



# Disección aórtica

## Aortic dissection

Jorge Ignacio Magaña Reyes,\* Francisco Sánchez Lezama†

Paciente femenino de 69 años, hipertensa de 10 años de evolución; acudió a urgencias por crisis hipertensiva (260/100), 48 horas previas. Durante su hospitalización se agregó dolor torácico retroesternal de moderada intensidad, con irradiación a la región laterocervical derecha.

Se controló la crisis hipertensiva y se realizó angiotomografía en equipo multidetector de 64 canales (GE Medical System, Milwaukee, Wisconsin); ésta mostró: a) disección aórtica desde la unión sinotubular tipo A de Stanford y/o DeBakey tipo II; b) hematoma intramural en el tronco braquiocefálico que condiciona estenosis significativa  $\geq 70\%$ ; c) dilatación de la aorta ascendente  $44 \times 45$  mm desde la raíz; d) involucramiento de los orígenes de los troncos supraaórticos (*Figuras 1 y 2*); e) válvula aórtica trivalva con insuficiencia; f) estenosis significativa entre los segmentos proximal y medio de la coronaria derecha y g) enfermedad ateromatosa de arterias coronarias. Se solicitó la valoración urgente por el departamento de Cirugía Cardiorádica.

La disección aórtica (DA) ocurre con mayor frecuencia en pacientes entre la quinta y séptima década de la vida, que tienen historia de hipertensión arterial y arterioesclerosis generalizada; además, la disección aórtica es tres veces más frecuente en el sexo masculino. Los pacientes que no tienen hipertensión pueden asociarse con los síndromes de Marfan, Ehlers-Danlos, Noonan o Turner. Existen causas iatrogénicas como cateterización aórtica y colocación del balón de contrapulsación. Las complicaciones vasculares periféricas se producen cuando el proceso de disección disminuye el flujo de ellas; el mecanismo más frecuente es la compresión de la luz verdadera por la falsa y, con menor frecuencia, ocurre por la obstrucción de la salida del vaso por el *flap* de la capa íntima.

La insuficiencia aórtica se puede originar por disección retrógrada o secundaria a la dilatación de la raíz aórtica.<sup>1</sup> La mortalidad de la DA sin tratamiento es muy alta; según la mayoría de los autores, más de un tercio de los pacientes

Imagen en color en: [www.medigraphic.com/actamedica](http://www.medigraphic.com/actamedica)

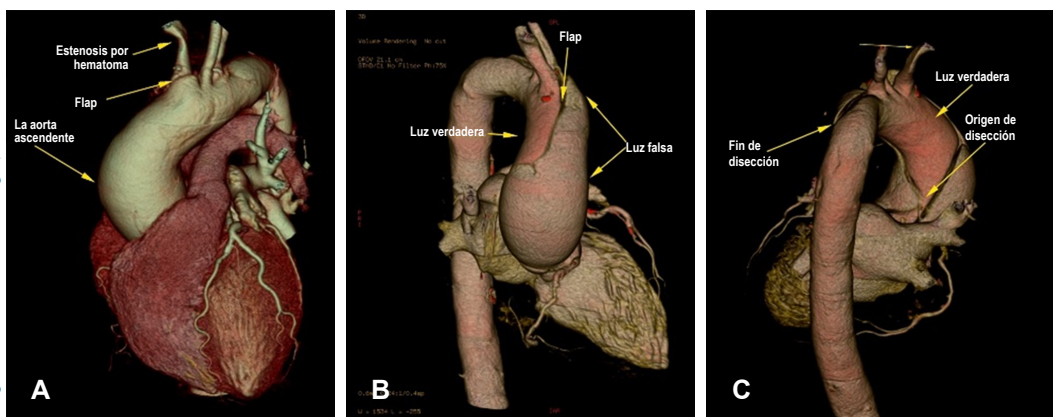


Figura 1.

\* Radiólogo. Departamento de Imagenología.

† Cardiólogo. Jefe de Ecocardiografía.

Hospital Ángeles León, León, Guanajuato México.

### Correspondencia:

Dr. Jorge Ignacio Magaña Reyes

Correo electrónico: [dr.jorgemaganar@gmail.com](mailto:dr.jorgemaganar@gmail.com)

Aceptado: 16-05-2019.

[www.medigraphic.com/actamedica](http://www.medigraphic.com/actamedica)





Figura 2.

mueren en las primeras 24 horas, la mitad en las siguientes 48 horas, dos tercios en la primera semana y casi el 90% muere en el primer mes.<sup>2</sup> Se requiere reemplazo quirúrgico urgente de la aorta ascendente, con derivaciones a los vasos supraaórticos y reemplazo valvular.<sup>3,4</sup>

## REFERENCIAS

1. Evangelista A, Isselbacher EM, Bossone E, Gleason TG, Eusanio MD, Sechtem U et al. IRAD Investigators Insights from the international registry of acute aortic dissection: a 20-year experience of collaborative clinical research. *Circulation*. 2018; 137: 1846-1860.
2. Froehlich W, Tolenaar JL, Harris KM, Strauss C, Sundt TM, Tsai TT et al. Delay from diagnosis to surgery in transferred type a aortic dissection. *Am J Med*. 2018; 13 (3): 300-306.
3. Rosenblum JM, Leshnower BG, Moon RC, Lasanajak Y, Binongo J, McPherson L, Chen EP. Durability and safety of David V valve-sparing root replacement in acute type A aortic dissection. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2019; 157 (1): 14-23.
4. Waterford SD, Gardner RL, Moon MR. Extent of aortic replacement in type A dissection: current answers for an endless debate. *Ann Thoracic Surg*. 2018; 106 (4): 1246-1250.