

Doble úlcera penetrante de aorta ascendente

Penetrating Double Ulcer of the Ascending Aorta

MIGUEL RUBIO^{MTSAC}, JULIO BALDI (H), RICARDO L. POVEDA CAMARGO, DIEGO MONTERO, RAÚL A. BORRACCI^{MTSAC}

Mujer de 56 años, hipertensa, fumadora, dislipémica e hipotiroidea, que ingresa a la guardia con dolor precordial intensidad 8/10, irradiado a mandíbula y espalda, sin descompensación hemodinámica.

Ecocardiograma: supradesnivel en D1 a D3, y V4 a V6. Enzimas cardíacas negativas.

Radiografía de tórax: mediastino ensanchado.

Angiotomografía (Figura 1): aorta ascendente con paredes irregulares con banda en margen anteroexterno compatible con *flap* de disección o hematoma.

Ecocardiograma transesofágico (Figura 2): hipertrofia VI, válvula aórtica normal; diámetro de aorta de 4,7 cm en la porción tubular (d), imagen en sacabocado de 0,9 cm (A), hematoma organizado de 1,02 cm que llega a 1 cm de la desembocadura de la arteria coronaria derecha (h).

Hallazgo intraoperatorio (Figura 3): Aorta ascendente con hematoma parietal a predominio anterior de 1 cm de espesor, con dos úlceras, una lateral derecha y otra lateral izq, de 2 cms de diámetro cada una que comprometen todo el espesor de la aorta (U). En la cirugía se realizó reemplazo de aorta ascendente con tubo de Dacron de 28 mm y la paciente evolucionó satisfactoriamente.

El síndrome aórtico agudo engloba la disección aórtica clásica, el hematoma intramural y la úlcera penetrante aórtica. Estas dos últimas entidades, al carecer de un colgajo intimomedial móvil y de una aorta con doble luz, son más difíciles de diagnosticar. La úlcera arteriosclerótica penetrante fue descrita por primera vez por Shennan en 1934. (1) La misma, por definición, es aquella que tras una erosión inicial rompe la lámina elástica interna y penetra en la capa media. (2) En este caso, poco frecuente, se trataba del hematoma ulcerado en dos efracciones de la intima aórtica. Por definición, es aquella placa aterosclerótica que tras una erosión y ulceración inicial, rompe la lámina elástica interna y penetra en la capa media. (2)

A pesar de los avances en los métodos de diagnóstico por imágenes, la interpretación inadecuada de los mismos puede conducir a tomar decisiones erróneas. Esto puede explicar la mortalidad elevada de esta patología cuando no tiene resolución quirúrgica, alcanzando el 33% en el estudio RESA (3) y el 26% en el IRAD. (4)

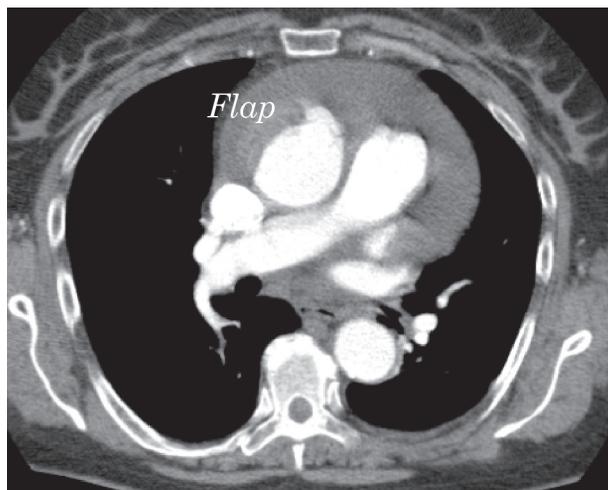


Fig. 1.

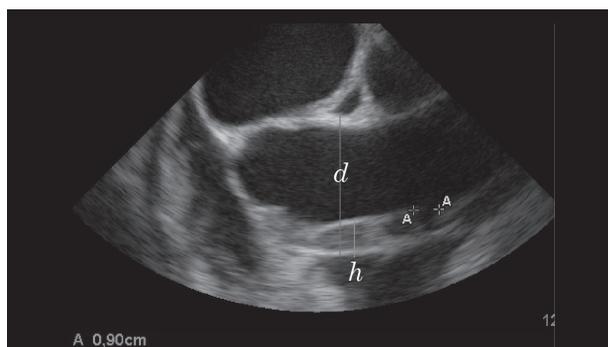


Fig. 2.

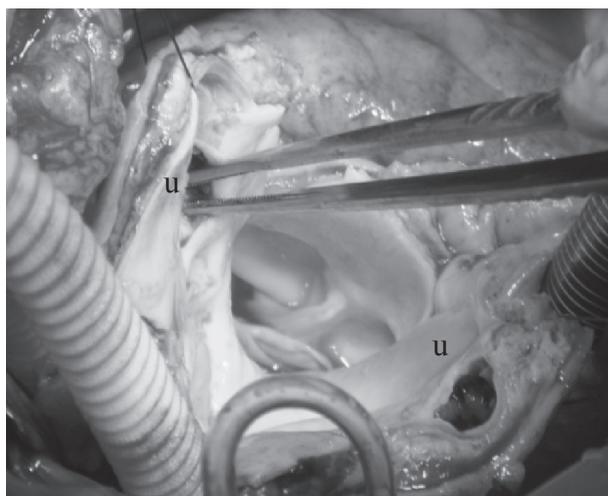


Fig. 3.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shennan T. Dissecting Aneurysms. Medical Research Council, Special Report Series, N°193. 1934.
2. Stanson AW, Kazmier FJ, Hollier LH, Edwards WD, Pairolero PC, Sheedy PF, et al. Penetrating atherosclerotic ulcers of the thoracic aorta: natural history and clinicopathologic correlations. *Ann Vasc Surg* 1986;1:15-23.
3. Evangelista A, Padilla F, López-Ayerbe J, Calvo F, López-Pérez JM, Sánchez V, et al. Spanish Acute Aortic Syndrome Study (RESA). Better diagnosis is not reflected in reduced mortality. *Rev Esp Cardiol* 2009;62:255-62.
4. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, Bruckman D, Karavite DJ, Russman PL, Et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease. *JAMA* 2000;283:89