

Nombre:	Irene
Apellido:	Navas Fernández-Silgado
Otros Autores:	Alejandro Marín Toribio, Nuria Pérez Peláez, Carlos Fernández Cabrera, Satish Nagrani Chellaram
E-mail:	<a href="mailto:inavas1991@gmail.com">inavas1991@gmail.com</a>
Hospital:	12 de Octubre
Ciudad:	Madrid
Título:	Isquemia de miembro inferior derecho como único síntoma de disección aórtica tipo A
Presentación:	Varón de 88 años hipertenso y exfumador con dolor, frialdad y parestia en miembro inferior derecho de 10 días. Presentaba una llamativa diferencia de tensión arterial en ambos brazos, soplo aórtico, frialdad y relleno capilar retardado en MID. No dolor torácico ni abdominal. Se realizó angioTC de aorta sin y con CIV en fases arterial y venosa, observándose: Disección aórtica aguda que se extiende desde la aorta ascendente (Tipo A), inmediatamente por encima del plano valvular. Existe extensión craneal a troncos supraaórticos y caudal hasta bifurcación aórtica, alcanzando en el lado derecho la arteria femoral, con trombosis de la luz falsa. No se observaron infartos de órganos abdominales.
Discusión :	La disección aórtica es una patología dentro del espectro del síndrome aórtico agudo, que aunque infrecuente, tiene alta mortalidad, especialmente la tipo A de Stanford. Recordar que aunque el síntoma más frecuente es el dolor torácico agudo (79%), el 6-17% cursa sin dolor o con síntomas atípicos, existiendo mayor mortalidad al demorarse el diagnóstico, siendo esencial una alta sospecha médica. En nuestro caso la clínica era debida a extensión hasta la A. femoral, con trombosis de la luz falsa. Destacar que ante cualquier sospecha de síndrome aórtico agudo deben realizarse una fase sin CIV (descartar el hematoma intramural), arterial (valoración aórtica y ramas) y portal (diagnóstico de la isquemia de órganos), así como incluir cuello (la extensión a troncos supraaórticos puede producir infarto cerebral), tórax (diferenciar tipo A de B tiene importancia pronóstica y terapéutica) y abdomen-pelvis hasta iliacas (abordaje para prótesis vascular).
Conclusión:	La disección aórtica es una de las patologías más urgentes y con mayor mortalidad, por lo que debe estar en el TOP10 de patologías que el radiólogo de urgencias ha de dominar, pudiendo tener presentaciones atípicas.
Bibliografía:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sebastià C, Pallisa E, Quiroga S et-al. Aortic dissection: diagnosis and follow-up with helical CT. Radiographics. 19 (1): 45-60</li> <li>2. 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</li> <li>3. C Ayrik, H Cece, O Aslan, O Karcioğlu, and E Yılmaz. Seeing the invisible: painless aortic dissection in the emergency setting. Open J Cardiovasc Surg. 2012 Feb 13;5:1-4.</li> <li>4. Catlow, Jamie; Cross, Tarquin. A case of painless acute Type-A thoracic aortic dissection. Age Ageing (2015) 44 (1): 171-172.</li> <li>5. Earl TJ, Poppas A. Type A Aortic Dissection Presenting with Acute Lower Extremity Vascular Insufficiency in the Absence of Chest Pain. Open J Cardiovasc Surg. 2012; 5: 1-4.</li> </ol>

	<p>6. Hyun Joo Kim, Hyun-Ki Lee, Belong Cho. A Case of Acute Aortic Dissection Presenting with Chest Pain Relieved by Sublingual Nitroglycerin. Korean J Fam Med. 2013 Nov; 34(6): 429–433.</p> <p>7. Spittell, P C; Spittell, J A; Joyce, J W; Tajik, A J; Edwards, W D; Schaff, H V; Stanson, A W Clinical features and differential diagnosis of aortic dissection: experience with 236 cases (1980 through 1990). Mayo Clin Proc. 1993 Jul;68(7):642-51.</p>
Pie de foto:	<p>Imagen A: Reconstrucción sagital de angioTC en fase arterial observando una disección tipo A con extensión del flap intima- media (flechas naranjas) en aorta ascendente, carótida común izquierda y aorta descendente. Imagen B: Imagen en axial a la altura del cayado aórtico, observando la luz verdadera (asterisco amarillo) rodeada de calcios intimales en ambas vertientes (flecha naranja) y la luz falsa (ver el característico signo del "pico", flecha azul). Imágenes C y D: Plano axial a la altura de las arterias femorales con flap intimal en C y trombosis de la luz falsa en D.</p>