

Diseción aórtica asintomática en paciente con prótesis valvular aórtica

José Manuel Sánchez Calle, Lourdes Conejo, Julio Gutiérrez de Loma, Said Barakat, Ricardo Vivancos, Álvaro Rubio, Tomás Urda, Manuel de Mora y Félix Malpartida

Servicios de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Hospital Carlos Haya. Málaga.

aneurisma disecante de aorta/ prótesis/ válvula aórtica

La diseción aórtica iatrogénica tras la implantación de una prótesis valvular, es de presentación rara, frecuentemente tardía y excepcionalmente asintomática. Presentamos un caso de aneurisma disecante sospechado mediante el exagerado ensanchamiento mediastínico en el examen radiográfico rutinario anual de un paciente portador de una prótesis metálica aórtica desde trece años antes, su confirmación con otros métodos diagnósticos y se informa de su exitoso tratamiento quirúrgico.

ASIMPTOMATIC AORTIC DISSECTION IN A PATIENT WITH VALVULAR AORTIC PROSTHESIS

The occurrence of iatrogenic aortic dissection after aortic valve replacement is uncommon, usually late, and exceptionally asymptomatic. We present here a case of dissecting aneurysm suspected by excessive mediastinal dilatation observed in the routine annual roentgenogram exam of a patient who has had an aortic valve prosthesis for thirteen years. The confirmation with other diagnostic methods and its successful surgical treatment are also described.

(Rev Esp Cardiol 1997; 50: 287-289)

INTRODUCCIÓN

La causa de la diseción aórtica espontánea es frecuentemente desconocida y aunque lo más común es una extensa placa aterosclerótica que progresa a la media subyacente causando una lesión donde se origina la interrupción de la diseción, habitualmente no se consigue identificar ninguna alteración en la pared aórtica. Es bien conocido que el 70% de los pacientes tienen o han tenido hipertensión arterial y en alrededor del 90% de las autopsias se observa hipertrofia ventricular izquierda¹. Tras la introducción de las intervenciones cardíacas, la diseción aórtica aparece como una complicación de la operación, causada bien por la incisión o por la canulación y puede ocurrir durante aortografía translumbar, el cateterismo braquial retrógrado, la coronariografía, la contrapulsación aórtica y en el *bypass* cardiopulmonar, tanto en la inserción de injertos aortocoronarios como durante la implantación de prótesis aórticas²⁻⁸. En muchas series, la

diseción tardía posquirúrgica fue documentada en el examen post mortem. El tratamiento con éxito de la diseción aórtica tardía después de una operación cardíaca ha sido escasamente referido en la bibliografía. Describimos un caso de diseción aórtica que cursó sin síntomas y que fue descubierto casualmente por la gran dilatación aórtica en la radiografía de tórax de la revisión anual a los 13 años de la implantación de una prótesis y cuyo tratamiento quirúrgico mediante implantación de un tubo valvulado aórtico resolvió el problema con éxito.

CASO CLÍNICO

Paciente de 62 años, fumador e hipertenso controlado con enalapril. En junio de 1981 se le implantó prótesis de Hall-Kaster del número 29 en posición aórtica por insuficiencia aórtica sintomática, con canulación de aorta y sin ninguna complicación en la intervención. En su evolución ha referido disnea con actividad mayor, sensación vertiginosa frecuente y esporádicamente dolor en antebrazo izquierdo, sin perfil isquémico y permaneciendo en fibrilación auricular crónica. Durante su seguimiento se apreció ligero aumento del tamaño del mediastino, que en la última revisión es de grado severo sin relación con la que tenía pre-

Correspondencia: Dr. J.M. Sánchez Calle.
Pasaje Esperanto, 4, 8.º B. 29007 Málaga.

Recibido el 11 de junio de 1996.

Aceptado para su publicación el 13 de enero de 1997.

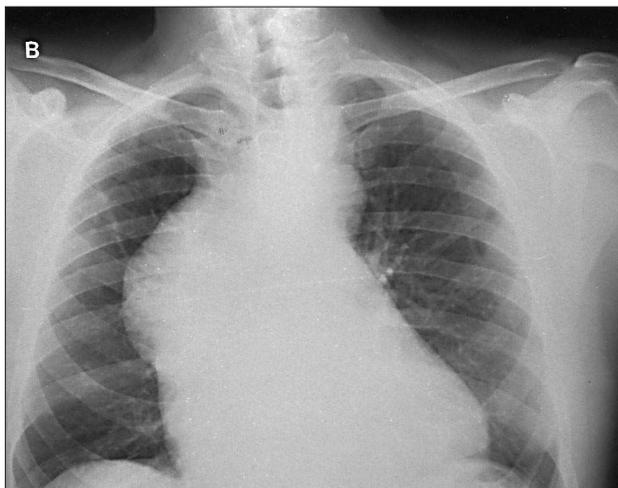


Fig. 1. Radiografías de tórax del paciente. A: año anterior; B: momento del diagnóstico.

viamente (fig 1). No había presentado dolor torácico ni prolongado ni ninguna otra sintomatología aguda desde la última revisión. En la exploración cardiovascular presentaba un buen estado general, cicatriz de esternotomía, latido sostenido de ventrículo izquierdo, ritmo cardíaco irregular con *click* protésicos normales, sin soplos, presión arterial 135/95 mmHg, ausencia de signos de insuficiencia cardíaca y pulsos periféricos conservados. Una TAC de tórax demostraba aneurisma disecante de aorta tipo A de tamaño gigante (fig. 2) y probable aneurisma del seno de Valsalva. El ecocardiograma transtorácico y transesofágico documentaba prótesis aórtica de apertura normal, con re-

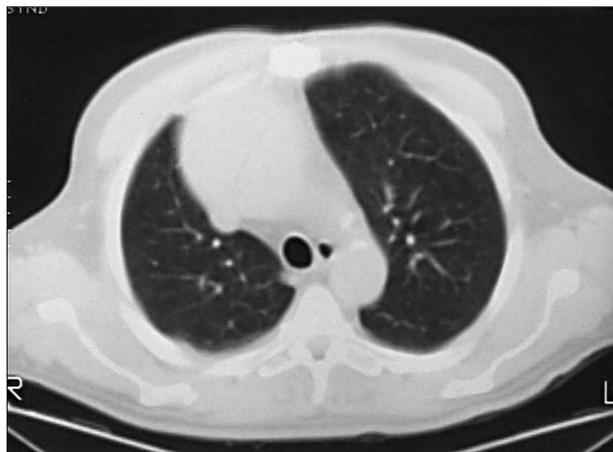


Fig. 2. TAC torácica del paciente en la que se visualiza doble luz.

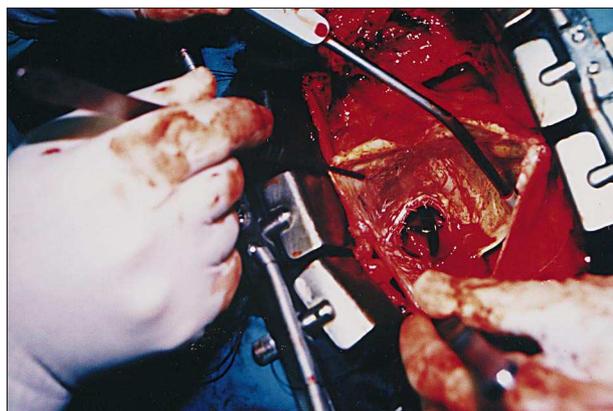


Fig. 3. Imagen intraoperatoria de la aorta aneurismática en la que pueden visualizarse la prótesis y el fondo del saco aneurismático.

gurgitación periprotésica ligera y flujo turbulento de aorta hacia aurícula con pequeño cortocircuito. La disección se confirmó mediante aortografía, no sondándose coronarias por gran distorsión de la raíz aórtica. En la intervención se comprobaba un gran hematoma disecante en la aorta ascendente (fig. 3) con importante desestructuración en la que era irreconocible puerta de entrada y se le implantó tubo valvulado de Bono Bentall con reimplantación de arterias coronarias. El examen histopatológico de la muestra encontraba fundamentalmente cambios ateroscleróticos, con acumulación de polisacáridos pero sin datos típicos de degeneración quística de la media. Cursó con postoperatorio normal, sin complicaciones y un año después de la intervención permanece asintomático.

DISCUSIÓN

La disección ocasionada tras la canulación de la aorta proximal no suele ser inmediata. Se estima una incidencia del 0,07 al 1,3% de disección tras el reem-

plazo valvular aórtico, siendo habitualmente tardía y en el lugar de la incisión. En nuestro caso la disección se diagnosticó a los trece años de la intervención, en el margen más alto de lo encontrado en la bibliografía^{7,8}, donde sólo en cuatro casos se diagnosticó más tarde, a los 13, 15, 19 y 20 años de la operación. En el 53% de los casos publicados la implantación protésica se realizó por insuficiencia aórtica, como ocurrió en nuestro paciente. La hipertensión y la dilatación aórtica son hallazgos comunes en la bibliografía, donde el 60% de los pacientes eran hipertensos y sólo cuatro de los 32 pacientes no tenían ningún grado de dilatación aórtica, aunque la trascendencia de la dilatación es cuestionada por Orszulak en un estudio prospectivo⁸. La histopatología de nuestro paciente no aportaba datos de interés diagnóstico, mientras que la bibliografía documenta el hallazgo de medionecrosis quística en la mitad de los pacientes, bien observado en el momento de la implantación de la prótesis, pero en el 54% de ellos no fue encontrado hasta la intervención para la corrección de la disección. La aterosclerosis y el síndrome de Marfan se comunican aisladamente, pero sólo el 12% de los casos publicados tenían una histopatología normal.

Aunque en la bibliografía existen publicados casos de aneurisma disecante aórtico que cursan sin dolor, es excepcional la presentación asintomática de una gran disección, como ocurre en nuestro caso, otorgando el papel primordial del diagnóstico de sospecha a la radiografía de tórax de un examen rutinario, lo que viene a resaltar la trascendencia de las exploraciones convencionales en el diagnóstico de complicaciones complejas.

La indicación de un tratamiento quirúrgico de alto riesgo en un paciente asintomático queda justificada por la historia natural de esta enfermedad y la evolución de los casos publicados. Son intervenidos 25 de los 30 pacientes encontrados en la bibliografía, con una mortalidad quirúrgica total del 48% y sólo 13 de ellos sobreviven hasta cinco años de la intervención. De los otros cinco pacientes no intervenidos, tres fallecen antes de la intervención y a dos se decide no intervenir, sólo uno de los cuales sobrevive un año en el momento de la publicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Roberts WC. Aortic dissection: anatomy, consequences, and causes. *Am Heart J* 1981; 101: 195-214.
2. Derkac W, Laks H, Cohn LH, Collins JJ Jr. Dissecting aneurysm after aortic valve replacement. *Arch Surg* 1974; 109: 388-390.
3. Muna WF, Spray TL, Morrow AG, Roberts WC. Aortic dissection after aortic valve replacement in patients with valvular aortic stenosis. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1977; 74: 65-69.
4. Bachet J, Mesnildrey P, Goudot B, Tawil N, Dubois C, Brodaty D et al. Dissection de l'aorte ascendante après remplacement valvulaire aortique. *Presse Med* 1984; 13: 2.253-2.256.
5. Duvoisin GE, McGoon DC. Aortic valve replacement with a ballvalve prosthesis. Detailed analysis of early and late results. *Arch Surg* 1969; 99: 684-689.
6. Black LL, McComb RJ, Silver MD. Vascular injury following heart valve replacement. *Ann Thorac Surg* 1973; 16: 19-29.
7. Hèdoire F, Grollier G, Maragné P, Valette B, Lognone T, Breut C et al. Dissections de l'aorte après remplacements valvulaire aortique. *Arch Mal Coeur* 1991; 84: 967-974.
8. Orszulak TA, Pluth JR, Schaff HV, Piehler JM, Smith HC, McGoon DCI. Results of surgical treatment of ascending aortic dissections occurring late after cardiac operation. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1982; 83: 538-541.