



**Titulo: “Disección de Aorta e ilíacas
en un paciente pediátrico”.**

Autores: Vargas, María Cecilia; Crido, Silvina; Quintero, Karina; Alonso, José; Moguillansky, Silvia; Rizzi, Ana.

Lugar de realización: Hospital J. P. Garrahan

Introducción

La disección de aorta en el niño suele asociarse a cardiopatías congénitas (coartación o válvula aórtica bicúspide), colagenopatías, vasculitis o trauma grave. Raramente se plantea como diagnóstico diferencial ante la presencia de dolor torácico o abdominal agudo.

El diagnóstico y tratamiento precoz debe aplicarse para aumentar las posibilidades de supervivencia y tener un impacto favorable en el pronóstico a largo plazo.

Objetivo

Describir las características clínicas y de imágenes de un paciente pediátrico con disección de aorta y ambas ilíacas. Situación de muy baja frecuencia en este grupo etario. Así como el tratamiento intervencionista oportuno endoluminal.

Presentación del caso

- Paciente de sexo masculino de 14 años
- Consulta por dolor abdominal, astenia de 3 meses de evolución e hipertensión arterial con alteración de la función renal.
- Derivado a nuestro hospital para valoración y eventual tratamiento
- Mala adhesión al tratamiento y seguimiento.

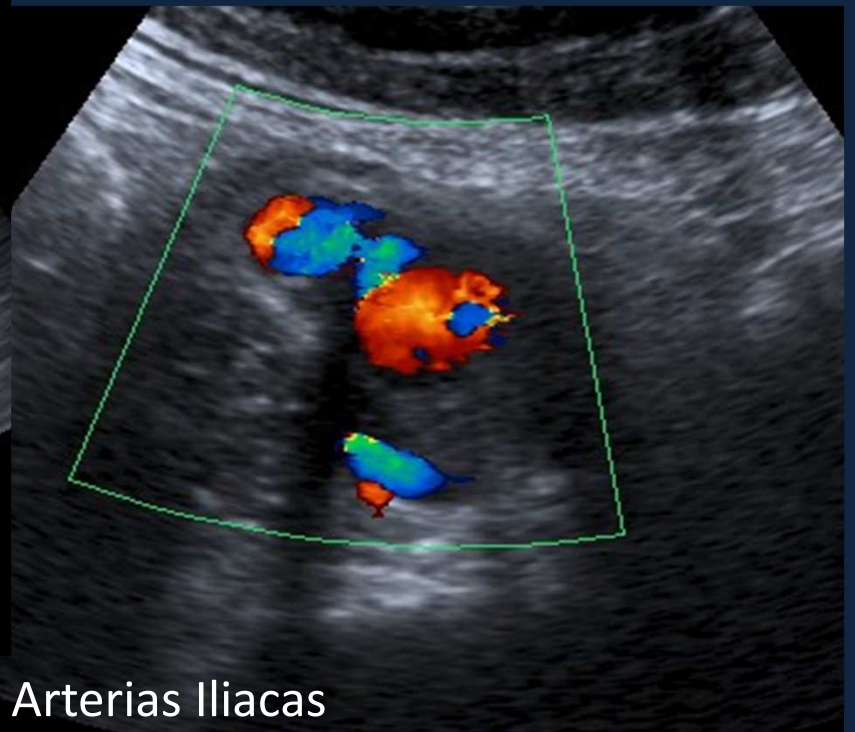
Antecedentes de enfermedad actual

- Insuficiencia renal crónica (riñón derecho hipoplásico, ureterohidronefrosis Izquierda).
- Miocardiopatía dilatada severa de ventrículo izquierdo (VI) con FE% 29 y FA 14%, insuficiencia tricuspídea, aórtica y mitral leve, sin seguimiento.
- Emergencia hipertensiva y parálisis facial central (4 años previos a la consulta).

Ecografía abdominal



Aorta abdominal



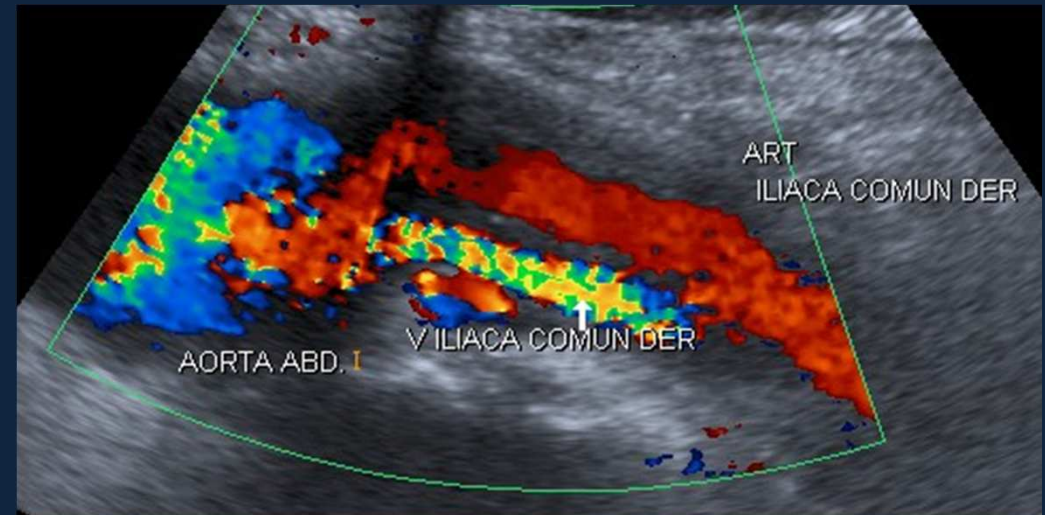
Arterias Ilicas

Mapeo color que muestra ensanchamiento del diámetro de aorta abdominal con aliasing del flujo endoluminal en aorta y ambas arterias iliacas.

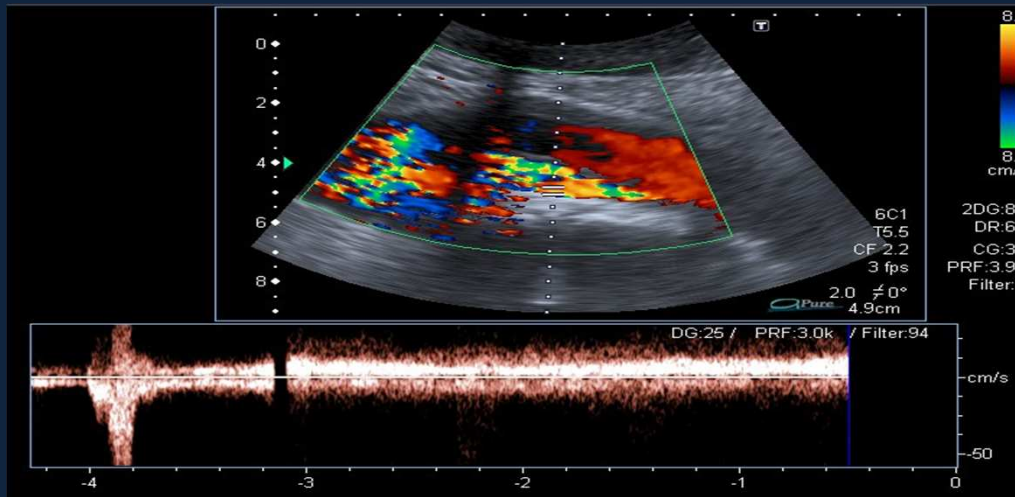
Ecografía abdominal



En escala de grises, cavidades anecoicas de borde anfractuosos arterias ilíacas.

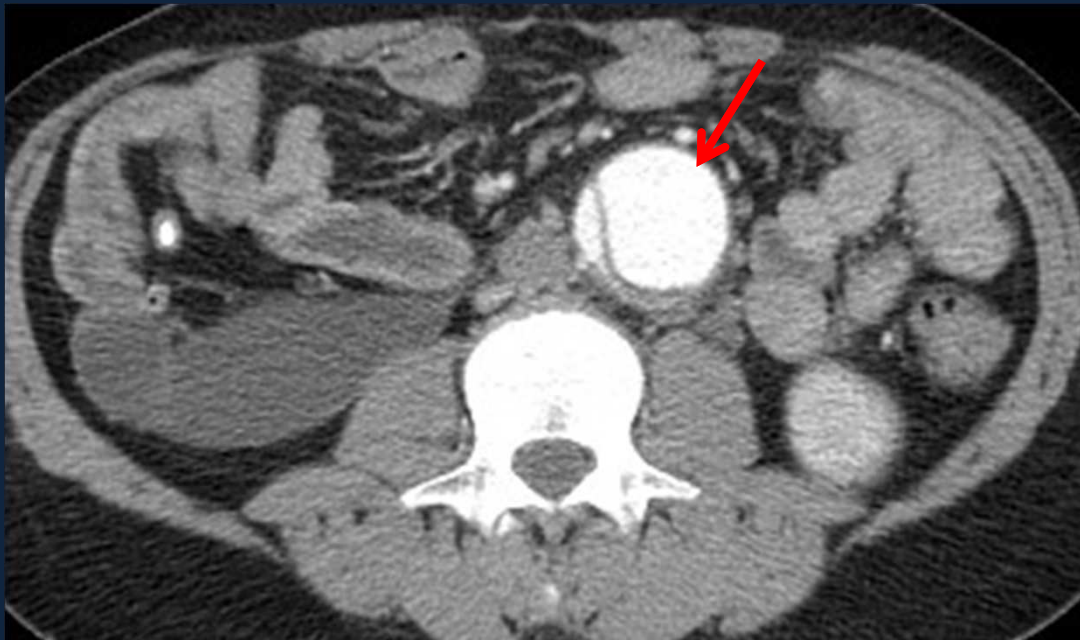


Corte longitudinal de aorta y vasos ilíacos derechos. Con aliasing en aorta e ilíaca der. de paredes engrosadas de y luz irregular



Diferentes velocidades y ondas de flujo dentro de la misma luz endovascular.

AngioTC abdominal



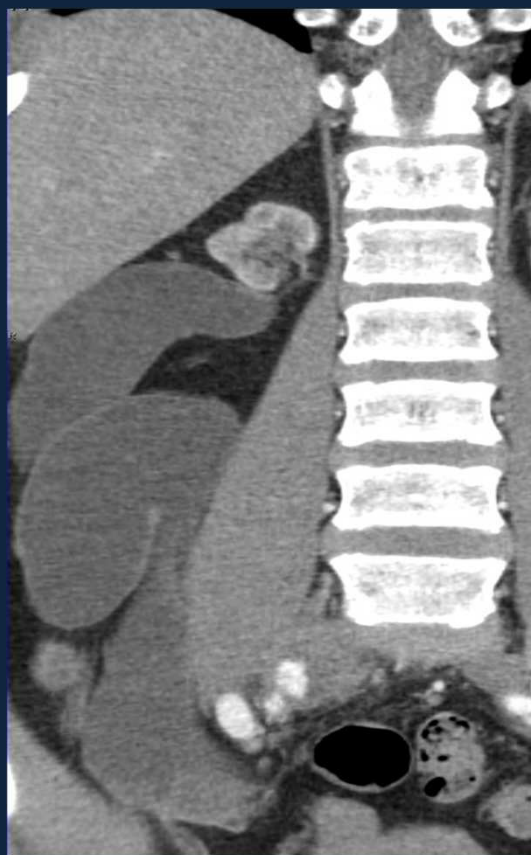
Aumento del calibre de aorta abdominal y presencia de colgajo endoluminal, que forma 2 lúmenes, quedando el lumen verdadero casi colapsado por el falso lumen.



Bifurcación de ambas arterias ilíacas con presencia de colgajo endoluminal que forma 2 lúmenes en ambas.

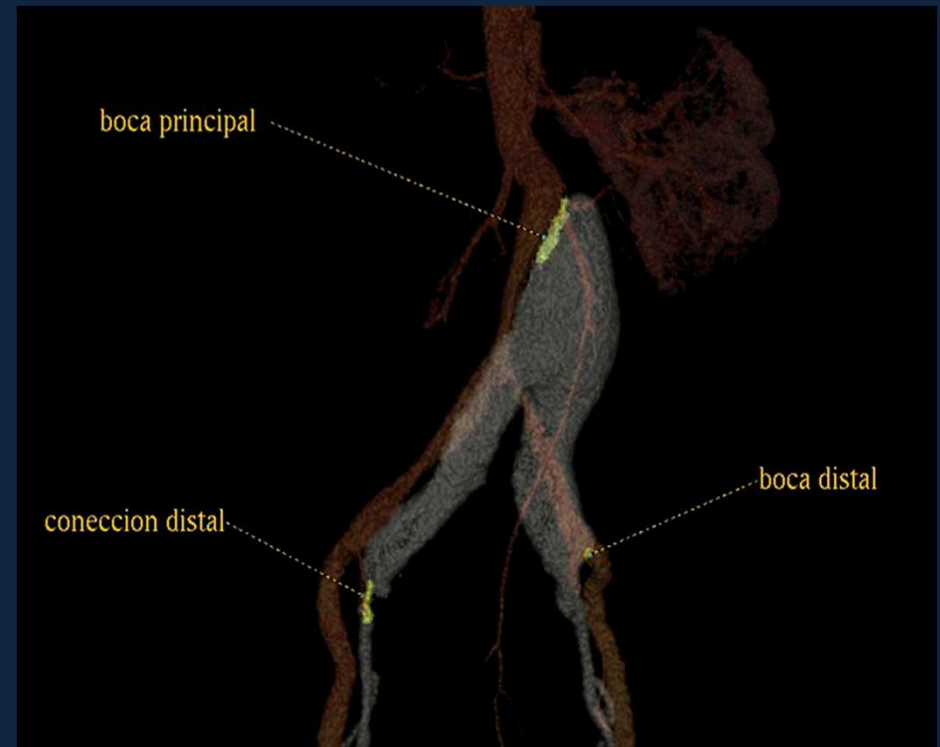
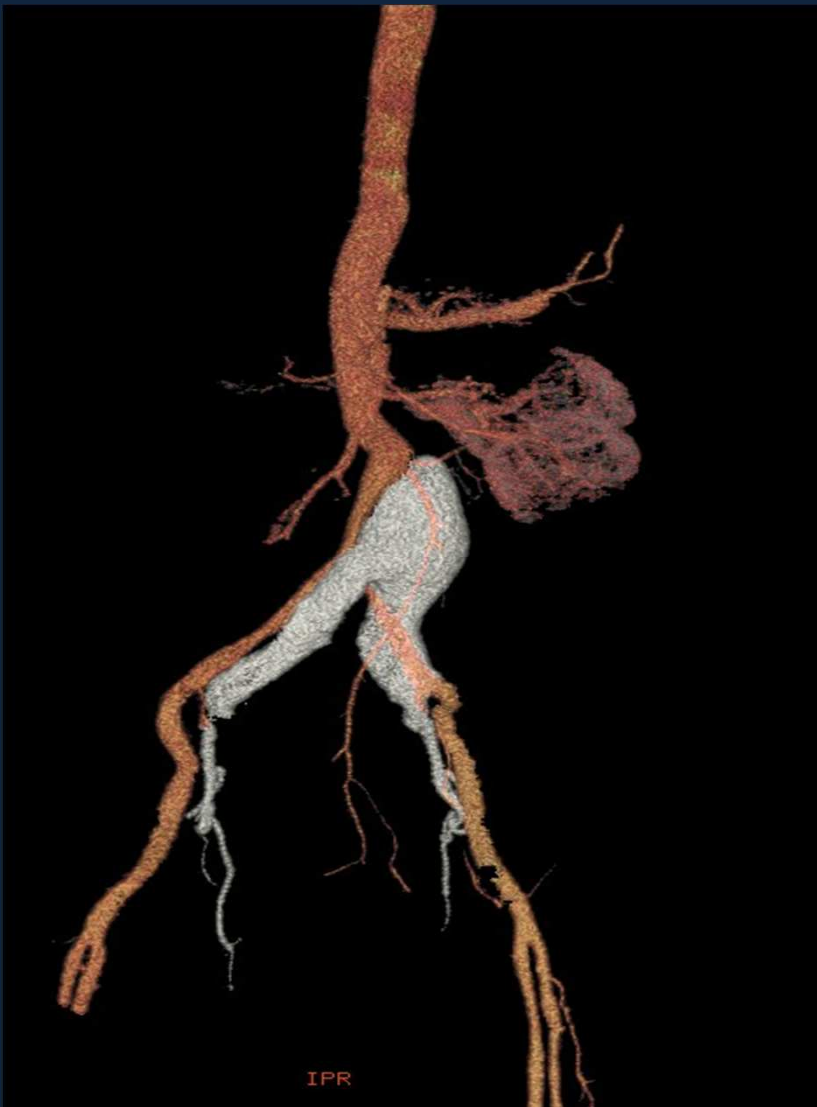


En imágenes coronales y sagitales se observa con mayor detalle la presencia del doble lumen en la Aorta abdominal, que se extiende por debajo del nacimiento de las arterias renales hacia ambas arterías ilíacas.



En estos cortes se puede apreciar la asimetría en el volumen y morfología existente entre ambos riñones. Además de la dilatación de ambos uréteres, mostrando el mayor calibre y tortuosidad del uréter derecho. Hallazgos que se correlacionan con los antecedentes del paciente (IRC).

AngioTC abdominal



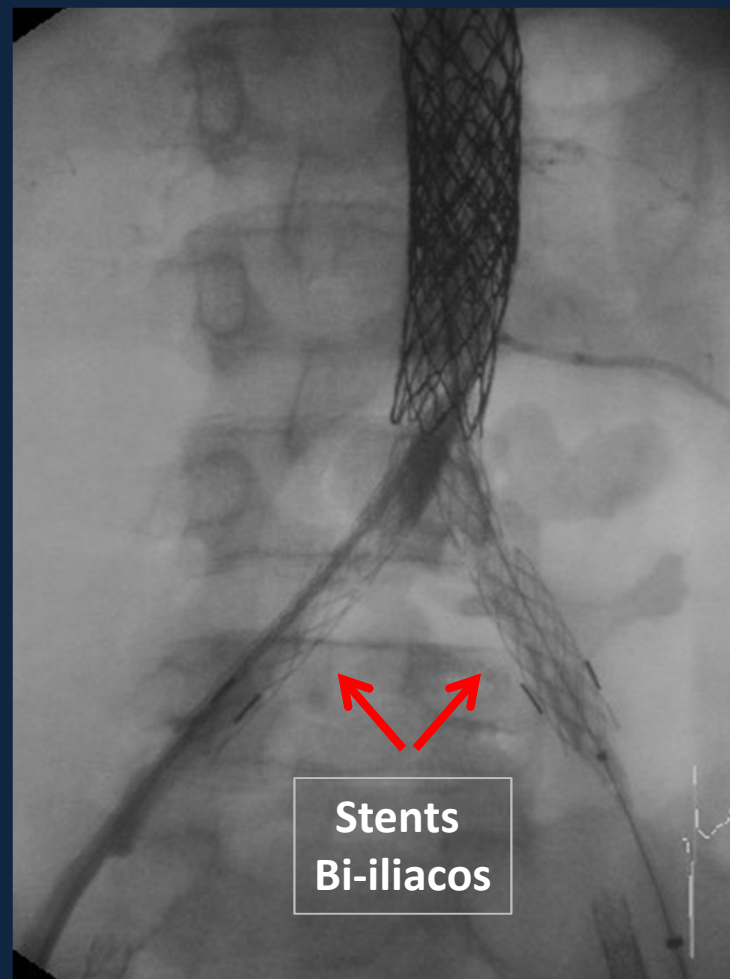
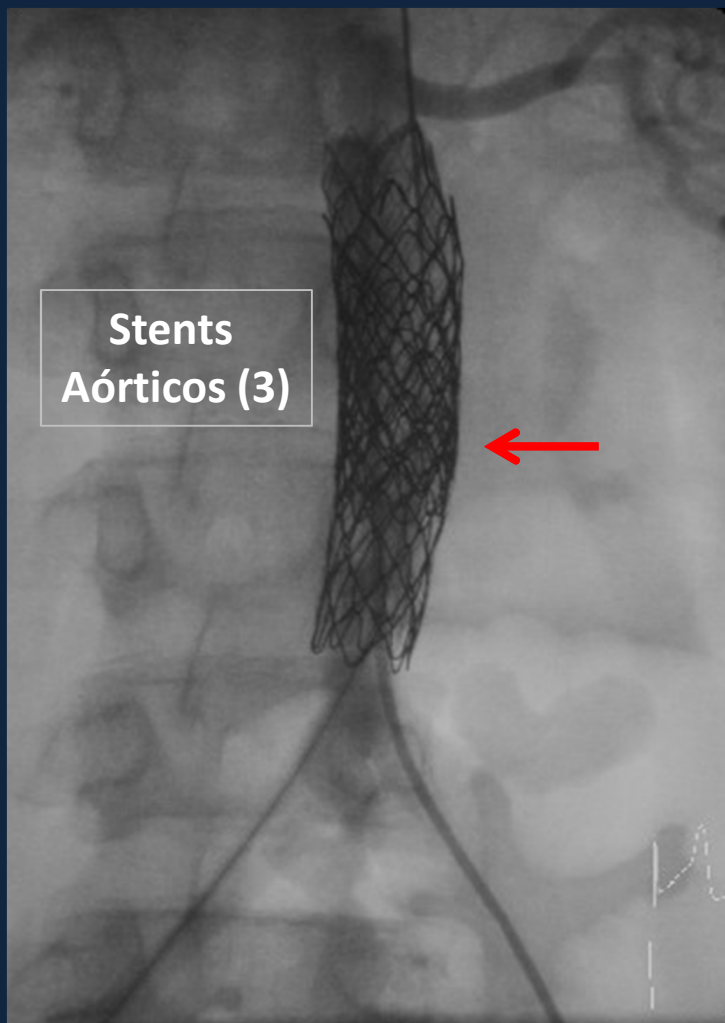
Reconstrucción 3D tomográfica: evidenciando dirección de aorta abdominal tipo III-B (De Barkey) por debajo del nacimiento de arterias renales; y delimitación de bocas de conexión principales y distales

Angioplastia con colocación de stent



Aortograma abdominal: (frente)

Muestra aneurisma disecante de aorta abdominal infra renal izquierda, que se extiende a las arterias iliacas, produciendo desplazamiento de la aorta hacia la derecha con disminución de su luz.



Se realiza angioplastia con embolización y colocación de 3 Stents (ADVANTA – CP) en aorta abdominal desde L1 A L2, y colocación de endoprótesis tronco aórtico ABK y 2 stents bi-iliacos y embolización con 2 stents en arterias hipogástricas.

Conclusión

Aunque la disección aórtica presenta muy baja incidencia en la población pediátrica, debe sospecharse en presencia de dolor intenso, torácico o abdominal, dependiendo de la localización de la disección; hipertensión y patología que la predisponga.

Los métodos por imágenes permiten el diagnóstico definitivo así como su tratamiento.

Bibliografía

1. McMahon Michelle A, Squirrell Christopher A. Multidetector CT of Aortic Dissection: A Pictorial Review. RadioGraphics 2010; 30:445–460.
2. Hayter Robert G, Rhea James T. Suspected Aortic Dissection and Other Aortic Disorders: Multi-Detector CT in 373 Cases in the Emergency Setting. Radiology: Volume 238: Number 3—March 2006.
3. López Vera Adrián Antonio , Durán Padilla Marco Antonio . Muerte súbita in útero en un neonato por disección aórtica. Rev. Mexicana de pediatría, Vol. 79, Núm. 2, Marzo-Abril 2012 pp 102-104.
4. Erbel R, Alfonso F, Boileau C, et al. Diagnosis and management of aortic dissection. Recommendations of the Task Force on Aortic Dissection, European Society of Cardiology. O.European Heart Journal (2001) 22, 1642–1681.
5. Jaramillo Nicolás I. , Alviar Carlos L. Cardiología del adulto. Disección de aorta: Aspectos básicos y manejo endovascular. Revista colombiana de cardiología, (2005) Vol 12, N 2; 64-79 .
6. Lepage MA, Quint LE, Sonnad SS et-al. Aortic dissection: CT features that distinguish true lumen from false lumen. AJR Am J Roentgenol. 2001;177 (1): 207-11.
7. Sebastià C, Pallisa E, Quiroga S et-al. Aortic dissection: diagnosis and follow-up with helical CT. Radiographics. 1999, 19 (1): 45-60.
8. Litmanovich Diana, Bankier Alexander A, Cantin Luce. CT and MRI in Diseases of the Aorta. AJR Am J Roentgenol. 2009; 193: 928–940.