

Disección aórtica y emergencia hipertensiva. reporte de un caso

Aortic dissection and hypertensive emergency. A case report

Dr. Fidel Rivero Fernández; Dr. Tomas Rivero Fernández; Dr. Alfredo Guerra González; Dr. Manuel Basulto Barroso

Hospital Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente femenina de 48 años de edad, de raza negra, portadora de hipertensión severa como enfermedad de base, la cual en el curso de una emergencia hipertensiva desarrolló lesión de un órgano diana, en este caso la aorta torácica, determinándose la aparición de una disección aórtica o aneurisma disecante de la aorta. Se realizó una revisión del tema que permitió conocer elementos en el orden epidemiológico de esta enfermedad, los cuales son más frecuentes en edades avanzadas de la vida y en el sexo masculino. Desde el punto de vista de la clasificación de esta enfermedad, en nuestro caso se presentó una disección aórtica tipo III de la clasificación de *De Bakey*, tipo B o dista de la clasificación de *Stanford* y crónica desde el punto de vista del tiempo de evolución de la misma. La conducta seguida en esta paciente (como es aceptado para este tipo de disección) fue conservadora (tratamiento médico y control de los factores de riesgo). La evolución fue favorable, pues se tuvo en cuenta que la disección no progresó y se mantuvo controlada la tensión arterial.

DeCS: DISECCIÓN; IDENTIFICACIÓN DE LA EMERGENCIA; HIPERTENSIÓN/complicaciones; HEMATOMA; ANEURISMA AÓRTICO.

ABSTRACT

This paper reports on a 48-year, black, female patient with severe hypertension as an underlying disease, who in the course of a hypertensive emergency developed a target organ disease, which led to aortic dissection, that is, to dissection aneurysm of the aorta. A review of literature on the subject provided information on the epidemiologic order of the disease, which makes it most frequent in elderly males contrary to the patient in our report. As regards the classification of the pathology, our patients' aortic dissection was Type II of the *De Bakeys* classification, Type B, i.e., stays away from *Stanford's* classification but is chronic from the point of view of its time span. Our procedure was conservative, that is, we approach the disease through medical treatment and through risk factor management. Response to treatment was favourable given that dissection did not progress and that arterial tension remained under control.

DeCS: DISSECTION; EMERGENCY IDENTIFICATION; HYPERTENSION/complications; HEMATOMA; AORTIC ANEURYSM.

INTRODUCCIÓN

La disección aórtica o aneurisma disecante de la aorta no es más que la disección de la íntima de la capa media de la pared arterial por un daño previo a partir de un desgarro de la íntima como lesión inicial, la cual se produce como resultado de la acción mecánica del aumento de la presión arterial.¹ En la actualidad se reconoce la hipertensión arterial como la principal causa de la disección de la aorta,¹⁻⁴ aunque existen otras causas tales como la necrosis quística de la media, los traumatismos, la aterosclerosis, la arteritis, la valvulopatías aórtica entre otras causas. La hipertensión arterial es una de las enfermedades cardiovasculares más frecuentes en la actualidad según múltiples informaciones científicas,⁵⁻¹⁰ su forma de manifestación severa cuando las cifras tensionales diastólicas se encuentran por encima de 110mm de Hg y producen daño agudo de alguno de los órganos diana, se considera como una emergencia hipertensiva según la definición de *Roca*,¹ entre las que pueden aparecer

enfermedades tales como la encefalopatía hipertensiva, hemorragia intracraneal, angina inestable, el aneurisma disecante de la aorta y la eclampsia.

Es más frecuente en los hombres con una relación de 3:1 con respecto a las mujeres según Oliver, et al,⁴ Se presenta con mayor frecuencia entre los 50 y 70 años de edad y es raro en menores de 40 años.

Es una enfermedad muy grave con alta mortalidad, alrededor de un tercio de los pacientes mueren en las primeras 24h y alrededor del 50 % en las 4h de evolución. La clasificación de la disección aórtica se basa en dos elementos fundamentales: la duración y la localización anatómica. Se considera agudo cuando ocurre en el transcurso de dos semanas y crónica si se presenta en más de ese tiempo o sea por un período mayor a dos semanas.¹¹ Con mayor frecuencia se clasifican por el sitio de desgarramiento de la íntima y la extensión del hematoma disecante según las clasificaciones de Bakey.^{11, 12}

Clasificaciones

-Tipo I disección de la aorta ascendente que se extiende por toda la aorta incluyendo sus ramas principales.

-Tipo II disección limitada a la aorta torácica ascendente.

-Tipo III disección en la aorta descendente luego de la emergencia de la arteria subclavia izquierda.

Otra clasificación útil para la adecuada interpretación de esta enfermedad lo constituye la de Stanford citada por Oliver,⁴ el cual las clasifica en tipo A o proximal en la que la rotura de la íntima se produce inmediatamente después de la válvula aórtica y aorta ascendente, y la tipo B o distal en la que la rotura de la íntima se produce después de la emergencia de la arteria subclavia izquierda.

REPORTE DEL CASO

Paciente MCC de 48 años de edad, historia clínica 014650.

Sexo: femenino.

Raza: negra.

Motivo de ingreso: dolor torácico y expectoración con sangre.

Historia de la enfermedad actual: paciente con antecedente patológico personal de hipertensión arterial severa con un control inestable que lleva tratamiento médico con Nifedipina 60mg diarios. En esta ocasión ingresa por presentar dolor torácico y

hemoptisis, además refiere que hace dos semanas presentó cuadro de hipertensión por lo que permaneció ingresada por siete días, donde a partir de ese instante logró un control aceptable de las cifras tensiionales, pues acudió al servicio de urgencias presentando dolor torácico intenso y expectoración con sangre.

Antecedentes patológicos personales: hipertensión arterial, asma bronquial.

Antecedentes patológicos familiares: padre fallecido por hipertensión arterial, madre fallecida por asma bronquial.

Datos positivos al examen físico:

Cifras tensiionales elevadas de 180/115.

Exámenes complementarios:

Hb 114g/l

Glicemia 4,3 mmol/l

Creatinina 132,4 mmol/l

Eritrosedimentación: 48 mm/h

Acido-Úrico-270 mmol/l

Lipidograma-normal.

Radiología de tórax

Dilatación de aorta en relación con el botón aórtico de forma sacular o redondeada con un diámetro aproximado de 10cm que esta en relación con gran aneurisma de la aorta torácica. No alteraciones pleuropulmonares.

Ecocardiograma-cardiomiopatía hipertensiva. No defectos valvulares. No derrame del pericardio (Fig. 1).

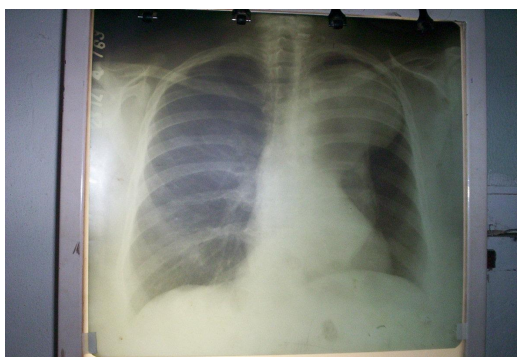


Fig. 1. Radiografía de tórax. Gran dilatación de la aorta torácica descendente de tipo sacular.

Angio TAC: Dilatación de la aorta torácica a partir de la emergencia de la subclavia izquierda, sacular de 111mm de diámetro con imagen de doble luz y trombos murales en su interior.

Ultrasonido abdominal: normal.

EKG: hipertrofia ventricular izquierda.

Diagnóstico:

1-Disecación aórtica en el curso de una emergencia hipertensiva.

2-Hipertensión arterial severa.

Conducta seguida:

-Ingreso en unidad de cuidados intensivos.

-Administración de nitróprusiato de sodio por vía parenteral hasta que se logró controlar las cifras de tensión arterial.

-Utilización para el tratamiento de mantenimiento hipotensores del tipo de los anticalcicos e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. (Fig.2, 3)

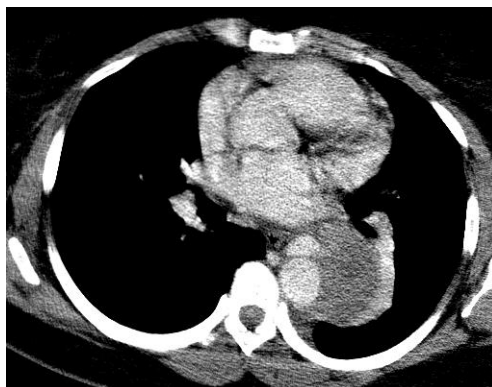


Fig. 2. Angio TAC. Se observa hematoma disecante con imagen de doble luz y trombos murales a nivel de la aorta torácica descendente.

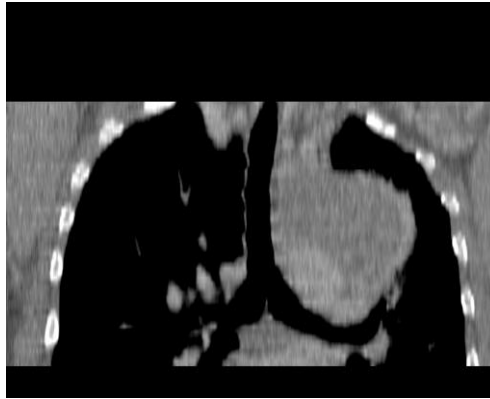


Fig. 3. Angio TAC. Se observa hematoma disecante de aorta torácica descendente.

DISCUSIÓN

En la paciente la hipertensión arterial severa determinó la consiguiente emergencia hipertensiva que causó lesión de un órgano diana, en este caso la arteria aorta, lo que constituyó indudablemente la causa de la disección de la aorta, aunque como resultante de la emergencia hipertensiva puede aparecer lesiones en otros órganos tales como corazón o cerebro también considerados como órganos diana.¹

La hipertensión arterial se considera como el factor más importante en la génesis de la disección aórtica a tal extremo que Philip¹² considera que el diagnóstico de disección aórtica es insostenible en ausencia de hipertensión arterial. La paciente contaba con 48 años de edad, década de la vida donde es infrecuente esta enfermedad por considerarse ésta como una edad temprana para este tipo de complicación, ya que la misma es más frecuente en pacientes mayores de 70 años, lo que coincide con Oliver,⁴ pues plantea que la edad media es de 76, 4 años, lo cual es muy superior a la edad de nuestra paciente; el pertenecer al sexo femenino constituyó también un elemento que no guardó relación con el predominio en el sexo masculino de esta enfermedad.^{1,2,4} En la raza negra la hipertensión arterial es más frecuente, de inicio más temprano y más grave, donde la lesión de órganos es más frecuente según los estudios de Osparil,⁶ lo que se coincide con lo sucedido en nuestra paciente. Con relación a la localización anatómica y el sitio de la disección a nivel de la primera porción de la aorta descendente se corresponde con el tipo III de la clasificación de *De Bakey* y con un sitio de disección distal o tipo B según la de Stanford.

Respecto al cuadro clínico y por las características del dolor torácico de tipo opresivo y retroesternal así como su gran intensidad, se pudo establecer el diagnóstico diferencial con el síndrome coronario agudo, ya que no es raro que con frecuencia puedan confundirse ambas enfermedades, por lo que se debe realizar un exhaustivo examen clínico así como de los complementarios que permitan orientar adecuadamente el diagnóstico. La presencia de hemoptisis en esta paciente sugirió el posible daño de estructuras pleura-pulmonares dado por el gran volumen alcanzado por el hematoma disecante como se aprecia en la radiografía de tórax y la angiotomografía axial computada. En cuanto al diagnóstico se tuvo que la radiografía de tórax constituyó el elemento diagnóstico indicativo primario en este caso que posteriormente se confirmó mediante angio TAC en el que se evidenció la presencia de una dilatación aneurismática de gran tamaño a nivel de la primera porción de la aorta descendente con una imagen que indicó la disección de la pared a ese nivel. La paciente sobrevivió a esta grave enfermedad y pasó a la cronicidad con más de dos años de evolución en estos momentos, se logró un estricto control de la hipertensión arterial lo que constituyó un elemento de riesgo potencial de ruptura si no se controla. Se apreció en las imágenes de angiotomografía la disección de la pared de la aorta con recanalización del flujo a la aorta con imagen de doble luz, lo cual está en relación con el no agravamiento de la disección, su no progresión hacia la aorta abdominal y la estabilización de sus dimensiones. Esta variante de disección aórtica fue citada por Dzau y Creager ¹³ en la que se produce una irrupción del flujo de la falsa luz nuevamente en la luz verdadera de la aorta, y según Cohen ¹⁴ se produce un desgarro secundario o de reentrada del flujo sanguíneo.

Los aneurismas tipo III de De Bakey al cual se correspondió este caso suele tratarse médicamente, si se estabiliza el estado del paciente puede continuarse la farmacoterapia, la cual en este paciente se siguió controlando los factores de riesgo de la hipertensión y se utilizaron medicamentos hipotensores del tipo de los anticalcicos y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. Por otra parte solamente estaría indicada la cirugía si existen pruebas de aumento de tamaño del hematoma disecante, rotura inminente, imposibilidad de controlar el dolor o hemorragia hacia el espacio pleural. En la actualidad la reparación quirúrgica es controversial y sería una opción terapéutica según Philip ¹². En nuestra paciente se tuvo en cuenta su juventud y la no presencia de enfermedades asociadas de tipo cardiovasculares, cerebro vasculares ni enfermedades malignas; en este sentido se decidió diferir la conducta quirúrgica por el momento y mantener el seguimiento periódico por angio TAC lo que

permitió valorar el comportamiento de las dimensiones del aneurisma disecante, signos de ruptura y la invasión de estructuras vecinas.

Se considera que esta paciente constituyó un caso infrecuente de esta complicación de la hipertensión arterial, pues era una persona joven, menor de 50 años, de sexo femenino y en la que se siguió una conducta conservadora desde el punto de vista quirúrgico y representó una evidencia de cómo las complicaciones de las enfermedades cardiovasculares se hacen cada vez más frecuentes en edades tempranas, no siendo exclusivas ya en los paciente mayores de 60 ó 70 años; esto debe constituir un punto de atención en la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roca Goderich R. Temas de medicina interna. Tomo 1. La Habana: editorial de Ciencias Médicas; 2002.
2. Cohen Lawrence S. Enfermedades de la aorta. En: Tratado de medicina interna. CECIL.6 Ciudad de la Habana: editorial de Ciencias Médicas; 1996. p. 389-94.
3. Mc Keenzie Cr, Peterson LR. Hypertension, definition and diagnostic evaluation. In: Manual of medical therapeutics. 28. Washington University: the edition Nancy Chorpensing; 1995. p. 65-85.
4. Oliver Cruz M, Romero Cabrera AJ, Bembibre Tabeada O, Bermúdez López J. Disección aórtica .Estudio de un decenio (1987-1997).Rev Cubana Med. 2000;34(4):217-21.
5. Colectivo de Autores. Angiología y cirugía vascular. Ciudad de la Habana: editorial de Ciencias Médicas. 1987. p. 83-104.
6. Oparil S. Hipertensión arterial. En: Tratado de medicina interna. CECIL. 6^{ta}ed. Ciudad de La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 1996. p. 294-310.
7. Casteñanos Arias JA, Negrin la Rosa R, Cubero Menéndez O. Prevalencia de hipertensión arterial en una comunidad del municipio Cárdenas. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000;16(2):138-43.
8. Mejías Álvarez N, Cardoso Núñez O, Canovas Moran K, Mahiques VD. Caracterización del paciente hipertenso en un consultorio del médico de familia. Rev archivo médico de Camagüey. 2003;7(suple 2).
9. Chalmes J. Hypertension in the elderly: benefits of treatment. Blood Press. Suppl 2001;3: 6-10.

10. Programa nacional de pesquizaje, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. Rev Cubana Med Gral. Integr. 1999;15(1):42-87.
11. Del Cueto H. Aneurisma disecante de la aorta ascendente. MEDISAN. 1998;(esp.)1:30-72.
12. Philip W. Aortic dissection. In: Vascular Surgery. Edition Saunders. USA: Denver Colorado; 1995. p. 1087-100.
13. Dzau UJ, Creager MA. Disease of the Aorta. In: Principles of internal medicine Harrison`s. 15 ed. Vol 1. United States of America: Ed. Mc Graw Hill; 2001. p. 1430-4.
14. Cohen Lawrence S. Enfermedades de la aorta. En: Cohen Lawrence S, editor. Tratado de medicina. CECIL. 6^{ta}ed. Ciudad de La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 1996. p. 389-94.

Recibido: 31 de octubre de 2005.

Aceptado: 10 de febrero de 2006.

Dr. Fidel Efraín Rivero Fernández. Especialista de II Grado en Angiología y Cirugía Vascular. Profesor Instructor. rivero@shine.cmw.sld.cu