

Nuevo Abordaje Diagnóstico Utilizando Dímero-D y Angiotomografía en Pacientes con Sospecha de Disección Aguda de Aorta

Alexandre de Matos Soeiro

Unidade Clínica de Emergência - InCor – HCFMUSP, São Paulo, SP – Brasil

La disección aguda de aorta (DAA) es un gran desafío diagnóstico para todos los que trabajan en unidades de emergencia. Es común que ese diagnóstico no sea recordado por el equipo médico y, consecuentemente, que pacientes con gran letalidad reciban alta hospitalaria sin tratamiento adecuado.¹⁻³

No existe ningún biomarcador específico de DAA. Generalmente la troponina aparece negativa por no a ver afectación miocárdica y por la precocidad de la presentación del cuadro clínico.⁴

El concepto de que el dímero-D representa de un producto de degradación de fibrina está bien enraizado en la literatura. De esa forma, cualquier enfermedad que produzca trombos tendrá elevación de dímero-D, hecho ese verificado y ampliamente utilizado en el tromboembolismo pulmonar. En el contexto de dolor torácico, d-Dímero mayor que 500 ng/L había demostrado tener sensibilidad en torno de 100% y especificidad de 54% en el diagnóstico de DAA en estudio retrospectivo. Cuando es asociado a valores de presión arterial sistólica mayores o iguales a 180 mmHg, la sensibilidad disminuye a 40%, sin embargo su especificidad llega a 96%. Parecía por lo tanto, tener alto valor predictivo negativo y en pacientes de bajo riesgo cuando era normal, talvez auxiliase en la exclusión del diagnóstico.^{4,5}

De esa forma, fue publicado recientemente en el *Circulation* el estudio *ADVISED*, prospectivo, multicéntrico y con la participación del Brasil. En ese estudio fueron evaluados 1850 pacientes con dolor torácico en unidades de emergencia, en los cuales fue dosificado el dímero-D y correlacionado directamente con el diagnóstico final de DAA o no.⁶ El límite de normalidad de dímero-D utilizado fue de 500 ng/ml. Los pacientes fueron evaluados y puntuados por el *aortic dissection detection risk score* (ADD-RS, 0 to 3), establecido en la directriz europea de cardiología, que determinaba la probabilidad pre-test para DAA (tabla 1).⁷ Cuando el paciente recibía otro diagnóstico o no realizaba ecocardiograma

transesofágico, angiotomografía de aorta o aortografía, el mismo era seguido por 14 días después del evento.⁶

El resultado más importante del estudio fue mostrar que cuando el AAD-RS fue de 0 ó 1 y el dímero-D < 500 ng/ml, el valor predictivo negativo para DAA fue de 99,7%. De esa forma, esa estrategia pasaría a ser recomendada por los autores como una posibilidad segura de descartar DAA en la sala de emergencias. La propuesta sería aplicar el AAD-RS y solicitar dímero-D en todos los pacientes con sospecha de DAA. Cuando el AAD-RS sea ≤ 1 y dímero-D < 500 ng/dl, DAA está descartada. Mientras tanto, si AAD-RS > 1 o ≤ 1 + dímero-D ≥ 500 ng/dl, el paciente debe ser sometido a angiotomografía de aorta rutinariamente.⁶

La publicación de ese estudio genera una manera diferente de abordar el dolor torácico en la cual el diagnóstico de coronariopatía no fue inmediato. A partir de ahora, tal vez las directrices sufran modificaciones y, semejante al abordaje del tromboembolismo pulmonar, el uso de un score de probabilidad pre-test asociado al dímero-D para DAA se vuelve algo obligatorio. Eso tiene un gran potencial de reducir la demanda indiscriminada de angiotomografía de aorta en pacientes sin real necesidad, evitando la exposición al contraste yodado y a la radiación, así como evita que el paciente con probabilidad real de DAA reciba alta hospitalaria sin el debido diagnóstico y tratamiento. Dentro de la realidad brasileña, se vuelve algo factible solamente en pocos centros con disponibilidad de realización de dímero-D y angiotomografía en la unidad de emergencia. Existe, inclusive, un potencial de reducción de costos asociados a una menor demanda de angiotomografías sin indicación precisa o guiada apenas por sospecha clínica subjetiva.

Contribución de los autores

Análisis e interpretación de los datos: Soeiro AM; Redacción del manuscrito: Soeiro AM; Revisión crítica del manuscrito respecto al contenido intelectual importante: Soeiro AM.

Potencial Conflicto de Intereses

Declaro que no hay conflicto de intereses pertinentes.

Fuentes de Financiamiento

El presente estudio no tuvo fuentes de financiamiento externas.

Vinculación Académica

No hay vinculación de este estudio a programas de postgrado.

Palabras clave

Aneurisma Aórtico/cirugía; Dímero D; Angiografía por Tomografía Computada; Fibrina; Emergencias.

Correspondencia: Alexandre de Matos Soeiro •

Rua João Moura, 870, 192b. Código Postal 05412-002, Pinheiros, São Paulo – Brasil

E-mail: alexandre.soeiro@cardiol.br

Artículo recibido el 12/12/2017; revisado el 17/12/2017; aceptado el 3/1/2018

DOI: 10.5935/2318-8219.20180010

Tabla 1 – Score de riesgo de detección de disección aórtica (Adaptada de Erbel R, et al.⁷)

Antecedentes personales:
Síndrome de Marfan
Historia familiar de enfermedad de aorta
Enfermedad valvular aórtica conocida
Aneurisma de aorta torácica conocido
Manipulación previa de aórtica torácica
Presentación clínica:
Dolor abdominal, torácico o en dorso descrito como: inicio abrupto; intensidad máxima y/o; lacerante.
Señales de mala perfusión:
Asimetría de pulsos
Asimetría de presión arterial sistólica
Déficit neurológico
Soplo diastólico aórtico
Shock o hipotensión arterial
Cada hallazgo descrito encima = 1 punto

Referencias

1. Tsai TT, Nienaber CA, Eagle KA. Acute aortic syndromes. *Circulation*. 2005;112(24):3802-13. Doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.105.534198
2. Nienaber CA, Powell JT. Management of acute aortic syndromes. *Eur Heart J*. 2012; 33(1):26-35b. doi:10.1093/eurheartj/ehr186.
3. Sheikh AS, Ali K, Mazhar S. Acute aortic syndrome. *Circulation*. 2013;128(10):1122-7. Doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.112000170.
4. Ramanath VS, Oh JK, Sundt III TM, Eagle KA. Acute Aortic Syndromes and Thoracic Aortic Aneurysm. *Mayo Clin Proc*. 2009;84:465-481.
5. Ranasinghe AM, Bonser RS. Biomarkers in acute aortic dissection and other aortic syndromes. *J Am Coll Cardiol*. 2010;56(19):1535-41. Doi:10.1016/j.jacc.2010.01.076
6. Nazerian P, Mueller C, de Matos Soeiro A, Leidel BA, Salvadeo SAT, Giachino F, et al. et al. Diagnostic Accuracy of the Aortic Dissection Detection Risk Score Plus D-Dimer for Acute Aortic Syndromes: The ADVISED Prospective Multicenter Study. *Circulation*. 2017 Oct 13. pii: CIRCULATIONAHA.117.029457. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.029457.
7. Erbel R, Aboyans V, Boileau C, Bossone E, Di Bartolomeo R, Eggebrecht H, et al. ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Aortic Disease. *Eur Heart J*. 2014;35(41):2873-926.