



Capítulo 17

ANEURISMA DISECANTE DE AORTA

R. López Pardo - J. Álvarez Martín - J. Fontcuberta García

CONCEPTO

Dilatación del calibre aórtico secundario a la rotura de la íntima con penetración de la corriente sanguínea y separación de las capas aórticas.

Más frecuente en varones > 40 años y de raza negra.

ETIOLOGÍA:

- ▲ Los dos factores etiológicos más importantes son:
 - HTA.
 - Cambios degenerativos de la pared aórtica.
- ▲ Otras causas y patologías relacionadas:
 - Necrosis quística media.
 - Sd. Marfán.
 - Estenosis aórtica.
 - Coartación aórtica.
 - Válvula aórtica bicúspide.
 - Embarazo.
 - Sd. Ehler Danlos.
 - Policondritis.
 - Traumatismo torácico.
 - Cirugía o cateterismo cardíaco.

PATOGENIA

- ▲ ROTURA DE LA INTIMA: por causa desconocida, se produce una rotura en la íntima sobre todo en aquellos lugares de mayor fricción; Aorta ascendente (61%) y segmento distal a la subclavia izquierda (16%).
- ▲ PROGRESION DEL HEMATOMA: "disecando" las capas de la aorta y favorecido por la HTA y la contractilidad cardíaca.

COMPLICACIONES

- ▲ COMPROMISO ARTERIAL: IAM, isquemia en miembros, ACV, isquemia renal o mesentérica según el vaso afectado.
- ▲ INSUFICIENCIA AORTICA: fallo ventricular izquierdo (EAP), soplo diastólico (25%).
- ▲ ROTURA EXTERNA: hemopericardio (Taponamiento), derrame pleural izquierdo (hemotórax), rotura mediastínica o esofágica.

Signos de buena evolución:

- Trombosis del hematoma.
- Recanalización: por rotura "interna" del hematoma.

CLASIFICACIÓN

Clasificación de Stanford:

- ▲ **TIPO I:** afecta la aorta ascendente, pudiendo estar localizada la rotura de la íntima en la aorta ascendente, cayado o descendente.
- ▲ **TIPO II:** no afecta la aorta ascendente, estando localizada la rotura la mayoría de las veces distal a la subclavia.

ACTUACIÓN EN URGENCIAS

Historia y exploración física

- ▲ **Toma de TA, FC, FR, T°.**
- ▲ **Antecedentes de importancia:** HTA, patología valvular aórtica, cardiopatía isquémica, isquemia crónica en miembros, cirugía cardíaca, cateterismo y existencia de radiografía de tórax previas (solicitarlas para comparar).
- ▲ **Dolor:** de aparición súbita, muy intenso, retroesternal irradiado a espalda y que "no deja al enfermo quieto". Puede irradiarse a epigastrio y abdomen superior si la disección llega a la aorta descendente-abdominal.
- ▲ **Otros síntomas:** síncope (taponamiento), dolor en miembros, disnea (EAP), déficit sensorial o motor, oliguria, dolor y frialdad en extremidades, dolor abdominal difuso.
- ▲ **Datos clínicos:** síntomas: HTA (50%) o hipotensión (taponamiento o Shock), pérdida de pulsos periféricos (50%), soplo diastólico (insuficiencia aórtica), fallo del ventrículo izquierdo (taquipnea, crepitantes), isquemia cerebral, ingurgitación yugular con pulso paradójico (taponamiento), hipoventilación de la base pulmonar izquierda (derrame).
 - * El debut puede ser fulminante o la disección puede progresar dando lugar a los diferentes cuadros clínicos.

Pruebas complementarias de inicio

Cuando se nos presente un cuadro clínico de este tipo debemos solicitar de inicio:

- ▲ **ECG:** suele ser normal y en ocasiones presenta alteraciones en la cardiopatía isquémica (IAM), que es la patología que más veces se confunde con la disección.
- ▲ **Rx Tórax:** en el 80% será patológica, pudiendo encontrar ensanchamiento mediastínico, doble contorno de la pared aórtica y derrame pericárdico o pleural. Si es normal no descarta disección.
- ▲ **Analítica:** Hemograma, Bioquímica con amilasa, Estudio de coagulación y sacar pruebas cruzadas. Gasometría arterial.

Diagnósticos diferenciales:

- IAM, angor.
- Pericarditis.
- Embolia Pulmonar.
- Neumotórax.
- Pancreatitis.
- Perforación visceral.

Si la sospecha es alta: (HTA, dolor intenso, ECG normal, Rx patológica):

- ▲ Iniciar tratamiento médico en Urgencias.
- ▲ Solicitar TAC tóraco-abdominal.
- ▲ Avisar a UCI.



TRATAMIENTO MÉDICO EN URGENCIAS

- ▲ **Medidas generales:** coger dos vías periféricas, monitorizar al enfermo.
- ▲ **Control de la presión arterial:** *Nitroprusiato Sódico:* (ver capítulo 16). Diluir 1 ampolla de 50 mg en 500 ml de S. Glucosado al 5 %, iniciando la perfusión a dosis de 0.25 mcg/Kg/minuto con dosis máxima de 5 mcg/Kg/minuto y *Propranolol* 0.5 mg iv en bolo inicial y continuando con dosis de 1 mg cada 5 min. hasta conseguir FC < 60 lpm.
Otra posibilidad es *Labetalol* 0.25 mg/kg iv durante 2 min. y continuar con 40-80 mg cada 10 min. hasta 300 mg. También en perfusión continua de 2 mg/ min controlando TA.
- ▲ **Control del dolor:** *Metamizol* 2 gr. iv y/o *Meperidina* 50- 100 mg. Subcutáneo o *Cloruro Mórfico* en bolus de 25- 50 mg iv.
- ▲ **Indicaciones tratamiento médico:**
 - Si el aneurisma es de Aorta descendente se puede iniciar tratamiento médico que consiste en el control agresivo de la presión arterial.
 - Si no es posible determinar el punto de rotura de la íntima.
 - Si no se visualiza falso conducto en los estudio radiológicos, lo que puede indicar una oclusión de la luz falsa por trombosis y la posibilidad de curación espontánea.
 - Aneurisma no sacular asintomático de más de dos semanas de evolución.
 - Orificio de reentrada de la disección. Con el tratamiento médico las posibilidades de rotura disminuyen.

CIRUGÍA DE URGENCIA

- ▲ **Se indica si:**
 - El aneurisma afecta a la aorta ascendente.
 - El aneurisma afecta a la aorta descendente y:
 - Aumenta progresivamente la imagen aórtica en la radiografía de tórax.
 - Aparece derrame pleural o pericárdico hemático.
 - Dolor persistente, en especial si aumenta en intensidad.
 - Aparece roce pericárdico o signos de insuficiencia valvular aórtica.
 - Obliteración de la luz aórtica o de una rama aórtica principal.
 - Aneurisma sacular agudo.
 - Rotura del aneurisma.

PRONÓSTICO

- ▲ La mortalidad en la fase aguda es alta, aunque las posibilidades de supervivencia mejoran si el enfermo alcanza la fase crónica.
- ▲ Así, aproximadamente el 5 % presentan muerte súbita, el 25% fallecen en las primeras 24 horas y solo un 10% sobreviven tres meses. A partir de este momento la supervivencia es de un 80% a los tres años.

BIBLIOGRAFÍA:

- ▲ Pape LA. Dissection of the aorta. En: Irwin RS, Cerra FB, Rippe JM, editors. Irwin and Rippe's Intensive Care Medicine. 4 th. ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1999. p. 343-355.
- ▲ Walker PJ, Sarris GE, Miller DC. Peripheral vascular manifestations of acute aortic dissection. En: Rutherford RB, editor. Vascular Surgery. 4 th. ed. Philadelphia: Saunders; 1995. p. 1087-1103.
- ▲ Zimmerman JL. Hypertensive crisis: Emergencies and urgencies. En: Shoemaker WC, Grenvik A, Holbrook PR, editors. Textbook of critical care. 3 rd. ed. Saunders: Philadelphia; 1995. p.522-529.