INFORME DE CASO

Cardiología, clínica médica

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO: TOMA DE DECISIONES EN RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA
ISSN 1515-3460
Buenos Aires
Olavegogeascoechea PA, Thalasselis DC, Serrano Riveros P, Girela AG. Síndrome aórtico agudo: toma de decisiones en relación con el tratamiento. *Rev Arg Med* 2016;4[10]:106-8

Recibido: 30 de mayo de 2016.
Aceptado: 6 de julio de 2016.

[1] Profesor magíster. Departamento de Salud Colectiva, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Comahue, Argentina.
[2] Médico especialista en cardiología. Fundación Médica de Río Negro y Neuquén, Argentina.
[3] Médica residente. Fundación Médica de Río Negro y Neuquén.
[4] Médico especialista en cirugía cardiovascular. Fundación Médica de Río Negro y Neuquén.

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA
Pablo Olavegogeascoechea. Departamento de Salud Colectiva, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Comahue. Av. Luis Toschi y Arrayanes (8324), Cipolletti, Río Negro, Argentina. Tel.: 1123198657. Correo electrónico: polavego@gmail.com

ACUTE AORTIC SYNDROME: DECISION-MAKING REGARDING TREATMENT

Pablo A. Olavegogeascoechea[1], Demetrio C. Thalasselis[2], Paola Serrano Riveros[3], Alejandro G. Girela[4]

Resumen

Los síndromes aórticos agudos siguen siendo enfermedades con alta morbimortalidad y el tratamiento quirúrgico es el más aceptado, tanto el convencional como la reparación endovascular. No obstante, en ciertos pacientes el enfoque terapéutico debe ser individualizado.

Palabras clave: Síndrome aórtico agudo, tratamiento endovascular, adultos muy mayores.

Abstract

Acute aortic syndromes continue to be diseases with high morbimortality. Surgical treatment is the most widely accepted therapeutic approach, by both conventional surgery and endovascular repair. However, in some patients, treatment decisions should be taken on an individual basis.

Key words. *Very elderly people, acute aortic syndrome, endovascular repair.*

Introducción

Los síndromes aórticos agudos (SAA), caracterizados por disección y hematomas penetrantes de la aorta, siguen siendo enfermedades con alta morbimortalidad (1,2). En los últimos años, la utilización de tratamiento endovascular redujo la mortalidad de manera importante, no obstante con cierta morbilidad asociada a la técnica y aún con necesidad de mayor evidencia médica (3). Así, las intervenciones en los pacientes muy mayores (>80 años) han demostrado distintos grados de impacto en la calidad de vida y la supervivencia de este grupo de pacientes (4,5). Por otro lado, la toma de decisiones en medicina debe realizarse en el contexto del paciente y con todo el equipo médico involucrado, incluido el médico de cabecera, quien, en general, suele quedar fuera de la toma de decisiones. Presentamos este caso para reflejar la importancia de promover la interacción de todo el equipo médico que tiene al cuidado la salud del paciente.

Presentación del caso

Paciente blanco de 90 años de edad y género masculino que se presenta a la consulta médica por dolor retroesternal opresivo e irradiado al dorso, que se acompaña de diaforesis e hipertensión arterial. El paciente tiene diagnósticos previos de hipertensión arterial, fibrilación auricular, insuficiencia renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y tratamiento endovascular con endoprótesis de aneurisma de aorta abdominal complicado, con evolución favorable, hace diez años. Se encuentra tratado con acenocumarol, losartán, bromuro de ipratropio más salbutamol, atenolol y furosemida.

En el examen físico, la presión arterial es 180/70 mm Hg en el brazo derecho y de 170/70 mm Hg en el izquierdo; la frecuencia cardíaca, 96 pulsaciones por minuto, irregular, sin evidencia de falla cardíaca; los pulsos fueron simétricos, la auscultación pulmonar, normal. El examen neurológico mostraba un paciente lúcido, sin déficit motor ni sensitivo. Ante los antecedentes documentados de enfermedad vascular, se piensa en un síndrome coronario agudo, por lo que se solicita:

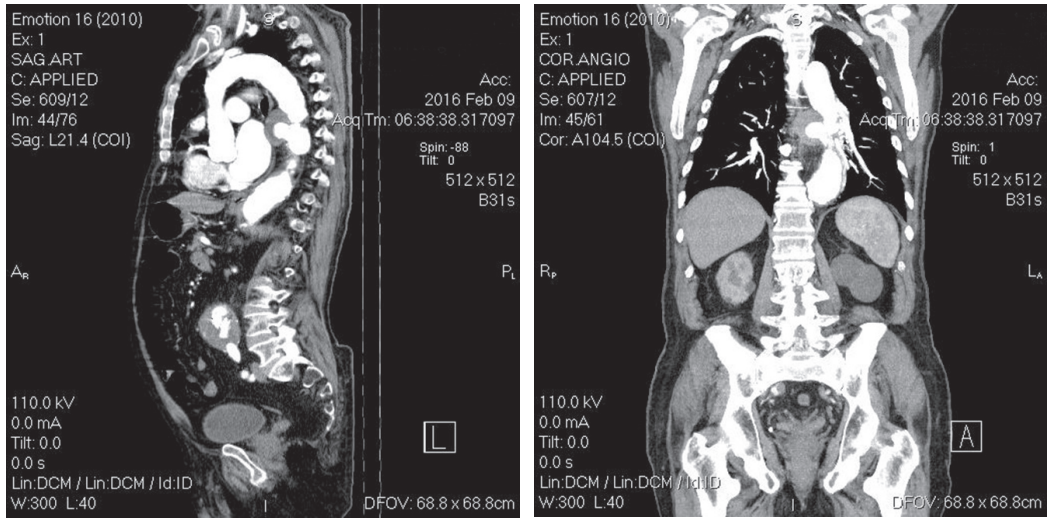
- Electrocardiograma, donde se evidencia fibrilación auricular de alta respuesta ventricular sin alteraciones del segmento ST.
- Radiografía de tórax, donde se observa cardiomegalia con playas pulmonares, sin hallazgos relevantes.
- Ecocardiograma, que muestra hipertrofia ventricular izquierda con buena función sistólica del ventrículo izquierdo, y las enzimas cardíacas como la creatina fosfocinasa (CPK) y la CPK-MB son normales. La troponina I muestra una ligera elevación (0,08 ng/ml, para valor de referencia <0,01 ng/ml).
- Aortograma por tomografía computarizada, donde se observa hematoma intramural de la porción descendente de la aorta torácica (Figs. 1 y 2). Presenta deterioro de la función renal secundaria al contraste utilizado (creatinina previa: 2,12 mg%; posterior, 3,98 mg%).

Se reemplaza la medicación por 10 mg de bisoprolol para disminuir la derivada de la razón presión-tiempo (dP/dT) y se aumenta la dosis de 100 mg de losartana para controlar la presión arterial; se suspende la anticoagulación. El paciente evoluciona sin dolor.

Los especialistas en hemodinamia intervencionista y cirugía cardiovascular indican tratamiento endovascular en el segmento afectado. Su médico de cabecera decide, en conjunto con la familia del paciente, continuar con el tratamiento médico e incluso reinstaurar la anticoagulación, decisiones basadas en las comorbilidades y los predictores de morbilidad y mortalidad propios de estas, de la patología en cuestión (1) y la asociada al procedimiento que utilizaría contraste yodado (6). El paciente evoluciona favorablemente, con descenso de las cifras de creatinina en plasma (al egreso: 2,67 mg%), sin hallazgos clínicos relevantes, y se externa a las 48 horas. Luego de seis meses, el paciente se encuentra asintomático y lleva una vida autónoma.

Discusión clínica

Aunque son bien conocidas las indicaciones quirúrgicas convencionales o con técnicas endovasculares (7), toda indicación debe ajustarse al paciente y tomar en cuenta desde su salud física y cognitiva hasta el riesgo que implicaría una intervención (4). Muchas veces el avance tecnológico condiciona las decisiones médicas (8), muchas de ellas tomadas para reparar la imagen que nos muestra, por ejemplo, una tomografía computarizada, o para modificar el nivel plasmático de una molécula, sin sopesar los riesgos y los beneficios de una intervención. En este caso, las imágenes mostraban una complicación grave de la pared de la aorta descendente. Estas imágenes suelen ser disparadores de conductas terapéuticas,



Figuras 1 y 2. Corte coronal y sagital que muestran la presencia del hematoma intramural.

muchas de ellas invasivas, y suele no dedicarse el tiempo necesario para realizar un análisis integral del paciente desde su entorno social, familiar y sanitario. Así, la toma de decisiones debe incluir al paciente y a su familia como primeros interesados, y tenerse en cuenta cuáles son los sesgos que puede tener una decisión del paciente a la hora de tomarla, como bien lo describe RM Epstein y colegas (2011) en una publicación. Estos sesgos tienen que ver con tomar decisiones vagas, carentes de la información necesaria sobre la enfermedad y su tratamiento, y el estado cognitivo y emocional del paciente. Por otro lado, desde el cuadro médico, ante una emergencia o enfermedad grave, no está claro cómo se construye la toma de decisiones (8).

También, en el momento de decidir, debe tenerse en cuenta cuál es la fuente o fuentes de información disponibles que avala/n la/s intervención/es, ya que, por ejemplo, un metanálisis de reciente publicación puede incluir en la revisión sólo dos estudios aleatorizados y controlados, y el resto son estudios observacionales (2), lo que debilita enormemente la conclusión que se puede extraer del trabajo.

En este caso, nosotros presentamos el resultado de una toma de decisiones en la cual estuvieron involucrados no sólo el equipo institucional sino también el médico de cabecera y la familia del paciente.

El deterioro de la función renal luego de realizada la tomografía (atribuible a la utilización de contraste yodado) fue una alerta significativa para la toma de decisiones, además de los riesgos conocidos de la colocación del implante propiamente dicho. Finalmente, se determinó continuar el tratamiento médico con betabloqueantes y vasodilatadores, y reinstaurar la anticoagulación con acenocumarol en dosis para mantener una razón internacional normalizada (RIN) de entre 2 y 3 (9). La evolución del paciente con el tratamiento médico fue satisfactoria, lo cual se reflejó en el hecho de que conservó su autonomía física y cognitiva, los niveles de creatinina descendieron hasta colocarse por debajo de 2 mg% y se mantuvo libre de síntomas.

Esta propuesta coincide con informes publicados donde se describen casos de SAA, en especial hematomas intramurales, para los cuales se realizó tratamiento médico aun reinstaurando o comenzando anticoagulación por distintas causas (10). Como en el caso presentado, se trata de una patología para la cual existen predictores de mortalidad y morbilidad, pero aún no son claras las opciones terapéuticas más adecuadas ni más recomendadas (1). Este ejemplo debería estimular a los equipos médicos a tomarse el tiempo para el razonamiento médico y la toma de decisiones en los casos que lo ameriten, tomando en cuenta que las decisiones insumen tiempo, pero ese tiempo dedicado redunda en decisiones más sólidas, ya que se consideran no sólo la evidencia médica, la experiencia y la preparación de los especialistas, sino también la opinión del paciente, de su entorno familiar y del médico de cabecera (8,11,12). RAM

Referencias bibliográficas

1. Nienaber CA, Richartz BM, Rehders T, et al. Aortic intramural haematoma: natural history and predictive factors for complications. *Heart* 2004;90(4):372-4
2. Mussa FF, Horton JD, Moridzadeh R, et al. Acute aortic dissection and intramural hematoma: a systematic review. *JAMA* 2016;316(7):754-63
3. Abraha I, Romagnoli C, Montedori A, Cirocchi R. Thoracic stent graft versus surgery for thoracic aneurysm. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;6(doi: 10.1002/14651858.CD006796)
4. Jonker FH, Verhagen HJ, Heijmen RH, et al. Endovascular treatment of ruptured thoracic aortic aneurysm in patients older than 75 years. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2011;41(1):48-53
5. Huynh TT, Miller CC, Estrera AL, et al. Thoracoabdominal and descending thoracic aortic aneurysm surgery in patients aged 79 years or older. *J Vasc Surg* 2002;36(3):469-75
6. Dangas G, Iakovou I, Nikolsky E, et al. Contrast-induced nephropathy after percutaneous coronary interventions in relation to chronic kidney disease and hemodynamic variables. *Am J Cardiol* 2005;95(1):13-19
7. Grabenwoger M, Alfonso F, Bachet J, et al. Thoracic endovascular aortic repair (TEVAR) for the treatment of aortic diseases. *Eur Heart J* 2012;33:1558-63
8. Vilardell F. Problemas éticos de la tecnología médica. *Bol Saint Panam* 1990;108:5-6
9. Josephson ME, Zimetbaum P. The tachyarrhythmias. En: *Harrison's Principles of internal medicine.* Nueva York, McGraw-Hill Companies, Inc; 2005, pp. 1342-58
10. Cañadas MV, Vilacosta I, Ferreirós J y col. Hematoma intramural aórtico y anticoagulación. *Rev Esp Cardiol* 2007;60(2):201-4
11. Pauker SJ, Kassirer JP. The threshold approach to clinical decision making. *NEJM* 1980;302(20):1109-17
12. Doval H. Malestar en la medicina. Insatisfacción y descontento en los médicos. *Rev Argent Cardiol* 2007;75(4):336-9