

Mimetismo de la disección aórtica: simulación de una pericarditis aguda

Sr. Director:

En nuestra actividad diaria son comunes los pacientes con cuadros clínicos tan evidentes que los clínicos no nos planteamos la posibilidad de que enmascaren a otros más graves. Esto, que puede conllevar errores médicos serios, tiene fácil solución: buscar sistemáticamente qué se esconde detrás de cada enfermedad. Un claro ejemplo de ello es la disección aórtica, capaz de mimetizar incluso procesos que aparentemente no están relacionados con ella.

Presentamos un varón de 59 años sin antecedentes médicos que consultó por dolor torácico pericárdico durante 48 horas con respuesta transitoria a antiinflamatorios. Al ingreso tenía tensión arterial de 140/95 mmHg, pulsos normales y roce pericárdico inconstante sin soplos. El electrocardiograma sugería pericarditis aguda. La analítica mostraba discreta leucocitosis y marcadores cardíacos normales. La radiografía de tórax hizo sospechar lesión de la aorta y el ecocardiograma evidenció dilatación de la raíz con un colgajo de disección que cruzaba el cayado; había regurgitación aórtica mínima y derrame pericárdico leve. La aorta descendente estaba íntegra. Estas exploraciones se ilustran en la figura 1. En base al ecocardiograma se indicó cirugía urgente, pero el enfermo sufrió un taponamiento cardíaco durante la preparación y un accidente cerebrovascular agudo intraoperatorio, falleciendo horas después.

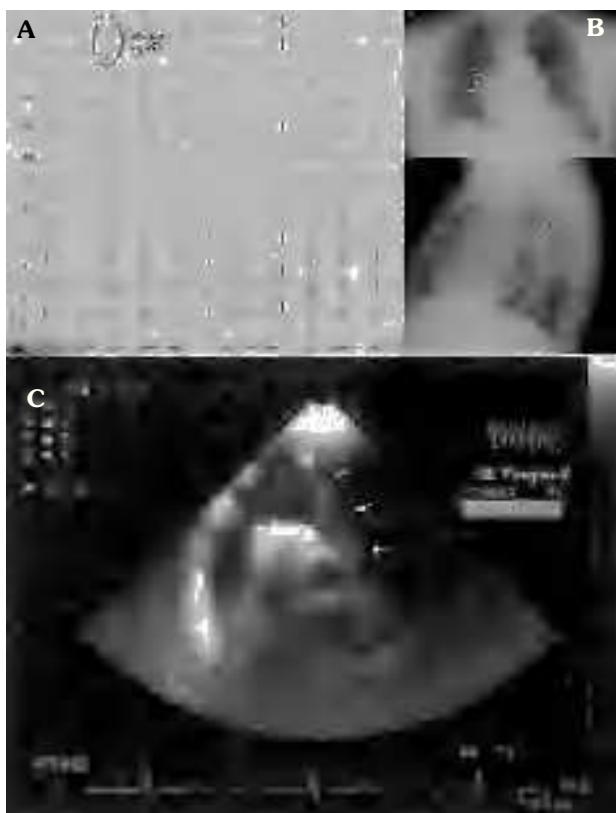


Fig. 1. Exploraciones complementarias al ingreso. A: electrocardiograma: existe elevación generalizada de ST (flechas) y descenso de PR (círculo). B: radiografía simple de tórax: destaca la prominencia del botón aórtico (flechas) que sugiere afectación del arco aórtico. C: ecocardiograma transtorácico en proyección supraesterna: la imagen lineal que cruza la aorta transversal (flechas) corresponde al colgajo de disección.

El diagnóstico de la disección aórtica puede ser controvertido. La historia clínica es suficiente¹⁻⁴ si coexisten signos de gravedad y dolor torácico urente que define el segmento afectado y la progresión de la disección. En este paciente la estabilidad hemodinámica, la ausencia de factores favorecedores⁵ (excepto edad y sexo) y la sospecha bien fundamentada de pericarditis inespecífica podrían haber ido en contra de un diagnóstico precoz. Sin embargo, hoy día se acepta que la presencia de dolor torácico en cifras tensionales elevadas y electrocardiograma sin datos de isquemia exige descartar un síndrome aórtico. El ecocardiograma confirmó la disección sin localizar la puerta de entrada, dato éste infrecuente pero descrito, por lo que se obvian otras pruebas cuya realización podría retrasar una intervención que debía ser urgente. Por otro lado cabría cuestionarse el significado de la aparente banalidad de un proceso conceptualmente grave. A veces la ausencia de un dolor torácico característico se debe a que la disección es crónica y el cuadro se instaura lentamente. Otras, a que ocurre una fase inicial de pericarditis inflamatoria⁴ por la sufusión de sangre desde la luz falsa al pericardio a través de una adventicia muy permeable o por la ruptura gradual de la pared con acumulación lenta del hemopericardio⁶⁻⁹ antes de culminar en taponamiento. La benignidad inicial no confiere mejor pronóstico, ya que la evolución puede variar en cualquier momento y abocar a un taponamiento cardíaco que es responsable de la mayoría de los fallecimientos en los primeros días. Sin embargo, cuando aparece ofrece cierto margen de tiempo para intervenir⁶. La realidad es que este «signo de alerta» es ciertamente traicionero, constituyendo un hallazgo común en autopsias⁴, pero habiéndose descrito sólo en 10 pacientes^{1,6-8}, pues el buen estado general del enfermo durante la misma y la elevada incidencia de pericarditis benignas hacen «olvidar» la posibilidad de una disección subyacente^{1,6}. Hoy se considera inadmisible esta omisión y las guías de actuación vigentes incluyen la pericarditis aguda en el diagnóstico diferencial de la disección aórtica¹⁰.

Con independencia de que la disección fuese aguda o crónica, la intervención precoz estaba indicada en este paciente¹⁰: de ser aguda, para prevenir las complicaciones de la rotura arterial y de ser crónica, porque habría evidencia de progresión hacia la aorta torácica. Además, la afectación del cayado y la presencia del derrame pericárdico eran indicativos de gravedad. Se da la paradoja de que pese a una correcta actuación y a un diagnóstico precoz fue inevitable el fatal desenlace por el mal pronóstico inherente al proceso.

BIBLIOGRAFÍA

- Caro C, Cáceres G, García-Cosío F. Dissecting aneurysm of the aorta presenting as acute pericarditis. *Med Clin (Barc)*. 1980;75:75-8.
- Larson EW, Edwards WD. Risk factors for aortic dissection: a necropsy study of 161 cases. *Am J Cardiol*. 1984;53:849-55.
- Roberts CS, Roberts WC. Aortic dissection with the entrance tear in transverse aorta: analysis of 12 autopsy patients. *Ann Thorac Surg*. 1990; 50:762-6.
- Hirst AE Jr, Hohns VJ Jr, Kime SW Jr. Dissecting aneurysm of the aorta: a review of 505 cases. *Medicine*. 1958;37:217-79.
- Murray CA, Edwards JE. Spontaneous laceration of ascending aorta. *Circulation*. 1973;47:848-58.
- Saner HE, Gobel FL, Nicoloff DM, Edwards JE. Aortic dissection presenting as pericarditis. *Chest*. 1987;91:71-4.
- Weiss S. Dissecting aortic aneurysm of the aorta: two cases with features. *N Engl J Med*. 1938;218:512-7.
- Greenberg DI, Davia JE, Fenoglio J, McAllister HA, Cheitlin MD. Dissecting aortic aneurysm pericarditis. *J Med Soc NJ*. 1956;53(1):30-1.
- Frienberg S, Gillerlain J. Dissecting aneurysm of the aorta associated with nonspecific pericarditis. *J Med Soc NJ* 1956;53(1):30-1.
- Zamorano JL, Mayordomo JA, Evangelista A, San Román JA, Bañuelos C, Gil M. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en enfermedades de la aorta. *Rev Esp Cardiol*. 2000;53:531-41.

A. M. Montijano Cabrera^a, F. P. Rosa Jiménez^b
y J. A. Carmona Álvarez^b

Servicios de ^aCardiología y ^bMedicina Interna.
Hospital Alto Guadalquivir. Andújar (Jaén).