

CASO CLÍNICO

Infarto agudo de miocardio y disección de aorta. A propósito de un caso.

Fernández García Gerardo¹. Páez Sánchez Luna². Egea Aldana Francisco Ramón³. Escribano Tovar Ángela⁴.

1. Especialista en medicina familiar y comunitaria. DCCU bahia de Cadiz la Janda. fm.gades@gmail.com
2. Especialista en medicina familiar y comunitaria. Centro de Salud Dr. Juan Antonio Gonzalez Caraballo, Gines. Distrito sanitario Aljarafe (Sevilla).luna.paez.sanchez@gmail.com
3. Especialista en medicina familiar y comunitaria. DCCU bahia de Cadiz la Janda. drfrea74@yahoo.es
4. Medico interno residente medicina familiar y comunitaria. Centro de salud la Merced. Distrito sanitario bahia de Cadiz la Janda. angela_escribt@hotmail.es

Citar como: Fernández García G., Páez Sánchez L., Egea Aldana F. R., Escribano Tovar A.
Infarto agudo de miocardio y disección de aorta. A propósito de un caso. fml. 2016; 20(18):3p

Recibido el 12/07/2014
Aceptado el 17/05/2016
Publicado el 24/05/2016

Resumen.

Se presenta el caso clínico de un varón de 66 años con dolor torácico y alteración en el electrocardiograma sugestiva de infarto agudo de miocardio, se trató inicialmente con tratamiento anti isquémico con un diagnóstico posterior, mediante la realización de pruebas de imagen, de disección de aorta tipo A. Un 1- 7% de los casos de disección de aorta tipo A pueden evidenciar en el electrocardiograma datos de infarto agudo de miocardio, con un peor pronóstico si se inicia tratamiento anti isquémico.

Introducción.

La disección de aorta es una situación clínica crítica que precisa de un diagnóstico certero y rápido, así como de un tratamiento precoz. Consiste en la aparición de una falsa luz en la capa media de la aorta, debido a un desgarro de la íntima. La falsa luz progresa, disecando la pared aórtica distalmente y a veces proximalmente. La clasificación se basa en la localización anatómica: Tipo A de Stanford en la aorta ascendente y tipo B de Stanford distalmente a la arteria subclavia izquierda. Entre las principales causas predisponentes se encuentra la hipertensión arterial, presente en el 80% de los pacientes y la necrosis quística de la media. Aparece preferentemente en varones (2:1), de edad media entre 60-70 años. La manifestación clínica más frecuente es el dolor torácico en la cara anterior de carácter opresivo, de comienzo súbito y migratorio siguiendo el sentido de la disección, lo que obliga a establecer un diagnóstico diferencial con la isquemia o infarto agudo de miocardio. El infarto agudo de miocardio puede ser secundario a la disección aórtica tipo A, siendo menos frecuente en las tipo B.

Caso clínico.

Varón de 66 años de edad, que presenta de madrugada un dolor centro-torácico opresivo irradiado a la espalda y acompañado de sudoración profusa. Según refiere, presenta dolor de una semana de evolución, de carácter intermitente sin asociarlo al esfuerzo físico. En esta ocasión, el dolor se inició hace unas 12 horas, intensificándose en la última hora, motivo por el que avisa al equipo de emergencias extra-hospitalarias. No ha presentado ninguna otra sintomatología asociada. Antecedentes personales de hipertensión arterial de años de

evolución en tratamiento con irbesartán 75 mg. y dislipemia en tratamiento dietético.

En la exploración física el paciente presenta regular estado general con piel fría y sudoración, manteniendo una tensión arterial de 140/80 mmHg y temperatura dentro de la normalidad. No presenta alteraciones en la exploración cardiopulmonar ni abdominal siendo el abdomen globuloso, blando y depresible sin palpase masas abdominales. Los pulsos radiales, femorales y pedios son simétricos y conservados. El paciente no presenta focalidad neurológica en la exploración actual.

El electrocardiograma evidencia un ritmo sinusal a 86 latidos por minutos con descenso del segmento ST > 1 mm de V4 a V6. No hay ondas Q ni bloqueos.

Ante la clínica y los hallazgos en el electrocardiograma, se inicia tratamiento anti isquémico administrando dos puff de cafinitrina sublingual, ácido acetilsalicílico 300 mg y clopidogrel 300 mg vía oral y 5 mg de cloruro mórfico intravenoso. Durante el traslado al hospital se inicia perfusión de solinitrina 50 mg en 500 ml de suero glucosado al 5% a ritmo de 20 ml/h. El paciente no presenta mejoría clínica ni remisión del dolor.

A la llegada al hospital el paciente se encuentra desorientado, con desviación de la comisura bucal a la izquierda, hemiparesia derecha 3/5 (moviliza, pero no levanta contra gravedad la pierna derecha). Claudica en Barré brazo derecho.

Se realiza un TAC toraco-abdominal de urgencias donde se visualiza una disección de aorta toraco-abdominal Stanford tipo A que afecta a la aorta torácica ascendente, salida de arteria carótida común

izquierda y probablemente afecte también al tronco innominado (imagen 1 y 2). Esta imagen de flap intimal se extiende hasta 6,6 cm por debajo de la salida de la arteria renal izquierda. Hay una dilatación aneurismática de la aorta torácica ascendente de 68 mm de diámetro axial. La luz falsa, deja de estar permeable a 10 cm por debajo del origen de la aorta torácica descendente, de forma que el tronco celiaco y ambas arterias renales salen de la luz verdadera (17 mm de diámetro axial máximo), y arteria mesentérica superior parcialmente de la misma.

En la sala de rayos, tras realizarse el TAC, el paciente sufre una parada cardiorrespiratoria. Tras 30 minutos de reanimación cardiopulmonar

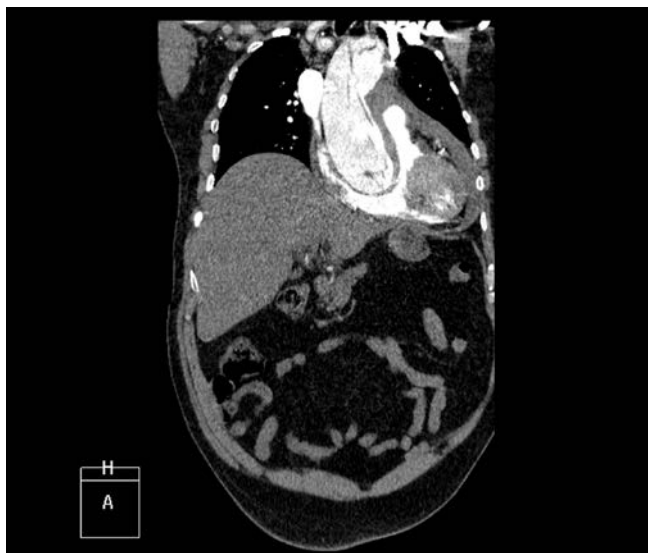


Imagen 1.

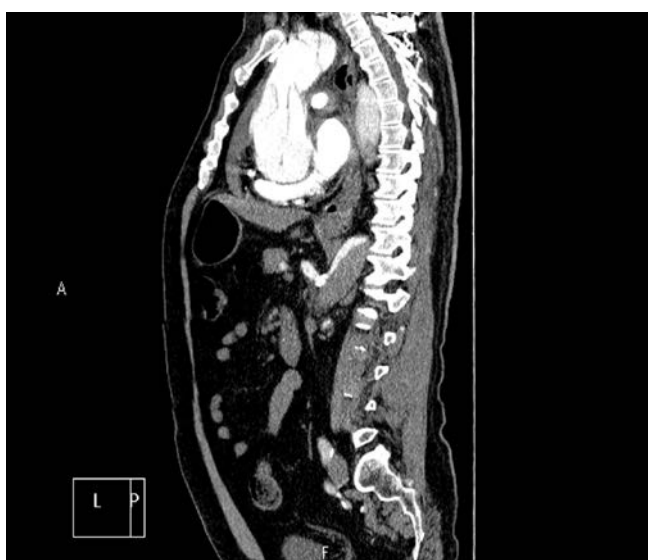


Imagen 2.

avanzada, la paciente continua sin pulso, por lo que se decide detener las maniobras y se confirma el éxitus.

Diagnóstico diferencial.

Debemos descartar otras causas de dolor torácico como el aneurisma aórtico toraco-abdominal no disecado, el infarto agudo de miocardio, la insuficiencia aórtica sin disección y la pericarditis aguda.

Conclusiones.

La disección de aorta es una patología con una incidencia de 5-30 pacientes por millón de habitante por año, con un alto riesgo de mortalidad. (1)

La historia previa de hipertensión arterial, el comienzo súbito de dolor torácico intenso y la irradiación del dolor son los factores clínicos que suelen asociarse a la disección de aorta. La hipertensión arterial es encontrada en el 75 % de las disecciones de aorta tipo A (2). El electrocardiograma es esencial para distinguir esta entidad del infarto agudo de miocardio, puesto que el cuadro clínico puede ser muy parecido, pero en los casos de disección aórtica en los que el flap diseque la coronaria el electrocardiograma puede evidenciar signos de infarto agudo de miocardio. Esto ocurre en un 1-7% de los casos (3).

El diagnóstico de síndrome coronario agudo puede conducir a la administración inadecuada de tratamiento trombolítico o anticoagulante que dobla el riesgo de complicaciones y hemorragia. Cannesson et al. publicó una revisión de 25 pacientes con infarto agudo de miocardio inducida por disección de aorta que fueron tratados erróneamente por la fibrinólisis, con una mortalidad en el 69%-100% de los casos. (4)

El síntoma más frecuente es, por tanto, el dolor de inicio súbito y de carácter pulsátil y migratorio siguiendo el sentido de la disección, localizado en la cara anterior del tórax, cuello y mandíbula cuando la disección está en la aorta proximal, o en la zona interescapular si la disección es distal.

Síntomas menos comunes serían el fallo cardíaco (por la insuficiencia aórtica severa en las DA proximales) o el síncope (al romperse la aorta proximal en el pericardio con taponamiento o por rotura de disección aórtica descendente en el espacio pleural izquierdo).

Cuando se registre hipotensión habrá que descartar un taponamiento cardíaco asociado, una rotura de aorta a la pleura o al peritoneo, o “seudohipotensión” por la disección de los troncos braquiocefálicos.

Los signos físicos son más característicos cuando se afecta la aorta proximal. Los déficits de pulsos se detectan en un 50% de las disecciones de aorta proximal y en un 15% de las distales. Las alteraciones neurológicas tienen una prevalencia de 6-19%, un 3-6% de los pacientes pueden padecer un accidente cerebrovascular por afectación directa de la arteria innominada o carótida común (5). Otros signos menos frecuentes serían el infarto o fallo

renal e hipertensión severa por compromiso de la arteria renal o la isquemia mesentérica.

Es, por tanto, fundamental el diagnóstico diferencial del infarto agudo de miocardio y la disección de aorta y, en el caso de sospecha de infarto de miocardio secundario a disección de aorta habrá que recurrir a técnicas de imagen para confirmar el diagnóstico y evitar las complicaciones derivadas del tratamiento anti isquémico.

Bibliografía.

1. Lentini S, Perrotta S. Aortic dissection with concomitant acute myocardial infarction: from diagnosis to management. *J Emerg Trauma Shock*. 2011; 4:273e278.
2. Mészáros I, Mórocz J, Szlávi J, Schmidt J, Tornóci L, Nagy L, Szép L: Epidemiology and clinicopathology of aortic dissection. *Chest* 2000, 117(5):1271-8.
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. Cannesson M, Burckard E, Lefèvre M, Bastien O, Lehot JJ. Predictors of in-hospital mortality in the surgical management of acute type A aortic dissections: Impact of anticoagulant therapies. *Ann Fr Anesth Reanim* 2004; 23:568-74
5. Contreras Zuniga, Eduardo et al. Disección aórtica: estado actual. *Rev. costarric. cardiol[online]*. 2009, vol.11, n.1, pp. 19-27. ISSN 1409-4142.

