

Disección de aorta en un paciente hipertenso joven

L. Salido Tahoces y V. Barrios Alonso

Servicio de Cardiología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Se trata de un varón de 29 años con antecedentes de hipertensión arterial que acude al Servicio de Urgencias por presentar dolor centrotorácico irradiado a cuello de horas de evolución que cede paulatinamente hasta desaparecer de forma espontánea, quedando una ligera molestia precordial. El paciente había tenido hacía tres meses un accidente de tráfico, recibiendo un golpe contra el volante que en un principio no tuvo ninguna complicación. La exploración física era normal, con tensión arterial 90/60, auscultación cardíaca rítmica, sin soplos y los pulsos periféricos palpables y simétricos a todos los niveles. El electrocardiograma mostraba ritmo sinusal a 100 lpm, bloqueo incompleto de rama izquierda sin alteraciones específicas de la repolarización. En la radiografía de tórax destacaba ensanchamiento mediastínico sin otros hallazgos patológicos. En la analítica presentaba hemoglobina 10,9; hematócrito, 37%; hematies, 3.600.000; leucocitos, 7.500 con 73 % de neutrófilos. En la bioquímica glucosa, 213; creatinina, 1,2; sodio, 140, y potasio, 4,5. Se realizó un ecocardiograma transtorácico que demostró dilatación de la raíz aórtica con imagen de rotura de la íntima que se iniciaba a 6 cm de la válvula aórtica y avanzaba a lo largo de toda la aorta ascendente, afectando a la salida de la carótida interna izquierda. No se detectó insuficiencia aórtica ni se encontraron datos de derrame pericárdico. Ante los hallazgos del ecocardiograma se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) helicoidal que corroboró el diagnóstico de disección de aorta tipo A en paciente hipertenso con antecedentes de traumatismo torácico. El paciente fue a quirófano en condiciones de estabilidad hemodinámica, procediéndose a reemplazo de aorta ascendente por tubo endoprotésico sin necesidad de sustitución valvular.

Correspondencia:

V. Barrios Alonso.
Servicio de Cardiología.
Hospital Ramón y Cajal.
Ctra. de Colmenar, km. 91.00
28034 Madrid
Correo electrónico: vbarriosa@meditex.es

Comentario

En este caso existían dos posibles factores desencadenantes para la disección de aorta, la hipertensión arterial y el traumatismo torácico. La hipertensión arterial crónica está presente en un 60 %-90 % de los pacientes con disección de aorta, y se asocia más frecuentemente a la disección distal que a la proximal. La probabilidad de padecer una disección de aorta parece estar directamente relacionada con la severidad de la hipertensión arterial. En el caso de este

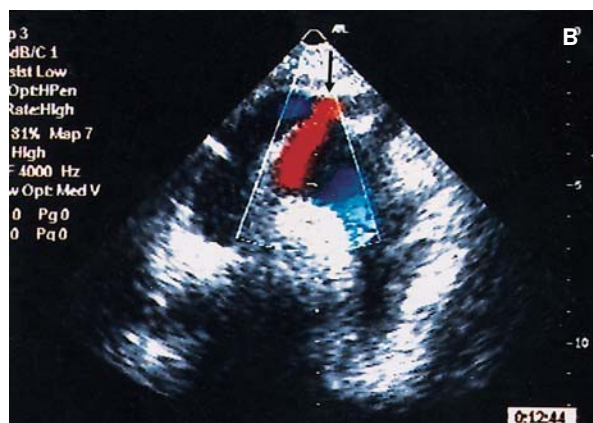


Fig. 1. A: eco bidimensional desde la proyección supraesternal, corte longitudinal del cayado aórtico donde las flechas muestran la rotura de la íntima con imagen de doble luz. B: con doppler color el flujo codificado en rojo representa el paso de sangre de la luz verdadera a la luz falsa.

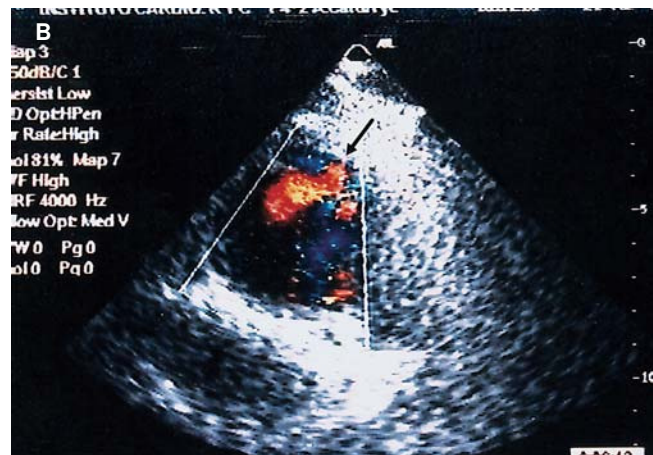


Fig. 2. A: corte transversal por encima de la válvula aórtica donde se visualiza imagen de rotura intimal. B: corte transversal con doppler color.

paciente joven es difícil que se hubieran desarrollado las secuelas de esta enfermedad. El traumatismo torácico es otra de las causas reconocidas, aunque poco frecuente de hipertensión arterial. El traumatismo suele ser cerrado y afectar a la unión del cayado con la aorta descendente (istmo aórtico). El accidente que tuvo este paciente hace tres meses pudo provocar un desgarro de la aorta contenido por la íntima, produciendo un sangrado crónico. Para el diagnóstico de la disección de aorta es fundamental un alto índice de sospecha médico acompañado de técnicas de imagen adecuadas¹. La radiografía de tórax puede orientarnos en el diagnóstico. La ecocardiografía transtorácica ofrece una sensibilidad entre el 50 % y el 80 %, aunque debe acompañarse de otra técnica ya que la sensibilidad y especificidad no son suficientemente altas y la información anatómica y hemodinámica que nos ofrecen no es completa. En este caso la ventana acústica por ecocardiografía transtorácica era de excelente calidad, lo que permitió llegar al diagnóstico sin necesidad de eco transesofágico, que en ocasiones puede empeorar la situación hemodinámica del paciente y contribuir al avance de la disección. Lo fundamental en este paciente era precisar el nivel de la disección y descartar la afectación de la válvula aórtica^{1,2}. Puesto que se trataba de un paciente joven, la decisión de sustitución

valvular y anticoagulación posterior era muy importante³. Se realizó una TAC helicoidal para completar la información obtenida y el paciente fue a quirófano estable clínica y hemodinámicamente. Se sometió a cirugía con circulación extracorpórea y se colocó un tubo de dacrón supravalvular, permitiendo conservar la válvula nativa^{4,5}. El postoperatorio cursó sin complicaciones, realizándose un eco transtorácico de control a los 7 días, donde se observaba mínima insuficiencia aórtica y desaparición de la rotura intimal.

Bibliografía

1. Tottle AJ, Wilde RPH, Hartnell GG, Wisheart JD. Diagnosis of acute thoracic aortic dissection using combined echocardiography and computed tomography. *Clin Radiol* 1992; 45:104-8.
2. Zamorano JL, Mayordomo J, Evangelista A, San Román JA, Bañuelos C, Gil Aguado M. Guías de la práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en enfermedades de la aorta. *Rev Esp Cardiol* 2000;53:531-41.
3. Nienaber CA, Fattori R, Lund G, et al. Nonsurgical Reconstruction of Thoracic Aortic Dissection. *J Am Coll Cardiol* 1999; 33(Suppl A):310 A.
4. Erbel R, Oelert H, Meyer J, et al. Effect of medical and surgical therapy on aortic dissection evaluated by transesophageal echocardiography. *Circulation* 1993;87:1604-15.
5. Kurozynski W, Dohmen G, Hake U, Hilker M, Choi YH, Anaraki S, et al. Aortic valve preservation in acute type A dissection: mid-term results. *J Heart Valve Dis* 2001;10: 779-83.