



## 6001-1. AORTITIS: UN INTRUSO EN LA CORTE DEL SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

Carlos Ferrera<sup>1</sup>, Isidre Vilacosta<sup>1</sup>, Carlos Nicolás Pérez García<sup>1</sup>, Melchor Saiz Pardo Sanz<sup>2</sup>, Manuel Carnero Alcázar<sup>1</sup>, Beatriz Cabeza<sup>3</sup>, Aida Ortega<sup>4</sup>, David Vivas Balcones<sup>1</sup>, Francisco Javier Noriega<sup>1</sup>, Ana Viana Tejedor<sup>1</sup>, Ana Bustos<sup>3</sup>, Javier Cobiella Carnicer<sup>1</sup>, Luis Ortega<sup>2</sup> y Luis Carlos Maroto-Castellanos<sup>1</sup>

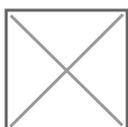
<sup>1</sup>Instituto Cardiovascular. <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. <sup>3</sup>Servicio de Radiología. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La aortitis es una patología inflamatoria cuya presentación es muy variable. Algunos casos pueden simular un síndrome aórtico agudo en su presentación. El diagnóstico erróneo puede conducir a una intervención quirúrgica no indicada. Nuestro objetivo fue describir las características de los pacientes con aortitis que simulan un hematoma intramural aórtico (HIA) y establecer las principales claves para su diagnóstico diferencial.

**Métodos:** Se recogieron los datos de dos pacientes de nuestro centro con aortitis que simulaba un HIA y se realizó una revisión sistemática con el objetivo de recoger todos los casos descritos. Se registraron los datos relativos a la presentación clínica, antecedentes, pruebas de imagen y de laboratorio. Se realizó tomografía computarizada (TC) en todos los casos. Se analizaron las características radiológicas (morfología, grosor, presencia de lesiones úlcera-like) y anatomopatológicas.

**Resultados:** Se analizaron un total de 12 pacientes con aortitis que simulaba un HIA. Ocho de ellos (66,7%) fueron aortitis-IgG4, 2 arteritis de Takayasu, 1 arteritis de células gigantes y una aortitis HLA-B27. La edad media fue 58 años (RIC 49-69) y la ratio de género fue 50%. El dolor torácico fue el motivo más frecuente de consulta (n = 9, 75%). En la TC, el engrosamiento de la pared fue circunferencial todos los casos, en lugar de semilunar, como ocurre habitualmente en el HIA. En algunos casos se observó desplazamiento intimal del calcio e hiperintensidad en la TC sin contraste (25%, N = 3). Sin embargo, ninguno de los pacientes presentaba lesiones tipo úlcera-like. Se encontró insuficiencia aórtica significativa en 7 pacientes (58,3%). Los parámetros de laboratorio fueron inespecíficos: la proteína C reactiva y la velocidad de sedimentación estaban elevadas en 6 pacientes. Los niveles de D-dímero no se midieron de forma sistemática. En todos los pacientes menos en uno (91,7%) se realizó cirugía de sustitución de aorta ascendente.



*Claves para el diagnóstico diferencial entre la aortitis y el hematoma intramural aórtico (HIA).*

**Conclusiones:** En los pacientes que acuden a urgencias con dolor torácico y se observa engrosamiento de la pared aórtica con sospecha HIA, las siguientes características deben hacernos considerar la aortitis como diagnóstico (fig.): ausencia de historia de hipertensión arterial, engrosamiento circunferencial de la pared con ausencia de acúmulos de contraste o lesiones tipo úlcera-like y niveles normales o levemente aumentados de

D-dímero.