

Hematomas intramurales en aorta ascendente

Juan Miguel Gil Jaurena, Josep Maria Caralps, Josep Maria Padró, María Luisa Cámara, José Montiel y Alejandro Arís

Unidad de Cirugía Cardíaca. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

aorta torácica/ disección aórtica/ hematoma

Presentamos cuatro casos de hematoma en aorta ascendente. El diagnóstico de sospecha inicial fue disección aórtica en dos de ellos. Todos fueron intervenidos con carácter de urgencia. Revisamos otras series y concluimos en la conveniencia de tratar los hematomas en aorta ascendente del mismo modo que las disecciones aórticas.

INTRAMURAL HEMATOMAS IN THE ASCENDING AORTA

We present four patients with intramural hematomas in the ascending aorta. Diagnostic suspicion was aortic dissection in two of them. Prompt surgical procedures were performed in all of them. After reviewing other series, we conclude that ascending aorta hematomas should be treated as true aortic dissections.

(Rev Esp Cardiol 1998; 51: 69-71)

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de disección aórtica se confirma mediante dos signos clásicos: localización de puerta de entrada y existencia de falsa luz. La sensibilidad y especificidad de las técnicas de diagnóstico por imagen (aortografía, escáner, ecografía o resonancia) está ampliamente descrita¹. Un porcentaje pequeño de pacientes con sospecha diagnóstica de disección aórtica carece de evidencia de puerta de entrada (hematomas intramurales), siendo posible su diagnóstico por técnicas de imagen no invasivas, pero no así por aortografía.

CASOS CLÍNICOS

Desde 1977 hasta julio de 1997 han sido intervenidos 84 casos de patología de aorta ascendente en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona; 78 correspondieron a disecciones tipo A, 2 a úlceras penetrantes de aorta ascendente, y 4 a hematomas parietales que detallamos a continuación.

Caso 1 (1989)

Varón de 54 años, hipertenso, ingresado por dolor torácico, con ECG y enzimas negativas y con signos clínicos de taponamiento que precisa pericardiocentesis. Ante la sospecha de disección aórtica se realizan TAC y ecografía transtorácica, con resultados negativos. Dos días después recidiva el taponamiento y entra en shock, por lo que es intervenido de urgencia. En el quirófano se observan hemopericardio y hematoma en la aorta ascendente, con zona de «permeación» en la adventicia, que son tratados con parche de pericardio. Cinco días más tarde fallece por shock hipovolémico, presuntamente causado por disección aórtica.

Caso 2 (1990)

Varón de 75 años, hipertenso, ingresado por dolor con cambios eléctricos y lesiones en coronaria derecha y descendente anterior. Tras el cateterismo diagnóstico presenta dolor torácico, con descenso del hematócrito. Por ecografía transtorácica se observa derrame pericárdico, y por TAC imagen de engrosamiento parietal indicativa de hematoma en la aorta ascendente. En el quirófano se confirman el hemopericardio y el hematoma intramural, además de una infiltración epicárdica. Se realiza angioplastia intraoperatoria de ambas coronarias y sustitución de aorta ascendente por injerto del número 34. El seguimiento del paciente se per-

Correspondencia: Dr. J.M. Gil Jaurena.
Unidad de Cirugía Cardíaca.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
Pare Claret, 167. 08025 Barcelona.

Recibido el 3 de febrero de 1997.
Aceptado para su publicación el 15 de septiembre de 1997.

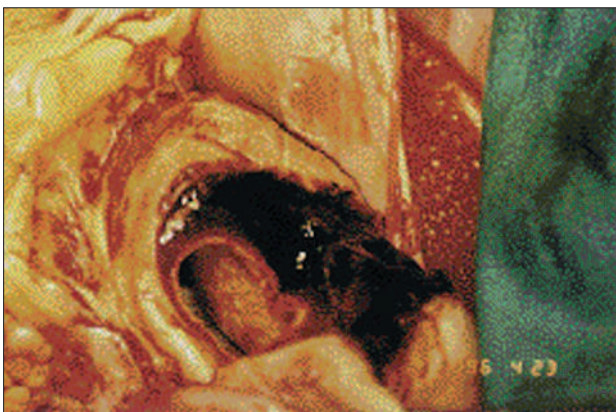


Fig. 1. Imagen intraoperatoria de hematoma intramural.

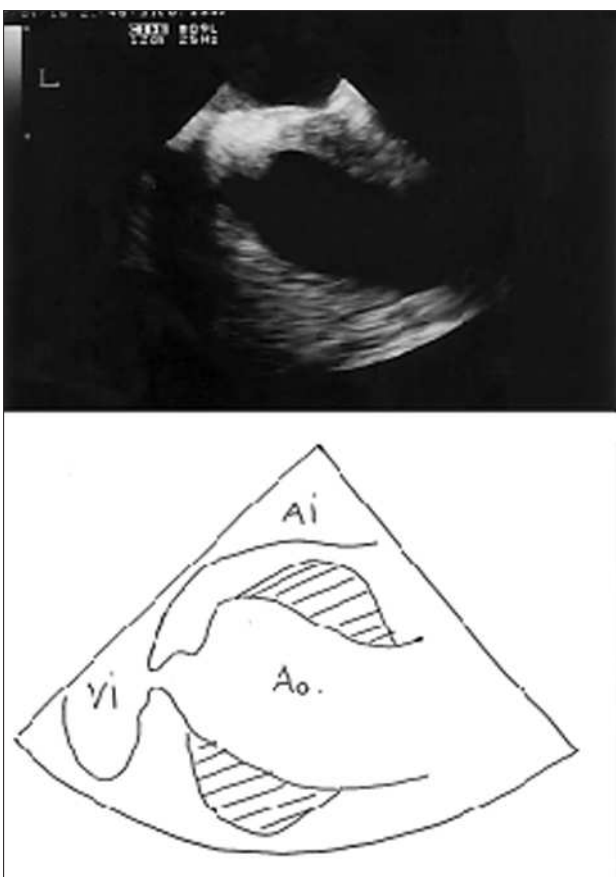


Fig. 2. Ecografía intraesofágica. Plano longitudinal. Ao: aorta; AI: aurícula izquierda; VI: ventrículo izquierdo; sombreado: hematoma de la aorta ascendente.

dió cuatro años más tarde, hallándose en clase funcional II.

Caso 3 (1996)

Mujer de 63 años, hipertensa, con dolor torácico sin cambios eléctricos ni enzimáticos. Por TAC y ecografía transesofágica se aprecia imagen de dilatación y

engrosamiento de la aorta ascendente, indicativa de hematoma intramural. Se realiza sustitución de aorta ascendente por injerto del número 34. En el postoperatorio precisó implantación de marcapasos VDD. A los tres meses ingresó por insuficiencia cardíaca. Doce meses más tarde se encuentra en clase funcional II (fig. 1).

Caso 4 (1997)

Varón de 63 años, hipertenso, remitido desde otro centro por imagen de hematoma en aorta ascendente y disección tipo B por TAC. Mediante ecografía transesofágica se confirma dicho diagnóstico. En quirófano se objetivan hemopericardio y hematoma en la aorta ascendente, que es sustituida por injerto del número 32. En el postoperatorio presenta hemiparesia derecha, y tres meses más tarde permanece estable, bajo tratamiento beta-bloqueante.

DISCUSIÓN

El origen de los hematomas a partir de hemorragia de los *vasa vasorum* en la capa media de la pared aórtica es compartido por la mayoría de los autores²⁻⁸. Incluso se diferencian dos grupos fisiopatológicos distintos, los asociados a arteriosclerosis leve originados por rotura de *vasa vasorum* propiamente, y aquellos en pacientes que presentan arteriosclerosis severa y desarrollan hematomas de pared por lesión de úlceras o placas ateromatosas⁷. Globalmente, suman un 5-20% del total de disecciones aórticas, siendo más frecuentes los localizados en la aorta descendente. La presentación clínica, así como los factores predisponentes, no difieren de la disección aórtica clásica. Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha cuando no se encuentran puerta de entrada ni falsa luz en casos orientados como disecciones aórticas. Actualmente, quedan claramente definidos patrones diagnósticos de hematoma intramural para técnicas de imagen no invasivas (fig. 2) como ecografía transesofágica, TAC o resonancia magnética⁷. Una característica llamativa es el carácter dinámico del hematoma^{3,4}, que es capaz de modificar su apariencia en función del tiempo (progresión, regresión total o parcial, rotura de la adventicia, rotura de la íntima, o sin cambios). Esta posibilidad de seguimiento facilita el diagnóstico diferencial con las trombosis murales. El tratamiento sugerido por la mayoría de los autores²⁻⁸ no debe diferir del de la disección de aorta ascendente, aunque el grupo de Vilacosta⁷ apunta la posibilidad de adoptar una conducta expectante en los casos estables, a tenor de los patrones evolutivos descritos (algunos de ellos con buen pronóstico). En los trabajos revisados, la actitud adoptada por los diversos autores varía. López-Mínguez recoge un caso no intervenido². Vilacosta presenta 8 casos, de los que tres son operados^{3,7}. Schappert

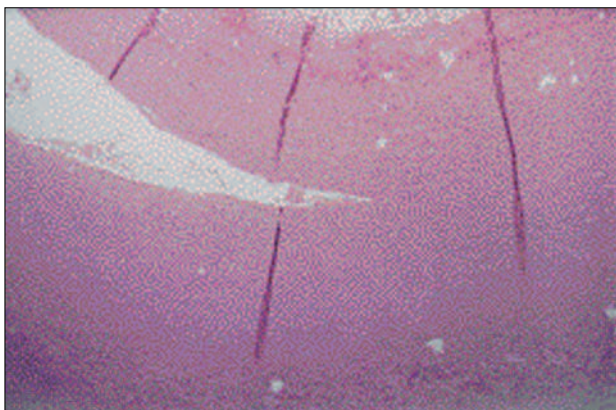


Fig. 3. Histología hematoma intramural. Disección en capa media, con restos de eritrocitos (hematoxilina-eosina, $\times 75$).

recoge tres pacientes intervenidos con carácter de urgencia⁴. Robbins intervino dos de sus tres pacientes de manera diferida, al presentar complicaciones⁵. Mohr-Kahaly comunica los casos de tres pacientes, no operados⁶. La serie más amplia corresponde a Nienaber⁸, con 12 casos de hematoma en aorta ascendente, de los que 7 son intervenidos (mortalidad hospitalaria de cero) y 5 tratados médicamente (4 defunciones en los primeros 30 días).

Nuestra serie presenta las limitaciones de ser escasa y retrospectiva. Sus características clínicas (edad, hipertensión arterial, ingreso por dolor torácico, ECG—excepto en el caso 2—, etc.) son superponibles a las de los 80 pacientes con disección aórtica en nuestra casuística. Los casos 1 y 2 fueron intervenidos sin un diagnóstico claro, salvo la sospecha de disección aórtica por la clínica y el hallazgo ecográfico de taponamiento (aunque el caso 1 arrojó falsos negativos en TAC y angiografía). De la totalidad de los 84 pacientes intervenidos de aorta ascendente (disecciones, úlceras o hematomas) estos dos fueron los únicos en los que no hubo correlación entre el diagnóstico por imagen y los hallazgos quirúrgicos. El tratamiento quirúrgico precoz (los cuatro fueron intervenidos, y todos en las 48 h siguientes al diagnóstico) fue determinante en su evolución, del mismo modo que la técnica quirúrgica (con malos resultados en el caso 1, donde no fue sustituida la aorta ascendente). Nuestra serie es la úni-

ca descrita en la que todos los casos fueron intervenidos. En los estudios histológicos (fig. 3) se observó trombosis intramural—indistinguible del patrón clásico de disección aórtica— con focos de ateromatosis (recuérdese el carácter de ateromatosis difusa en los pacientes de nuestra serie, que bien podrían encuadrarse en el grupo de hematomas asociados a arteriosclerosis grave).

Como conclusión, consideramos que dada la similitud en nuestra serie entre disecciones en aorta ascendente y hematomas (en términos de factores predisponentes, forma de presentación, evolución e histología), se debe tener presente esta patología ante la sospecha de disecciones aórticas y tratarlas como si de una disección tipo A se tratase.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Francesc Carreras (Servicio de Ecocardiografía) y a la Dra. Pilar Machín (Servicio de Anatomía Patológica) por la documentación aportada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cigarroa JE, Isselbacher EM, DeSanctis RW, Eagle KA. Diagnostic imaging in the evaluation of suspected aortic dissection. *N Engl J Med* 1993; 328: 35-43.
2. López-Mínguez JR, Merchán A, Arrobas J, Fernández G, González Eguaras M, García-Andoáin JM et al. Hematoma intramural aórtico. Un patrón atípico equivalente a la disección aórtica. *Rev Esp Cardiol* 1995; 48: 634-637.
3. Vilacosta I, Castillo JA, San Román JA, Gómez J, Rollán MJ, Arganda M et al. Identificación del hematoma intramural aórtico por ecografía transesofágica. *Rev Esp Cardiol* 1996; 49: 196-203.
4. Schappert T, Sadony V, Schoen F, Birgelen CV, Zerkowsky HR, Erbel R. Diagnosis and therapeutic consequences of intramural aortic hematoma. *J Cardiac Surg* 1994; 9: 508-515.
5. Robbins RC, McManus RP, Mitchell RS, Latter DR, Moon MR, Olinger GN et al. Management of patients with intramural hematoma of the thoracic aorta. *Circulation* 1993; 88: 1-10.
6. Mohr-Kahaly S, Erbel R, Kearney P, Puth M, Meyer J. Aortic intramural hemorrhage visualized by prognostic implications. *J Am Coll Cardiol* 1994; 23: 658-664.
7. Vilacosta I, Aragoncillo P. Hematoma intramural aórtico y úlcera penetrante aórtica. *Rev Esp Cardiol* 1996; 49: 63-76.
8. Nienaber CA, Von Kodolitsch Y, Petersen B, Loose R, Helmchen U, Haverich A et al. Intramural hemorrhage of the thoracic aorta. Diagnostic and therapeutic implications. *Circulation* 1995; 92: 1.465-1.472.