Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):1180

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-327. - DESCRIPTIVO DE DISECCIONES AÓRTICAS EN NUESTRO CENTRO

D. Trujillo Luque, L. García Fraile Fraile, A. Gutiérrez Liarte, C. García Martínez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Resumen

Objetivos: Describir las características demográficas, epidemiológicas y clínicas, así como el proceso diagnóstico y terapéutico llevado a cabo en los pacientes ingresados en el HULP con disección de aorta.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional vía revisión de historias clínicas. Registramos los pacientes ingresados en el Hospital Universitario de La Princesa con diagnóstico de disección aórtica desde el 01/01/07 al 01/01/2013. Recogimos datos demográficos (sexo y edad); factores de riesgo (FR) vascular: hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DL), diabetes mellitus (DM), nefropatía crónica (ERC), vasculopatía periférica (EAP), tabaquismo e índice paquete año (IPA); otros predisponentes: aneurisma previo, conectivopatía, enfermedades del colágeno, válvula aórtica bicúspide, coartación aórtica, cirugía cardíaca (CCAR) previa, traumatismo torácico de alta intensidad y drogas de abuso. Se clasificaron según los tipos DeBakey y Stanford. Revisamos la presentación clínica: dolor torácico, síncope, ictus, síndrome coronario (SCA), insuficiencia cardíaca aguda (ICC), isquemia en piernas o en vísceras y síndrome de Horner; las constantes en urgencias: presión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD), frecuencia cardíaca (FC) y saturación de oxígeno (StO2); los parámetros de laboratorio: hemoglobina (Hb), plaquetas (pl) y leucocitos (leuc), actividad de protrombina (AP) y tiempo de cefalina (TC), urea (U), creatinina (Cr),, GOT, GPT, LDH y los resultados de las pruebas diagnósticas: electrocardiograma (ECG), placa de tórax (Rxtx), ecocardiograma trastorácico (ETT) y TC aórtico (TCAo). Se describió el tratamiento realizado, médico o quirúrgico; la evolución, complicaciones y mortalidad en el ingreso y al año. El análisis se realiza usando la aplicación SPSS Statistics 17.0.

Resultados: 44 pacientes, 75% varones con edad media de 59 años (23-82, P50 60). El 54% sufrían HTA, 64% tabaquismo (IPA medio de 24), 29% DL, 7% DM, 18% ERC, 14% EAP. 18% había sido sometido a CCAR (14% valvular, 4% bypass), 16% tenían un aneurisma conocido, 11% consumían drogas vasoactivas, 9% ejercicio intenso previo, 7% trauma torácico de alta intensidad, 7% conectivopatía y 4% válvula aórtica bicúspide. 48% disecciones tipo 1 de DeBakey, 20% tipo 2 y 32% tipo 3. 66% tipo A de Stanford y 34% tipo B. El 80% presentó dolor torácico, 11% síncope, 7% ictus, 23% isquemia de piernas y 11% isquemia visceral, 2% síndrome de Horner; 14% asintomáticos. Las constantes fueron: TAS 152, TAD 79, FC 78, StO_2 96%, los valores medios de analítica: Hb 13, pl 167 × 10^3, leuc 11 × 10^3, AP 83, TC 30, U 44, Cr 1,4, GOT 29, GPT 26, LDH 324, CK 358. 43% presentó ECG normal, 18% cambios sugerentes de infarto. 18% tenía una Rxtx anómala. Se sospechó la disección por ETT en el 34%. Se diagnosticó por TCAo en el 91%. 68% fue intervenido. 39% falleció

(32% precirugía, 26% en quirófano, 32% poscirugía); 13% falleció en 12 meses tras el alta. Secuelas: 9% infarto cerebral, 7% infarto coronario y 9% isquemia. 5% fue reintervenido.

Discusión: Los FR predominantes fueron el tabaquismo y la HTA; la mayoría no presentaban patología aórtica previa, pero la sexta parte había tenido una CCAR previa. Dos terceras partes afectaban al arco aórtico, y se manejaron con cirugía. Clínicamente el síntoma predominante fue el dolor torácico, pero una quinta parte no lo presentó, e incluso uno de cada 7 pacientes se encontraba asintomático. En urgencias, destacó la normalidad en las constantes salvo en la tendencia a la HTA leve; analíticamente se observaron datos sugerentes de isquemia, variable según el territorio. El ECG y la Rx tórax no se alteran de relevantemente y el diagnóstico se establece por TCAo casi siempre. Una tercera parte falleció, otra curó sin secuelas y el resto presentó secuelas diversas.

Conclusiones: El diagnóstico de disección aórtica requiere de una alta sospecha clínica basada en la valoración de la clínica típica o atípica, y considerando los FR clásicos como la HTA y el tabaquismo fundamentalmente. En nuestro medio, el diagnóstico se establece por TCAo ya que el ETT es poco sensible, y el resto de PPCC suelen ser normales.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.