

Diagnóstico de disección aórtica tipo B (IIIb retrógrada) complicada mediante ecocardiografía transtorácica

Diagnosis of complicated type B aortic dissection (IIIb retrograde) by transthoracic echocardiography

Dr. Oyantay Mérida Álvarez^a✉, Dr. Maikel Valdés García^b, Dra. Ángela M. Castro Arca^a, Dr. Juan Prohías Martínez^a, Dra. Zoynez Sotto García^a y Dra. Taimara Pérez Rivero^c

^a Hospital Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba.

^b Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana, Cuba.

^c Hospital Enrique Cabrera. La Habana, Cuba.

Full English text of this article is also available

Palabras Clave: Aorta, Disección aórtica, Diagnóstico, Ecocardiografía
Key words: Aorta, Aortic dissection, Diagnosis, Echocardiography

Paciente de 65 años de edad, color de piel negra y antecedentes de HTA, que acude a cuerpo de guardia por presentar dolor torácico de gran intensidad, más marcado a nivel del espacio interescapular y acompañado de disnea, sudoración y frialdad. El ecocardiograma transtorácico desde la ventana paraesternal (realizado varios días después) mostró la existencia de derrame pleural e imagen lineal y móvil en el interior de la aorta torácica descendente (**Figura 1A**). Desde las proyecciones paraesternal de eje corto y apicales estándar y modificada (intermedia) se logró visualizar la extensión del colgajo desde la aorta torácica (AoT) descendente proximal, hasta la porción proximal de la aorta abdominal (AoA) (**Figura 1B**). Se demostraron además la clara visualización de ambas luces con ausencia de

flujo en la falsa luz, la puerta de entrada a nivel de la AoA con muy escaso flujo efectivo retrógrado (**Figura 1C y 1D**), la trombosis (T) de la falsa luz (**Figura 2A**), la marcada irregularidad del colgajo intimal (¿úlcera penetrante?) (**Figura 2B** - flecha), y la salida de las ramas de la AoA desde la luz verdadera (**Figura 2C** - flecha). Se colocó el transductor en el espacio interescapular y se visualizó la continuidad del derrame pleural con la AoT y la existencia de hematoma periaórtico (**Figura 2D**). Desde las proyecciones supraesternales se observó la aorta ascendente, el cayado y la porción proximal de la AoT de dimensiones normales y sin colgajo íntimo-medial. La raíz aórtica presentó dimensiones normales y existía insuficiencia aórtica leve. Resultó interesante en este caso la obtención exhaustiva de todos los elementos de interés sólo a partir de las imágenes obtenidas desde las proyecciones transtorácicas. El paciente evolucionó favorablemente con tratamiento médico, sin progresión de la disección, y mantiene seguimiento por consulta.

✉ O Mérida Álvarez
Hospital Hermanos Ameijeiras.
San Lázaro 701, e/ Belascoaín y Marqués González.
Centro Habana, CP 10300. La Habana, Cuba
Correo electrónico: oyantay.merida@infomed.sld.cu

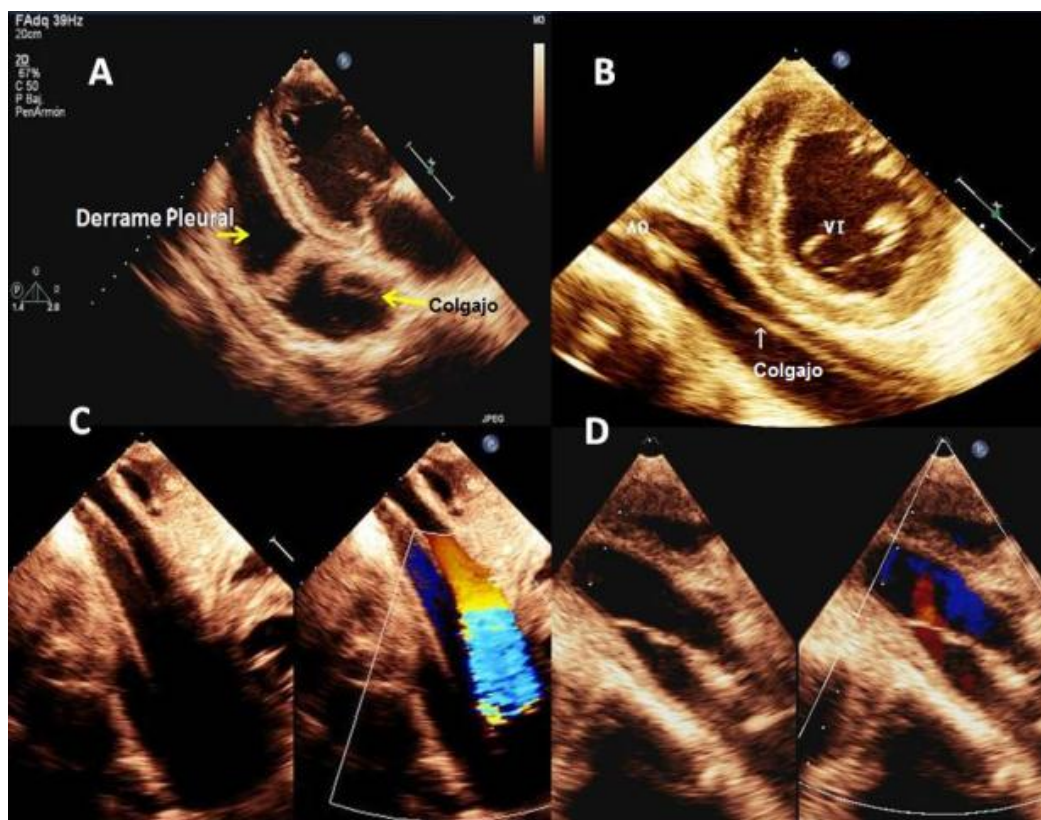


Figura 1

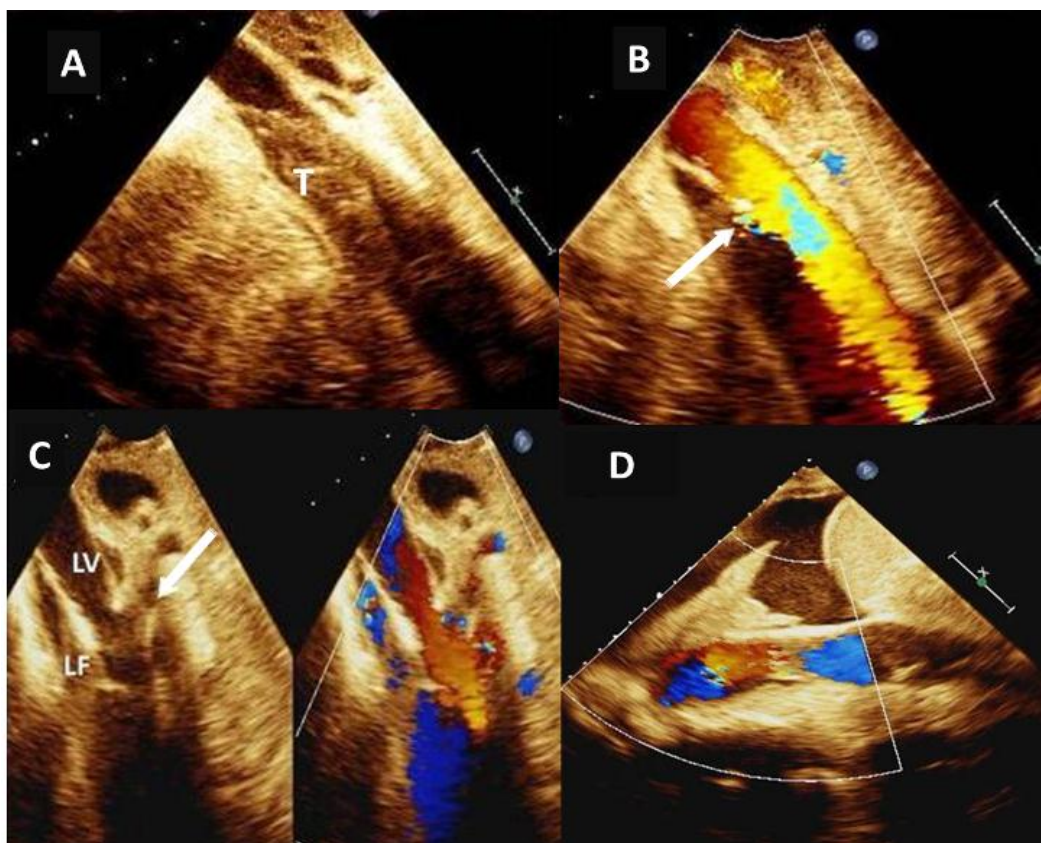


Figura 2

Diagnosis of complicated type B aortic dissection (IIb retrograde) by transthoracic echocardiography

Diagnóstico de disección aórtica tipo B (IIb retrógrada) complicada mediante ecocardiografía transtorácica

Oyantay Mérida Álvarez^a✉, MD; Maikel Valdés García^b, MD; Ángela M. Castro Arca^a, MD; Juan Prohías Martínez^a, MD; Zoynez Sotto García^a, MD; and Taimara Pérez Rivero^c, MD

^a Hermanos Ameijeiras Hospital. Havana, Cuba.

^b Institute of Cardiology and Cardiovascular Surgery. Havana, Cuba.

^c Enrique Cabrera Hospital. Havana, Cuba.

Este artículo también está disponible en español

Key words: Aorta, Aortic dissection, Diagnosis, Echocardiography
Palabras Clave: Aorta, Disección aórtica, Diagnóstico, Ecocardiografía

A 65-year-old black patient with a history of hypertension came to the emergency room due to very intense chest pain, mostly marked at the level of the interscapular space and accompanied by breathlessness, sweating and coldness. The transthoracic echocardiogram from the parasternal view (performed several days later) showed the existence of pleural effusion and a moving linear image within the descending thoracic aorta (**Figure 1A**). From the parasternal short axis, standard and modified (intermediate) projections it was possible to visualize the apical extension of the flap from the proximal descending thoracic aorta up to the proximal portion of the abdominal aorta (**Figure 1B**). Clear visualization of both

lumens with no flow in the false lumen, the entrance at the level of the abdominal aorta with very little effective retrograde flow (**Figura 1C y 1D**), the thrombosis of the false lumen (**Figura 2A**), the marked irregularity of the intimal flap (penetrating ulcer?) (**Figura 2B** - arrow), and the branches outlet of the abdominal aorta from the true lumen were also demonstrated (**Figura 2C** - arrow). The transducer was placed in the interscapular space and continuity of the pleural effusion with the thoracic aorta and the presence of peri-aortic hematoma were visualized (**Figura 2D**). From the suprasternal projections the ascending aorta, the arch and the proximal portion of the normal sized thoracic aorta without intimal-medial flap were observed. The aortic root had normal dimensions and there was mild aortic insufficiency. It is noteworthy, in this case, the complete collection of all elements of interest only from the images obtained from transthoracic projections. The patient improved with medical treatment, with no progression of the dissection, and remains on outpatient follow-up.

✉ O Mérida Álvarez
Hospital Hermanos Ameijeiras.
San Lázaro 701, e/ Belascoaín y Marqués González.
Centro Habana, CP 10300. La Habana, Cuba
E-mail address: oyantay.merida@infomed.sld.cu

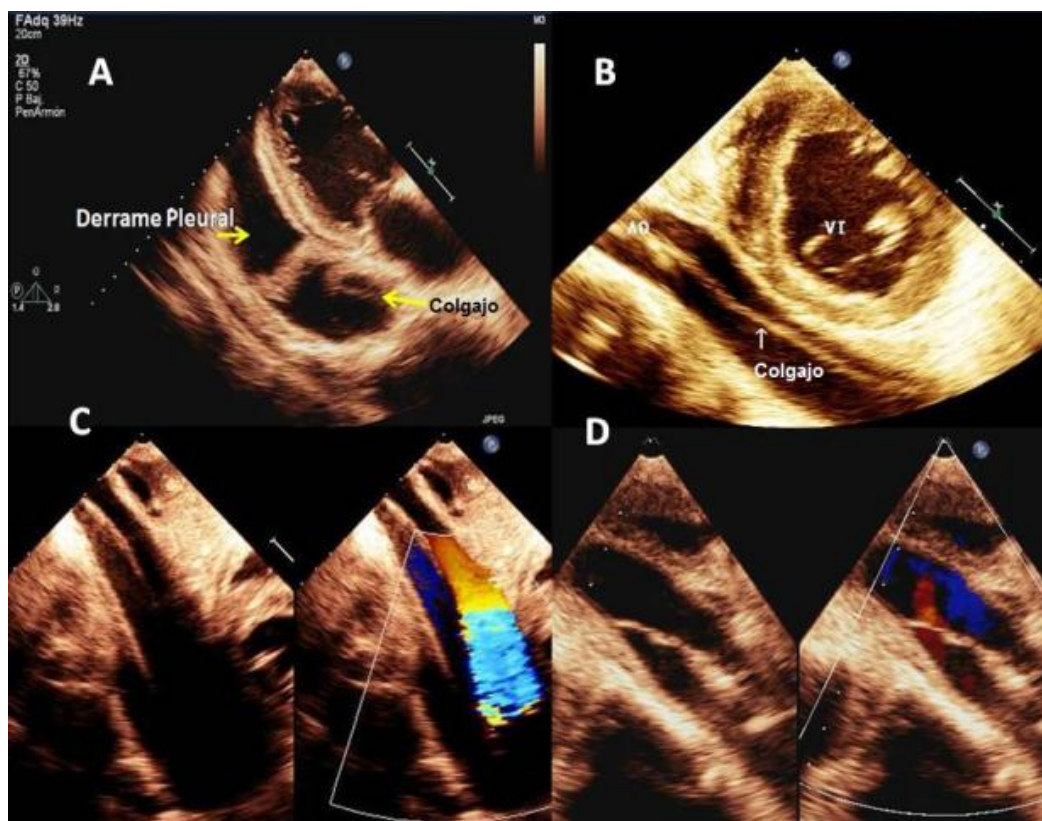


Figure 1

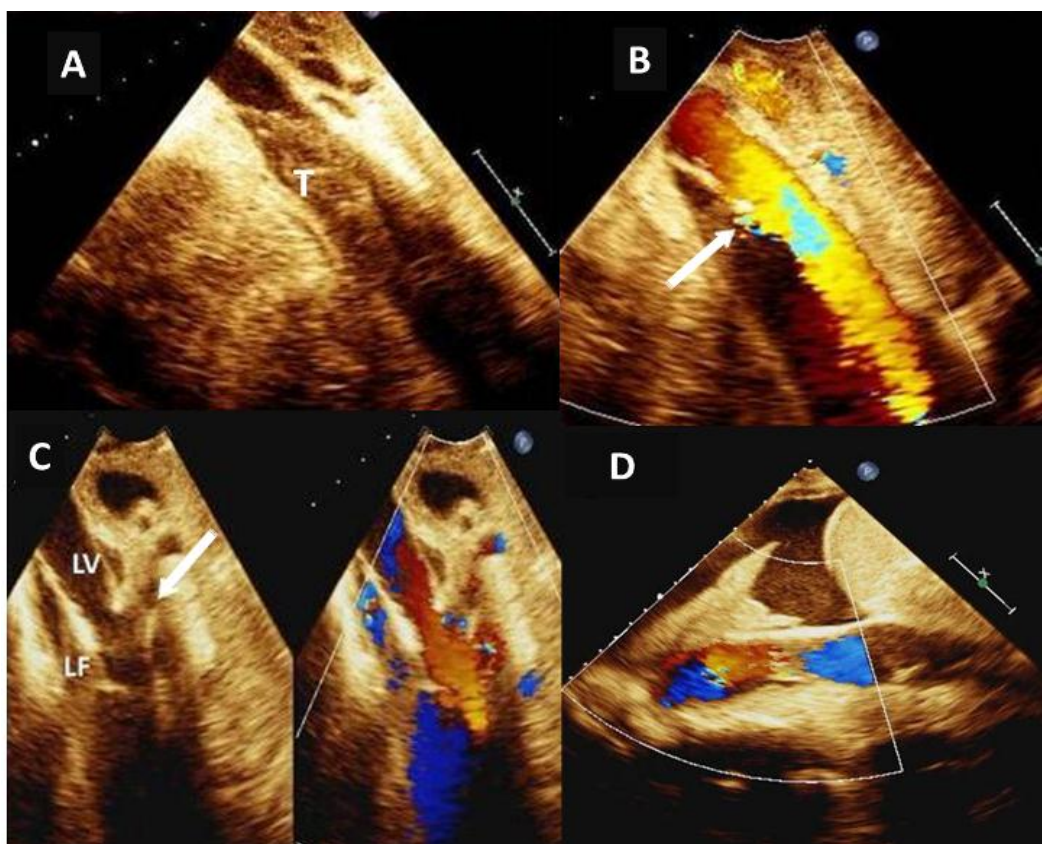


Figure 2