

37 Congreso
Nacional
CENTRO DE
CONVENCIONES
INTERNACIONALES

Barcelona
22/25
MAYO 2024

seram
Sociedad Española de Radiología Médica

FERM
FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE RADIOLOGÍA MÉDICA

RC | RADIOLEGS
DE CATALUNYA

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO: LA IMPORTANCIA DE UN BUEN INFORME ESTRUCTURADO

Marta Granados Baltuille, Xiaqun Xu Zhu, Ana Inés Rubio
Aguilera, Juan Antonio Blanco Cabellos,
Alfonso Cebrián Rivera, María del Camino Baltuille Aller,
Laura Reyes Márquez

Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla (Madrid),
Hospital Universitario Infanta Leonor, Vallecas (Madrid)

OBJETIVO DOCENTE:

Describir los signos radiológicos característicos de cada una de las patologías que engloba el Síndrome Aórtico Agudo (SAA) así como la propuesta de informes prototipo a partir de casos de nuestro hospital con el fin de elaborar un informe radiológico estructurado.

REVISIÓN DEL TEMA

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Aórtico Agudo (SAA) engloba a un conjunto de entidades que se manifiestan con un dolor torácico agudo por compromiso de la pared aórtica. Se trata de una situación clínica crítica de alta morbimortalidad en la que es necesario un diagnóstico rápido y certero, así como tratamiento inmediato.

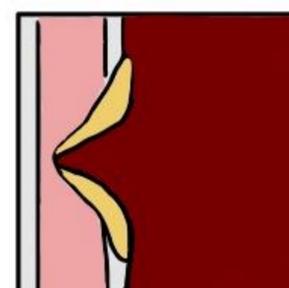
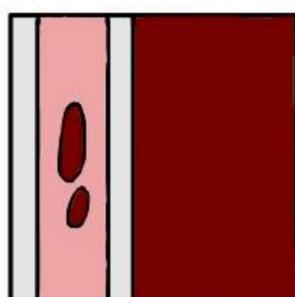
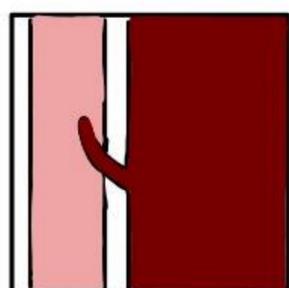
Las técnicas de imagen, sobre todo la Tomografía Computarizada (TC), han adquirido un papel vital en esta enfermedad, ya que, a pesar de su similitud en la clínica y factores de riesgo, cada una de las patologías muestran unos hallazgos radiológicos distintivos. Además, últimamente, estas pruebas han revolucionado la forma de entender la historia natural conocida hasta ahora, planteando alternativas a la antigua clasificación.

Clásicamente se han incluido 3 entidades dentro del SAA:

Diseción aórtica (DA)

Hematoma intramural (HIM)

Úlcera aterosclerótica penetrante (UAP)



Sin embargo, con los recientes descubrimientos, se ha propuesto:

- ➔ Incluir a la rotura de aneurismas conocidos (clínica indistinguible)
- ➔ Entender que el HIM es una figura dinámica y controvertida al poder aparecer aislada (como variante de DA clásica) o, mayoritariamente, asociada y predisponiendo a otras patologías como la DA, UAP o rotura aneurismática.

REVISIÓN DEL TEMA

INTRODUCCIÓN

FACTORES DE RIESGO DEL SAA:

HTA: el más importante	Traumatismo aórtico cerrado
Aterosclerosis	Arteritis (Behçet, Takayasu, sífilis...)
Edad avanzada	Embarazo
Tabaco	Presencia de aneurismas/coartaciones
Colagenopatías (Marfan, Ehlers-Danlos, Loeyts Dietz...)	Cirugía/Tratamiento endoprotésico previo
Válvula aórtica bicúspide	Cocaína...

CLÍNICA:

- **Dolor torácico brusco e intenso**, desgarrante, que puede irradiarse al cuello o mandíbula (si afecta a aorta ascendente) o hacia la región interescapular (aorta descendente): síntoma más frecuente
- Hipotensión grave súbita
- Síncope sin focalidad neurológica: secundario a oclusión de los troncos supra-aórticos (TSA) o a un taponamiento cardíaco
- Fallo cardíaco por insuficiencia aórtica severa
- Disminución de la perfusión orgánica (accidentes cerebrovasculares, isquemia intestinal, oliguria...) o periférica (neuropatías periféricas...)
- Parada cardíaca o muerte súbita.

Sin embargo, existe un gran número de enfermos asintomáticos.

REVISIÓN DEL TEMA

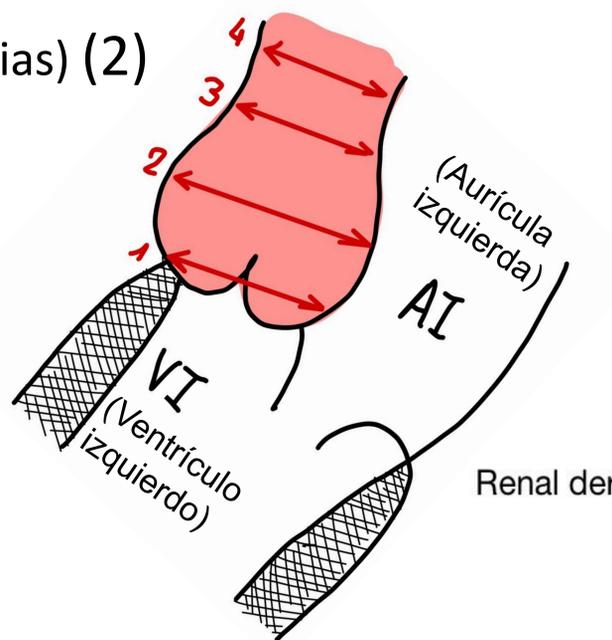
INTRODUCCIÓN

ANATOMÍA:

-**Aorta ascendente:** desde raíz aórtica hasta unión con el arco aórtico, previo a la salida del tronco braquiocefálico (TBC) derecho.

Incluye:

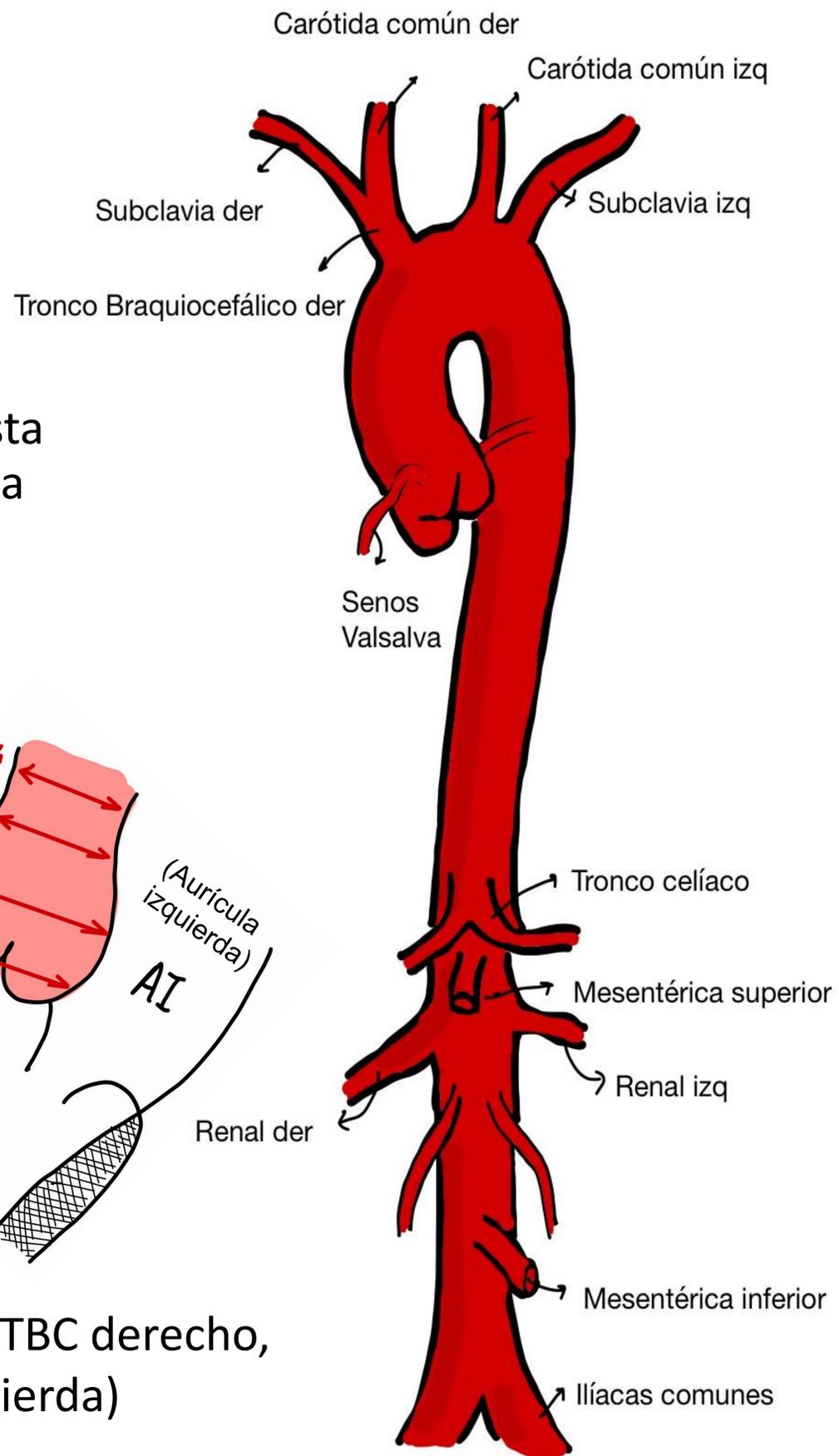
- anillo aórtico (1)
- senos de Valsalva (origen coronarias) (2)
- unión sinotubular (3)
- aorta tubular ascendente (4)



-**Cayado o arco aórtico:** salida de los TSA (TBC derecho, carótida común izquierda y subclavia izquierda)

-**Aorta descendente:** distal al origen de la subclavia izquierda hasta el hiato diafragmático (D12).

-**Aorta abdominal:** desde el hiato aórtico hasta su división en las arterias ilíacas comunes (L4).



REVISIÓN DEL TEMA

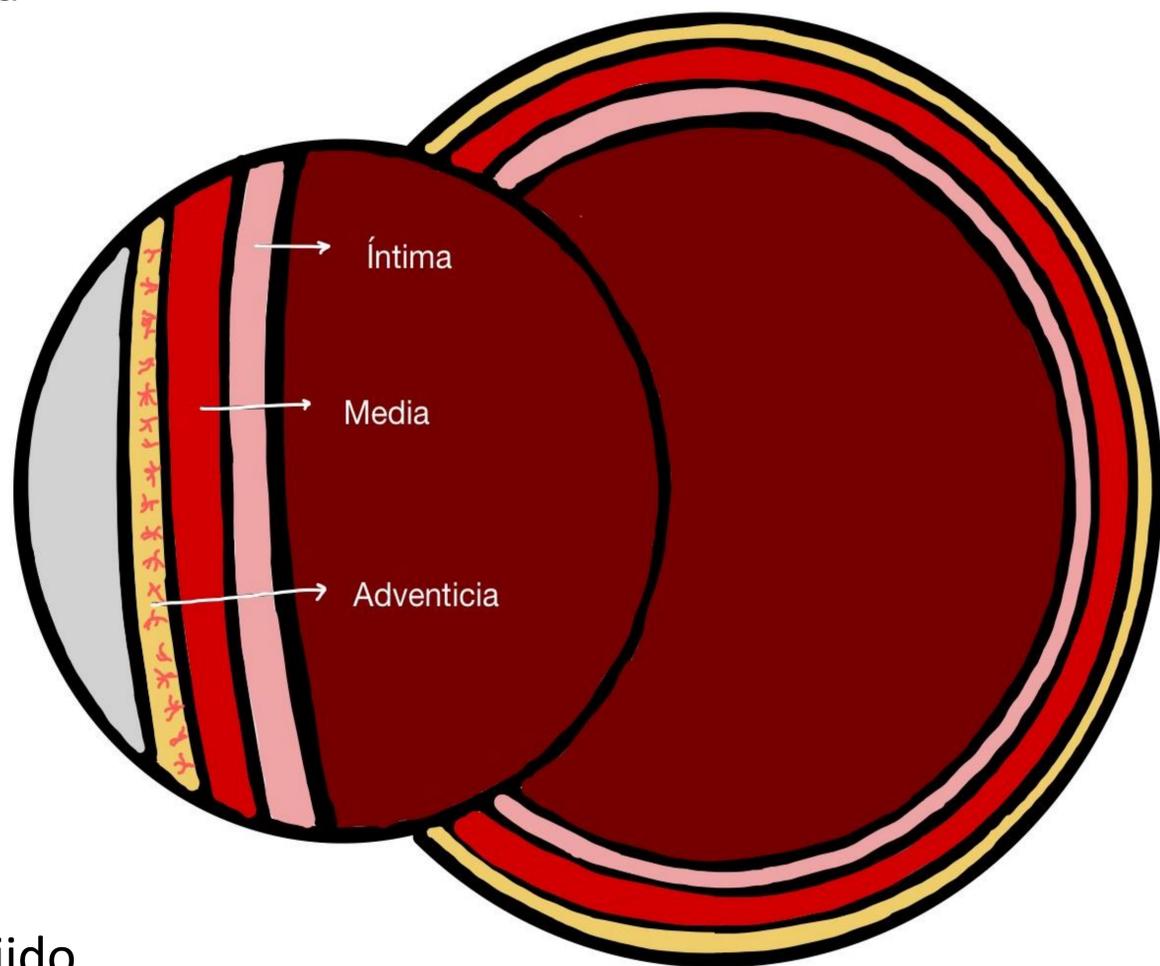
INTRODUCCIÓN

La pared aórtica está formada por 3 capas entre las que se distinguen, de dentro a fuera:

-la **capa íntima**: endotelio que contacta directamente con la luz del vaso. Se compone de fibras elásticas, fibroblastos y células miointimales.

-la **capa media**: capa de mayor grosor compuesta de células musculares lisas concéntricas, fibroblastos y colágeno. Ésta se separa de la capa íntima por la lámina elástica interna.

-la **adventicia**: capa más externa de tejido conjuntivo laxo que, aparte de componerse de fibras colágenas, da sustento a los vasa vasorum y nerviorum.



REVISIÓN DEL TEMA

DISECCIÓN AÓRTICA (DA)

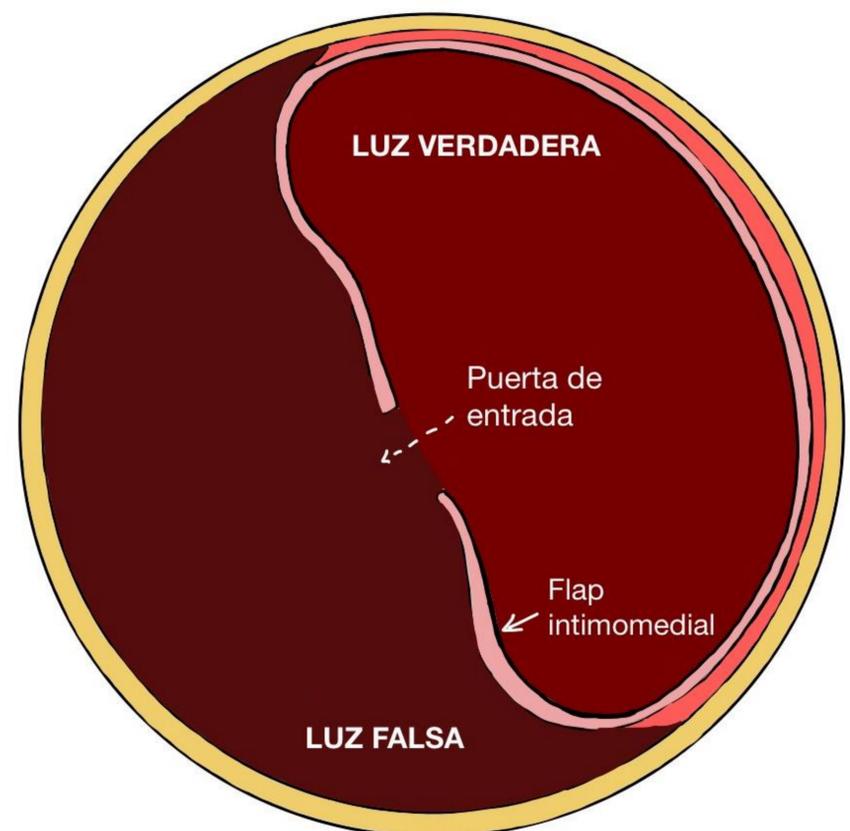
Causa más frecuente y grave de emergencia aórtica (80% de los SAA).

La disección aórtica (DA) consiste en la entrada de sangre a través de un desgarro o flap intimomedial desde la luz del vaso hacia la capa media, dando lugar a 2 luces en el interior del vaso (verdadera y falsa).

Mayor afectación de la aorta ascendente:

-65%---> a 1-5 cm del seno de Valsalva derecho

-20%--->debajo de la arteria subclavia derecha



También lo podemos ver involucrando al arco aórtico (10%) o aorta abdominal (5%) siendo, por tanto, imprescindible **la evaluación de la aorta en su totalidad**.

CLASIFICACIÓN DA:

-**aguda**: < 2 semanas desde el primer síntoma

-**subaguda**: 2 sem-3 meses

-**crónica**: > 3 meses desde los síntomas iniciales. El flap intimal es de mayor grosor y más recto que en las agudas.

REVISIÓN DEL TEMA

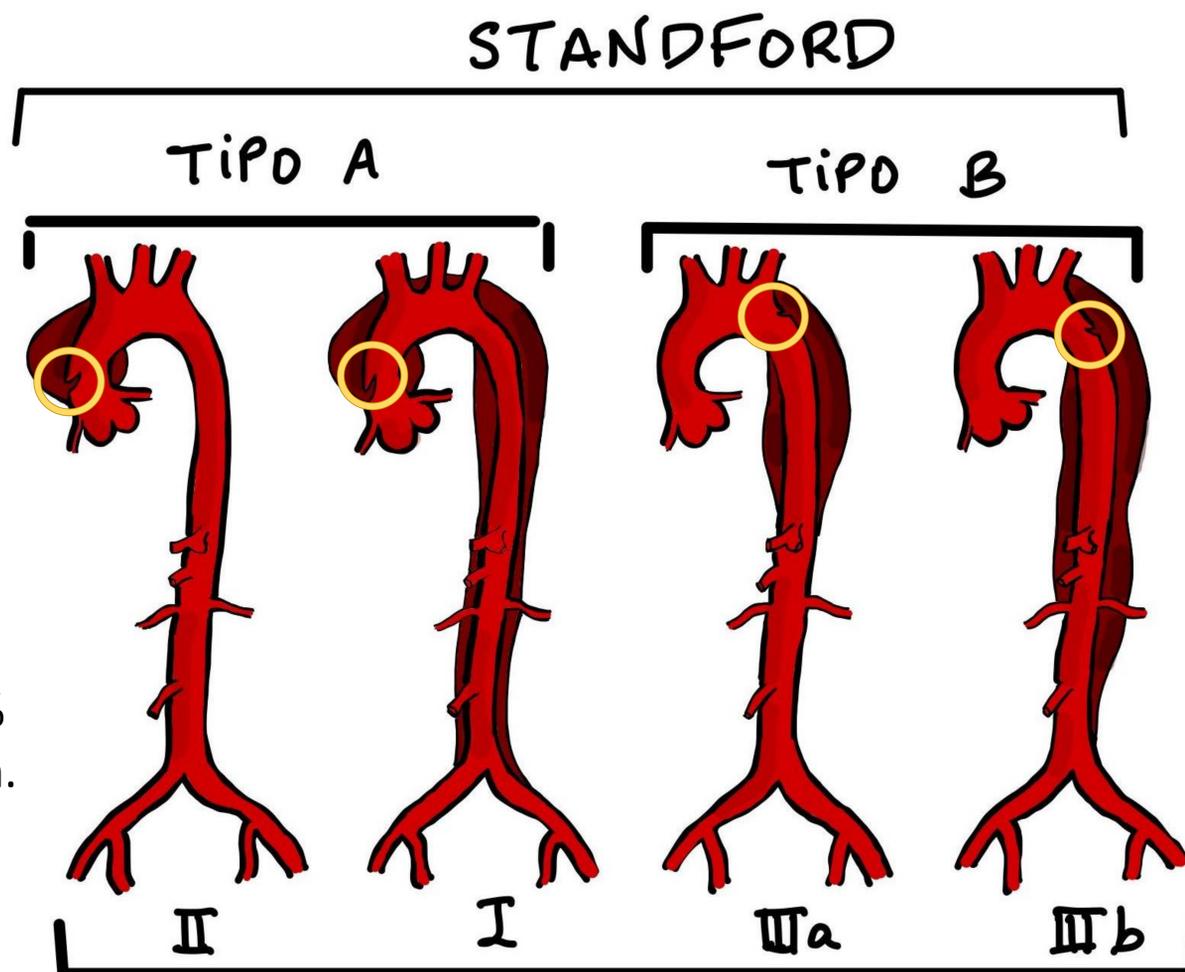
DISECCIÓN AÓRTICA

Según el origen de la rotura intimomedial, destacan:

1-CLASIFICACIÓN DE STANDFORD: más usada por su carácter funcional (determina tratamiento y pronóstico).

-Tipo A (70%)
afectación únicamente de la aorta ascendente (hasta el TBC der)

↓
Cirugía.
Mortalidad del 50% en las primeras 48h.



-Tipo B (30%)
no afecta a aorta ascendente
-describir si compromiso o no del arco aórtico
↓
Tratamiento inicial conservador y si complicaciones, prótesis o cirugía.

DEBAKEY

2-CLASIFICACIÓN DE DEBAKEY: más anatómica.

-I----->afecta aorta ascendente + descendente

-II-----> aorta ascendente (proximal al TBC derecho)

-IIIa---> aorta torácica descendente hasta la altura del diafragma

-IIIb---> con origen en la aorta torácica descendente, se extiende hacia la aorta abdominal e incluso hasta las ilíacas

REVISIÓN DEL TEMA

DISECCIÓN AÓRTICA

-PRUEBAS DE IMAGEN:

La **radiografía** de tórax tiende a malinterpretarse, siendo normal hasta en un 40%.

Hallazgos + fc:

- ensanchamiento mediastínico
- cambios en el contorno aórtico
- cardiomegalia o signos de insuficiencia cardiaca (IC)
- desplazamiento de las calcificaciones intimaes aórticas
- desviación de tráquea y esófago
- derrame pleural izquierdo

Sin embargo, la prueba de elección es la **Tomografía Computarizada (TC)**, por su amplia disponibilidad, rapidez y altas sensibilidad y especificidad (98%).

PROTOCOLO TC

- Buen acceso venoso (3-5 mL/s) y preferible derecho (evitar artefacto en TBC izquierdo)
- Topograma: desde base cuello a región subtrocantérea (TSA-femorales)

Fase inicial sin contraste



Fase arterial precoz



Fase portal a los 60"

Bolus-tracking con ROI (Región de interés) en luz verdadera de aorta descendente, a nivel de la carina, con unos 15" de retraso.

-Si sospecha de DA o IC grave: colocarlo manualmente esperando unos 25-30" desde que se lanza la hélice.

+/- programa de sincronización cardíaca sin necesidad de premedicación, que limita los artefactos de movimiento para valorar mejor la raíz aórtica.

REVISIÓN DEL TEMA

DISECCIÓN AÓRTICA

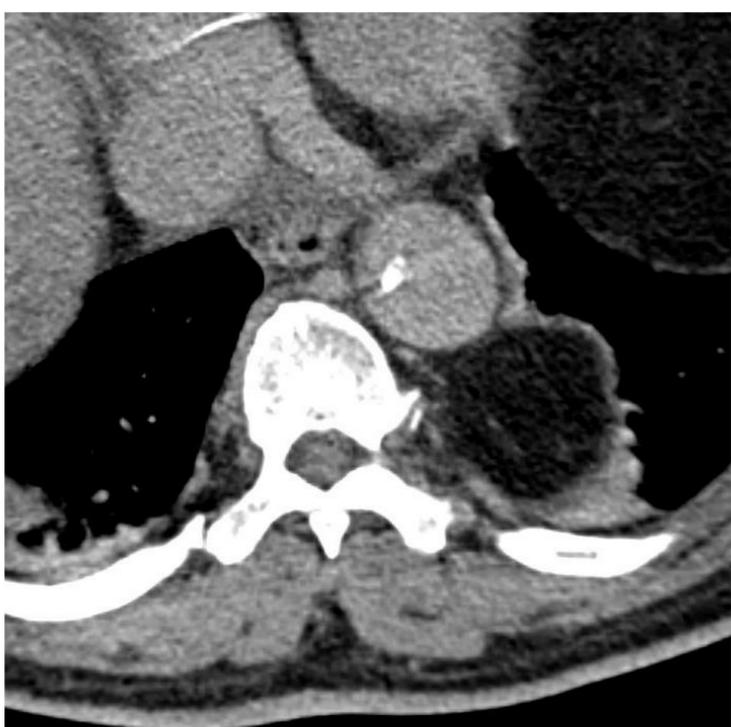
-HALLAZGOS RADIOLÓGICOS:

1) En la fase basal (sin contraste):

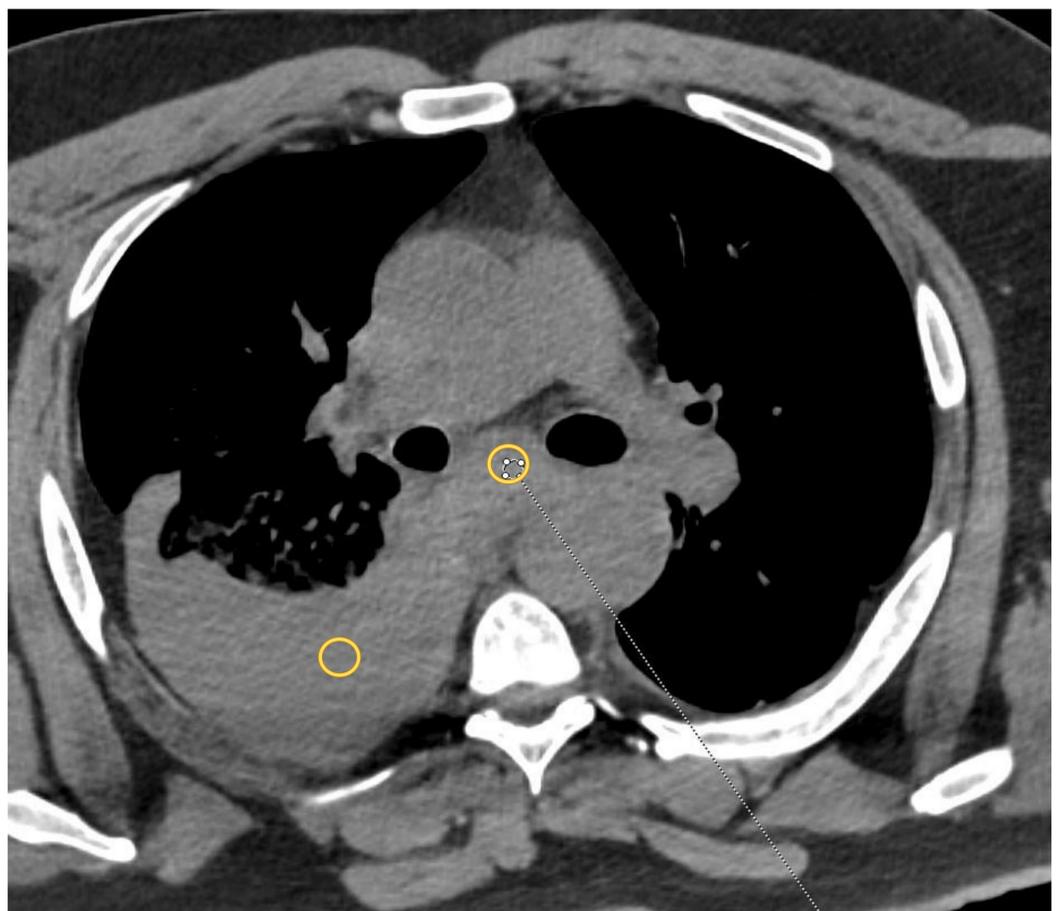
- Imagen lineal hiperdensa en la luz aórtica representando el colgajo intimomedial (flap), sobre todo si pacientes anémicos
- Desplazamiento de calcificaciones intimaes hacia el interior de la luz aórtica
- +/- Dilatación aórtica

Otros hallazgos:

- Hematoma denso en la pared aórtica por rotura de los vasa vasorum (HIM)
- Hemotórax/hemopericardio o hemoperitoneo



TC sin contraste. Desplazamiento de las calcificaciones intimaes hacia el interior de la luz del vaso.



TC sin contraste. Aumento de densidad en torno a **50 UH** en la cavidad pleural y mediastínica en relación con hemotórax y hemomediastino, respectivamente.

REVISIÓN DEL TEMA

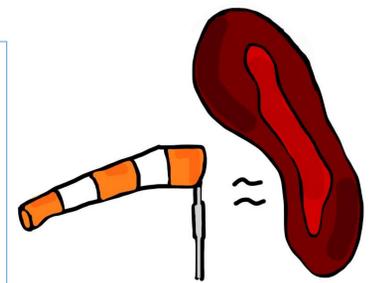
DISECCIÓN AÓRTICA

-HALLAZGOS RADIOLÓGICOS:

2) TC con contraste en fase arterial:

-Flap intimomedial: línea hipodensa que divide la luz del vaso en 2 (trayecto espiroideo)

Puede tener diferentes aspectos, destacando el "winsock sign" o "signo de la manga de viento" donde el flap rodea totalmente la luz verdadera por un desgarro intimomedial completo.



-Puerta de entrada: solución de continuidad en la parte proximal del colgajo. Localización importante para el tratamiento endovascular.

-Puerta de salida o reentrada

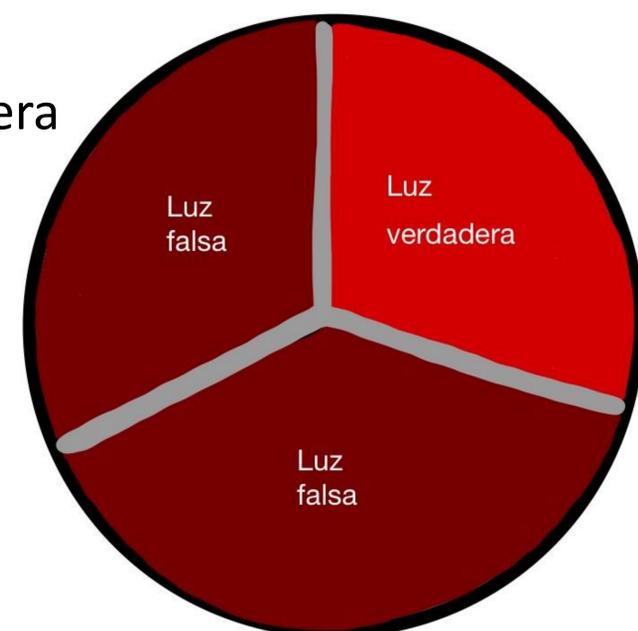
-"signo del Mercedes Benz": doble luz falsa + 1 verdadera (disección 2ª de alguna luz)



TC con contraste donde se observa una línea hipodensa (flap) que divide en 2 la luz aórtica a nivel del cayado.



TC con contraste con 2 soluciones de continuidad intimales que dan lugar a la **puerta de entrada** y **reentrada** en una disección aórtica tipo A.



REVISIÓN DEL TEMA

DISECCIÓN AÓRTICA

-HALLAZGOS RADIOLÓGICOS:

La luz del vaso queda dividida en:

LUZ FALSA

LUZ VERDADERA

se continúa con la parte no disecada

-mayor calibre

-menor calibre

-forma de “cuarto creciente”, trayecto espiroideo

-redondeada +/- compresión por la luz falsa

-“cob web sign” o “signo de la tela de araña”:
restos de la túnica media

-“beak sign” o “signo del pico”: ángulo agudo
entre el flap y la pared externa de la luz falsa

-realza menos y más tarde.

-realza con mayor intensidad y rapidez.

-propensa a trombosis por flujo enlentecido

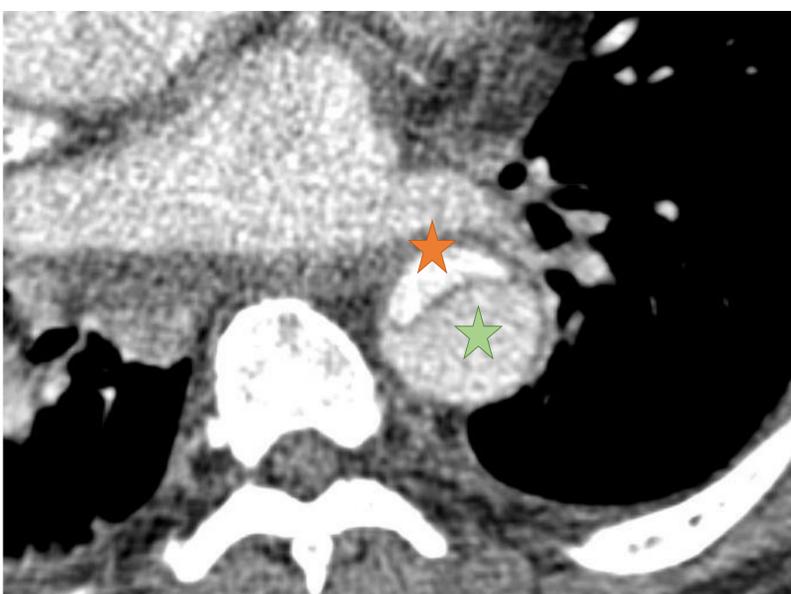
-flujo rápido (luz homogénea)

-no existen calcificaciones en su pared externa

-existen calcificaciones de la pared externa

-suele dar lugar a la arteria renal izquierda

-surgen el tronco celiaco, arteria mesentérica superior y la arteria renal derecha.

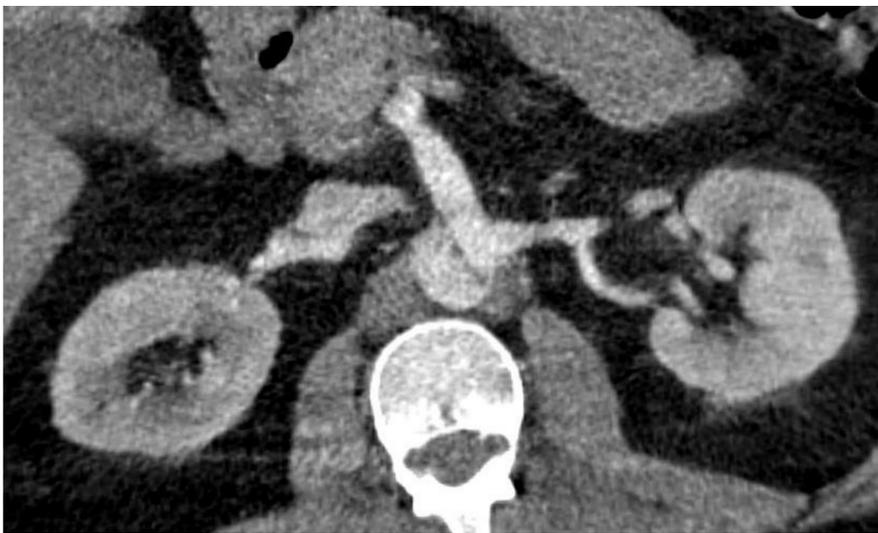


TC con contraste. Diferencia entre la **luz verdadera** (más pequeña y comprimida, con mayor realce) y la **luz falsa** (mayor calibre, menor realce y sin calcificaciones externas en su pared)

REVISIÓN DEL TEMA

DISECCIÓN AÓRTICA

-HALLAZGOS RADIOLÓGICOS:



TC con contraste. Origen de AMS y A. renal izquierda en la luz verdadera

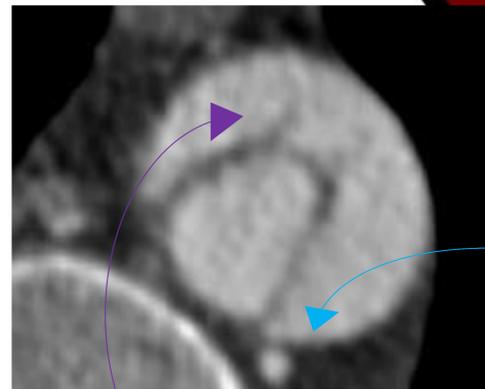
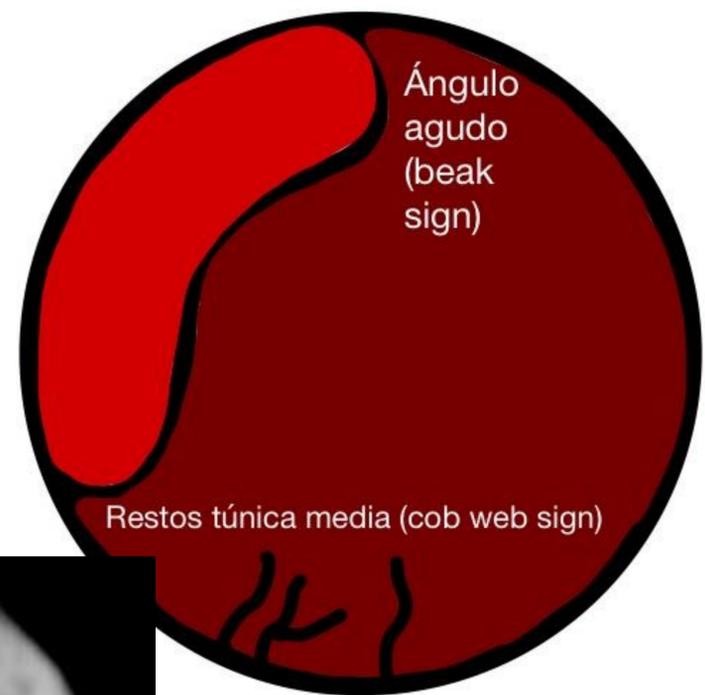
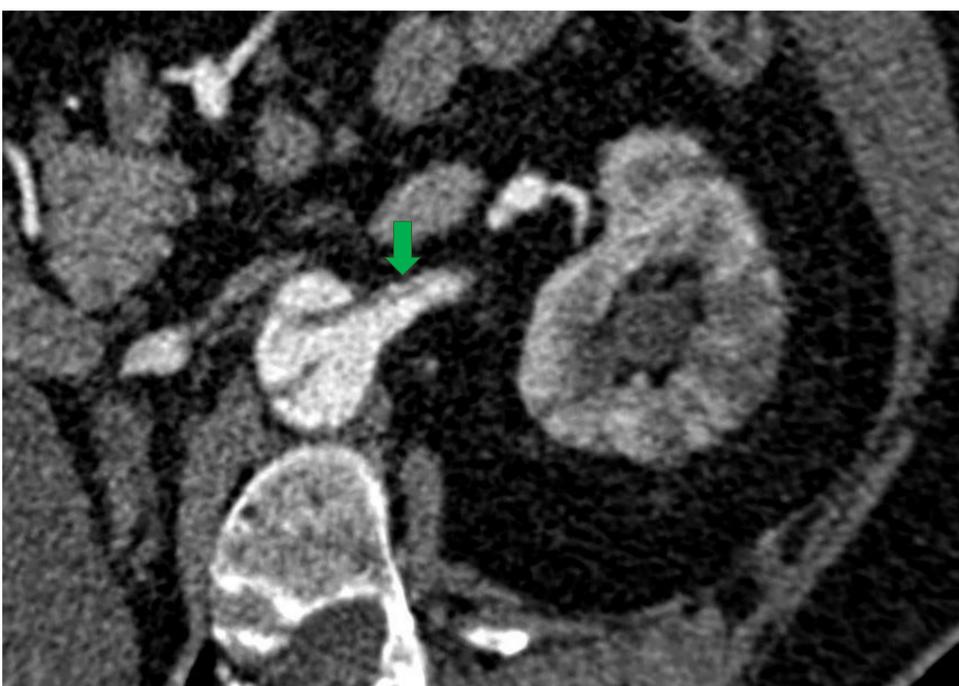


Ilustración del signo del **pico** y de la **telaraña** con su correlación en TC.

3) Fase portal:

- Diferencia el flujo lento por “mala mezcla del contraste” de un HIM en la luz falsa.
- Imprescindible en la valoración postquirúrgica (endofugas).
- Valorar signos de hipoperfusión visceral por extensión de la disección a ramas vasculares ya sea por obstrucción estática o dinámica (sístole-diástole).



TC con contraste. Hipoperfusión renal izquierda con infartos corticales segmentarios por extensión directa del **flap intimal** hacia la arteria renal ipsilateral (obstrucción estática).

REVISIÓN DEL TEMA

DISECCIÓN AÓRTICA

-COMPLICACIONES Y TRATAMIENTO:

STANDFORD A

- afectación coronaria, senos de Valsalva o válvula aórtica
- rotura aórtica
- hemotórax
- hemomediastino
- hemopericardio (riesgo de taponamiento)



Cirugía inmediata salvo lesiones cerebrales o viscerales graves e irreversibles.

STANDFORD B

- diámetro > 6 cm
- signos de hipoperfusión distal
- oclusión ramas viscerales
- signos de rotura



Tratamiento conservador (control tensional y de factores de riesgo). Si complicaciones, tratamiento intravascular.

-PRONÓSTICO:

Peor pronóstico:

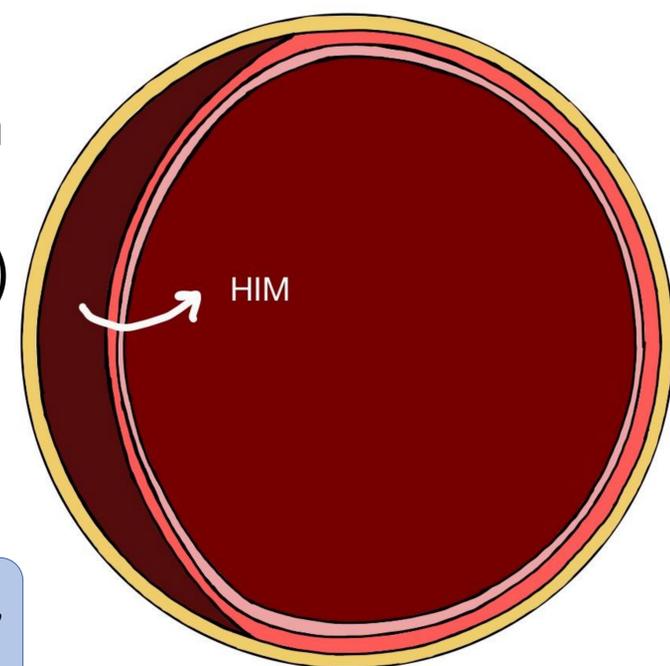
- Puerta de entrada > 10 mm o a < 5 cm de la subclavia izquierda
- Trombosis parcial luz falsa → mayor progresión a rotura (vs completa)
- Mayor diámetro de luz falsa y efecto de masa sobre luz verdadera
- Dilatación aórtica
- Taponamiento cardiaco
- Compromiso coronario
- Insuficiencia cardiaca secundaria a afectación valvular aórtica
- Afectación de circulación cerebral

REVISIÓN DEL TEMA

HEMATOMA INTRAMURAL

Representa el 10-20% de los SAA.

Clásicamente, se ha establecido como una hemorragia espontánea de los vasa vasorum hacia la capa media, produciendo un estancamiento de sangre (hematoma) contenido por la pared aórtica sin claros desgarros intimaes ni comunicación directa con la luz vascular.



“disección sin componente luminal” o “con falsa luz trombosada”

Actualmente, recientes estudios apoyan la existencia de pequeños desgarros intimomediales (no visibles en la TC) sin reentrada, secundarios a una UAP o lesiones traumáticas o yatrogénicas.

En consecuencia, el HIM se considera como un hallazgo de imagen inespecífico que puede darse de manera aislada como variante de una disección clásica o asociado a otras entidades del SAA (DA, UAP o rotura aneurismática), pero siempre traduciendo patología aórtica aguda.

-Puede ser precursor de una DA en un 8-12%

-En el 70% de los casos se afecta la **aorta descendente** (tipo B)

REVISIÓN DEL TEMA

HEMATOMA INTRAMURAL (HIM)

-SIGNOS RADIOLÓGICOS:

A) TC sin contraste:

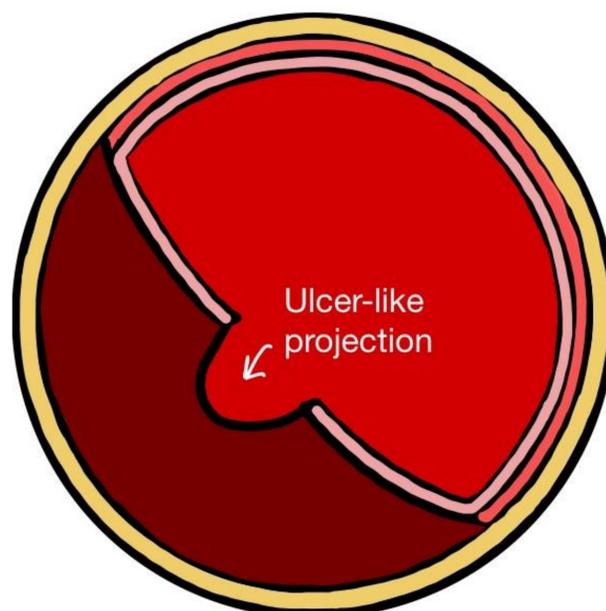
- Engrosamiento mural hiperatenuante (60-70 UH), > 1-2mm de grosor en forma de semiluna o, menos frecuentemente, concéntrico.
- Desplazamiento de las calcificaciones intimaes hacia la luz.



TC sin contraste. Semiluna hiperdensa en relación con HIM.

B) TC con contraste:

- No existe realce del hematoma (hipodenso)
- No se observa flap
- Márgenes interno y externo lisos
- Menor extensión que en la disección
- Puede comprimir la luz aórtica
- Pueden existir lesiones ulcerosas (“**ulcer like projections**”): pequeñas colecciones de contraste dentro del HIM que comunican con la luz aórtica.



TC con contraste. Ausencia de realce del HIM.

REVISIÓN DEL TEMA

HEMATOMA INTRAMURAL

Diagnóstico diferencial: **TROMBO MURAL INTRALUMINAL**; se encuentra dentro de la íntima, no desplaza las calcificaciones (periféricas). Además, en el estudio basal, el trombo es hipo o isodenso y no traduce patología aguda.

TRATAMIENTO :

- Afectación de aorta ascendente → Cirugía
- Respeto de aorta ascendente → Tratamiento conservador

PRONÓSTICO

- 20-45% de los casos-->progresan hacia una DA
- 10-15%----->disminuyen o regresan
- el resto ----->pueden producir aneurismas o roturas aórticas

INDICADORES DE PROGRESIÓN (PEOR PRONÓSTICO):

- HIM tipo A de Stanford
- Grosor > 10mm o aumento gradual durante el seguimiento
- Diámetro aórtico > 5 cm en aorta ascendente y > 4cm en la descendente
- "Ulcer-like projections": pueden progresar a DA, aneurisma o rotura
- Derrame pleural o pericárdico
- Compresión de la luz aórtica
- Dolor torácico recurrente o mala evolución clínica y/o hemodinámica

REVISIÓN DEL TEMA

ÚLCERA ATEROSCLERÓTICA PENETRANTE (UAP)

Ulceración superficial de una placa aterosclerótica que erosiona la íntima, penetra la lámina elástica interna y se extiende hacia la capa media formando un HIM con peligro de DA o rotura secundaria.

Las etapas en la evolución de la UAP son:

-I: ulceración limitada a la íntima (por fragmentación o erosión)



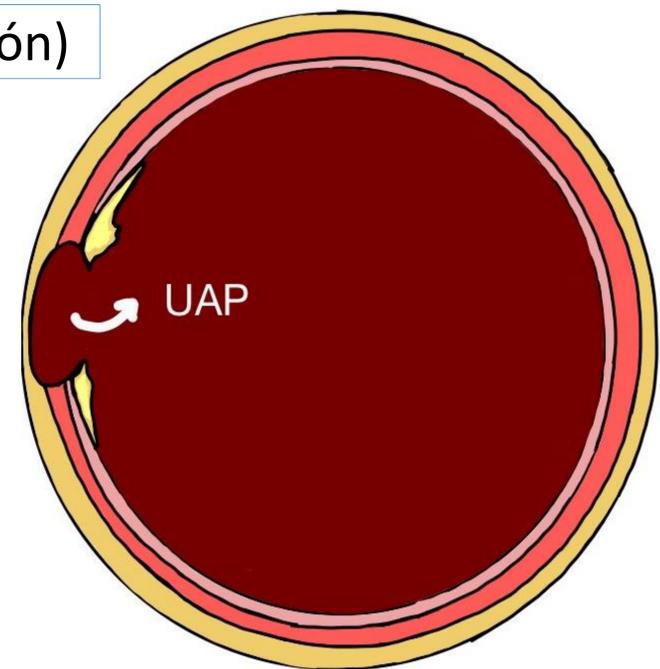
-II: desgarro intimal con rotura de la lámina elástica interna y entrada a la capa media



-III: formación de una hemorragia en la capa media (HIM)



-IV: afectación de todo el espesor de la pared aórtica, incluyendo adventicia



Incidencia: 2-8% de todos los SAA.

-Afecta a pacientes de mayor edad con extensa ateromatosis calcificada sistémica.

-**Aorta torácica descendente** medio-distal (90%). La aorta ascendente se encuentra “protegida” por el rápido flujo a ese nivel, por lo que si encontramos una UAP a ese nivel, tendrá peor pronóstico.

REVISIÓN DEL TEMA

ÚLCERA ATEROSCLERÓTICA PENETRANTE

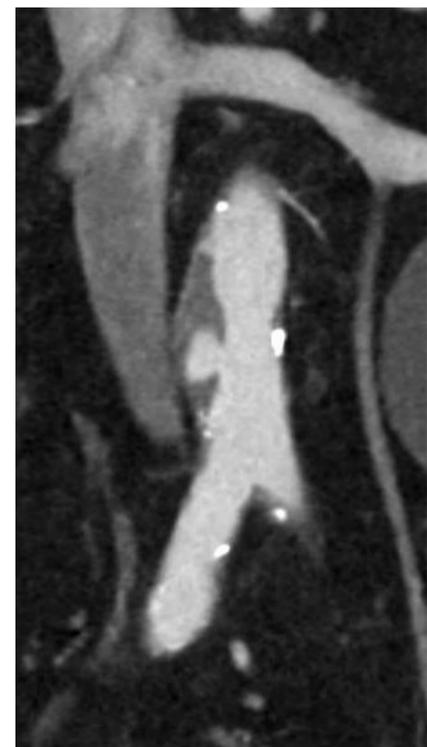
HALLAZGOS RADIOLÓGICOS:

A) Fase basal:

- Extensa ateromatosis calcificada
- +/- HIM focal (80% de los casos)
- Calcificaciones intimaes alrededor de la puerta de entrada que traducen el sitio de rotura de la placa

B) TC con contraste:

- Protrusión de contraste fuera de la luz aórtica con una comunicación amplia con la luz que va más allá de las calcificaciones intimaes. Sin flap ni luz falsa.
- +/- Engrosamiento de la pared aórtica
- +/- Aneurisma abdominal concomitante



TC con contraste. UAP. Pequeña saculación de contraste de la pared aórtica que mantiene un íntimo contacto con su luz.

Diagnóstico diferencial: **PLACA ATEROMATOSA CRÓNICA ULCERADA**; básicamente, no presenta clínica aguda ni alteraciones en la grasa periaórtica o hemotórax.

REVISIÓN DEL TEMA

ÚLCERA ATEROSCLERÓTICA PENETRANTE

PRONÓSTICO:

La mayoría se encuentran asintomáticos y no suelen progresar, por lo que es suficiente con un seguimiento radiológico periódico.

TRATAMIENTO:

Tratamiento intravascular si:

-Stanford A

-Stanford B

-Sintomático

-Crecimiento anual

+ Pseudoaneurisma

+ HIM

-Diámetro > 20mm

-Profundidad >10mm

REVISIÓN DEL TEMA

ROTURA ANEURISMÁTICA

Los aneurismas aórticos consisten en una dilatación focal de la aorta por debilidad de su pared, con afectación de las 3 capas.

Medidas según las distintas localizaciones →

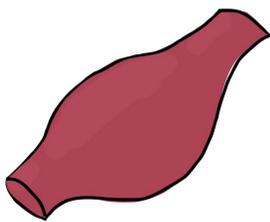
- > 5 cm para la aorta ascendente
- > 4 cm para la aorta descendente
- > 3-3,5 cm de la aorta abdominal

FACTORES DE RIESGO:

Arteriopatía coronaria o vascular periférica y antecedentes familiares

-Se da con mayor frecuencia en varones de > 60 años

-Sobre todo afecta a la aorta infrarrenal y de morfología fusiforme (80%)



CLÍNICA:

Síntomas compresivos o masa pulsátil que puede asociar dolor, hipotensión o shock hipovolémico cuando se complica con rotura.

Los factores de riesgo de rotura:

-Diámetro máximo del aneurisma: **riesgo directamente proporcional.**

-HTA

-Tabaco

-Sexo femenino

-HIM asociado; aumenta posibilidad de rotura inminente

REVISIÓN DEL TEMA

ROTURA ANEURISMÁTICA

PROTOCOLO:

-TC SIMPLE:

diferencia calcificaciones de material quirúrgico dentro del saco aneurismático.

Ayuda a visualizar hematoma periaórtico o HIM.

-FASE ARTERIAL:

permite visualizar puntos de extravasación de contraste (sangrado activo).

-FASE VENOSA:

pueden verse fugas de contraste no visualizadas en la fase arterial

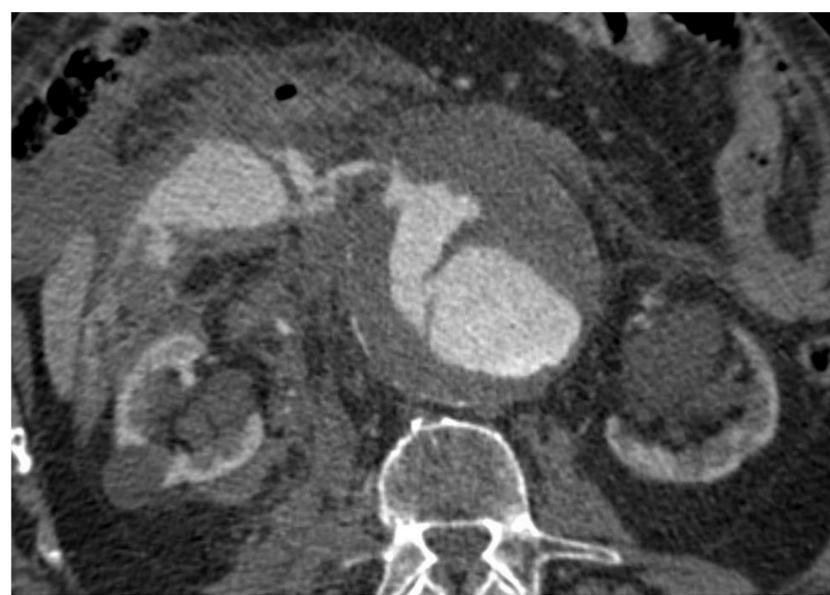
HALLAZGOS RADIOLÓGICOS:

SIGNOS DE ROTURA FRANCA:

- Hematoma retroperitoneal adyacente
- Reticulación de la grasa periaórtica
- Extravasación activa de contraste: traduce sangrado activo (fase arterial o venosa) y necesidad de cirugía urgente.



TC con contraste. Aneurisma aórtico abdominal con extenso hematoma periaórtico en región pararenal izquierda que sugiere rotura del mismo.



TC con contraste en fase arterial. Aneurisma aórtico abdominal con extravasación activa de contraste que traduce sangrado arterial activo así como signo directo de rotura.

REVISIÓN DEL TEMA

ROTURA ANEURISMÁTICA

PROTOCOLO:

-TC SIMPLE:

diferencia calcificaciones de material quirúrgico dentro del saco aneurismático.

Ayuda a visualizar hematoma periaórtico o HIM.

-FASE ARTERIAL:

permite visualizar puntos de extravasación de contraste (sangrado activo).

-FASE VENOSA:

pueden verse fugas de contraste no visualizadas en la fase arterial

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS:

SIGNOS DE ROTURA CONTENIDA / INCIPIENTE:

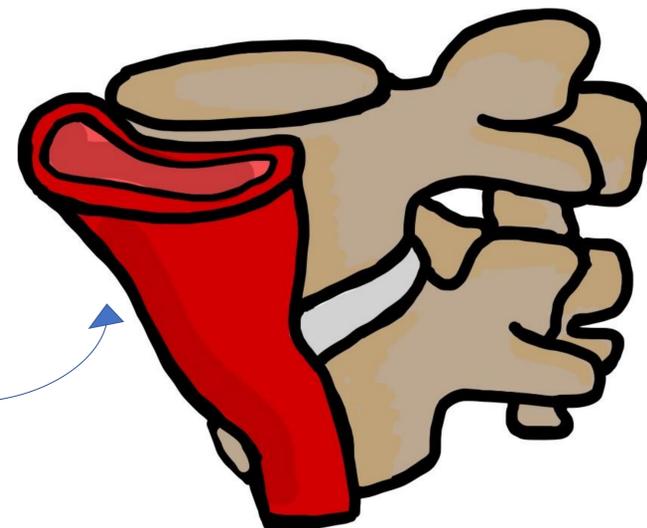
estado de alto riesgo y previo a la rotura

-Signo de la semiluna hiperdensa: signo precoz y específico de rotura. Traduce un hematoma agudo en el trombo mural o de la pared aneurismática.

-Discontinuidad focal de las calcificaciones intimaes (“signo del calcio tangencial”)

-Aumento de tamaño del aneurisma (>1 cm/año o >5mm en 6 meses)

-Signo del abrazo aórtico o **“draped aorta sign”**: falta de delimitación y circunferencialidad de la pared aórtica posterior, que sigue el contorno de los cuerpos vertebrales adyacentes.



REVISIÓN DEL TEMA

ROTURA ANEURISMÁTICA

TRATAMIENTO:

- Standford tipo A → tratamiento quirúrgico
- Standford tipo B → tratamiento endoprotésico o cirugía según localización, edad o riesgo quirúrgico del paciente.

Será importante hacer referencia en nuestro informe de:

- La distancia del aneurisma a la arteria subclavia (en caso de aneurismas torácicos) y a las arterias renales (en caso de los abdominales).
- Los diámetros transversales máximos
- La longitud
- Si existe afectación de los troncos supraaórticos o vasos abdominales e ilíacos de cara a los procedimientos.

REVISIÓN DEL TEMA

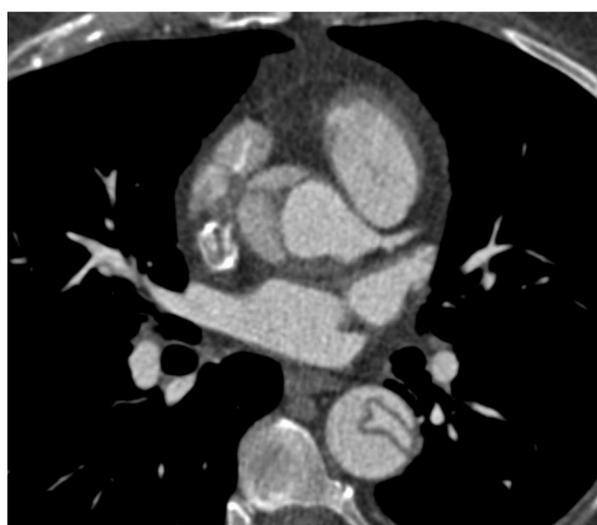
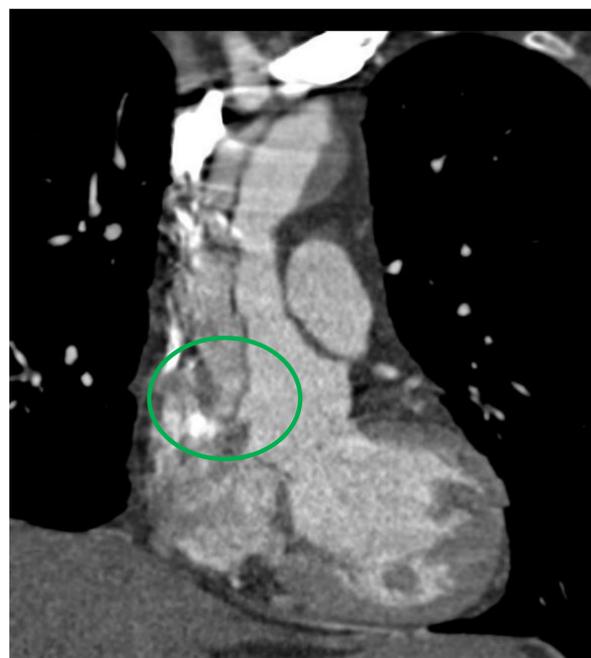
PROPUESTA DE INFOME RADIOLÓGICO

Por lo general, en los informes destinados a diagnosticar un SAA deberemos incluir:

DA	HIM	UAP
-Standford A o B	-Standford A o B	-Standford A o B
-Localización punto de entrada	-Grosor máximo	-Medida de la base y la profundidad
-Trayecto del flap	-Presencia de ulcer-like projections?	-HIM asociado?
-Localización punto/s de reentrada	-Diámetro máximo aórtico	-Presencia de (pseudo)aneurismas
-Luz falsa vs luz verdadera -Grado de compresión de luz verdadera -Diámetro luz falsa -Trombo en luz falsa?	-Signos de rotura aórtica	-Signos de rotura
-Extensión a válvula aórtica y coronarias	-Coexistencia de enfermedad ateromatosa	-Información de ayuda de cara al tratamiento endoprotésico (variantes anatómicas, tortuosidad...)
-Origen de las ramas aórticas en luz falsa o verdadera		
-Signos de malperfusión		
-Morfología y diámetro de aorta		
-Permeabilidad y tortuosidad de las ilíacas y femorales		
-Signo de rotura aórtica		

REVISIÓN DEL TEMA

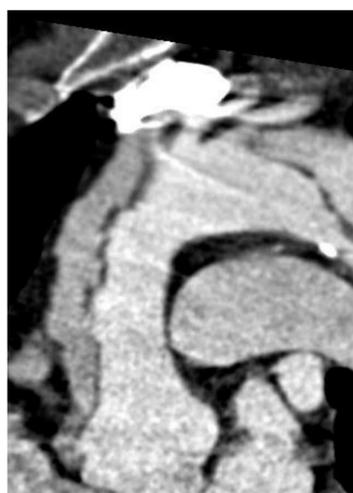
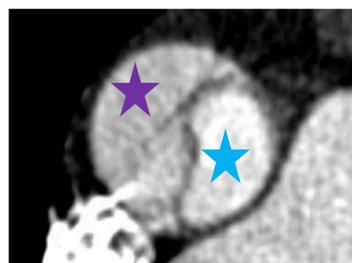
PROPUESTA DE INFOME RADIOLÓGICO. CASO.



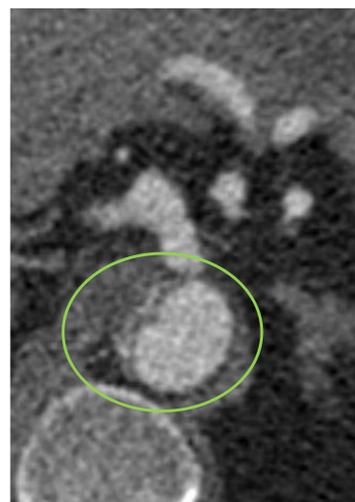
- 1.-Stanford: Disección aórtica tipo A
- 2.-**Puerta de entrada**: en raíz aórtica, previo a los senos de Valsalva
- 3.-Trayecto del flap: discretamente espiroideo
- 4.-**Punto de reentrada**: en el origen de ambas arterias ilíacas comunes

REVISIÓN DEL TEMA

PROPUESTA DE INFOME RADIOLÓGICO. CASO.



TSA: luz verdadera



Tronco celiaco: luz falsa



AMS: luz verdadera



AMI: luz falsa



A. renal derecha: luz verdadera

A. renal izquierda: luz falsa. Extensión del flap hacia la misma con hipoperfusión renal secundaria.



Íliaca común der: luz falsa.

Íliaca común izq: luz verdadera.

5.-Luz falsa vs luz verdadera

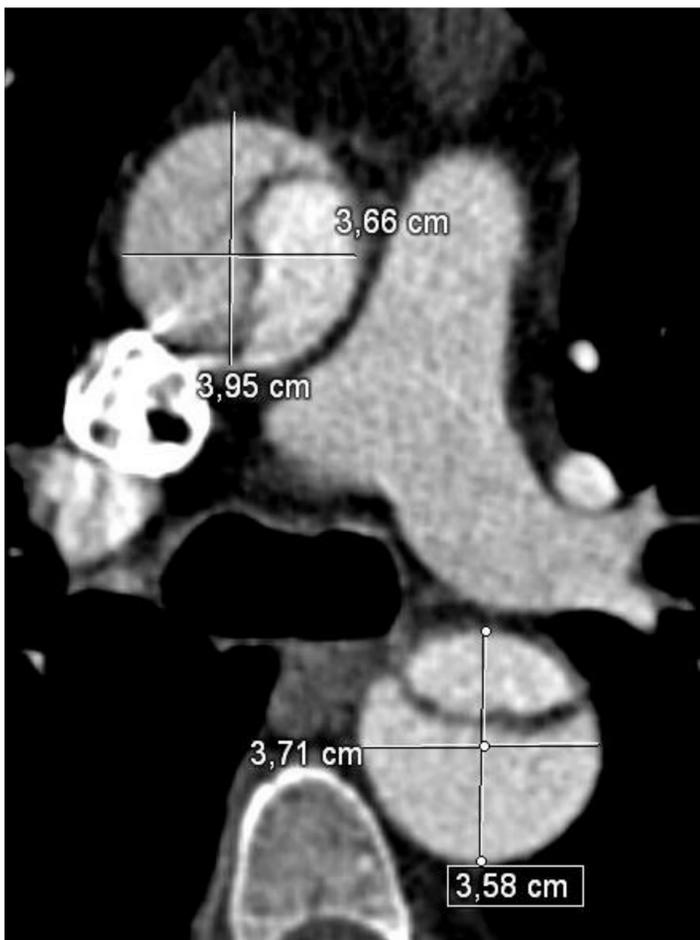
6.-Grado de compresión de la luz verdadera: la luz verdadera se muestra excéntrica, ocupando la luz falsa alrededor de un 90% de la luz del vaso en el origen del tronco celiaco.

7.-¿Trombo en la luz falsa?: no

8.-Origen de ramas viscerales aórticas: TSA, tronco celiaco, AMS, arterias renales, AMI, ilíacas...

REVISIÓN DEL TEMA

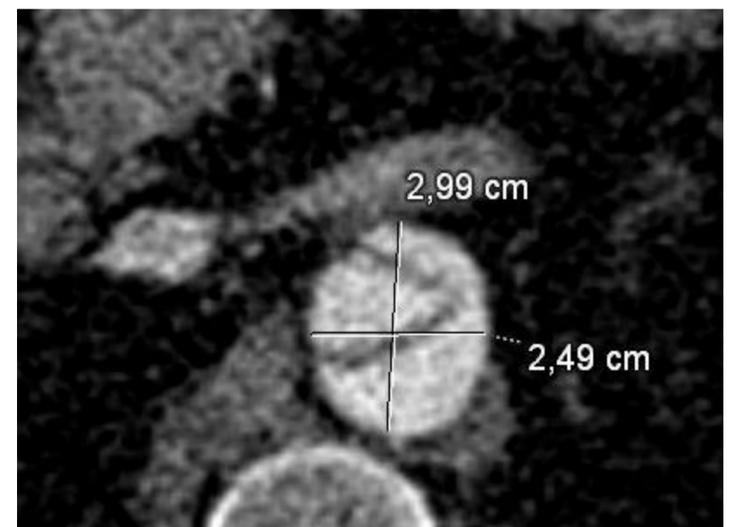
PROPUESTA DE INFOME RADIOLÓGICO. CASO.



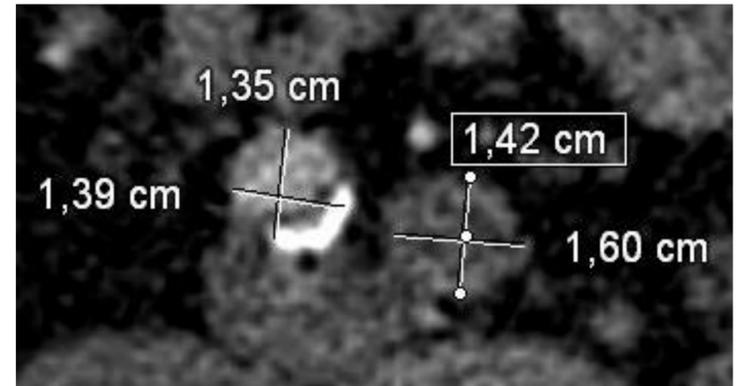
Diámetro aorta ascendente y descendente



Diámetro cayado



Diámetro aorta abdominal

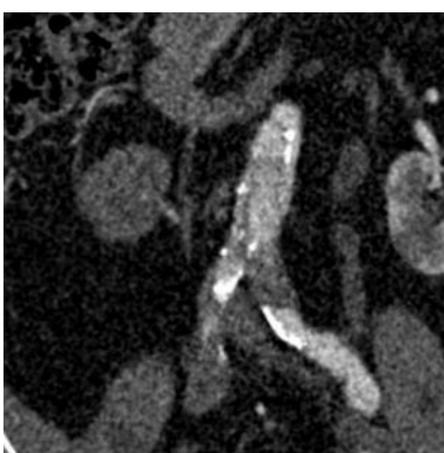


Diámetro de ilíacas comunes

- 9.-¿Signos **malperfusión**? Sí, renal.
- 10.-¿Extensión a válvula aórtica o coronarias? No
- 11.-Diámetros aórticos
- 12.-**Arterias ilíacas** (tratamiento endovascular)
- 13.-Signos de rotura: no



Infartos corticales subsegmentarios renales bilaterales



Arterias ilíacas comunes discretamente **tortuosas** con **trombosis** proximal bilateral; de unos 3,5 cm y próxima al 50% en el lado derecho y condicionando suboclusión proximal en el lado izquierdo, con trayecto filiforme en su interior y adecuado flujo distal.

CONCLUSIONES

El SAA comprende un grupo de trastornos agudos de la pared aórtica que requieren de un manejo urgente, de ahí que sea importante tener presente los principales hallazgos y complicaciones de cada entidad para un informe estructurado que ayude a establecer un pronóstico y un tratamiento adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

- Multidetector CT of Aortic Dissection: A Pictorial Review. McMahon MA, Squirrell CA. Radiographics. 2010 Mar; 30(2): 445-60.
- Emerging Concepts in Intramural Hematoma Imaging. Gutschow SE, Walker CM, Martínez-Jiménez S, Rosado-de-Christenson ML, Stowell J, Kunin JR. Radiographics. 2016 May-Jun; 36 (3): 660-74
- Rakita D, Newatia A, Hines JJ, Siegel DN, Friedman B. Spectrum of CT findings in rupture and impending rupture of abdominal aortic aneurysms. Radiographics [Internet]. 2007;27(2):497–507.
- Nienaber CA. The role of imaging in acute aortic syndromes. Eur Heart J Cardiovasc Imaging. 2013; 14:15–23.
- Chiu KWH, Lakshminarayan R, Ettles DF. Acute aortic syndrome: CT findings. Clin Radiol. 2013; 68:741-748.
- Bustamante-Munguira J, Juez M. Síndrome aórtico agudo. Cirugía Cardiovascular [Internet]. 2016;23(1):38–44.
- Varela C, de Luccas V, Gutiérrez JM, Mantelli E, Ríos P, M. Zúñiga J, et al. Estudio imagenológico del síndrome aórtico agudo. Revista Médica Chile [Internet]. 2019;147(12):1579–93.