

La plaga olvidada

The forgotten plague

JULIO CÉSAR GÓMEZ, ALVARO ARANGO BOGOTÁ, D. C.

Resumen

Paciente de 41 años, con cuadro de disnea súbita de tres semanas de evolución, cuya radiografía torácica evidencia imagen mediastinal sugestiva de masa dependiente de aorta, que rechaza y comprime la tráquea hacia la derecha en forma importante. Se realizó tomografía axial computarizada contrastada que muestra dilatación de la aorta torácica inicial, y masa dependiente de cayado aórtico y de aorta descendente. Los antecedentes, la revisión por sistemas y el examen físico son normales. Se hospitaliza, y se realiza ecocardiograma y aortograma que confirman la existencia de dos aneurismas: uno en cayado aórtico y otro en aorta descendente. Se lleva el paciente a cirugía realizándose reemplazo de cayado aórtico sin complicaciones. El posoperatorio es satisfactorio, y el paciente es dado de alta. Se discuten las posibles etiologías en el interior del artículo. (*Acta Med Colomb 2003; 28: 80-82*)

Palabras clave: disnea, síncope, aneurisma del cayado aórtico, sífilis terciaria.

Abstract

The patient is a 41 year old male, who related a history of three weeks of sudden dyspnea, who has a thoracic radiograph that shows a mediastinal image, suggestive to be an aorta-dependent mass, that pushes the trachea to the right and collapse it, in a very important way. The contrasted computed tomography shows dilatation of initial thoracic aorta, and a mass dependent of the aortic arch and descending aorta. The previous clinical history, the systematic related symptoms, and physical examination were normal. Echocardiography and aortogram confirm two aneurisms: one in the aortic arch and another in the initial descending aorta. The patient underwent surgery, and a replacement of the aortic arch was performed. The patient's evolution was satisfactory, and he was discharged 5 days later from the hospital. The possible causes are discussed in the article. (*Acta Med Colomb 2003; 28: 80-82*)

Key words: dyspnea, syncope, aortic arch aneurysma, tertiary syphilis.

Caso clínico

Ingresa al servicio de urgencias de la Clínica Shaio en marzo de 2002, un paciente de sexo masculino de 41 años de edad, de ocupación constructor, remitido de otra institución de salud por cuadro de 20 días de evolución de disnea súbita y sensación de opresión en la garganta manejado como crisis asmática; en forma posterior presentó un síncope, un síndrome de muerte súbita que requirió reanimación cardio cerebro pulmonar, y un episodio de hemoptisis. Al momento del ingreso se encuentra asintomático.

No tiene antecedentes de asma, hipertensión, diabetes mellitus o sedentarismo, ni ha sido sometido a procedimientos quirúrgicos. Refiere tabaquismo de cinco paquetes-año. No presenta otros antecedentes. No se encuentran otros síntomas a la revisión por sistemas.

Al examen físico de ingreso se encuentra alerta, hidratado, tensión arterial en miembro superior derecho 137/93; miembro superior izquierdo 151/62, frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 por minuto. No se encuentran cataratas, agudeza visual normal. Se palpa latido fuerte en horquilla esternal, no hay soplo carotídeo; tórax simétrico, no hay alteraciones a la auscultación cardíaca y respiratoria. Abdomen blando, depresible, no doloroso. Pulsos distales normales, no hay déficit neurológico.

El paciente trae radiografía de tórax que muestra desviación de la tráquea hacia la derecha y compresión de ésta por masa dependiente de botón vascular aórtico (Figura 1). La tomografía axial computarizada con medio de contraste muestra masa que comprime y desplaza la tráquea hacia la derecha, y es de la misma radioopacidad que la aorta, a la

Recibido 05/03/03. Aceptado 31/03/03

Dr. Julio César Gómez Rincón: Médico Cirujano, Universidad Nacional de Colombia; Dr. Alvaro Arango Duque: Médico Infectólogo Universidad París VII, MSc Universidad París XII. Infectólogo Clínica Shaio. Fundación Clínica Shaio. Bogotá D. C.

Correspondencia: Dr. Julio César Gómez Rincón. Carrera 30 calle 45, Fac. de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D. C.

E-mail: emiromarco@latinmail.com

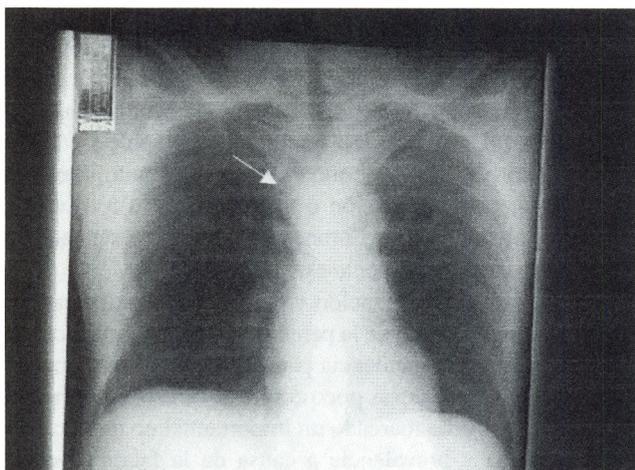


Figura 1. Radiografía torácica AP. La flecha muestra la tráquea desplazada hacia la derecha por masa dependiente de botón vascular aórtico.

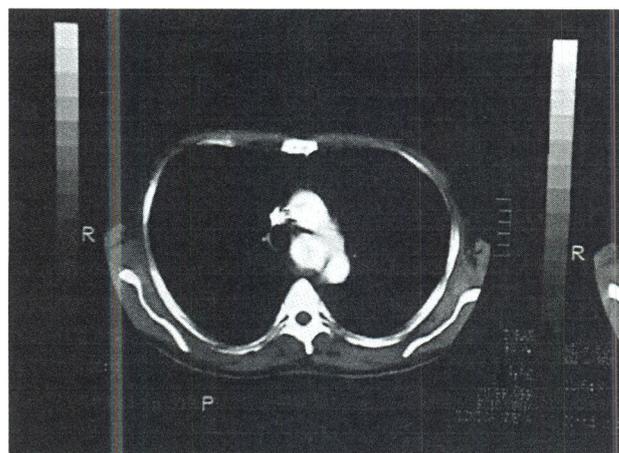


Figura 2. TAC de tórax contrastado. El TAC muestra imagen de la misma densidad de la aorta que desplaza la tráquea.

altura del cayado y de la aorta ascendente torácica por debajo de la subclavia (Figura 2).

Se considera diagnóstico de aneurisma sacular del cayado aórtico e inicio de la aorta descendente. Se hospitaliza el paciente a cargo del departamento de cirugía cardiovascular. El 4 de marzo se realiza ecocardiograma transtorácico que muestra dicho aneurisma, y se realiza aortograma que confirma "aneurisma sacular al nivel de cayado aórtico en sentido anterior al origen de la subclavia y carótida izquierdas, aunque sin comprometer el origen de estas arterias (Figuras 3 y 4). Así mismo, aneurisma moderado al nivel de la aorta torácica descendente después del istmo." El 7 de marzo de 2002 es llevado a sala de cirugía bajo anestesia general, y con ayuda de circulación extracorpórea realizando hipoter-

mia profunda, arresto circulatorio total, y protección cerebral a través de perfusión cerebral retrógrada por la vena cava superior, se procedió a reemplazar el cayado aórtico por prótesis de dacrón, terminándose el procedimiento sin complicaciones. Dada la adecuada evolución se da salida el 10 de marzo de 2002. El informe de patología reporta mesoaortitis sugestiva de sífilis (Figura 5), que se confirma por serología reactiva a 1:32 diluciones y posterior FT A-Abs positivo.

En forma ambulatoria es valorado por el infectólogo de la institución, quien reinterrogando encuentra antecedente de promiscuidad; el paciente recibe tratamiento inicial con penicilina benzatínica 2'400.000 UI y controles posteriores de VDRL trimestralmente hasta negativizarse. Se consideran como diagnósticos finales los siguientes: 1) aneurisma sacular

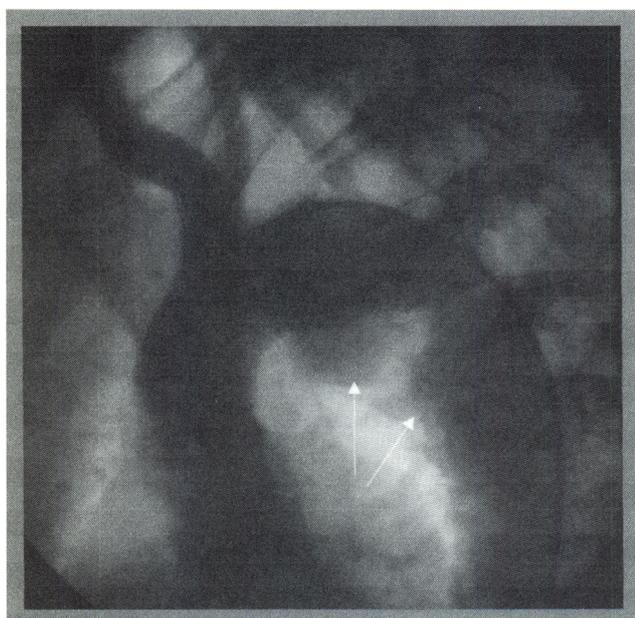


Figura 3. Aortograma en oblicua izquierda anterior. Las flechas señalan el aneurisma en cayado aórtico, y el aneurisma en aorta descendente.

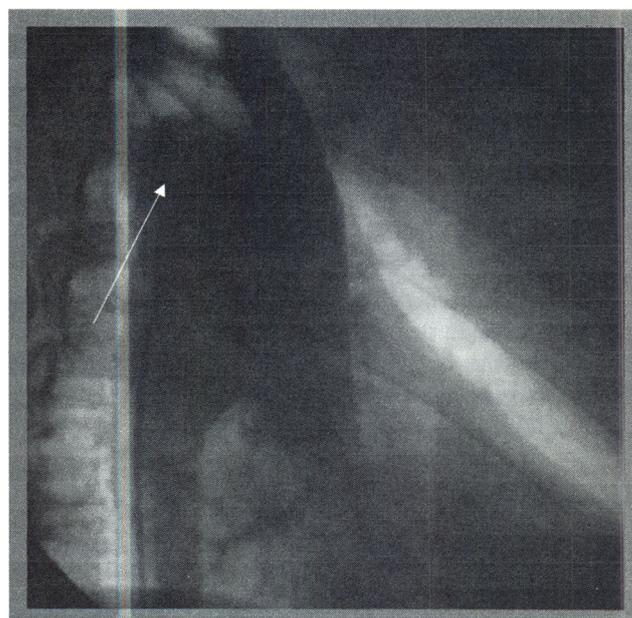


Figura 4. Aortograma en oblicua derecha anterior. La flecha señala el aneurisma del cayado aórtico.

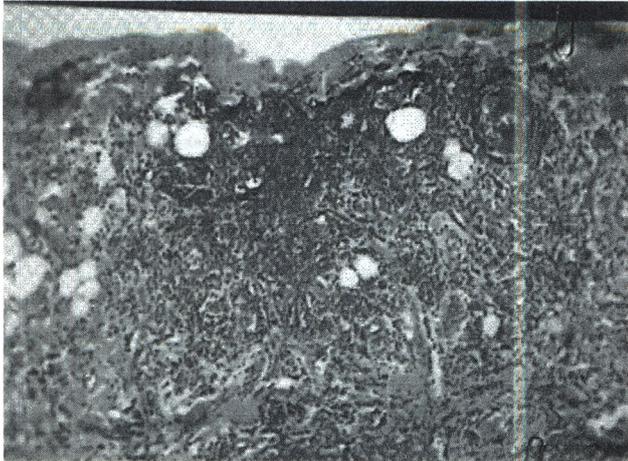


Figura 5. Histología del aneurisma aórtico. Se observa infiltrado de predominio linfocítico, y oclusión de vasos capilares (endarteritis obliterante).

del cayado aórtico; 2) sífilis terciaria aórtica; y 3) corrección de aneurisma sacular con cirugía.

Discusión

Se trata de un paciente joven, sin factores de riesgo cardiovascular, que presenta episodios de disnea súbita, que se estudian mediante imagenología hallándose aneurismas en cayado aórtico y aorta torácica descendente, confirmados a través de ecocardiograma y aortograma. ¿Qué le causó esta entidad a este paciente?

Los aneurismas aórticos tienen como etiologías principales la aterosclerosis (que explica el mayor número de casos), los síndromes de Marfan y Ehlers - Danlos, la tuberculosis, los aneurismas micóticos, por vasculitis, traumáticos, congénitos y sífilíticos (1).

Los aneurismas por aterosclerosis son los más frecuentes, y en presencia de otro factor de riesgo como el tabaquismo la probabilidad aumenta. Sin embargo, no evidenciamos en las radiografías, ni al aortograma, proceso ateromatoso aórtico que explique el aneurisma en este paciente joven y sin factores de riesgo para aterosclerosis. Además, el 75% de los aneurismas ateroscleróticos son abdominales infrarrenales. No parece ser candidato a manifestaciones tan localizadas de un proceso aterosclerótico.

Tampoco presenta clínica de entidades como el síndrome de Marfan y de Ehlers - Danlos, y es raro que se manifiesten tan tardíamente. No hay tampoco antecedentes traumáticos. No se observan signos radiográficos de tuberculosis, y no es usual la tuberculosis vascular como primaria.

Referencias

1. **Dzau X. Etgei gt'O.** Diseases of the aorta. En Fauci AS, Brounwald , Isselbaches RJ, Wilson JA, Martin JB, Kasper DL, et al. Harrison, principles of

Internal Medicine. 15^o ed. New York McGraw Hill; 2001: 1589-1592.
2. **olein epidemiológico distrital,** 2000. 26 de marzo a 17 de junio. Volumen 5, número 4, 5, y 6. Pág 14-28.

3. **Acosta J.** Epidemiología de las enfermedades de transmisión sexual, Colombia, 1985-1996. IQEN 2002; 4: 230-5.
60 **Allan R.** The Johns Hopkins microbiology newsletter. 2001; 20 (28).

Entre las posibles causas se encuentra una que en décadas anteriores explicaba la casi totalidad de estas lesiones: la aortitis sífilítica. Es hombre, joven, de bajo nivel socioeconómico, y refiere antecedente de promiscuidad en su juventud. Es una opción importante, probable y fácil de comprobar, por medio de un VDRL que es una prueba de bajo costo, fácil realización e interpretación. En este caso confirmó el diagnóstico. Entonces, ¿por qué en este paciente no se sospechó inicialmente esta enfermedad?

Desde la comercialización y posterior uso masificado (e incluso irresponsable) de la penicilina, estas complicaciones han disminuido su incidencia paulatinamente, hasta convertirse en una de las causas poco comunes de esta enfermedad. La misma sífilis ha marcado un importantísimo descenso en su incidencia y prevalencia a causa de la facilidad de su tratamiento, y esto ha llevado a que sea poco tenida en cuenta. A que sea olvidada y tomada con ligereza. A pensar que ya no existe.

Pero la sífilis dista de desaparecer. En Bogotá para 1998 las infecciones de transmisión sexual (ITS) fueron la quinta causa de morbilidad por consulta (2), y en Colombia durante 1996 la sífilis en todas sus formas abarcaba el 26,59% de las ITS (3). Y lo más grave es que se detectó principalmente en su etapa tardía, lo que indica que no se diagnostica tempranamente (como en este caso) o se trata inadecuadamente. Y la tendencia es que la incidencia después de descender durante los últimos treinta años, ha vuelto a aumentar. Por ejemplo la tasa de incidencia de la sífilis (exceptuando la sífilis congénita) en 1986 fue de 43,56 por 100000 en 1986, cayó en 1997 a 3,92, para en 1999 subir a 11,23, sólo en Bogotá.

No podemos hacer de la sífilis una plaga olvidada. Se trata de una enfermedad curable, pero requiere un cierto grado de sospecha para su diagnóstico, y prudencia en su manejo y seguimiento. No podemos olvidar que las personas con sífilis tienen entre dos y nueve veces más probabilidades de infectarse con VIH, y que la coinfección con otras ITS no debe descartarse, lo que la hace un problema de salud pública (4). Es por ello necesario implementar programas de prevención basados en la educación, la vigilancia epidemiológica, y de búsqueda y tratamiento por el sistema de salud para evitar que la sífilis se nos siga saliendo de las manos.

Agradecimientos

Los autores expresan su agradecimiento a los doctores Hernando Orjuela, Víctor Caicedo, Hernando Santos, Néstor Sandoval, del Departamento de Cirugía Cardiovascular, al Dr. Edgar Hurtado Ordóñez, del departamento de Hemodinamia, y Cardiología intervencionista, y al Dr. Felipe Arboleda Casas, jefe del Departamento de Patología, de la Fundación Clínica Shaio.