

<b>Caso</b>	(421) Síndrome aórtico agudo: hematoma intramural aórtico con progresión a disección
<b>Autores</b>	Beatriz Peña Martínez, Noanca Alonso Fernández, Alicia Pérez Termenon, María Pérez Rodríguez, M <sup>a</sup> Ángeles Luceño Ros, M <sup>a</sup> Cristina Rodríguez Morejón
<b>Centro</b>	Complejo Asistencial Universitario De León (caule)

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente de 58 años con antecedentes de tabaquismo e hipertensión arterial, ingresado en cardiología por hematoma intramural aórtico contenido, tras acudir a urgencias por dolor torácico agudo.

Se solicita durante el ingreso angio-TC urgente por nuevo episodio de dolor centro-torácico irradiado a espalda, de aparición brusca y cifras elevadas de tensión arterial.

Se realiza TC toraco-abdominal sin contraste IV y angio-TC de aorta en fase arterial y venosa, observándose aumento de calibre del cayado aórtico distal y de la aorta torácica descendente, identificándose la presencia de un engrosamiento en forma de semiluna en la pared aórtica, hiperdenso en el TC sin contraste e hipodenso en el angio-TC, hallazgo compatible con hematoma intramural aórtico tipo A de Stanford que se extiende desde proximal al origen de la arteria subclavia izquierda hasta el origen del tronco celíaco (L1), ya conocido por TC previo del ingreso.

Actualmente se identifica un aumento del espesor del hematoma intramural respecto a TC del ingreso (actualmente presenta un espesor de 2,2 cm y previamente era de 1,5 cm), visualizándose de nueva aparición un flap intimal con probable origen a nivel de T10, extendiéndose craneal y caudalmente en una longitud desde T8 a T11.

## DISCUSIÓN

El síndrome aórtico agudo incluye principalmente la disección aórtica, el hematoma intramural y la úlcera penetrante. Se trata de verdaderas emergencias y es importante descartar estas entidades ante su sospecha en un paciente con dolor torácico agudo.

El hematoma intramural es una hemorragia localizada en la capa media de la aorta sin desgarro intimal visible.

El principal factor predisponente es la hipertensión arterial.

Se distinguen dos tipos (al igual que en la disección aórtica) según la clasificación de Stanford, tipo A, si afecta la aorta torácica ascendente y tipo B cuando la aorta ascendente esta respetada.

Los hematomas intramurales habitualmente se localizan en la aorta torácica descendente (60-70%), aunque las complicaciones son más frecuente en la aorta ascendente.

Para el estudio radiológico es imprescindible disponer de un TC sin contraste IV seguido de un angio-TC de aorta.

En el TC sin contraste se manifiesta como un engrosamiento de elevada atenuación de forma circunferencial o forma de semiluna en la pared aórtica, observándose ausencia de realce del hematoma en el TC con contraste.

El hematoma intramural aórtico puede progresar a disección aórtica en un 15-45% de los casos.

Serán signos predictivos de progresión: afectación de la aorta torácica ascendente, presencia de derrame pleural o pericárdico, diámetro aórtico mayor a 5 cm o espesor del hematoma intramural mayor a 2 cm.

Por lo tanto, en el caso clínico descrito estamos ante un paciente con un hematoma intramural aórtico que presenta signos predictivos de progresión (afectación aorta torácica ascendente, espesor del hematoma >2 cm...), observándose una imagen compatible con flap intimal, signo diagnóstico de disección aórtica.

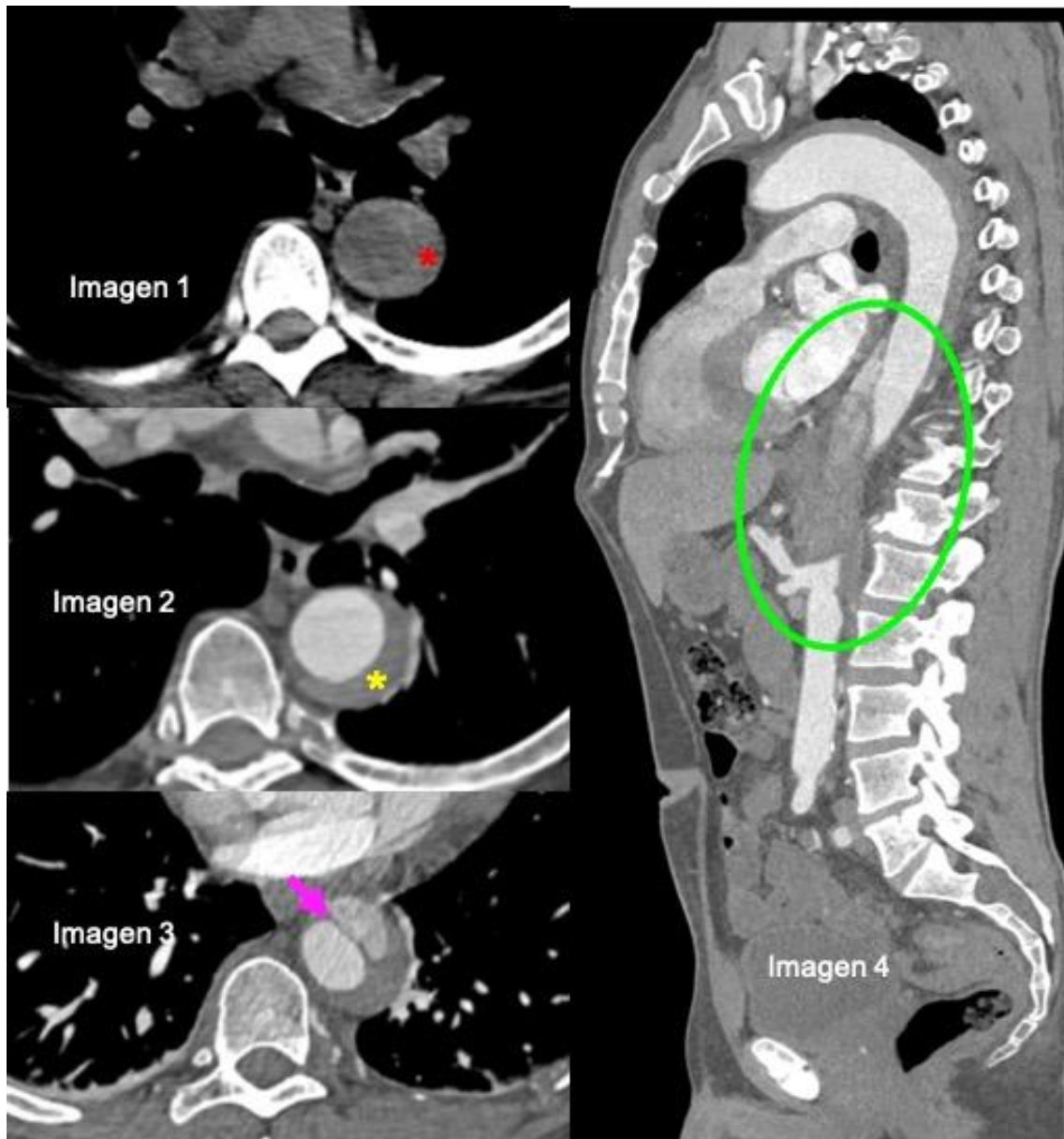
Los hallazgos son compatibles con hematoma intramural aórtico tipo A con progresión a disección aórtica tipo B según clasificación de Stanford.

## **CONCLUSIÓN**

El síndrome aórtico agudo es una emergencia, siendo importante un diagnóstico precoz ante la sospecha en un paciente con dolor torácico agudo.

Dentro del síndrome aórtico agudo una entidad que se debe conocer es el hematoma intramural aórtico, cuyo diagnóstico radiológico se realiza principalmente en el TC sin contraste, observándose un engrosamiento de elevada atenuación de forma circunferencial o forma de semiluna en la pared aórtica.

Existe la posibilidad de progresión de un hematoma intramural a disección aórtica, siendo importante el diagnóstico temprano para un tratamiento precoz.



*Imagen 1: TC axial sin CIV. Hematoma intramural hiperdenso (asterisco rojo). Imagen 2: Angio-TC de aorta axial. Hematoma intramural que no realza tras la administración de contraste IV (asterisco amarillo). Imagen 3: Angio-TC de aorta axial, corte más caudal respecto a imagen 2. Disección de aorta, observándose un flap intimal (flecha fucsia) y las dos luces (luz verdadera y luz falsa). Imagen 4: Angio-TC de aorta sagital. Disección de aorta torácica descendente (círculo verde).*

## **BIBLIOGRAFÍA**

Dacking C, Jones J. et al. Acute aortic syndrome. Radiopaedia. [Consultado 28 Jun 2021]. Disponible en: <https://radiopaedia.org/articles/acute-aortic-syndrome>

Del Cura J, Pedraza S, Gayete A, Rovira A. Radiología de la aorta torácica y grandes vasos. Radiología Esencial. 2ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2019, p. 282-297.