



CARTAS CIENTÍFICAS

Diseción aórtica aguda indolora: el reto de un diagnóstico difícil en un paciente con insuficiencia cardíaca

Painless acute aortic dissection: the challenge of a difficult diagnosis in a patient with heart failure

Sr. Director:

La diseción aórtica aguda, aunque potencialmente letal, es poco común, con una incidencia de 5 a 30 casos por millón de personas al año¹. El dolor es el síntoma clave, presente en el 95% de los casos². Otras manifestaciones pueden resultar de la isquemia que se produce a causa de la alteración del flujo sanguíneo en los ramos aórticos, incluyendo los abdominales, espinales, de las extremidades y renales, o pueden resultar de la compresión directa de estructuras próximas¹. Las alteraciones hemodinámicas dan lugar frecuentemente a síntomas neurológicos o cardíacos que pueden dominar el cuadro, dificultando el diagnóstico.

Presentamos el caso de un hombre de 70 años, admitido en nuestro departamento de Medicina Interna por disnea y edema periférico. Los síntomas se habían iniciado una semana antes y se habían agravado progresivamente. Cuando ingresó en urgencias refería disnea en reposo, ortopnea y episodios de disnea paroxística nocturna. El paciente negaba cualquier dolor, torácico, cervical o abdominal. Se trataba de un paciente obeso, con historia de consumo de alcohol moderado, estenosis aórtica reumática, con colocación de prótesis mecánica 10 años antes e hipertensión arterial no tratada. Mantenía solamente terapia con warfarina. En admisión se encontraba orientado y taquipneico. La presión arterial era de 220/130 mmHg y mostraba una taquicardia de 130 latidos/min. El examen cardiovascular mostró un ritmo irregular con un *click* y un ligero soplo de regurgitación en el foco aórtico. La auscultación pulmonar evidenció crepitantes en la mitad inferior de ambos campos pulmonares. El examen físico demostró también ingurgitación yugular e importante edema periférico. Los análisis de sangre mostraron hemograma y función renal normales y aminotransferasas y creatina cinasa ligeramente elevadas, así como prolongamiento del tiempo de protrombina, una vez que el paciente se encontraba anticoagulado. El electrocardiograma mostró una fibrilación auricular (que no se conocía de antes) y no presentaba señales de isquemia. La

radiografía torácica se muestra en la [figura 1](#). El paciente fue admitido con el diagnóstico de sospecha de insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular e hipertensión arterial. Durante los primeros 3 días mantuvo disnea, ortopnea y edema periférico, e inició períodos de desorientación y agitación, que se atribuyeron a privación alcohólica. Negaba dolor torácico u otro. En el tercer día hubo un colapso súbito con convulsión tonicoclónica a la que se siguió instalación de coma con índice de Glasgow de 8. Fue intubado y conectado al ventilador. La tomografía computarizada (TC) craneal mostró varias lesiones isquémicas en la protuberancia. El ecocardiograma mostró una dilatación de la raíz de la aorta con una rotura de la íntima y regurgitación aórtica moderada. Se realizó TC torácica que mostró una diseción de tipo A de Stanford ([fig. 2](#)). Fue trasladado al departamento de cirugía cardiovascular y se le intervino. El paciente falleció un mes después tras distintas complicaciones postoperatorias.

La mortalidad de la diseción aórtica no tratada puede llegar al 1% por hora en las primeras 48 h y hasta el 75% en el final del primer mes. El diagnóstico y el tratamiento precoces pueden mejorar la supervivencia, que puede llegar hasta el 90% al final del primer mes si el diagnóstico se hace en las primeras horas³.

El dolor torácico y abdominal es el síntoma de presentación más frecuente. En el International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD), que incluyó a 464 pacientes, más del 95% refirió alguna clase de dolor². Sin embargo, existen algunos casos muy raros de diseciones indoloras. En estos casos excepcionales los síntomas neurológicos o cardiovasculares pueden dominar el cuadro. En realidad, los síntomas o señales neurológicos están presentes en el 17-40% de las diseciones aórticas, incluyendo isquemia cerebral o espinal, síncope, convulsiones tonicoclónicas y coma⁴.

Las manifestaciones cardiovasculares son también frecuentes, y pueden ser el síntoma principal⁵. En el estudio IRAD los síntomas de insuficiencia cardíaca dominaban el cuadro en el 6,6% de los casos². Los mecanismos causales son variables, lo más importante es la insuficiencia aórtica aguda, evidente en el 18-50% de los casos, que puede llevar a la insuficiencia cardíaca aguda y el *shock*¹. La perfusión de las coronarias puede ser reducida según diferentes mecanismos, llevando a la disfunción ventricular izquierda y/o a la isquemia del miocardio.

Otros síntomas posibles de diseción aórtica incluyen la isquemia periférica aguda, la efusión pleural (más frecuentemente en el lado izquierdo) y la hemorragia gastrointestinal^{2,5}.



Figura 1 Radiografía de tórax obtenida en admisión.

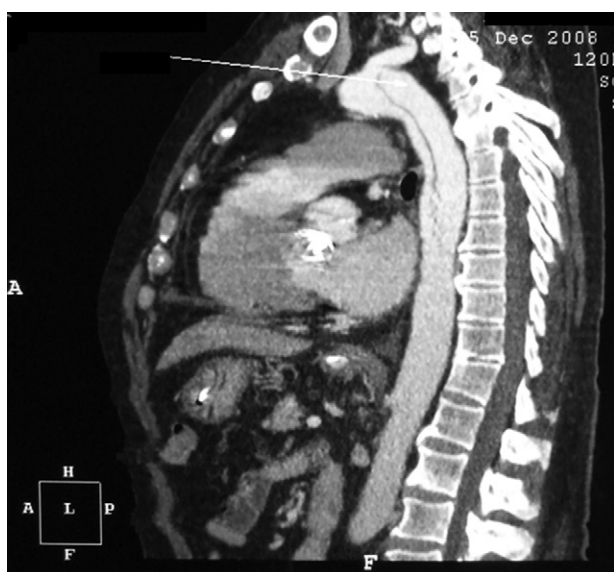


Figura 2 Tomografía computarizada (vista lateral). La flecha señala el falso lumen de la aorta.

El factor de riesgo más importante y prevalente es la hipertensión arterial, presente en más del 70% de los pacientes. Otros factores de riesgo incluyen las válvulas aórticas bicúspides, coartación de la aorta, enfermedades raras del conectivo, como los síndromes de Marfan y Ehlers-Danlos, el embarazo y el uso de cocaína^{1-3,5,6}. La cirugía cardíaca previa, aunque ocurrida varios años antes, especialmente la sustitución de la válvula aórtica, conlleva un importante riesgo⁷.

Algunos aspectos en la presentación de nuestro paciente podrían haber indicado el diagnóstico. En primer lugar, presentaba varios factores de riesgo para disección, como la hipertensión arterial no controlada y una sustitución de válvula aórtica en el pasado. En segundo lugar, aunque

negara dolor, el inicio agudo de los síntomas de insuficiencia cardíaca y la instalación de síndrome confusional agudo, presumiblemente por una deficiente irrigación cerebral, son pistas que deben conducir a una necesidad de una investigación más cuidada.

Probablemente porque el paciente no refirió nunca dolor típico no se consideró el diagnóstico y, consecuentemente, no se hizo. De hecho, la llave del abordaje de la disección aguda de la aorta es la sospecha clínica que apunte a los métodos de diagnóstico y acciones terapéuticas apropiadas⁸.

La presentación indolora, que es muy inusual, es muy difícil de diagnosticar. Se debe considerar en pacientes que se presentan con síncope no explicado, ictus, inicio agudo de insuficiencia cardíaca e isquemia aguda de las extremidades o de las vísceras, aun en los casos en que no existe dolor torácico típico. En estos casos la atención cuidadosa a los factores de riesgo, signos secundarios atípicos y la evaluación rigurosa de los estudios complementarios de imagen son la llave para el diagnóstico.

Bibliografía

1. Khan IA, Nair CK. Clinical, diagnostic, and management perspectives of aortic dissection. *Chest*. 2002;122:311-28.
2. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, Bruckman D, Karavite DJ, Russman PL, et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease. *JAMA*. 2000;283:897-903.
3. Von Kodolitsch Y, Schwartz AG, Nienaber CA. Clinical prediction of acute aortic dissection. *Arch Intern Med*. 2000;160:2977-82.
4. Gaul C, Dietrich W, Friedrich I, Sirch J, Erbguth FJ. Neurological symptoms in type A aortic dissections. *Stroke*. 2007;38:292-7.
5. Erbel R, Alfonso F, Boileau C, Dirsch O, Eber B, Haverich A, et al. Diagnosis and management of aortic dissection. Recommendations of the Task Force on Aortic Dissection, European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2001;22:1642-81.
6. Mészáros I, Mórocz J, Szlávi J, Schmidt J, Tornoci L, Nagy L, et al. Epidemiology and clinicopathology of aortic dissection: a population-based longitudinal study over 27 years. *Chest*. 2000;117:1271-8.
7. Stanger O, Oberwalder P, Dacar D, Knez I, Rigler B. Late dissection of the ascending aorta after previous cardiac surgery: risk, presentation and outcome. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2002;21:453-8.
8. Nienaber CA, Eagle KA. Aortic dissection: new frontiers in diagnosis and management. Part I: from etiology to diagnostic strategies. *Circulation*. 2003;108:628-35.

S. Lourenco*, Z. Neves, M. Helena Pacheco y J. Antonio Malhado

Servicio de Medicina Interna 1, Hospital Curry Cabral, Lisboa, Portugal

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sofoulourenco@iol.pt (S. Lourenco).

doi:10.1016/j.medin.2010.12.001