

Dolor torácico y paraplejía como forma de presentación de disección aórtica: a propósito de un caso

MSc. Dr. Geovedy Martínez García✉, Dr. Roger Ravelo Dopico, Dra. Eliset Valdés Carrazana, MSc. Dra. Liz O. Cruz Rodríguez, Dra. Yoanis Cárdenas Fernández y Dr. Carlos R. García Bendibre

Hospital Militar Central Dr. Carlos Juan Finlay. Marianao, La Habana, Cuba.

Full English text of this article is also available

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido: 26 de febrero de 2016

Aceptado: 31 de marzo de 2016

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses

Abreviaturas

DAo: disección aórtica

RESUMEN

La disección aórtica aguda es el episodio catastrófico más frecuente que afecta a la aorta; su mortalidad precoz es muy alta, con una tasa de hasta 1-2% por hora, en las primeras horas, después de producirse la disección. El síntoma de presentación fundamental es el dolor torácico, pero existen otros que pueden pasar inadvertidos, e incluso enmascarar la enfermedad. En este trabajo se describe un caso con presentación atípica de esta enfermedad: un hombre de 72 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, que acudió al servicio de urgencias con dolor precordial opresivo, vómitos e imposibilidad de mover los miembros inferiores. Al examen físico se constató disminución de los pulsos periféricos en miembro inferior derecho, paraplejía espástica y reflejos osteotendinosos ausentes en ambos miembros inferiores. Se realizó angiografía donde se diagnosticó disección aórtica tipo IIIb. El paciente falleció a las 24 horas del diagnóstico.

Palabras clave: Disección aórtica aguda, Paraplejía, Dolor en el pecho

Chest pain and paraplegia as a presentation of aortic dissection: apropos of a case

ABSTRACT

Acute aortic dissection is the most common catastrophic event affecting the aorta. Its early mortality is very high, with a rate of 1-2% per hour, in the early hours, after the dissection takes place. The key symptom is the chest pain presentation, but there are others that may be unnoticed, and they even mask the disease. In this work is described a case with atypical presentation of this disease: a man of 72 years old with a history of hypertension and diabetes mellitus type 2, which went to the emergency service with oppressive chest pain, vomiting and inability to move the lower limbs. When carried out the physical examination, a decrease of peripheral pulses was found in the right lower limb, spastic paraplegia and absent osteotendinous reflexes in both lower limbs. A computed tomographic angiography (CTA) was performed, where an aortic dissection type IIIb was diagnosed. The patient died 24 hours after the diagnosis.

Key words: Acute aortic dissection, Paraplegia, Chest Pain

Versiones On-Line:

Español - Inglés

✉ G Martínez García
Anita 936 e/ Gertrudis y Lagueruela,
Sevillano, 10 de Octubre. La Habana,
Cuba. Correo electrónico:
geovedymtnez@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La disección aórtica (DAo) es definida como la rotura de la íntima de la arteria aorta, a veces provocada por un sangramiento intramural, que resulta en la separación de las capas de la pared aórtica y la consecuente formación de una luz verdadera y otra falsa, con o sin comunicación entre ellas.

Los estudios de epidemiología de la DAo son escasos, en algunos se estima aproximadamente en 6 por cada 100 mil personas al año¹. La incidencia es mayor en hombres que en mujeres, se incrementa con la edad², y el factor de riesgo más frecuentemente asociado es la hipertensión arterial, generalmente mal controlada, que puede estar presente en el 65-75% de los individuos afectados^{3,7}. Otros factores de riesgo incluyen enfermedades previas de la aorta o de la válvula aórtica, antecedentes familiares de enfermedades aórticas, tabaquismo, trauma torácico y el uso de drogas intravenosas (cocaína y anfetaminas).

El síntoma más frecuente es el dolor torácico, que está presente en el 96% de los casos. Suele ser intenso, de aparición súbita, con máxima intensidad al inicio, en el 17% de los casos llega a ser migratorio, y sigue el recorrido de la disección a lo largo de la aorta⁸. Sin embargo, existen otros síntomas y signos que son menos frecuentes, y que pueden llegar a enmascarar la verdadera lesión arterial. Se describe el caso de un paciente que se recibe en el Servicio de Urgencias con dolor precordial y síntomas neurológicos, al cual se le diagnostica una DAo por angiotomografía contrastada.

CASO CLÍNICO

Hombre de 72 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial tratada con enalapril e hidroclorotiazida, diabetes mellitus tipo 2 sin tratamiento medicamentoso, y operación de hiperplasia prostática benigna hacía un año. Acudió a su policlínico con dolor precordial opresivo que se irradiaba a la

espalda y al hemiabdomen superior, sin alivio aparente; le administran tres tabletas de nitroglicerina sublingual y morfina, y al no existir mejoría del cuadro clínico es trasladado al Hospital Militar Central Dr. Carlos J. Finlay de Marianao, La Habana, Cuba. Aquí presentó vómitos con restos de alimentos, relajación de esfínter y comenzó a quejarse de que no podía mover los miembros inferiores.

Datos del examen físico

Frecuencia respiratoria de 21 respiraciones por minuto. Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos; frecuencia cardíaca de 86 latidos por minuto y tensión arterial 170/90 mmHg.

Ambos miembros inferiores con disminución de los pulsos periféricos; el derecho se presentaba frío y el izquierdo con una temperatura normal.

El paciente estaba consciente y orientado en tiempo, espacio y persona. No existían signos meníngeos. La fuerza muscular de los miembros superiores estaba conservada. Se constató paraplejía espástica, los reflejos osteotendinosos estaban disminuidos en miembros superiores y ausentes en los inferiores. Respuesta cutáneo-plantar bilateral ausente. Nivel sensitivo para la sensibilidad superfi-

Tabla 1. Complementarios sanguíneos realizados.

Complementario	Resultado	Valores de referencia
Hematócrito	0,48	0,42 – 0,52
Leucograma	11,4 x 10 ⁹ /L	4,5 – 10,5 x 10 ⁹ /L
LDH	1166 U/L	200 – 400 U/L
Fosfatasa alcalina	226 U/L	100 – 290 U/L
TGP	45 U/L	0 – 49 U/L
GGT	30 U/L	5 – 45 U/L
Colesterol	3,86 mmol/l	3,87 – 6,30 mmol/L
Triglicéridos	1,46 mmol/L	0,46 – 1,88 mmol/L
Creatinina	491,2 µmol/L	47,6 – 113,4 µmol/L
Ácido úrico	629 µmol/L	155 – 428 µmol/L
Urea	12,8 mmol/L	1,80 – 6,10 mmol/L
Proteínas totales	68,1 g/L	60,0 – 80,0 g/L
Albumina	46 g/L	38 – 54 g/L
Bilirrubina total	6,99 µmol/L	0 – 21 µmol/L
INR	1,63	1,0 – 2,0
Conteo de plaquetas	195 x 10 ⁹ /L	150 – 400 x 10 ⁹ /L

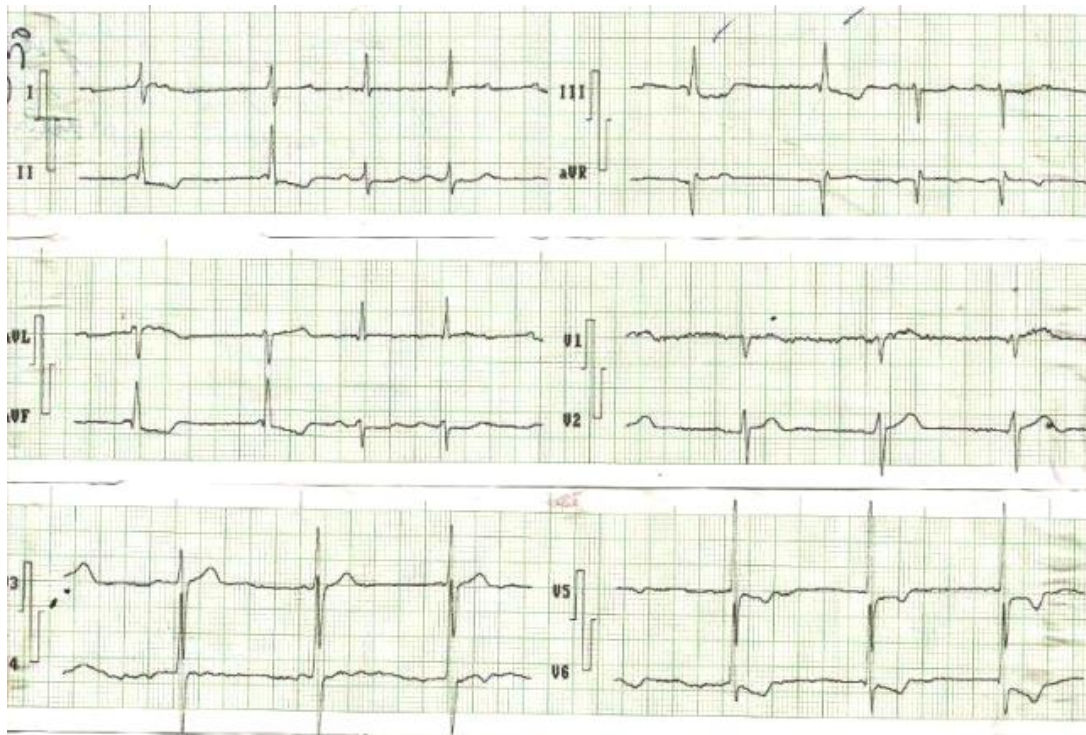


Figura 1. Electrocardiograma que descarta la presencia de un síndrome coronario agudo como causa del dolor precordial.

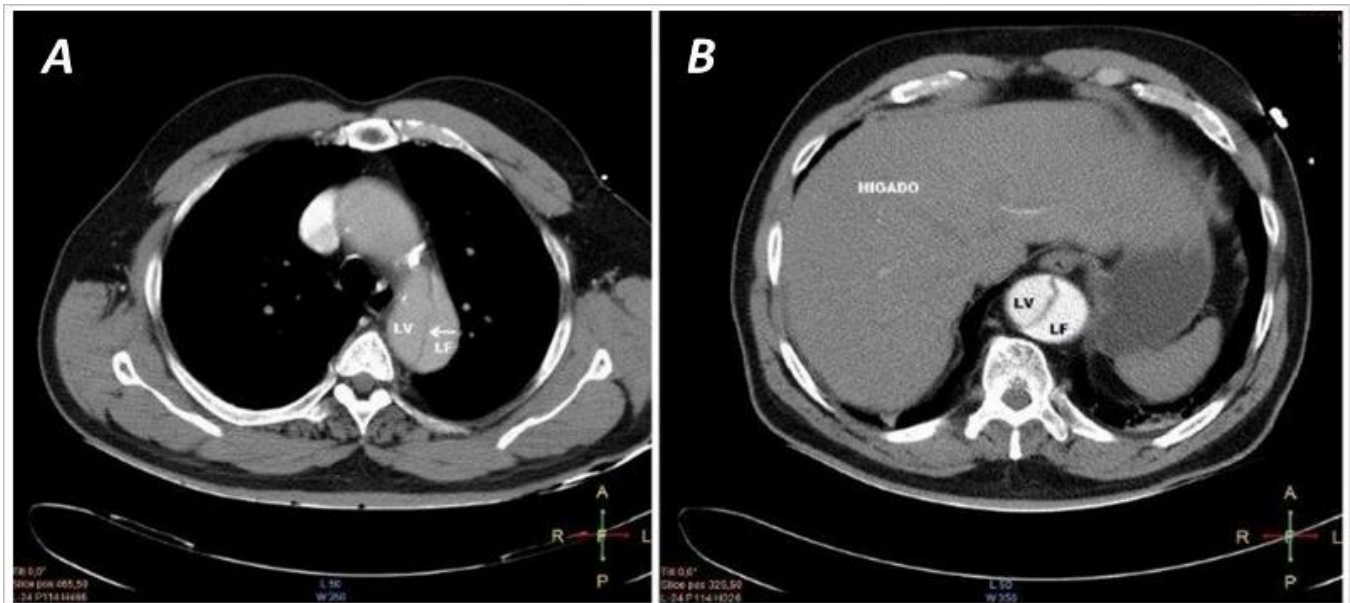


Figura 2. Tomografía computarizada con contraste. **A.** Se observa cayado de la aorta donde se inicia la disección, y el colgajo intimal (flecha). **B.** Corte por debajo del diafragma donde se visualiza la extensión de la disección. LV: luz verdadera, LF: luz falsa.

cial y profunda en D₉-D₁₀.

Exámenes realizados

- Complementarios sanguíneos: Se describen en la **tabla**.
- Electrocardiograma: Eje eléctrico a la izquierda (Δ QRS: -60°), contracciones ventriculares prematuras acopladas, bloqueo fascicular anterior izquierdo y sobrecarga sistólica del ventrículo izquierdo (**Figura 1**).
- Angiotomografía computarizada (**Figura 2**): Se observó doble luz desde el cayado aórtico hasta su bifurcación, sin afectar las arterias ilíacas comunes. Arterias renales en la luz verdadera. Engrosamiento pleural bilateral, no derrame pericárdico ni colección periaórtica. No se observó líquido libre retroperitoneal. En la reconstrucción tridimensional se observa la disección en toda su extensión (**Figura 3**).

Con el cuadro clínico del paciente y los hallazgos al interrogatorio y el examen físico, se plantea la presencia de disección aórtica tipo IIIb de DeBakey, con compromiso de las arterias espinales de la columna lumbar. Con este diagnóstico se ingresa al paciente en el Servicio de Cuidados Intensivos,

donde a las 24 horas realiza parada cardiorrespiratoria en asistolia y fallece, a pesar de las maniobras de reanimación. Se realiza necropsia, donde se confirma el diagnóstico clínico, y se encuentra, como causa directa de la muerte, un tromboembolismo pulmonar en silla de montar.

COMENTARIO

La DAo se presenta fundamentalmente con dolor torácico, pero existen otros síntomas y signos menos frecuentes, que pueden confundir y atrasar el diagnóstico y el tratamiento de esta emergencia médica. Los síntomas neurológicos pueden ser dramáticos, dominar el cuadro clínico y enmascarar la causa real del problema. Aparecen generalmente por trastornos en la perfusión cerebral, hipotensión, tromboembolismo distal o compresión de nervios periféricos. La frecuencia de los síntomas neurológicos en la DAo es de 15-40%, y en la mitad de los pacientes pueden ser transitorios⁹.

La paraplejía aguda, debido a la isquemia espinal causada por la oclusión o pérdida de la perfusión de las arterias espinales, es infrecuente y puede ser confundida con el síndrome de Leriche¹⁰. El más reciente Registro Internacional de Disección Aórtica (*IRAD*, por sus siglas en inglés) describió, en DAo tipo A, una incidencia de daño cerebral mayor (coma y accidente cerebrovascular) de menos de 10%, y el daño isquémico de la médula espinal, del 1%⁷.

En el caso presentado, la alta sospecha clínica frente a un paciente con dolor precordial sin cambios eléctricos evidentes, vómitos, y daño neurológico dado por paraplejía espástica y ausencia de reflejos osteotendinosos en miembros inferiores, llevó al diagnóstico de la DAo, apoyado en las imágenes contrastadas. Desgraciadamente, a pesar del diagnóstico precoz, no se logró la supervivencia del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Howard DP, Banerjee A, Fairhead JF, Perkins J, Silver LE, Rothwell PM. Population-based study of incidence and outcome of acute aortic dissection and premorbid risk factor control: 10-year



Figura 3. Reconstrucción tomográfica tridimensional de la aorta donde se observa la línea de disección (flechas).

- results from the Oxford Vascular Study. *Circulation*. 2013;127:2031-7.
2. Olsson C, Thelin S, Ståhle E, Ekbom A, Granath F. Thoracic aortic aneurysm and dissection: increasing prevalence and improved outcomes reported in a nationwide population-based study of more than 14,000 cases from 1987 to 2002. *Circulation*. 2006;114:2611-8.
 3. 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.
 4. Januzzi JL, Eagle KA, Cooper JV, Fang J, Sechtem U, Myrmet T, et al. Acute aortic dissection presenting with congestive heart failure: results from the International Registry of Acute Aortic Dissection. *J Am Coll Cardiol*. 2005;46:733-5.
 5. Bonnefoy E, Godon P, Kirkorian G, Chabaud S, Touboul P. Significance of serum troponin I elevation in patients with acute aortic dissection of the ascending aorta. *Acta Cardiol*. 2005;60:165-70.
 6. Gilon D, Mehta RH, Oh JK, Januzzi JL, Bossone E, Cooper JV, et al. Characteristics and in-hospital outcomes of patients with cardiac tamponade complicating type A acute aortic dissection. *Am J Cardiol*. 2009;103:1029-31.
 7. Di Eusanio M, Trimarchi S, Patel HJ, Hutchison S, Suzuki T, Peterson MD, et al. Clinical presentation, management, and short-term outcome of patients with type A acute dissection complicated by mesenteric malperfusion: observations from the International Registry of Acute Aortic Dissection. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2013;145:385-90.e1.
 8. Trimarchi S, Tolenaar JL, Tsai TT, Froehlich J, Pegorer M, Upchurch GR, et al. Influence of clinical presentation on the outcome of acute B aortic dissection: evidences from IRAD. *J Cardiovasc Surg (Torino)*. 2012;53:161-8.
 9. Bossone E, Corteville DC, Harris KM, Suzuki T, Fattori R, Hutchison S, et al. Stroke and outcomes in patients with acute type A aortic dissection. *Circulation*. 2013;128:S175-9.
 10. Erbel R, Alfonso F, Boileau C, Dirsch O, Eber B, Haverich A, et al. Diagnosis and management of aortic dissection. *Eur Heart J*. 2001;22:1642-81.