



Cardiocre

ISSN: 1889-898X

cardiocre@elsevier.com

Sociedad Andaluza de Cardiología
España

Isasti, Guillermo; Pérez-Tristancho, María Rosa; Díaz-Narváez, Fernando; Gómez-Reyes,
José Luis

Disección de aorta ascendente diagnosticada con ecocardiograma transtorácico en un
paciente asintomático

Cardiocre, vol. 50, núm. 3, julio-septiembre, 2015, pp. 122-124

Sociedad Andaluza de Cardiología
Barcelona, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=277043395010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Cardiocre

www.elsevier.es/cardiocore



Observaciones clínicas

Disección de aorta ascendente diagnosticada con ecocardiograma transtorácico en un paciente asintomático



Guillermo Isasti^{a,*}, María Rosa Pérez-Tristancho^b, Fernando Díaz-Narváez^b y José Luis Gómez-Reyes^c

^a Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Ceuta, Ceuta, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Infanta Elena, Huelva, España

^c Unidad de Cardiología, Hospital Infanta Elena, Huelva, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de septiembre de 2013

Aceptado el 3 de noviembre de 2013

On-line el 16 de febrero de 2014

Palabras clave:

Aneurismas

Disección aórtica

Tomografía computarizada

Ecocardiografía

R E S U M E N

Paciente de 47 años de edad, asintomático, que acude a su médico de familia para una revisión rutinaria, detectándose un soplo diastólico no conocido en la exploración física. El paciente fue derivado para una valoración cardiológica y se realizó un ecocardiograma transtorácico. Se objetivó un flap intimal sobre los senos de Valsalva que no afectaba a la válvula aórtica. La tomografía confirmó una disección aórtica tipo A de Stanford y el paciente fue intervenido urgentemente con un implante de tubo supracoronario. Una exploración física exhaustiva unida al ecocardiograma transtorácico puede revelar datos que conlleven un diagnóstico y tratamiento de una enfermedad letal como la disección de aorta ascendente.

© 2013 SAC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Ascending aortic dissection diagnosed with transthoracic echocardiography in an asymptomatic patient

A B S T R A C T

A 47-year-old asymptomatic man went to his general practitioner for a routine checkup. A previously unknown diastolic murmur was found in the physical examination. The patient was referred for a cardiologist evaluation and a transthoracic echocardiogram was performed. A dissection flap was seen above the sinuses of Valsalva not affecting the aortic valve. Computed tomography confirmed a Stanford type A aortic dissection and the patient was urgently operated on with a supracoronary tube graft. Thorough physical examination, along with transthoracic echocardiography, may reveal findings that give the clues to diagnose and treat life-threatening diseases such as ascending aortic dissection.

© 2013 SAC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: doctorisasti@hotmail.com (G. Isasti).

1889-898X/\$ – see front matter © 2013 SAC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.carcor.2013.11.001>

Introducción

La disección aórtica aguda es una enfermedad grave e infrecuente, con una incidencia de 2,9/100.000/año en Estados Unidos. Sin duda, el síntoma inicial más frecuente es el dolor torácico desgarrador, presente en más del 96% de los casos¹. Encontrar un paciente asintomático en el contexto de una disección de aorta ascendente es realmente infrecuente.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente varón de 47 años de edad con antecedentes personales de tabaquismo severo y reciente diagnóstico de hipertensión arterial. No refiere antecedentes familiares de aneurisma aórtico ni muerte súbita. Acude a su médico de familia para una revisión rutinaria totalmente asintomático. En la exploración física se detecta un soplo aórtico en el tercer espacio intercostal izquierdo. No se observan alteraciones morfológicas ni esqueléticas. Aunque el paciente se encontraba asintomático, su médico decide enviarlo a la Unidad de Cardiología para estudio de ese nuevo hallazgo exploratorio. El electrocardiograma fue completamente normal. Dado que el paciente se encontraba en la consulta de Cardiología, se realiza un ecocardiograma transtorácico incluso antes de una radiografía de tórax. En el eje largo paraesternal se muestra una dilatación severa de la aorta tubular (7 cm) con una imagen lineal dudosa sobre los senos de Valsalva, compatible con flap intimal en el plano de 5 cámaras (fig. 1). A pesar de que la válvula aórtica no parecía estar afectada por el flap, se observaba una regurgitación aórtica moderada, muy probablemente en relación con una dilatación subaguda de la unión sinotubular. La válvula aórtica es trivalva. En este momento se realizó una tomografía axial computarizada para completar el estudio. La aorta ascendente estaba dilatada con un diámetro máximo de 7,5 cm. El flap intimal comenzaba sobre los senos de Valsalva y finalizaba justo antes del tronco braquiocefálico (fig. 2). La válvula aórtica y las arterias coronarias derecha e izquierda no estaban afectadas. El paciente fue trasladado al centro de referencia, donde se

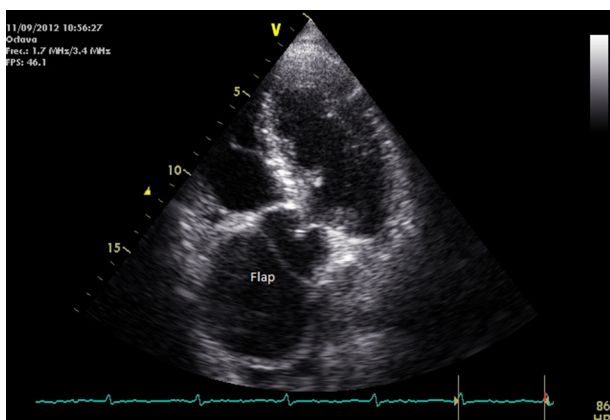


Figura 1 – Plano apical de 5 cámaras donde se observa el flap intimal sobre los senos de Valsalva (Flap).

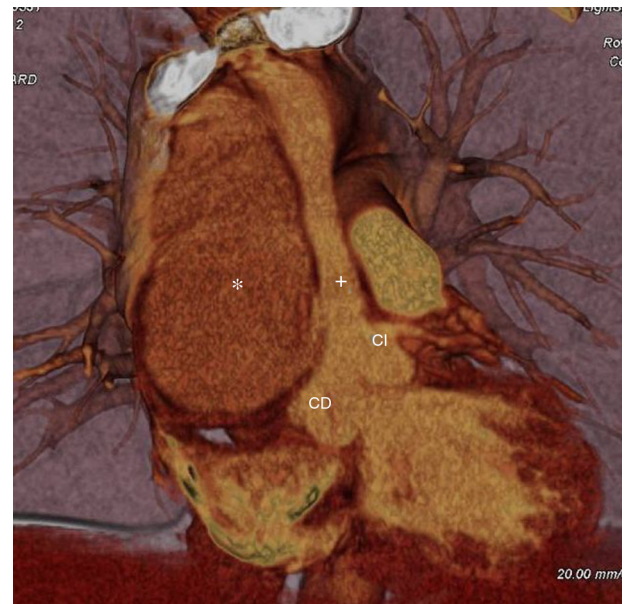


Figura 2 – Reconstrucción 3D de tomografía computarizada que muestra el aneurisma de aorta ascendente con el flap intimal entre la falsa (*) y la verdadera (+) luz y ostium de coronaria derecha (CD) y coronaria izquierda (CI) con origen en la luz verdadera.

sometió a un reemplazo urgente de la aorta ascendente por un tubo supracoronario. Fue dado de alta a los 12 días tras el ingreso.

Discusión

La disección aórtica ocurre como resultado de un desgarro en la íntima media de la pared arterial. En el 65% de los casos la puerta de entrada se presenta a unos 3 cm de los ostia coronarios², como ocurre en nuestro caso. La mortalidad de la disección de aorta ascendente (tipo A) aumenta rápida e inmediatamente tras su presentación, alcanzando el 1-2% por hora en las primeras 48 h. Por esta razón, la sospecha clínica de esta entidad es esencial para su diagnóstico precoz. Normalmente, un dolor torácico desgarrador e intenso nos da la señal de alarma. En nuestro caso, el paciente se encontraba completamente asintomático y la aparición de un soplo y la reciente historia de hipertensión dio la pista al médico para derivarlo a la consulta de Cardiología. La radiografía de tórax puede evidenciar disección de aorta por ensanchamiento del mediastino, aunque la sensibilidad de este test es relativamente baja. La ecocardiografía transtorácica es una herramienta diagnóstica rápida y segura para la evaluación de la aorta³. Debería realizarse con precocidad en pacientes con sospecha clínica de disección de aorta, siendo el flap intimal visible en algunos casos. Se ha informado de una sensibilidad del 59,3% y una especificidad del 83% para el diagnóstico de disección aórtica. La tomografía alcanza el 78-100% en las disecciones tipo A. La tomografía computarizada de aorta con contraste es actualmente la modalidad de imagen cardiovascular más frecuentemente usada por su alta sensibilidad y especificidad. Además, es útil para descartar la

afectación de los ostia coronarios y estudiar la extensión de la disección⁴.

En resumen, este caso ilustra cómo, incluso en pacientes asintomáticos, una exploración exhaustiva unida a una técnica de imagen rápida y segura como la ecocardiografía transtorácica puede llevar al diagnóstico precoz de enfermedades fatales como la disección de aorta ascendente.

Agradecimientos

Se agradece la colaboración del Dr. Vladimir Jelnin, del Lenox Hill Heart and Vascular Institute of New York, por la reconstrucción tridimensional del aneurisma aórtico utilizada para la figura 2.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): New insights into an old disease. *JAMA*. 2000;283:897-903.
2. Meredith EL, Masani ND. Echocardiography in the emergency assessment of acute aortic syndromes. *Eur J Echocardiogr*. 2009;10:i31-9.
3. Brunson JM, Fine RL, Schussler JM. Acute ascending aortic dissection diagnosed with transthoracic echocardiography. *J Am Soc Echocardiogr*. 2009;22, 1085.e5-1086.e7.
4. Hiratzka LF, Bakris GL, Beckman JA, et al. ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SVM Guidelines for the diagnosis and management of patients with thoracic aortic disease. *J Am Coll Cardiol*. 2010;55:e27-129, 2010.