

CASO CLÍNICO

Diseción aórtica indolora con síntomas neurológicos y presentación fulminante en Urgencias: sospecha diagnóstica


Tsveta Vladi Valcheva¹, Marta Durán Terrádez², Javier Palau Beltrán².

1. Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), Hospital General Comarcal de Vinarós.
2. Médico, a Adjunto de Familia, Hospital General Comarcal de Vinarós.

Citar como: Vladi Valcheva T, Durán Terrádez M, Palau Beltrán J. Diseción aórtica indolora con síntomas neurológicos y presentación fulminante en Urgencias: sospecha diagnóstica. fml. 2022; 27(1): 4p.

Resumen

Ante pacientes con factores de riesgo cardiovascular y cuadro sincopal o presincopal sospechar la diseción aórtica como posible causa, aunque no se presente de la manera tradicional. Recordar la utilidad de contrastar la tensión arterial y el pulso en ambas extremidades superiores.



2022; Volumen 27, número 1.
Revista oficial SoVaMFIC.
Acceso libre bajo una licencia Creative Commons:
Distribución no restringidos, nombrando la fuente y sin hacer un uso comercial o modificación de



Introducción

La disección aórtica es una entidad poco común, pero a menudo se presenta de manera aguda como una enfermedad catastrófica. (1) Es una entidad rara, con una incidencia de 2.6 a 3.5/100000 personas-año. Se presenta más a menudo entre los 60 y 80 años, más frecuentemente en los hombres. (2) Los síntomas más frecuentes son el inicio abrupto de dolor torácico o abdominal, el ensanchamiento mediastínico o aórtico en radiografía de tórax y una variación del pulso o tensión arterial. (3)

Presentamos un caso clínico de disección aórtica, que se inició de forma indolora y que debutó con clínica neurológica. (4)(5).

Descripción del caso

Acude a urgencias traído por SAMU un paciente varón de 40 años con clínica de disnea de pequeños esfuerzos. Como antecedentes personales refiere ser ex fumador, hipertenso y haber tenido un infarto agudo de miocardio derecho hace tres años. En tratamiento con AAS 150 mg, Furosemida 40 mg, Bisoprolol 5 mg, Quetiapina 100 mg y Triveram (Atorvastatina20mg/Amlodipino10mg/Perindopril5 mg).

Refiere clínica de disnea progresiva con el esfuerzo desde hace 3 meses, con un grado 2 según el Medical Research Council. Se acompaña de ortopnea de una almohada, disnea paroxística nocturna y utiliza CPAP prestada por un familiar. Presenta tensión arterial 120/62mmHg, frecuencia cardíaca 95lpm, SatO2 98% con oxígeno a 2L. Auscultación cardíaca con tonos rítmicos y soplo

sistólico mitral II/IV. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular globalmente disminuido y crepitantes bibasales. Edema en MMII hasta los tobillos.

En el ECG presenta ritmo sinusal con 95lpm con mala progresión del vector septal en precordiales y sin alteraciones de la repolarización. Presenta radiografía con cardiomegalia, ensanchamiento mediastínico, signos de redistribución vascular y senos costofrénicos libres. En la analítica destaca una Troponina T de 19,8ng/L y un NT pro BNP de 7994pg/mL, resto dentro de la normalidad. La sospecha diagnóstica es debut de insuficiencia cardíaca.

Durante su estancia en urgencias sufre cuadro sincopal en reposo. En ese momento presenta constantes de TA 148/80; FC 90; SatO2 82%, aumento de la frecuencia respiratoria. Se encuentra frío al tacto, con sudoración y somnoliento. Refiere que le cuesta respirar, niega dolor torácico. Mientras se realiza ecocardiograma para completar estudio, presenta episodio de disnea súbita con parada cardiorrespiratoria, que responde a maniobras de reanimación básicas sin necesidad de aminas u otro fármaco. Concomitantemente presenta asimetría de pulsos, así como diferencia tensional de las extremidades superiores.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico inicial del paciente fue debut de insuficiencia cardíaca, dada la presencia de disnea y NT pro BNP elevado. El diagnóstico diferencial de síncope incluye arritmias, cuadro vasovagal, hipotensión ortostática... se descartaron dado que presentaba constantes dentro de la normalidad y

ECG con ritmo sinusal. Al contrastar la tensión arterial en ambos brazos se llegó al diagnóstico de sospecha de disección aórtica.

Discusión

Ante la asimetría de tensión arterial en ambos brazos se decide realizar estudio angiográfico (figura 1) donde se identifica disección aórtica tipo A de Stanford. Se consigue estabilizar al paciente y se pide traslado de forma urgente a un hospital de tercer nivel, donde se le realiza tratamiento quirúrgico definitivo.



Figura 1. Angio-TC

Debido a la alta tasa de mortalidad, la disección aórtica debe considerarse y diagnosticarse de inmediato en pacientes que presentan dolor torácico o de espalda agudo e hipertensión arterial (6). Para el diagnóstico las sensibilidades de la tomografía computarizada y la resonancia magnética son del 100 % y del 95 % al 100 %, respectivamente (6). Se trata de una entidad rara, pero el diagnóstico precoz es imperativo dado que con frecuencia es necesario un tratamiento quirúrgico de emergencia.

Referencias de interés

- Revista española de cardiología. Guía ESC 2014 sobre diagnóstico y tratamiento de la patología de la aorta. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893215000081>
- Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en enfermedades de la aorta. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-guias-practica-clinica-sociedad-espanola-articulo-X0300893200095085>

Bibliografía

1. James H Black, III, MD Warren J Manning, MD. (2021). Clinical features and diagnosis of acute aortic dissection. En James Hoekstra, MD Joseph L Mills, Sr, MD John F Eidt, MD Mark A Creager, MD, FAHA, FACC, MSVM (Ed.), Up to date
2. Zubirán S (Ed.), Manual de terapéutica médica y procedimientos de urgencias, 6e. McGraw Hill. (2011). Vol.13, Disección aórtica
3. Evangelista Masip A. Avances en el síndrome aórtico agudo. Rev Española Cardiol [Internet]. 2007 Apr 1 [cited 2022 May 14];60(4):428–39. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S030089320775052>
4. Park SW, Hutchison S, Mehta RH, Isselbacher EM, Cooper J V., Fang J, et al. Association of painless acute aortic dissection with increased mortality. Mayo Clin Proc. 2004;79(10).
5. Gaul C, Dietrich W, Friedrich I, Sirch J, Erbguth FJ. Neurological symptoms in type A aortic dissections. Vol. 38, Stroke. 2007. p. 292–7.
6. Mussa, F. F., Horton, J. D., Moridzadeh, R., Nicholson, J., Trimarchi, S., & Eagle, K. A. (2016).

Vladi Valcheva T, Durán Terrádez M, Palau Beltrán J. Disección aórtica indolora con síntomas neurológicos y presentación fulminante en Urgencias: sospecha diagnóstica. *fml*. 2022; 27(1): 4p.

Acute aortic dissection and intramural hematoma: a systematic review. *Jama*, 316(7), 754-763