estudios complementarios que informaron una ecocardiografía sin alteraciones estructurales y función sistólica normal, test de esfuerzo sin signos de isquemia, test Holter de presión arterial en rangos normales, test Holter de arritmias con extrasistolía ventricular monomorfa aislada, test de HOMA y perfil lipídico normales, homocisteinemia en 13,4 micromoles por litro, glicemia 93,0 microgramos por decilitro y catecolaminas en orina y renina plasmática dentro de límites normales. De este modo, se inició manejo con bisoprolol y amlodipino, logrando buena adherencia farmacológica y una adecuada respuesta clínica. Luego de dos meses de tratamiento, el paciente refirió cese del dolor en pierna izquierda durante la marcha junto con mejoría en su calidad de vida.

Discusión

La disección aórtica Stanford A es un cuadro de importante gravedad que requiere cirugía de urgencia dada su alta mortalidad. Entre sus manifestaciones clínicas, el dolor torácico se considera el síntoma cardinal dada su alta frecuencia, presentándose en el 84,4% de los casos^{5,6}. Éste se describe como un dolor ventral de tipo penetrante, intenso, súbito, en ocasiones opresivo, que puede irradiarse a cuello, mandíbula, brazos, zona dorsal e interescapular, abdomen, pelvis y raíz de los muslos, y que no cede a la analgesia habitual. No obstante, existen situaciones que por su ambigüedad clínica retrasan el diagnóstico. Entre estas destacan el dolor abdominal aislado (30%), el dolor migratorio (19%) y la inexistencia de dolor, siendo esta última reemplazada por otros eventos debutantes como síncope (13%), ausencia de pulsos (30%), insuficiencia cardíaca congestiva (20%), hipertensión (45%), hipotensión arterial (18%), shock cardiogénico (18%), taponamiento cardíaco (18%), déficit neurológico focal (12%), accidente vascular cerebral (11%), ataque isquémico transitorio (20%)^{5,6}, fiebre de origen desconocido y/o muerte súbita (4%)⁷. Estas situaciones determinan un desafío clínico para el médico, ya que definen una mayor morbimortalidad en el paciente.

Cabe destacar que la sospecha clínica de disección aórtica puede basarse en la presencia de factores de riesgo, entre los cuales el más frecuente es la hipertensión arterial (77,8%)⁷. Ésta produce un engrosamiento de la túnica íntima, fibrosis, calcificación y depósito extracelular de ácidos grasos. En respuesta a ello, la matriz extracelular experimenta degradación acelerada, apoptosis y elastólisis con ruptura final de esta túnica. Además de la hipertensión arterial, otros factores de riesgos importantes a destacar son el sexo masculino (66,9%), raza blanca (86,4%), tabaquismo (38,9%), aterosclerosis (26,5%), obesidad (11,1%), entre otros⁸.

En relación al caso presentado, se planteó como primera sospecha diagnóstica un síndrome coronario agudo debido a la presencia de dolor torácico. Sin embargo, el electrocardiograma normal y los biomarcadores cardíacos negativos descartaron esta hipótesis. Considerando que el dolor torácico con irradiación a dorso es un síntoma sensible para cuadros de disección aórtica, el carácter opresivo no suele ser una manifestación frecuente, por tanto, se descartó como un posible escenario. A pesar de esto, existen pacientes en los que puede estar presente, por lo cual siempre se aconseja la realización de un examen físico exhaustivo que brinde una mejor orientación al diagnóstico^{5,6}. En este caso, el examen físico no mostró presencia de elementos que se asociaran a los síndromes aórticos agudos; como la hipertensión o hipotensión arterial, déficits neurológicos focales, diferencia en amplitud de pulso en extremidades superiores e inferiores, entre otros, evolucionando con la clínica abdominal y el trastorno de la marcha descrito anteriormente. Esto condujo al descarte equivoco del diagnóstico de síndrome aórtico agudo, impidiendo con ello la oportunidad de un manejo oportuno.

Reportes de casos recientes plantean considerar la clínica abdominal como un punto a evaluar en los pacientes con síndromes aórticos agudos, recordando que éste es un síntoma que suele estar presente en un tercio de estos pacientes. Incluso, se ha sugerido considerar el dolor torácico reproducido tras la palpación abdominal profunda como un signo posiblemente específico de la patología aórtica aguda⁹. Sin embargo, no existe evidencia suficiente que lo respalde para considerarlo un signo orientador.

En cuanto al manejo, es llamativo que el manejo médico bastara para alcanzar estabilidad en los síntomas, sobre todo si se considera que no se intentó manejo quirúrgico ante la mala perfusión iliaca, donde suele aconsejarse la intervención vascular¹⁰. Se ha descrito que en ausencia de tratamiento quirúrgico inmediato y contando solo con tratamiento médico, existe una mortalidad a las 24 horas de 20%, a las 48 horas de 30%, a los siete días de 40% y a los 30 días de 50%¹¹, siendo las causas más frecuentes la ruptura aórtica por taponamiento cardíaco (41,6%) y la isquemia visceral (13,9%)¹². En el caso expuesto no se registraron estas complicaciones, logrando una supervivencia manejable sin tratamiento quirúrgico, en proceso a la cronicidad.

Conclusión

Se presentó un caso clínico considerado como un cuadro atípico de disección aórtica, dada la baja especificidad de sus manifestaciones clínicas y hallazgos físicos, que llevó a un estudio clínico poco apropiado. En este cuadro, el diagnóstico oportuno y precoz definió un

pronóstico favorecedor considerando el alto riesgo vital y la mortalidad de los síndromes aórticos agudos.

Por lo tanto, plantear la posibilidad de ofrecer estudios complementarios más accesibles y de bajo costo, junto con tener en cuenta las presentaciones atípicas de este síndrome, podría ofrecer un cambio significativo en el pronóstico y la supervivencia de los pacientes con manifestaciones atípicas, en contexto de una enfermedad cuya morbimortalidad siguen siendo altas y dependientes de un manejo quirúrgico oportuno.

Notas

Roles de autoría y contribución

BAAR: Investigación, conceptualización, escritura del artículo, revisión crítica de sus aspectos intelectuales y edición. MWSF: Investigación, escritura del artículo, revisión crítica de sus aspectos intelectuales y edición. RICB: Investigación, escritura del artículo y edición. PARH: Investigación. IORA: Investigación. HASG: Supervisión general y aprobación final de la versión completa.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la señorita E. Jocelyn del Carmen Vargas Urra, por sus sugerencias y puntos de vista de aspectos intelectuales.

Aspectos éticos

El consentimiento informado solicitado por *Medwave*, ha sido firmado por el paciente; una copia de este fue remitido a la dirección editorial de la revista.

Financiamiento

Los autores declaran que no hubo fuentes de financiación externas.

Conflictos de interés

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del reporte; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. Los formularios pueden ser solicitados contactando al autor responsable o a la dirección editorial de la *Revista*.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la señorita Jocelyn del Carmen Vargas Urra (Enfermera), por sus sugerencias y puntos de vista en la realización de este artículo.

Referencias

1. Baliyan V, Parakh A, Prabhakar AM, Hedgire S. Acute aortic syndromes and aortic emergencies. *Cardiovasc Diagn Ther*. 2018 Apr;8(Suppl 1):S82-S96. | CrossRef | PubMed |
2. Cochenec F, Marzelle J. [Acute aortic syndromes]. *Presse Med*. 2018 Feb;47(2):140-152. | CrossRef | PubMed |
3. Vincentelli A, Juthier F, Banfi C, Prat A. [Classification and etiology of acute aortic syndromes]. *Presse Med*. 2011 Jan;40(1 Pt 1):28-33. | CrossRef | PubMed |
4. Yildiz M, Oksen D, Behnes M, Akin I. Contribution and Value of Biomarkers in Acute Aortic Syndromes. *Curr Pharm Biotechnol*. 2017;18(6):495-498. | CrossRef | PubMed |
5. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, Bruckman D, Karavite DJ, Russman PL, et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease. *JAMA*. 2000 Feb 16;283(7):897-903. | PubMed |
6. Mussa FF, Horton JD, Moridzadeh R, Nicholson J, Trimarchi S, Eagle KA. Acute Aortic Dissection and Intramural Hematoma: A Systematic Review. *JAMA*. 2016 Aug 16;316(7):754-63. | CrossRef | PubMed |
7. Bagnall RD, Weintraub RG, Ingles J, Dufloy J, Yeates L, Lam L, et al. A Prospective Study of Sudden Cardiac Death among Children and Young Adults. *N Engl J Med*. 2016 Jun 23;374(25):2441-52. | CrossRef | PubMed |
8. Evangelista A, Isselbacher EM, Bossone E, Gleason TG, Eusanio MD, Sechtem U, et al. Insights From the International Registry of Acute Aortic Dissection: A 20-Year Experience of Collaborative Clinical Research. *Circulation*. 2018 Apr 24;137(17):1846-1860. | CrossRef | PubMed |
9. Meredith T, Jain P, Feneley M. Pushing beyond the limit: a novel clinical sign of thoracic aortic dissection. *BMJ Case Rep*. 2017 Nov 21;2017. pii: bcr-2017-221653. | CrossRef | PubMed |
10. Lee JH, Choi JH, Kim EJ. Acute Type A Aortic Dissection with Iliac Malperfusion in a Patient with Scimitar Syndrome. *Int Heart J*. 2018 Jan 27;59(1):220-222. | CrossRef | PubMed |
11. Lee TC, Kon Z, Cheema FH, Grau-Sepulveda MV, Englum B, Kim S, Chaudhuri PS, et al. Contemporary management and outcomes of acute type A aortic dissection: An analysis of the STS adult cardiac surgery database. *J Card Surg*. 2018 Jan;33(1):7-18. | CrossRef | PubMed |
12. Li J, Guan X, Gong M, Wang X, Zhang H. Iatrogenic acute aortic dissection induced by off-pump coronary artery bypass grafting: A case report and review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 2017 Dec;96(51):e9206. | CrossRef | PubMed |

Correspondencia a

Pasaje Santos Rossi 1416
Renca
Santiago
Chile
P: 8640000



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.