

Manuel	Nombre:
Varo Alonso	Apellido:
Fernández L, Muley VM, Miguelsanz I, Díez Tascón A, Martí de Gracia M	Otros Autores:
manuelvaro91@gmail.com	E-mail:
Hospital Universitario La Paz	Hospital:
Madrid	Ciudad:
Disección aórtica	Título:
<p>Varón 64 años, pálido, sudoroso, con dolor centrotorácico de 1 hora, opresivo que empeora con la inspiración profunda, con cortejo vegetativo. Dudoso presíncope previo a su llegada. Sin FRCV ni enfermedades cardiovasculares. TA: 111/75, FC: 60. Pulsos pedios presentes y simétricos. Auscultación: soplo diastólico torácico. Analítica: Troponina I: 0.92; Cr 1.53; FG: 47,4. Sospecha de disección aórtica. Se realiza angioTC. "Disección aórtica, con flap intimal desde el plano valvular aórtico (disección A de Stanford) hasta bifurcación de iliaca común izquierda. La disección se extiende a la salida de los TSA afectando a la carótida izquierda, subclavia y axilar izquierdas con segmentos de estenosis crítica por la luz falsa, y tronco braquiocefálico derecho con signos de oclusión de la luz verdadera completa. En el cayado se aprecia invaginación intimal circunferencial (luz verdadera rodeada por la luz falsa). A nivel abdominal la disección afecta a la salida del tronco celíaco, mesentérica superior y arteria renal izquierda, con retraso de nefrograma renal izquierdo. Sin repercusiones isquémicas sobre asas intestinales o resto de órganos dependientes de dichas ramas vasculares. Discreto hemopericardio. No derrame pleural. Aorta ascendente con diámetros máximos de 5,3 x 5,3 cm TxAP." En quirófano se sustituyó la aorta ascendente por un tubo de poliéster. Válvula aórtica sin daño estructural. El paciente fue recuperándose del FRA y bradipsiquia, con secuelas de HTA e HTP.</p>	Presentación:
<p>El paciente presentó una disección tipo A de Stanford. Los datos que hay que aportar en el informe son: distinguir luz verdadera/falsa, localizar origen y posibles reentradas de la disección intimal, valorar la implicación de los vasos, la relación de los vasos respecto a la luz verdadera o falsa y la detección de complicaciones.</p>	Discusión :
<p>Es vital la rápida realización del informe, ya que cuanto más pronto se cierre la puerta de entrada más posibilidades de restauración del flujo.</p>	Conclusión:
<p>Castañer E, Andreu M, Gallardo X, Mata JM, Cabezuelo MA, Pallardó Y. CT in Non traumatic Acute Thoracic Aortic Disease: Typical and Atypical Features and Complications. Radiographics. Oct 2003;23 Spec No:S93-110 McMahon M, Squirrell C. Multidetector CT of Aortic Dissection: A Pictorial Review. Radiographics. Mar 2010;30(2):445-60</p>	Bibliografía: