

DISECCION AORTICA



Conti, Nicolas | Aguilar, María Cecilia |
Pereira, Mario | Blanche Soaje, Emmanuel | González de Prado, German.
continicolas90@gmail.com
CABA, Argentina

Presentación del caso

Paciente masculino de 55 años consulta por dolor abdominal difuso y distensión de seis días de evolución asociado a un episodio de vómitos.

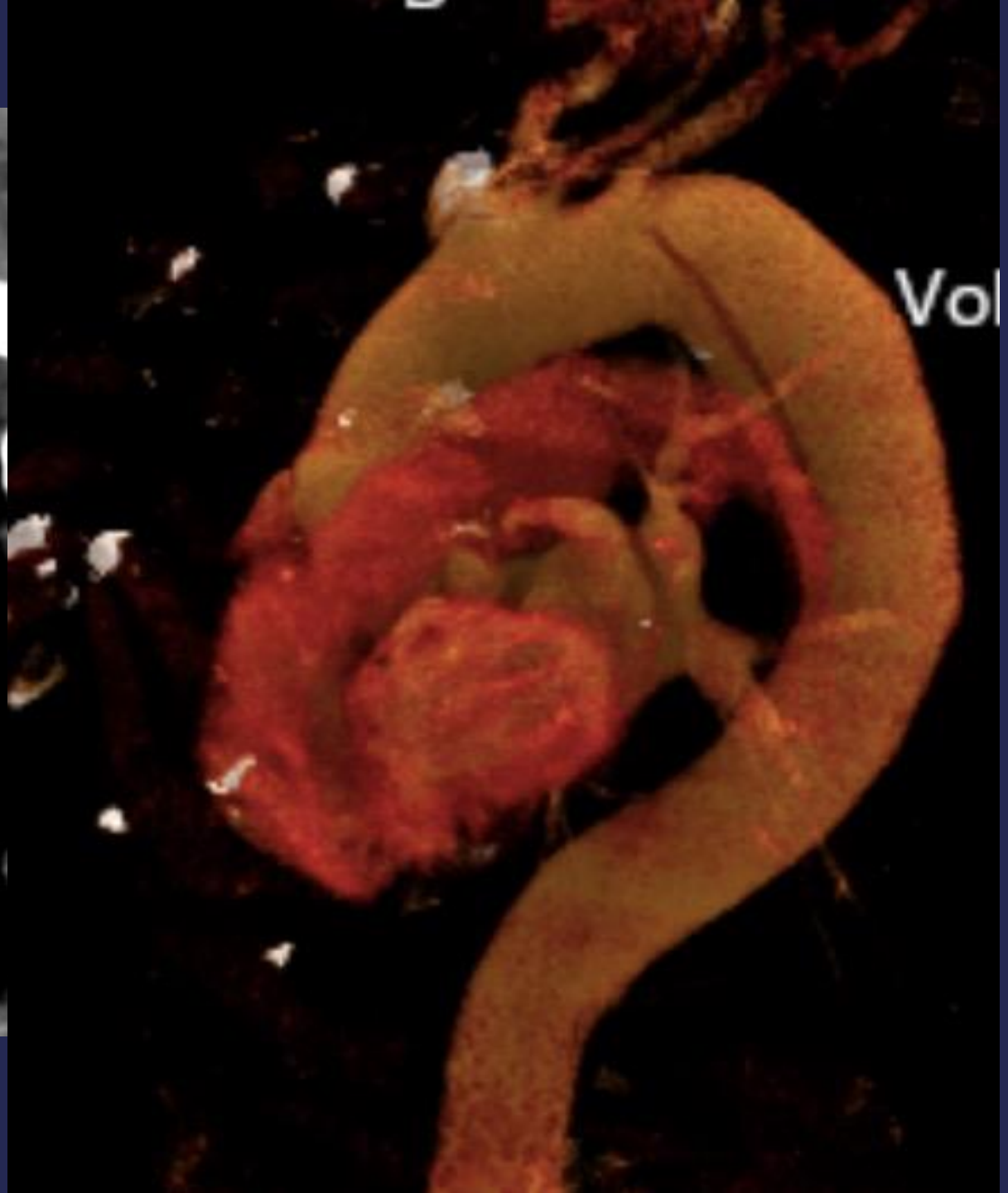
Antecedentes de hipertensión arterial, obesidad, fibrilación auricular e infarto renal izquierdo hace 15 años.

Hallazgos imagenologicos

Disección de aorta con flap de disección que inicia entre los nacimientos de la arteria carótida primitiva izquierda y subclavia izquierda, sin compromiso de esta ultima, con extensión a arteria ilíaca externa izquierda. Presenta flap de disección del tronco celiaco, compromiso de la arteria renal izquierda, arterias lumbares homolaterales y arteria ilíaca externa izquierda.

Luz verdadera (medial) con diámetro axial de aproximadamente 13 mm.

Luz falsa (lateral) con diámetro axial de 23 mm.



Discusión

La disección aortica es la forma más frecuente del síndrome aórtico agudo. Se produce por desgarro en la intima del vaso que permite que la sangre se dirija a la túnica media con la separación de la intima y adventicia. Se forman, dos luces en el interior del vaso separadas por un desgarro o “flap” intimal.

Se manifiesta con dolor torácico agudo central con irradiación a dorso, dolor abdominal, manifestaciones cerebrovasculares, signos de hipoperfusión, síncope.

El Gold Standard es la angiotomografía de tórax, abdomen y pelvis con contraste endovenoso que identifica el desgarro intimal que separa luz verdadera y falsa. La primera generalmente es la más pequeña, suele presentar calcificaciones, realce temprano y homogéneo tras el contraste y el tronco celiaco, arteria mesentérica superior y arteria renal derecha surgen de ella. La luz falsa es de mayor tamaño, menor realce tras el contraste y sus dos ubicaciones más frecuentes son: cara anterolateral derecha de la aorta ascendente y cara posterolateral izquierda de la aorta descendente.

La clasificación utilizada es la de Stanford que se basa en el compromiso de la aorta ascendente.

Stanford A: Involucra aorta torácica ascendente y arco aórtico con el tronco braquiocefálico, pudiendo extenderse hacia la aorta descendente. 70% aproximado y en su gran mayoría requieren tratamiento quirúrgico por su alta mortalidad debido al riesgo de oclusión coronaria, insuficiencia cardíaca o taponamiento cardíaco.

Stanford B: Afecta la aorta distal a la subclavia izquierda. 30% aproximado y en gran medida su tratamiento es médico, requiriendo intervención quirúrgica en caso de complicaciones asociadas.

Realizar un adecuado diagnóstico diferencial entre ambos tipos de disección resulta una de las claves más importantes que afectan la supervivencia del paciente.

Si bien los hallazgos imagenológicos orientan a una disección aortica de tipo A que requeriría un tratamiento quirúrgico urgente, la clínica del paciente y su comienzo relativamente insidioso revela la posibilidad de realizar un manejo médico ya que, a su vez las comorbilidades asociadas resultarían en otro factor que puede aumentar la mortalidad intraquirúrgica.

Conclusión

La disección aórtica representa la forma mas frecuente del síndrome aórtico agudo y cuenta con una alta tasa de morbi-mortalidad sin tratamiento. Por ello, el correcto diagnostico y clasificación resulta de vital importancia para la sobrevida del paciente, no obstante se debe tener en cuenta no solo los hallazgos imagenológicos del paciente, sino también su clínica, sus antecedentes y las comorbilidades asociadas que puedan resultar en un factor vital para su sobrevida.

Bibliografía

- S. Willoteaux et al. Imaging of aortic dissection by helical CT. Eur Radiol, 2004;14:1999-2008
- D. Mukherjee et al. Aortic Dissection. An Update. Current Problems in Cardiology 2005;30:287-325
- Castañer E, Andreu M, Gallardo X, Mata JM, Cabezuelo MA, and Pallardo Y. CT in Nontraumatic Acute Thoracic Aortic Disease: Typical and Atypical Features and Complications. RadioGraphics, October 1, 2003; 23(90001): S93 - 110.
- McMahon M, and Squirrell, C. Multidetector CT of Aortic Dissection: A Pictorial Review. Radiographics, March 2010. 30(2), 445-460.