

# LA IMPORTANCIA VITAL DE LA SOSPECHA CLÍNICA EN LA DISECCIÓN AÓRTICA

Dr. Jose Antonio Ibañez Pérez de Viñaspre<sup>1</sup> / Dra. Laura Pérez Laencina<sup>2</sup> / Dra. Beatriz Sierra Bergua<sup>1</sup> / Dra. Amparo Cantín Golet<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

<sup>2</sup> Residente Medicina de Familia. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

## INTRODUCCIÓN

El síndrome aórtico agudo está constituido por tres entidades: disección aórtica, hematoma intramural y úlcera penetrante, cuyo común denominador es la disrupción de la capa media con sangrado a lo largo de la pared y separación de las capas<sup>1</sup>.

Según su localización, existen dos clasificaciones: DeBakey y Stanford<sup>2</sup>.

Los principales factores de riesgo son hipertensión arterial, fibrosis, calcificación y depósitos de ácidos grasos extracelulares, síndrome de Marfan, aorta bivalva, síndrome de Ehlers-Danlos e historia familiar de disección aórtica<sup>3</sup>.

Su incidencia es de 2'6 a 3'5 casos por cada 1.000.000 personas al año. Es más frecuente en varones, con edad media de 63 años<sup>2</sup>.

Su mortalidad es elevada, aumentando hasta el 1-2% por hora en las primeras 24-48 horas<sup>4</sup>, por lo que es fundamental el diagnóstico y traslado tempranos a un hospital terciario con cirugía cardiotorácica<sup>5</sup>. Esto resulta complicado por la gran variabilidad de síntomas de inicio, con un promedio de casos infradiagnosticados entre un 14% y un 39%<sup>6</sup>.

Por su similitud clínica con el síndrome coronario agudo, resulta todo un reto diagnóstico, precisando de un elevado índice de sospecha<sup>7</sup>. Asimismo, es causa de focalidad neurológica aguda cuando las carótidas se ven afectadas, por lo que debería plantearse también en el diagnóstico diferencial del accidente cerebrovascular agudo. Otras posibles presentaciones son síncope, isquemia mesentérica o fallo renal agudo<sup>8</sup>.

## CASO CLÍNICO

La paciente de nuestro caso clínico era una mujer de 67 años, natural de Rumanía y con barrera idiomática total. Presentaba antecedentes de hi-

pertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia y cardiopatía isquémica. En tratamiento con valsartán e hidroclorotiazida.

Fue trasladada en UVI-móvil al Área de Críticos del servicio de Urgencias por presentar un síncope en su domicilio. A su llegada, hemodinámicamente estable, afebril, con tensión arterial 146/60 mmHg, frecuencia cardíaca 71 latidos por minuto y BMTes de 96 mg/dl. Se encontraba en estado confusional con importante agitación y presentaba disartria, mioclonias generalizadas y plejía de miembro superior derecho. En el electrocardiograma se observaba infradesnivelación del ST de V4 a V6 y en la radiografía de tórax ensanchamiento mediastínico (Fig. 1). Analíticamente sin datos destacables, con troponina T ultrasensible de 24 ng/L. Se realizó ecocardiografía por parte de Cardiología, donde únicamente destacaba una hipertrofia de VI con FEVI (fracción de eyección del ventrículo izquierdo) preservada.

Ante la focalidad neurológica, se activó código ictus y fue valorada por Neurología. La TC (tomografía axial computarizada) craneal y angioTC cerebral no revelaron hallazgos patológicos. Dada la clínica, se sospechó de probable estatus no convulsivo, por lo que pasó monitorizada a sala de observación para realizar un electroencefalograma a la mañana siguiente. Debido a su agitación, se pautaron inicialmente 15mg de midazolam y posteriormente propofol en perfusión a 1mg/kg y levetiracetam 2000mg intravenosos.

Por la mañana se realizó el electroencefalograma, que descartó estatus. La paciente presentaba entonces hemiplejía izquierda, habiéndose normalizado la movilidad del hemicuerpo derecho. Tras realizar lavado de sedantes, continuaba con Glasgow 6 y empezó a desaturar, por lo que se procedió a intubación orotraqueal. Presentaba taquicardia y sudoración profusa, ingurgitación yugular bilateral y aumento de la circulación venosa en he-

## Notas Clínicas

mitórax superior, con tensiones mantenidas. No se encontraron hallazgos patológicos analíticos ni electrocardiográficos. Se solicitó angio-TC torácica para completar estudio, observándose una disección aórtica tipo A con extensión desde válvula aórtica por aorta ascendente y cayado aórtico. También afectaba al tronco arterial braquicefálico derecho y carótida derecha, con un voluminoso hematoma mediastínico (Fig. 1).

Se contactó con Cirugía Cardíaca, pero ante el rápido deterioro hemodinámico, se decidió que no era candidata a intervención quirúrgica, falleciendo poco después.

### DISCUSIÓN

La disección aórtica es una patología compleja que precisa de un elevado índice de sospecha para su diagnóstico precoz, fundamental para la supervivencia de estos pacientes<sup>4</sup>. Es necesaria la instauración y el uso de protocolos de actuación sólidos para evitar errores y retrasos diagnósticos<sup>7</sup>. Destacamos el protocolo de actuación de las guías diagnósticas de Erbel et al<sup>2</sup> y Hiratzka et al<sup>3</sup>, donde cobra importancia la escala de estratificación de riesgo pretest de disección aórtica, que combinada con el D-díme-

ro puede ayudar a estandarizar las decisiones diagnósticas para el uso de técnicas de imagen avanzadas<sup>6</sup>.

Nuestra paciente presentaba una importante variabilidad sintomatológica, por lo cual fue valorada inicialmente por facultativos de Urgencias, Cardiología y Neurología, orientándose como estatus epiléptico. Solo una vez descartado se sospechó de patología aórtica, confirmándose con angio-TC torácico 12 horas tras su llegada. Según las guías consultadas<sup>2,3</sup>, los pasos habrían sido correctos (riesgo intermedio), pero la ausencia de sospecha retrasó la realización de la prueba de imagen.

Analizando el caso a posteriori, inicialmente había hallazgos sospechosos de disección aórtica, como sobrecarga sistólica en el electrocardiograma o ensanchamiento mediastínico en la radiografía<sup>8</sup>.

Por otro lado, a pesar de su elevada especificidad y sensibilidad, no se encontraron signos patológicos en la ecocardiografía.

Queremos recalcar la importancia de la sospecha clínica y la necesidad de que los facultativos tengan presente esta patología a la hora de realizar un diagnóstico diferencial ante una clínica inespecífica.



Fig. 1. Pruebas de imagen

A. Radiografía posteroanterior de tórax. Se observa marcado ensanchamiento mediastínico.

B-C. Angio tomografía axial computarizada, corte coronal y transversal (respectivamente). Se observa disección aórtica tipo A con extensión desde válvula aórtica por aorta ascendente y cayado aórtico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL (eds.), et al. Harrison's principles of internal medicine. Vol II. 18th ed. New York: McGraw Hill; 2012. p 343-6.
2. Erbel R, Aboyans V, Boileau C, Bossone E, di Bartolomeo R, Evangelista A, et al. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: Document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2014;35:2873-926.
3. Hiratzka LF, Bakris GL, Beckman JA, Bersin RM, Carr VF, Casey DE, et al. Guidelines for the Diagnosis and Management of Patients With Thoracic Aortic Disease. *Circulation*. 2010;121:e266-369.
4. Howard DP et al. Population-based study of incidence and outcome of acute aortic dissection and premorbid risk factor control: 10-year results from the Oxford Vascular Study. *Circulation*. 2013; 127(20):2031-7.
5. Pourafkari, L., Tajlil, A., Ghaffari, S., Parvizi, R., Chavoshi, M., Kolahehdouzan, K., Nader, N. D. The frequency of initial misdiagnosis of acute aortic dissection in the emergency department and its impact on outcome. *Intern Emerg Med*. 2016; 12(8): 1185-95.
6. Nazerian, P., Mueller, C., Soeiro, A. de M., Leidel, B. A., Salvadeo, S. A. T., Giachino, F. Diagnostic Accuracy of the Aortic Dissection Detection Risk Score Plus D-Dimer for Acute Aortic Syndromes. *Circulation*. 2016; 137(3): 250-58.
7. M.Y. Salmasi et al. Diagnosis and management of acute Type-A aortic dissection in emergency departments: Results of a UK national survey. *Int J Cardiol*. 2019; pii: S0167-5273(19)33779-9.
8. Bustamante-Munguira J, Juez M. Síndrome aórtico agudo. *Cir Cardiovasc*. 2016;23(1):38-44.





Seguro de  
Responsabilidad  
Civil Profesional

# Protección

No es solo una palabra.

Es el apoyo que te da un seguro con cobertura digital, que protegerá tu reputación profesional frente a comentarios o ataques en internet.



**A.M.A.**  
agrupación mutua  
aseguradora

**A.M.A. TERUEL**  
Joaquín Arnau, 2; 1º  
Tel. 978 61 72 10  
teruel@amaseguros.com

**LA MUTUA DE LOS  
PROFESIONALES SANITARIOS**

913 43 47 00 / 978 61 72 10

Síguenos en      y en nuestra APP 

[www.amaseguros.com](http://www.amaseguros.com)

