

Dissección aórtica toracoabdominal

Thoracoabdominal aortic dissection

MsC. Rafael A. Martín Torres,^I MsC. Edis A. Rosales Guibert,^I Dr. Orlando J. Ramos Prevez,^I MsC. Enrique Antonio García Salas^{II}

^I Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se describe el caso clínico de un paciente de 43 años de edad, presumiblemente saludable, quien acudió al cuerpo de guardia del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba por presentar dolor torácico opresivo, desgarrante, súbito e intenso, que se irradiaba hacia la parte superior del abdomen cuando realizaba esfuerzo físico de moderada intensidad. Los exámenes complementarios efectuados confirmaron el diagnóstico de disección aórtica aguda toracoabdominal, por lo cual fue operado en el Cardiocentro de esta ciudad, donde evolucionó satisfactoriamente y egresó sin complicaciones.

Palabras clave: dolor torácico, disección aórtica toracoabdominal, cirugía, Cardiocentro.

ABSTRACT

The case report of an apparently healthy 43 year-old patient is described, who went to the emergency department of "Dr. Joaquín Castillo Duany" Teaching Clinical Surgical Hospital due to sudden, severe and ripping oppressive thoracic pain irradiating toward the upper abdominal region while he was making a physical effort of moderate intensity. Complementary tests confirmed the diagnosis of thoracoabdominal acute aortic dissection, reason why he underwent surgery at the Cardiology Center of this city, where he made good progress and was discharged without complications.

Key words: thoracic pain, thoracoabdominal aortic dissection, surgery, Cardiology Center.

INTRODUCCIÓN

La disección aórtica (DAo) se define como la ruptura de la capa media de la aorta (Ao), con sangrado dentro de la pared del vaso y a lo largo de esta, por lo cual se separan sus capas.¹

Se estima que la incidencia varía de 2 a 3,5 por cada 100 000 habitantes. A escala mundial predomina en los hombres y tiene una edad media de presentación de 63 años.^{2,3} Se calcula que 65 % de las disecciones aórticas se inician en la aorta

ascendente y aunque frecuentemente se extienden mas allá de ese segmento, es poco común que se afecten, de forma aguda, todos los segmentos del vaso.¹

Teniendo en cuenta estos elementos, y por la rareza del caso, se realizó el presente artículo para divulgar situaciones pocos frecuentes, pero que pueden afectar el diagnóstico, tratamiento y evolución en pacientes con disección aórtica aguda toracoabdominal.

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de un paciente de 43 años de edad, con antecedente de buena salud, quien acudió al cuerpo de guardia del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba por presentar dolor torácico opresivo, desgarrante, súbito e intenso, que se irradiaba hacia la parte superior del abdomen cuando realizaba esfuerzo físico de moderada intensidad. Se le realizó electrocardiograma y se le diagnosticó síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCAEST). Posteriormente fue remitido al Cardiocentro de esta ciudad.

- Examen físico

- Tensión arterial: 170/105 mm de Hg
- Pulso radial izquierdo: disminuido

- Exámenes complementarios

- Electrocardiograma: Ritmo sinusal, bloqueo de rama izquierda del haz de His (BRIHH).
- Ecocardiograma: Cavidades cardíacas de tamaño y función sistólica normales, ligera hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo. Movimiento asincrónico proximal del septo interventricular, disfunción diastólica de grado I. Aorta de calibre normal en todos sus segmentos, con discreta ateromatosis e imagen compatible con *flap* intimal aórtico, que se iniciaba alrededor de 15 mm del seno de Valsalva, no coronario y se extendía hasta el segmento infrarrenal de la aorta abdominal (figuras 1A-D).

- Diagnóstico: Disección aórtica aguda toracoabdominal.

El paciente fue operado en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital del Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", evolucionó satisfactoriamente y egresó sin complicaciones.

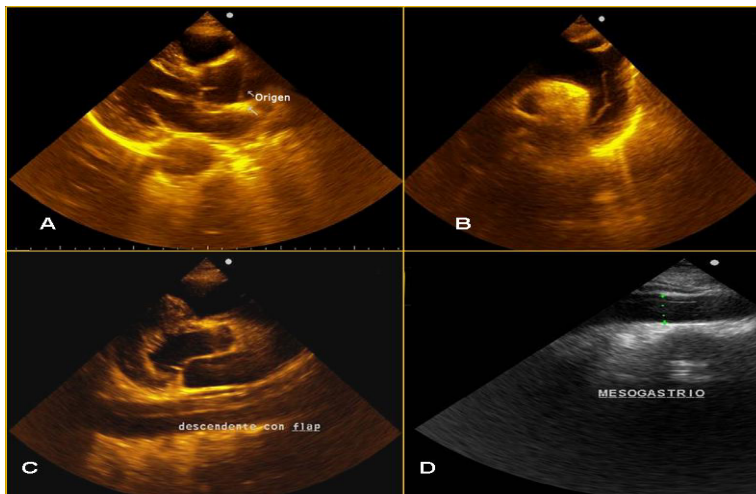


Fig. 1. Vista paraesternal, eje largo que muestra la disección en la unión sinotubular Ao; B) Vista supraesternal, eje largo. Se visualiza *flap* intimal en arco de la aorta y aorta descendente; C) Vista paraesternal, eje largo modificado. Se observa *flap* intimal en Ao descendente; D) Vista abdominal, *flap* intimal en Ao abdominal.

COMENTARIOS

Este paciente presentó un elemento peculiar en el electrocardiograma, el bloqueo de la rama izquierda del haz de His, lo que motivó a un primer diagnóstico incorrecto.

Mediante el ecocardiograma y la coronariografía se demostró la ausencia de infarto miocárdico y lesiones coronarias.

La DAAo suele provocar SCAEST de topografía inferior y en los menores de 60 años constituye otro elemento atípico;³ asimismo, la extensión a todos los segmentos de la Ao, de manera aguda, constituye otra característica que distingue este caso, pues si bien pueden tomarse varios segmentos, dicha extensión no es un fenómeno hiperagudo ni es común que se afecte todo el vaso.

Durante el acto quirúrgico se comprobó el sitio de origen en el arco de la aorta, que es otro elemento poco común (10 % de los casos).³

Estas atipicidades señalan la amplia variabilidad clínica posible en el caso de la disección aórtica y la necesidad de descartar este diagnóstico ante todo paciente con dolor torácico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hiratzka Loren F, Bakris George L, Beckman Joshua A, Bersin RM, Carr VF, Casey DE, et al. Guidelines on thoracic aortic disease. JACC. 2010;55(14):27-129.
2. Meszaros I, Morocz J, Szlávi J, Schmidt J, Tornóci L, Nagy L, Szép L. Epidemiology and clinicopathology of aortic dissection. Chest. 2000;117(5):1271-8.

3. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease. JAMA. 2000; 283(7):897-903.

Recibido: 15 de junio de 2011.

Aprobado: 17 de julio de 2011.

Rafael A. Martín Torres. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Punta Blanca s/n, Santiago de Cuba, Cuba.