



Medicina U.P.B.
ISSN: 0120-4874
ISSN: 2357-6308
revista.medicina@upb.edu.co
Universidad Pontificia Bolivariana
Colombia

Aguilar Arias, Alexander; Londoño Londoño, Deisy Tatiana; Cardozo, Alejandro
Cefalea en la disección aórtica, a propósito de un caso clínico
Medicina U.P.B., vol. 40, núm. 2, 2021, Julio-, pp. 84-87
Universidad Pontificia Bolivariana
Medellín, Colombia

DOI: <https://doi.org/10.18566/medupb.v40n2.a12>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159069004012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

[redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

REPORTE DE CASO

Cefalea en la disección aórtica, a propósito de un caso clínico

Fecha de recibido:
12 de noviembre de 2020

Fecha de aprobación:
13 de enero de 2021.

Forma de citar este artículo: Aguilar A, Londoño DT, Cardozo A. Cefalea en la disección aórtica, a propósito de un caso clínico. Med UPB. 2021;40(2):84-87. DOI:10.18566/medupb.v40n2.a12

¹ Servicio de Urgencias, Instituto Neurológico de Colombia. Medellín, Colombia

² Residencia de Medicina de Urgencias, Universidad CES. Medellín, Colombia

Dirección de correspondencia:
Alexander Aguilar Arias.
Correo electrónico: alex-aguilar-92@hotmail.com

Headache as a symptom in aortic dissection: about a clinical case / Cefaleia em dissecação de aorta, tema de caso clínico

Alexander Aguilar Arias¹, Deisy Tatiana Londoño Londoño², Alejandro Cardozo¹

RESUMEN

Se describe el caso de un paciente de 70 años que consultó por cefalea súbita, tipo trueno, sin alteración del estado de consciencia, acompañada de dolor torácico de una hora de evolución y de baja intensidad. A su ingreso fue enfocada como cefalea en trueno, que es clasificada, en cuanto a la atención, como bandera roja. La medición de troponina fue negativa y una tomografía de cráneo fue leída como normal. Desde el ingreso presentaba signos vitales normales, cuando iba a ser dado de alta se torna hipotenso (completamente asintomático) y por su síntoma cardinal (cefalea), que se asoció a dolor torácico leve y no anginoso, se solicitó angiotomografía toracoabdominal, con la que se demostró aneurisma disecante de la aorta. Con la presentación de este caso, se busca resaltar la importancia en el servicio de urgencias de la asociación de la cefalea tipo trueno, con condiciones vasculares como la disección aórtica.

Palabras clave: cefalea; aneurisma disecante; dolor en el pecho

ABSTRACT

We describe the case of a 70-year-old patient, who seeks medical advice due to sudden, thunder headache, without alteration of the state of consciousness, accompanied by chest pain of 1 hour of evolution and of low intensity. Upon his admission, the patient was treated as a thunderclap headache, which is considered a red flag. His troponin was negative, and his head tomography was interpreted as normal. From admission he had normal vital signs, but when he was going to be discharged, he became hypotensive (completely asymptomatic) and due to his cardinal symptom (headache) that was associated with mild non-anginal chest pain, a thoracoabdominal angioCT was requested, with which dissecting aneurysm of the aorta was evidenced. With the presentation of this case, we seek to highlight the importance of the association of thunder-type headache with possible vascular conditions such as aortic dissection in the emergency department.

Keywords: headache; dissecting aneurysm; chest pain

RESUMO

Descrevemos o caso de uma paciente de 70 anos que consultou por quadro de cefaleia súbita, tipo trovão, sem alteração do estado de consciência, acompanhada de dor torácica de uma hora de evolução e de baixa intensidade. Na admissão, foi tratado como cefaleia em trovoadas, que é classificada, em termos de atenção, como bandeira vermelha. A medição da troponina foi negativa e uma tomografia de crânio foi lida como normal. Desde a admissão apresentava sinais vitais normais, quando ia receber alta ficou hipotenso (totalmente assintomático) e devido ao seu sintoma cardinal (cefaleia), que se associou a dores torácicas ligeiras e não anginosas, foi solicitada angiografia toracoabdominal, com cujo aneurisma dissecante da aorta foi demonstrado. Com a apresentação deste caso, o objetivo é destacar a importância no pronto-socorro da associação da cefaleia do tipo trovão com afecções vasculares como a dissecação da aorta.

Palavras-chave: dor de cabeça; dissecando aneurisma; dor no peito

INTRODUCCIÓN

La disección aórtica es una emergencia médica, con una incidencia aproximada de tres casos por 100 000 pacientes por año¹. Los factores de riesgo conocidos como la hipertensión, enfermedades del tejido conectivo (síndrome de Marfan, aterosclerosis, síndrome de Turner) o remplazo quirúrgico de válvula aórtica deben tenerse en cuenta, ante pacientes con clínica sugestiva de disección aórtica².

El síntoma cardinal es el dolor torácico intenso, súbito, consistente e irradiado a la espalda, con una variedad de síntomas asociados según el compromiso del flujo sanguíneo supra-aórtico, abdominal, espinal, de extremidades o de vasos renales³. Otros síntomas descritos son dolor en el cuello, dolor de garganta, dolor abdominal o en la región lumbar, síncope o disnea⁴. Los síntomas neurológicos, como presentación de una disección aórtica, son poco comunes, algunos de ellos explicables por la extensión a vasos de cuello (carótidas o sistema vertebro-basilar) de la disección. La cefalea como síntoma cardinal es poco común, se piensa que es ocasionada por la distensión de la arteria carótida o por isquemia de los plexos pericarotídeos⁵.

Presentamos el caso de un paciente con cefalea como síntoma principal, cuyo diagnóstico final es disección aórtica. Recalcamos la importancia de sospechar una patología como esta, con síntomas atípicos, que llega a desencadenar en poco tiempo la muerte y que es poco reportada en la literatura médica.

CASO CLÍNICO

Al servicio de urgencias del Instituto Neurológico de Colombia, centro de alta complejidad en neurología, ingresa remitido un paciente masculino de 70 años, quien inicialmente consultó a un hospital de baja complejidad por cefalea súbita tipo trueno, sin alteración del estado de consciencia ni focalización neurológica.

En sus signos vitales iniciales no se detectó hipertensión ni hipotensión arterial. Presentó dolor torácico de baja intensidad, de duración aproximada de una hora, autolimitado. El examen físico era normal. Se le realizó un electrocardiograma que evidenció bradicardia sinusal e inversión de la onda T en cara inferior, sin otros trastornos en la repolarización. Una primera troponina fue negativa.

El paciente reportaba antecedentes de enfermedad coronaria revascularizada hace cuatro años y cardiopatía de origen isquémico con fracción de eyección del ventrículo izquierdo de 58%. Dada la negatividad de los estudios cardiovasculares realizados en el centro de

baja complejidad, fue remitido a nuestra institución por la cefalea como síntoma inicial del cuadro. En nuestro servicio de urgencias manifestó cefalea sin dolor torácico. Tenía signos vitales normales y no había alteraciones en el examen físico, incluido el neurológico. Los pulsos eran simétricos y de buena intensidad.

Por su cefalea en trueno y la conocida asociación de esta con enfermedades vasculares se realizó una tomografía de cráneo simple, negativa para hemorragia subaracnoidea o anomalías en el parénquima cerebral. Se repitieron las troponinas, que fueron negativas.

Por ser hallado asintomático al seguimiento, se consideró el alta para seguimiento ambulatorio, pero en los signos vitales previos al egreso se documentó hipotensión (después de haber ingresado normotenso), sin síntomas de bajo gasto o de hipoperfusión, que no mejoró al aumentar el volumen. El paciente seguía asintomático. Se decidió entonces que, por la cefalea súbita, el dolor torácico inicial que se autolimitó y la hipotensión sostenida evidenciada, que se trataba de una emergencia aórtica, por lo que se solicitó tomografía toracoabdominal contrastada.

El reporte de radiología fue: aneurisma disecante de aorta, tipo A en la clasificación de Stanford, tipo I en la clasificación de DeBakey (Figura 1 y Figura 2). Dado lo anterior, se canceló egreso y se remitió el paciente a una institución que cuenta con cirugía cardiovascular para el manejo definitivo.

Figura 1. Tomografía toracoabdominal contrastada en un paciente con aneurisma disecante de aorta.

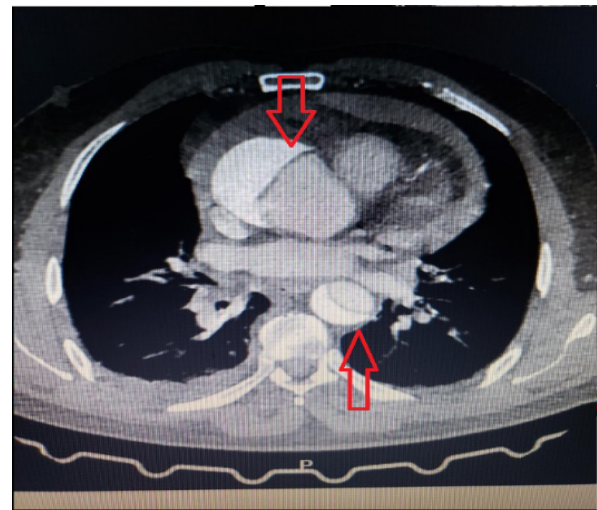
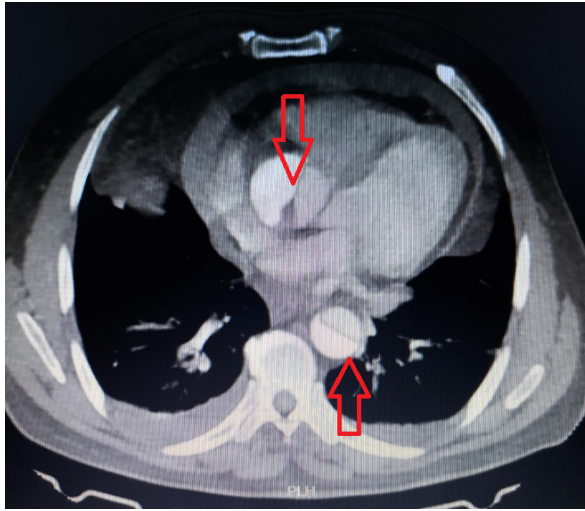


Figura 2. Tomografía toracoabdominal contrastada en un paciente con aneurisma disecante de aorta.



DISCUSIÓN

La disección aórtica es una emergencia médica en la que el tiempo es clave porque lleva a la muerte en un período breve. Los síntomas clásicos son dolor torácico intenso, súbito, irradiado a espalda, descrito como lancinante o desgarrante, constante, a veces acompañado de síncope, debilidad en miembros inferiores o de accidente cerebrovascular. El 17% de los pacientes presenta cefalea como síntoma de la disección aórtica, acompañada de dolor torácico, mientras que el 5%-15% de los casos se presenta solo con cefalea súbita y de tipo trueno^{6,7}.

Algunos autores explican la cefalea en trueno porque la distensión arterial implica hematoma mural que estimula los de receptores del dolor. La disección ocurre generalmente en la subíntima y el hematoma consecuente causa una estenosis progresiva y dolor ipsilateral⁸.

El diagnóstico diferencial inicial para dolor de cabeza en trueno incluye hemorragia subaracnoidea, trombosis venosa cerebral y síndrome de constricción cerebrovascular reversible. La tomografía de cráneo simple es la herramienta de elección para el estudio de la posibilidad

de sangrados o edema parenquimatoso. Si se descarta patología intracerebral, se debe continuar con más estudios, según la clínica, los signos vitales y los antecedentes del paciente⁹.

Los hallazgos más comunes en tomografía o resonancia cerebral son la estenosis de la arteria vertebral (51%), la dilatación arterial (37%), la oclusión arterial (36%), y, con menos frecuencia, pero más especificidad, pseudoaneurismas, doble luz y colgajo intimal^{10,11}.

Finalmente, ante la confirmación de esta enfermedad, y según su clasificación, la disección aórtica tipo A es una emergencia quirúrgica, con una mortalidad del 24% cuando es llevada a cirugía, versus 54% con manejo médico¹². El control de la presión arterial es crucial para evitar más cizallamiento de la íntima aórtica, por lo que desde el servicio de urgencias es meritorio el uso de medicamentos con actividad inotrópica negativa (principalmente betabloqueantes) como primera línea, hay que adicionar vasodilatadores si no se logra un adecuado control de la presión¹³.

En resumen, no se puede olvidar que la cefalea en trueno es un síntoma de presentación de disección aórtica, en especial en pacientes con antecedentes cardiovasculares con neuroimagen normal. En ausencia de síntomas típicos que den luz sobre su etiología, esta cefalea debe ser estudiada en detalle, en busca de su origen.

La disección aórtica es una emergencia médica poco común y catastrófica. El tiempo hasta el diagnóstico y tratamiento es de vital importancia. La cefalea como síntoma cardinal es una manifestación escasa, por lo que hay que sospechar una daño aórtico en estos pacientes, lo que es un reto en el servicio de urgencias. No debe olvidarse que la cefalea tipo trueno, especialmente en ancianos, está asociada a enfermedades vasculares intra o extracerebrales, por lo que hay que considerar diversos diagnósticos diferenciales.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses. Los autores solicitaron consentimiento informado al paciente del presente artículo para su publicación.

REFERENCIAS

1. Gaul C, Dietrich W, Friedrich I, Sirch J, Erbguth FJ. Neurological symptoms in Type A aortic dissections. *Stroke* 2007;38:292-7.
2. Chahine J, Thapa B, Gajulapalli RD. Acute aortic dissection presenting with a headache: An easily missed life-threatening emergency. *Cureus* 2018;10:e3531.
3. Gaul C, Dietrich W, Erbguth FJ. Neurological symptoms in aortic dissection: A challenge for neurologists. *Cerebrovasc Dis* 2008;26:1-8.

4. Stiillberger C, Finstere J, Fousek C, Waldenberger FR, Haumer H, Lorenz W. Headache as the initial manifestation of acute aortic dissection. *Cephalalgia* 1998;18:583-4.
5. Parikh M, Agrawal A, Thyagarajan B, Alagusundaramoorthy SS, Martin J. Temporoparietal headache as the initial presenting symptom of a massive aortic dissection. *Hindawi* 2015;2015:626825.
6. Singh S, Huang JY, Sin K, Charles RA. Headache: An unusual presentation of aortic dissection. *Eur J Emerg Med* 2007;14:47-49.
7. Ko J, Park T. Headache: A rare manifestation of Debaquey type I aortic dissection. *Am J Emerg Med* 32;291:e5-e6.
8. Rust H, Kimmig H. Thunderclap headache as the main symptom of an acute aortic dissection type A. *J Neurol* 2013;260:1925-6.
9. Schievink WI. Spontaneous dissection of the carotid and vertebral arteries. *N Engl J Med* 2001;344:898-906.
10. Yang CW, Fuh JL. Thunderclap headache: An update. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2018;12:915-24.
11. DeBette S, Leys D. Cervical-artery dissections: Predisposing factors, diagnosis, and outcome. *Lancet Neurol* 2009;8:668-78.
12. Schwedt TJ, Matharu MS, Dodick DW. Thunderclap headache. *Lancet Neurol* 2006;5:621-31.
13. Bashir M, Harky A, Shaw M, Adams B. Type A aortic dissection in patients over the age of seventy in the UK. *J Card Surg* 2019;34:1439-1444.