



SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

Prof. Dr. José A. González-Fajardo

La Sala de lo Penal del Supremo ha resuelto a favor del especialista que fue condenado de homicidio por imprudencia grave por la muerte de su paciente tres días después de parir.





RELATO CLÍNICO

Los hechos que se juzgan y que declara probados por el tribunal comenzaron el día del parto, el **20 de septiembre de 2016, cuando la gestante, con un embarazo a término, dio a luz mediante un parto eutócico**, es decir, natural y sin complicaciones, y **con anestesia epidural**. El alumbramiento fue a las 8:34 horas de la mañana en el Hospital Quirón Salud de Valencia atendida por su ginecólogo, **con el que llevaba tratándose cuatro años**.

Tras da a luz, la mujer fue trasladada a planta y cuando empezó a **desaparecer el efecto de la anestesia, comenzó a quejarse de dolor de espalda agudo**. El ginecólogo le pautó **analgésicos y antiinflamatorios**, cuando habían pasado solo 17 horas desde que había dado a luz.

Pero el dolor no remitió, todo lo contrario, iba en aumento **en la zona de las escápulas** y los analgésicos pautados no lo aliviaban. A las dos de la mañana del día siguiente al parto, se avisó **al anestesista** de la situación y éste se desplazó al hospital para ver a la paciente. El profesional "comprobó que no era consecuencia de la punción epidural y que **pudiera tratarse de una contractura en el parto**, pautando diazepam, de lo que informó al ginecólogo", según consta en la sentencia.



El ginecólogo, en la mañana del día 21, **realizó una visita rutinaria a la paciente**, y, como presentaba menos dolor, "no consideró oportuno realizar ningún tipo de prueba ni solicitar por interconsulta ni ningún tipo de análisis o prueba diagnóstica del dolor, ni que fuera visitada por algún especialista internista del hospital".

La paciente pasó bien la tarde del día 21, al igual que la noche, con sus constantes estables, sin incidencias y **aparentemente respondiendo al tratamiento pautado**. Sin embargo, en la mañana del día 22 de septiembre, es decir, **cuando habían pasado ya dos días desde que había tenido a su hijo**, sus familiares avisaron al personal de enfermería de que la mujer tenía fuertes dolores en la espalda. Contactaron con el **ginecólogo**, quien, de manera telefónica, dio instrucciones para que le **aumentara la medicación**. También decidió aparcar el informe de alta, que estaba previsto para ese día, "pendiente de la evolución del dolor". Además, contempló la posibilidad de solicitar una interconsulta con traumatología/fisioterapia si persistía la situación.



Como el dolor, aunque disminuía en ocasiones, no remitía y el anestesista había comentado que podría tratarse de una contractura, **la familia contrató un fisioterapeuta externo al hospital**, quien comprobó en la tarde de día 22 que "la paciente no se podía levantar ni incorporar, presentando mucho dolor concentrado en la zona dorsal escapular".

Continuó en las fuertes incomodidades y a las 22:20 horas del mismo 22 de septiembre presentó dificultad respiratoria, porque lo que se avisó a los servicios de enfermería. **Pero, de manera inesperada, la mujer terminó "cayendo al suelo cianótica"**. Entonces, el personal sanitario colocó a la enferma en posición de seguridad, y le realizaron las atenciones médicas oportunas, contactaron con Urgencias e ingresó en la UCI del propio hospital.

TERCER Y ÚLTIMO DÍA

Finalmente, decidieron que fuera trasladada al Hospital Clínico de Valencia, tras contactar con su Unidad de Medicina Intensiva y **con su servicio de Cirugía Cardiovascular**.



La mujer ingresó en el Hospital Clínico a las 01:51 del día 23 con **"inestabilidad hemodinámica"**. Le sometieron a una ecografía observando derrame pleural severo de características hemáticas con compromiso de cavidades derechas. De manera súbita presentó **un episodio de hipotensión severa con bradicardia acusada hasta entrar en parada cardíaca**, iniciaron la RCP y drenaje pericardio/torácico. Solicitaron una transfusión urgente de hematíes. Y tras más de 50 minutos de reanimación falleció, a las 2:20 horas del día 23 de septiembre.

¿La causa de la muerte? "Una disección aguda de aorta tipo B", un síndrome de malperfusión que causa isquemia visceral, renal o de extremidades inferiores, rotura aórtica, hipertensión incontrolada y dolor torácico o abdominal persistente.

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

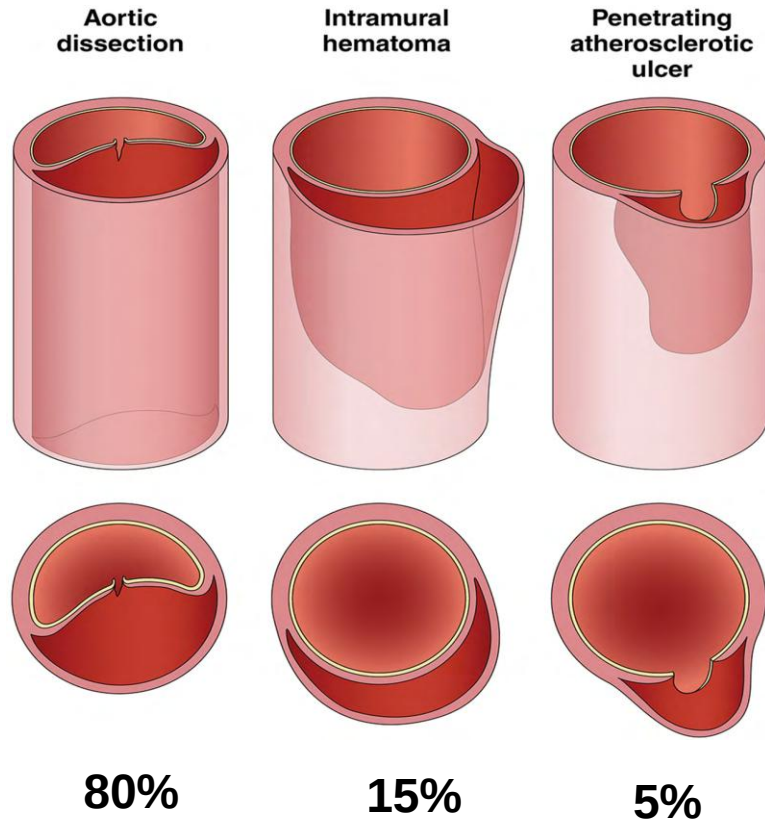
Concepto



- El Síndrome Aórtico Agudo (SAA) es un proceso que afecta a la pared aórtica de forma aguda y asocia altas tasas de morbilidad y mortalidad.
- El término engloba un conjunto de condiciones que tienen una presentación similar y requiere una atención urgente por su posible riesgo vital.
- Esencialmente, comprende tres entidades: **disección de aorta** (80%), **hematoma intramural** (15%) y **úlceras penetrantes** (5%).

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

Una enfermedad en evolución



SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

Patogénesis

- La HTA, los desórdenes congénitos del tejido elástico, la cirugía cardíaca previa y la aterosclerosis predisponen al desarrollo de estas lesiones; mientras que una crisis hipertensiva, el consumo de cocaína o maniobras iatrogénicas podrían precipitar la rotura.
- **La HTA mal controlada suele estar presente en estas situaciones.**





SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

Diagnóstico

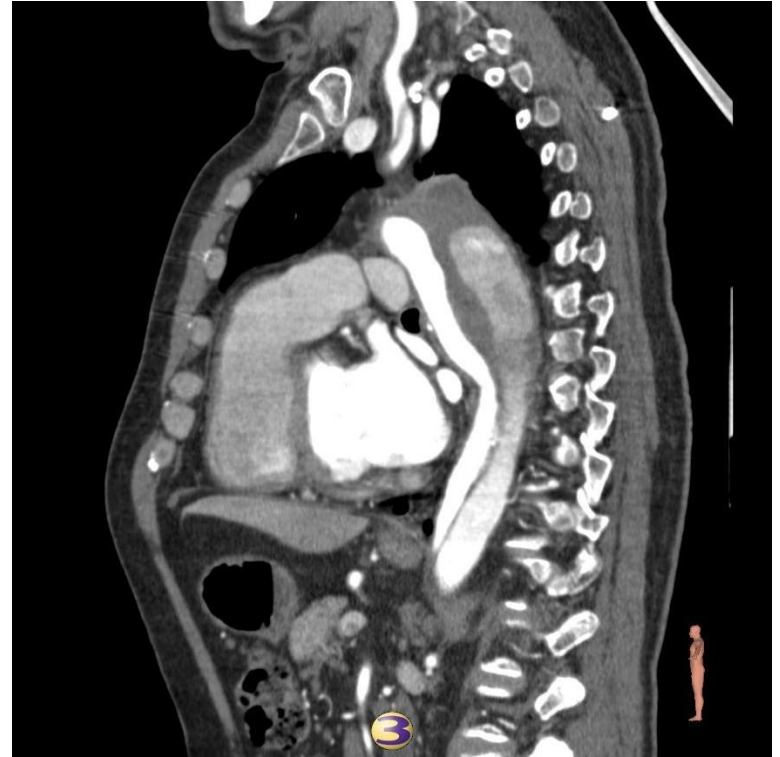
- **Cuando un paciente con una historia de hipertensión acude a urgencias con dolor torácico y:**
 - Ausencia de cambios electrocardiográficos,
 - Enzimas miocárdicas dentro de la normalidad,
 - Concentraciones plasmáticas elevadas de D-dímero (un parámetro con alta sensibilidad y alto valor predictivo negativo) y
 - Un ensanchamiento mediastínico o derrame pleural.

La probabilidad de que presente un SAA es muy alta y próxima al 90%.

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

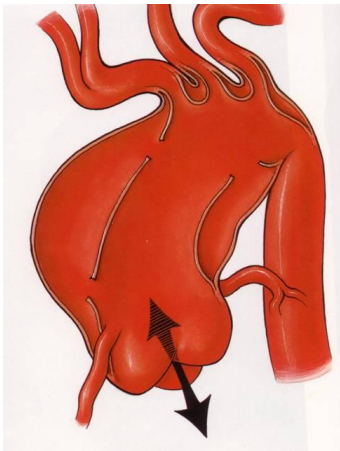
Diagnóstico

- La HTA mal controlada suele estar presente en estas situaciones.
- En las series actuales, la tomografía computarizada (TAC) es la técnica de imagen más frecuentemente realizada (70%), principalmente debido a su amplia disponibilidad, precisión y rapidez.

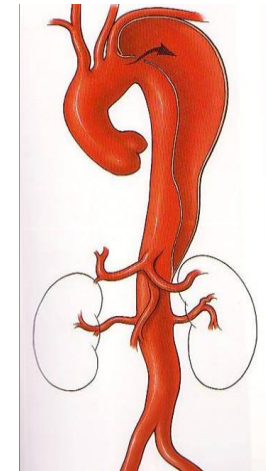
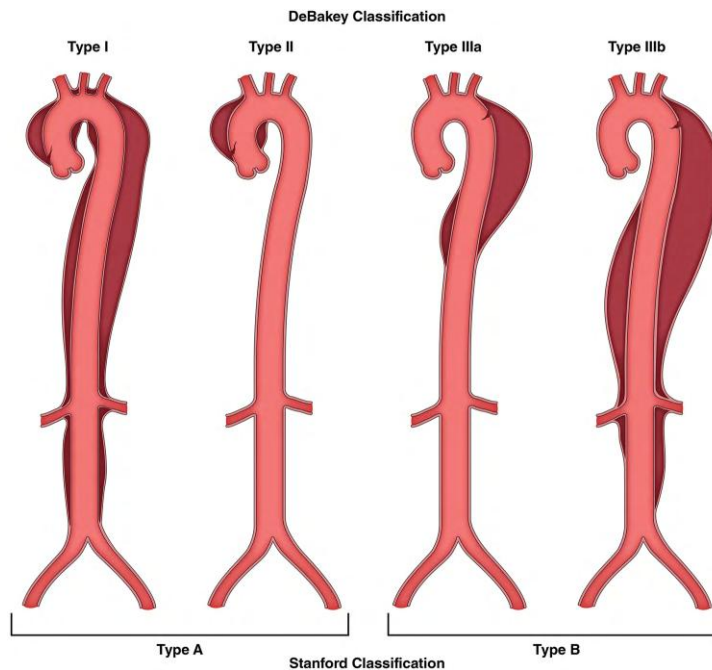


SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

Clasificación



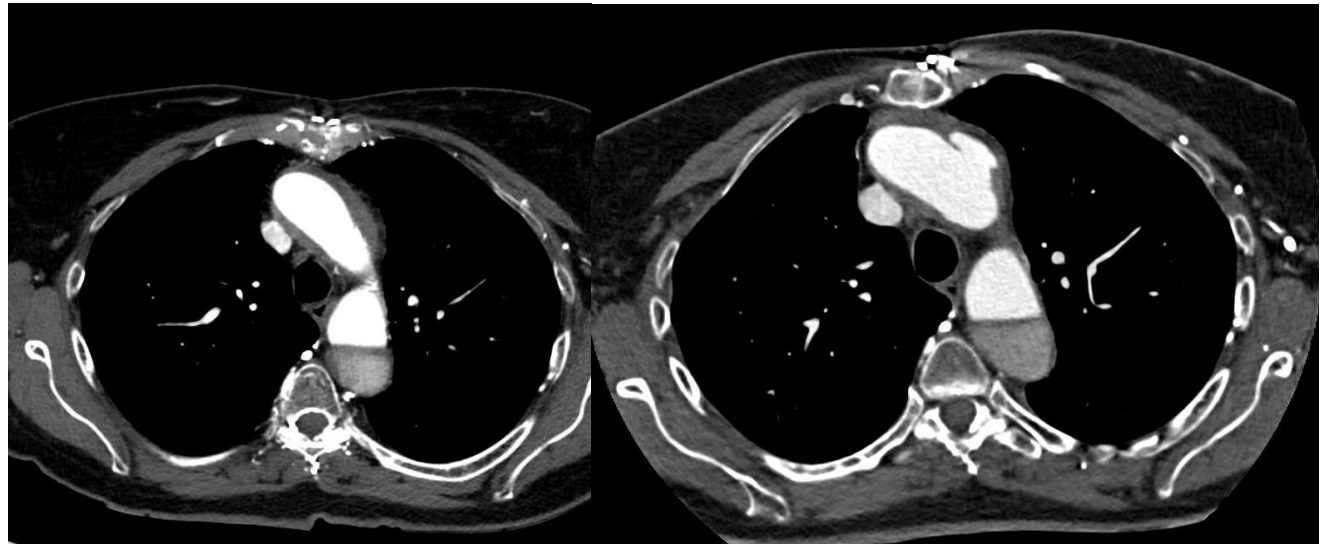
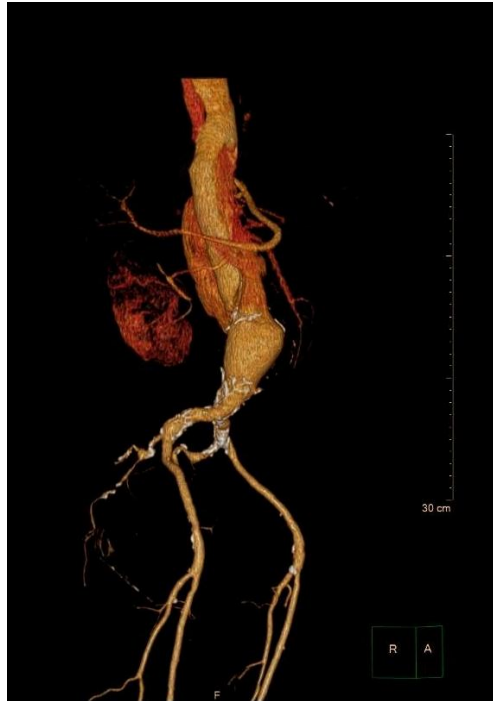
62%
Urgent Surgery
Mortality 33%
IRAD



38%
Medical
Therapy
Mortality 13%
IRAD

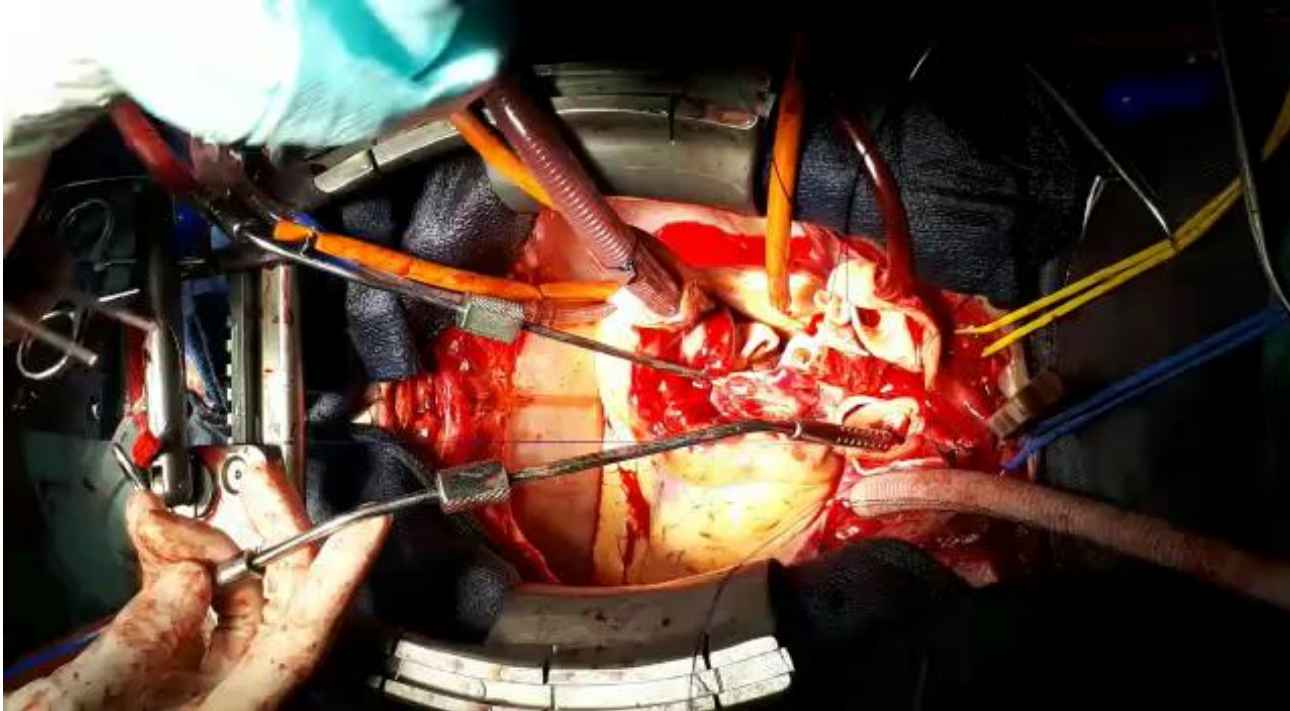
SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

Nuevas Terapias Endovasculares



SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

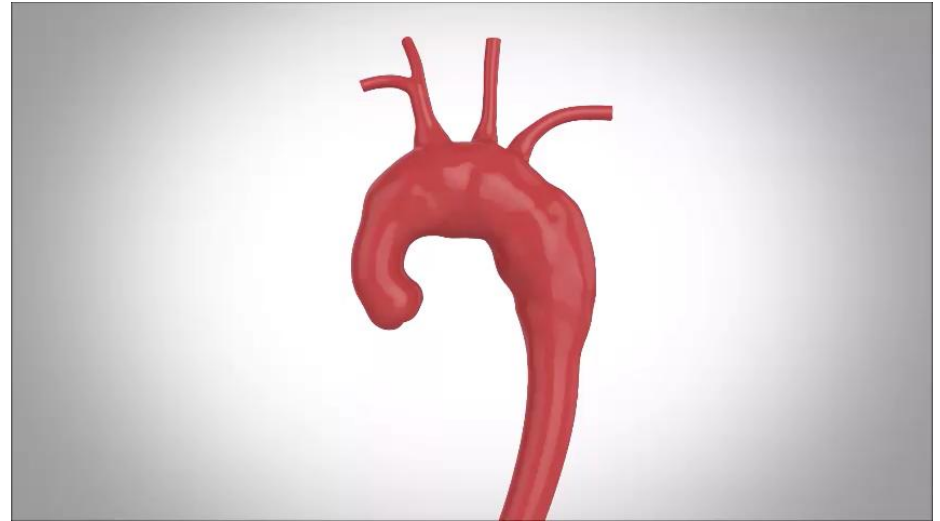
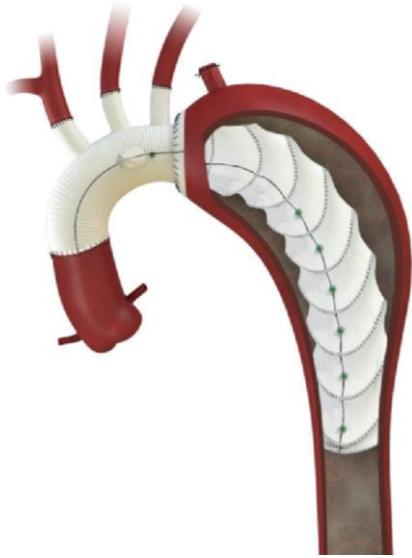
Dissección



- **Dissección tipo-A:** Tratamiento quirúrgico urgente (riesgo rotura).
- **Dissección tipo-B:** Tratamiento médico o endovascular (tras estabilizar al paciente hemodinámicamente).

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

Nuevas Terapias Endovasculares



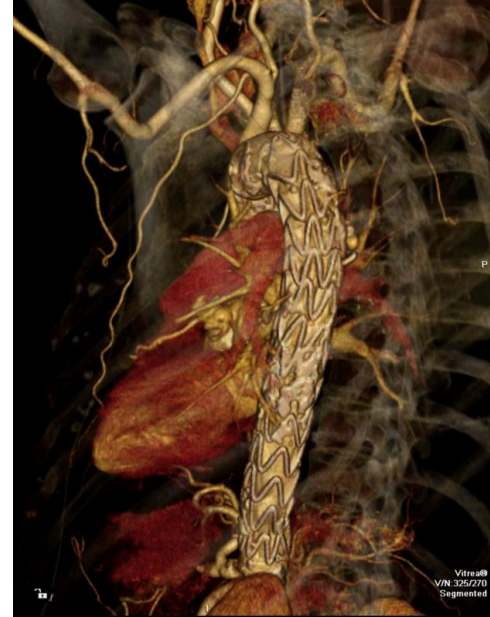
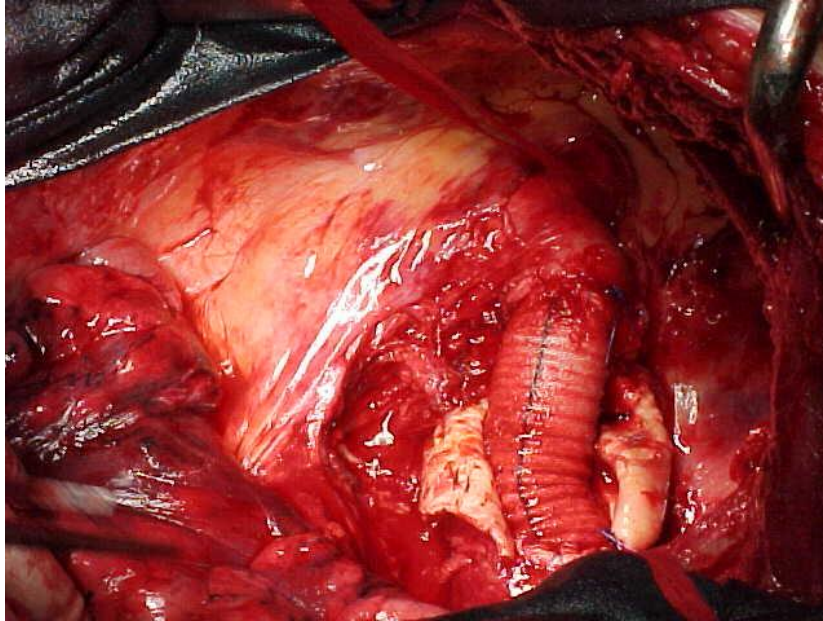
SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

Nuevas Terapias Endovasculares



ANEURISMAS TORACO-ABDOMINAL

Indicaciones Quirúrgicas



- La indicación quirúrgica se establece en TAA > 6 cm de manera electiva.

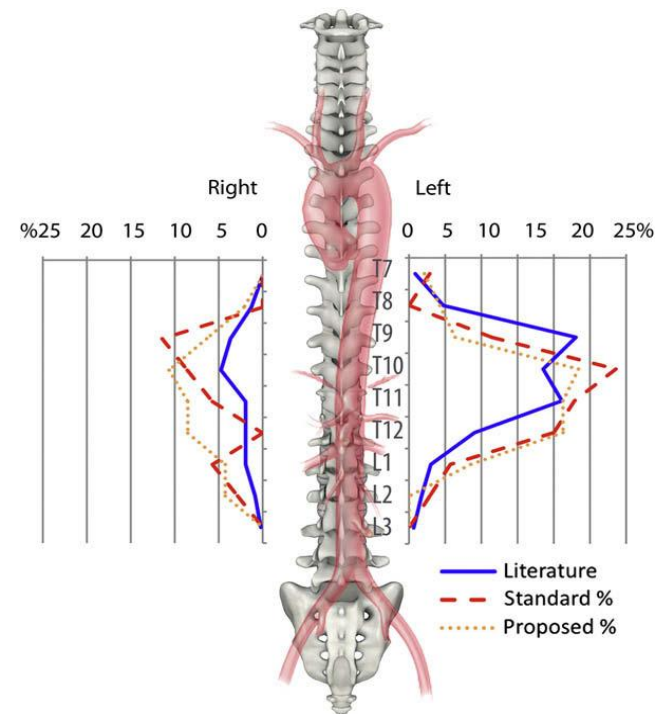
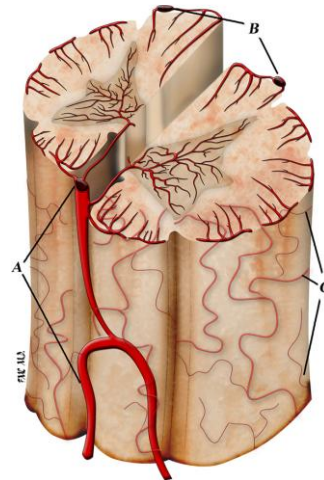
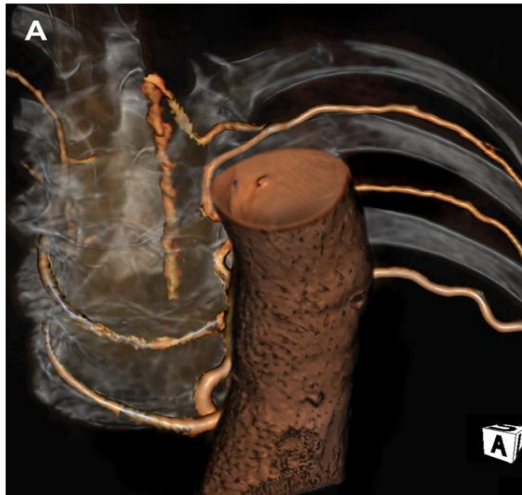
ANEURISMAS TORACO-ABDOMINAL

Indicaciones Quirúrgicas



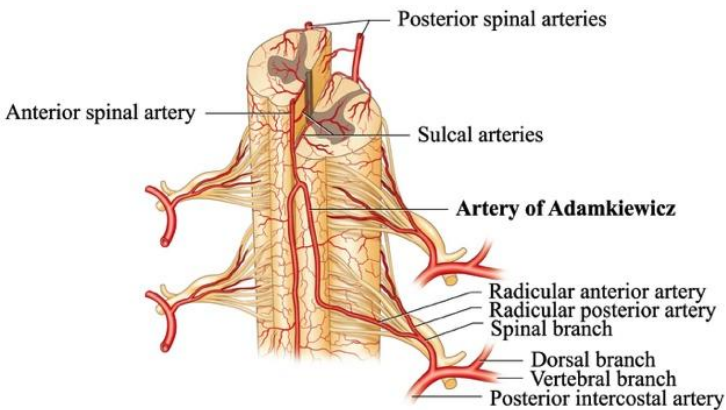
ANEURISMAS TORACO-ABDOMINAL

Paraplejia: Arteria de Adamkiewicz



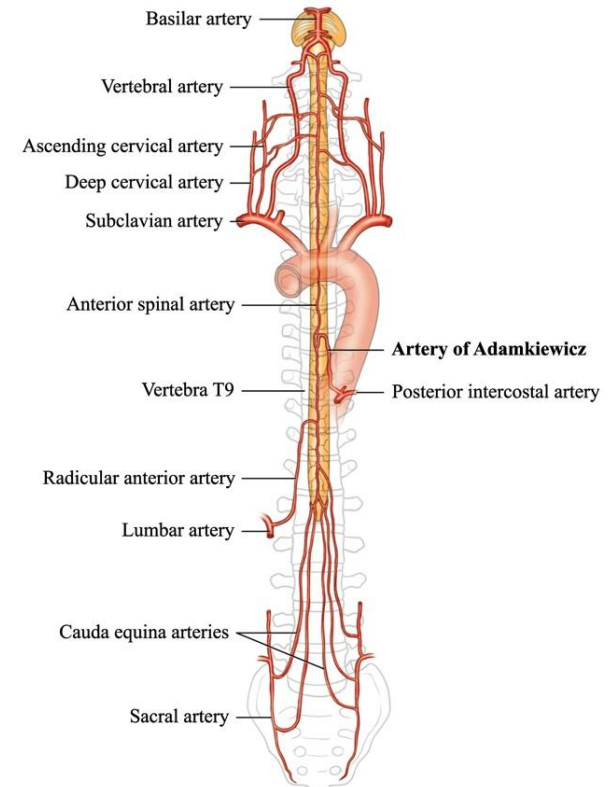
PARAPLEJIA

Modelo de Griep



PERFUSIÓN ESPINAL:

- Vertebral
- Intercostales
- Adamkiewicz
- Lumbares.
- Hipogástricas



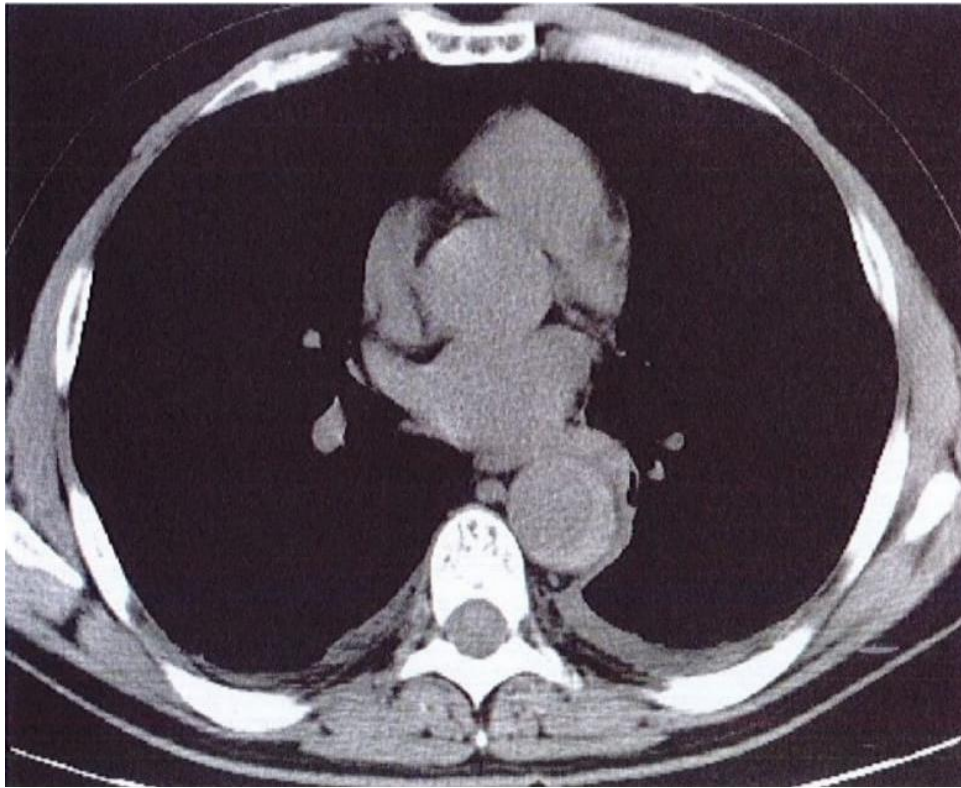
GRIEP RB. Natural history of descending thoracic and toracoabdominal aneurysm. Ann Thorac Surg 1999; 67: 1297-30

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

Preguntas MIR



La imagen de TC sin administración de contraste es característica de:





SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

Preguntas MIR

La imagen de TC sin administración de contraste es característica de:

1. Trombosis mural aórtica.
- 2. Hematoma intramural aórtico.**
3. Disección aórtica tipo B.
4. Úlcera penetrante aórtica.

Respuesta del ministerio: **2**

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

Preguntas MIR

Mujer de 50 años, hipertensa, que acude a urgencias porque, estando previamente bien, presentó un dolor súbito muy intenso en región torácica interescapular y en epigastrio, irradiado en cinturón. No refiere otra patología asociada. Ante el corte sagital con contraste de TC que se adjunta, ¿cuál de los siguientes diagnósticos sospecha?:

1. Disección de aorta.
2. Rotura de aorta.
3. Hematoma intramural de aorta.
4. Úlcera aórtica arteriosclerosa penetrante.



SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

Preguntas MIR

Mujer de 50 años, hipertensa, que acude a urgencias porque, estando previamente bien, presentó un dolor súbito muy intenso en región torácica interescapular y en epigastrio, irradiado en cinturón. No refiere otra patología asociada. Ante el corte sagital con contraste de TC que se adjunta, ¿cuál de los siguientes diagnósticos sospecha?:

1. **Disección de aorta.**
2. Rotura de aorta.
3. Hematoma intramural de aorta.
4. Úlcera aórtica arteriosclerosa penetrante.

