

Angiología

**Dissección aórtica
abdominotorácica extrema: un
desafío quirúrgico**

**Extreme thoracoabdominal aortic
dissection: surgical challenge**

10.20960/angiologia.00879

03/19/2026

Disección aórtica abdominotorácica extrema: un desafío quirúrgico

Extreme thoracoabdominal aortic dissection: surgical challenge

Camilo Espinel¹, Brainerd Lenin Caicedo¹, Darío Sebastián Quintero¹, Gianmarco Camelo Pardo², Edgar Fabián Manrique Hernández³

¹Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Fundación Cardiovascular de Colombia. Santander, Colombia. ²Servicio de Urgencias. Fundación Cardiovascular de Colombia. Santander, Colombia. Universidad Areandina. Santander, Colombia.

³Servicio de Epidemiología. Hospital Internacional de Colombia. Santander, Colombia

Correspondencia: Gianmarco Camelo Pardo. Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Fundación Cardiovascular de Colombia. C/ 155A, 23-58. Floridablanca. Santander, Colombia.

e-mail: gianmarconacional@hotmail.com

Recibido: 10/02/2026

Aceptado: 10/02/2026

Agradecimientos: agradecemos a todas las personas que hicieron parte de este estudio aportando de diferentes maneras en su construcción.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Inteligencia artificial: los autores declaran no haber usado inteligencia artificial (IA) ni ninguna herramienta que use IA para la redacción del artículo.

RESUMEN

Introducción: la disección aórtica constituye una entidad clínica compleja cuyo manejo depende de la extensión, de la presencia de complicaciones y de la evolución anatómica del falso lumen. En casos en los que se evidencie disección con progresión a fase de dilatación aneurismática, la extensión abdominotorácica y el compromiso de ramas viscerales son indicaciones claras de intervención quirúrgica.

Caso clínico: paciente de 59 años con antecedente de hipertensión, tabaquismo suspendido y con cuadro de dolor abdominotorácico crónico. Hallazgo en tomografía de disección Stanford B en fase de dilatación abdominotorácica y con compromiso de la arteria subclavia y de la arteria mesentérica superior. Se llevó a operación en dos tiempos: inicialmente, sustitución de aorta ascendente y cayado aórtico con trompa de elefante congelada mediante interposición de prótesis híbrida Thoraflex. Completó la rehabilitación en casa. En un segundo tiempo quirúrgico, se realizó manejo abierto de sustitución de aorta abdominotorácica con reimplante de troncos viscerales en *bypass* izquierdo y perfusión selectiva visceral, con posterior traslado a la unidad de cuidados intensivos para manejo posoperatorio.

Discusión: el abordaje quirúrgico en dos tiempos permitió una estrategia escalonada orientada a reducir el riesgo durante la operación y a optimizar la perfusión de órganos vitales.

Conclusión: la disección aórtica Stanford B en fase de dilatación abdominotorácica con compromiso visceral representa un desafío terapéutico de alta complejidad. El diagnóstico temprano y el abordaje quirúrgico planificado en etapas, realizado por un equipo especializado, permiten un control efectivo de la enfermedad y una evolución clínica favorable, lo que reafirma el papel de la cirugía abierta como pilar terapéutico en casos seleccionados.

Palabras clave: Aneurisma aórtico abdominal. Cirugía vascular. Disección aórtica. Prótesis vasculares. Procedimientos endovasculares.

ABSTRACT

Introduction: Aortic dissection is a complex clinical entity whose management depends on the extent of the disease, the presence of complications, and the anatomical evolution of the false lumen. In cases in which dissection progresses to an aneurysmal dilatation phase, with thoracoabdominal extension and involvement of visceral branches, surgical intervention is clearly indicated.

Case report: A 59-year-old patient with a history of hypertension and former tobacco use presented with chronic thoracoabdominal pain. Computed tomography revealed a

Stanford type B dissection in the thoracoabdominal dilatation phase, with involvement of the subclavian artery and the superior mesenteric artery. A two-stage surgical approach was undertaken. Initially, replacement of the ascending aorta and aortic arch was performed using a frozen elephant trunk technique with interposition of a hybrid Thoraflex prosthesis. The patient completed home-based rehabilitation, and in a second surgical stage, open replacement of the thoracoabdominal aorta was carried out with reimplantation of the visceral trunks using left heart bypass and selective visceral perfusion, followed by transfer to the intensive care unit for postoperative management.

Discussion: The two-stage surgical approach enabled a staged strategy aimed at reducing perioperative risk and optimizing perfusion of vital organs.

Conclusion: Stanford type B aortic dissection in the thoracoabdominal dilatation phase with visceral involvement represents a highly complex therapeutic challenge. Early diagnosis and a carefully planned staged surgical approach performed by a specialized team allow effective disease control and favorable clinical outcomes, reaffirming the role of open surgery as a therapeutic cornerstone in selected cases.

Keywords: Abdominal aortic aneurysm. Vascular surgery. Aortic dissection. Vascular prostheses. Endovascular procedures.

INTRODUCCIÓN

El síndrome aórtico agudo (SAA) representa una emergencia cardiovascular de extrema gravedad que engloba un conjunto de entidades clínicas con un mismo denominador fisiopatológico: la lesión aguda de la pared aórtica (1,2). Este síndrome, descrito en su totalidad en 2001, comprende cuatro entidades principales: la disección aórtica, el hematoma intramural, la úlcera aórtica penetrante y la disección incompleta (2). Todas ellas comparten una manifestación cardinal: el dolor torácico o dorsal súbito e intenso, consecuencia de la ruptura de la capa íntima y de la propagación de sangre a través de la media, lo que genera un falso lumen. Entre ellas, la disección aórtica es la forma más frecuente y también la de mayor letalidad, con tasas de mortalidad que

pueden alcanzar hasta el 90 % durante los primeros cuarenta días tras el inicio de los síntomas (2,3).

A pesar de los avances de las últimas décadas en el diagnóstico por imagen, las técnicas quirúrgicas y el manejo médico, la disección aórtica continúa siendo una urgencia con alta mortalidad inmediata y secuelas severas en los pacientes que sobreviven al episodio agudo (1). Su fisiopatología está determinada por la localización y la extensión del desgarro intimal inicial, factores que definen el tipo de disección y, por tanto, el enfoque terapéutico: cirugía de emergencia, reparación endovascular o tratamiento médico optimizado (3,4). La hipertensión arterial, la aterosclerosis y las enfermedades del tejido conectivo son los principales factores predisponentes, ya sea por aumento de la tensión parietal o por degeneración estructural de la pared aórtica (4).

El diagnóstico temprano del SAA continúa siendo un reto clínico debido a su presentación inespecífica y a su similitud con otros síndromes coronarios agudos (5). La tomografía computarizada con contraste es la herramienta diagnóstica de elección, aunque en los últimos años se han investigado biomarcadores plasmáticos que podrían complementar su detección (1). El reconocimiento rápido y la clasificación anatómica precisa son esenciales para establecer el manejo más adecuado (3). En este contexto, las clasificaciones de Stanford y DeBakey han sido tradicionalmente las más utilizadas; sin embargo, nuevas propuestas, como la clasificación tipo entrada-malperfusión, buscan optimizar la estratificación del riesgo y mejorar los resultados terapéuticos (5). El objetivo es presentar el caso complejo de un paciente con hallazgo de disección aórtica que requirió intervención abierta. Esto permite evidenciar que un diagnóstico y un abordaje oportunos por parte de un equipo especializado permiten una evolución satisfactoria.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 59 años, con antecedente de hipertensión arterial, exfumador y con historia compleja de enfermedad aórtica avanzada, caracterizada por disección aórtica extensa con múltiples intervenciones quirúrgicas previas extrahospitalarias. Fue diagnosticado con disección aórtica de tipo Stanford B (Fig. 1), con progresión aneurismática del cayado aórtico y de la aorta descendente torácica, asociada al origen

de la arteria subclavia izquierda desde la luz falsa del aneurisma y a la emergencia de la arteria mesentérica inferior desde la luz falsa de la disección. La junta médica quirúrgica valoró su situación e inicialmente se consideró la intervención por parte de cirugía cardiovascular y la sustitución de la aorta ascendente y del cayado aórtico con técnica de trompa de elefante congelada mediante interposición de prótesis híbrida Thoraflex, bajo hipotermia moderada y perfusión cerebral selectiva anterógrada. El control mediante imagen con angiotomografía evidenció cambios posoperatorios esperados, persistencia de *flap* de disección intimal en la aorta torácica descendente con extensión hasta la aorta abdominal e ilíaca primitiva derecha, por lo que se planificó un segundo tiempo quirúrgico por cirugía cardiovascular y vascular.

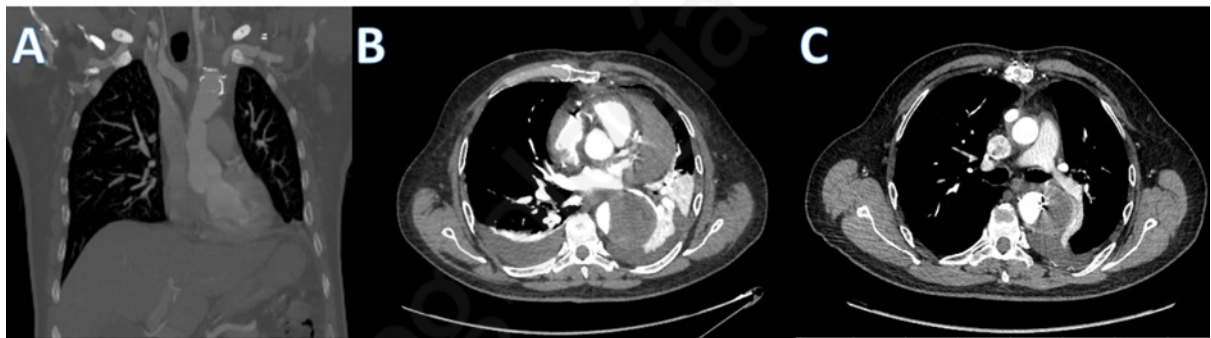


Figura 1. Angiotomografía de tórax. A. Corte coronal que evidencia doble luz aórtica con colgajo intimal visible. B. Corte axial que muestra separación del lumen verdadero y falso, con predominio del falso lumen y derrame pleural izquierdo asociado. C. Corte axial a nivel proximal en el que se observa la persistencia de la disección, con compresión del lumen verdadero por el falso lumen.

Se procedió a sustituir la aorta abdominotorácica con reimplante de troncos viscerales mediante *bypass* izquierdo y perfusión visceral selectiva bajo soporte de circulación extracorpórea (Fig. 2). Se realizó reconstrucción de la arteria femoral derecha. Durante el procedimiento se documentaron adhesiones laxas pulmonares izquierdas y disección aórtica crónica en fase dilatada, con diámetro máximo aproximado de 10 cm y marcada fragilidad tisular, especialmente al nivel de los vasos intercostales en la zona de la transición abdominotorácica, lo que impidió el reimplante de estos vasos. Las

arterias mesentérica superior, el tronco celíaco y las arterias renales emergían de la luz verdadera. Después del procedimiento se requirió vigilancia en unidad de cuidados intensivos, con atención y monitorización continuas.

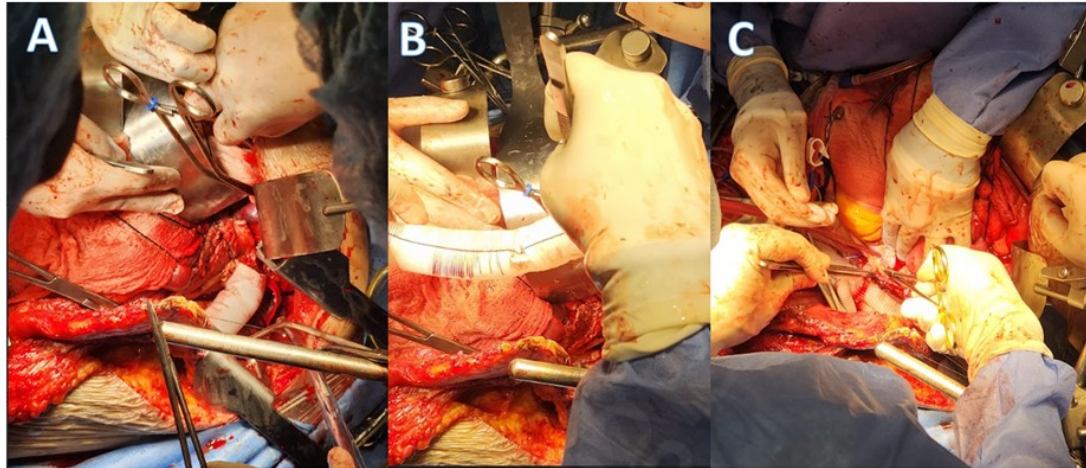


Figura 2. Sustitución de aorta abdominotorácica con reimplante de troncos viscerales mediante *bypass* izquierdo y perfusión visceral selectiva.

DISCUSIÓN

El síndrome aórtico agudo sigue siendo un desafío clínico de primer orden debido a su naturaleza impredecible, a su rápida progresión y a su elevada tasa de mortalidad (1). La comprensión actual de la enfermedad ha evolucionado hacia una visión más integral que combina criterios anatómicos, fisiológicos y clínicos (4). La disección aórtica, en particular, constituye el paradigma de las urgencias cardiovasculares debido a su evolución potencialmente catastrófica si no se detecta a tiempo. Los avances en imagen, como la tomografía multicorte y la resonancia magnética, han permitido diagnósticos más precisos y rápidos, fundamentales para decidir la estrategia terapéutica más adecuada. Sin embargo, el retraso en la sospecha clínica continúa siendo una de las principales causas de mal pronóstico, especialmente en pacientes de edad avanzada o con comorbilidades que pueden enmascarar la presentación típica. El tratamiento de la disección aórtica depende fundamentalmente de su localización. Las disecciones de tipo A, que comprometen la aorta ascendente, requieren cirugía inmediata para evitar la ruptura o el taponamiento cardíaco, mientras que las

disecciones de tipo B pueden manejarse inicialmente de forma médica, reservando la intervención endovascular o quirúrgica para los casos complicados (2). En este sentido, la reparación endovascular ha ganado protagonismo como alternativa menos invasiva, especialmente en pacientes de alto riesgo quirúrgico, demostrando una reducción significativa en la mortalidad a corto y mediano plazo. No obstante, la selección del procedimiento ideal aún depende de una evaluación individualizada sustentada en la estabilidad hemodinámica, la extensión de la lesión y la presencia de malperfusión visceral o de las extremidades (4).

En cuanto a la clasificación anatómica, la introducción de sistemas más dinámicos, como la clasificación tipo entrada-malperfusión, ofrece una perspectiva funcional que puede mejorar la predicción de resultados y orientar terapias más personalizadas. Sin embargo, su adopción clínica aún se enfrenta a limitaciones, como la falta de consenso internacional y la escasez de estudios comparativos de gran escala (6).

Es importante tener en cuenta la supervivencia inmediata, la calidad de vida a largo plazo, el seguimiento estricto mediante pruebas de imagen y la prevención de recurrencias (7). La implementación de programas de vigilancia, el control riguroso de la presión arterial y la educación del paciente son pilares fundamentales del manejo posterior al evento agudo.

CONCLUSIÓN

El síndrome aórtico agudo constituye una emergencia cardiovascular de alta letalidad que exige una detección precoz y un manejo integral basado en la localización anatómica y en la estabilidad clínica del paciente. A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, la mortalidad continúa siendo elevada, lo que subraya la necesidad de mantener un alto índice de sospecha ante el dolor torácico agudo y de fortalecer el abordaje multidisciplinario. La incorporación de nuevas técnicas de imagen, de estrategias endovasculares menos invasivas y de sistemas de clasificación más precisos ofrece una oportunidad para mejorar el pronóstico y la supervivencia a largo plazo de los pacientes afectados por esta compleja entidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espinel C, Cediel Barrera CH, Freire K, Jiménez Sanchez HC, Camelo Pardo G. Manejo quirúrgico de la patología aórtica; experiencia en un centro de alta complejidad. *Angiologia* 2024;76(5):344-5. DOI: [10.20960/angiologia.00578](https://doi.org/10.20960/angiologia.00578)
2. Dávila-Castro JJ, Lemus-Galván DN. Disección aórtica: ¿Un reto para la medicina de urgencias? A propósito de un caso [Aortic dissection: A challenge for the emergency medicine? A case report]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2024;62(4):1-6. DOI: [10.5281/zenodo.11397340](https://doi.org/10.5281/zenodo.11397340)
3. Carrel T, Sundt TM 3rd, Von Kodolitsch Y, Czerny M. Acute aortic dissection. *Lancet*. 2023 Mar 4;401(10378):773-88. DOI: [10.1016/S0140-6736\(22\)01970-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01970-5).
4. Pérez-Camargo D, Van-Hemelrijck M, Sromicki J, Mestres C. Diagnóstico y manejo del síndrome aórtico agudo [Diagnostic and management of acute aortic syndrome]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2022;60(2):188-200.
5. Sayed A, Munir M, Bahbah El. Aortic Dissection: A Review of the Pathophysiology, Management and Prospective Advances. *Curr Cardiol Rev* 2021;17(4):e230421186875. DOI: [10.2174/1573403X16666201014142930](https://doi.org/10.2174/1573403X16666201014142930).
6. Yuan X, Mitsis A, Nienaber CA. Current Understanding of Aortic Dissection. *Life (Basel)* 2022;12(10):1606. DOI: [10.3390/life12101606](https://doi.org/10.3390/life12101606)
7. Harris KM, Nienaber CA, Peterson MD, et al. Mortalidad precoz en la disección aórtica aguda tipo A: perspectivas del registro internacional de disección aórtica aguda. *JAMA Cardiol* 2022;7(10):1009-15. DOI: [10.1001/jamacardio.2022.2718](https://doi.org/10.1001/jamacardio.2022.2718)
8. Sayed A, Munir M, Bahbah El. Aortic Dissection: A Review of the Pathophysiology, Management and Prospective Advances. *Curr Cardiol Rev* 2021;17(4):e230421186875. DOI: [10.2174/1573403X16666201014142930](https://doi.org/10.2174/1573403X16666201014142930)