

Disecciones y aneurismas arteriales. Conceptos diferentes, pero no precisamente excluyentes

Arterial aneurysms and dissections. Different, but not exactly exclusive concepts

MsC. Fredy Eladio Torralbas Reverón ¹ y MsC. Jorge Carlos Machín Rodríguez ²

¹ Especialista de II Grado en Cirugía Cardiovascular y de I Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Instructor. Investigador Agregado. Cardiocentro del Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora", Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de II Grado en Cirugía Cardiovascular y de I Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Cardiocentro del Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se analiza sintéticamente y desde una perspectiva histórica, el origen de los términos *aneurisma*, *disección* y *aneurisma disecante*, en tanto se exponen los principales argumentos para no considerarlos justamente excluyentes. Se concluye que si bien debe aceptarse que puede haber disecciones en presencia o no de aneurismas y aneurismas por disección, con disección o sin ella, es preferible reconocerlos con las denominaciones de *aneurisma* o *disección*, según corresponda. Para las situaciones donde se combinan, se sugiere incorporar nuevos vocablos que aclaren su relación causa-efecto y contribuyan a calibrar su gravedad.

Palabras clave: aneurisma, disección, aneurisma disecante

ABSTRACT

The origin of the terms aneurysm, dissection and dissecting aneurysm is analyzed synthetically and from a historical perspective, while setting out the main arguments for not considering them just exclusive. It is concluded that although it should be accepted that there may be dissections in presence or absence of aneurysms and dissecting aneurysms, with dissection or without it, it is preferable to recognize them with the names of aneurysm or dissection, as appropriate. For situations where they are combined, it is suggested to introduce new words to clarify their cause-effect relationship and contribute to gauge their severity.

Key words: aneurysm, dissection, dissecting aneurysm

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la medicina en todos sus aspectos ha obligado a establecer clasificaciones para prácticamente todo cuanto se estudia; pero ello, si bien permite comprender mejor los argumentos y estandarizar conductas, torna improcedentes algunos conceptos aceptados y defendidos por siglos.

Con respecto a lo anterior, aun cuando en muchos casos abundan las referencias bibliográficas donde se dejan claramente definidas las nuevas concepciones,¹⁻³ la tradición condiciona que muchas de las antiguas continúen siendo empleadas en publicaciones modernas. Un ejemplo paradigmático es el representado por los términos **aneurisma disecante de la aorta**, cuya localización en las bases de datos remotas mediante los motores de búsqueda apropiados, revela que tanto estos como su denominación en inglés: *aortic dissecting aneurysm*, aparecen mencionados en un número considerable de artículos especializados y sitios de información médica general. En este sentido se impone esclarecer cuándo se justifica utilizar palabras que suelen ser incluso consideradas como equivalentes, a saber: aneurisma, disección, aneurisma disecante y otras afines; sin embargo, los autores de este escrito estiman prudente hacerlo desde una perspectiva histórica y poniendo de relieve los contextos donde pudieran no resultar tan excluyentes.

¿ANEURISMA DISECANTE?

El uso de las voces **aneurisma disecante** ha sido tan despiadadamente criticado en la bibliografía médica actual, que se recomienda su sustitución por los de **aneurisma** o **disección**, según proceda. Las diferencias entre ambas afecciones arteriales no solo se evidencian en su epidemiología, evolución natural, indicadores de riesgo y estimaciones de crecimiento, sino en sustratos anatómicos, bioquímicos y funcionales, así como también desde los puntos de vista clínicos, de diagnóstico y terapéuticos, e incluso en sus tasas de mortalidad; aspectos perfectamente descritos, veraces y consensuados en documentos sobre el particular, sometidos a la opinión pública.¹

Independientemente de todo y a pesar de tratarse de términos poco ortodoxos, su nomenclatura errónea se ha perpetuado, así como contribuido a ensombrecer la descripción de estas enfermedades y a mezclar 2 situaciones clínicas que entrañan enfoques diversos.²

ORÍGENES DEL PROBLEMA

El término "aneurisma" procede del griego *aneurysma*, de *aneurynein*: "dilatar". Para Poblete,² su primera definición parece haber sido propuesta por Rufo de Éfeso en su libro *Artis Medicae Principes* (siglo I d.C.); pero para otros,^{1,3} su denominación preliminar se remonta al siglo II, cuando Claudio Galeno, luego de estudiar durante más de una década en las mejores escuelas de su tiempo y tomando como referencia sus disecciones en animales, aportó hechos nuevos a la anatomía, patología y terapéutica, uno de los cuales fue la enunciación de que "cuando las arterias se dilatan, la enfermedad se llama aneurisma". Asimismo, en esa propia centuria describió, si bien someramente, las disecciones arteriales. Su amplia obra, que actualmente se sabe incluyó puntuales errores de apreciación, fue aceptada durante centenares de años como dogma de fe y solo a partir del 1500, con las nuevas ideas del ilustre anatomista del Renacimiento: Andrea Vesalio, se sacudieron los cimientos de su autoridad. Este último, considerado por muchos el verdadero fundador y más insigne investigador de la anatomía, aclaró otros aspectos de la enfermedad y sentó las bases para que Alejandro de Tralles publicara en el 1600 un tratado sobre aneurismas, titulado *De vasorum dilatatione*; y para que Giovanni Battista Morgagni, la gran figura de la anatomía patológica,

detallara en 1761 una disección rota en el pericardio, con lo cual proporcionó observaciones razonadas sobre el tema en su libro *De sedibus et causis morborum per anatomen indicatis*. En 1802, Maunoir publicó una impresionante descripción de una disección aórtica y le dio ese nombre en el artículo original, donde explicaba: "...aquí la capa interna se rompe en algún lugar, y la capa externa es empujada hacia afuera, oponiéndose ella sola a la efusión de la sangre que pasa por la brecha de la túnica interna... el bolsillo se agranda, y la sangre a veces disecciona toda la circunferencia, y ella (la aorta) se encuentra en el centro del aneurisma enteramente bañada por la sangre".⁴

Hasta este punto, la palabra "disección" ya había sido especificada, y aunque aspectos tales como: los límites para considerar aneurismática una dilatación; los sustratos anatómicos, bioquímicos y funcionales; los tipos según tiempo de evolución, los mecanismos de producción, extensión y otros, no habían sido aún bien delimitados, parecían estar claras sus diferencias con los aneurismas.

En 1819, el célebre médico René Théophile Hyacinthe Laennec, paralelamente a sus grandes contribuciones en materia de semiología respiratoria y cardiovascular, explicó numerosas lesiones anatomopatológicas y devino el primero en emplear los términos "aneurisma disecante";^{1,4} sin embargo, sería injusto considerar que en su momento ambos vocablos fuesen inapropiados, pues las disecciones aórticas, en mayor o menor medida, suelen dilatar el vaso a expensas de su pared debilitada. Ciertamente, tal denominación comenzó a resultar impropia cuando, en virtud de investigaciones ulteriores, se definieron determinados límites para asegurar que una dilatación era aneurismática, pues rara vez las disecciones logran alcanzarlos.³

ESTADO ACTUAL DEL ASUNTO

Desde 1991, la Sociedad Internacional de Cirugía Vasculat definió como **aneurisma** toda dilatación permanente y localizada de una arteria, que implique un incremento de su diámetro normal en 50 % al menos.⁵ Esta definición puede ser aplicada indistintamente a cualquiera de sus modalidades, con independencia de su localización; pero como es lógico suponer, existirán diferencias en los valores absolutos, de acuerdo con las medidas normales de referencia para cada estructura.⁶ Las dilataciones difusas se conocen como arteriomegalias o dolicomegaarterias; y cuando son localizadas, pero más pequeñas que el aneurisma, como ectasias arteriales.⁷ En el **diccionario Espasa de Medicina**⁸ se conceptúan los aneurismas como dilataciones localizadas y permanentes de la pared de una arteria.

Por su parte, la disección es el proceso de separación de la capa media de la pared del vaso, comúnmente en el tercio externo de dicha túnica y generalmente a punto de partida de un desgarro intimal, que permite la penetración de sangre con surgimiento de una falsa luz, de tal suerte que el vaso queda constituido por 2 paredes: una externa (adventicia y media) y otra interna (colgajo intimomedial) y 2 lúmenes: uno falso (espacio de disección entre ambas paredes) y otro verdadero.⁹ Hoy se domina que todo desgarro de la íntima no conduce necesariamente a una disección, pues para que esta ocurra, debe coexistir una laxitud o degeneración previa de la capa media, de modo que representa el punto final de una larga fase de degradación y remodelación insuficientes de la pared arterial por una manifestación genética alterada. Igualmente se afirma que puede formarse un hematoma en el espesor de la capa media dañada, que luego desgarrará la íntima o se disecciona *per se*; o la placa aterosclerótica, que ha penetrado hasta la elástica interna, desencadenar el proceso. Como la capa externa conserva cierta fortaleza, suele contener la presión arterial y estabilizar – al menos temporalmente -- el cuadro clínico; esta propia situación y su carácter agudo previenen grandes

dilataciones, al menos aquellas que rebasan los límites antes mencionados para los aneurismas y, por ende, tornan inoperante el término aplicado por Laennec.^{2,10}

De hecho, como cerca de 80 % de los pacientes con disecciones aórticas padecen hipertensión arterial, un elevado número de ellos presenta dilataciones de la porción ascendente, de modo que el incremento del diámetro precisado es menor y pueden alcanzar estos límites con cierta facilidad; al respecto, algunas de las clasificaciones morfológicas contemporáneas⁴ dividen los aneurismas en saculares, fusiformes y por disección. Acápite aparte merecen los aneurismas que en algún momento de su evolución requieren disecciones en su interior, pues al combinarse ambas condiciones, el desgarramiento intimal ocurre durante la inflamación crónica de la pared, con detrimento de su elasticidad y fragilidad exacerbada, característicos del proceso primario que causó la dilatación, a lo cual se suma el adelgazamiento progresivo de la pared.¹¹

POSIBLES SOLUCIONES

Al margen de todo lo referente al grado de dilatación alcanzado por la arteria, de la presencia de colgajos intinales y de la relación causal o complicante que se establezca entre estas condiciones, figura el hecho de que, en las disecciones, la pared vascular queda constituida por solo algunas de las capas de la válvula aórtica, no por las 3 tunicas originales del vaso, de manera que en el mejor de los casos son catalogados como falsos aneurismas.

De lo anterior se deriva que para las disecciones donde la arteria alcance un diámetro superior a 50 % del esperado, pudieran ser factibles – a juicio de los autores de este artículo – las palabras **seudoaneurisma por disección**, pues tendrían la ventaja práctica de identificar a un grupo de mayor gravedad potencial que la disección promedio, por el grado de compromiso mecánico y la particular debilidad de su pared; mientras que para los falsos aneurismas no causados por mecanismo de disección, como aquellos que aparecen luego de una perforación contenida por los órganos y estructuras vecinas y que acaban formando parte de su pared, pudiera reservarse el término **seudoaneurisma** solo.

Los aneurismas que subsiguientemente sufran disección, pero cuya dilatación no haya sido provocada por la separación de las capas, aunque la disyunción sea real, deberían reconocerse como **aneurismas con disección complicante**, pues igualmente implicarían una mayor gravedad dentro del espectro por representar el estadio previo a la perforación vascular.

CONCLUSIONES

Pueden existir disecciones en presencia o no de aneurismas y aneurismas por disección, con disección o sin ella; sin embargo, el concepto de aneurisma disecante debe ser sustituido por el de **aneurisma** o **disección**, según corresponda. Para las situaciones donde se combinen, parece sensato incorporar, en la práctica habitual, ciertos términos que aclaren la relación entre ellos, en tanto ayudan de forma adicional a precisar su gravedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Área de Normatizaciones y Consensos de la Sociedad Argentina de Cardiología. Consenso de patología de la aorta. Rev Arg Cardiol 2004; 72(5):388-401.
2. Poblete R. Aneurisma o disección. Un concepto nunca bien definido. Rev Chil Cir 2004; 56(5):417-20.

3. Ros E, Fernández F, Salmerón LM, Linares JP, Sellés F. Historia natural de la disección aórtica. *Angiología* 2006; 58 (1):59-67.
4. Cueto Espinosa H del. Aneurisma disecante de aorta ascendente. *MEDISAN* 1998;2 (esp). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol2_s_98/esp03198.htm> [consulta: 5 enero 2010].
5. Johnston K, Rutherford R. Suggested standards for reporting on arterial aneurysms. *J Vasc Surg* 1991; 13:444-50.
6. Concha M. Tratamiento quirúrgico de la raíz de la aorta. *Cir Cardiov* 2007; 14(4):305-10.
7. Krupski B. Ascending aortic aneurysm: Defining the dilemma. *Sem Vasc Surg* 1995; 8:115-23.
8. **Diccionario Espasa de Medicina.** [Madrid ?]:España Calpe, 2000.
9. Gil O, Cánovas S. Síndrome aórtico agudo. *Cir Cardiov* 2007;14(4):359-67.
10. Llosa JC. Disección crónica de la aorta torácica. *Cir Cardiov* 2007;14(4):369-77.
11. García C. Comportamiento mecánico de la aorta ascendente: Caracterización experimental y simulación numérica [tesis doctoral]. 2008. Universidad Politécnica de Madrid. <<http://oa.upm.es/1241/>> [consulta: 10 octubre 2009].

Recibido: 18 de enero de 2010

Aprobado: 10 de febrero de 2010

MSc. Fredy Eladio Torralbas Reverón. Cardiocentro del Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora", Independencia y calle 6, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba Código Postal 90900
Dirección electrónica: torralbas@medired.scu.sld.cu