



Dolor mandibular como manifestación atípica de disección aórtica

Mandibular pain as an atypical manifestation of aortic dissection

Harrinson Requejo

Hospital de Alta Complejidad "Virgen de la Puerta", Trujillo, Perú

Fecha de recepción: 10/11/2024

Fecha de aceptación: 06/12/2024

Fecha de publicación: 30/12/2024

Correspondencia: Harrinson Requejo. harrinson09@gmail.com

Resumen

Si una disección aórtica con presentación clínica atípica se diagnostica tardíamente tiene alto riesgo de complicaciones y mortalidad. Se reporta un caso de dolor mandibular como síntoma inicial de disección aórtica.

Presentación del caso: se reporta un varón de 38 años el cual presenta dolor mandibular como síntoma inicial de disección aórtica aguda, el cual se extendió hasta aorta abdominal y arterias renales. **Conclusiones:** El dolor mandibular es una manifestación poco frecuente o rara como síntoma inicial de disección aórtica aguda, además esta patología es una emergencia médica de primer orden que requiere tratamiento quirúrgico de inmediato.

Palabras clave: Disección aórtica. Dolor mandibular. Ecocardiografía. Angiotomografía. (DeCS-BiREME)

Abstract

When an aortic dissection with an atypical clinical presentation is diagnosed late, it carries a high risk of complications and mortality. This report presents a case of mandibular pain as the initial symptom of aortic dissection. **Case presentation:** A 38-year-old male patient is reported who presented with mandibular pain as the initial symptom of acute aortic dissection, which extended to the abdominal aorta and renal arteries. **Conclusions:** Mandibular pain is an infrequent or rare manifestation as the initial symptom of acute aortic dissection. Additionally, this pathology is a first-order medical emergency that requires immediate surgical treatment.

Keywords: Aortic dissection. Mandibular pain. Echocardiography. Angiotomography. (MeSH-NLM)

Citar este artículo como: Requejo H. Dolor mandibular como manifestación atípica de disección aórtica. Rev Soc Peru Med Interna 2024; 37(4): 268-270. Disponible en: <https://doi.org/10.36393/spmi.v37i4.899>

Rev Soc Peru Med Interna 2024; 37(4): 268-270

<https://doi.org/10.36393/spmi.v37i4.899>

www.revistaperuanademedicinainterna.com

Introducción

La disección aórtica es el síndrome aórtico agudo más frecuente (80-90%), cuya etiología es la disrupción de la íntima que da lugar a un plano de disección en la media que puede propagarse en dirección anterógrada (en la mayoría de los casos), o en dirección retrograda. Es una enfermedad con elevado porcentaje de mortalidad hospitalaria 27,4%, debido a ello es importante un diagnóstico rápido y preciso.^{1,6} El primer paso para el diagnóstico es indagar sobre los síntomas y signos, en este caso el más clásico es un dolor torácico o dorsal intenso de aparición súbita. Otros síntomas menos frecuentes pueden retrasar el diagnóstico y, por lo tanto, aumentar de la morbilidad. La aparición de dolor mandibular se ha descrito en algunos casos, en los cuales se ha relacionado con la afectación de la aorta ascendente.

En este documento se informa de un caso raro de disección aórtica cuya presentación inicial fue dolor mandibular izquierdo.

Presentación del caso

El paciente fue un varón de 38 años sin enfermedades diagnosticadas previamente, el cual presenta dolor mandibular izquierdo de aparición súbita, tipo punzada, el cual aumenta progresivamente de intensidad hasta ser intolerable. Acude a emergencia del hospital doce horas luego de haber iniciado el dolor mandibular, sus signos vitales al ingreso fueron presión arterial de 180/70 mmHg, con una frecuencia cardíaca de 134 latidos por minuto, a la exploración física se encontró un soplo cardíaco sistólico en foco aórtico, no se evidenció déficit motor ni trastorno de sensorio.

El electrocardiograma al ingreso reveló nodo sinusal normal y la radiografía de ensanchamiento de mediastino. (**Figura 1**) Los resultados de laboratorio se muestran en la **tabla 1**.

Tabla 1. Exámenes de laboratorio al ingreso.

Hemoglobina	13,2 g/dl
Plaquetas	180.000 ul
Leucocitos	8,700 /ul
Creatinina	1,3 mg/Dl
Urea	24 mg/dl
Troponina	5 ng/l
Bilirrubina Total	1,1 mg/dl
Tiempo De Protrombina	1,1 SEG
TGO/TGP	33/27

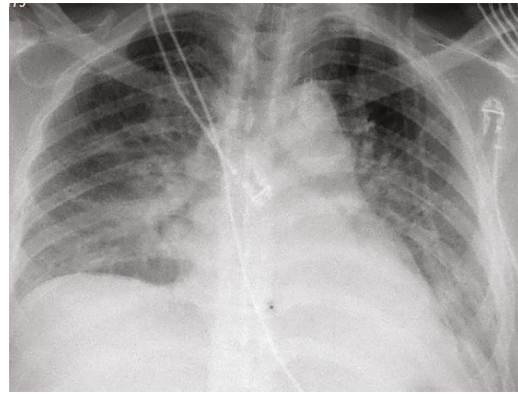


Figura 1. Radiografía que muestra ensanchamiento de la silueta cardíaca y mediastino.

Se le realiza ecocardiograma en el cual se evidencia la arteria aorta con presencia de doble lumen y flap intimal. (**Figura 2**) La angiotomografía contrastada mostró disección aórtica con extensión de la disección a la aorta abdominal. (**Figura 3**)

Aproximadamente a las diez horas después del ingreso, a la clínica se agrega disnea con leves esfuerzos, dolor torácico y síntomas neurovegetativos e hipotensión.

Llevado a cabo el diagnóstico, el paciente fue inmediatamente trasladado a otro hospital con mayor capacidad resolutoria para reparación quirúrgica. Se le realizó la cirugía de Bentall.

En el postoperatorio, el paciente experimentó alteración de la función cerebral y convulsiones debido a múltiples infartos cerebrales, embólicos y hemodinámicos; luego de meses en ventilación mecánica, el paciente falleció producto de complicación de infecciones asociadas a cuidados de la salud.

Discusión y revisión de la literatura

La presentación clásica de la disección aórtica es un dolor torácico o dorsal de aparición súbita 80-90%: sin embargo, un menor porcentaje 4% de los pacientes al principio no tiene dolor torácico y su tasa de mortalidad es mayor.^{2,5} El dolor mandibular de nuestro paciente es una presentación atípica de disección aórtica aguda. Los motivos de la ausencia de dolor torácico inicialmente se consideró la ubicación de la disección en aorta ascendente. Se han reportado casos de disección aórtica sin dolor torácico; puede ocurrir con episodios de síncope, insuficiencia cardíaca y accidentes cerebrovasculares.^{2,5}

En este caso, el dolor mandibular fue considerado un dolor irradiado provocado por la disección aórtica. Se conoce que la irradiación del dolor cardiogénico está mediado por fibras aferentes viscerales y neuronas sensoriales que inervan el área de radiación del dolor los cuales tienen un origen común en la columna dorsal.

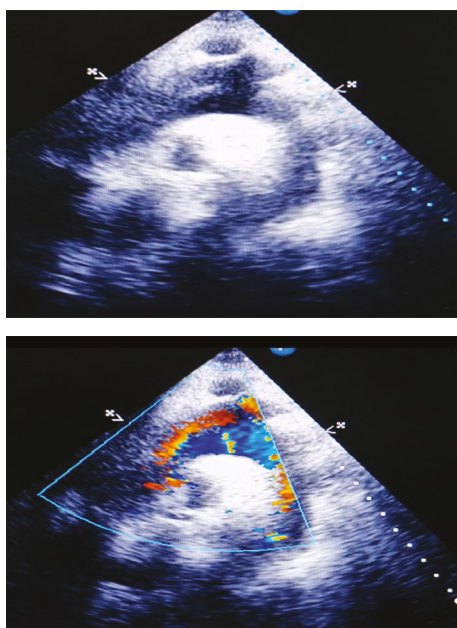


Figura 2. Ecocardiografía vista supraesternal que evidencia falso lumen.

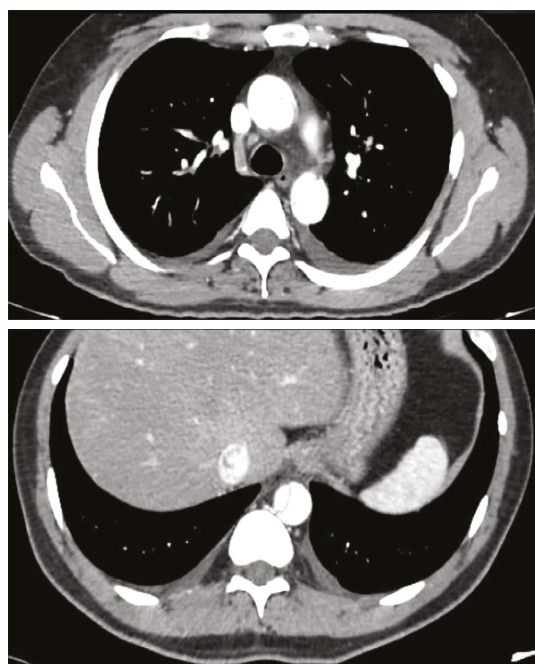


Figura 3. Angiotomografía en un plano axial que demuestra aorta con presencia de falsa luz y luz verdadera, la cual se extiende hasta aorta abdominal.

Otro mecanismo aceptado es el dolor por estimulación de ramas recurrentes del nervio vago, las cuales se disponen alrededor del arco aórtico y transmiten información sensorial.⁵

La ecocardiografía es una herramienta de diagnóstico no invasiva, rápida, cuyos hallazgos importantes son la presencia de doble luz y colgajo de la íntima; la angiotomografía determinó el diagnóstico definitivo y la extensión de la disección, con lo cual se pudo evidenciar la gravedad y necesidad de manejo quirúrgico inmediato.^{3,4}

Desafortunadamente, el tiempo transcurrido entre el ingreso al hospital, su diagnóstico y el manejo definitivo debido fue determinante para la aparición de complicaciones, lo cual fue dado por la falta de capacidad resolutoria y necesidad de transferencia a otro nosocomio.

Conclusiones

El dolor mandibular es una manifestación poco frecuente o rara como síntoma inicial de disección aórtica aguda. Además, esta es una emergencia médica de primer orden que requiere tratamiento quirúrgico de inmediato.

Financiamiento

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento de los sectores públicos, comercial o sin fines de lucro.

Conflictos de interés

El autor declara no tener conflicto de interés.

Contribución del autor

HR declara haber concebido y desarrollado la idea del artículo, haber revisado la bibliografía respectiva y haber redactado y aprobado la versión final.

Referencias

1. Tago M, Furukawa NE, Yamaguchi R, Tokushima Y, Aihara H, Yamashita S-I. Left mandibular pain: a rare initial symptom of acute aortic dissection without coronary obstruction. *Intern Med* [Internet]. 2017 [citado el 1 de junio de 2024];56(13):1663–5.
2. Branger S, Daumas A, Hadamou A, Jean R, Chiche L, Durand J-M, et al. Jaw claudication as an atypical manifestation of aortic thoracic dissection in elderly people. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2008;56(6):1160–1.
3. Evangelista A, Flachskampf FA, Erbel R, Antonini-Cantarin F, Vlachopoulos C, Rocchi G, et al. Echocardiography in aortic diseases: EAE recommendations for clinical practice. *Eur J Echocardiogr* [Internet]. 2010 [citado el 1 de junio de 2024];11(8):645–58.
4. Westfall A, Garrett J. Computed tomography imaging in aortic dissection. *Clin Pract Cases Emerg Med* [Internet]. 2019 [citado el 1 de junio de 2024];3(3):316–7.
5. Mando R, Tim D, DeCicco A, Trivax J, Hanson I. Master of the masquerade: an atypical presentation of acute aortic dissection. *Case Rep Cardiol* [Internet]. 2020 [citado el 1 de junio de 2024];2020:1–4.
6. Pérez-Camargo D, Van-Hemelrijck M, Sromicki J, Mestres C. Diagnóstico y manejo del síndrome aórtico agudo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2022;60(2):188.