

DISECCIÓN AÓRTICA TIPO B: MANEJO HÍBRIDO QUIRÚRGICO Y ENDOVASCULAR

Drs. Arnez, Cruzado, Plaza, Tazar, Arce

INTRODUCCION

Disección aórtica es una ruptura de la capa íntima de la aorta, lo que permite la entrada de sangre entre las capas de la pared arterial.

Se forma un falso lumen, que compete con el lumen verdadero y puede comprometer la irrigación de órganos vitales.

Clasificación de Stanford:

Tipo A: involucra aorta ascendente → requiere cirugía abierta urgente.

Tipo B: se origina distal al cayado aórtico (subclavia izquierda) → suele manejarse con tratamiento médico o endovascular, salvo complicaciones.

Complicaciones posibles: ruptura, isquemia visceral o de extremidades, accidente cerebrovascular, hipertensión no controlada.

CASO CLÍNICO

Paciente internado por disección Stanford tipo B.

AngioTC multicorte: posterior a subclavia izquierda

Disección desde el cayado posterior a troncos supraaórticos hasta aorta post-renal.

Aorta descendente: 51 mm (luz verdadera 32 × 17 mm). Lik 18 arco aortico bovino

Arteria renal izquierda originada en el falso lumen.

Ecocardiograma: FEVI 60%, hipertrofia leve de VI, disfunción diastólica leve, función sistólica conservada.

Clínicamente: lúcido, orientado, Glasgow 15, estable hemodinámicamente.

Cual es el mejor tratamiento?

TRATAMIENTO REALIZADO

Bypass carótido–subclavio → revascularización para mantener perfusión cerebral y de miembro superior.

Endoprótesis torácica (Valiant Thoracic) → exclusión de la disección.

Ocluder 13 mm en ostium de arteria subclavia izquierda → cierre de reentrada y prevención de endoleak.

Conclusión

La disección aórtica tipo B puede comprometer ramas viscerales y supraórticas.

El tratamiento híbrido (cirugía + endoprótesis + oclusión selectiva) permite:

Excluir el falso lumen.

Mantener la perfusión de órganos vitales.

Reducir el riesgo de complicaciones graves.

El seguimiento con AngioTC/Resonancia es esencial para evaluar la evolución

