Caso clínico

Med Crit. 2026;40(5):425-428

doi: 10.35366/124686

Reporte de caso: disección aórtica, una presentación atípica

Case report: aortic dissection, an atypical presentation

Rubén Yajaziel Méndez Cruz*

RESUMEN

El síndrome aórtico agudo incluye un grupo de enfermedades que comparten características en común, siendo la principal, la degeneración de la pared aórtica. Se clasifica en disección aórtica clásica, hematoma intramural, úlcera penetrante y disección incompleta. Dentro de la disección aórtica se encuentran diferentes clasificaciones para determinar la ubicación de la lesión, siendo Stanford, DeBakey y, más recientemente, tipo A, tipo B y noA noB, las cuales nos orientan al grado de compromiso y posteriormente al manejo. La manifestación clínica se caracteriza por un dolor severo «o el peor de su vida» de inicio abrupto, con o sin irradiación al dorso; sin embargo, existen formas de presentación menos habituales, que pueden ser desde síncope, infarto agudo al miocardio, paraplejía, etc. Se describe un caso con presentación poco habitual, quien acude por presentar dolor precordial y hemiparesia de miembros inferiores.

Palabras clave: disección aórtica, síndrome aórtico agudo, infarto agudo de miocardio.

ABSTRACT

Acute aortic syndrome includes a group of diseases that share common characteristics, the most important being aortic wall degeneration. It is classified as classic aortic dissection, intramural hematoma, penetrating ulcer, and incomplete dissection. Within aortic dissection, there are different classifications to determine the location of the lesion: Stanford, DeBakey, and, more recently, type A, type B, and non-A non-B, which guide us to the degree of involvement and subsequent management. The clinical manifestation is characterized by severe pain, «the worst of a person's life», with an abrupt onset, with or without radiation to the back. However, there are fewer common presentations, which can range from syncope, acute myocardial infarction, paraplegia, etc. We describe a case with an unusual presentation. The patient presented with chest pain and lower limb hemiparesis.

Keywords: *aortic dissection, acute aortic syndrome, acute myocardial infarction.*

INTRODUCCIÓN

La disección aórtica forma parte del síndrome aórtico agudo, además del hematoma intramural, úlcera penetrante y disección incompleta. La aorta, siendo la arteria más grande, se divide en cinco segmentos: raíz o seno, que se extiende hasta la unión sinotubular; región torácica ascendente; arco aórtico; aorta torácica descendente; aorta abdominal, que se extiende desde el diafragma hasta el nivel de la bifurcación aórtica.[1]

Es de primordial importancia resaltar que la pared aórtica se divide en tres capas: la íntima, la media y la adventicia. La íntima, que es la más interna, contiene el endotelio y se extiende hasta la lámina elástica interna. La capa media es la capa más gruesa y está compuesta de fibras de colágeno. Las únicas células de esta capa son las musculares lisas y de ellas depende el metabolismo activo de la media. La adventicia, compuesta fundamentalmente por tejido fibroso.[2]

Gran parte de la alteración principal que genera la disección es la perturbación de la capa media, ocasionando una separación de las capas parietales, que genera dos luces, una falsa y una verdadera, que crearán un *«flap»*, que posteriormente rompe la íntima, lo que generará una luz verdadera.[3]

Pese a los avances, la mortalidad sigue siendo elevada, especialmente si no se identifica oportunamente o, en su defecto, en caso de presentaciones atípicas. En este contexto, se presenta el caso de un paciente con disección aórtica tipo A, con una evolución atípica y tórpida, para resaltar la importancia del diagnóstico temprano e intervención oportuna.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 44 años, quien cuenta con antecedente de tabaquismo positivo (índice tabáquico de 0.2 paquete/año), además de padecer hipertensión arterial sistémica de 10 años de diagnóstico en tratamiento con telmisartán 40 mg cada 24 horas; sin embargo, refiere consumo de manera ocasional. Acude al servicio de urgencias el día 20 de septiembre, ya que presentó dolor retroesternal de inicio súbito, 7/10 en escala numérica analógica, agregándose irradiación a brazo izquierdo, mandíbula y espalda, el cual no cede al reposo; aunado a esto, refiere hemiparesia en miembros inferiores. En el servicio, se decide realizar electrocardiograma de 12 derivaciones en donde se evidencia elevación del segmento ST en cara anterior, por lo que se activa código infarto, por lo que el Servicio de Cardiología decide realizar intervención coronaria percutánea, en donde se colocó un *stent* en la arteria descendente anterior.

Por la tarde, el paciente presenta evolución tórpida, encontrándose clínicamente con taquipnea, taquicardia, disnea y tos asalmonada, por lo que se integra el diagnóstico de edema agudo pulmonar, tratándose de manera inicial con ventilación mecánica no invasiva, además de infusión de nitroglicerina y diurético de asa, con lo que presentó mejoría clínica.

Ante la presentación de parestesias en miembros inferiores y agregándose pérdida de control de esfínter

* Hospital San Ángel Inn, Universidad. Ciudad de México, México.

Recibido: 11/09/2025. Aceptado: 17/09/2025.

Citar como: Méndez CRY. Reporte de caso: disección aórtica, una presentación atípica. Med Crit. 2026;40(5):425-428. https://dx.doi.org/10.35366/124686

www.medigraphic.com/medicinacritica

Med Crit. 2026;40(5):425-428

anal, se decide realizar una angiotomografía medular de T7-L2 en donde se evidenció datos sugestivos de disección aórtica *(Figura 1)*, por lo que se complementa con estudio de angiotomografía de aorta, en la que se observó: disección aórtica aguda Stanford A/DeBakey I con afección de porción proximal de troncos supraaórticos y arterias lumbares en L1 y L2 *(Figura 2)*.

De acuerdo con los resultados, en la Unidad de Terapia Intensiva, se decide iniciar tratamiento para control de tensión arterial con labetalol en infusión a 1 mg/min, manteniendo tensión arterial y frecuencia cardiaca en metas.

Se realiza consenso por parte de los Servicios de Cardiología y Cirugía Cardiotorácica, los cuales determinan realizar colocación de endoprótesis el día 27/09/24.



Figura 1: Resonancia magnética de columna lumbar. Estudio que muestra imagen compatible con disección aórtica.

Durante el procedimiento se calcula tiempo de circulación extracorpórea de 299 minutos, tiempo de pinzamiento de 124 minutos, sangrado de 1,000 mL, requiriendo dos aféresis plaquetarias, dos concentrados eritrocitarios, 1 g de ácido tranexámico, inicio de vasopresor tipo norepinefrina y posteriormente reingresa a la Unidad de Terapia Intensiva. No se presentaron eventualidades durante el procedimiento *(Figura 3)*.

En la Unidad de Terapia Intensiva, se encuentra con pseudoanalgesia a base de (25 μg/kg/min), fentanilo (30 μg/h), manteniendo RASS-4, con requerimiento de doble vasopresor tipo vasopresina (0.06 UI/min) y norepinefrina (0.2 μg/kg/min). Dentro del abordaje se realizó ecocardiograma transtorácico (ECOTT) de control, en donde se evidencian datos de insuficiencia aórtica grave, además de disfunción ventricular izquierda. El paciente progresa con datos de disfunción hemodinámica, integrándose datos de choque cardiogénico, por lo que se inicia infusión de levosimendán, además de disfunción nefrourinaria, la cual evoluciona de forma tórpida al manejo con diurético de asa, por lo que, al presentarse datos de anuria, requirió terapia sustitutiva de la función renal (hemodiálisis).

Del día 28 al 30 de septiembre, el paciente continúa con evolución tórpida, persistiendo con datos de choque cardiogénico, con pobre respuesta a la terapia sustitutiva de la función renal, además de datos de falla orgánica múltiple (falla hemodinámica, renal, respiratoria, hematoinfecciosa).

El día 1 de octubre presentó paro cardiorrespiratorio, requiriendo maniobras de reanimación (cinco

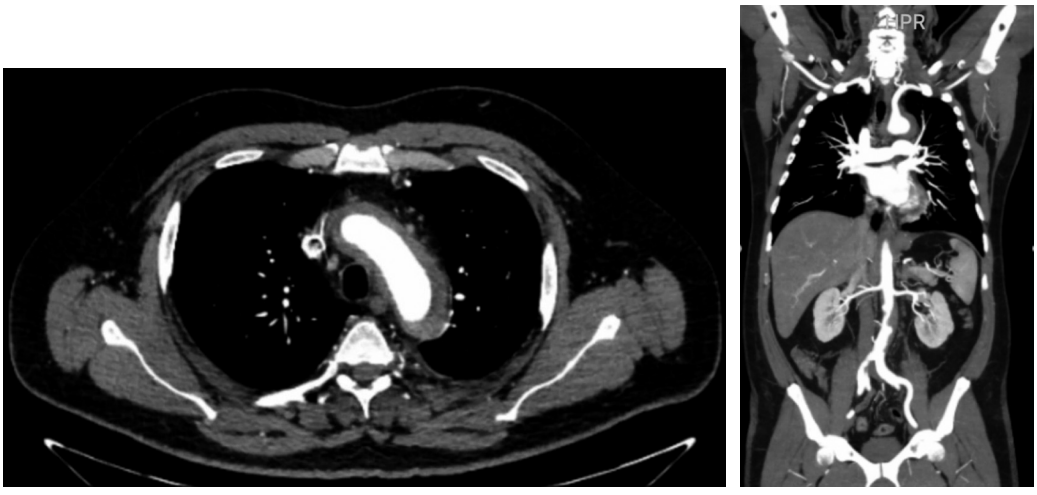


Figura 2: Angiotomografía de aorta, corte transversal y coronal, fase arterial. Se observa disección aórtica que se extiende desde la raíz aórtica hasta las arterias iliacas internas con afección de porción proximal de troncos supraaórticos, en arterias lumbares de L1 y L2 con disminución del lumen y asimetría con respecto a otros niveles.

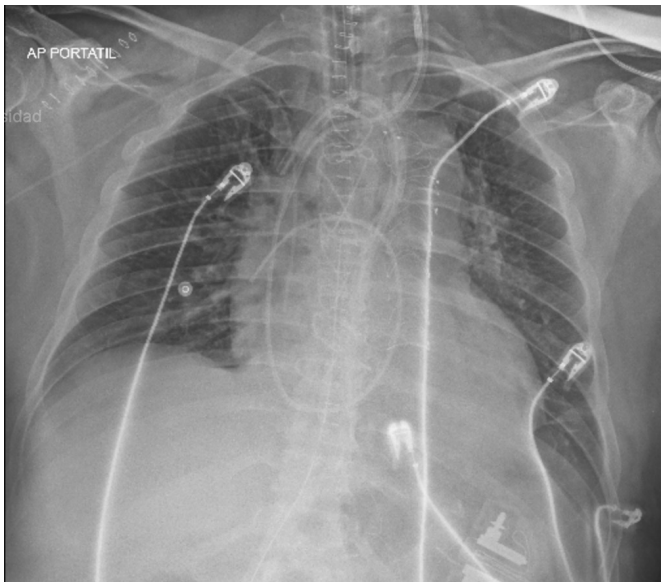


Figura 3: Control radiográfico de tórax AP posterior a intervención.

ciclos), además de administración de adrenalina, de acuerdo con protocolo ACLS; sin embargo, al no presentar retorno espontáneo de la circulación, se declara fallecimiento.

DISCUSIÓN

La disección aórtica se puede dividir, de acuerdo con la clasificación de Stanford, en tipo A, que solo afecta la aorta ascendente, y tipo B, que tiene afección en la aorta descendente. La clasificación de DeBakey se divide en tipos I, II, IIIa, IIIb.[4,5]

Otra forma en que se clasifican las alteraciones es por medio del acrónimo «TEM», que se centra en la anatomía de la disección (T), complementándose con los factores de disección, la entrada primaria (E) y el estado de mal perfusión (M). La mayoría de los pacientes con TEM tipo A E1 M0 se benefician de un reemplazo ascendente, mientras que la mayoría de los pacientes con TEM tipo A E2 M3+ requieren reemplazo del arco aórtico para eliminar la comunicación más proximal y abordar los órganos viscerales mal perfundidos.[6]

No hay gran variedad en cuanto a la sintomatología del tipo A y tipo B, caracterizándose por dolor intenso, de inicio súbito, migratorio, con presencia de focalidad neurológica, estado de inestabilidad hemodinámica, descontrol hipertensivo, déficit de pulso, dolor abdominal.[1,7]

Hay reportes de casos en los que la presentación es indolora, de 6.4 a 17%.[8] Si no se atiende de manera oportuna, la mortalidad asciende a cerca de 33% las primeras 24 horas y hasta 50% en las próximas 48 horas.[9]

Cabe mencionar que la sospecha clínica de disección aórtica también se basa en los factores de riesgo asociados, entre los que destacan hipertensión arterial sistémica, sexo masculino, raza blanca, tabaquismo, aterosclerosis, obesidad, etcétera.[10,11]

Nuestro paciente presentó de manera inicial dolor precordial de características similares a síndrome coronario agudo (dolor precordial, de inicio súbito, intenso con irradiación a miembro torácico izquierdo y disnea); sin embargo, llama la atención la presencia de parestesias de miembros inferiores, las cuales fueron de manera transitoria, que posterior a la intervención coronaria percutánea, se exacerban con pérdida del tono de esfínter anal, por lo que se decide abordaje con estudio de imagen, identificándose disección aórtica aguda Stanford A/DeBakey I con afección de porción proximal de troncos supraaórticos y arterias lumbares en L1 y L2.

En este caso, podemos observar que se trata de una presentación atípica; si bien el infarto agudo al miocardio puede coexistir con disección aórtica, en algunas situaciones esta última puede simular otras alteraciones de acuerdo con el grado de isquemia que esté provocando.[12]

Este reporte de caso subraya la relevancia de considerar la disección aórtica en individuos con infarto agudo de miocardio, debido a que pueden mostrar síntomas atípicos. La disección aórtica es una enfermedad extremadamente grave y un diagnóstico precoz, junto con una intervención rápida, son esenciales para preservar la vida.

Aunque no es muy frecuente, es vital que los profesionales de la salud reconozcan las manifestaciones inusuales de la disección aórtica y lleven a cabo acciones inmediatas para prevenir complicaciones graves.

CONCLUSIONES

Este caso evidencia la complejidad diagnóstica y terapéutica de la disección aórtica aguda Stanford A, especialmente cuando coexiste con manifestaciones clínicas que simulan síndrome coronario agudo.

La presentación atípica retrasó la identificación del cuadro, subrayando la importancia de mantener un alto índice de sospecha en pacientes con dolor torácico acompañado de síntomas neurológicos o déficit de perfusión periférica.

A pesar del manejo quirúrgico y de las medidas de soporte avanzado, la evolución fue desfavorable, lo que resalta la elevada mortalidad asociada a esta entidad, particularmente en los casos con compromiso multiorgánico.

Un diagnóstico temprano y la coordinación multidisciplinaria son fundamentales para mejorar el pronóstico.

REFERENCIAS

1. Isselbacher EM, Preventza O, Black JH, Augoustides JG, Beck AW, Bolen MA, et al. 2022 ACC/AHA guideline for the diagnosis and management of aortic disease: A report of the american heart association/American college of cardiology joint committee on clinical practice guidelines. *Circulation*. 2022;146(24). Available in: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001106
2. Gil AO. Disección de aorta tipo A. Fisiopatología, clínica, estrategias diagnósticas y terapéuticas. *Cir Cardiov*. 2015;22(6):325-329. Available in: https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cardiovascular-358-articulo-diseccion-aorta-tipo-a-fisiopatologia-S1134009615000133
3. Bustamante-Munguira J, Juez M. Síndrome aórtico agudo. *Cirugía Cardiovascular*. 2016;23(1):38-44.
4. Gawinecka J, Schonrath F, von Eckardstein A. Acute aortic dissection: pathogenesis, risk factors and diagnosis. *Swiss Medical Weekly*. 2017;147:w14489.
5. Erbel R, Aboyans V, Boileau C, Bossone E, Bartolomeo RD, Eggebrecht H, et al. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The task force for the diagnosis and treatment of aortic diseases of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*. 2014;35(41):2873-2926. Available in: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25173340
6. Rylski B, Schilling O, Czerny M. Acute aortic dissection: evidence, uncertainties, and future therapies. *European Heart Journal*. 2022;44(10):813-821. Available from: https://academic.oup.com/eurheartj/article-abstract/44/10/813/6948118
7. Vilacosta I, Ferrera C, San Román A. Acute aortic syndrome. *Med Clin (Barc)*. 2024;162(1):22-28. Available in: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2387020623005193
8. Imamura H, Sekiguchi Y, Iwashita T, et al. Painless acute aortic dissection. - Diagnostic, prognostic and clinical implications. *Circ J*. 2011;75(1):59-66.
9. Spinelli D, Benedetto F, Donato R, et al. Current evidence in predictors of aortic growth and events in acute type B aortic dissection. *J Vasc Surg*. 2018;68(6):1925-1935.e8.
10. Evangelista A, Isselbacher EM, Bossone E, et al. Insights from the international registry of acute aortic dissection. *Circulation*. 2018;137(17):1846-1860. Available in: https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/circulationaha.117.031264
11. Arias-Rodríguez FD, Armijos-Quintero DA, Osejos-Moreira WD, Godoy-Terán PA, Páez-Pirez LN, Tenorio-Gualpa EP, et al. Diagnóstico y tratamiento de disección aórtica. Revisión bibliográfica. *Angiología*. 2023;75(4):228-241. Available in: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0003-31702023000400005
12. Tolenaar JL, Froehlich W, Jonker FH, et al. Predicting in-hospital mortality in acute type B aortic dissection: evidence from international registry of acute aortic dissection. *Circulation*. 2014;130(11 Suppl 1):S45-50.

Correspondencia:
Rubén Yajaziel Méndez Cruz
E-mail: dr.yajaziel@gmail.com