

Fiebre y disección retrógrada tipo A como complicación de la disección aórtica tipo B

José Enrique Castellanos Heredia¹, Leonel Fernández Prieto², Héctor Aguilera Anzardo³

Resumen

La incidencia del síndrome aórtico agudo (disección aórtica, hematoma intramural, úlcera aterosclerótica penetrante y ruptura de la pared vascular) es de 2-3,5 casos por 100.000 habitantes cada año; pero la disección aórtica tipo A retrógrada es poco frecuente y sólo se han reportado casos aislados, en ocasiones como consecuencia de una intervención quirúrgica. Se presenta el caso clínico de un paciente de 62 años de edad, que acudió al cuerpo de guardia por dolor precordial que alivió con analgésicos y tanto la radiografía de tórax como el electrocardiograma eran normales. Al tercer día comenzó con fiebre que duró 4 semanas y desapareció espontáneamente, y fue dado de alta con todos los estudios normales y pancultivos negativos. Dos semanas después ingresa nuevamente por disnea de esfuerzo, que fue progresando. Al ingreso se constata signos clínicos de pericarditis, incluyendo roce pericardio, realizándose ecocardiograma y angio-TAC, donde se evidenció el diagnóstico de disección aórtica tipo B complicada con disección tipo A retrógrada y hemopericardio.

Insuf Card 2015; 10 (4): 203-206

Palabras clave: Disección aórtica tipo A retrograda - Hemopericardio - Disección aórtica tipo B complicada - Fiebre de origen desconocido

Summary

Fever and retrograde type A aortic dissection as complication of type B aortic dissection

The incidence of acute aortic syndrome (aortic dissection, intramural hematoma, and penetrating atherosclerotic ulcer rupture of the vessel wall) is 2-3.5 cases per 100,000 people each year; but the retrograde type A aortic dissection is rare and only isolated cases have been reported, sometimes as a result of surgery. We report a case of a 62-year-old, who came to the emergency for chest pain relieved with analgesics and both chest radiography and electrocardiography were normal. On the third day began with fever that lasted for four weeks and disappeared spontaneously, was discharged with all studies normal and negatives cultivates. Two weeks later admitted again by dyspnea on exertion, this was progressing. On admission to hospital clinical signs of pericarditis it is found, including pericardium rubbing, performing echocardiography and CT angiography, where the diagnosis of type B aortic dissection complicated with retrograde type A aortic dissection and hemopericardium was demonstrated.

Keywords: Retrograde type A aortic dissection - Hemopericardium - Complicated type B aortic dissection - Fever of unknown origin

¹ Especialista de Primer Grado en Medicina Interna y Segundo Grado en Cardiología. Asistente. Investigador Agregado. Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Íñiguez Landín. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Holguín. Cuba.

² Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Instructor. Policlínica docente Pedro del Toro. Holguín. Cuba.

³ Especialista de Primer Grado en Radiología. Instructor. Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Íñiguez Landín. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Holguín. Cuba.

Correspondencia: Dr. José Enrique Castellanos Heredia.
Calle 21 N° 12 Altos e/ 26 y 30. Pueblo Nuevo. Holguín. Cuba. CP: 80100.
Correo electrónico: joseenrique@hcqho.hlg.sld.cu

Recibido: 14/07/2015
Aceptado: 25/09/2015

Resumo

Febre e disseção aórtica retrógrada tipo A como complicação da disseção aórtica tipo B

A incidência de síndrome aórtica aguda (disseção aórtica, hematoma intramural e penetrante ruptura úlcera aterosclerótica da parede do vaso) é 2-3,5 casos por 100.000 pessoas a cada ano; mas a disseção aórtica tipo A retrógrada é rara e apenas casos isolados foram relatadas, algumas vezes como resultado da cirurgia. Nós relatamos o caso de um paciente de 62 anos de idade, que veio para a emergência por dor torácica aliviado com analgésicos e tanto a radiografia de tórax e eletrocardiograma eram normais.

Ao terceiro dia o paciente começou com febre a qual durou quatro semanas e desapareceu espontaneamente, recebendo alta com todos os estudos normais e pancultivos negativos. Duas semanas mais tarde, ele foi internado no hospital novamente para a dispnéia, que estava progredindo. Na admissão do hospital sinais clínicos de pericardite foram encontrados, incluindo fricção pericárdica, realizando ecocardiografia e angiografia por TC, que revelou o diagnóstico de disseção aórtica tipo B complicada com disseção aórtica tipo A retrógrada e hemopericárdio.

Palavras-chave: Disseção aórtica tipo A retrógrada - Hemopericárdio - Disseção aórtica tipo B complicada - Febre de origem desconhecido

Introducción

La incidencia del llamado síndrome aórtico agudo, que incluye: disección aórtica (DA), hematoma intramural, úlcera aterosclerótica penetrante y ruptura de la pared vascular, es de 2 a 3,5 casos por 100.000 habitantes cada año¹. En otros registros se estima que se producen 30 casos por millón cada año², siendo la hipertensión arterial y los desordenes genéticos de la fibra de colágeno los principales factores de riesgos. Pero la disección aórtica tipo A retrógrada es poco frecuente, sólo se han reportado casos aislados, en ocasiones como consecuencia de una intervención quirúrgica³.

Presentación del caso

Paciente masculino, blanco, de 62 años con antecedentes de salud: fumador de más de 20 años, que presentó dolor torácico intenso de algunos minutos de duración con irradiación al epigastrio, por tal motivo acudió al cuerpo de urgencia donde se le realizó radiografía de tórax y electrocardiograma que se interpretaron como normales, retornando a su hogar. Tres días después presentó fiebre de 38 grados, consultando nuevamente e internándose en un servicio de clínica médica. La fiebre persistió 4 semanas y desapareció espontáneamente sin encontrarse etiología, a pesar de haberle realizado pancultivos: hemocultivo, serología, microelisa, antígeno y anticuerpo para hepatitis B y C, urocultivo, medulograma, medulocultivo, biliocultivo; por lo cual se decidió su egreso. Una semana más tarde comenzó con cansancio fácil, astenia, disnea de esfuerzo que fue progresando, por lo cual acudió nuevamente al cuerpo de urgencia. Al examen clínico se constató: ingurgitación yugular con signo de Kussmaul, pulso arterial paradójico, roce pericárdico en borde esternal izquierdo y soplo mesosistólico en foco aórtico 2/6. Con estos datos clínicos se planteó el diagnóstico de pericarditis, decidiéndose su

internación y realizándose un ecocardiograma transtorácico (Figuras 1 y 2) donde se observó derrame pericárdico con tabiques en su interior y a nivel del cayado aórtico dilatación del mismo con imagen de doble luz y válvula aórtica normal. Se indicó angio-TAC donde se confirmó el diagnóstico de disección aórtica (Figura 3).

Conclusiones diagnósticas: se concluyó como una disección aórtica tipo B crónica complicada con disección aórtica tipo A retrógrada y hemopericardio.

Discusión

El síntoma más frecuente de la DA es el dolor, pero los reportes estadísticos demuestran que en la consulta de atención primaria sólo el 1% de los pacientes acuden por dolor torácico y el 1,5% por un síndrome coronario agudo⁴, favoreciendo que este diagnóstico sea infrecuente en la atención primaria y la enfermedad evolucione a la etapa subaguda o crónica. Otros estudios han reportado que hasta un 17% de los casos puede cursar sin dolor⁵. También otro factor negativo para el correcto diagnóstico es que el estudio complementario de elección es la angio-TAC, incluso superior a la ecocardiografía transesofágica⁶; y al no contar con este medio en la atención primaria, sumado a lo atípico del cuadro, el resultado es que el diagnóstico pasa inadvertido. Además, se han publicado casos donde el síntoma predominante es la fiebre y puede ser el único síntoma que puede llegar a presentarse como fiebre de origen desconocido⁷, como se presentó al inicio de este caso. Aunque la literatura ha reportado casos como éste, sin una clara explicación de la fiebre, estudios más recientes han demostrado que en las lesiones aórticas, incluyendo la DA tipo B, existe un proceso inflamatorio con elevación de un grupo de mediadores químicos de la inflamación como: PCR, interleuquinas como la IL-6, IL-8, factor de necrosis tumoral alfa, que son incluso marcadores de complicaciones^{8,9} y siendo también los mediadores que



Figura 1. Imagen ecocardiográfica transtorácica donde se muestra un hemopericardio (flecha verde).

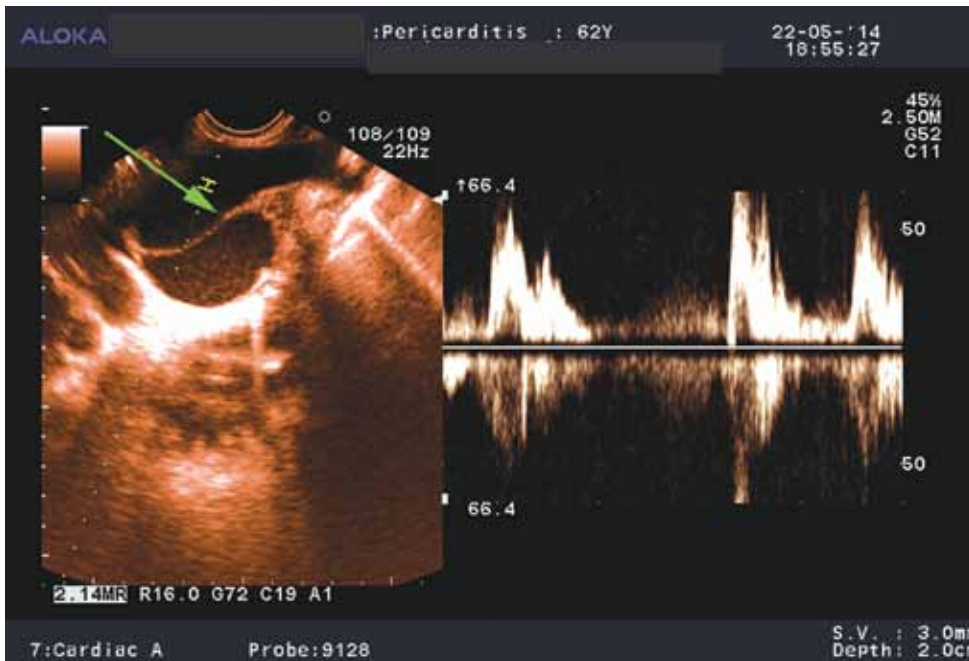


Figura 2. Imagen ecocardiográfica supraesternal que muestra dilatación del cayado aórtico con doble luz (izquierda: flechas verdes) y con flujo (Doppler a la derecha).

se elevan en la fiebre. Es de destacar que la DA tipo B es poco frecuente que se complique con disección retrógrada. Diferentes estudios han demostrado en una revisión sistemática sobre DA que sólo el 1,9% se convierten en tipo A por disección retrógrada¹⁰. Otros reportan que en los casos tratados convencionalmente, el 5% desarrolla este tipo de complicación en los primeros 30 días y el 2,5% después de los 30 días¹¹; mientras que los tratados

de forma endovascular tienen menos riesgo, reportándose dicha complicación sólo en el 0,67%¹².

Conclusiones

La DA tipo B complicada con disección retrógrada tipo A y fiebre de origen desconocido sigue siendo un reto



Figura 3. Angio-TAC con imagen de doble luz a nivel de aorta descendente, observándose la íntima del vaso que divide al mismo en dos (flecha).

para el médico de urgencia por lo atípico en la forma de presentación.

Recursos financieros

Los autores no recibieron ningún apoyo económico para la investigación.

Conflicto de intereses

Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

1. Nienaber CA, Powell JT. Management of acute aortic syndromes. *Eur Heart J* 2012; 33(1):26-35b. doi: 10.1093/eurheartj/ehr186. Epub 2011 Aug 2.
2. Ranasinghe AM, Bonser RS. Biomarkers in acute aortic dissection and other aortic syndromes. *J Am Coll Cardiol* 2010; 56(19):1535-41. doi: 10.1016/j.jacc.2010.01.076.
3. Piffaretti G, Mariscalco G, Tozzi M, Bruno VD, Sala A, Castelli P. Acute iatrogenic type A aortic dissection following thoracic aortic endografting. *J Vasc Surg* 2010; 51(4):993-9. doi: 10.1016/j.jvs.2009.10.105.
4. McConaghy JR, Oza RS. Outpatient diagnosis of acute chest pain in adults. *Am Fam Physician* 2013; 87(3):177-182.
5. Imamura H, Sekiguchi Y, Iwashita T, Dohgomori H, Mochizuki K, Aizawa K et al. Painless acute aortic dissection- Diagnostic, prognostic and clinical implications. *Circ J* 2011; 75(1):59-66. Epub 2010 Nov 16.
6. Strayer RJ, Shearer PL, Hermann LK. Screening, evaluation, and early management of acute aortic dissection in the ED. *Curr Cardiol Rev* 2012;8(2):152-7.
7. Joya Seijo MD, del Valle Loarte P, Arenas Sotelo S, Marcos Sánchez F, Rodríguez Ballesteros P. Fiebre de origen desconocido como forma de presentación de la disección aórtica crónica. *An Med Interna (Madrid)* 2004;21: 11. <http://dx.doi.org/10.4321/S0212-71992004001100016>
8. Brasier AR. The nuclear factor-kappa B-interleukin-6 signaling pathway mediating vascular inflammation. *Cardiovasc Res* 2010; 86(2):211-8. doi: 10.1093/cvr/cvq076. Epub 2010 Mar 3.
9. Sakakura K, Kubo N, Ako J, Wada H, Fujiwara N, Funayama H et al. Peak C-reactive protein level predicts long-term outcomes in type B acute aortic dissection. *Hypertension* 2010; 55(2):422-9. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.109.143131. Epub 2009 Dec 28.
10. Canaud L, Faure EM, Ozdemir BA, Alric P, Thompson M. Systematic review of outcomes of combined proximal stent-grafting with distal bare stenting for management of aortic dissection. *Ann Cardiothorac Surg* 2014; 3(3):223-33. doi: 10.3978/j.issn.2225-319X.2014.05.12.
11. Lombardi JV, Cambria RP, Nienaber CA, Chiesa R, Teebken O, Lee A et al. Prospective multicenter clinical trial (STABLE) on the endovascular treatment of complicated type B aortic dissection using a composite device design. *J Vasc Surg* 2012;55(3):629-640. e2. doi: 10.1016/j.jvs.2011.10.022. Epub 2011 Dec 9.
12. Thrumurthy SG, Karthikesalingam A, Patterson BO, Holt PJ, Hinchliffe RJ, Loftus IM, Thompson MM. A systematic review of mid-term outcomes of thoracic endovascular repair (TEVAR) of chronic type B aortic dissection. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2011; 42(5):632-47. doi: 10.1016/j.ejvs.2011.08.009. Epub 2011 Aug 30.