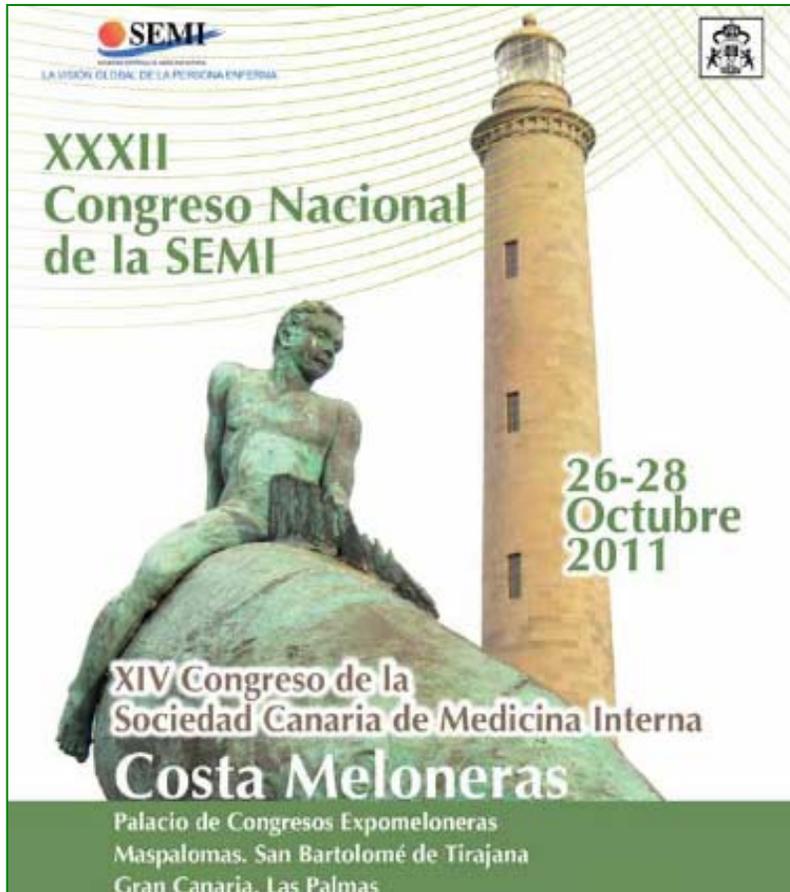


Un ACV atípico



Dr. Rafael Granados

Servicio de Medicina Interna

Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín

Caso clínico

Mujer, 72 años, con HTA +
Sd. Confusional y focalidad
neuroológica transitoria
seguida de parada cardíaca y
exitus

Caso clínico

Jueves 28.01.10. 9.41 horas

MC: ♀, 72 a. Desorientación, disartria y torpeza MSD

AP: **HTA** con Coropres, Valsartan 80 y seguril
Valvulopatía Mi-Ao reumática.DLM + IAo Leves
FA crónica con Digoxina y Sintron desde Mayo/09
Hipotiroidismo con Levothroid 75
Diabetes controlada solo con dieta
Depresión con Xeristar y orfidal
No hábitos tóxicos
No alergias medicamentosas conocidas

Caso clínico

EA:

♀, 72 a, con los AP reseñados, IABVD, que es traída a Urgencias por su esposo, por encontrarle al despertar por la mañana, confusa y orinada, con dificultad para hablar, incoordinación de MSD e imposibilidad para andar.

Según su esposo en los últimos meses está muy nerviosa y llora frecuentemente pero sin ideas de autolisis.

Caso clínico

EF (día 28):

TA:161/97. FC:50/m,a. Sat basal:95%. T^a: 36°C. Glu: 329.

Neurológico: Confusa, con ecolalia que impide la comunicación. No signos meníngeos. Pupilas midriáticas poco reactivas. Moviliza simétricamente los 4 miembros. RCP flexores.

AC: TsCsAs sin soplos. AP: Normal. Abdomen: Normal.

Extremidades: Pulsos distales presentes y simétricos. No edemas. No lesiones traumáticas.

Caso clínico

Exploraciones complementarias:

Hemograma: Leu 11.980. N: 9.240. Resto normal. INR: 3

BQ: **Glu 359**. Resto (Urea, Cr, Na, K, Cl, CK) normal.

Gases venosos: pH 7.349. HCO₃: 22.7

Digoxinemia: 1.96 ng/ml (VN: 0.8-2.2).

T4 Libre: 1.07 ng/dl (normal)

EKG: **FA** con RVM de 50-60/min.

Tórax: **NO SE HIZO**

CT cráneo (sin contraste): normal

Caso clínico

Juicio clínico de urgencias:

Sd confusional

Queda en observación con:

- Sueroterapia: 1500 SF + 10 CIK/suero
- Insulina rápida /8h
- Sintron
- Capoten 25 /8h
- Omeprazol

Caso clínico

Notas de enfermería día 28

Turno de tarde:

Glu: 181.

Neurológico: Confusa, con tendencia a la agitación. Precisa haloperidol.

Turno de noche.

TA: 157/91. FC: 80/min. Arrítmica. T^a: 35.6°C.

Neurológico: Conciente, alerta y orientada. Ha presentado náuseas y vómitos por lo que se le administró primperan

Caso clínico

EF (día 29-Viernes por la mañana):

TA: 118/64. **FC:** 89/min. Arrítmica. **T^a:** 36.2°C. **Glu:** 125.

Neurológico: Conciente, alerta y orientada en las 3 esferas. Lenguaje normal. Pupilas normales. Balance muscular normal. **Dismetría dedo-nariz derecha.** RCP **extensor** bilateral.

Valorada por neurólogo:

TIA vs crisis comicial ??.

Propone alta y seguimiento en CCEE que la familia rechaza, cursándose finalmente ingreso en Medicina Interna.

Caso clínico

Turnos de tarde-noche viernes día 29 y turno de mañana del sábado día 30:

Permanece conciente y orientada con náuseas y **marcada tendencia a la HTA de hasta (210/110)**

Se administra Capoten si en múltiples ocasiones y una vez labetalol iv

Caso clínico

Día 30 Sábado-17.30h: Ingreso en planta)

TA: 180/120. FC: 80/min. Arrítmica. Eupneica. T^a: 36.5°C. Glu: 125. Peso: 60Kg. Talla: 1.59

Neurológico: Conciente, alerta y orientada. Lenguaje normal. (Se le hace la entrevista x enfermería sin advertir ninguna anomalía).

Pasa la noche bien, descansando toda la noche.

Caso clínico

Día 31 Domingo - Turnos de mañana y tarde:

Adormilada a ratos con **Tendencia a la HTA mantenida (no se corrige x indicación médica)**

Por la tarde merendó sin problemas aparentes

19.30: Administración del “Clexane ®” y segundos después:

Parada cardíaca por asistolia y exitus tras 50 minutos de maniobras de RCP

Caso clínico

AYUNAS			INGRESO		
DIA	Tª	F.C.	F.R.		
30/01/10	41	160	40		31
	40	140	35		
	39	120	30		
	38	100	25		
	37	80	20		
	36	60	15		
	35	40	10		
T.A.	180/180	160/170			
	120/105	100/100			
P.V.C.					
DIURESIS					
DEPOSICIONES					
DRENAJES					
SATURAL	96%	93%			
	(B)	(B)			
TOTAL SALIDAS					
TOTAL ENTRADAS					
BALANCE					
GLUCEMIA					
INSULINA					
PESO/PERÍMETRO					
R. ÚLCERA PRESIÓN					

INGRESO
 30/01/10 31
 80x192x150x90mm
 PAINAL P.
 96% (B) 93% (B)

180/180 160/170

120/105 100/100

SUERO FISIOLÓGICO 0,9% 500ml
2,00 Frasco Intravenosa c/24 h

AVISAR AL MÉDICO DE GUARDIA SI TAS > 220/120 ó <100/50



Gobierno de Canarias

H.C.: 538718 ICU : 2101001805
 Edad: 72 años Sexo: Femenino
 Fecha de Ingreso: 28/01/2010 - 09:41

ORDENES DE TRATAMIENTO Pag. 1 de 1
 Fecha de Impresión : 30/01/2010 - 20:10

SERVICIO	U. ENFERMERIA	CAMA	MEDICO RESPONSABLE
MEDICINA INTERNA	NIVEL 6. SECTOR B. DERECHO	B6231D	

DIAGNOSTICOS
 ESTADO CONFUSIONAL SUBAGUDO

PESO	TALLA	CREATININA
Kg.	m.	mg / dl

Alergias:
Prescripciones:

Medicamento	P.Activo	Fecha Inicio	Fecha Fin
OMEPRAZOL caps 20mg 1,00 Capsula oral c/24 h	OMEPRAZOL	30/01/2010 21:00	
CLEXANE jga 80mg/0.8ml 1,00 Jeringa subcutanea c/24 h	ENOXAPARINA	30/01/2010 21:00	
ADIRO comp 100 mg 1,00 Comprimido oral cada 8 horas	ACETIL SALICILICO,ACIDO	30/01/2010 21:00	
SUERO FISIOLÓGICO 0,9% 500ml 2,00 Frasco Intravenosa c/24 h	SODIO,CLORURO (ELECTROLITO) + 10 MEQ CLK/SUERO	30/01/2010 21:00	
CAPTOPRIL NORMON comp 25mg 1,00 Comprimido oral cada 8 horas	CAPTOPRIL VER OBSERVACIONES	30/01/2010 21:00	

Diets:
 BAJA EN SAL DIETA ANTIDIABETICA

Controles de Enfermería:
 CONSTANTES EN CADA TURNO PAUTA MOVIL DE INSULINA
 REFLUJO GÁSTRICO SI GLUCEMIA >400 AVISAR AL MEDICO DE GUARDIA
 HEMOCULTIVOS X2 Y PARACETAMOL 1G IV VIGILANCIA NEUROLOGICA

Observaciones:
 NO ADMINISTRAR CAPTOPRIL SI TAS <180 Y/O TAD <105
 AVISAR SI TAS > 220/120 ó <100/50

GRAFICA 43

Caso clínico

Diagnóstico para el certificado de óbitos:

- **Sd. Confusional + focalidad transitoria y muerte súbita, en mujer HTA y anticoagulada**
 - TIA + ACV hemorrágico
 - Emergencia hipertensiva → ACV hemorrágico
 - TEP /Neumotórax a tensión/ Taponamiento /Shock
 - Cardiopatía isquémica: IAM + PCR x asistolia

Caso clínico

Omisiones:

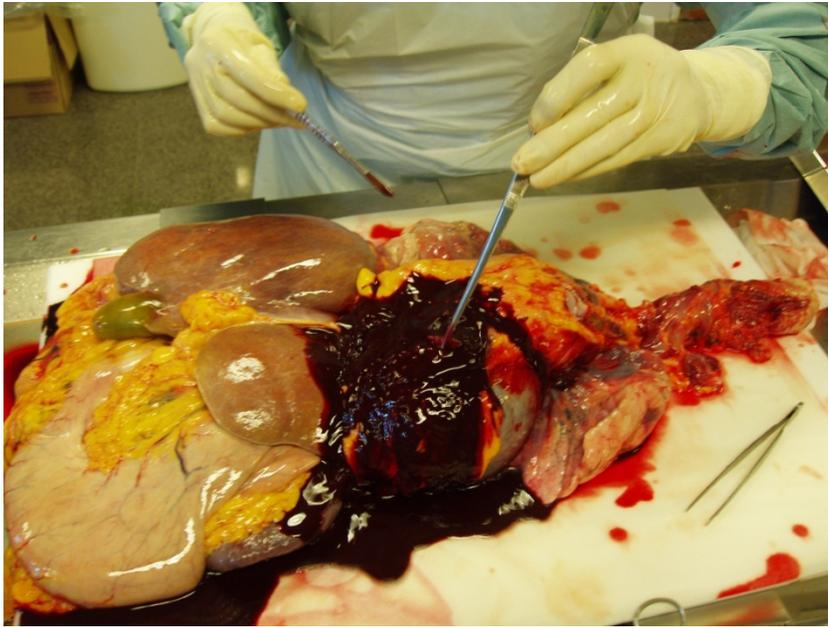
- No haber realizado una Rx de Tórax

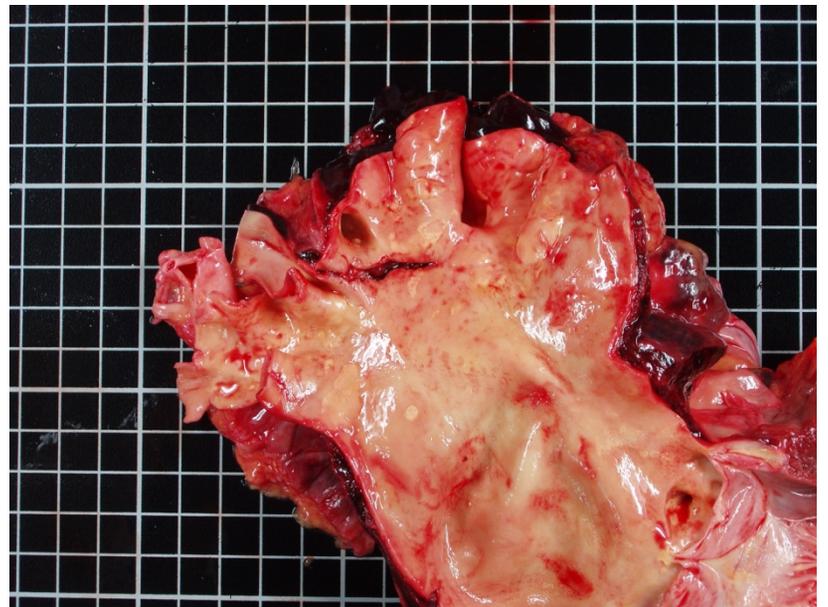
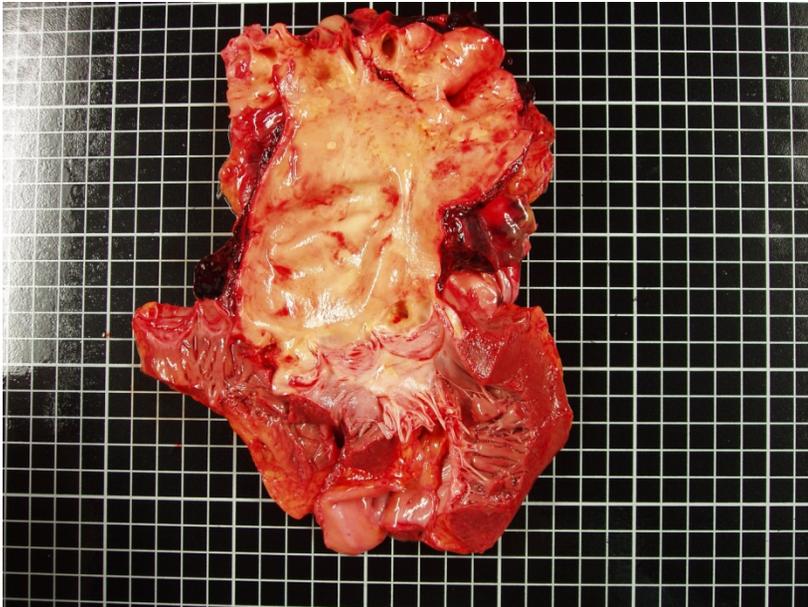
TABLA 1. Sistemática diagnóstica.

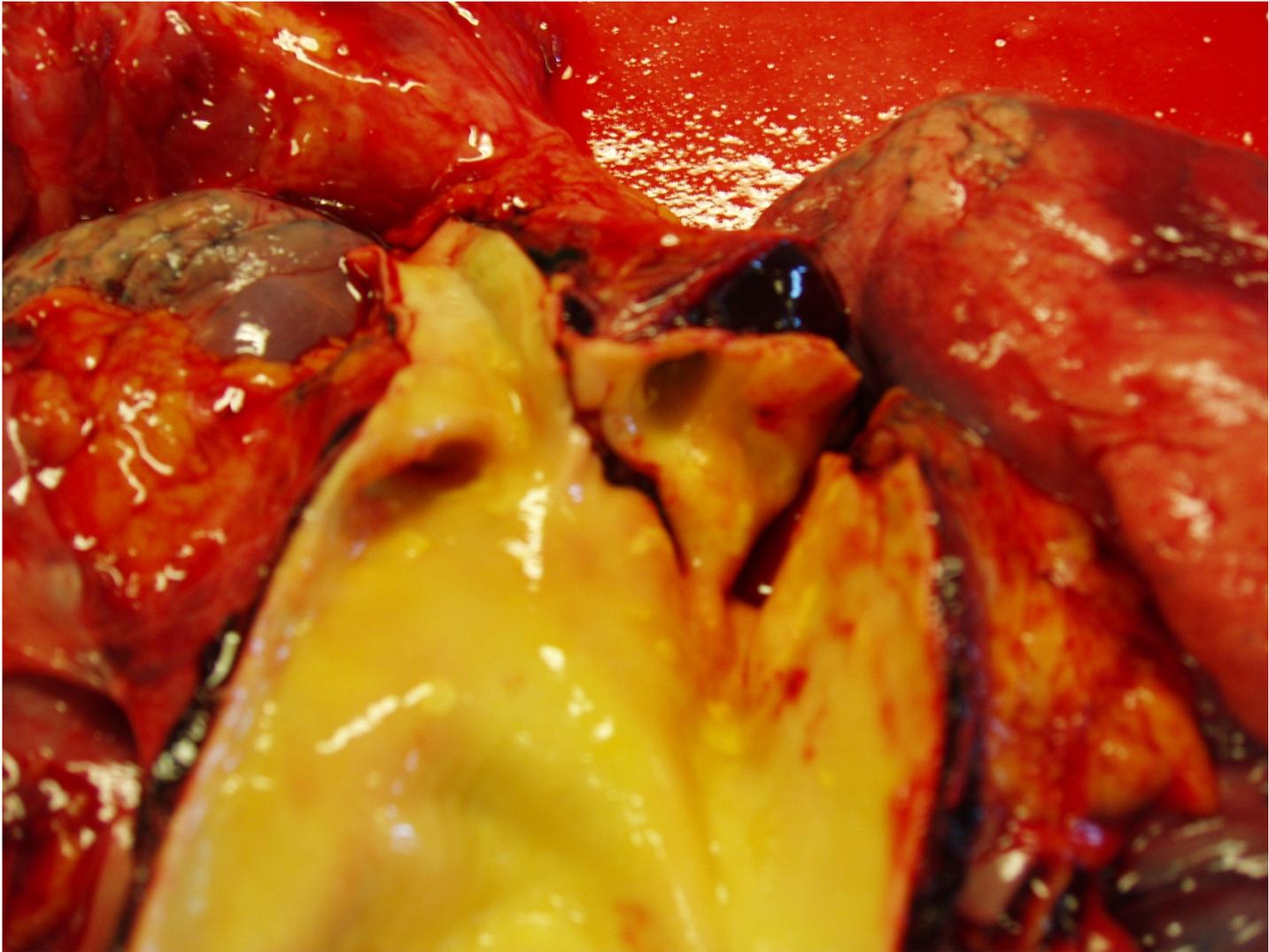
Estudios generales que se deben realizar en la urgencia:

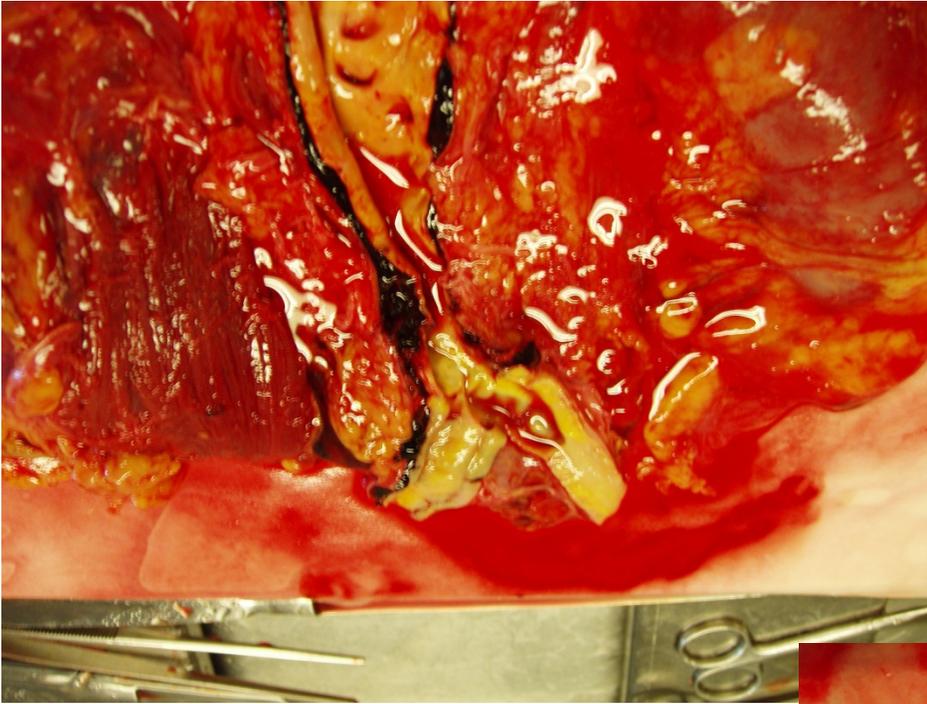
- TC craneal sin contraste
- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax
- Estudio hematológico:
 - Recuento celular
 - Plaquetas
 - Actividad de protrombina
 - Tiempo parcial de tromboplastina activada
 - Bioquímica
- Otras, en función de la sintomatología (gasometría arterial, punción lumbar si se sospecha hemorragia subaracnoidea, etc.)

-Mal control de la TA









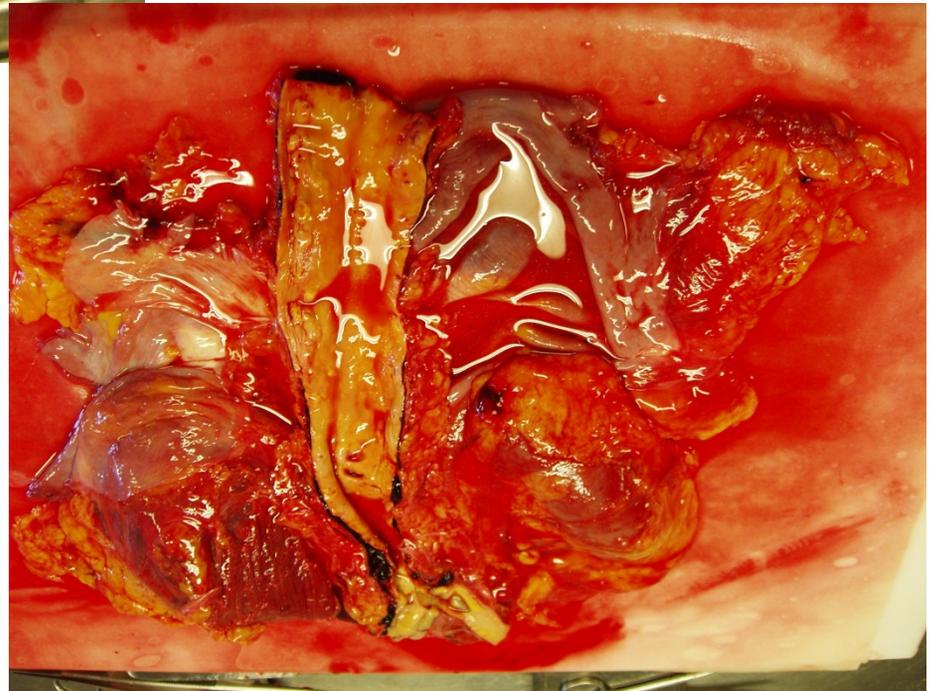
Agradecimientos

Dra. **Rosa García González**

Dra. **Rosa León Rosas**

Servicio: **Anatomía Patológica**

Hospital Dr. Negrín. Las Palmas



Necropsia

Diagnostico :

- Dissección aórtica, desde el origen hasta las arterias iliacas, afectando también al origen de los troncos supraaórticos y arteria renal izda.
 - *Hemopericardio (aproximadamente 500 ml y un coágulo de 200 g).
 - *Infarto renal izdo.
 - *Infarto pulmonar dcho. Hematoma perihiliar y cisural pulmonar.
 - *Hemorragia retroperitoneal y pélvica, con afectación parenquimatosa de la pared vesical y de los ovarios.
 - *Necrosis hepática centrolobulillar severa.
 - *Hematoma pericólico izdo. Isquemia intestinal focal.
 - *Disminución lipídica de la corteza suprarrenal.
- Aterosclerosis sistémica moderada.
- Aterosclerosis severa del polígono de Willis. Cambios por la edad en el sistema nervioso central.
- Angioma de intestino delgado.
- Diverticulosis colónica.
- Colelitiasis.

PADECIMIENTO FUNDAMENTAL: -Dissección aórtica.

CAUSA DE MUERTE: -Hemopericardio (taconamiento cardiaco).

Diseccción Aórtica

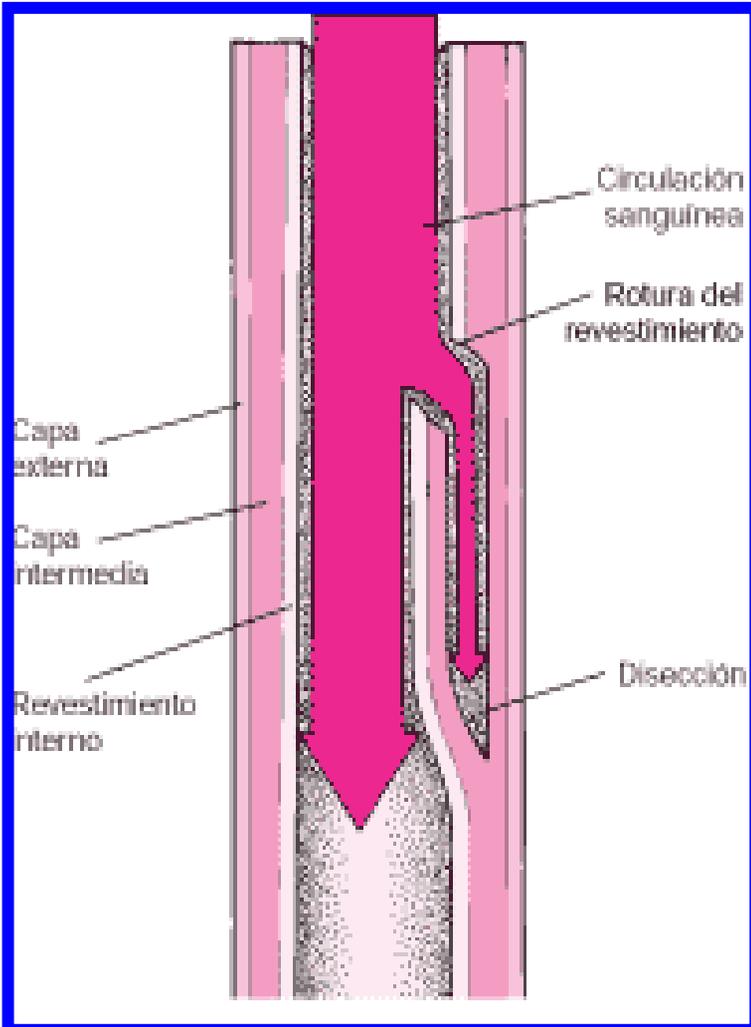


Dr. Rafael Granados

Servicio de Medicina Interna

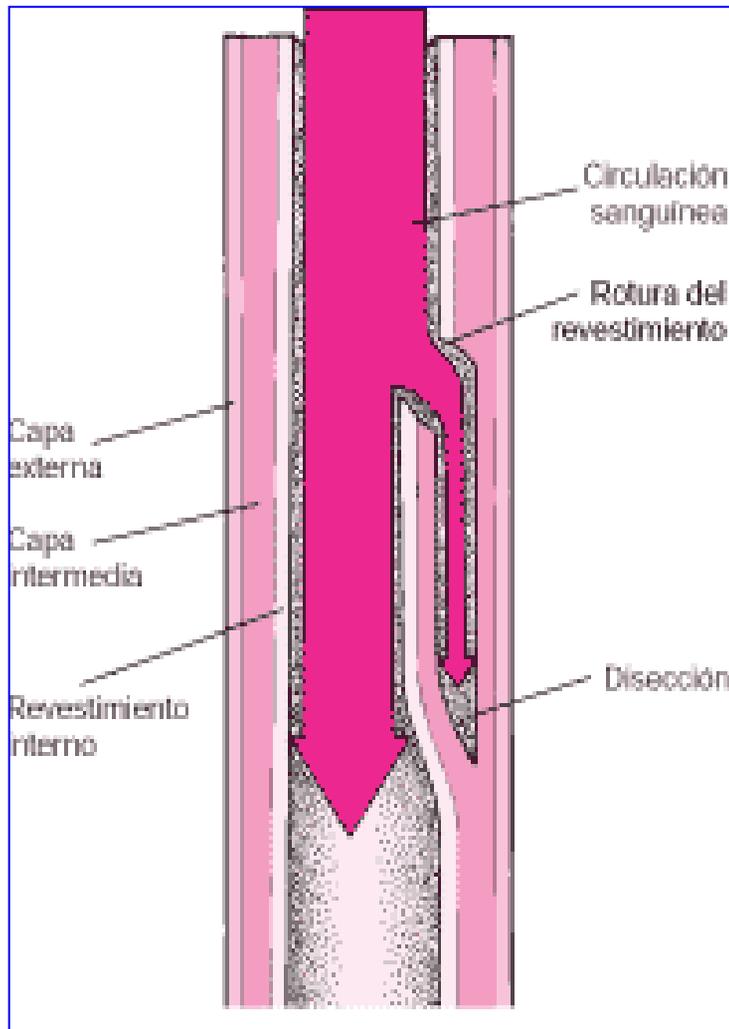
Hospital Dr. Negrín. Las Palmas

Diseccción aórtica



- **Concepto**
- **Clasificación**
- **Epidemiología**
- **Etiología**
- **Clínica**
- **Diagnóstico**
- **Tratamiento**
- **Pronóstico**

Dissección aórtica

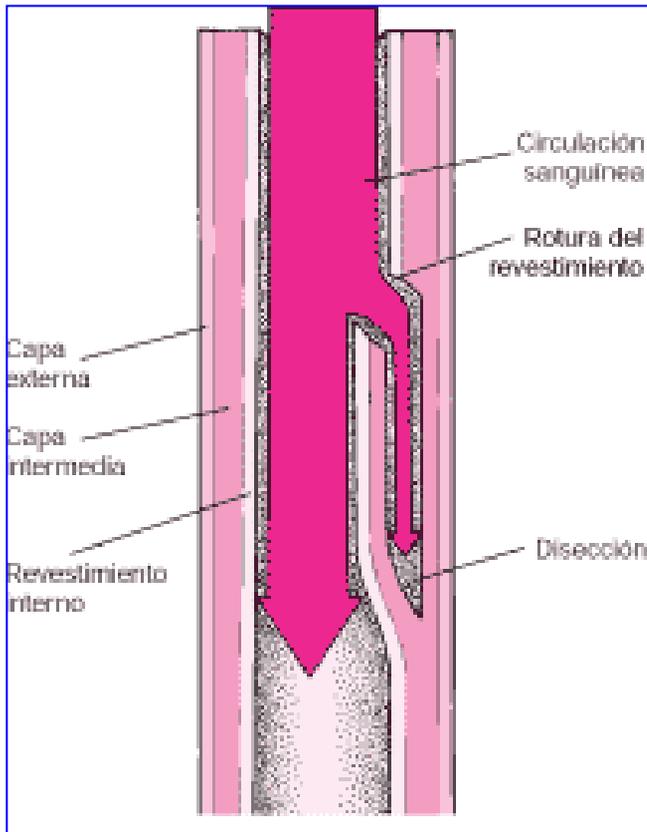


• Concepto

- Clasificación
- Epidemiología
- Etiología
- Clínica
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Pronóstico

Diseccción aórtica

Concepto

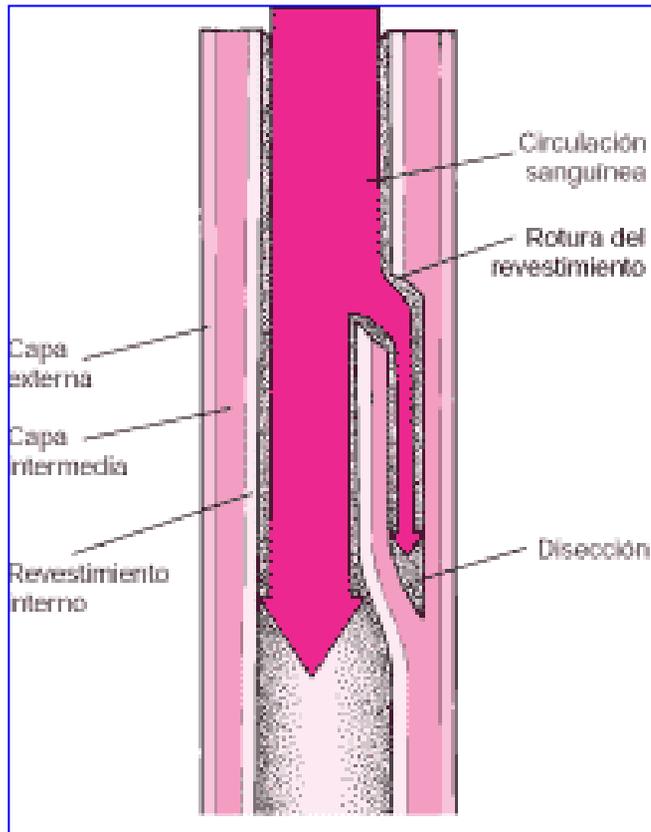


Rotura intimal de la aorta con conservación del revestimiento externo, penetración de sangre a través del desgarró, disección de la capa media y creación de un nuevo canal dentro de la aorta

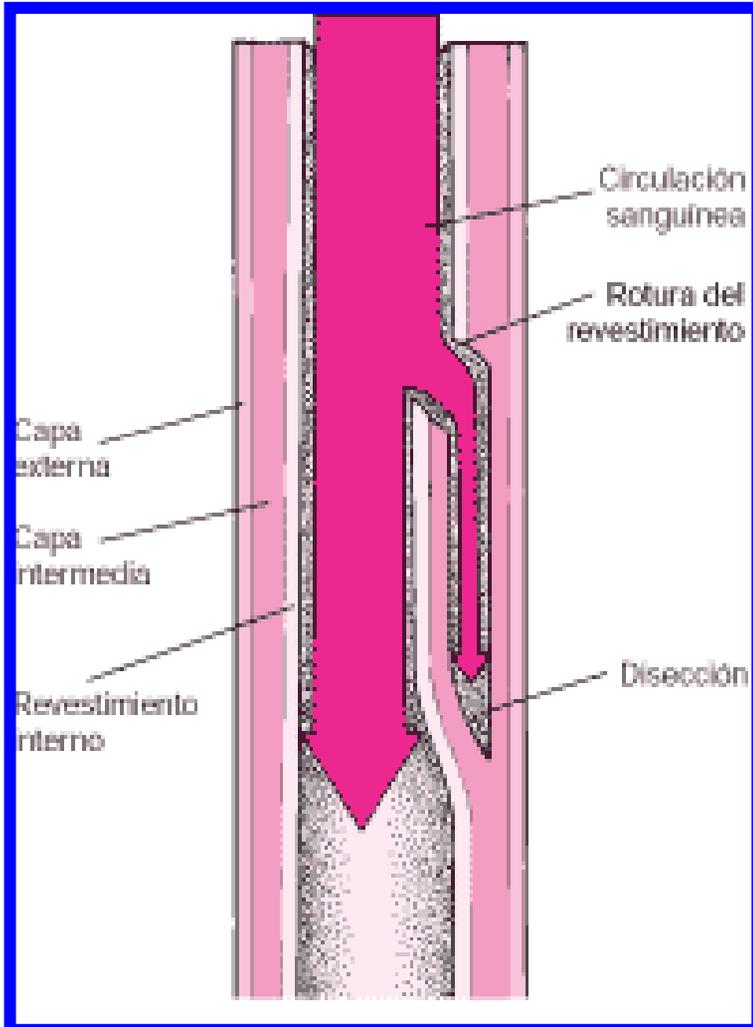
95% ocurren en Ao ascendente

Diseccción aórtica

Fisiopatología



Dissección aórtica



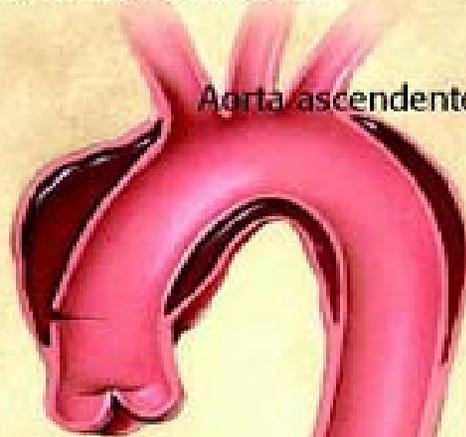
- Concepto
- **Clasificación**
- Epidemiología
- Etiología
- Clínica
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Pronóstico

Disección aórtica aguda

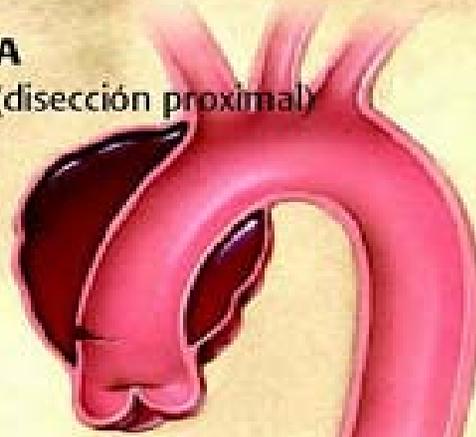
Tipos de disección aórtica

Figure 1. Classification of Aortic Dissection

Sistema Stanford



A
Aorta ascendente (disección proximal)



B
Aorta descendente (disección distal)

Sistema DeBakey

I

Aorta ascendente, con afectación simultánea de la aorta descendente

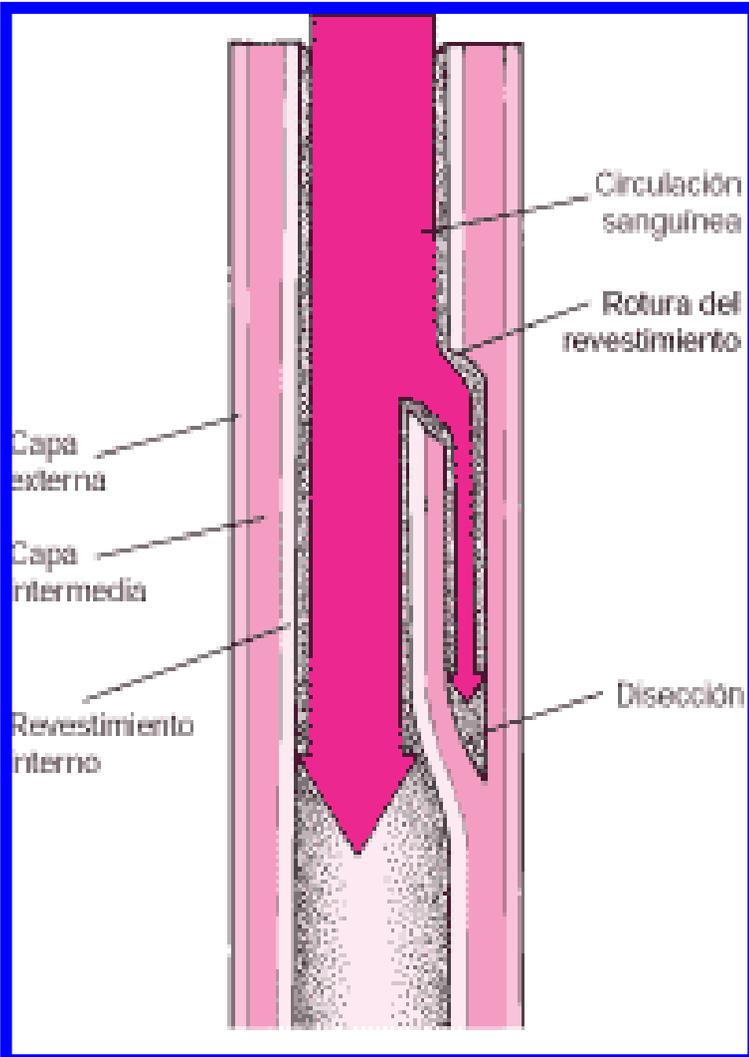
II

Únicamente la aorta ascendente

III

Aorta descendente

Diseccción aórtica



- Concepto
- Clasificación
- **Epidemiología**
- Etiología
- Clínica
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Pronóstico

Diseccción aórtica aguda

Epidemiología

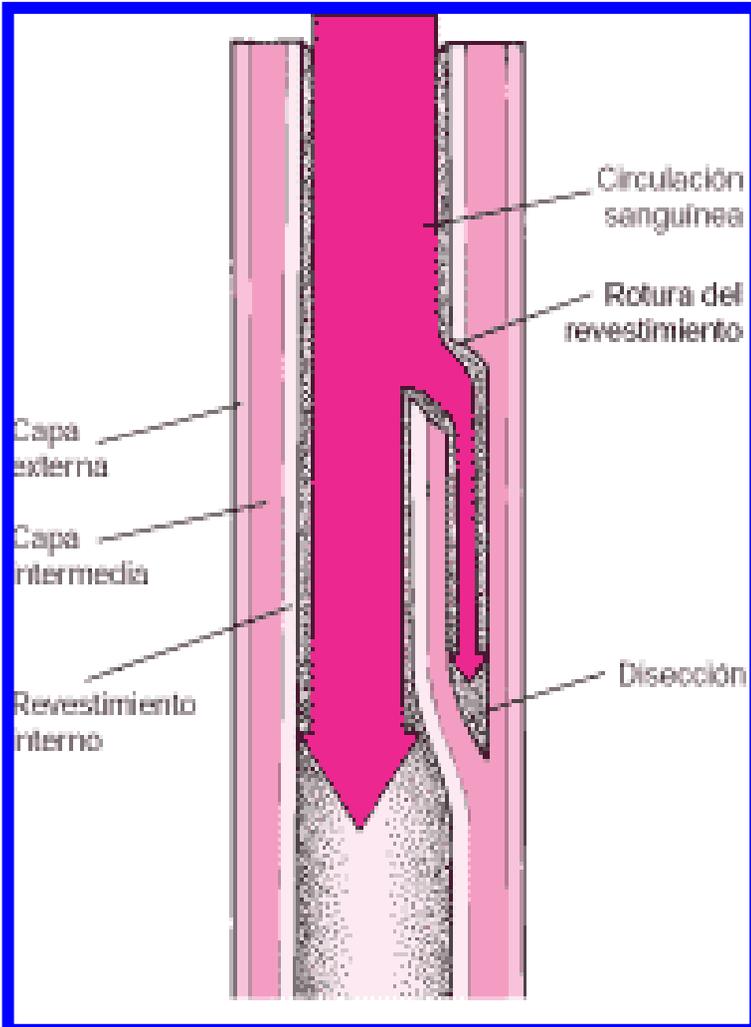
Incidencia: 2.6-3.5 casos/100.000 personas/año

Edad: 60-80 años
La mujeres tienden a ser mayores
(67 ♀ vs 60 ♂)

Sexo: 65% varones

Hagan PG et al: The International Registry of acute aortic dissection: new insights into an old disease. *JAMA* 2000; 283: 897

Diseccción aórtica



- Concepto
- Clasificación
- Epidemiología
- **Etiología**
- Clínica
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Pronóstico

Dissección aórtica aguda

Factores predisponentes

Hipertensión: 72 % tienen AP de HTA

Aterosclerosis: 31%

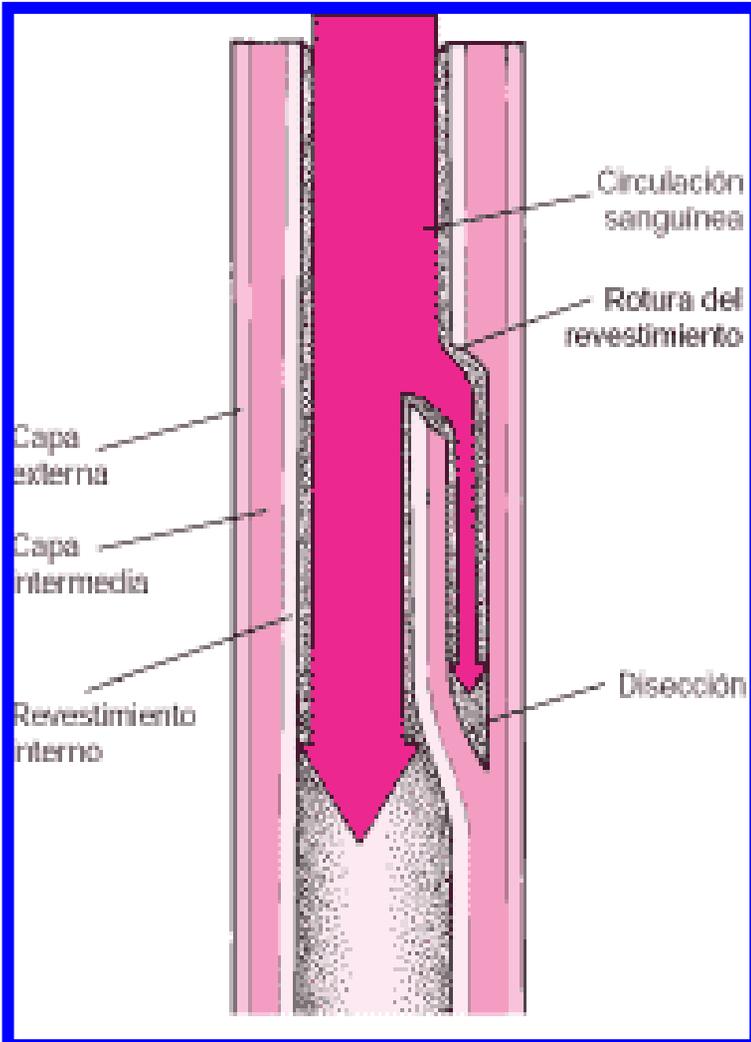
Estos factores son menos importantes en pacientes jóvenes < 40 años (HTA en 34% y AT en 1%)

Diseccción aórtica aguda

Factores de riesgo menos frecuentes

- Aneurisma de aorta previo
- Vasculitis (Arteritis Células gigantes, AR, Takayasu)
- Enfermedades del colágeno: Marfan, Ehlers-Danlos
- Válvula aórtica bicúspide
- Sd de Turner
- Cirugía aorto-coronaria o recambio valvular Ao
- Cateterismo cardíaco con/sin intervencionismo
- Traumatismo torácico-abdominal
- Halterofilia
- Consumo de cocaína

Dissección aórtica



- Concepto
- Clasificación
- Epidemiología
- Etiología
- **Clínica**
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Pronóstico

Diseccción aórtica aguda

Clínica

Dolor torácico o de espalda

Agudo, profundo y “desgarrador”

solo o asociado a

- Síncope
- HTA
- ACV
- IAM
- Insuficiencia cardiaca
- Otras manifestaciones dependientes de la estructura afectada por la disección en su recorrido

Diseccción aórtica aguda

Clínica

Válvula Aórtica	I. Aórtica + I. Cardiaca
Coronarias	IAM
Pericardio	Taponamiento/ Muerte súbita
Carótidas/Subclavias	ACV / Síncope / ↓Pulsos/TA
Tórax	Hemotórax / shock
Tronco celiaco/Mesentéricas	Dolor abdominal /Hemoperitoneo
Arterias renales	I. Renal y dolor lumbar
Arterias intercostales	Paraplejia

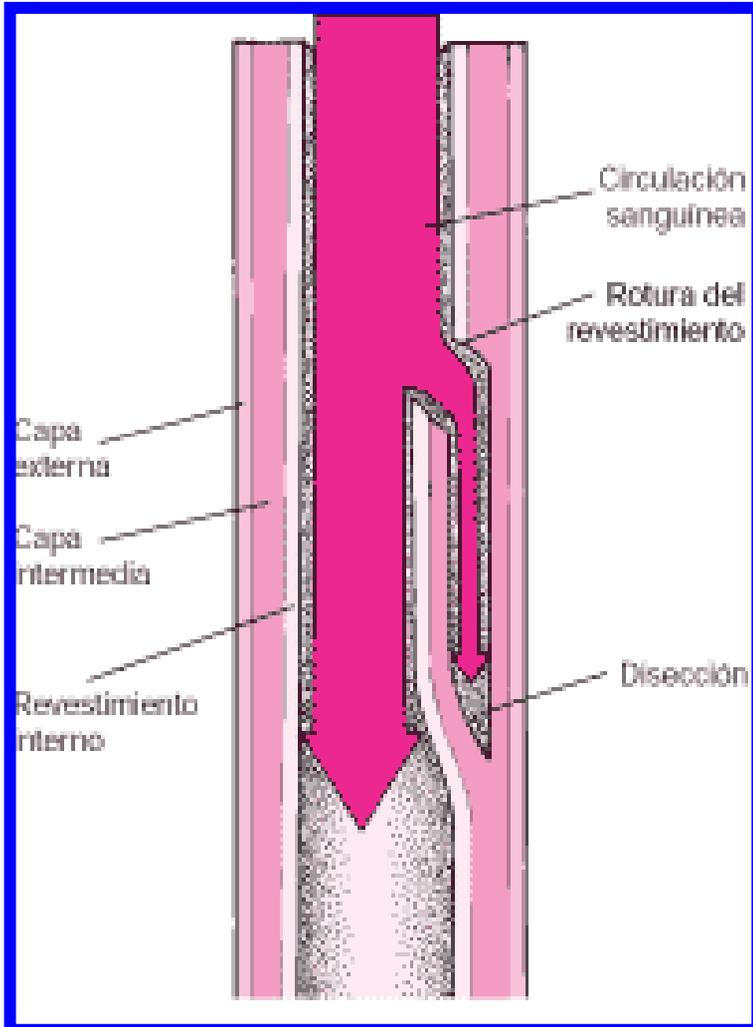
Diseccción aórtica aguda

Clínica

Diseccción sin dolor (63/977- 6.4%)

- Pacientes más mayores
- Más frecuente en disecciones Tipo A
- Más frecuente tener AP de:
 - Diabetes
 - Aneurisma de Aorta
 - Cirugía cardiovascular
- Se presentan con más frecuencia con:
 - Síncope
 - **ACV**
 - I. cardíaca
- La **mortalidad** es **significativamente más alta (33% vs 23%)**

Diseccción aórtica



- Concepto
- Clasificación
- Epidemiología
- Etiología
- Clínica
- **Diagnóstico**
- Tratamiento
- Pronóstico

Disección aórtica aguda

Diagnóstico

- **35 % de las disecciones Aórticas no se sospechan in vivo y se diagnostican en la necropsia**
- **99% de las sospechadas son rechazadas tras pruebas dirigidas**

Von Kodolitsch Y, Schwartz A, Nienaber C. Clinical prediction of acute aortic dissection.

Arch Intern Med 2000; 160: 2977-2982

N = 250 pacientes con dolor torácico o de espalda de inicio agudo. (128 con disección aórtica aguda confirmado)

Diseccción aórtica aguda

Diagnóstico

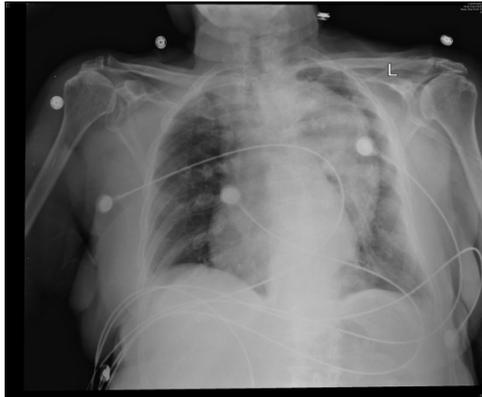
Clínica, EF y Rx de tórax:

- **Dolor de inicio abrupto, muy intenso y “cortante”**
- **Ausencia de pulso radial o carotídeo en un lado o diferencia en TA dcha/ida > 20 mmHg**
- **Ensanchamiento mediastínico o Ao en Rx tórax**
(~90% de los pacientes con síntomas lo tienen)

Diseción aórtica aguda

Diagnóstico

**Ensanchamiento
mediastínico-Ao**



39 %

**Dolor desgarrador
característico**



31%

**Ausencia de pulso
o asimetría TA**



83 %

92 %

Los tres ausentes: 7 %.

Los tres presentes: ~ 100 %

Von Kodolitsch Y, Schwartz A, Nienaber C. Clinical prediction of acute aortic dissection. Arch Intern Med 2000; 160: 2977-2982

N = 250 pacientes con dolor torácico o de espalda de inicio agudo. (128 con disección aórtica aguda confirmado)

Diseccción aórtica aguda

Diagnóstico

En un estudio de 250 pacientes con dolor torácico o de espalda (128 con disección Ao aguda):

- Los 3 ausentes: 7 %
- Dolor característico solo: 31 %
- Alteración radiológica: 39 %
- Dolor típico + Rx o alterac pulso/TA 83-92%
- Los 3 signos: ~100%

Von Kodolitsch Y, Schwartz A, Nienaber C. Clinical prediction of acute aortic dissection. Arch Intern Med 2000; 160: 2977

Diseccción aórtica aguda

Diagnóstico

- Rx de Tórax:

- Ensanchamiento mediastínico-Aórtico
- En el 11% en Tipo A y el 16% en Tipo B es normal

- EKG:

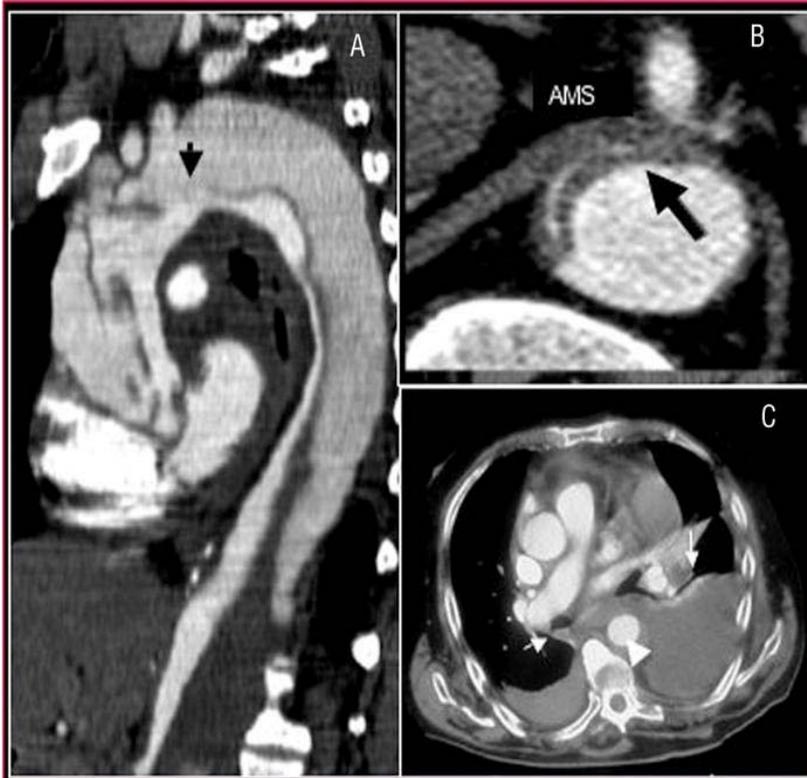
- Dolor en ausencia de cambios isquémicos

- Otros estudios de imagen:

- CT de tórax
- Ecocardiografía
- RMN

Dissección aórtica aguda

Diagnóstico



- CT de tórax standard
(con contraste)

- Sensibilidad: 80 al 100 %
- Especificidad: 87 al 100%
- El CT helicoidal mejora la sensibilidad para detectar el flap intimal y la doble luz

Nienaber CA et al. The diagnosis of thoracic aortic dissection by noninvasive imaging procedures.

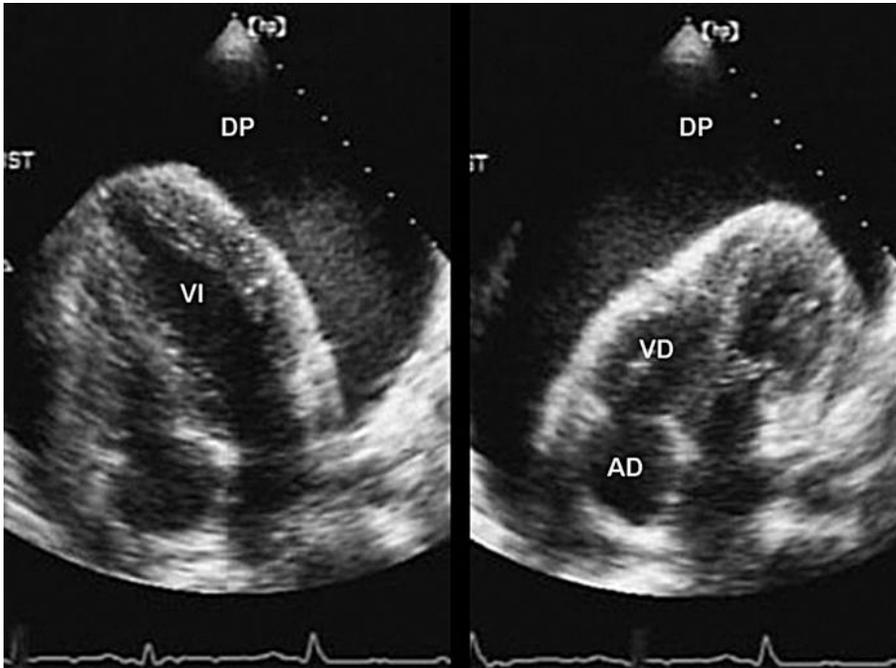
NEJM 1993; 328: 1-9

Erbel R, Engberding R, Daniel W, et al. *Echocardiography in diagnosis of aortic dissection.*

Lancet 1989; 333: 457-461.

Diseccción aórtica aguda

Diagnóstico



ECOCARDIO TT

Util para detectar complicaciones como:

- I. aórtica aguda,
- el derrame pericárdico o
- la disfunción regional VI,

NO PARA VER LA DISECCION

Diseción aórtica aguda

Diagnóstico

ECOCARDIO TE

- **Sensibilidad:** 97- 99%
- **Especificidad:** 77- 85%

- Procedimiento portátil, fácilmente realizable en SU
- Proporciona diagnóstico rápido en minutos
- Muy útil en pacientes inestables no candidatos a RM

- **Requiere personal experimentado**
- **Baja especificidad debida a falsos (+) en Ao ascendente x artefactos**



Figura 5. Ecocardiograma transesofágico (ETE) de un paciente con diseción de aorta ascendente (nótese la doble luz).

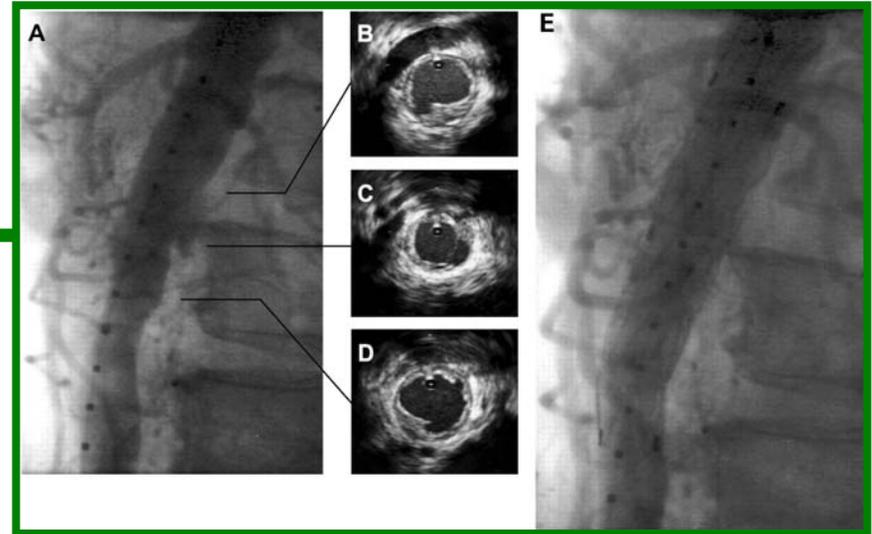
Dissección aórtica aguda

Diagnóstico

US endovascular

- **Sensibilidad: 100 %**
- **Especificidad: 100 %**

- Procedimiento seguro y rápido (realizable en 10 ´)
- Visualiza directamente la pared desde la luz aórtica
- Permite definir las disecciones distales de Ao abdominal
- **Requiere personal experimentado**



Dissección aórtica aguda

Diagnóstico

RMN

- **Sensibilidad:** **98 -100 %**
- **Especificidad:** **98 %**

Procedimiento no invasivo y seguro

Contraste con mejor perfil de seguridad que el CT

Se identifica el lugar de la rotura en el 85 %

No disponible en muchos hospitales

Requiere enfermo estable (¡¡y no claustrofóbico!!)

Tiempo de exploración largo (más de 30min)

No aplicable si se porta MP o dispositivos metálicos



Nienaber CA. Et al. Diagnosis of thoracic aortic dissection by noninvasive imaging procedures.

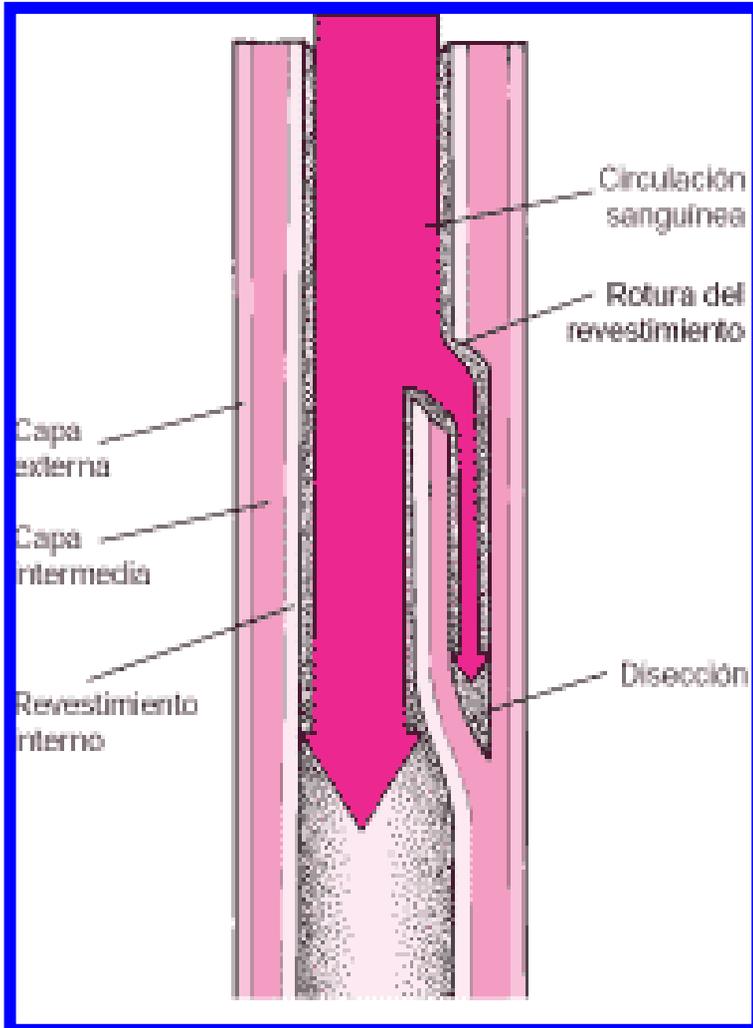
NEJM 1993; 328: 1-9

Diseccción aórtica aguda

Diagnóstico diferencial

- IAM
- Pericarditis
- TEP
- Insuficiencia aórtica sin disección
- Aneurisma aórtico sin disección
- Dolor músculo-esquelético
- Tumor mediastínico
- Pleuritis
- Colecistitis
- Úlcera perforante
- Pancreatitis aguda

Diseccción aórtica



- Concepto
- Clasificación
- Epidemiología
- Etiología
- Clínica
- Diagnóstico
- **Tratamiento**
- Pronóstico

Diseccción aórtica aguda

Tratamiento

Principios generales

Diseccción aórtica

Manejo agudo general

**Aorta
ascendente**

**Emergencia
quirúrgica**

**Aorta
descendente**

**Emergencia
médica**

Dissección aórtica aguda

Tratamiento

Principios generales

Manejo agudo general

- Ingreso en UCI
- Control del dolor con morfina
- ↓ de PA con Betabloqueantes (lo máx posible).
Si no se consigue: añadir Nitroprusiato
- Control de la vía aérea e IOT + VM si precisa

Diseccción aórtica aguda

Tratamiento

Diseccción de aorta ascendente

Cirugía urgente

Para evitar

- I. Ao aguda
- Taponamiento
- IAM

La mortalidad \uparrow 1-2 % /h de retraso en la cirugía

!!! Incluso en presencia de IAM debe operarse !!!

El ACV en progreso o hemorrágico es una contraindicación relativa

Dissección aórtica aguda

Tratamiento

Dissección de aorta descendente

Cirugía urgente solo si hay:

- **Oclusión de una rama arterial mayor**
- **Dolor torácico persistente (extensión dissección)**
- **Evidencia de rotura aórtica**
(Hematoma periaórtico, mediastínico o retroperitoneal)
- **Dissección dentro de un aneurisma**

Diseccción aórtica aguda

Tratamiento

Tratamiento percutáneo

Dos técnicas

**Fenestración
con balón**

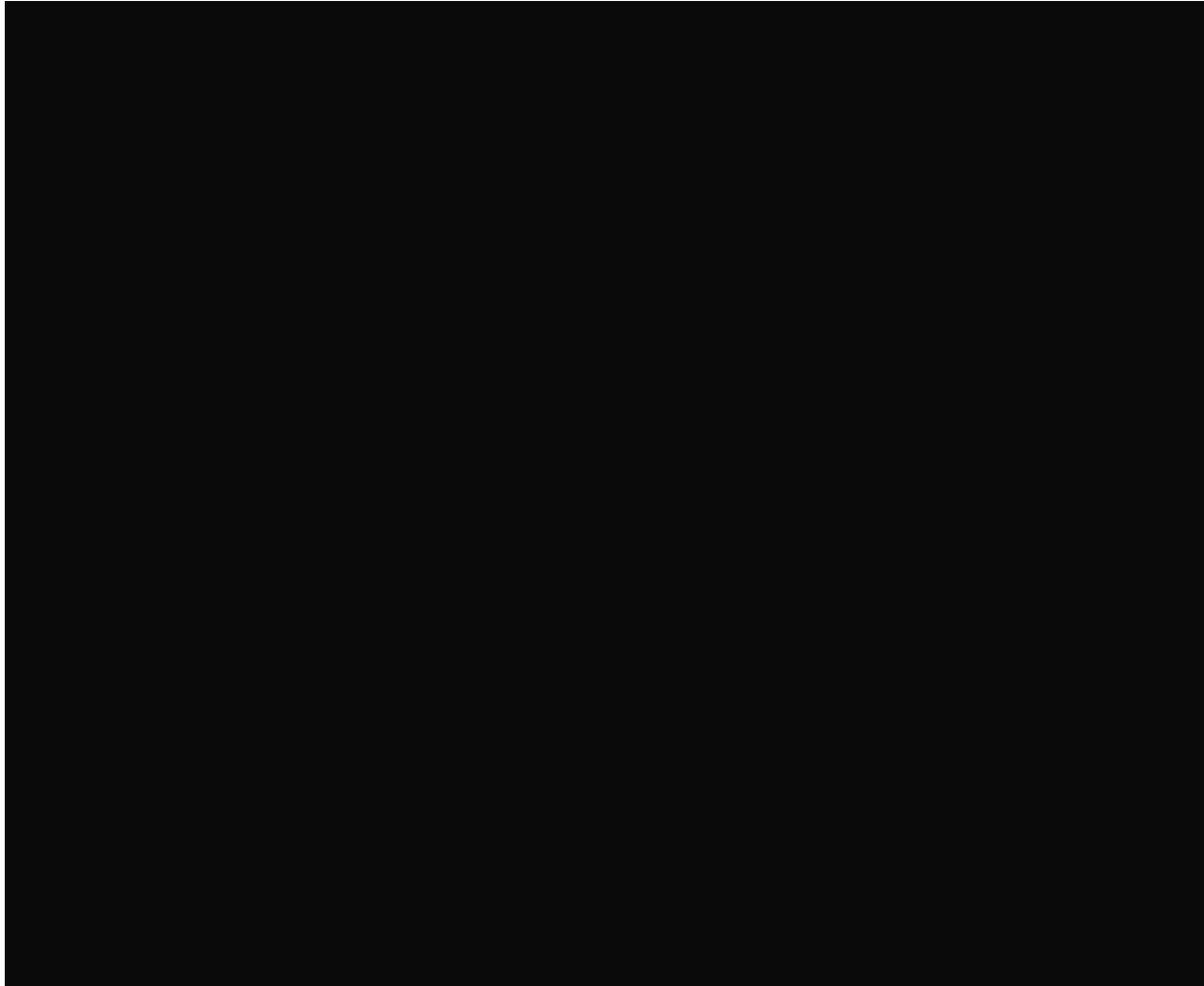
**Colocación
Stent**

**Tratamiento en expansión con resultados
prometedores, sobre todo en disección subaguda o
crónica y tipo B**

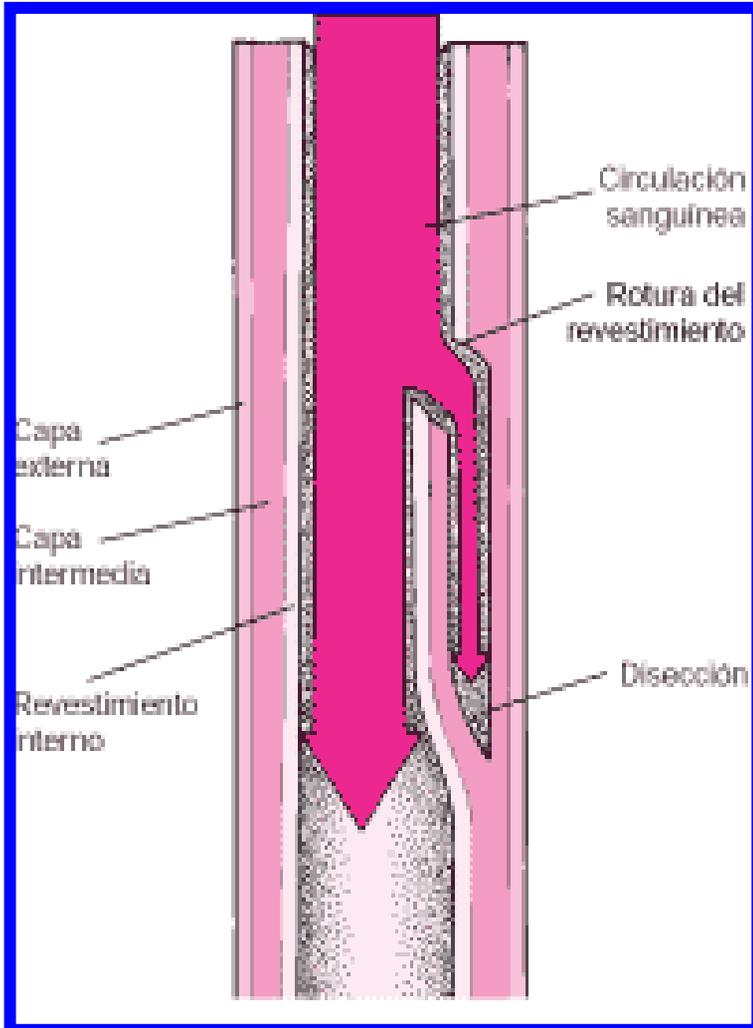
Se necesitan más estudios antes de su aceptación como
tratamiento standard

Diseccción aórtica aguda

Tratamiento percutáneo



Dissección aórtica



- Concepto
- Clasificación
- Epidemiología
- Etiología
- Clínica
- Diagnóstico
- Tratamiento
- **Pronóstico**

Dissección aórtica

Pronóstico

- Difícil de calcular con exactitud
- Muchos pacientes fallecen antes de llegar
- De los que llegan con dissección tipo A se intervienen entre el 65 % y el 90 % según los centros.
- Las cifras se dan sobre los que son intervenidos o dados de alta del hospital
- Datos contradictorios entre distintos estudios

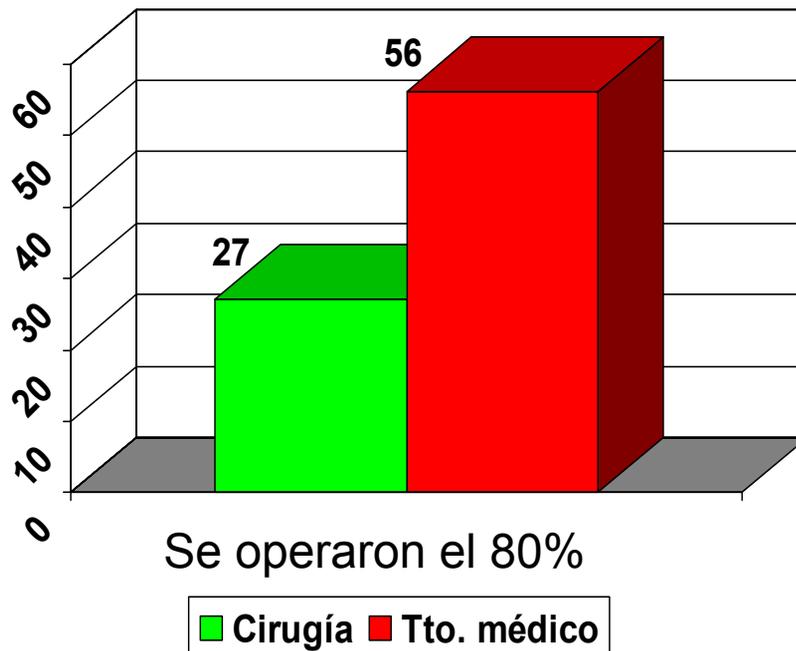
Disección aórtica aguda

Pronóstico

Disección de aorta ascendente

Mortalidad intrahospitalaria
N = 547 (IRAD)

Factores de mal pronóstico de
la Cirugía urgente



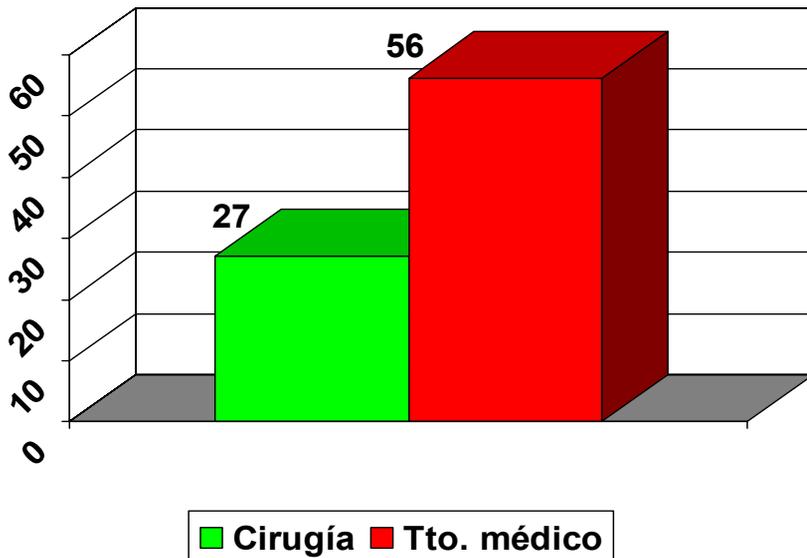
- Edad > 70 años
- Inicio abrupto del dolor
- Hipotensión, shock o taponamiento desde el inicio
- I. renal al inicio (antes de la Cx)
- Déficit de pulso
- Elevación del ST en EKG

Dissección aórtica aguda

Pronóstico

Dissección de aorta ascendente

Mortalidad intrahospitalaria
(1) n = 547 pacientes (IRAD)



Mortalidad en pacientes con:

- I. renal **50-70 %**
- Isquemia periférica: **87%**
- Isquemia mesentérica: **87%**

(1) Mehta RH et al. Predicting death in patients with acute type A aortic dissection. Circulation 2002; 105: 200

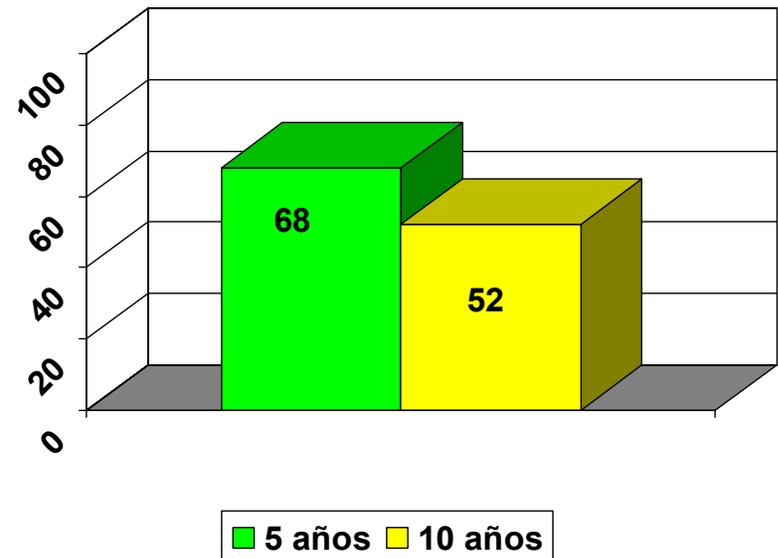
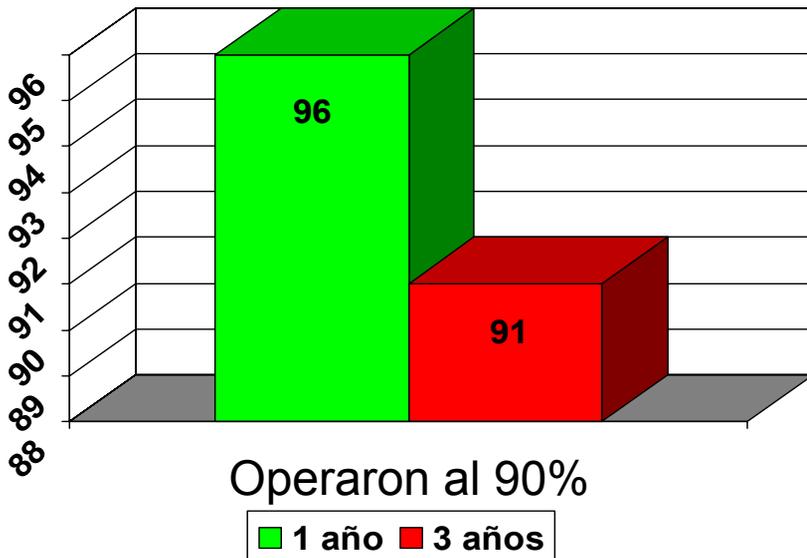
Dissección aórtica aguda

Pronóstico

Dissección de aorta ascendente

Supervivencia a largo plazo (1)
n = 303 pacientes entre 1996-03

Supervivencia a largo plazo
(2) n = 208 entre 1978-95



(1) Tsai TT et al. Long term survival in patients presenting with type A acute aortic dissection.. Circulation 2006; 114: 1 350-356

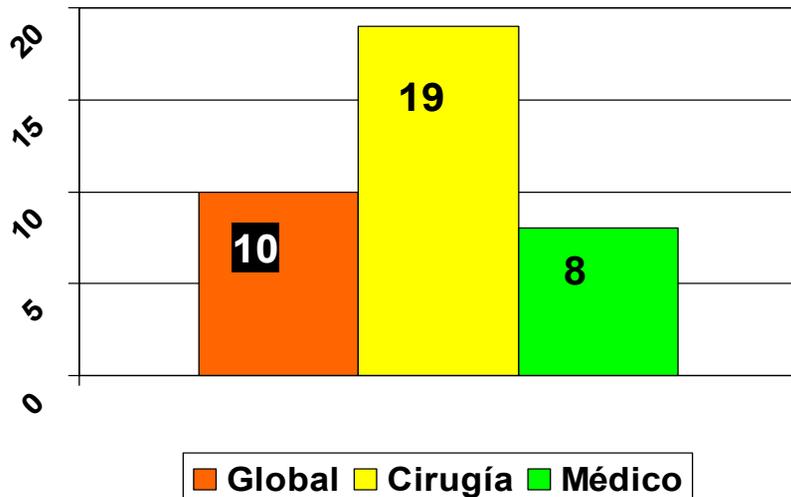
(2) Sabik JF et al. Long-term effectiveness of operations for ascending aortic dissections. J Thorac Cardiovasc Surg 2000; 119: 946-962

Dissección aórtica aguda

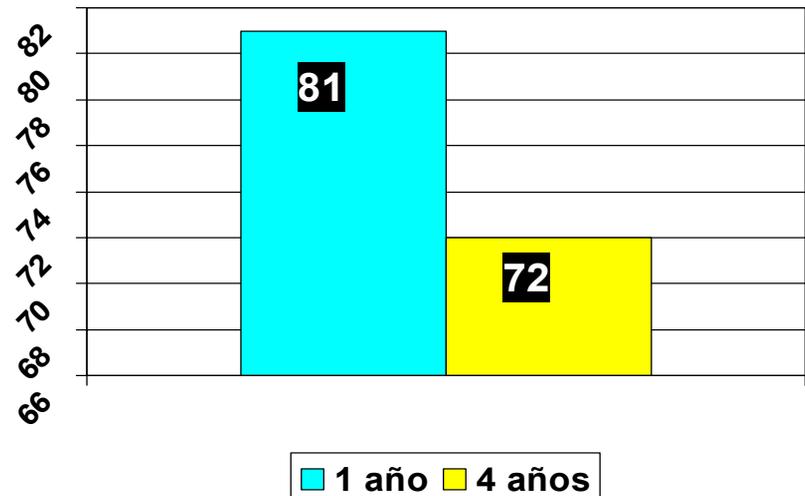
Pronóstico

Dissección de aorta descendente

Mortalidad intrahospitalaria



Supervivencia Largo plazo



N = 129 (2001-2005). Vascular Institute. Houston. Operaron a 21 (16.2%)

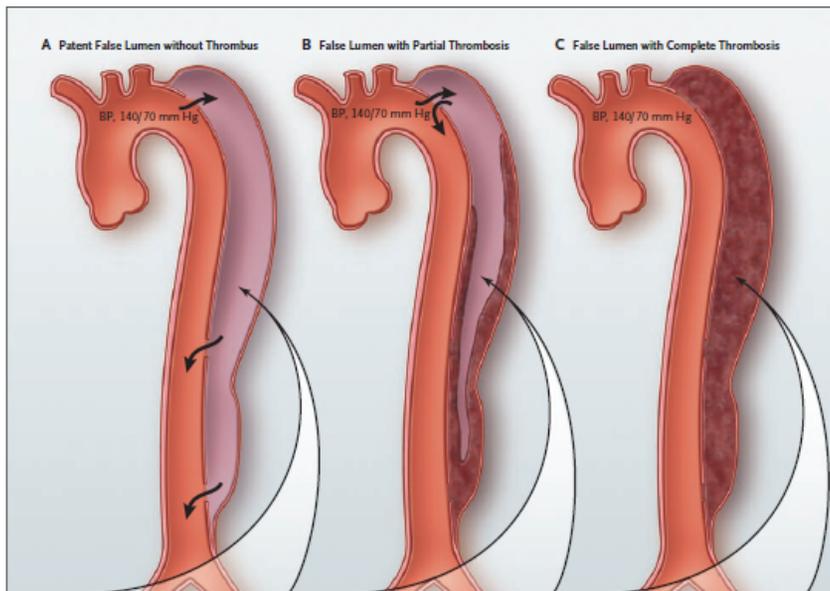
Anthony L. Estrera et al. Outcomes of medical management of acute Type B aortic dissection. Circulation 2006; 114: I 384-389

Dissección aórtica aguda

Pronóstico

Dissección de aorta descendente

Mortalidad a los 3 años con tratamiento médico

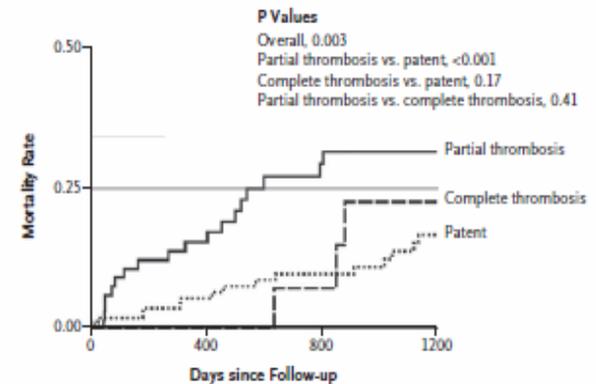


13.7%

31.6%

22.6%

N=201



No. at Risk

Patent	111	96	75	56
Partial thrombosis	67	48	32	24
Complete thrombosis	19	17	12	4

Figure 1. Kaplan–Meier Mortality Curve Stratified According to the Status of the False Lumen. P values were calculated by the log-rank test. Overall denotes comparison of all three curves.

Tsai TT, Evangelista A, Nienaber CA et al. Partial thrombosis of the false lumen in patients with acute type B aortic dissection. NEJM 2007; 357: 349-359

Dissección aórtica

Conclusiones

- **La dissección aórtica tiene una incidencia de 3 casos / 100.000 personas /año**
- **Afecta sobre todo a personas de > 60 años con HTA y aterosclerosis**
- **Es más frecuente en el varón**

Dissección aórtica

Conclusiones

- El dolor torácico o de espalda, profundo, intenso y “desgarrador” es el síntoma más típico **¡¡pero el 6.5% se presentan sin dolor!!**
- El signo más valioso para el diagnóstico es la asimetría de pulso o de TA
- La Rx de tórax es anormal en el 90% de los pacientes sintomáticos (Ensanchamiento mediastínico y/o Aórtico)

Dissección aórtica

Conclusiones

- **El control estricto de la TA es el primer paso terapéutico independientemente del tipo de dissección**
- **La cirugía es el tratamiento de elección en la dissección de Aorta ascendente y el tratamiento médico en la dissección de aorta descendente**
- **El tratamiento percutáneo es un tratamiento prometedor en expansión que necesita más estudios**

Dissección aórtica

Conclusiones

- En el caso que nos ocupa los factores que contribuyeron a no sospechar el diagnóstico fueron:
 - **La ausencia del dolor característico**
 - **El debut como ACV que desvió la atención y**
 - **La no realización de Rx de tórax urgente**
- La mala evolución se produjo como consecuencia de la ausencia de sospecha y el pésimo control de TA después del ingreso que contribuyó a la progresión de la dissección inicial con taponamiento cardiaco y muerte

Dissección aórtica

Conclusiones

- En cualquier paciente que acude a urgencias con HTA severa, (especialmente si tiene > 60 años) y síntomas de: ACV, IAM, síncope, I. cardiaca, shock o signos de isquemia periféricos es obligado pensar en la dissección aórtica y realizar, al menos, una exploración de los pulsos, una toma de TA diferencial dcha./Izda y una Rx de tórax.

Dissección aórtica

MUCHAS GRACIAS

