

MISMA PATOLOGÍA, DIFERENTE PRESENTACIÓN

Sanjuán Linares, A; Jiménez Gallego, RM; Benito Romeral, CM; Puerta Castellano, C; Atienza Martínez, S; Lijarcio Segovia, JM.
SAMUR-PC. Ayuntamiento de Madrid

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Aórtico Agudo (SAA) es una entidad poco frecuente con una elevada morbimortalidad que requiere un diagnóstico precoz, el cual constituye un reto para los Servicios de Emergencias .

En España, basándonos en los datos del Registro Español del Síndrome Aórtico Agudo (RESA), se estima que el SAA tiene una incidencia de 40-45 personas por millón de habitantes al año, siendo más prevalente en varones. Este síndrome se manifiesta frecuentemente como dolor torácico o abdominal agudo aunque puede presentar otra sintomatología más inespecífica que hace que se difiera su diagnóstico.

OBJETIVOS

Resaltar la importancia de realizar una adecuada historia clínica ,exploración física exhaustiva y realización de pruebas complementarias disponibles en extrahospitalaria junto a la presencia de alta sospecha de patología grave y poco frecuente a fin de agilizar el diagnóstico definitivo.

METODOLOGÍA: CASO CLÍNICO

CASO 1

AP: Varón de 54 años con HTA con mal control y DL. Aneurisma sacular cerebral Int Qx en 2015.

MC: Avisa a 112 porque unos 50 minutos antes de nuestra llegada presenta episodio de mareo , junto con vómito y pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo, con leve desviación de comisura bucal. En la anamnesis destaca la presencia de "tirón" que irradia hacia MSI como inicio del cuadro.

EF: TA en MSD: 75/45mmHg, TA en MSI: 102/64mmHg.

Destacando en la exploración NRL la presencia de Snd Horner (ptosis ojo derecho, miosis de pupila derecha y anhidrosis en hemicara derecha).

PC: ECG: RS a 55lpm, eje normal, T negativa en V5-V6 (no constan dichas alteraciones en ECG previos).

Gasometría venosa sin alteraciones.

DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA:
ACVA AGUDO COMO PRESENTACIÓN DE POSIBLE PATOLOGÍA AÓRTICA AGUDA

EVOLUCIÓN Y MANEJO:

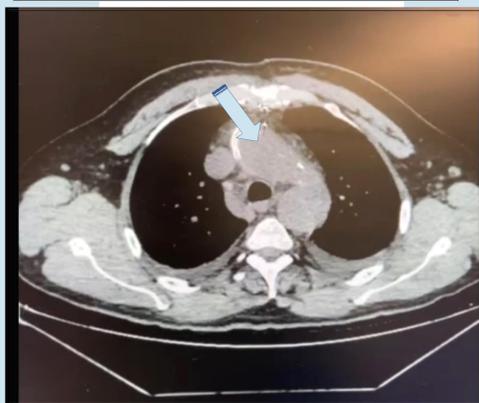
Se realiza preaviso hospitalario y traslado. En box de REA se realiza ETT urgente:

no objetivándose clara insuficiencia aórtica. Plano Supraesternal: imagen compatible con flap de disección a nivel de arco aórtico.

CT URGENTE: imagen de flap intimal aórtico con origen en la raíz aórtica, comprometiendo varias ramas a dicho nivel y extendiéndose hasta bifurcación en ilíacas.

	60 %	10-15 %	25-30 %
Porcentaje			
Tipo	DeBakey I	DeBakey II	DeBakey III
	Stanford A		Stanford B
	Proximal		Distal

Clasificación de la disección aórtica.



JUICIO CLÍNICO:
DISECCIÓN DE AORTA TIPO I DEBAKEY A DE STANFORD

CASO 2

AP: Varón de 56 años con HTA sin realizar tto actualmente por decisión propia.

MC: Avisa a 112 por presentar, mientras realiza spinning, dolor en región interescapular que irradia a zona torácica de forma transfixiante, vómito acompañante, palidez y sudoración. A nuestra llegada refiere encontrarse prácticamente asintomático.

EF: TA en MSD: 98/69mmHg, TA en MSI: 150/87mmHg. Destacando en la EF la clara diferencia en los pulsos radiales. Resto de la exploración sin alteraciones.

PC: ECG: RS a 65lpm, eje normal, sin alt de repolarización ECG derivaciones posteriores: Se objetiva infradesnivel de ST en V5-V6 (no constan dichas alteraciones en ECG previos).

Gasometría venosa sin alteraciones.

PoCUS: ETT: no objetivamos clara insuficiencia aórtica. Plano Supraesternal: evidencia de posible dilatación a nivel de arco aórtico. E.Abd: Evidencia de posible flap a nivel de aorta abdominal .

DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA:
SOSPECHA DE DISECCIÓN AÓRTICA AGUDA EVOLUCIÓN Y MANEJO:

Se realiza preaviso hospitalario y traslado.

En box de REA se realiza ETT urgente, Plano supraesternal y E. ABD: confirman dilatación de arco aórtico y la presencia de flap en aorta descendente..

CT URGENTE: imagen de flap intimal que se origina en raíz aórtica y se continúa a lo largo del cayado aórtico hasta las arterias ilíacas externas de forma bilateral.



CONCLUSIONES

La importancia tanto del diagnóstico precoz como del diagnóstico diferencial y la intervención oportuna en los pacientes con disección aórtica de tipo A va a determinar su pronóstico postquirúrgico y vital .

Es necesario por tanto en pacientes con presentaciones atípicas con hallazgos en la exploración física como en las pruebas complementarias básicas que no coinciden con el diagnóstico de presunción, investigar esta entidad para facilitar su diagnóstico precoz.

Destacamos también el uso de la ecografía en medio extrahospitalario como prueba complementaria útil y rápida en el apoyo al diagnóstico de patología aórtica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Spanish Acute Aortic Syndrome Study (RESA). Better Diagnosis Is Not Reflected in Reduced Mortality. Evangelista A, & Col et al. hospitals participating in the Spanish Acute Aortic Syndrome Study. Rev Esp Cardiol (Engl Ed)., 62 (2009), pp. 255-262.
2. Overview of acute aortic dissection and other acute aortic syndromes Up to date James H Black, III, MD Warren J Manning, MD Section Editors: Gabriel S Aldea, MD Edward Verrier, MD Mark A Creager, MD, FAHA, FACC, MSVM Deputy Editor: Kathryn A Collins, MD, PhD, FACS.
3. Insights From the International Registry of Acute Aortic Dissection: A 20-Year Experience of Collaborative Clinical Research. Evangelista A, Isselbacher EM, Bossone E, et al. Circulation. 2018;137(17):1846-1860.
4. Changes in the diagnosis and management of acute aortic syndrome and associated mortality in the last 20 years. Evangelista A, & Col J.Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2021 Mar;74(3):257-262. doi: 10.1016/j.rec.2020.02.015. Epub 2020 Jun 1.PMID: 32499017 English, Spanish.

