

Nombre:	Cristina
Apellido:	Rodríguez
Otros Autores:	Ramón Ortiz, Pilar Pintado
E-mail:	<a href="mailto:cristinarotorres@gmail.com">cristinarotorres@gmail.com</a>
Hospital:	Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"
Ciudad:	Zaragoza
Título:	Pseudoaneurisma aórtico de origen traumático
Presentación:	<p>Varón de 19 años trasladado desde la estación de Astún tras accidente de esquí a gran velocidad. A su llegada Glasgow 8, con intubación orotraqueal y ventilación mecánica. Se realiza TCMD de cuerpo completo, donde presenta a nivel craneoencefálico (no incluidas las imágenes) múltiples focos contusivos frontobasales izquierdos y parietales izquierdos altos, hematoma subdural parietotemporal izquierdo de 10 mm de espesor, colapso de los surcos de la convexidad así como de las cisternas basales y desplazamiento de la línea media de 7 mm. En el estudio toracoabdominal destaca la alteración del contorno aórtico externo en el istmo, sin extravasación del medio de contraste y que sugiere pseudoaneurisma aórtico (a y b). A nivel óseo asocia además fractura del primer arco costal izquierdo (c).</p>
Discusión :	<p>La lesión aórtica traumática está presente en el 0,5-2% de los pacientes asistidos en los Servicios de Urgencias. Los accidentes de tráfico con vehículo a motor a más de 50 kilómetros por hora son los responsables del 85% de los casos de lesión aórtica traumática. Los impactos laterales son de mayor riesgo que los frontales (el 73% de las lesiones del istmo lo son por impactos laterales) y el 80% de los accidentados mueren en el lugar del accidente. La mortalidad de aquellos pacientes hemodinámicamente estables que han recibido medidas de soporte inicial presentan una mortalidad menor del 25%.</p> <p>El mecanismo principal viene determinado por una desaceleración rápida, que provoca torsión y por tanto fuerzas de corte en lugares de inmovilidad aórtica relativa, como son la región adyacente al ligamento arterioso, a la raíz aórtica y al diafragma.</p> <p>De entre las posibles localizaciones, las más frecuentes (90%) son las que afectan a la región del istmo. Esto es debido a la fijación a la que le somete el ligamento arterioso, siendo más frecuente la afectación de los 2 cm aórticos distales al nacimiento de la arteria subclavia izquierda.</p> <p>La TCMD es el método de imagen de elección en el manejo del paciente politraumatizado grave, con una elevada sensibilidad y precisión en la detección y caracterización de lesiones. La visualización de una aorta normal en el angioTC, sin anomalías en su contorno, rodeada de un plano graso y sin hematoma mediastínico tiene un VPN para lesión aórtica traumática de un 100%.</p> <p>De acuerdo a la clasificación adaptada por la Sociedad Americana de Cirugía Vascul, la lesión aórtica traumática puede clasificarse en 4 grados: grado I (flap intimal o hematoma intramural &lt; 1 cm), grado II (hematoma intramural &gt; 1 cm), grado III (pseudoaneurisma) y grado IV (rotura aórtica con extravasación del medio de contraste). El tratamiento para las lesiones grado I es conservador con beta-bloqueantes. El tratamiento quirúrgico está indicado en todos los casos en el grado IV, tan pronto como sea posible (en función de lesiones asociadas) en el grado III (d) y si se demuestra progresión en el estudio de control realizado a los 7 días en las lesiones</p>

	grado II.
Conclusión:	La TCMD es la prueba de elección en la evaluación de pacientes politraumatizados y en el diagnóstico/exclusión de la lesión aórtica. El 90% de las lesiones se localizan en el istmo. De la rápida asistencia sanitaria depende la supervivencia de los pacientes.
Bibliografía:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Martí De Gracia M, Artigas Martín JM, Vicente Bártulos A, Carreras Aja M. Manejo radiológico del paciente politraumatizado. Evolución histórica y situación actual. Radiología. 2010; 52:105-14.</li> <li>2. Voitle E, Hofmann W, Cejna M. Aortic emergencies - diagnosis and treatment: a pictorial review. Insights Imaging. 2015; 6:17.32.</li> <li>3. Gunn ML. Imaging of Aortic and Branch Vessel Trauma. Radiol Clin N Am. 2012; 50:85-103.</li> <li>4. Marti De Gracia M, Artigas Martín JM, Soto JA. Evaluation of Thoracic Vascular Trauma With Multidetector Computed Tomography. Semin Roentgenol. 2012; 47: 342-51.</li> <li>5. Lamarche Y, Berger FH, Nicolaou S, Bilawich AM, Louis L, Inacio JR, et al. Vancouver simplified grading system with computed tomographic angiography for blunt aortic injury. J Thorac Cardiovasc Surg. 2012; 144:347-54.</li> <li>6. Starnes BW, Lundgren RS, Gunn M, Quade S, Hatsukami TS, Tran NT, et al. A new classification scheme for treating blunt aortic injury. J Vasc Surg. 2012; 55:47-54.</li> </ol>
Pie de foto:	<p>Pseudoaneurisma típico. Angio-TC MPR sagital (a) y axial (b) del tórax. Pseudoaneurisma del istmo aórtico (asterisco). (c) Con ventana ósea, fractura asociada del primer arco costal izquierdo (círculo). (d) Radiografía anteroposterior de tórax realizada en la Unidad de Ciudadados Intensivos. Se realiza craniectomía descompresiva y evacuación del hematoma subdural. A pesar del mal pronóstico neurológico, se decide colocación de endoprótesis por el elevado riesgo de rotura. Desgraciadamente, el paciente fallece a las 48 horas del ingreso.</p>