SÍNDROMES AÓRTICOS AGUDOS. NUESTRA EXPERIENCIA

Carolina Villar, Macarena Laderat, Rocío Benítez, Paula Magali Troncoso, Maria Florencia Saraví Migliore, Carla Romano.

Hospital San Roque de Gonnet, La plata, Buenos Aires.

Los autores no presentan conflicto de interés.

Objetivos

- Conocer la prevalencia de los síndromes aórticos agudos en la población que consultó al servicio de guardia de nuestro nosocomio entre los meses de mayo del año 2022 y junio del año 2023.

- Describir las principales características imagenológicas de la patología aortica halladas en la evaluación de los pacientes que consultaron por dolor torácico agudo.

Materiales y Métodos

- Se evaluaron 964 pacientes, 578 (60%) mujeres y 386 (40%) hombres, que consultaron a la guardia entre mayo de 2022 y junio de 2023 por dolor torácico agudo. Se seleccionaron mediante HC y PACS los pacientes no concluyentes para patologías de mayor frecuencia y los que requirieron evaluación imagenológica.

- Para la evaluación imagenológica se realizó TC de tórax, abdomen y pelvis con contraste endovenoso en un tomógrafo Multislice Phillips Brilliance 6.

Resultados

- El análisis tomográfico de 964 pacientes que consultaron por dolor torácico agudo no filiado, en nuestro nosocomio arrojo 3 casos correspondientes a síndromes aórticos agudos, dos de ellos disecciones aórticas y un hematoma intramural, con una prevalencia en el periodo de mayo 2022 a junio 2023 de 3,1:1000. Los casos de interés fueron 2 mujeres y 1 hombre, entre 65-70 años. Dos de ellos presentaron factores de riesgo cardiovascular, tabaquismo severo y uno de ellos HTA no controlada. La mortalidad fue del 100%.

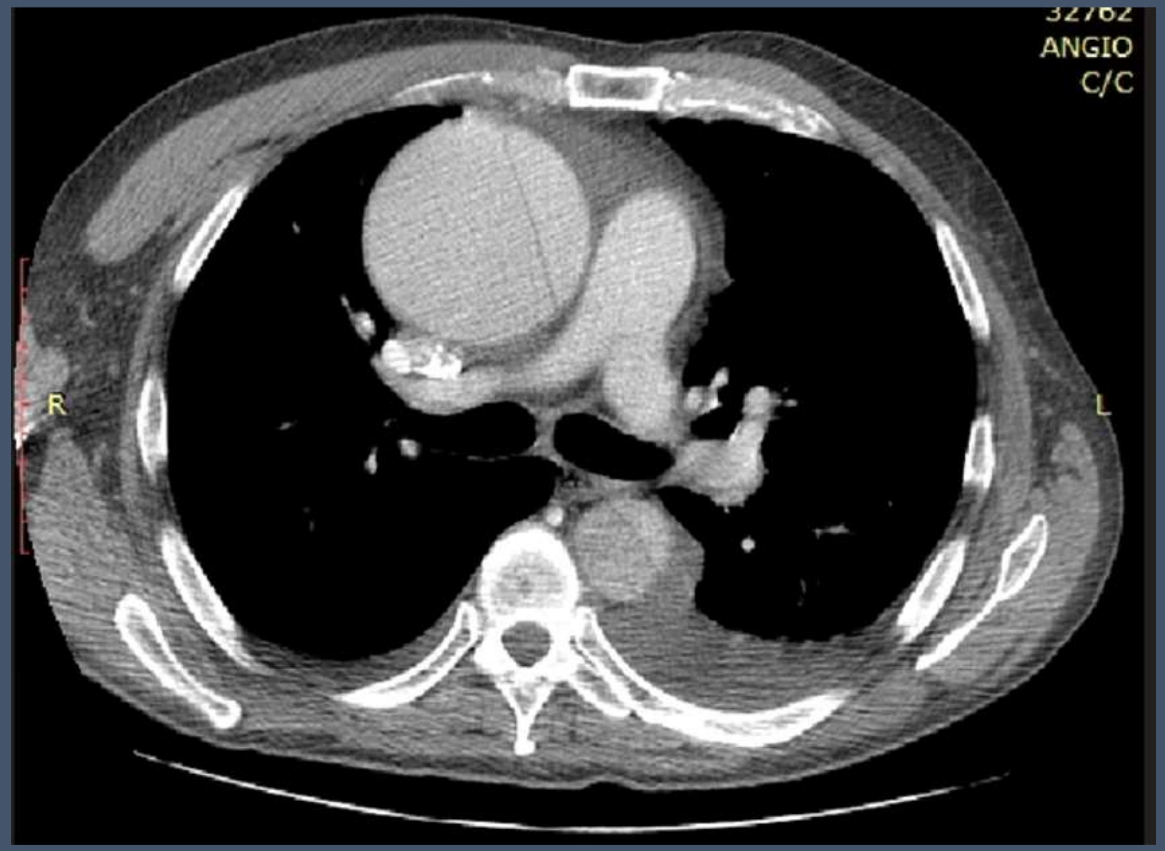
Discusión:

- Dentro de este síndrome se encuadran distintas condiciones clínicas que se correlacionan con marcadas alteraciones de la capa media aortica. Comprende la disección (la más frecuente), el hematoma intramural y la úlcera penetrante.

- Disección aórtica: Representa el 85 a 95 % de los síndromes aórticos agudos su evolución espontánea alcanzar una mortalidad del 50% en las primeras 24 horas. Se caracteriza por la presencia de una lámina batiente por rotura de la capa media, que determina la formación de una falsa luz (FL). Esta recibe flujo a través de desgarros de la íntima, con extensión anterógrada y/o retrógrada de la lesión. La luz verdadera puede sufrir distintos grados de compresión por la falsa luz, limitando el flujo distal. Pueden existir desgarros intímales secundarios, habitualmente en zonas de emergencias de ramas, que permiten la reentrada de flujo hacia la luz verdadera. La ausencia de reentradas puede favorecer la trombosis de la FL. Es difícil establecer su verdadera prevalencia, dada la mortalidad instantánea y prehospitalaria.

Clasificaciones

- La clasificación de DeBakey reconoce los tipos I y II como originados en la aorta ascendente (tipo I con extensión a arco y descendente, tipo II limitada a aorta ascendente). El tipo III corresponde a la disección distal (IIIa limitada a aorta descendente, IIIb con extensión por debajo del diafragma).
- La clasificación de Stanford considera el compromiso de aorta ascendente independientemente del sitio de la lesión inicial (tipo A, aorta ascendente comprometida; tipo B, no comprometida). En el Registro IRAD, 67% corresponde a grupo A y 33% a grupo B.
- Recientemente se ha propuesto una nueva clasificación que considera en forma independiente el compromiso del arco aórtico (no A ni B) y añade patrones de mala perfusión (MP): tipo A (aorta ascendente), tipo B (compromiso exclusivo de aorta descendente), tipo C (arco aórtico con afectación de aorta descendente o sin ella). Se considera MP0 a la ausencia de mala perfusión, MP1 mal perfusión dinámica, MP2 mal perfusión estática, MP3 mixta). El tipo C requiere mayor intervencionismo endovascular o híbrido.
- Desde el aspecto temporal se clasifican en agudas (< 2 semanas) y crónicas (> 2 semanas).
- Actualmente, con mejor conocimiento de la evolución en relación con el tiempo de tratamiento, se considera hiperaguda 0-24 h, aguda 2 a 7 días, subaguda 8 a 30 días) y crónica > 30 días.

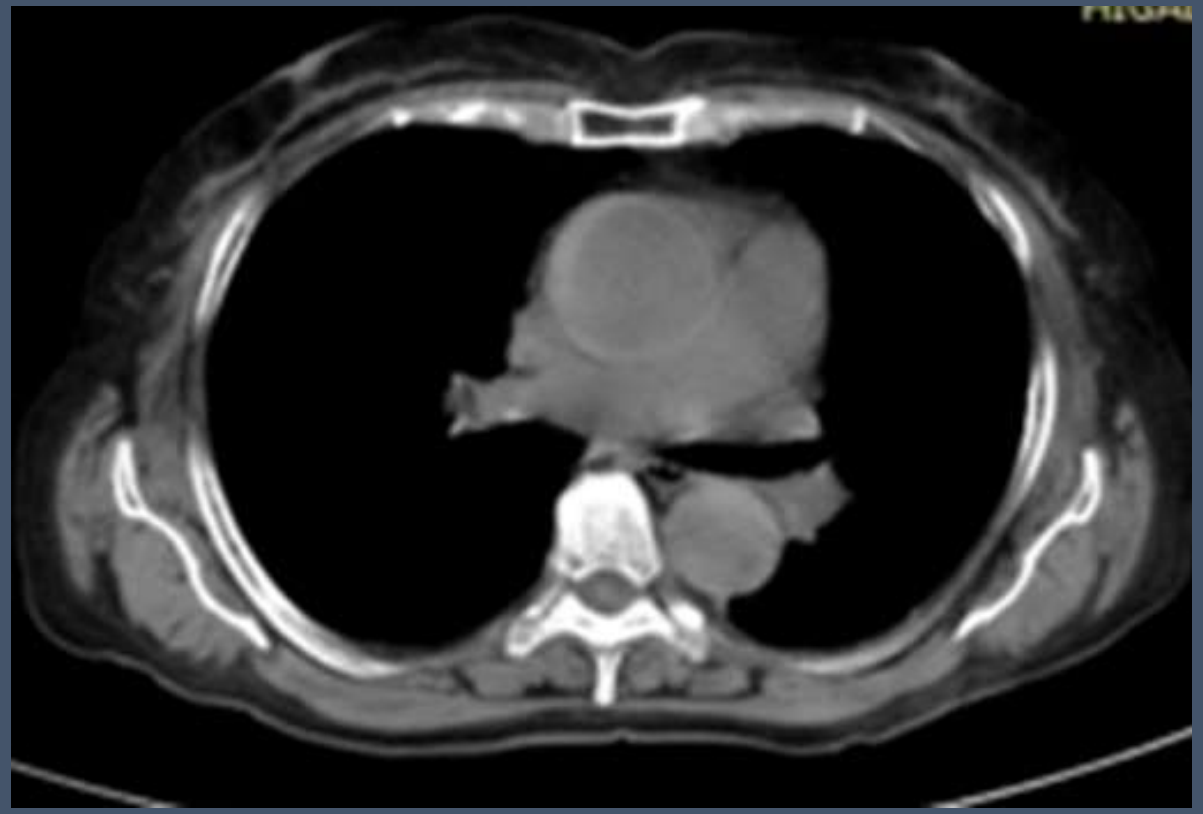


Disección aortica tipo A. Se extiende desde las valvas de la válvula aórtica hasta la arteria iliaca derecha. Se visualiza la luz falsa y luz verdadera en ambas imágenes.

Disección aortica tipo B, en la imagen se puede apreciar la luz verdadera y la luz falsa a nivel de la aorta descendente.

- El hematoma intramural (HIM) se origina por el sangrado de los vasa vasorum con infiltración de la túnica media, sin desgarro intimal comunicando con la luz aórtica ni lámina batiente.
- En la TC sin contraste se observa engrosamiento semilunar de la pared aórtica espontáneamente denso respecto a la luz, sin realce con el contraste
- Topográficamente se clasifica como tipo A con compromiso de aorta ascendente o tipo B si el compromiso primario es de la descendente.
- Los pacientes tienden a ser más añosos, con mayor historia de hipertensión arterial y con menos alteraciones del electrocardiograma (ECG). Asimismo, presentan mayor incidencia de tabaquismo, dislipemia y diabetes. Si bien predomina en varones, la proporción de mujeres es mayor (44%) que en la DA. En el HIM son más comunes el hematoma periaórtico y el derrame pericárdico.

- Los estudios de imagen describen clásicamente el engrosamiento de la pared aórtica, semilunar o circunferencial, pero no detectan lámina de disección ni desgarro intimal y requieren un método diagnóstico adicional en forma más frecuente que en la DA. Se pueden encontrar disrupciones intímales focales mayores de 3 mm (similares a una úlcera) de valor pronóstico por definir, esencialmente en etapa inicial.
- En un 46% de las revisiones tomográficas se detectan lesiones similares a una úlcera, dichos casos se deberían interpretar como DA con trombosis de la falsa luz, modificando el planteo fisiopatológico clásico del HIM.



Hematoma intramural a nivel de la aorta ascendente.

Conclusiones

- Estos síndromes tienen baja prevalencia en la emergencia de nuestro hospital, siendo esta de 3,1:1000. Por la alta mortalidad que presentan requieren pronto diagnóstico a fin de disminuir la morbimortalidad asociada.
- La TC con contraste en fase arterial, permite una correcta interpretación de los hallazgos en los síndromes aórticos agudos, siendo la ACT el método de elección.

Bibliografía

- Guevara E, Bagnati, R, Bastianelli G, Baratta S, Battu C, Bluro I, y cols. Consenso de Patología de la Aorta. Rev Argent Cardiol 2023;91 (Suplemento 1):1-97. http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v91.s1

- TC de cuerpo Ed. 5°. **Autores:** Nancy M. Major William Brant Richard Webb