

ANEURISMA DISECANTE GIGANTE DE AORTA ASCENDENTE

NORBERTO BORNANCINI¹, RICARDO SORIA RICHARD¹, GABRIEL PÉREZ BAZTARRICA²

RESUMEN

Los aneurismas gigantes asociados a disección de aorta ascendente son una entidad poco frecuente. Se presenta el caso de un paciente de 36 años que fue derivado al Hospital Universitario de la UAI por síndrome febril y signos clínicos de insuficiencia cardíaca con diagnóstico presuntivo de endocarditis infecciosa. Como hallazgo se encontró un aneurisma disecante de aorta ascendente.

Palabras clave: disección aórtica, aneurisma disecante, aorta ascendente.

REVISTA CONAREC 2013;29(120):175-177 | VERSIÓN WEB WWW.REVISTACONAREC.COM.AR

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 36 años con antecedentes de hipertensión arterial, sobrepeso y reemplazo valvular aórtico mecánico hace 14 años por insuficiencia aórtica severa.

Derivado desde otro centro donde consultó por síndrome febril prolongado sin foco aparente que no respondió a la antibioticoterapia vía oral. Al ingreso se encontraba descompensado hemodinámicamente, por lo cual se inició tratamiento con vasopresores.

Al examen físico se constató soplo holosistólico en barra con foco de máxima auscultación subxifoideo. Latido diagonal invertido y localizado a nivel del hueco supraesternal. Click de válvula protésica de mayor intensidad en foco mitral. Edema generalizado 5/6. Buena entrada de aire bilateral con escasos rales crepitantes en ambas bases. En la radiografía de tórax se observó ensanchamiento mediastinal con índice cardiotorácico aumentado.

Dados los antecedentes clínicos, examen físico, la falta de respuesta a la antibioticoterapia instaurada y la evolución a shock se postuló como diagnóstico presuntivo endocarditis infecciosa, por lo cual se realizó ecocardiograma transesofágico, que reportó aurícula izquierda dilatada. Válvula aórtica protésica mecánica *bileaflet* normofuncionante. No se evidencian imágenes compatibles con vegetación o absceso paravalvular. Insuficiencia tricuspídea moderada a severa. PSVD de 26 mmHg.

Presenta severa dilatación de la aorta ascendente, desde los senos de Valsalva (máximo diámetro de 99,7 mm de diámetro anteroposterior). A 20 mm del plano aórtico se observa flap de disección rígido engrosado, con amplia comunicación entre luz falsa y luz verdadera, compatible con disección aórtica tipo A (**Figura 1 A y B**).

La hoja de disección se observa a lo largo de toda la aorta descendente y continúa hasta la unión entre aorta torácica y abdominal.

Según lo observado, se solicitó tomografía de tórax con contraste, que reportó: importante dilatación de aorta desde su nacimiento hasta una porción de aorta torácica, que alcanzaba en su mayor diámetro 99 mm (**Figura 2 A y B**).

El paciente evolucionó con buena respuesta al tratamiento con furosemida intravenosa y completó esquema antibiótico. Durante la internación se efectuó un balance negativo acumulativo de 30.000 ml.

Se externa 20 días luego del ingreso en peso seco y con indicación de cirugía de reemplazo aórtico y valvular (ascendente, descendente y torácica más reemplazo aórtico y tricuspídeo).

Luego de rechazar la cirugía, el paciente fallece 63 días después de la externación.

DISCUSIÓN

Los aneurismas de aorta ascendente mayores a 10 cm asociados a disección son muy poco frecuentes; y mucho más infrecuente es ver la evolución de los pacientes con dicha afección, dado que rápidamente son incluidos en plan de cirugía.¹⁻³ Las guías actuales recomiendan el tratamiento quirúrgico cuando el diámetro del aneurisma excede los 50 mm y en aquellos pacientes con antecedentes familiares de disección aórtica o con síndrome Loya-Dietz (una forma más severa del síndrome de Marfan), la cirugía debe ser considerada cuando son aún más pequeños.⁴

1. Residente de Cardiología.
2. Director de la Residencia de Cardiología.

Hospital Universitario de la UAI. CABA, Rep. Argentina.
Correspondencia: consultas.sportmed@gmail.com

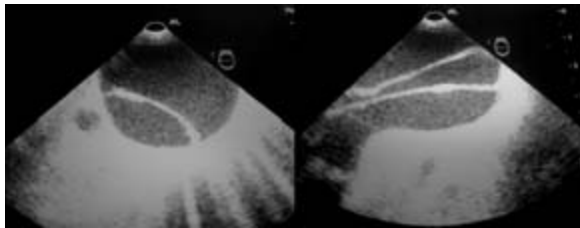


Figura 1. ETE. **A.** Vista paraesofágica a 20 cm de la arcada dentaria. Se observa flap de disección aórtica. **B.** Vista para esofágica a 15 cm de la arcada dentaria. Se observa doble flap de disección aórtica.

Tabla 1. Signos y síntomas de pacientes con aneurisma gigante de aorta + disección.

Signo y síntomas	Porcentaje
Disnea	100%*
Soplo sistólico en foco aórtico	70%*
Insuficiencia cardíaca derecha	80%*
Insuficiencia cardíaca mixta	50%

* Signos y síntomas presentes en nuestro paciente.

En la actualidad existen solo reportes de casos dado que la gravedad de la afección no permite la randomización de los pacientes, pero si observando presentaciones similares en los pacientes con dicha afección (**Tabla 1**).

En la actualidad se cuentan con distintos métodos, invasivos o no, para confirma o descartar disección y/o aneurisma de aorta, dentro de los cuales se encuentran la tomografía computarizada (TC) y el ecocardiograma transesofágico (ETE).⁵

El ETE es el método más utilizado debido a su accesibilidad, que alcanza 63 a 96% de especificidad y 59 a 85% de sensibilidad (de 78 al 100% para las disecciones de la aorta ascendente y 55% para la aorta descendente). Por su parte, la TC ha demostrado una sensibilidad de 83 a 100% y una especificidad de 90 a 100% (alcanza el 100% en ambas variables con el uso de contraste endovenoso).⁶

Si bien ambos métodos son altamente sensibles y específicos, el ETE mostraría ventajas significativas respecto a la TC, teniendo en cuenta la no exposición a radiación y la posibilidad de realizarlo *bed side*.

La resonancia magnética nuclear (RMN) es otro método utilizado para el diagnóstico de disección aórtica, posibilitando distintos cortes de precisión y la ventaja de poseer mayor definición de imagen en patologías de aorta ya instrumentadas (p. ej., en aquellos pacientes que recibieron prótesis endovasculares), así como la posibilidad de obtener imágenes de precisión sin necesidad de contraste, dado que la sangre genera un realce natural a nivel endoluminal. La indicación diagnóstica de RMN es para aquellos casos en los cuales exista la sospecha de una doble luz o "falsa luz arterial".

Respecto de sensibilidad y especificidad, la RMN alcanza 96% y 100%, respectivamente.⁶

En cuanto al tratamiento quirúrgico, la elección es la cirugía de Bentall modificada (**Figura 3 A y B**), la cual consiste en reemplazo del arco aórtico con separación y reimplante de

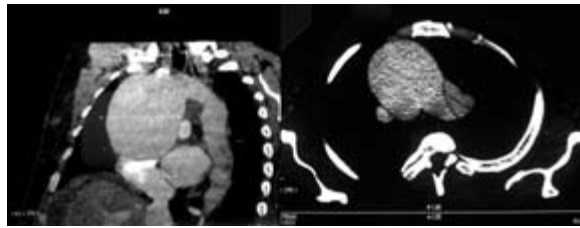


Figura 2. TC. **A.** En corte sagital se observa dilatación de la aorta ascendente, en su máximo diámetro, y descendente. **B.** En corte transversal se observa flap de disección y dilatación de aorta ascendente.

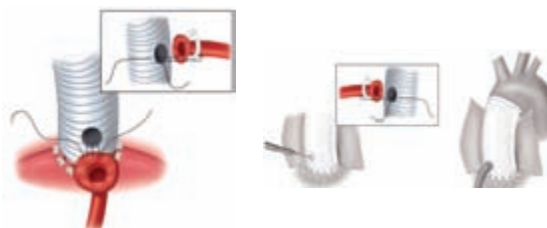


Figura 3. **A.** Prótesis aórtica injertada. Preparación del ostium coronario para inserción a prótesis mediante anastomosis término-lateral. **B.** Apertura protésica lateral e inserción del ostium coronario izquierdo.

las arterias innominada, carótida común y subclavia izquierda (cuando existe compromiso del cayado); canulación para circulación extracorpórea (CEC) femorofemoral e hipotermia moderada (26° C) para protección cerebral.

Mediante un estudio retrospectivo que incluyó 153 pacientes Maureira P et al.⁷ mostraron una mortalidad temprana del 8,5% (20% para el procedimiento de urgencia y 4,4% para aquellos que se realizaron en forma electiva). Para todo el grupo, la supervivencia a los 5 y 10 años fue del 86,3%±2,78 y 73,7±4,23%, respectivamente. Durante el seguimiento, las tasas de hemorragia mayor linealizadas, tromboembolismo, endocarditis y la evolución fueron, respectivamente, 1,3%/paciente-año, 0,42%/paciente-año y 0,22%/paciente-año.

CONCLUSIÓN

Los aneurismas de aorta ascendente son patologías poco frecuentes de ver, y mucho más concomitantemente con disección a dicho nivel. Actualmente los avances tecnológicos permiten el diagnóstico y/o confirmación de la afección en cuestión, elemento favorable a los fines incluir al paciente en protocolo quirúrgico.

ABSTRACT

Giant aneurysms associated with dissection of the ascending aorta are a rare entity. We present the case of a patient of 36 years who was referred to "Hospital Universitario de la UAI" by febrile syndrome and clinical signs of heart failure with presumptive diagnosis of infective endocarditis. As finding a dissecting aneurysm of ascending aorta was found.

Key words: dissecting aneurysm; ascending aorta

BIBLIOGRAFÍA

1. *Martín Suarez S, Bergonzini M, Pacini D, et al. Giant postdissection aneurysm of the ascending aorta after aortic valve replacement. Ann Thoracic Surgeons 2003;76;1309.*
2. *Baysa O, Erinc K, Uzun M, et al. A giant dissecting aneurysm of ascending aorta. Echocardiography 2005; 22 (3); 261-265.*
3. *Scholl FG, Coady MA, Davies R, et al. Interval or permanent nonoperative management of acute type a aortic dissection. Arch Surg 1999;134: 402-406.*
4. *Bonow RO, Carabello BA, Kanu C, et al. ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation, 2006; 114; 84-231.*
5. *Cigarroa, J. M.D; Isselbacher, E. M.D; De Sanctis, R. M.D; et al. Medical Progress: Diagnostic Imaging in the Evaluation of Suspected Aortic Dissection -- Old Standards and New Directions. New England Journal of Medicine. 1999; 340. 1539-45.*
6. *Erbel R, Engberding R; Daniel W; et al. Echocardiography in diagnosis of aortic dissection. Lancet 1989; 1:457-61.*
7. *Maureira P. M.D; Vanhuysse F. M.D; Martin C. M.D; et al. The Annals of Thoracic Surgery. 2012; Vol 93; (2); 449.*