

Imagen angiográfica en un caso de úlcera penetrante de aorta

Francisco J. Morales y Alonso Pedrote

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.



Fig. 1.

Paciente de 76 años, hipertenso, que acudió a urgencias por dolor lacerante de aparición súbita en el hemitórax izquierdo y síncope. El ECG sólo ponía de manifiesto alteraciones inespecíficas de repolarización en derivaciones laterales, y en la radiografía de tórax urgente (portátil y en decúbito) se apreciaba ensanchamiento mediastínico y derrame pleural izquierdo (fig. 1). Ante la sospecha de disección de aorta se realizó una ecocardiografía transesofágica urgente con sonda biplano, en la que sólo se apreciaron placas de ateroma complejas, pero sin que se observara ninguna imagen de desgarro miointimal ni hematoma intramural. Se solicitó una TAC torácica con contraste, observándose hematoma mediastínico y hemotórax izquierdo, sin imagen sugestiva de disección. Se practicó aortografía urgente, informada como “irregularidad en el contorno del borde superior del cayado aórtico, dis-

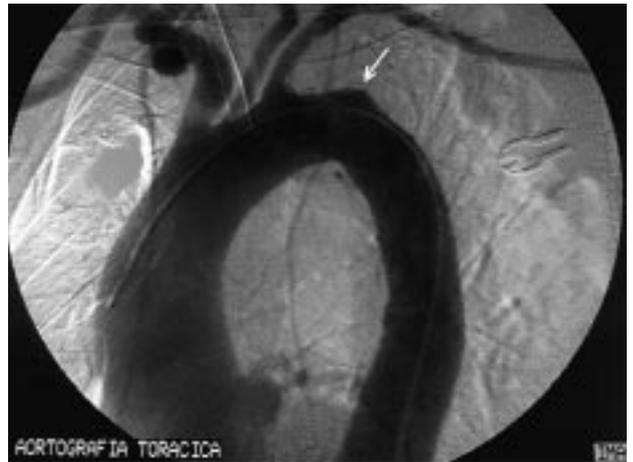


Fig. 2.

tal a la salida de la arteria subclavia izquierda, sin apreciarse disección, ni extravasación de contraste” (fig. 2, flecha). Al producirse un nuevo empeoramiento clínico (hipotensión brusca) el paciente fue intervenido quirúrgicamente de emergencia, apreciándose una úlcera perforante en la pared posterosuperior del cayado aórtico, distal a la subclavia izquierda, con hemorragia mediastínica masiva, falleciendo el paciente en el quirófano.

La úlcera penetrante de aorta es una entidad infrecuente (en torno al 2,3% de las aortografías con sospecha de síndrome aórtico agudo)¹, con una historia natural poco conocida, y de curso clínico impredecible, aunque potencialmente mortal². A menudo la ecocardiografía transesofágica y la TAC torácica no consiguen identificar esta afección. La imagen diagnóstica de la misma la constituye una imagen “en nicho ulceroso” en la aortografía³, aunque puede tomar diversas formas debido a la trombosis parcial del cráter de la úlcera^{2,3}, apareciendo en el presente caso como una deformidad excéntrica del contorno aórtico. Este caso clínico se une a estudios recientes⁴ que resaltan el valor de la aortografía cuando, ante la sospecha de un síndrome aórtico agudo, las pruebas no invasivas no son concluyentes.

Correspondencia: Dr. F.J. Morales Ponce.
Cayetano del Toro, 46; 4.º N. 11010 Cádiz.
Correo electrónico: FRANJMO@teleline.es

(Rev Esp Cardiol 2001; 54: 906-907)

BIBLIOGRAFÍA

1. Stanson AW, Kazmir FJ, Hollier LH, Edwards WD, Pairolero PC, Sheedy PF et al. Penetrating atherosclerotic ulcers of the thoracic aorta: natural history and clinico-pathological correlations. *Ann Vasc Surg* 1986; 1: 15-23.
2. Vilacosta I, Aragoncillo P. Hematoma intramural aórtico y úlcera penetrante aórtica. *Rev Esp Cardiol* 1996; 49 (Supl 4): 63-76.
3. Welch TJ, Stanson AW, Sheedy PF, Johnson CM, McKusick MA. Radiologic evaluation of penetrating aortic atherosclerotic ulcer. *Radiographics* 1990; 10: 657-685.
4. Svensson LG, Labib SB, Eisenhauer AC, Butterly JR. Intimal tear without hematoma: an important variant of aortic dissection that can elude current imaging techniques. *Circulation* 1999; 99: 1331-1336.