

Hospital Universitario Clínicoquirúrgico "Gustavo Aldereguía Lima"  
Cienfuegos

## DISECCIÓN AÓRTICA. ESTUDIO EN UN DECENIO (1987-1997)

*Dra. Magalys Olivert Cruz, Dr. Ángel Julio Romero Cabrera, Dr. Rubén Bembibre Taboada y Dr. José Bermúdez López*

### RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes a quienes se practicó disección aórtica en un período de 10 años (n = 55) para conocer los factores en el comportamiento de esta entidad y la tendencia de la mortalidad. Se revisaron los expedientes clínicos y los protocolos de necropsia en los que se emitió el diagnóstico anatomopatológico. Se constató predominio del sexo masculino, raza blanca, la edad media de 76,32 años, el antecedente de hipertensión arterial en 63,63 % y la hipertrofia ventricular izquierda en 74,54 %. Se corroboró que el diagnóstico al ingreso sólo se realizó en el 18,18 % y los síntomas fundamentales fueron dolor, disnea y pérdida de la conciencia. Se verificó la rotura en 34 casos y existió una tendencia creciente de la mortalidad. Se expresaron los principales resultados en tablas y se aplicó la media, la desviación estándar y las tasas para el análisis de los resultados.

*Descriptores DeCS:* EPIDEMIOLOGIA DESCRIPTIVA; ESTUDIOS RETROSPECTIVOS; HIPERTENSION/complicaciones; HIPERTENSION/mortalidad; HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA/complicaciones; HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA/mortalidad; FACTORES DE RIESGO; DISECCION; AORTOPATIAS/patología; AORTOPATIAS/ mortalidad.

La disección aórtica, inapropiadamente denominada aneurisma disecante, es la condición producida por la penetración de la sangre circulante en la capa media de dicha arteria, más específicamente, entre los dos tercios externos y el tercio interno de dicha capa y que puede o no, asociarse a un desgarro de la íntima.<sup>1</sup>

Esta entidad está muy estrechamente ligada a la hipertensión arterial, que constituye su marcador de riesgo más importante y otras enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) que tienen repercusión sobre la masa miocárdica de forma

directa e indirecta, así como sobre diferentes órganos y sistemas.<sup>2-6</sup> Se postula que en los países donde el control de la hipertensión arterial es más efectivo ha disminuido la incidencia de disección aórtica y otras, por lo que este indicador podría medir indirectamente el grado de "buen control" de la hipertensión.<sup>7,8</sup>

Decidimos realizar el presente estudio clínico-patológico de 55 pacientes fallecidos con disección aórtica comprendidos entre los años 1987 y 1997 (incluye ambos), con el propósito de analizar variables de interés en su desarrollo y la ten-

dencia de la mortalidad por esta condición en el período estudiado.

## MÉTODOS

Revisamos las historias clínicas y los protocolos de necropsia de los 55 pacientes fallecidos con disección aórtica en el Hospital "Gustavo Aldereguía Lima" en el período comprendido entre el 1 de enero de 1987 y el 1 de enero de 1998. Analizamos variables de interés como: edad, sexo, raza, antecedentes de hipertensión arterial, clasificación de la disección, presencia o no de hipertrofia ventricular izquierda como signo morfológico macroscópico de hipertensión, diagnóstico clínico al ingreso, síntoma principal de presentación y rotura o no de la disección. Asimismo, determinamos la tendencia de la mortalidad hospitalaria por dicha entidad en el período estudiado.

Para clasificar la disección utilizamos la clasificación de De Bakey y la de Stanford:<sup>9</sup>

### CLASIFICACIÓN DE BAKEY

Tipo 1: Disección que abarca toda la aorta e incluso puede extenderse a sus ramas colaterales principales y terminales.

Tipo II: Disección limitada a la aorta torácica ascendente.

Tipo III: Disección limitada a la aorta descendente.

### CLASIFICACIÓN DE STANFORD

Tipo A proximal

- La rotura de la íntima está justamente después de la válvula aórtica. Aorta ascendente y descendente.

Tipo B distal

- El sitio de rotura está después de la arteria subclavia izquierda. Desde el cayado hasta la descendente, no la ascendente.

Consideramos como hipertrofia ventricular izquierda, un grosor de la pared libre del ventrículo izquierdo  $\geq$  a 1,5 cm.

Calculamos las tasas de mortalidad hospitalaria por la fórmula:

$$\text{Tasa de mortalidad hospitalaria} = \frac{\text{n de disecciones en un año}}{\text{n de ingresos en un año}} \times 100$$

Presentamos los resultados en tablas y los expresamos en números absolutos, porcentajes, media, desviación estándar y tasas.

## RESULTADOS

De los 55 pacientes estudiados hubo predominio del sexo masculino con 35 casos y mayor reporte de la raza blanca con 39 (70,9 %) y 16 (29,2 %) fueron negros. La edad presentó una media con 76,32 DE  $\pm$  11,61. El antecedente de hipertensión arterial existía en 35 pacientes (63,63 %) no así en 20 casos (36,37 %). En la tabla 1 se observa la distribución según las clasificaciones. La hipertrofia ventricular izquierda se constató en 41 casos (74,54 %). El diagnóstico clínico al ingreso se realizó en 10 pacientes (18,18 %) (tabla 2).

Los síntomas fundamentales de presentación fueron el dolor en 38 (69,09 %), la disnea en 14 (25,45 %) y la pérdida de la conciencia en 5 (9,09 %). Se determinó rotura en 34 casos, no en 11 y en 9 no se precisó. En los casos de rotura, 25 fueron a pericardio, 7 a pleura, 1 a peritoneo y 1 no precisado. La tendencia de mortalidad hospitalaria se refleja en la tabla 3 y en la figura.

TABLA 1. Distribución según clasificación de la disección

Clasificación de De Bakey		
Tipo	No.	(%)
I	9	(16,36)
II	35	(63,63)
III	11	(20)
Clasificación de Stanford		
Tipo	No.	(%)
A	44	(80)
B	11	(20)

Fuente: Historias clínicas y protocolos de necropsias.

TABLA 2. Diagnóstico clínico al ingreso

Diagnóstico	No.	(%)
Infarto agudo del miocardio	16	(29,09)
Disección aórtica	10	(18,18)
Insuficiencia cardíaca	6	(10,90)
Otras formas de cardiopatía isquémica	5	(9,09)
Enfermedad cerebrovascular	5	(9,09)
Neumonía	2	(3,63)
Infección renal crónica terminal	2	(3,63)
Muerte súbita	1	(1,81)
Síndrome de Leriche	1	(1,81)
Trombosis mesentérica	1	(1,81)
Emergencia hipertensiva	1	(1,81)

Fuente: Historias clínicas.

TABLA 3. Tendencia de la mortalidad hospitalaria

Año	1987	1988	1989	1990	1991	
Disecciones aórticas (n)	5	4	3	8	5	
Ingresos hospitalarios (n)	18 499	19 116	18 500	17 829	16 080	
Tasa	0,02	0,02	0,016	0,044	0,03	
	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Disecciones aórticas (n)	2	4	4	4	6	10
Ingresos hospitalarios (n)	14 154	14 862	13 276	13 748	15 696	15 634
Tasa	0,014	0,026	0,03	0,029	0,038	0,063

Fuente: Historias clínicas, protocolos de necropsias, estadísticas Hospital Clínicoquirúrgico "Gustavo Aldereguía Lima".

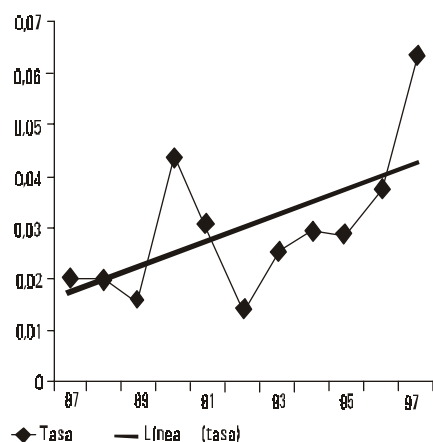


FIG. Tendencia de la mortalidad hospitalaria

## DISCUSIÓN

En nuestra serie, la disección resultó ser una enfermedad geriátrica con una edad de  $76,32 \pm 11,61$  años lo cual es explicable por las condiciones anatómicas propias de la aorta que pueden condicionarla así como el efecto acumulativo de los marcadores de riesgo que propician su presencia a medida que se envejece. El predominio en los pacientes del sexo masculino y la raza blanca es condicionado por las características demográficas predominantes en el territorio objeto de análisis donde es más

manifiesto este sexo y raza sin existir particularidad al respecto en cuanto a predisposición. La presencia de antecedente de hipertensión arterial y la constatación de hipertrofia ventricular izquierda como su signo morfológico macroscópico es señalada por otros autores.<sup>2-4</sup>

Los tipos II y A de las diferentes clasificaciones fueron los predominantes en nuestra serie.

Los síntomas clínicos se correspondieron con las manifestaciones de esta entidad, pero fue diagnosticada correctamente en sólo 10 pacientes (18,18 %) y fue confundida principalmente con infarto de miocardio agudo, insuficiencia cardíaca, otras formas de cardiopatía isquémica,

enfermedad cerebrovascular y otras, fundamentalmente por la no sospecha de ésta y sí de otras entidades que presentan similar cuadro clínico, esto es explicable por la mayor frecuencia de estas últimas entidades.<sup>5,6</sup>

La presencia de rotura en un porcentaje elevado de la serie se explica como complicaciones señaladas en otros estudios y derivadas de la fisiopatología y los desórdenes anatómicos que se producen en la enfermedad objeto de análisis. Las tasas oscilaron y se encontró una tendencia creciente de la mortalidad hospitalaria por esta enfermedad lo que puede estar asociado a un inadecuado control de la hipertensión arterial.

## SUMMARY

A retrospective descriptive study of all the patients who underwent aortic dissection in a ten-year period (n=55) was conducted to find out the factors affecting the behavior of such disease and the mortality tendencies. Medical records and necropsy protocols which showed the anatomical and pathological diagnosis were reviewed. The predominance of male sex, white race, mean age of 76.32 years and a history of high blood pressure in 63.63% and of left ventricular hypertrophy in 74.54% of cases were confirmed. It was also observed that diagnosis on admission was only made in 18.18% of cases and the main symptoms were pain, dyspnea and loss of consciousness. Aortic rupture was verified in 34 cases, with increasing mortality tendency. The main results were shown in tables whereas mean, standard bias and rates were used for the analysis of results.

*Subject headings:* DESCRIPTIVE EPIDEMIOLOGY; RETROSPECTIVE STUDIES; HYPERTENSION/complications; HYPERTENSION/mortality; HYPERTROPHY, LEFT VENTRICULAR/ complications; HYPERTROPHY, LEFT VENTRICULAR/mortality; RISK FACTORS; DISSECTION; AORTOPATHIES/pathology; AORTOPATHIES/mortality.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zabalgoitia M, O'Rourke RA. Diseases of the aorta. En: Stein JH. Internal Medicine. 4 ed St Louis: Mosby, 1994:285-92.
2. Ganau A, Devereux R, Roman M. Patterns of left ventricular hypertrophy and geometric remodeling in essential hypertension. J Am Coll Cardiol 1992;19:1550-8.
3. Reichnek N. Patterns of left ventricular response in essential hypertension [editorial] J Am Coll Cardiol 1992;19:1559-60.
4. Flores J, Pérez Caballero MD, Dueñas M, Parrilla Delgado M. Hipertensión arterial sistémica: modificaciones anatomofuncionales del ventrículo izquierdo. Rev Cubana Med 1990;29(1):38-49.
5. Julius S, Jamerson K, Mejia A. The association of borderline hypertension with target organ changes and higher risk. Tecumseh Blood Pressure Study. JAMA 1990;264:356-8.
6. MacMahon S, Peto R, Cutler J. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part 1. Prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the progression dilution bias 1990;335:765-74.

7. The Fifth Report of the Joint National Committee on detection, evaluation and treatment of high blood pressure. Arch Intern Med 1993;153:154-83.
8. Frohlich ED, Apstein C, Chobanian AV, Devereux RB, Dustan HP, Dzau V. The heart in hypertension. N Engl J Med 1992;327:998-1008.
9. Robbins SL. Vasos sanguíneos. En: Patología estructural y funcional. 3ra ed. 1988:530-2. (Edición Revolucionaria).

Recibido: 20 de abril de 2000. Aprobado: 21 de julio de 2000.

Dra. *Mayalys Olivert Cruz*. Hospital Universitario Clínicoquirúrgico "Gustavo Aldereguía Lima". Avenida 5 de Septiembre y calle 51-A, Cienfuegos, Cuba.