

Dolor torácico y hemoptisis como síntomas de rotura de aorta torácica: a propósito de un caso

Dra. Natalí Angulo Carvallo^a
Dra. Zoila Rodríguez Urteaga^b

RESUMEN

La rotura aórtica es una patología grave con alta mortalidad. El síntoma típico es el dolor torácico o dorsal agudo. En menor frecuencia, los pacientes pueden presentar hemoptisis por fístulas aortobronquiales, esto puede retrasar el diagnóstico de una rotura aórtica, por lo que considerar a esta patología dentro del diagnóstico diferencial es importante, debido al manejo urgente que amerita esta patología. La tomografía computarizada (TC) es el examen de imágenes de elección para el estudio de estos pacientes, por su rapidez de adquisición y por la valiosa información diagnóstica proporcionada.

Abstract

Aortic rupture is a serious disease with high mortality. The typical symptom is acute chest or back pain. Less frequently, patients may present hemoptysis due to aortobronchial fistulas, this can delay the diagnosis of an aortic rupture, so considering this pathology within the differential diagnosis is important, due to the urgent management that this pathology warrants. Computed tomography (CT) is the imaging test of choice for the study of these patients, due to its speed of acquisition and the valuable diagnostic information provided.

Palabras clave: Rotura de aorta, síndrome aórtico agudo, hemoptisis.

Keywords: Aortic rupture, acute aortic syndrome, hemoptysis.

a. Cardióloga especialista en Imágenes Cardíacas. Médico de la unidad de Imágenes cardiovasculares del Centro de diagnóstico por Imágenes (CDI) de Clínica Internacional. Servicio de ayuda al Diagnóstico y tratamiento. Instituto Nacional Cardiovascular "Carlos Alberto Peshiera Carrillo" - INCOR.

b. Radióloga. Coordinadora de la unidad de Diagnóstico Tóraco-abdominal y médico de la Unidad de Imágenes Cardiovasculares del CDI de Clínica Internacional.

Cómo citar el artículo: Angulo N, Rodríguez Z. Dolor torácico y hemoptisis como síntomas de rotura de aorta torácica: a propósito de un caso. Interciencia RCCI. 2021;11(2): 63-67

Presentación del caso

Paciente mujer de 76 años de edad, con antecedente de malaria, hace 30 años; de diabetes mellitus tipo 2, sin tratamiento; así como de Covid-19, con prueba serológica positiva para IgG. Reportó exposición de larga data al humo de leña. Negaba traumatismos recientes, así como antecedentes de tuberculosis.

La paciente refería dolor en pecho y espalda de 3 meses de evolución, que se asociaban a fiebre de 39°, así como a pérdida de peso, por lo que, en su ciudad de origen recibió inicialmente tratamiento para infección urinaria. Ante la persistencia de los síntomas se le realizó una TC del tórax sin contraste, que reportó un probable “absceso mediastinal”; por lo que recibió terapia antibiótica de amplio espectro. Pese al tratamiento, dos semanas antes de su ingreso, el dolor torácico se agudizó, a nivel de la región precordial, agregándose escasa hemoptisis al cuadro clínico, así como leve dificultad respiratoria, por lo que fue llevada a nuestra institución.

Al examen físico presentaba regular estado general. En la auscultación pulmonar se apreció murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares, así como crepitantes en ambas bases. La frecuencia respiratoria fue de 24 por minuto. En la auscultación cardiovascular los ruidos cardíacos eran rítmicos y taquicárdicos, con frecuencia cardíaca de 112 latidos por minuto. La presión arterial fue de 140/70 mmHg. La saturación de oxígeno al aire ambiente de 92% y la temperatura corporal 36.6°C. El resto del examen físico no mostraba alteraciones.

En el electrocardiograma se observó taquicardia sinusal, además de ondas T negativas asimétricas y pobre progresión de onda R en precordiales.

En el perfil hemático se observó hemoglobina de 10 g/dl, leucocitos 11 750 cel/ μ L con 0% de abastonado. La proteína C reactiva fue de 379 mg/l, la procalcitonina de 0.6 ng/ml. La troponina T fue negativa.

Ante la sospecha de absceso o probable neoplasia pulmonar, se le solicitó una tomografía computarizada de tórax con contraste, donde se apreció signos de leve enfermedad ateromatosa en la aorta torácica y la presencia de pseudoaneurisma dependiente de la pared superior del arco aórtico, localizado inmediatamente posterior al origen de la arteria subclavia izquierda (Figura 1 y 2). Se asociaba a colección hiperdensa circundante, que no realizaba luego de la administración de la sustancia de contraste, en relación a hematoma (Figura 3 y 4); el que presentaba escasas y pequeñas burbujas de aire en su interior, apreciándose además signos de comunicación con un pequeño bronquio sub segmentario distal, compatible con fistula aortobronquial (Figura 5 y 6). Se apreció además signos de hipoventilación en el parénquima pulmonar y mínimo derrame pleural bilateral, de aproximadamente 5%.

Los familiares de la paciente pidieron referencia a un hospital del estado para el manejo y tratamiento, donde evolucionó de forma desfavorable.

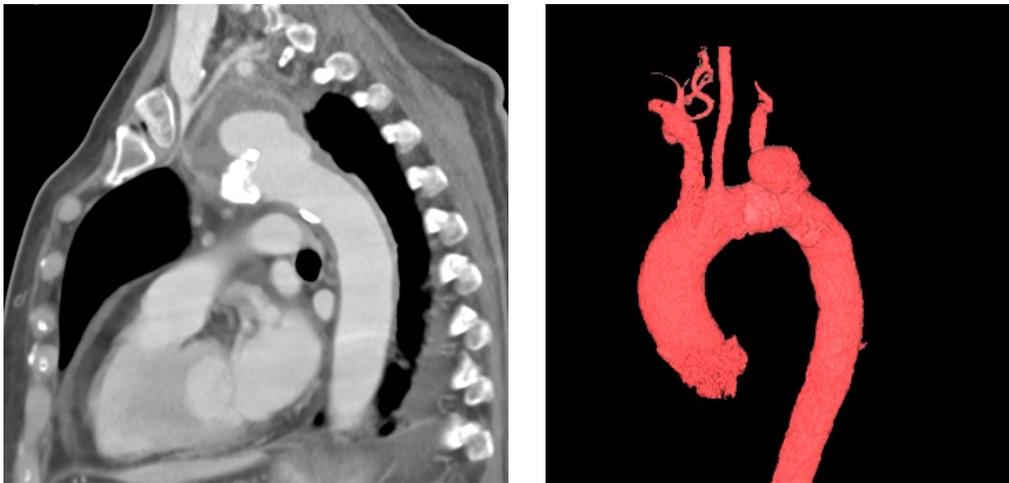


Figura 1 y 2: La tomografía de tórax con contraste en plano sagital y la reconstrucción tridimensional de la aorta torácica con volume rendering technique (VRT) muestran dilatación sacular bilobulada, bien delimitada, de 24 mm de diámetro mayor, dependiente de la pared superior del arco aórtico, que guarda comunicación con la luz aórtica y que se opacifica con el contraste, en relación con pseudoaneurisma.

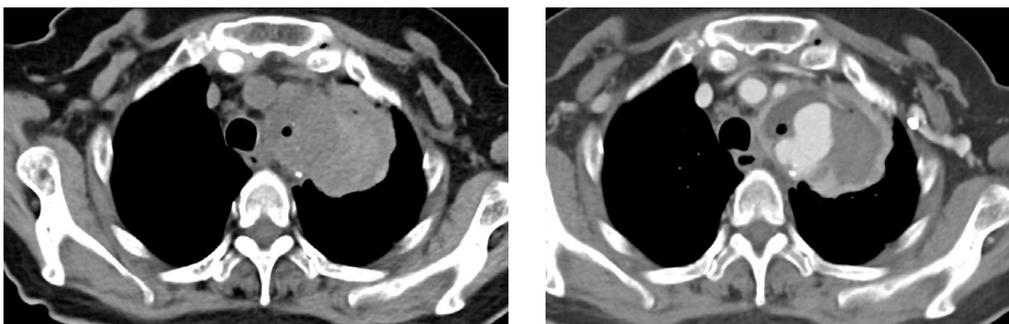


Figura 3 y 4: La tomografía de tórax sin contraste y con administración de la sustancia de contraste, en plano axial, muestran imagen sacular lobulada (flecha gruesa), que se opacifica intensamente con la sustancia de contraste, en relación con pseudoaneurisma. Se observa además hematoma hiperdenso en la fase sin contraste (flecha fina) que no realza con el contraste, en relación a pseudoaneurisma roto. Nótese además pequeñas burbuja de aire, en el margen lateral derecho y anterior del hematoma.

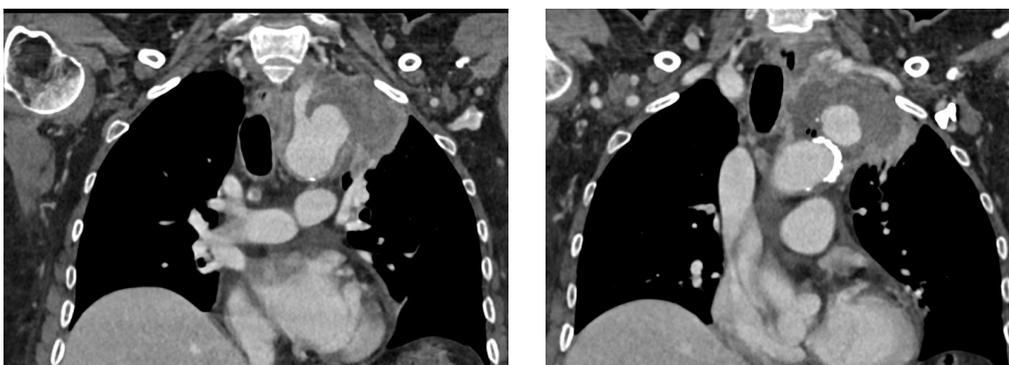


Figura 4 y 5: Tomografías de tórax con contraste, en plano coronal, muestran la estrecha relación del pseudoaneurisma con el origen de la arteria subclavia izquierda y la extensión del hematoma hasta el nivel de la apertura torácica superior. Se observa además pequeñas burbujas de aire en el interior del hematoma, así como un pequeño bronquio distal que impresiona comunicar con el hematoma, compatible con fistula aortobronquial.

Discusión

La rotura aórtica es una patología que tiene una alta mortalidad, llegando al 76% a las 24 horas, luego de desarrollar una hemorragia interna. El síntoma principal es el dolor torácico o dorsal agudo. Raramente los pacientes pueden presentar hemoptisis por fistulas aortobronquiales debido a la erosión de las estructuras mediastínicas.¹ La mayoría de las fistulas aortobronquiales (90%) ocurren entre la aorta descendente y el pulmón izquierdo.²

La TC es el examen de imágenes de elección para el estudio de estos pacientes, debido a que se realiza rápidamente, no es invasivo y proporciona gran información diagnóstica. El estudio debe consistir en una primera fase sin contraste, seguida de otra con contraste. Además de la aorta torácica, debe adquirirse en el mismo estudio la aorta abdominal, las arterias ilíacas y femorales, necesarios para planificar el tratamiento quirúrgico o endovascular.¹ La TC permite obtener imágenes de toda la aorta en una sola adquisición, sin necesitar mayor cantidad de contraste.

En la TC sin contraste, la rotura aórtica se presenta como un hematoma de alta atenuación. En el estudio con contraste puede visualizarse extravasación del material de contraste de la luz aórtica. Cuando se desarrolla una fístula aortobronquial, como en el caso de la paciente, se encuentra consolidación en el pulmón adyacente por hemorragia, mientras que la comunicación fistulosa en sí misma no se suele ver en la tomografía. Otros signos de rotura contenida son la presencia de una “media luna” de alta atenuación en el trombo mural y el “signo del abrazo aórtico”, en el que la pared aórtica posterior se amolda al cuerpo vertebral.²

La presentación de síntomas poco comunes, como hemoptisis, pueden retrasar el diagnóstico de una rotura aórtica. Por lo que considerar a la patología aórtica dentro del diagnóstico diferencial es importante, debido al manejo urgente que requiere por su alta mortalidad.

Se destaca la importancia de la tomográfica de tórax como método diagnóstico de alta precisión, que ayuda a discernir claramente entre lesiones de origen pulmonar, mediastinal o vascular, permitiendo llegar a un diagnóstico preciso, lo que permite un adecuado tratamiento y manejo de los pacientes.

Ayudas o fuentes de financiamiento

Ninguna declarada por los autores

Conflictos de interés

Los autores no reportan conflictos de interés respecto del presente manuscrito.

Bibliografía

1. Erbel R, Aboyans V, Boileau C, Bossone E, Bartolomeo RD, et al; ESC Committee for Practice Guidelines. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: Document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2014 Nov 1;35(41):2873-926. doi: 10.1093/eurheartj/ehu281.
2. Agarwal PP, Chughtai A, Matzinger FR, Kazerooni EA. Multidetector CT of thoracic aortic aneurysms. Radiographics. 2009 Mar-Apr;29(2):537-52. doi: 10.1148/rg.292075080.

Correspondencia:

Natali Angulo Carvallo
Clínica Internacional SB

E-mail: natali.angulo@medicos.ci.pe