

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Dra. Lorena Rodríguez Elena¹ / Dra. María Sarvisé Mata² / Dra. Rocío Moreno Márquez¹

¹ Médico Adjunto de Urgencia Hospitalaria. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

² Médico Adjunto de Urgencia Hospitalaria. Hospital San Jorge. Huesca

RESUMEN

La sospecha de un código infarto nos obliga a realizar un tratamiento urgente precoz en el servicio de Urgencias. Pero a veces un dolor agudo torácico que impresiona de isquémico nos puede confundir y retrasar otros diagnósticos igual de importantes y potencialmente graves, entre los que se encuentra el síndrome aórtico agudo, entidad clínica urgente y de mal pronóstico.

A continuación, se presenta el caso clínico de un varón de 82 años con dolor torácico agudo e intenso cuya atipicidad del cuadro, nos hizo sospechar otros diagnósticos diferenciales de dolor torácico distintos al isquémico, motivo primario por el que era trasladado al servicio de Urgencias.

PALABRA CLAVE

Hematoma intramural aórtico, síndrome aórtico agudo, dolor torácico

ABSTRACT

Indications of a heart attack code forces us to a promptly treatment in the Emergency Service. However, acute chest pain situations that appear ischemic can confuse and delay other diagnoses as important and potentially severe. One case is the acute aortic syndrome, an urgent and challenging to diagnose prognosis clinical pathology.

Next, we present a clinical case of an 82-year-old man with acute and intense chest pain. His atypical chest pain made us suspect other different diagnoses apart from the ischemic pain, the principal reason for which he was transferred to the Emergency Service.

KEY WORDS

Intramural aortic hematoma, acute aortic syndrome, chest pain

INTRODUCCIÓN

El dolor torácico es una causa frecuente de consulta en los servicios de Urgencias, suponiendo entre un 5-20% del volumen total de urgencias médicas hospitalarias en España¹. El espectro de causas de dolor torácico es muy amplio y se deben descartar las de etiología potencialmente grave (como el síndrome aórtico agudo) lo más rápido posible para poder instaurar un tratamiento efectivo de forma precoz.

El síndrome aórtico agudo (SAA) es una entidad poco frecuente con una elevada morbimortalidad. Dentro de este síndrome se incluyen la úlcera penetrante, el hematoma intramural aórtico (HIA) y la disección aórtica (DA), siendo esta última la más frecuente (80%)². En España, basándonos en los datos del Registro Español del Síndrome Aórtico Agudo (RESA), se estima que el SAA tiene una incidencia de 40-45 personas por millón de habitantes al año, siendo más prevalente en varones. Respecto a la localización, el 68% de las lesiones afectan a la aorta ascendente (tipo A de Stanford) y el 32% a la aorta descendente (tipo B de Stanford)³.

Los factores de riesgo principales son los asociados con un aumento del estrés de la pared (hipertensión y trauma físico) y / o anomalías de la pared media aórtica (enfermedades genéticas sindrómicas y no sindrómicas)⁹.

El hematoma intramural aórtico es una hemorragia dentro de la capa medial de la pared aórtica, sin evidencia de flujo o comunicación luminal clara en las imágenes o en la cirugía⁴. A efectos prácticos, es considerado el precursor de la disección aórtica (28% a 47%) y / o rotura aórtica (20% a 45%), encontrándose la puerta de entrada en la cirugía o la autopsia; sólo en el 4% no se localiza el desgarramiento intimal⁵.

Los hematomas tipo B se dan en el 60% de los casos. El HIA se produce con más frecuencia en pacientes mayores. El síntoma principal (más del 90%) es un dolor torácico anterior o posterior insoportable, brusco y desgarrador, que puede irradiarse al cuello, la espalda o el tórax. Se diagnostica mediante diversas pruebas de imagen como ecocardiograma (transtorácico o transesofágico), tomografía axial computarizada y resonancia magnética². La angiotomografía computarizada (angioTC) es la prueba de imagen de primera elección por su gran rendimiento diagnóstico, rapidez de ejecución y amplia disponibilidad¹⁰.

El tratamiento está en gran medida condicionado por su localización. Cuando afecta a la aorta torácica descendente, es más favorable realizar tratamiento endovascular. La afectación de la aorta ascendente hace que se recomiende la cirugía urgente o emergente dado que la probabilidad de evolución hacia DA es importante y que la mortalidad que conlleva el tratamiento médico es demasiado alta.⁶ A pesar de ello, el 20% de los pacientes no son intervenidos quirúrgicamente. Las razones que se han citado para justificar la preferencia del tratamiento médico han sido la morbilidad con enfermedades asociadas, la vejez (media de edad de 80 años) y la negativa del paciente⁷.

Independientemente de las intervenciones médicas definitivas, es importante controlar adecuadamente el dolor (con opiáceos si es preciso), tener buen ajuste de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, siendo para ello los fármacos betabloqueantes los de primera línea¹⁰.

El HIA tiene una mortalidad no despreciable en los primeros meses. La mortalidad en el HIA tipo A no intervenido, es de 1 a 2% por hora durante las primeras 48 horas. Los principales predictores independientes de mortalidad son el diámetro aórtico (> 50 mm) y la afectación de la aorta ascendente⁸.

CASO CLÍNICO

Varón de 82 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, insuficiencia renal crónica, fibrilación auricular paroxística, diabetes mellitus tipo 2 y enferme-

dad de Parkinson. Intervenido de prostactectomía por neoplasia de próstata y prótesis de rodilla. En tratamiento con Carvedilol 25 mg cada 24 horas; Atorvastatina 40 mg cada 24 horas; Apixaban 2.5 mg cada 12 horas; Metformina/Sitagliptina 50/1000 mg cada 24 horas; Levodopa/Carbidopa 25/100 mg cada 24 horas.

El paciente describe un dolor intenso en epigastrio desde las 6.30h, que le despierta; de aparición brusca, de tipo opresivo y desgarrador e irradiado a espalda. Sudoración asociada en el primer momento del dolor. Constantes a su llegada al servicio de Urgencias: tensión arterial de 160/70 mm de Hg con una frecuencia cardíaca de 40 latidos por minuto. Afebril, con una temperatura registrada de 36,2°C. Saturación de oxígeno de 96% con gafas nasales a 2 litros.

A la exploración física, el paciente se encuentra en posición antiálgica en decúbito lateral con regular estado general. La auscultación cardíaca es rítmica sin soplos audibles; la auscultación pulmonar con normoventilación. A la exploración del abdomen, presenta dolor intenso a la palpación en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal ni palpación de masas ni visceromegalias. No soplos abdominales audibles con peristaltismo conservado. No se objetivan edemas en extremidades inferiores, manteniendo pulsos bilaterales femorales y pedios simétricos y presentes.

Pruebas complementarias realizadas:

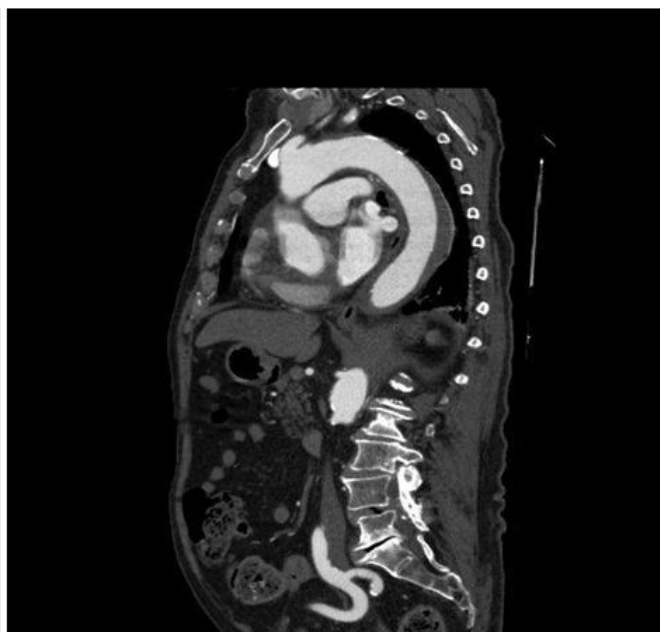
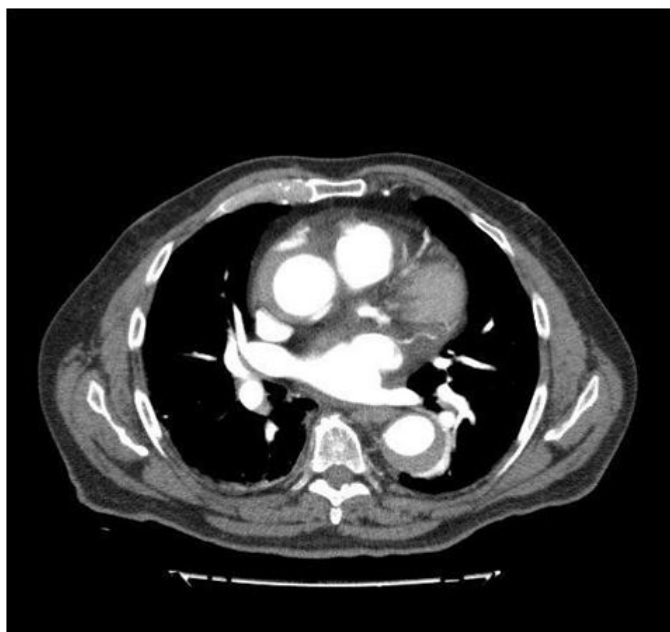
- Electrocardiogramas (ECG): 1º: bradicardia sinusal con mínima desnivelación de ST y T negativas en V4-V6. 2º: ritmo de escape infrahisiano con conducción de bloqueo de rama izquierda. 3º: bradicardia sinusal con T negativas en V5-V6.

- En la analítica de sangre destaca el aumento de troponina I ultrasensible de 24 a

140 ng/L. Amilasa 89 U/L, lipasa 28 U/L, GGT 17 U/L, GPT 15 U/L. Lactato 3 mmol/L.

- Radiografía de tórax: elongación aórtica y ligero aumento de mediastino.

- Ecocardiografía: Hipertrofia ventricular izquierda con fracción de eyección conservada y sin alteraciones segmentarias.



Dadas las características de la clínica (localización, irradiación, duración), se solicita angioTC diagnosticándose hematoma intramural agudo aórtico tipo A de Stanford desde raíz aórtica, a lo largo del cayado y la descendente alcanzando el ostium celíaco. Pequeño flap o defecto intimal de entrada. Diámetro máximo de 47mm en aorta ascendente.

Se consulta el caso con Cirugía Cardíaca de guardia, que desestima la actuación quirúrgica urgente por su parte. Por ello, el paciente es tratado de forma sintomática y conservadora con fármacos opiáceos (dolantina 50 mg iv cada 8 horas), controlando el dolor del paciente, y se ingresa a cargo de Cardiología.

Durante su hospitalización, el paciente tiende a la hipertensión arterial y presenta episodios de síndrome confusional con agitación psicomotriz.

Se produce empeoramiento clínico progresivo del paciente con final fallecimiento al cuarto día del inicio de los síntomas.

DISCUSIÓN

El hematoma intramural es una patología poco frecuente pero potencialmente grave. Los avances en las técnicas de imagen y en el

tratamiento ponen de manifiesto la relevancia de realizar un diagnóstico precoz, al ser crucial para la supervivencia. El tratamiento sigue siendo un desafío debido a las diversas estrategias quirúrgicas y percutáneas que están en continuo desarrollo.

El código infarto o la enfermedad coronaria aguda es una entidad tiempo dependiente y la causa individual más frecuente de muerte en todos los países del mundo.

La superposición de los síntomas de los síndromes coronarios con los síndromes aórticos es un desafío al dificultar y retrasar el diagnóstico de una entidad potencialmente letal e irreversible. Además, el riesgo de iniciar el tratamiento de una cardiopatía isquémica con antiagregantes y anticoagulantes, empeora la evolución del síndrome aórtico agudo¹⁰. Por todo ello, en 2010, algunas asociaciones cardiológicas como la American Heart Association / American College of Cardiology, propusieron desarrollar algoritmos diagnósticos específicos, con el fin de proporcionar una herramienta fácil y rápida para el diagnóstico precoz de los síndromes aórticos agudos¹¹.

Desde el servicio de Urgencias, debemos realizar un correcto diagnóstico diferencial del dolor torácico apoyándonos en la clínica del paciente, la exploración física y las pruebas de imagen complementarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez-Sellés M, Bueno H, Sacristán A et al. Dolor torácico en urgencias:frecuencia, perfil clínico y estratificación del riesgo. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61 (9): 953-9.
2. Bustamante-Munguira J; Juez M. Acute aortic síndrome. Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. *Cir Cardiov*. 2016;23(1):38-44.
3. Evangelista A, Padilla F, López-Ayerbe J., Calvo F., López-Pérez J.M., Sánchez V, et al. hospitals participating in the Spanish Acute Aortic Syndrome Study. Spanish Acute Aortic Syndrome Study (RESA). Better Diagnosis Is Not Reflected in Reduced Mortality. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*., 62 (2009), pp. 255-262.
4. Haensig M; Type B intramural hematoma: focus on reasons for development and overlapping clinical disease; *Ann Cardiothorac Surg* 2019 ;8(4):494-496.
5. Maraj R, Rerkpattanapipat P, Jacobs L.E., Makornwattana P, Kotler M.N. Meta- analysis of 143 reported cases of aortic intramural hematoma. *Am J Cardiol*, 86 (2000), pp. 664-668.
6. Svensson L.G., Kouchoukos N.T., Miller D.C, Bavaria J.E., Coselli J.S., Curi M.A., et al. Expert consensus document on the treatment of descending thoracic aortic disease using endovascular stent-grafts. *Ann Thorac Surg*., 85 (2008), pp. S1-S41.
7. Nienaber C.A., Ince H. Tratamiento de los síndromes aórticos agudos. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60(5):526-41.
8. Evangelista A, Domínguez R, Sebastián C, Salas A, Permanyer-Miralda G, Avegliano G, et al. Prognostic value of clinical and morphologic findings in short-term evolution of aortic intramural haematoma. Therapeutic implications. *Eur Heart J*, 25 (2004), pp. 81-7.
9. Varela C, De Luccas V, Gutiérrez JM, Mantelli E, Ríos P, M Zúñiga J, J Meza M, Fuchs C. Estudio imagenológico del síndrome aórtico agudo [Imaging approach to acute aortic syndrome]. *Rev Med Chil*. 2019 Dec;147(12):1579-1593.
10. Vicente J. A. L., Sánchez B. S., Pérez M. P. P., Arroyo J. R. R. Relevance of the differential diagnosis between Acute Aortic Syndrome and Acute Coronary Syndrome in patients with thoracic pain and hypertensive crisis: Review on 2 case reports. *CorSalud (Revista de Enfermedades Cardiovasculares)*, 2011. 3(4), 312-317.
11. Bossone E, LaBounty TM, Eagle KA. Acute aortic syndromes: diagnosis and management, an update. *Eur Heart J*. 2018 Mar 1;39(9):739-749d.