

Tabla 1 (*) Clasificación de la disección aórtica (DA)

Tipo	Sitio de origen y extensión de la afectación aórtica
DeBakey	
Tipo I	Se origina en la aorta ascendente, se propaga al menos hasta el arco aórtico y, a menudo, lo sobrepasa distalmente.
Tipo II	Se origina en la aorta ascendente y está confinado en la misma, sin sobrepasarla.
Tipo III	Se origina en la aorta descendente y se extiende distalmente hacia la aorta abdominal. Raramente también puede extenderse en sentido retrógrado, hacia el arco aórtico y la aorta ascendente.
Stanford	
Tipo A	Todas las disecciones que afectan a la aorta ascendente, independientemente de su sitio de origen (2/3 de las DA).
Tipo B	Todas las disecciones que no afectan a la aorta ascendente (1/3 de las DA).
Descriptiva	
Proximal	Incluye los tipos I y II de DeBakey y el tipo A de Stanford.
Distal	Incluye el tipo III de DeBakey o el tipo B de Stanford.
Aguda/Crónica Tiempo de evolución de la DA en el momento de su diagnóstico	
DA Aguda	Presente desde hace menos de 2 semanas (2/3 de las DA).
DA Crónica	Presente desde hace más de 2 semanas (1/3 de las DA).

(*) Tomada de Isselbacher EM, Eagle KA, Desanctis RW. *Diseases of the Aorta*. En: Braunwald E, editor. *Heart Disease*. 5ª ed. Philadelphia: Saunders; 1997 p. 1546-1581.

Tabla 2 (*) Utilidad de la ecocardiografía transesofágica (ETE), la tomografía axial computarizada (TC), la resonancia magnética (RM) y la aortografía (AOGR), en el diagnóstico, extensión y complicaciones del SAA

	ETE(1)	TCMC(2)	RM(3)	AOGR(4)
Sensibilidad diagnóstica para DA	++/+++	+++	+++	+ / ++
Especificidad diagnóstica para DA	++/+++	+++	+++	+++
Afectación de la aorta ascendente	+++	+++	+++	+++
Extensión de la disección	++	+++	+++	+++
Puerta de entrada	+++	+	+++	+
Puntos de comunicación	+++	-	++	+
Afectación de los troncos supraaórticos	+	++/+++	++/+++	+++
Afectación de las arterias coronarias	++	++	-	+++
Enfermedad coronaria arterosclerótica	-	-	-	+++
Trombos en la luz falsa	++	+++	+++	-
Afectación de la válvula aórtica	+++	-	++	+++
Derrame pericárdico	+++	+++	+++	-
Función ventricular	+++	-	++	+++

(*) Tomada de: Zamorano JL, Mayordomo JA, Evangelista A, San Román JA, Buñuelos C, Gil M. Guías de Práctica Clínica (GPC) de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) en Enfermedades de la Aorta. En: Marín E, Rodríguez L, Bosch J, Iñiguez A, editores. GPC de la SEC. Madrid: SEC; 2000. p.433-43 y modificada según tabla análoga de: Isselbacher EM, Eagle KA, Desanctis RW. Diseases of the Aorta. En: Braunwald E, editor. Heart Disease. 5ª ed. Philadelphia: Saunders; 1997. p. 1546-1581. Actualización según texto en Erbel R, Alfonso F, Boileau C, Dirsch O, Eber B, Haverich A, Rakowski H, Struyven J, y cols. Diagnosis and management of Aortic Dissection. Recommendations of the Task Force on Aortic Dissection, European Society of Cardiology. Eur Heart J 2001; 22: 1642-1681

(1) La principal limitación del ETE es la imposibilidad de valorar los 1/3 distal de la Aorta ascendente y la mitad proximal del arco aórtico (tipo II de DeBakey) y la aorta abdominal más allá del tronco celiaco.

(2) La aplicación del TCMC (TC multicorte) sincronizado con ECG con y sin contraste ha situado al TC como la técnica de elección en el diagnóstico del SAA, alcanzando cifras de precisión diagnóstica global de hasta 96-100% según las series.

(3) La RM es una técnica poco disponible, que consume mucho tiempo y que impide la correcta vigilancia clínica y hemodinámica de este paciente crítico durante el tiempo que dura la exploración. Por eso no es una prueba de primera elección en el diagnóstico de SAA. En el caso de un HIM, sin embargo, si está disponible y no contraindicada, puede aportar información muy importante sobre la antigüedad del HIM, que, como sabemos, es extremadamente inestable sobre todo en fase subaguda (entre 4-15 días).

(4) En lo que respecta a la Aortografía, no se considera en la actualidad una técnica inicial para el diagnóstico. Queda excluida del diagnóstico y sólo se indica cuando se requiera información complementaria (que no pueda aportar un TC multicorte) sobre la afectación de troncos arteriales principales, arterias coronarias o en caso de que se realice tratamiento endovascular.

Tabla 3. Indicaciones de tratamiento quirúrgico/endovascular en el Síndrome Aórtico agudo (SAA)

a. Indicaciones de tratamiento quirúrgico en la disección aórtica aguda tipo A (tipos I y II)

Recomendación	Clase I	II a	IIb	III	Evidencia
Cirugía urgente para evitar taponamiento/rotura de aorta	+				C
Tubo supracoronario si no hay datos de patología de la raíz ni de los velos	+				C
Injerto compuesto de tubo y válvula protésica si lesión de velos o anuloectasia aórtica	+				C
Cirugía de remodelado de la raíz de aorta con conservación valvular con velos enfermos		+			C
Cirugía de remodelado de la raíz de aorta con conservación velos en pacientes con S. Marfan		+			C

b. Indicaciones de tratamiento quirúrgico en el hematoma intramural (HIM) tipo A (tipos I y II)

	Recomendación	Clase I	IIa	Evidencia
HIM tipo A no complicado	Cirugía urgente		+	C
• Estabilidad clínica				
• Aorta ascendente < 5 cm	Cirugía diferida		+	C
• Ausencia derrame pericardico	Monitorización			
• Ausencia de sangrado periaórtico	Evolución con técnicas de imagen		+	C
• HIM asociado a UAP				
HIM tipo A complicado	Cirugía urgente		+	C

Tabla 3 (continuación)**c. Indicaciones de tratamiento quirúrgico/endovascular en la disección aórtica aguda/hematoma intramural tipo B (tipo III)**

Recomendación	Clase I	Ila	Ilb	III	Evidencia
Tratamiento médico	+				C
Tratamiento quirúrgico si <ul style="list-style-type: none"> • Persistencia o recurrencia del dolor • Dilatación o expansión • Sangrado o ruptura inminente • Síndromes de mal - perfusión 	+				C
Tratamiento edovascular (fenestración o stent) si <ul style="list-style-type: none"> • Persistencia o recurrencia del dolor • Dilatación o expansión • Sangrado o ruptura inminente • Síndromes de mal - perfusión 	+	+			C

d. Indicaciones de tratamiento quirúrgico/endovascular en la úlcera penetrante (UAP)

Recomendación	Clase II	Ila	Ilb	III	Evidencia
Tratamiento quirúrgico/endovascular si <ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad hemodinámica • Persistencia o recurrencia del dolor • Pseudoaneurismas 	+				C
Tratamiento quirúrgico/endovascular si <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia síntomas • Estabilidad hemodinámica • No signos de progresión 				+	C

Adaptado de Erbel R, Alfonso F, Boileau C, Dirsch O, Eber B, Haverich A, Rakowski H, Struyven J, y cols. Diagnosis and management of Aortic Dissection. Recommendations of the Task Force on Aortic Dissection, European Society of Cardiology. Eur Heart J 2001; 22: 1642-1681. Nivel de evidencia C: consenso entre todos los miembros de Task Force on Aortic Dissection, ESC.

ABREVIATURAS

AAE	Aneurisma aórtico expansivo
AAS	Ácido acetilsalicílico
ACTP	Angioplastia coronaria transluminal percutánea. Actualmente se prefiere el término ICP (Intervencionismo Coronario Percutáneo)
AE	Atención Especializada
AOGR	Aortografía
AI/IAMNST	Angina inestable e infarto sin elevación del ST. Actualmente se prefiere el acrónimo SCASEST (Síndrome Coronario Agudo sin elevación del ST)
AP	Atención Primaria
AVC	Accidente vascular cerebral
CPK MB	Isoenzima MB de la creatin-fosfo-kinasa
CV	Cardiovascular
DA	Disección aórtica
DCCU -AP	Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria
DEA	Desfibriladores externos automáticos
dP/dt	Derivada de presión intraventricular con respecto al tiempo. Parámetro de alta sensibilidad en la determinación de los cambios agudos de la contractilidad ventricular izquierda
DT	Dolor Torácico
ECG	Electrocardiograma
ETE	Ecocardiograma transesofágica
ETT	Ecocardiograma transtorácica
FC	Frecuencia cardíaca
GOT /AST	Transaminasa glutámico oxalacética/Aspartato aminotransferasa
GPC	Guías de práctica clínica
GPT /ALT	Transaminasa glutámico pirúvica. Alanina aminotransferasa
HIM	Hematoma aórtico intramural
HTA	Hipertensión arterial
HVI	Hipertrofia ventricular izquierda
IA	Insuficiencia aórtica
IAM	Infarto agudo de miocardio
IC	Insuficiencia cardíaca
IECAs	Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina
i.m.	Intramuscular
i.v.	Intravenoso
LDH	Lactatodeshidrogenasa
LF	Límite final del proceso
LM	Límite marginal del proceso
lpm	Latidos por minuto
NHAAP	National Heart Attack Alert Program
NTG	Nitroglicerina
RCP	Reanimación cardiopulmonar
RM	Resonancia magnética

Rx	Radiografía
SAA	Síndrome aórtico agudo (disección aórtica, hematoma aórtico intramural, úlcera aórtica penetrante y aneurisma aórtico expansivo)
SCA	Síndrome coronario agudo
SCCUH	Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalario
s.l.	Sublingual
SSPA	Sistema Sanitario Público de Andalucía
TA	Tensión arterial
TC	Tomografía axial computarizada
TEP	Tromboembolismo pulmonar
TIM	Test de Isquemia miocárdica (mediante ergometría, ecocardiografía de estrés o gammagrafía de perfusión miocárdica)
UAP	Úlcera aórtica penetrante
UAU	Unidad de Atención al Usuario
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
VI	Ventrículo izquierdo