

## IMÁGENES EN BIOMEDICINA

# Úlcera aterosclerótica penetrada en cayado aórtico

Rubén Gómez<sup>1</sup>, Cristina Fleitas<sup>2</sup>, Carlos Teja<sup>3</sup>, Miguel Carrascosa<sup>4</sup>, Xavier Arrastio<sup>1</sup>,  
Isabel Celemín<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Cardiología, Hospital de Laredo, Laredo, Cantabria, España

<sup>2</sup> Atención Primaria, Torrelavega, Cantabria, España

<sup>3</sup> Servicio de Urgencias, Hospital de Laredo, Laredo, Cantabria, España

<sup>4</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital de Laredo, Laredo, Cantabria, España

El síndrome aórtico agudo constituye un proceso agudo de la pared aórtica que debilita la capa media, condicionando un riesgo potencial de complicaciones graves. En la mayoría de los casos se debe a una disección de aorta (80%), pero existen otras dos entidades que con menor frecuencia lo condicionan, como el hematoma intramural (15%) y la úlcera aterosclerótica penetrada (5%) (1,2).

Se presenta el caso de un varón de 49 años, fumador, hipertenso y dislipémico no controlado farmacológicamente, que acude al servicio de urgencias refiriendo un dolor en el centro del tórax de inicio súbito, intenso y no irradiado, de tres horas de evolución. No presentaba compromiso hemodinámico y el dolor no se aliviaba con nitroglicerina ni morfina. Los electrocardiogramas seriados, la radiografía de tórax, así como las enzimas cardíacas, no mostraron alteración alguna.

Ante la sospecha clínica de un síndrome aórtico agudo, se realizó un angio-TC (figura 1A) que evidenció en el contorno izquierdo del cayado aórtico, medio centímetro después de la salida de la arteria subclavia izquierda, una formación sacular abollonada, sobre una zona de calcificaciones parietales, compatible con una úlcera aórtica aterosclerótica.

La úlcera aterosclerótica penetrada aguda y sintomática tiene un riesgo igual o superior a la disección clásica, sobre todo las localizadas en aorta ascendente (3), por lo que se aconseja un tratamiento invasivo, ya sea quirúrgico o basado en el implante por cateterismo de prótesis endoluminales (4).

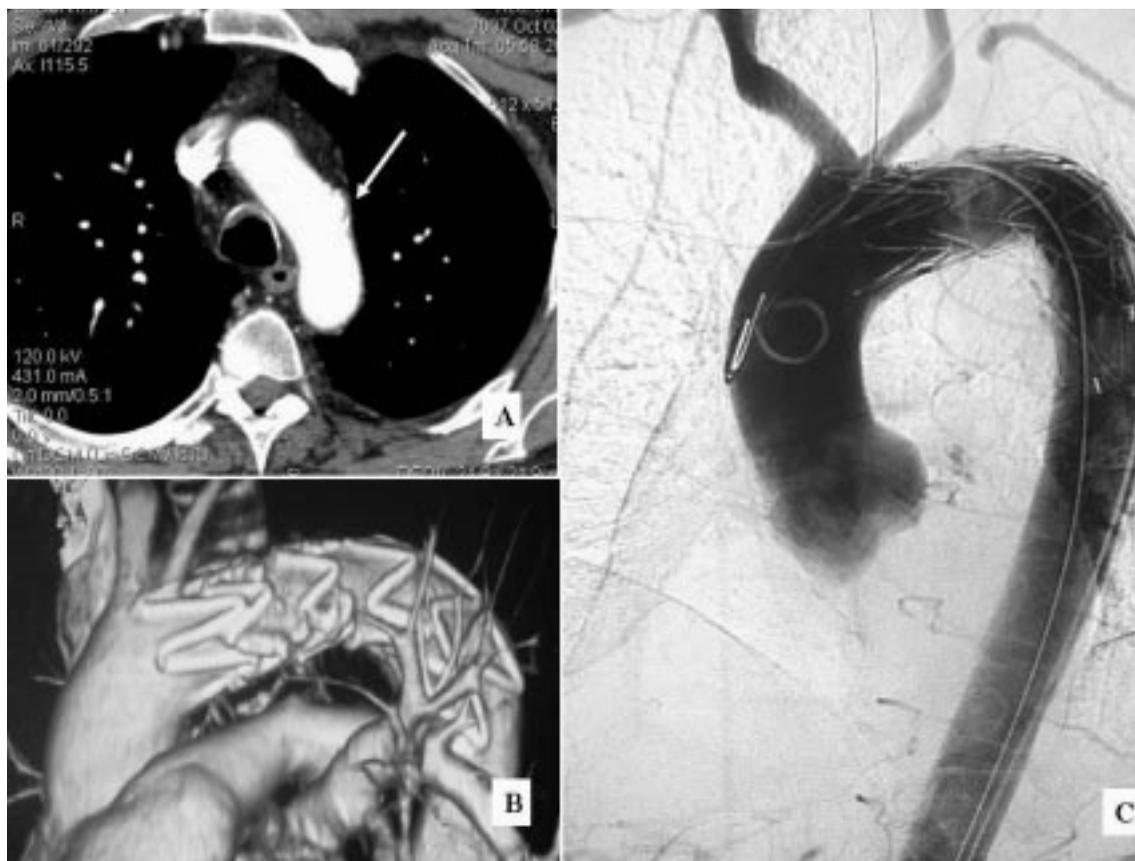
Integrando el cuadro clínico con el hallazgo de la tomografía, ante el riesgo potencial de complicaciones graves y lo impredecible de la evolución, se implantó por vía femoral una endoprótesis autoexpandible *Relay* de 30 mm x 100 mm con buen resultado (figuras 1B y 1C).

**Palabras clave:** aterosclerosis, aorta, tomografía, úlcera.

### **Penetrating atherosclerotic ulcer of the aortic arch**

Acute aortic syndrome is an acute lesion of the aortic wall involving the aortic tunica media, with a potential risk of severe complications. The aortic dissection is the main cause (80%), but other entities, such as the intramural hematoma (15%) and the penetrating aortic ulcer (5%), are a less frequent cause. A 49-year-old man, hypertensive, dyslipemic, and without drug treatment, was admitted in the emergency service due to a sudden pain in the mid-chest approximately 3 hr previously. No pain radiation or hemodynamic affection were apparent. The symptoms were resistant to nitroglycerin and morphine. The chest X rays, electrocardiograms and cardiac enzymes were normal. A computed tomographic angiography was taken because an acute aortic syndrome was suspected (figure 1A). It showed a sacular formation compatible with an aortic ulcer in the left contour of the aortic arch, and situated one-half cm beyond the left subclavian artery and above a zone of parietal calcification. The acute symptomatic penetrating aortic ulcer syndrome carries an equal or greater risk than the typical dissection; therefore invasive treatment was recommended. Because of the potential risk of severe complications and unpredictable prognosis, a self-expanding endoluminal prosthesis (stent graft), *Relay* 30 x 100 mm, was implanted for femoral artery access with satisfactory results (figure 1B and 1C).

**Key words:** atherosclerosis, aorta, tomography, ulcer.



**Figura 1.** A: angio-TC, en el que se observa en el contorno izquierdo del arco aórtico y señalada por la flecha, la zona abollonada compatible con una úlcera aterosclerótica en la pared de la aorta. B: angio-TC con reconstrucción 3D en proyección oblicua para evaluar la endoprótesis en el cayado aórtico. C: aortografía durante el implante de la endoprótesis.

#### Conflicto de intereses

Los autores hacen constar que no existe conflicto de interés en esta publicación.

#### Financiación

Declaramos que para la elaboración de este manuscrito no se ha contado con ninguna fuente de financiación.

#### Correspondencia:

Rubén Gómez, Servicio de Cardiología, Hospital de Laredo, Av. Derechos Humanos s/n. 39770, Laredo, Cantabria, España.

Tel. (0034) 942 638 529; fax: (0034) 942 612 481, extensión 415.

rgi@ozu.es

Recibido: 18/12/07; aceptado:08/05/08

#### Referencias

1. **Vilacosta I, San Roman JA.** Acute aortic syndrome. *Heart.* 2001;85:365-8.
2. **Evangelista A.** Avances en el síndrome aórtico agudo. *Rev Esp Cardiol.* 2007;60:428-39.
3. **Coady MA, Rizzo JA, Elefteriades JA.** Pathologic variants of thoracic aortic dissections. Penetrating atherosclerotic ulcers and intramural hematomas. *Cardiol Clin* 1999;17:637-57.
4. **Ince H, Nienaber CA.** Tratamiento de los síndromes aórticos agudos. *Rev Esp Cardiol.* 2007;60:526-41.