

Presentación de caso

Hospital Municipal Carlos E. Font Pupo. Banes. Holguín

Disección aórtica tipo B e insuficiencia renal aguda en un paciente con enfermedad renal crónica

Type B Aortic Dissection and Acute Kidney Failure in a Patient with Chronic Kidney Disease

Jorge Luis Marrero Escalona¹, José Enrique Castellanos Heredia²

- 1 Máster en Urgencias Médicas. Especialista Primer Grado en Nefrología. Instructor. Hospital de Banes. Holguín.
- 2 Especialista de Primer Grado Medicina Interna. Instructor. Policlínica Antonio Maceo. Holguín.

RESUMEN

Se presentó un paciente de 39 años de edad, raza blanca, con antecedentes de hipertensión arterial sin tratamiento regular y manifestaciones de isquemia en miembros inferiores con claudicación intermitente. Se diagnosticó disección aórtica tipo B. Los síntomas al ingreso fueron dolor precordial con irradiación abdominal, que se interpretó como una cardiopatía hipertensiva y cólico nefrítico. Luego, presentó deterioro rápido de la función renal con necesidad de tratamiento hemodialítico de urgencia e hipertensión arterial de difícil control. Falleció a los 30 días a causa de trombosis mesentérica con necrosis intestinal extensa.

Palabras clave: disección aórtica tipo b, insuficiencia renal aguda, aterosclerosis, trombosis mesentérica, enfermedad vascular renal

ABSTRACT

A 39- year- old, male, white patient was presented in this paper. The patient presented a hypertension without regular treatment and manifestations of lower limb ischemia with intermittent claudication. A type B aortic dissection was diagnosed. Chest pain with irradiation to the abdomen was the symptoms found at the admission. And a chronic coronary artery disease and renal colic were involved in the diagnosis at the beginning, 24 hours later an acute kidney injury with necessity of hemodialysis treatment as emergency treatment, and hypertension of a very difficult management were diagnosed. He died 30 days after he has been admitted by a mesenteric thrombosis with an extensive necrosis of the intestine.

Key words: type B aortic dissection, acute renal failure, atherosclerosis, mesenteric thrombosis, renal vascular disease

INTRODUCCION

La disección aórtica se define como la entrada de sangre entre la capa media y la íntima del vaso con desgarro o no de esta, que puede extenderse a todo el vaso creando una falsa luz ^{1,2}. La primera descripción fue en 1557 por Andrés Vessalius, luego Nichols en 1732 al realizar la necropsia del Rey Jorge II de Inglaterra y en 1955, Bakey realiza la primera clasificación ^{3,4}. Existen dos clasificaciones:

- Tipo de Bakey: I: se daña toda la arteria hasta sus ramas terminales; tipo II, solo se afecta la aorta ascendente y III, cuando se afecta la aorta descendente después de la subclavia.
- Tipo Stanford A: desde el anillo aórtico hasta la porción descendente por encima de la subclavia y B, aorta descendente después de la subclavia y
- La clasificación de Svensson: incluye el hematoma intramural y la úlcera penetrada como subtipos ¹.

No obstante, la más utilizada es la de Stanford.

La hipertensión arterial (HTA) y la aterosclerosis son las principales causas, pero, existen otras como: la necrosis quística de la media, embarazo, edad avanzada, sexo masculino, desordenes endocrinos, anomalías congénitas, iatrogenia y traumas².

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, blanco y de 39 años, ingresó por dolor torácico –abdominal; se le realizó laparoscopia sin encontrar daño visceral; la interpretación clínica fue un cólico nefrítico. Luego, se trasladó a Cardiología con el diagnóstico de cardiopatía isquémica por la aparición, además, del dolor que se irradió al tórax, el electrocardiograma tenía ondas T negativas desde V3-V6; a las 24 h presentó HTA severa con deterioro de la función renal y llegó a la anuria; la interpretación clínica fue insuficiencia renal crónica (IRC) agudizada por enfermedad vascular renal bilateral sobreañadida.

Al interrogarlo se encontró antecedentes de ser fumador durante 20 años, recluso durante 17 años: padecía HTA con 7 años de evolución sin tratamiento regular. Cinco años atrás apareció dolor en las piernas, incrementándose progresivamente hasta la claudicación intermitente acompañado de parestesias de la cintura hacia abajo.

Al examen físico se encontró presión arterial sistólica TAS: 200 -280 mmHg, presión arterial diastólica TAD: 120-160 mmHg; tos seca, polipnea que impedía el decúbito supino, soplo mesosistólico aórtico II/VI con A2 intenso, soplo holosistólico lumboabdominal bilateral III/VI que se irradiaba a espacio interescapular y borde esternal izquierdo, R3 en ápex, ausencia de pulso femoral bilateral y retinopatía hipertensiva grado II.

La glicemia, hemograma, cituria, ácido úrico, lipidograma fueron normales y la serología, microelisa, proteína C reactiva, anticuerpo antinuclear (ANA), factor reumatoideo, IgE, antígeno para HB, anticuerpos contra el virus hepatitis C (HVC) fueron negativos. La creatinina inicial fue de 200 mmol/l incrementándose a 630 mmol/L.

En el ultrasonido abdominal se encontraron riñones ligeramente pequeños; RI: 89 x 47 mm con índice corticomedular (ICM): 18 mm y riñón derecho: 75 x 35 mm con ICM: 10 mm; la aorta solo se visualizó a nivel de la bifurcación de las iliacas.

Rayo X de tórax: hipertrofia del ventrículo izquierdo (VI) y signos de congestión pulmonar.

Electrocardiograma: sobrecarga sistólica del VI e isquemia crónica.

Ecocardiograma: hipertrofia severa del ventrículo izquierdo con disfunción sistólica (fracción de eyección: 35%) e hipoquinesia severa de la pared posterior y derrame pericárdico de 3 mm, calcificaciones del anillo aórtico y mitral. Angio-TAC: disminución de la luz de la aorta en orden descendente en su trayecto intratorácico por trombo en su pared anterior con oclusión total de la luz real a nivel del T12 a L2 sin irrigación renal, con circulación colateral entre vasos intercostales y ambas ilíacas (fig. 1 y 2).



Fig. 1. Contraste en la luz arterial reducida con diámetro de 17,88 x 15,68 mm.



Fig. 2. Luz trombosada en su totalidad, con ligero aumento del diámetro de la aorta midiendo 32 x 35 mm.

Evolución

Se mantuvo en tratamiento hemodialítico. A los 30 días apareció alteración de la conciencia hasta llegar a estado de coma, hipoglicemia severa con acidosis metabólica e hiperpotasemia. Se realizó hemodiálisis, solo se corrigió la hipoglicemia, a las cuatro horas apareció distensión abdominal, se realizó laparotomía encontrándose necrosis intestinal extensa de origen isquémico. Falleció a las 2 h; los familiares se negaron a realizar necropsia.

Diagnóstico

Paciente con disección aórtica tipo B subaguda trombosada secundaria a HTA severa con repercusión en múltiples órganos y aterosclerosis; insuficiencia renal crónica secundaria a nefropatía hipertensiva, agudizada por enfermedad vascular renal sobreañadida, cardiopatía isquémica con disfunción sistólica del VI y trombosis mesentérica.

DISCUSIÓN

La disección tipo B, es la menos frecuente, aparece entre 22%- 33% según registros multicéntricos^{5,6}. Las causas más frecuentes son la HTA y la aterosclerosis con un predominio en hombres entre la 5ta y 6ta década de la vida^{3,7}. La mortalidad aumenta según Fernández-Quesada entre el 50-70% cuando aparece isquemia renal y en el 87% cuando hay compromiso mesentérico⁴. Muchos autores como Olivert y col. reportan que se diagnostica al inicio de la afección solo en el 18%⁸.

La HTA, el sexo, hábito de fumar, diagnóstico tardío y la mortalidad ocurrió igual a lo descrito^{2,4,9}: pero lo trascendental del caso fue la edad menor de 40 años que provocó la reflexión: primero que la aterosclerosis avanzaba aceleradamente y era multifactorial, y que apareció en edades más tempranas y otro factor aunque no documentado en este caso fue el consumo de drogas como el crack de la cocaína que tiene un efecto deletéreo de la aorta descendente.

Este paciente fue recluido durante 17 años, este elemento fue un riesgo potencial del consumo de esta droga y por razones legales casi nunca lo refieren. También en

el 35-40% de los casos atendidos por enfermedad de aorta abdominal están relacionados con infecciones por herpes genital y clamidia ¹⁰ y los reclusos son un grupo de riesgo importante para contraerlas

CONCLUSIONES

En pacientes hipertensos con dolor torácico-abdominal es recomendable la exploración de la aorta abdominal mediante examen clínico y al menos exploración por medio de ultrasonografía abdominal de la aorta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Contreras Zúñiga E, Zuluaga Martínez SX, Gómez Mesa JE. Disección aórtica: estado actual. Rev Cost Cardiol. 2009 [citado 14 dic 2010]; 11(1). Disponible en:
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422009000100004&lng=es&nrm=iso
2. Jaramillo NI, Alviar CL. Disección de aorta. Aspectos básicos y manejo endovascular. Rev Col Cardiol. 2005 [citado 10 dic 2010]; 12 (2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332005000400003&lang=pt
3. Vijay SR, Jae KO, Thoralf MS, Eagle A. Acute aortic syndromes and thoracic aortic aneurysm. Clin Proc. 2009; 84(5): 465–81.
4. Ros Díe E, Fernández Quesada F, Ros Vidal R, Salmerón Febres LM, Linares Palomino JP, Sellés Galiana F. Historia natural de la disección aórtica. Angiol. 2006; 58 (Supl 1): S59-S67.
5. Higa C, Guetta Jr, Borracci RA, Meribilhaa R, Marturano MP. Registro multicéntrico de disección aórtica aguda. Estudio RADAR. Resultados preliminares. Rev Argent Cardiol. 2009 [citado 14 dic 2010]; 77 (5). Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482009000500004&lang=pt

6. Barrera JG, Mateus LC, Carreño M, Bayter JE, Saaibi JF. Experiencia en el manejo endovascular para el tratamiento de la aorta torácica. Rev Col Cardiol. 2007 [citado 14 dic 2010]; 14 (6). Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332007000600007&lang=pt
7. Mertens MR, Arriagada JI, Valdés EF, Krämer Sch A, Mariné ML. Tratamiento endovascular de la disección aórtica tipo B mediante endoprótesis. Rev Méd Chile. 2008. [citado 12 dic 2010]; 136. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000700005&lang=pt
8. Olivert Cruz M, Romero Cabrera ÁJ, Bembibre Taboada R, Bermúdez López J. Disección aórtica. Estudio en un decenio (1987-1997). Rev Cub Med. 2000; 39 (4).
9. Hüseyin I, Nienaber Christoph A. Tratamiento de los síndromes aórticos agudo. Rev Esp Cardiol. 2007; 60:526-41.
10. Riambau V, Guerrero F, Montañá X, Gilabert R. Aneurisma de aorta abdominal y enfermedad vascular renal. Rev Esp Cardiol. 2007; 60:639-54.

Correspondencia

Dr. José Enrique Castellanos Heredia.

Correo electrónico: joseenrique@cacocum.hlg.sld.cu