



Paciente con aneurisma disecante de aorta con dolor atípico y síntomas constitucionales

Patient with dissecting aortic aneurysm with atypical pain and constitutional symptoms

Juan Manuel Giraldo-Santacoloma,* Luz Karime García,** Alejandra Palacios-Rodríguez.***

RESUMEN

La disección aórtica es una de las enfermedades más letales en la medicina. El perfil de presentación primaria más frecuente de la disección aórtica en la sala de emergencias es un adulto masculino, con hipertensión y dolor torácico de inicio súbito, y el diagnóstico más común es el síndrome coronario agudo. La isquemia miocárdica tiene las ventajas diagnósticas de estimación de electrocardiograma y troponina, lo que permite la estratificación del riesgo y el tratamiento de emergencia. La disección aórtica no tiene herramientas disponibles rápidamente. Se presentó el caso de un paciente con diagnóstico de aneurisma disecante de la aorta torácica, que ingresó en este centro con un cuadro clínico de dolor precordial opresivo con diaforesis profusa e hiperémesis. Por dicha presentación atípica de dolor, se revisó el tema del síndrome aórtico agudo, se propone un protocolo y un biomarcador para su diagnóstico.

Palabras clave: disección aórtica, dolor torácico atípico, tomografía axial computarizada.

ABSTRACT

Aortic dissection is one of the most lethal diseases in medicine. The most frequent primary presentation profile of aortic dissection to the emergency room is a male adult, with hypertension and sudden onset of chest pain, and the most common diagnosis is acute coronary syndrome. Myocardial ischemia has the diagnostic advantages of electrocardiogram and troponin estimation, which allows stratification of risk and emergency treatment. Aortic dissection does not have tools available quickly. We present the case of a patient diagnosed with a dissecting aneurysm of the thoracic aorta, who entered the center with a clinical picture of oppressive precordial pain with profuse diaphoresis and hyperemesis. Due to this atypical presentation of pain, the topic of acute aortic syndrome was reviewed, a protocol and a biomarker are proposed for its diagnosis.

Key words: aortic dissection, atypical chest pain, computed axial tomography.

INTRODUCCIÓN

El síndrome aórtico (dolor aórtico) incluye la disección aórtica (DA), el hematoma intramural (HI), la úlcera aórtica penetrante sintomática y los aneurismas dolorosos. La DA consiste en la separación de la capa media de la pared aórtica en la que penetra sangre procedente de la aorta, con lo que se establece una falsa luz que puede comprimir la luz verdadera del vaso. Alrededor del 95% de las roturas ocurren en la aorta ascendente, distal a la válvula aórtica. Los factores predisponentes más frecuentes son: hipertensión (72%) y aterosclerosis (31%),¹ sin dejar atrás otros factores de riesgo como los antecedentes familiares de muerte súbita (17.6%), la diabetes mellitus tipo II (8.8%), la exposición al tabaco (20.6%) y la dislipidemia (5.9%).²

Presentación clínica: dolor desgarrante de intensidad constante, por lo que se diferencia de dolor secundario a infarto agudo de miocardio. Un dolor retro esternal con

irradiación al cuello es característico de la afectación de la aorta ascendente, mientras que el dolor dorso lumbar orienta hacia una afectación de la aorta torácica descendente. El síncope puede estar causado por el dolor intenso. En función de los vasos afectados, habrá manifestaciones de mala perfusión. Una disección origina una obstrucción dinámica de los troncos supra aórticos, que se puede manifestar con un cuadro de isquemia cerebral y asimetría o ausencia de pulsos en extremidades superiores. Los pulsos femorales pueden estar disminuidos o ser asimétricos. Una obstrucción completa de la bifurcación ilíaca se manifestará como un síndrome Leriche.¹

Posterior a una evaluación clínica detallada, siempre es importante tener en cuenta que los pacientes con DA aguda a menudo tienen cambios electrocardiográficos que son consistentes con la isquemia miocárdica o pueden presentarse con elevación del segmento del electrocardiograma entre la onda S y la T (ST). En un reciente estudio de 233

* Especialista en Medicina de Urgencias, Universidad de Caldas. Caldas, Colombia. Empresa Social del Estado (E.S.E) Hospital San Félix, La Dorada. Caldas, Colombia, 2018.

** Médica general, Universidad de Manizales. Caldas, Colombia. Empresa Social del Estado (E.S.E) Hospital San Félix, La Dorada. Caldas, Colombia, 2018.

*** Estudiante de medicina, Universidad de Manizales. Caldas, Colombia.

pacientes en Estados Unidos, con diagnóstico de Stanford Disección aortica Stanford tipo A, aproximadamente el 50% de los pacientes tenían cambios del segmento ST-T (cuatro por ciento con elevación del ST, 47% con ST depresión y/o ondas T negativas). Los pacientes en este estudio con cambios en la onda ST-T tenían una peor condición clínica y una mayor mortalidad posterior, en comparación con los pacientes que no tenían cambios significativos ST-T.³

El objetivo de la terapia médica en el paciente con DA es reducir la frecuencia y magnitud de la fuerza que ejerce el flujo de sangre en la pared aórtica, además del control de los síntomas. Los pacientes con DA pueden tener dolor y ansiedad severa, con respuesta de producción de catecolaminas que socava directamente los objetivos del tratamiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 52 años con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), quien consulta por presentar cuadro clínico de una hora de evolución, consistente en dolor torácico opresivo sin irradiación, el cual se exacerba con los movimientos, no mejora con el reposo. Refiere que el dolor inició posterior a una maniobra de Valsalva, al hacer deposición, por lo cual acude al servicio de urgencias.

Examen físico: signos vitales PA: 190/100, FC:126 lpm, SATO₂: 98%, temperatura ambiente: 36°C. Al momento del ingreso el paciente se encuentra álgico, con diaforesis, glucometría de 152 mg/dl. Se toma inmediatamente electrocardiograma: ritmo sinusal, FC de 70 lpm, aplanamiento de onda T en d1 y v6.

Paciente ansioso, diaforético, con palidez, normocéfalo, mucosas semi secas, tórax simétrico normo expansible sin retracciones, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios: murmullo vesicular presente sin agregados. **Abdomen:** peristaltismo positivo, blando no doloroso la palpación, sin signos de irritación peritoneal, puño percusión bilateral negativa, signo de Murphy negativo. Extremidades eutróficas, no edema, pulsos distales presentes, llenado capilar < 2 s, Glasgow 15/15, orientado en tiempo persona y espacio, sin déficit de pares craneales ni signos meníngeos, no focalización fuerza 5/5 rot +++/+++ , sin reflejos patológicos, marcha sin alteración. Se interpretó el cuadro como “angina hipertensiva”.

Reporte de paraclínicos al ingreso

Creatinina: 1.04 mg/dl, nitrógeno ureico: 13.6 mg/dl, urea: 29.1 mg/dl, recuento de leucocitos: 14,500/μl, plaquetas: 290,000/μl, hemoglobina: 14.1 g/dl y un electrocardiograma con aplanamiento de la onda T en d1 avl v6: dos troponinas cualitativas negativas, radiografía de tórax impresiona ensanchamiento mediastinal. (**Figura 1**)

DISCUSIÓN

La DA es una de las enfermedades más letales en la medicina, con una mortalidad del uno por ciento por hora, y tiene terapias médicas contemporizadoras efectivas y una

cura quirúrgica. DA es, por lo tanto, uno de los trastornos de mayor interés para los médicos de urgencias; sin embargo, no se diagnostica en su presentación inicial hasta en la mitad de los casos.⁴ Los estudios han demostrado que posiblemente del 16 al 38% de los pacientes con DA se diagnosticaron erróneamente en el servicio de urgencias,⁵ incluso se estableció por primera vez en el examen *post mortem* en hasta 28% de pacientes.⁶

Un análisis anticipado reciente demostró la incidencia de la disección aórtica aguda en seis por cada 100,000 personas. El análisis del IRAD (registro internacional de disecciones aórticas agudas) reportó una edad media en la presentación de 63 años y una prevalencia masculina de 65%.⁷

El perfil de presentación primaria más frecuente del DA a la sala de emergencias es un anciano masculino, con hipertensión y dolor torácico de inicio súbito, y el diagnóstico diferencial más común es el síndrome coronario agudo. La isquemia miocárdica tiene las ventajas diagnósticas de la realización de electrocardiograma (ECG) y troponina, lo que permite la estratificación del riesgo y el tratamiento de emergencia. DA no tiene tales herramientas de diagnóstico disponibles rápidamente.⁸

Es de tener en cuenta que aunque el dolor torácico es el síntoma presente más común, un estudio encontró que de los sujetos en urgencias diagnosticados con DA, más de 40% no manifestaron dolor torácico en la presentación.⁹ Otros signos y síntomas incluyen déficit de pulso (30%), síntomas neurológicos focales (17%), síncope y debilidad en las piernas. La insuficiencia aórtica de nuevo, el derrame pleural y la isquemia miocárdica evidenciada por cambios electrocardiográficos o elevación de las enzimas cardiacas son indicativos de disección proximal. Los síntomas constitucionales son a menudo marcados e incluyen náusea, diaforesis, y (clásico) la aprehensión extrema con un sentido de la fatalidad inminente.⁴

Respecto al electrocardiograma, es anormal en el 69 % con cambios inespecíficos y los rayos x de tórax son anormales en el 80 % con ensanchamiento mediastinal. En general, el 16% de los pacientes tienen derrame pleural secundario a hemorragia o por irritación.

La presentación atípica viene siendo reportada con frecuencia en la literatura: síndrome coronario agudo,¹⁰ edema pulmonar agudo,¹¹ histeria,¹² embarazo con dolor abdominal agudo,¹³ ureterolitiasis,¹⁴ dolor abdominal,¹⁵ síntomas torácicos y abdominales crónicos,¹⁶ debilidad en el miembro superior derecho,¹⁷ y debilidad en la extremidad inferior izquierda.¹

En la búsqueda de factores de riesgo para pasar por alto la disección aortica en el departamento de emergencias, un estudio concluyó que no lo fueron la edad, el sexo, ni un antecedente de hipertensión. Los factores que más significativamente influyeron en pasar por alto el diagnóstico fueron la ausencia de un déficit de pulso y la ausencia de mediastino ensanchado en la radiografía de tórax (18).

Como una ayuda en el ejercicio diagnóstico de la DA, en 2010 la Fundación *American College of Cardiology (ACC)* y la *American Heart Association (AHA)* publicaron una propuesta en el diagnóstico y la gestión de pacientes con enfermedad aórtica torácica, incluyendo la disección

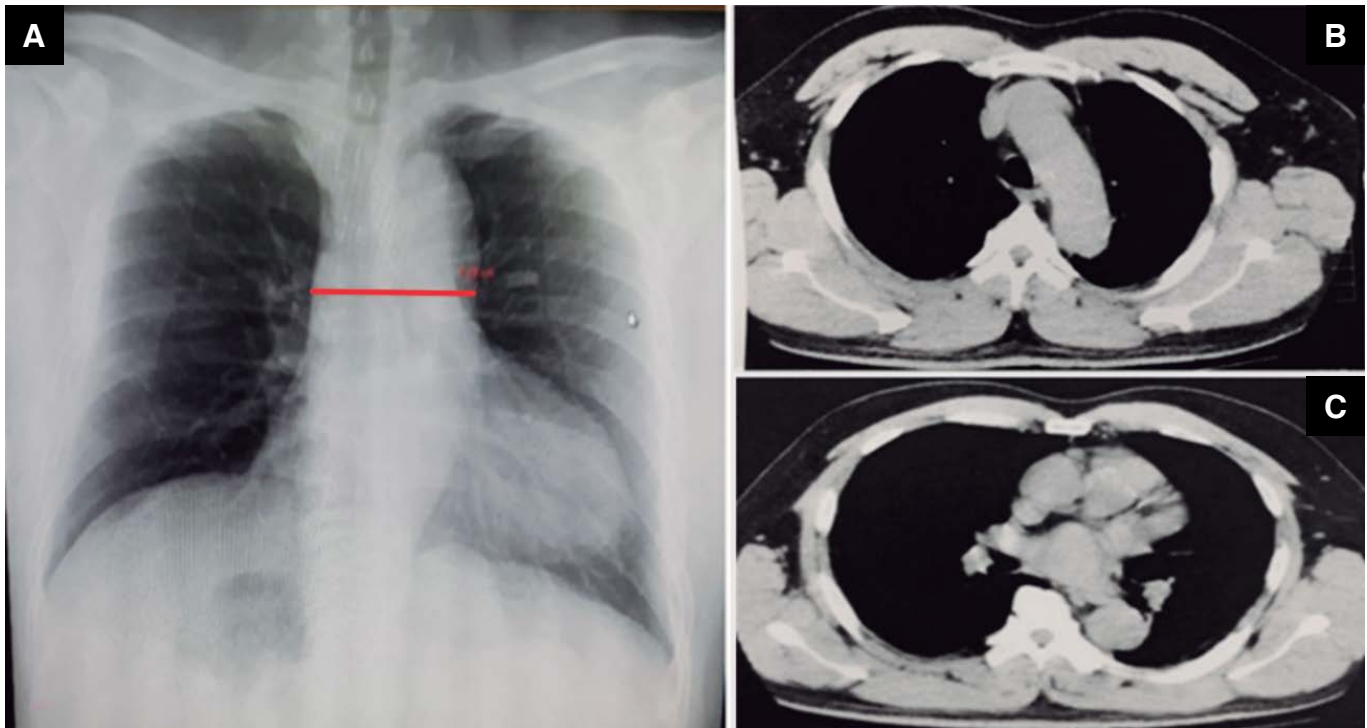


Figura 1. Radiografía AP de tórax que concluye: **a)** cardiomegalia leve sin falla cardiaca. Tomografía axial computada: **b)** signos de disección del cayado de la aorta y **c)** de la aorta torácica descendente.

aortica. Este documento propone un protocolo de evaluación que guía para decidir qué pacientes requieren una imagen avanzada para excluir la enfermedad. Los marcadores del riesgo del aneurisma disecante incluyen: los antecedentes del paciente, la enfermedad actual, y el examen físico (**cuadro 1**).

Los pacientes con marcadores de riesgo de más de 1 categoría de riesgo se clasifican como de alto riesgo y se supone que tienen disección aortica hasta que se pruebe lo contrario. Los pacientes con marcadores de riesgo de 1 categoría son de riesgo intermedio y deben realizarse imágenes aórticas rápidas. Finalmente, los pacientes sin marcadores del riesgo requieren solamente proyección de imagen aórtica si no se identifica ningún otro diagnóstico alternativo y el paciente tiene hipotensión inexplicada o mediastino ensanchado en la radiografía de tórax. Los autores de este protocolo de evaluación de la ACC/AHA le encontraron una sensibilidad de 95%, uno de cada 23 pacientes diagnosticados con DA tenían cero marcadores de riesgo. En una validación externa; sin embargo, en esta cohorte, uno de cada 11 sujetos contenían marcadores de cero riesgos, y los sujetos con cinco marcadores de riesgo todavía eran tan propensos a no tener estenosis aortica como para tener la enfermedad.

Este protocolo de la ACC/AHA puede, por tanto, ser utilizado para ayudar en la decisión de la imagen, pero la ausencia de marcadores de riesgo no excluye la enfer-

Cuadro 1. Marcadores de alto riesgo de disección aortica según el Colegio Americano de Cardiología y Asociación Americana del Corazón.

Marcadores de alto riesgo de disección aórtica
Condiciones de alto riesgo
Síndrome de Marfan Historia familiar enfermedad aórtica Enfermedad aórtica conocida Reciente manipulación aórtica aneurisma aórtico torácico de alto riesgo
Características del dolor de alto riesgo
Dolor en el pecho, la espalda o el abdomen, descrito como cualquiera de los siguientes: Intensidad severa Inicio abrupto Sensación de desgarro
Características de examen físico de alto riesgo
Evidencia de déficit de perfusión Déficit neurológico focal (junto con dolor) Diferencial de presión arterial sistólica Déficit de pulso Murmullo de insuficiencia aórtica (nueva y con dolor) Hipotensión o estado de shock

medad y la presencia de marcadores de riesgo no exige la proyección de imágenes aórticas. Factores específicos para tener en cuenta en la decisión incluyen los resultados de las pruebas auxiliares y la probabilidad de un diagnóstico alternativo, la probabilidad de afectación por imágenes avanzadas (radiación), la opción quirúrgica si se hace el diagnóstico, y las preferencias del paciente.⁴

En la búsqueda de biomarcadores disponibles para el diagnóstico de disección aórtica se ha encontrado que los niveles de dímero D tienen una excelente sensibilidad para detección de DA y podrían usarse para clasificar a los pacientes hacia imágenes definitivas para el diagnóstico de DA incluso en presencia de positividad de troponina.⁸

El retraso en el diagnóstico y el tratamiento pueden ser fatales. Es por lo tanto importante tener presente la DA como un diagnóstico diferencial, incluso cuando los pacientes se presentan con síntomas lo suficientemente leves que les permita caminar hacia la sala de emergencias.⁵

REFERENCIAS

1. Kanjanauthai S, Kanluen T. Painless Acute Aortic Dissection Presenting as Left Lower Extremity Weakness and Numbness. *Hear Lung Circ*. 2009; 18(2): 133-35.
2. Monzó-Blasco A, Alpañez-Carrascosa N, Salvador-Martínez MC, Sancho-Jiménez J, Amorós-Comes D, Colorado-Casado-de-Amezúa A, Presentación-Blasco C. Muerte súbita por disección aórtica. *CorSalud* 2017; 9(4): 229-35.
3. Foy AJ, Filippone L. Chest Pain Evaluation in the Emergency Department. *Med Clin North Am* 2015; 99(4): 835-47.
4. Strayer RJ. Thoracic Aortic Syndromes. *Emerg Med Clin North Am* 2017; 35(4): 713-25.
5. Kurabayashi M, Miwa N, Ueshima D, Sugiyama K, Yoshimura K, Shimura T, Aoyagi H, Azegami K, Okishige K, Isobe M. Factors leading to failure to diagnose acute aortic dissection in the emergency room. *J Cardiol* 2011; 58(3): 287-93.
6. Tsai TT, Trimarchi S, Nienaber CA. Acute Aortic Dissection: Perspectives from the International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2009; 37(2): 149-59.
7. Chow SCY, Wong RHL, Underwood MJ. Acute Aortic Syndrome. En: *New Approaches to Aortic Diseases from Valve to Abdominal Bifurcation*. Elsevier Inc.; 2018. 479-489 p.
8. Ranasinghe AM, Bonser RS. Biomarkers in acute aortic dissection and other aortic syndromes. *J Am Coll Cardiol* 2010; 56(19): 1535-41.
9. Fan KL, Leung LP. Clinical profile of patients of acute aortic dissection presenting to an emergency department without chest pain. *Am J Emerg Med* 2017; 35(4): 599-601.
10. Zhu QY, Tai S, Tang L, Peng W, Zhou SH, Liu ZG, Hu XQ. STEMI could be the primary presentation of acute aortic dissection. *Am J Emerg Med*. 2017; 35(11): 1713-17.
11. Lien WC, Wang CH, Chang WT, Hsu R Bin, Chen WJ. Aortic dissection presenting with acute pulmonary edema. *Am J Emerg Med* 2018; 36(7): 1323.e7-1323.e9.
12. Witsch T, Stephan A, Hederer P, Busch HJ, Witsch J. Aortic Dissection Presenting as "Hysteria." *J Emerg Med* 2015; 49(5): 627-29.
13. Lee SH, Ryu S, Choi SW, Kim HJ, Kang TK, Chan Oh S, *et al*. Acute Type A Aortic Dissection in a 37-Week Pregnant Patient: An Unusual Clinical Presentation. *J Emerg Med* 2017; 52(4): 565-68.
14. Tai HCH, Chen WL. Acute aortic dissection mimicking as ureteral calculus. *J Acute Med* 2016; 6(3): 61-63.
15. Lo CH, Chen CC, Hsueh CW, Chin HK, Feng NH. Aortic dissection mimics acute abdomen in an older patient. *Int J Gerontol* 2012; 6(2): 140-43.
16. Landman AB, Torbati SS. Chronic aortic dissection in a young adult. *J Emerg Med* 2012; 42(5): e105-8.
17. Liu KT, Chan HM, Lin TJ. Painless aortic dissection with initial symptom of right upper extremity weakness: a case report. *Kaohsiung J Med Sci* 2007; 23(1): 45-49.
18. Chua M, Ibrahim I, Neo X, Sorokin V, Shen L, Ooi SBS. Acute aortic dissection in the ED: Risk factors and predictors for missed diagnosis. *Am J Emerg Med* 2012; 30(8): 1622-26.