

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

Yuan X, Clough RE, Nienaber CA. Acute aortic syndrome. *Medicine*. 2026;54(7):508-511.
DOI:10.1016/j.mpmed.2026.04.002

Cardiovascular Medicine Part 2 of 4

Volume 54:7 July 2026

El **síndrome aórtico agudo (SAA)** reúne la disección aórtica aguda, el hematoma intramural y la úlcera aórtica penetrante. Su reconocimiento temprano permite identificar con rapidez a pacientes con dolor torácico de origen aórtico, realizar estratificación de riesgo y acelerar el tratamiento definitivo. La **disección aórtica clásica** constituye la forma más frecuente dentro de este espectro.

La evaluación inicial combina **análisis sanguíneos, electrocardiografía e imagen temprana**. La tomografía computarizada (TC) y la ecocardiografía son las modalidades iniciales destacadas, mientras que la resonancia magnética puede utilizarse en una etapa posterior. Los diagnósticos diferenciales prioritarios son el síndrome coronario agudo, la embolia pulmonar y el dolor torácico asociado a trauma.

Los factores predisponentes incluyen alteraciones congénitas y hereditarias, válvula aórtica bicúspide con aortopatía y, de manera especialmente relevante entre las condiciones adquiridas, **hipertensión no tratada**. La presencia de ruptura de una capa aórtica, síndrome de malperfusión o isquemia de órgano terminal exige intervención urgente. La disección proximal que incluye el arco suele requerir cirugía abierta; la disección distal o tipo B suele tratarse mediante endoprótesis endovascular con procedimientos complementarios.

El manejo óptimo requiere **participación multidisciplinaria** y coordinación con equipos especializados en aorta. La caracterización más precisa de todo el espectro del SAA continúa siendo necesaria para ofrecer estrategias individualizadas y centradas en cada paciente.

Palabras clave: disección aórtica; emergencia; intervención endovascular; luz falsa; hematoma intramural; endoprótesis; colocación de stent.

PUNTOS CLAVE

- La incidencia de los síndromes aórticos agudos está aumentando.
- El manejo debe apoyarse en **TC con bajo umbral de indicación**.
- La tecnología endovascular muestra resultados alentadores en distintos tipos de disección aórtica.
- La atención global debe realizarse mediante un **equipo aórtico multiespecialidad**.

INTRODUCCIÓN

El SAA comprende **disección aórtica aguda, hematoma intramural y úlcera aórtica penetrante** y representa una condición aórtica potencialmente mortal. Los principales factores de riesgo son hipertensión sistémica, aterosclerosis de inicio temprano, cirugía cardíaca previa, aneurisma aórtico preexistente y antecedente familiar.

También puede asociarse con defectos cardiovasculares congénitos, entre ellos **válvula aórtica bicúspide con aortopatía, coartación aórtica y ectasia anuloaórtica**. Entre los síndromes genéticos hereditarios se incluyen síndrome de Marfan con mutaciones en **FBN1**, síndrome de Loeys-Dietz con mutaciones en **TGFBR1, TGFBR2 y SMAD3**, síndrome vascular de Ehlers-Danlos con mutaciones en **COL3A1** y síndrome de Turner con cariotipo **45, XO**.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Los diagnósticos alternativos más frecuentes son **síndrome coronario agudo (SCA)** y **embolia pulmonar**. También deben considerarse neumotórax, perforación esofágica y traumatismo torácico.

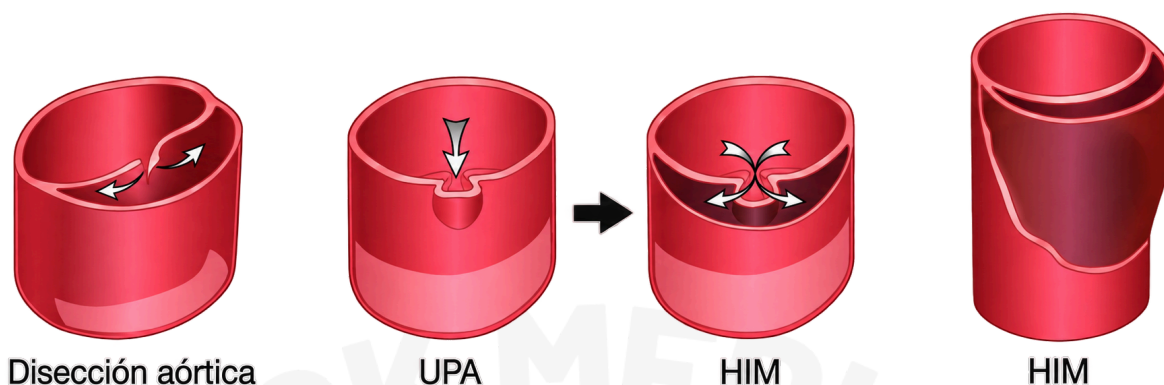


Figura 1 Esquema de la disección aórtica (izquierda), úlcera penetrante aórtica (UPA; centro) y hematoma intramural (HIM; derecha), todos causantes del síndrome aórtico agudo. Reproducido con autorización de Nienaber CA, Powell JT. Manejo de los síndromes aórticos agudos. *Eur Heart J* 23 2012; 33: 26–35b.

La omisión de un SAA puede conducir a la administración de **tratamiento antitrombótico o anticoagulante** ante una presunta isquemia miocárdica o embolia pulmonar y retrasar una reparación quirúrgica potencialmente salvadora. En presencia de ruptura, este error puede producir consecuencias devastadoras.

Ante sospecha clínica se requiere evaluación rápida mediante **pruebas sanguíneas, electrocardiografía e imagen precoz**. La disponibilidad de TC contrastada y ecocardiografía transtorácica o transesofágica en urgencias permite reconocer tempranamente incluso formas sutiles.

HERRAMIENTAS DIAGNÓSTICAS

La **TC sincronizada con electrocardiograma** es la modalidad de imagen utilizada con mayor frecuencia por su adquisición rápida y alta resolución espacial. Debe solicitarse con un umbral bajo cuando existe sospecha clínica o cuando se ha descartado un síndrome coronario agudo inequívoco.

La adquisición debe incluir **imágenes sin contraste** para identificar hematoma intramural, hemorragia mediastínica, derrame pericárdico hemorrágico y calcificación. Un protocolo de **TC de triple descarte con contraste** puede diferenciar entre SAA, SCA y embolia pulmonar como causas de dolor torácico.

La **ecocardiografía** ofrece portabilidad y posibilidad de uso junto a la cama en pacientes inestables. La modalidad transtorácica permite identificar disfunción valvular aórtica, disección proximal que se extiende hacia la raíz aórtica, taponamiento pericárdico y alteraciones de la motilidad parietal del ventrículo izquierdo.

La ecocardiografía **transesofágica** resulta especialmente útil durante procedimientos endovasculares para confirmar si los dispositivos se encuentran en la luz verdadera o falsa y para reconocer las ramas laterales de la aorta. La resonancia magnética puede incorporarse en fases posteriores de la evaluación.

En la disección aórtica suele formarse una **aorta de doble luz**: la luz aórtica original corresponde a la **luz verdadera** y el nuevo canal a la **luz falsa**.

EPIDEMIOLOGÍA Y PERFIL DE PRESENTACIÓN

- Incidencia hospitalaria estimada: **2,6-3,5 casos por 100.000 personas-año**.
- La incidencia comunitaria real es mayor y puede alcanzar **30 por 100.000** entre los 60 y 70 años.
- Los registros hospitalarios subestiman la incidencia porque no incluyen las muertes previas al ingreso.
- Edad media de presentación: **65 años**; aproximadamente **65%** de los pacientes son hombres.

SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA DISECCIÓN AÓRTICA

La disección aórtica se clasifica según la **ubicación de la rotura de entrada** o el **segmento de aorta afectado** mediante los sistemas de DeBakey o Stanford. Esta clasificación anatómica orienta la elección entre manejo quirúrgico y no quirúrgico.

Las clases **Penn Abc** y **DISSECT** son sistemas más recientes centrados en agudeza y complejidad, aunque se utilizan con menor frecuencia. La clasificación **TEM (tipo, entrada, malperfusion)** se enfoca en la localización y evolución de las complicaciones tanto en disección tipo A como tipo B.

DISSECT utiliza una estructura mnemotécnica para subdividir los casos de acuerdo con la afectación anatómica y su relevancia para el tratamiento endovascular. La disección tipo B se dividía tradicionalmente en fase aguda dentro de las primeras 2 semanas y fase crónica después de 2 semanas; la categorización más reciente incorpora una fase subaguda.

CLASIFICACIÓN TEMPORAL DE LA DISECCIÓN AÓRTICA TIPO B

Esquema	Categoría	Intervalo desde el inicio de síntomas
Tradicional	Aguda	Dentro de 2 semanas
Tradicional	Crónica	>2 semanas
Revisada	Aguda / Subaguda / Crónica	Aguda <15 días; subaguda 15-92 días; crónica ≥93 días

Las complicaciones incrementan la mortalidad e incluyen **mala perfusión de órgano terminal o extremidad, ruptura aórtica inminente, hipertensión refractaria y dolor persistente**. También constituyen criterios de preocupación una expansión superior a **1 cm/año** o un diámetro aórtico global mayor de **4,5 cm**.

La **permeabilidad persistente de la luz falsa** se asocia con dilatación aórtica durante el seguimiento y peores resultados, en contraste con su trombosis completa. Más del **60% de las muertes** relacionadas con disección aórtica aguda tipo B se atribuyen a la ruptura tardía de una luz falsa en expansión.

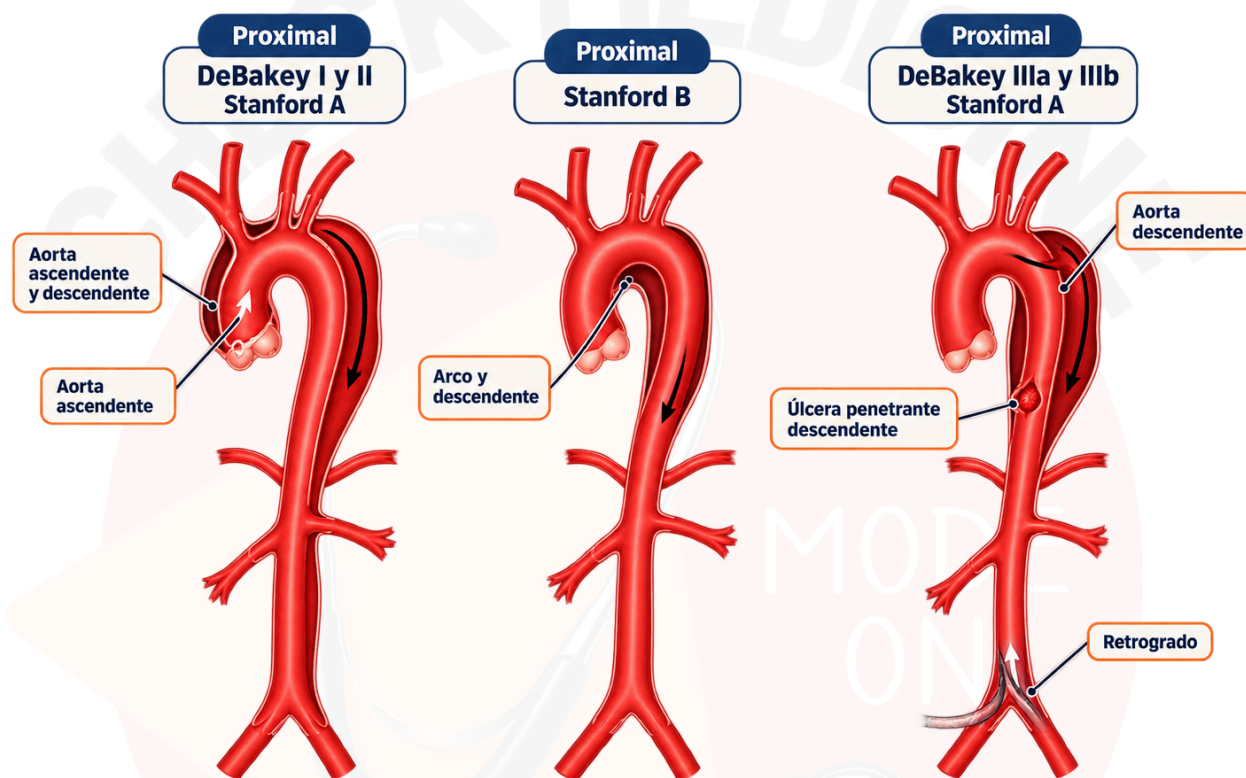


Figura 2

Clasificación de la disección aórtica: clasificaciones de DeBakey y Stanford.

Reproducido de: Nienaber CA, Kische S, Ince H, Fattori R. Reparación endovascular de aneurisma torácico para disección aórtica tipo B complicada. J Vasc Surg 2011; 54(5): 1529-1533, con autorización.

MANEJO INTRAHOSPITALARIO

Todo paciente con sospecha o confirmación de SAA debe ingresar a **unidad de cuidados intensivos o unidad de alta dependencia** antes del tratamiento definitivo. El objetivo hemodinámico inicial es una presión arterial sistólica de **100-120 mmHg** y una frecuencia cardíaca de **60-80 latidos por minuto**, manteniendo perfusión suficiente de los órganos terminales.

Los **bloqueadores beta-adrenérgicos intravenosos** como labetalol o metoprolol se recomiendan como primera línea, aunque con frecuencia se requieren varios antihipertensivos para alcanzar los objetivos.

La **angiografía por TC** constituye la modalidad ideal para definir la extensión de la disección, ubicación de la rotura de entrada o ruptura, derrame pericárdico o pleural y estado de las luces verdadera y falsa. Deben identificarse todas las roturas de entrada y el origen de las ramas mayores para clasificar la lesión y planificar la magnitud de la reparación quirúrgica o endovascular.

Las imágenes dudosas pueden compartirse con un **centro especializado en aorta** para optimizar la conducta. Cuando corresponde, el traslado debe realizarse lo antes posible con el fin de acceder al mejor manejo quirúrgico o intervencionista disponible.

La disección de aorta descendente presenta menor letalidad temprana que la disección proximal de aorta ascendente. En la **disección tipo B no complicada**, el tratamiento médico se asocia con aproximadamente **90% de supervivencia hasta el alta hospitalaria a los 7-10 días**.

El seguimiento debe mantenerse estrecho independientemente de la estrategia inicial, ya que algunos pacientes pueden requerir y beneficiarse de **colocación endovascular diferida de stent dentro de los 3 meses** desde el inicio.

En cuadros complicados con **mala perfusión** suele indicarse reparación endovascular precoz. Aun con esta estrategia, la mortalidad intrahospitalaria puede alcanzar **9%** y la tasa de complicaciones mayores **7%**.

RESULTADOS Y COMPLICACIONES MAYORES EN DISECCIÓN TIPO B COMPLICADA TRATADA DE FORMA ENDOVASCULAR

Resultado	Frecuencia
Mortalidad intrahospitalaria	9%
Complicaciones mayores totales	7%
Accidente cerebrovascular	3,1%
Paraplejia	1,9%
Conversión a disección tipo A	2%
Infarto intestinal	0,9%

Complicación adicional comunicada: amputación mayor 0,2%.

La reparación abierta se utiliza actualmente en raras ocasiones para la disección tipo B debido a los buenos resultados alcanzados con intervenciones endovasculares y a sus menores riesgos periintervencionistas. La selección de tratamiento sigue siendo compleja y exige un **enfoque multidisciplinario**.

En presencia de ruptura de una capa aórtica, síndrome de mala perfusión o isquemia de órgano terminal se requiere **intervención urgente**. Cuando la disección es proximal e incluye el arco, la conducta suele ser cirugía abierta; en disección distal o tipo B, el abordaje habitual es la colocación de endoprótesis endovascular con procedimientos complementarios.

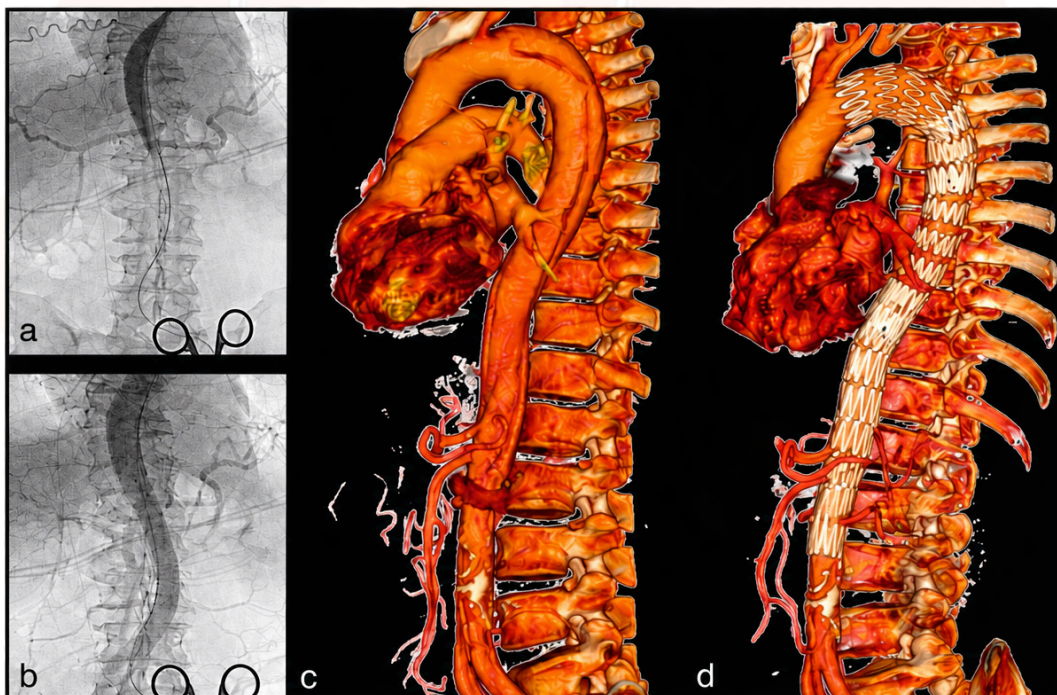


Figura 3 Síndrome de malperfusión tratado con una endoprótesis endovascular y técnica PETTICOAT. (a) Angiografía de malperfusión de la parte inferior del cuerpo; (b) reperfusión tras la inserción de una endoprótesis proximal; (c) reconstrucción por TC 3D de una disección aguda complicada con malperfusión; y (d) aorta reconstruida y malperfusión abolida tras el tratamiento con endoprótesis y PETTICOAT. Reproducido de Nienaber CA, Kische S, Ince H, Fattori R. Reparación endovascular torácica de aneurisma para la disección aórtica tipo B complicada. *J Vasc Surg* 2011; 54(5): 1529–1533, con permiso.

CONCLUSIÓN

El síndrome aórtico agudo exige **sospecha clínica temprana, imagen rápida y control hemodinámico inmediato**. La TC tiene un papel central por su rapidez y capacidad para definir anatomía, extensión, complicaciones y planificación terapéutica; la ecocardiografía aporta información esencial en pacientes inestables y durante procedimientos.

La conducta depende de la localización anatómica y de la presencia de complicaciones. La disección proximal o con afectación del arco suele requerir cirugía abierta, mientras que la disección tipo B complicada se beneficia del abordaje endovascular. La permeabilidad de la luz falsa, la malperfusión, la amenaza de ruptura, la hipertensión refractaria, el dolor persistente y la expansión aórtica identifican situaciones de mayor riesgo.

La atención debe coordinarse mediante un **equipo aórtico multiespecialidad** y, cuando sea necesario, con traslado temprano a centros especializados. Se requiere investigación adicional para caracterizar mejor las distintas entidades del espectro y favorecer planes terapéuticos individualizados y centrados en el paciente.

TABLA-RESUMEN DE BOLSILLO — SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

APARTADO	DATOS CLÍNICOS CLAVE	CONDUCTA PRÁCTICA
Definición y riesgo	SAA: disección aórtica, hematoma intramural y úlcera aórtica penetrante . <u>Factores principales:</u> HTA, aterosclerosis precoz, aneurisma aórtico, cirugía cardíaca previa. También aortopatías congénitas y síndromes hereditarios del tejido conectivo.	→ Considerar SAA ante dolor torácico agudo con factores predisponentes. → Mantener umbral bajo para TC cuando exista sospecha clínica.
Diagnóstico	<u>Evaluación inicial:</u> laboratorio + ECG + imagen precoz. Angio-TC: define extensión, desgarró, ruptura, ramas y lúmenes verdadero/falso. ETT/ETE: válvula aórtica, raíz, taponamiento y guía de procedimientos.	★ Incluir TC sin contraste para HIM, hemorragia mediastínica o pericárdica. ★ Diferenciar prioritariamente de SCA y EP ; también neumotórax y perforación esofágica. ★ TC triple descarte puede distinguir SAA, SCA y EP .
Red flags / complicación	• Malperfusión visceral o de extremidades, isquemia de órgano terminal, ruptura inminente. • HTA refractaria o dolor persistente indican evolución complicada. • Expansión >1 cm/año o diámetro aórtico >4,5 cm.	Estas condiciones requieren valoración urgente para reparación quirúrgica o endovascular . No retrasar derivación a un centro aórtico especializado .
Clasificación	Stanford y DeBakey orientan decisiones quirúrgicas y no quirúrgicas. <u>Evolución:</u> aguda <15 días; subaguda 15–92; crónica ≥93 días . *Penn Abc, DISSECT y TEM complementan complejidad y malperfusión.	Definir localización, extensión y complicaciones antes de seleccionar tratamiento definitivo. La anatomía debe guiar la planificación de cirugía o intervención endovascular.
Manejo inicial	Ingreso en UCI o unidad de alta dependencia antes del tratamiento definitivo. <u>Objetivos:</u> PAS 100–120 mmHg y FC 60–80 lpm . <u>Primera línea:</u> β-bloqueador IV , como labetalol o metoprolol.	★ Alcanzar objetivos hemodinámicos manteniendo perfusión adecuada de órganos terminales . ★ Pueden requerirse múltiples antihipertensivos para lograr control adecuado.
Tratamiento definitivo	1. Tipo A/proximal, incluido arco: habitualmente cirugía abierta. 2. Tipo B no complicada: manejo médico inicial y vigilancia estrecha. 3. Tipo B complicada/malperfusión: reparación endovascular precoz con stent-graft.	★ Ruptura, malperfusión o isquemia obligan a intervención urgente. ★ La cirugía abierta en tipo B actualmente se utiliza raramente.
Seguimiento y pronóstico	• Lumen falso permeable favorece dilatación aórtica y peores resultados. • Tipo B puede beneficiarse de stent diferido dentro de 3 meses. <u>*Riesgo tardío relevante:</u> ruptura de lumen falso en expansión.	Mantener seguimiento estrecho , independientemente del tratamiento inicial. Reevaluar anatomía y evolución para decidir intervención endovascular diferida.

Propiedad de Check Medicine Limitada y Sociedad médica de ciencias, formación e innovación de Chile.