



<https://www.revclinesp.es>

## V-327. - DESCRIPTIVO DE DISECCIONES AÓRTICAS EN NUESTRO CENTRO

D. Trujillo Luque, L. García Fraile Fraile, A. Gutiérrez Liarte, C. García Martínez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Describir las características demográficas, epidemiológicas y clínicas, así como el proceso diagnóstico y terapéutico llevado a cabo en los pacientes ingresados en el HULP con disección de aorta.

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional vía revisión de historias clínicas. Registramos los pacientes ingresados en el Hospital Universitario de La Princesa con diagnóstico de disección aórtica desde el 01/01/07 al 01/01/2013. Recogimos datos demográficos (sexo y edad); factores de riesgo (FR) vascular: hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DL), diabetes mellitus (DM), nefropatía crónica (ERC), vasculopatía periférica (EAP), tabaquismo e índice paquete año (IPA); otros predisponentes: aneurisma previo, conectivopatía, enfermedades del colágeno, válvula aórtica bicúspide, coartación aórtica, cirugía cardíaca (CCAR) previa, traumatismo torácico de alta intensidad y drogas de abuso. Se clasificaron según los tipos DeBakey y Stanford. Revisamos la presentación clínica: dolor torácico, síncope, ictus, síndrome coronario (SCA), insuficiencia cardíaca aguda (ICC), isquemia en piernas o en vísceras y síndrome de Horner; las constantes en urgencias: presión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD), frecuencia cardíaca (FC) y saturación de oxígeno (StO2); los parámetros de laboratorio: hemoglobina (Hb), plaquetas (pl) y leucocitos (leuc), actividad de protrombina (AP) y tiempo de cefalina (TC), urea (U), creatinina (Cr), GOT, GPT, LDH y los resultados de las pruebas diagnósticas: electrocardiograma (ECG), placa de tórax (Rxtx), ecocardiograma trastorácico (ETT) y TC aórtico (TCAo). Se describió el tratamiento realizado, médico o quirúrgico; la evolución, complicaciones y mortalidad en el ingreso y al año. El análisis se realiza usando la aplicación SPSS Statistics 17.0.

**Resultados:** 44 pacientes, 75% varones con edad media de 59 años (23-82, P50 60). El 54% sufrían HTA, 64% tabaquismo (IPA medio de 24), 29% DL, 7% DM, 18% ERC, 14% EAP. 18% había sido sometido a CCAR (14% valvular, 4% bypass), 16% tenían un aneurisma conocido, 11% consumían drogas vasoactivas, 9% ejercicio intenso previo, 7% trauma torácico de alta intensidad, 7% conectivopatía y 4% válvula aórtica bicúspide. 48% disecciones tipo 1 de DeBakey, 20% tipo 2 y 32% tipo 3. 66% tipo A de Stanford y 34% tipo B. El 80% presentó dolor torácico, 11% síncope, 7% ictus, 23% isquemia de piernas y 11% isquemia visceral, 2% síndrome de Horner; 14% asintomáticos. Las constantes fueron: TAS 152, TAD 79, FC 78, StO<sub>2</sub> 96%, los valores medios de analítica: Hb 13, pl 167 × 10<sup>3</sup>, leuc 11 × 10<sup>3</sup>, AP 83, TC 30, U 44, Cr 1,4, GOT 29, GPT 26, LDH 324, CK 358. 43% presentó ECG normal, 18% cambios sugerentes de infarto. 18% tenía una Rxtx anómala. Se sospechó la disección por ETT en el 34%. Se diagnosticó por TCAo en el 91%. 68% fue intervenido. 39% falleció (32% precirugía, 26% en quirófano, 32% poscirugía); 13% falleció en 12 meses tras el alta. Secuelas: 9% infarto cerebral, 7% infarto coronario y 9% isquemia. 5% fue reintervenido.

*Discusión:* Los FR predominantes fueron el tabaquismo y la HTA; la mayoría no presentaban patología aórtica previa, pero la sexta parte había tenido una CCAR previa. Dos terceras partes afectaban al arco aórtico, y se manejaron con cirugía. Clínicamente el síntoma predominante fue el dolor torácico, pero una quinta parte no lo presentó, e incluso uno de cada 7 pacientes se encontraba asintomático. En urgencias, destacó la normalidad en las constantes salvo en la tendencia a la HTA leve; analíticamente se observaron datos sugerentes de isquemia, variable según el territorio. El ECG y la Rx tórax no se alteran de relevantemente y el diagnóstico se establece por TCAo casi siempre. Una tercera parte falleció, otra curó sin secuelas y el resto presentó secuelas diversas.

*Conclusiones:* El diagnóstico de disección aórtica requiere de una alta sospecha clínica basada en la valoración de la clínica típica o atípica, y considerando los FR clásicos como la HTA y el tabaquismo fundamentalmente. En nuestro medio, el diagnóstico se establece por TCAo ya que el ETT es poco sensible, y el resto de PPCC suelen ser normales.