



Cardiocore

ISSN: 1889-898X

cardiocore@elsevier.com

Sociedad Andaluza de Cardiología

España

Domínguez-Pérez, Ángel D.; González-Martín, Raquel; Ruiz-Guerrero, Clara; Iribarren-Marín, María del Alcázar

Hematoma intramural aórtico como causa de dolor torácico

Cardiocore, vol. 46, núm. 1, 2011, pp. e11-e12

Sociedad Andaluza de Cardiología

Barcelona, España

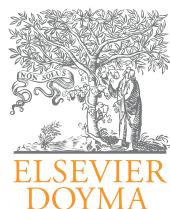
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=277021993002>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Observaciones clínicas

Hematoma intramural aórtico como causa de dolor torácico

Ángel D. Domínguez-Pérez*, Raquel González-Martín, Clara Ruiz-Guerrero y María del Alcázar Iribarren-Marín

Unidad de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de marzo de 2010
Aceptado el 11 de marzo de 2010

Palabras clave:

Dolor torácico
Enfermedades aórticas
Síndrome aórtico agudo

R E S U M E N

El hematoma intramural aórtico se engloba dentro del síndrome aórtico agudo. Junto la disección aórtica y la úlcera penetrante arteriosclerótica. El desarrollo de los métodos imagen ha facilitado su diagnóstico, siendo los de mayor uso en este contexto el empleo la TC multicorte, sin y con contraste endovenoso y la ecocardiografía. Presentamos el caso de un varón de 67 años afecto de hematoma intramural aórtico y hacemos un breve repaso de esta entidad.

© 2010 SAC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados

Intramural aortic hematoma as a cause of thoracic pain

A B S T R A C T

Keywords:
Chest Pain
Aortic Diseases
Aortic acute syndrome

Intramural aortic hematoma, aortic dissection and penetrating atherosclerotic ulcer considered within the Aortic acute syndrome. The development of imaging methods has facilitated the diagnosis, with Computed Tomography, with and without intravenous contrast, and echocardiography being the most used in this context. We report a case of a 67-year-old male with aortic intramural hematoma as well as a brief review of this condition.

© 2010 SAC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved

Introducción

El hematoma intramural aórtico (HIA), junto con la disección aórtica (DA) y la úlcera penetrante, se engloban dentro del conocido síndrome aórtico agudo, caracterizados por un debilitamiento de la pared aórtica con posterior evolución a aneurisma y rotura aórtica¹. Presentamos un paciente afecto de HIA, valoramos las distintas técnicas diagnósticas así como el manejo de esta entidad.

Caso clínico

Hombre de 67 años, con antecedentes de HTA en tratamiento con enalapril (20 mg/día), que consultó por dolor torácico opaco en reposo, irradiado a cuello y espalda, de 4 h de evolución. A su ingreso, presentaba una TA de 200/140 mmHg y FC 100 lpm, con pulsos periféricos conservados; el electrocardiograma fue normal, así como el hemograma y la bioquímica sanguínea, incluida CPK. Ante la sospecha de síndrome aórtico

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: drdominguezperez@hotmail.com (A.D. Domínguez-Pérez).

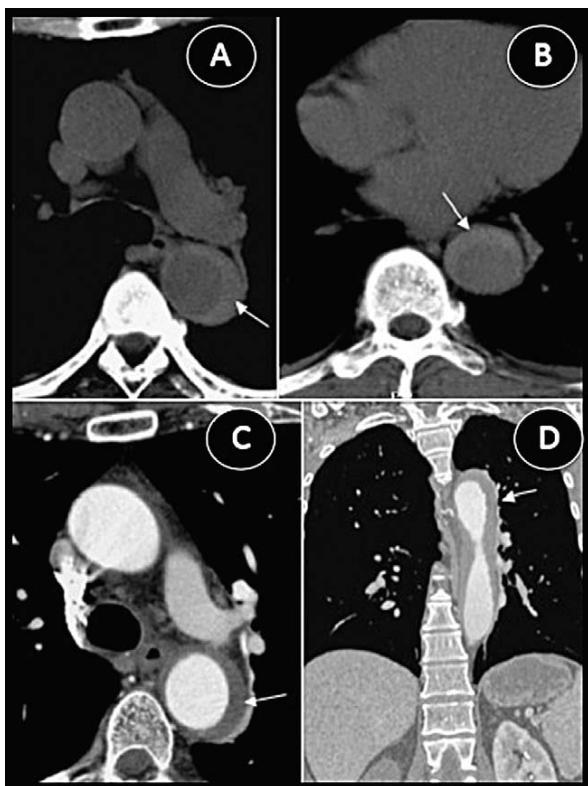


Figura 1 – TCMD. A) Sin contraste: imagen en semiluna hiperdensa, que afecta a la pared de la aorta torácica descendente en relación con sangrado (flecha). B) Nivel inferior de A. Persiste el aumento de densidad en la pared aórtica (flecha). C) Con contraste. Mismo nivel de figura 1A. Se visualiza el hematoma intramural con mayor nitidez diferenciado de la luz aórtica. D) Reconstrucción coronal: se puede delimitar la extensión del HIA.

agudo, se realizó una tomografía computarizada multidetector (TCMD), sin administración de contraste yodado (fig. 1A, B) inicialmente, visualizándose un anillo hiperdenso en la pared de la aorta torácica; tras repetir el estudio con administración de contraste IV (fig. 1C, D), se comprobó como el hematoma aórtico se extendía desde la aorta torácica descendente hasta la abdominal, respetando a la aorta torácica ascendente (tipo B). El paciente ingresó en la UCI, instaurándose tratamiento con nitropusato sódico, normalizándose la TA y no volviendo a presentar dolor torácico; al 6.º día, se le repitió la TCMD, no mostrando el HIA tendencia a su reabsorción.

Discusión

El HIA fue descrito inicialmente por Krukenberg en 1920² que lo atribuyó a una rotura espontánea de los vasa vasorum, seguida de hemorragia en la capa media; donde a diferencia de la DA, no existe rotura de la íntima².

La hipertensión, se considera el factor de riesgo principal (53%) y se clasifica en tipo A si afecta a la aorta ascendente,

extendiéndose o no por la descendente y tipo B si solo es descendente la parte afectada³.

El diagnóstico se realiza con TCMD debido a: disponibilidad, rapidez de examen, resolución espacial y capacidad de valoración de la aorta toracoabdominal y sus ramas en su totalidad; la sensibilidad y el valor predictivo negativo del 100%. Inicialmente se realiza sin contraste, apareciendo una imagen creciente y excéntrica hiperdensa que originaría el engrosamiento de la pared aórtica; tras el contraste la colección intramural no capta; la ausencia de flap intimal o úlcera penetrante, es requisito imprescindible para el diagnóstico de HIA. Las limitaciones del TCMD son la nefrotoxicidad del contraste y la radiación que recibe el paciente⁴.

La ecografía transesofágica, es un método disponible rápidamente, con sensibilidad y especificidad próximo al 100%. Puede ver un engrosamiento de la pared aórtica con áreas hipoeocoicas en su interior, luz excéntrica aórtica y desplazamiento de la íntima en el caso de que esté calcificada; sus limitaciones son: no ver la aorta en su totalidad, es operador dependiente (incluyendo en la calidad del examen), invasiva y diferenciar un hematoma intramural de un engrosamiento de la pared en una zona focal de arteriosclerosis severa puede ser difícil⁵.

La RM aunque tiene una alta sensibilidad (100%), no se utiliza como técnica inicial por: ser estudios lentos (30 min), incompatible con algunos dispositivos de monitorización menos disponible en urgencias; el hematoma se vería hipointenso o hipointenso en las secuencias T1 y T2, según su grado de evolución⁵.

Actualmente, el manejo del HIA se considera médica consistente en bloqueantes de receptores betaadrenérgicos acompañado de bloqueadores de los canales de calcio, para mantener una TA < 120 mmHg. El tratamiento endovascular (stent cubierto) se reserva para los HIA que presenten complicaciones (evolución a DA, formación de aneurisma o úlcera penetrante) y el tratamiento quirúrgico a los tipo A con complicaciones (hemopericardio, hemomediastino, progresión a DA y síncope)⁶.

BIBLIOGRAFÍA

- Eggebrecht H, Plicht B, Kahlert P, Erbel R. Intramural hematoma and penetrating ulcers: indications to endovascular treatment. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2009;38:659–65.
- Krukenberg E. Beiträge zur Frage des Aneurismas dissecans. Beitr Pathol Anat Allg Pathol. 1920;67:329–51.
- Evangelista A. Historia natural y tratamiento del síndrome aórtico agudo. Rev Esp Cardiol. 2004;57:667–79.
- MDCT Evaluation of Acute Aortic Syndrome. Radiol Clin N Am. 2010;48:67–83.
- Chao CP, Walker TG, Kalva SP. Natural history and CT Appearances of Aortic Intramural Hematoma. RadioGraphics. 2009;29:791–804.
- Baikousis N, Apostokalis E, Siminelakis SN, Papadopoulos C, Goudevenos J. Intramural aematoma of the aorta: who's to alert the cardiologist or the cardiac surgeon. Journal of Cardiothoracic Surgery. 2009, doi:10.1186/1749-8090-4-54.