



ALTA COMPLEJIDAD EN RED
Hospital El Cruce
Dr. Néstor Carlos Kirchner

SERVICIO DE DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO POR IMAGENES

TOMOGRAFÍA COMPUTADA MULTISLICE: Síndromes aórticos agudos

Dra. Millán Pacheco, Mabel
Dr. Miranda, Federico
Dr. Marzoli, Patricio

Dr. Mc Guire, Enrique J.
Dr. Hinojosa, Grover
Dr. Giaccio, Jorge

Introducción



La patología aórtica es causa de una importante morbi/mortalidad, y es cada vez más frecuente debido a la longevidad progresiva de la población.

Un rápido diagnóstico contribuye a una adecuada planificación terapéutica, mejora los resultados y puede además, salvar la vida del paciente.

Objetivos

Procurar una apropiada utilización de los recursos en pro de un diagnóstico eficaz (rápido y certero), tal cual lo exige la patología aórtica aguda, y unificar criterios de diagnóstico con nuestros pares a fin de lograr una mayor calidad en la atención interdisciplinaria para nuestros pacientes.

Protocolo de estudio

Paciente con previa administración de una ampolla de corticoide de depósito y un antihistamínico.

No se necesita la administración de contraste oral.

Durante el estudio SE DEBEN realizar las siguientes fases: *

- * sin contraste endovenoso
- * con contraste endovenoso
- * fase tardía

Síndrome aórtico agudo

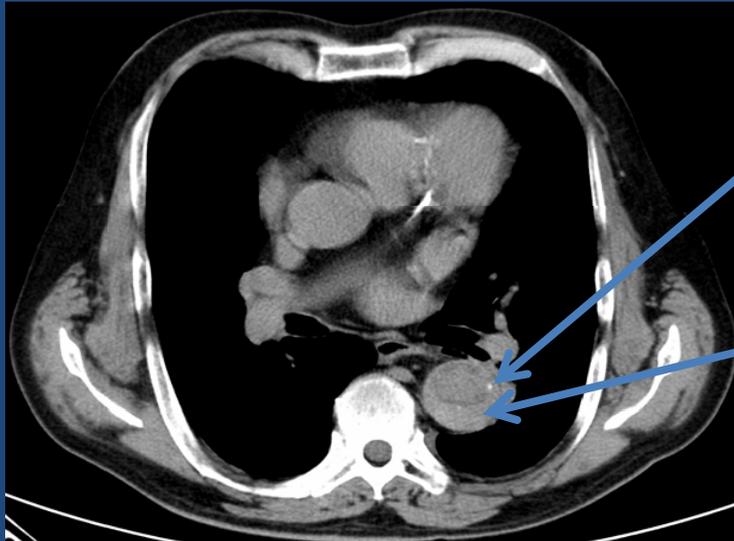
Abarca tres entidades interrelacionadas con una presentación clínica similar:

- Hematoma intramural
- Úlcera aterosclerótica penetrante
- Disección aórtica

Hematoma intramural

- Es una hemorragia intraparietal (intramedial), contenida dentro de la propia pared aórtica.
- En la TC se visualiza como un engrosamiento semicircular de la pared aórtica de mayor densidad que no realza con el contraste.

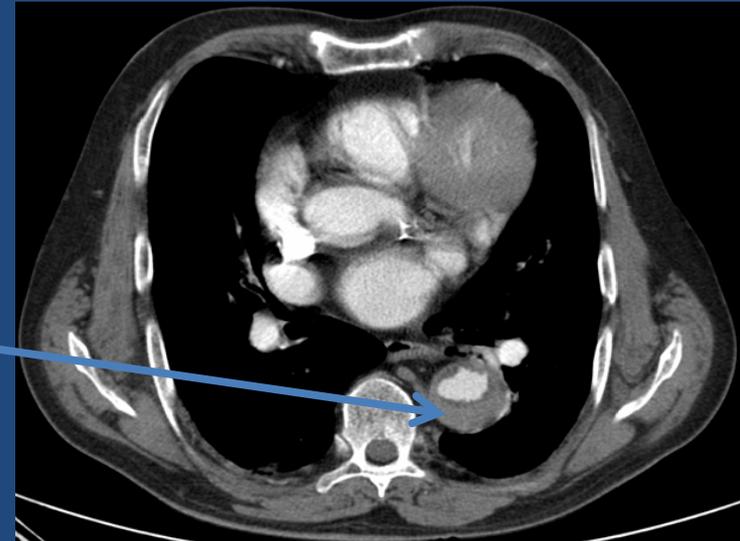
Hematoma intramural



Calcificación
intimal

Hematoma

TC sin cte endovenoso



TC con cte endovenoso

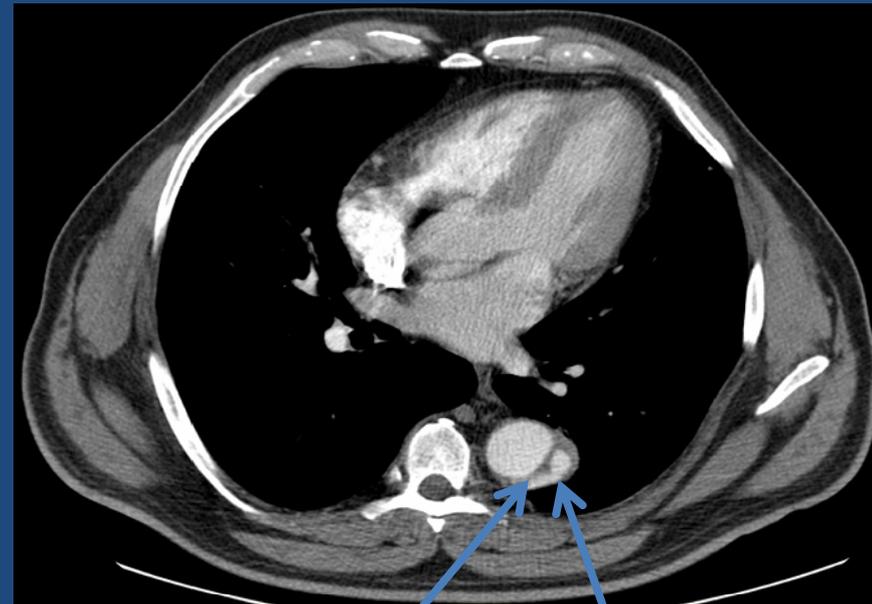
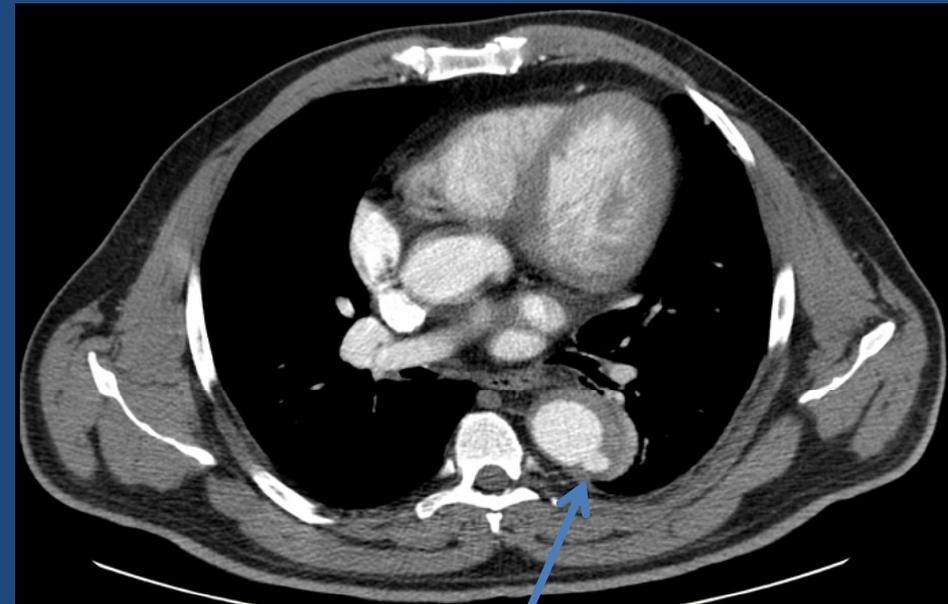
Úlcera ateroesclerótica penetrante

- Se produce cuando una placa aterosclerótica, tras una erosión y ulceración inicial, rompe la lámina elástica interna y penetra en la capa media.
- La localización más frecuente es la aorta torácica descendente (90%), seguida de la abdominal.

Úlcera ateroesclerótica penetrante

Inicial

7 meses después



Úlcera

TC con cte endovenoso

Íntima

Neoluz

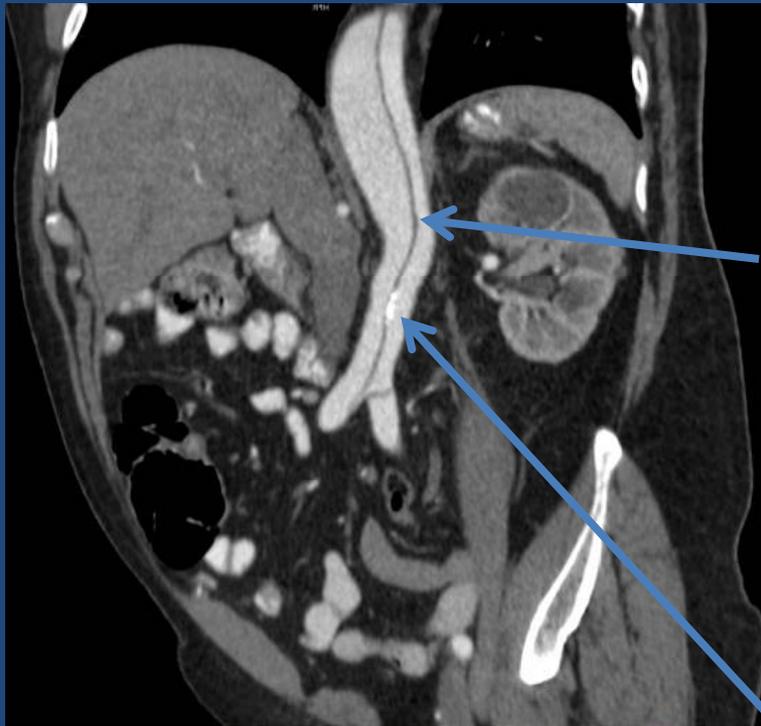
Disección aórtica

- Consiste en la disrupción de la capa media de la aorta con sangrado intramural y separación de sus paredes.
- Clasificación de Stanford:
 - * Tipo A: Afecta la aorta ascendente
 - * Tipo B: No afectan la aorta ascendente

Disección aórtica

- Clasificación de DeBakey:
 - * Tipo I: La disección se origina en la aorta ascendente y se propaga distalmente.
 - * Tipo II: La disección se origina y afecta solo a la aorta ascendente.
 - * Tipo III: La disección se origina en la aorta descendente. A. Limitado a Ao torácica.
B. Se extiende por debajo del diafragma.

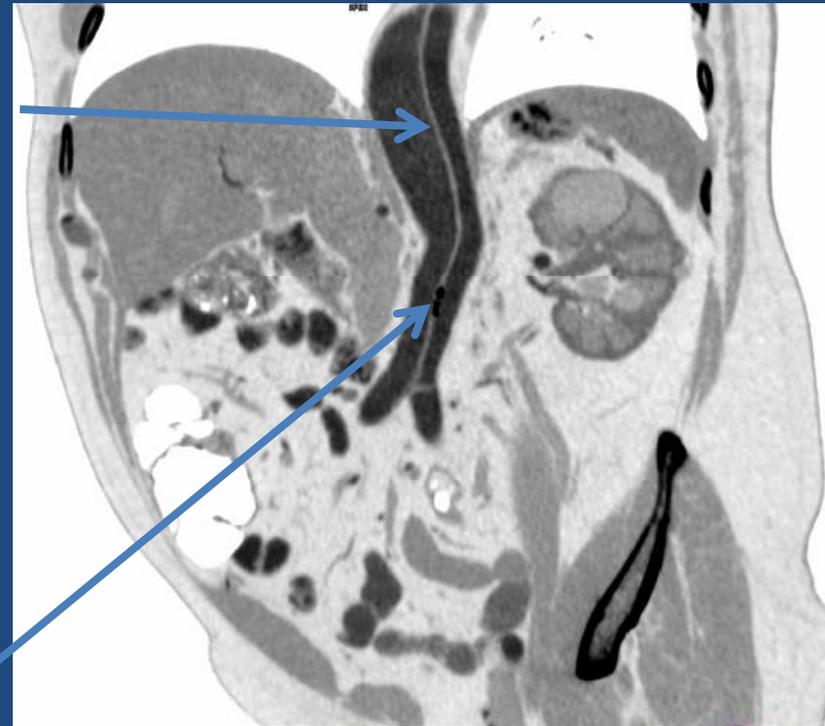
Disección aórtica



TC con cte
endovenoso

Luz falsa
Intima

Calcificación intimal



Imágen negativa

Utilidad de la TCMD

La TCMD es una herramienta útil para:

- * confirmar diagnóstico
- * establecer puntos de referencia anatómicos y sus relaciones
- * detectar otros trastornos cardiovasculares
- * evaluar complicaciones en el seguimiento
- * adquisición de imágenes en pocos segundos
- * evaluación de stents e injertos vasculares

CONCLUSIONES

- La TCMD es la técnica de elección para estudiar el síndrome aórtico agudo y además evalúa la extensión de las anomalías a los troncos arteriales dependientes de la aorta.
- Tiene una alta sensibilidad y especificidad.
- Cuenta con la posibilidad de realizar reconstrucciones multiplanares con excelente resolución espacial.
- Es capaz de diagnosticar otros cuadros de dolor que pueden simular un síndrome aórtico agudo.

Bibliografía

1. Lee JKT, Sagel SS, Stanley RJ, Heiken JP. Body TC con correlación RM. Madrid: Marban; 2007.
2. Registro español de Síndrome aórtico agudo (RESA). Rev Esp Cardiol. 2009;62(3):255-62.
3. Outcomes of Patients With Acute Type A Aortic Intramural Hematoma. Circulation. 2009; November:2046-52.
4. Guidelines for the Diagnosis and Management of Patients with Thoracic Aortic Disease. Circulation. 2010.