

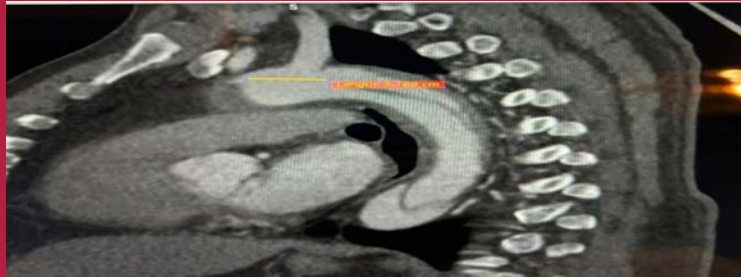
INTRODUCCION

La disección aortica Aguda constituye una emergencia cardiovascular de elevada morbimortalidad por sus formas de presentación clínica que en ocasiones dificulta su diagnóstico precoz, la conducta clínica requiere de una rápida estratificación anatómica de afección clínica, requiere un abordaje multidisciplinario para la toma de decisiones de estrategias quirúrgicas según el compromiso y extensión de la enfermedad .

ECG



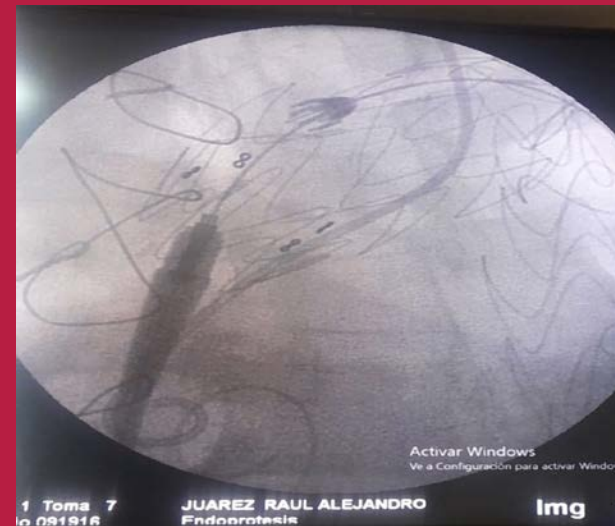
DIAGNOSTICO INICIAL TAC DE CONTRASTE TORACOABDOMINAL



PRIMERA ETAPA DEBRANCHING DE VASOS SUPRA AORTICOS



SEGUNDA ETAPA REPARACION ENDOVASCULAR



CONCLUSION

Debido al compromiso del arco aórtico se realizó inicialmente una estrategia de Debranching de los vasos aórticos con revascularización desde la aorta ascendente, para preservar la perfusión cerebral y miembro superior izquierdo. Y generar una zona de aterrizaje adecuada para una segunda etapa , posteriormente se efectuó reparación endovascular de la aorta torácica mediante implante de endoprótesis (TEVAR) con despliegue desde la zona cero hacia distal. Luego se procede a realizar embolización proximal con coils en la arteria subclavia izquierda para evitar flujo retrogrado y potencial endoleak tipo II

COAUTOR: Dr. Esteban Ávila
Dr. Allori Bruno. Dr. Alonso

DESCRIPCION DEL CASO

Paciente de 50 años de edad con factores de riesgo: tabaquista crónico severo, obeso, sedentario, sin antecedente cardiovascular conocido, sin medicación habitual referida

MC: Dolor epigástrico que irradia a dorso. Es derivado con diagnóstico probable de SCA/SEST

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Cuadro clínico de aproximadamente 8 horas de evolución caracterizado por dolor urente de inicio súbito a nivel de la región interescapular, con irradiación hacia epigastrio de 9/10 de intensidad, sin síntomas acompañantes.

Al examen inicial presenta presión arterial de 140/90 mmHg en el brazo

derecho y de 130/80 mmHg en el brazo izquierdo, pulsos periféricos discordantes, por lo que se sospecha síndrome aórtico agudo. Se decide internación en Unidad Coronaria para control evolutivo, estudios de diagnóstico

COMPLICACIONES AGUDAS

1. Fecha 26/07/2026
(HIPOPERFUSION PERIFERICA DE MII)

2. Fecha 27/07/2026
Injuria Renal Aguda
Terapia de remplazo renal (hemodiálisis)