CARTAS AL DIRECTOR

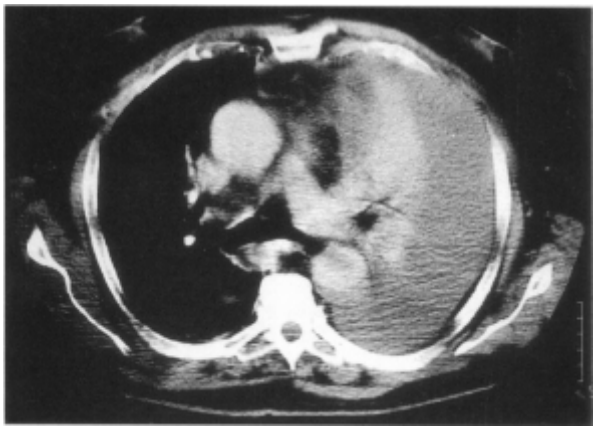
DERRAME PLEURAL MASIVO UNILATERAL:PRESENTACIÓN DE DISECCION DE AORTA

F. J. Tejada Ruiz, M. Zaheri Beryanaki, D. Pérez Civantos.
Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz.

Sr. Director

El derrame pleural (DP) es una de las anomalías pleurales más frecuentemente observadas en la patología torácica. Además es un hallazgo común a una gran variedad de enfermedades de naturaleza y trascendencia clínica muy diversas. Con frecuencia la causa del DP es aparente, debiéndose tener en cuenta cualquier anomalía radiológica en el tórax junto a la presencia de líquido. Si los hallazgos clínicos y radiológicos no permiten indicar claramente la etiología, suele ser necesaria la realización de procedimientos diagnósticos invasivos, inicialmente toracocentesis exploradora. En ocasiones se precisaran otros métodos diagnósticos como tomografía computarizada (TC) torácica, gammagrafía pulmonar, biopsia pleural, si están disponibles, para llegar al diagnóstico, y aun así, en un pequeño porcentaje de individuos no se descubre la causa de la patología pleural.

Se trata de un paciente de 70 años, con antecedentes de hipertensión arterial, que estando previamente bien acude a Urgencias por dolor agudo torácico intenso, acompañado de sudoración, nauseas y vómitos. Llega consciente, orientado, sudoroso, rítmico, Presión Arterial 130/90 mmHg, sin otros hallazgos en la exploración física. Hemograma, bioquímica y coagulación normal; electrocardiograma con ritmo sinusal sin signos de isquemia aguda y radiografía de tórax con ensanchamiento mediastínico; quedando ingresado para estudio. A las 48 horas presentó disnea intensa, y caída de la cifra de hemoglobina en 6 gr/dl, realizándose nueva radiografía de tórax donde se apreciaba DP izquierdo masivo y una toracocentesis diagnóstica, obteniéndose 10 ml de líquido hemático. Una TC de tórax puso de manifiesto DP izquierdo masivo, aorta muy elongada, y en cortes inferiores, imagen de doble luz compatible con disección de aorta torácica (DAT) descendente (Figura 1).



Fíg, 1 . Tomografía computarizada de tórax. En aorta descendente se observa imagen de doble luz. Derrame pleural izquierdo masivo y atelectasia completa de pulmón izquierdo.

Una Ecocardiografía transtorácica permitió sólo estudiar la válvula aórtica, que era normofuncionante, porlo que se le realizó TC de tórax y abdomen con contraste, que se informó como imagen sugestiva de trombo mural sin signos claros de aneurisma ni disección. Ante la duda, se realizó una aortografia, en la que se apreciaba DAT descendente con entrada justo a continuación del arco posterior de salida de la arteria subclavia izquierda, con ruptura contenida en cavidad pleural. Con el diagnóstico de DAT tipo B de Daily complicada, se realizó intervención quirúrgica, colocándose únicamente parche de teflón como refuerzo de la pared y evacuación del DP, ante la imposibilidad de clampaje aórtico por inestabilidad hemodinámica. Ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos inestable hemodinámicamente con colapso importante de pulmón izquierdo e hipoxemia severa, desarrollando un Síndrome de Distress Respiratorio del Adulto y posteriormente Disfunción Multiorgánica, siendo éxitus a los 7 días del ingreso.

La hipertensión arterial es la enfermedad mas importante asociada al desarrollo de DAT, representado el mayor porcentaje de incidencia detectado en los estudios realizados con amplias series de enfermos diagnosticados de DAT. Tras la hipertensión, el factor predisponente más común para el desarrollo de DAT ascendente es la malformación congénita de la válvula aórtica, sobre todo la válvula bicúspide. Actualmente, con las nuevas técnicas invasivas como el cateterismo cardíaco, el balón de contrapulsación o de angioplastia y la cirugía cardíaca, hacen que la yatrogenia aparezca como la tercera causa más frecuente asociada a la DAT[(1)]. La mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos hasta que se produce la disección del aneurisma. El síntoma predominante en el 90% de los casos es la aparición súbita de dolor intenso en el tórax, más comúnmente precordial con irradiación a la espalda en la zona interescapular. Este tipo de presentación clínica hace que normalmente se produzca un error diagnóstico inicial de estos pacientes a favor del infarto agudo de miocardio. Por tanto, ante un paciente anciano, hipertenso, con dolor torácico y DP izquierdo, el médico debe incluir en el diagnóstico diferencial la DAT[(1,4)]. La presentación de la DAT sin dolor se ha descrito sólo en un 5% de los casos. Otros síntomas y signos de presentación, menos frecuentes, son la disnea, hipotensión, taquicardia, tos, estridor, hemoptisis y otros signos de compresión de estructuras del mediastino por la aorta.

La valoración radiológica de pacientes con sospecha de DAT es la piedra angular del proceso diagnóstico. Una radiografía de tórax revela hallazgos patológicos en el 80-85% de los casos. Los seis signos radiológicos tradicionales de la DAT aguda incluyen el ensanchamiento mediastínico, desviación de la traquea hacia la derecha, distorsión o borramiento del contorno aórtico, opacificación del espacio entre aorta y arteria pulmonar izquierda, obliteración del borde medial del lóbulo superior izquierdo pulmonar y depresión del bronquio principal izquierdo[(2,4)].

El DP hemorrágico, que aparece normalmente en el lado izquierdo, es una rara complicación de la DAT y aparece aproximadamente en el 10% de estos pacientes[(3)]. La toracocentesis diagnóstica debe de intentarse siempre ante todo DP de suficiente cuantía y de etiología desconocida. Prácticamente no tiene contraindicaciones absolutas y, dentro de las relativas, la principal es la diáteisis hemorrágica[(6)]. Actualmente la TC con contraste es la técnica de elección para el diagnóstico y manejo de pacientes con DAT, pudiendo ayudar a distinguir entre líquido pleural y anomalías pulmonares o mediastínicas. La ecocardiografía también puede utilizarse en estos pacientes, principalmente en aquellos casos en los que no se disponga de TC, se sospeche falso-negativo o el paciente no se pueda desplazar. La angiografía de aorta queda como la prueba definitiva de valoración, debiéndose reservar para aquellos casos en los que los estudios mencionados anteriormente no sean concluyentes y para aquellos que se decida la cirugía[(2,4,5)].

BIBLIOGRAFÍA

1. Pape L.A. Dissection of de aorta. in: Rippe JM, Irwin RS, Fink MP, Cerra BF, eds Intensive Care Medicine. Third edition Boston: Little, Brown and company, 1996, 369.

2. Gandelman G, Barzilay N, Krupsky M, Resnitzky P. Left pleural hemorrhagic effusion. A presenting sign of thoracic aortic dissecting aneurysm. Chest 1994; 106: 636-638.

3. Hirst AE, Johns VS, Kime SW. Dissecting aneurysm of the aorta: a review of 505 cases. Medicine 1958; 37:217-279.

4. Sheets CA, Janz T.G, Rupture thoracic aneurysm presenting as dysnea and hypotension. Annals of Emergency Medicine 1988; 17: 718-721.

5. Yu CJ, Chang DB, Luh KT. Diagnosis and therapeutic use of chest sonography: Value in critically ill patiens. Am J Roentgenol 1992; 159: 695-701.

6. Bartter T, Santarelli R, Akers SM, Pratter MR. The evaluation of pleural effusion. Chest 1994; 106:1209-1214.