

REPORTE DE CASO

Case Report: Stanford Type B Descending Aortic Dissection

A propósito de un caso: disección de la aorta descendente Stanford tipo B

A propósito de um caso: disseção da aorta descendente Stanford tipo B

Karen Stefanía Salinas Alvarado¹✉; Ariana Estefania Torres Valverde²✉

¹Cardióloga e imagenóloga cardíaca, CARDIOCENTER, Loja, Ecuador.

²Cardióloga clínica, Clínica Latino.

Citación sugerida: Salinas Alvarado KS, Torres Valverde AE. A propósito de un caso: disección de la aorta descendente Stanford tipo B. Rev Méd Loja. 2026;1(2):52-56. doi:10.67370/bpwgp359

Recibido: 20-07-2026

Aceptado: 04-10-2026

Publicado: 22-10-2026

Editor: Dr. Miguel David Alvarez

Autor de correspondencia: Karen Stefanía Salinas Alvarado✉

ABSTRACT

Stanford type B aortic dissection may cause mild symptoms despite extensive anatomical involvement. We report the case of a 70-year-old man with longstanding hypertension, a history of ischemic heart disease, hypothyroidism, and ventricular ectopy who reported mild lumbar pain during a cardiology assessment. Computed tomography angiography of the chest and abdomen revealed aneurysmal dilatation of the descending thoracic aorta measuring 8.05×7.69 cm, a proximal intimal flap, mural thrombus, possible involvement of the celiac artery origin, and extension of the dissection to both common femoral arteries. Following stabilization with intravenous antihypertensive therapy, beta-blockers, and analgesia, thoracic endovascular aortic repair was performed to cover the proximal entry tear. Clinical improvement, reduced pain and ventricular ectopy, and adequate blood pressure control were described. This case highlights the importance of considering aortic disease in patients with lumbar pain and cardiovascular risk factors, and of integrating anatomy, symptoms, and clinical status when selecting treatment.

Keywords: Aortic dissection; aortic aneurysm, thoracic; computed tomography angiography; endovascular procedures; case reports.

RESUMEN

La disección aórtica tipo B puede presentar manifestaciones poco intensas pese a un compromiso anatómico extenso. Se presenta el caso de un hombre de 70 años con hipertensión arterial de larga evolución, antecedentes de cardiopatía isquémica, hipotiroidismo y extrasistolia ventricular, quien refirió dolor lumbar leve durante una valoración cardiológica. La angiotomografía de tórax y abdomen mostró dilatación aneurismática de la aorta torácica descendente de $8,05 \times 7,69$ cm, con colgajo intimal proximal, trombo mural, posible compromiso del origen del tronco celiaco y extensión de la disección hasta las arterias femorales comunes bilaterales. Tras estabilización con antihipertensivos intravenosos, betabloqueadores y analgesia, se realizó reparación endovascular mediante implante de una endoprótesis torácica para cubrir la puerta de entrada proximal. Se describió mejoría clínica, disminución del dolor y de las extrasístoles, y adecuado control de la presión arterial. El caso destaca la importancia de considerar enfermedad aórtica ante dolor lumbar en pacientes con factores de riesgo cardiovascular y de integrar la anatomía, los síntomas y el estado clínico en la elección del tratamiento.

Palabras clave: Disección aórtica; aneurisma de la aorta torácica; angiografía por tomografía computarizada; procedimientos endovasculares; informes de casos.

RESUMO

A dissecação aórtica tipo B pode apresentar manifestações pouco intensas apesar de um comprometimento anatómico extenso. Apresenta-se o caso de um homem de 70 anos com hipertensão arterial de longa evolução, antecedentes de cardiopatia isquêmica, hipotireoidismo e extrasístolia ventricular, que referiu dor lombar leve durante uma avaliação cardiológica. A angiotomografia de tórax e abdome mostrou dilatação aneurismática da aorta torácica descendente de $8,05 \times 7,69$ cm, com flap intimal proximal, trombo mural, possível comprometimento da origem do tronco celiaco e extensão da dissecação até as artérias femorais comuns bilaterais. Após estabilização com anti-hipertensivos intravenosos, betabloqueadores e analgesia, realizou-se reparo endovascular mediante implante de uma endoprótese torácica para cobrir a porta de entrada proximal. Descreveram-se melhora clínica, diminuição da dor e das extrasístoles e controle adequado da pressão arterial. O caso destaca a importância de considerar doença aórtica diante de dor lombar em pacientes com fatores de risco cardiovascular e de integrar a anatomia, os sintomas e o estado clínico na escolha do tratamento.

Palavras-chave: Dissecação aórtica; aneurisma da aorta torácica; angiografia por tomografia computadorizada; procedimentos endovasculares; relatos de casos.

INTRODUCCIÓN

La disección aórtica consiste en la separación de las capas de la pared aórtica, habitualmente por un desgarro intimal que permite la formación de una luz falsa. Su extensión puede comprometer ramas arteriales y producir isquemia de órganos. En la clasificación de Stanford, el tipo B no afecta a la aorta ascendente. La definición anatómica y la evaluación de las complicaciones orientan el manejo.^(1,2)

La hipertensión arterial, la edad avanzada, el sexo masculino y las aortopatías hereditarias se encuentran entre los factores asociados con la disección torácica.⁽³⁾ El diagnóstico puede resultar difícil cuando los síntomas son leves o inespecíficos. La valoración clínica y la obtención oportuna de imágenes son esenciales para reconocer la lesión y planificar su tratamiento.⁽⁴⁾ Se presenta un caso de disección tipo B con marcada dilatación de la aorta torácica descendente, detectada en un paciente que refirió dolor lumbar leve y tratado mediante reparación endovascular.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Hombre de 70 años con antecedentes de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, hipotiroidismo y extrasístolia ventricular de alta carga. Se describió un periodo de aproximadamente diez años sin tratamiento cardiovascular, con registros de presión arterial superiores a 200/110 mmHg, y uso posterior de valsartán/hidroclorotiazida. Durante una consulta de control cardiológico refirió dolor lumbar de intensidad leve. En la exploración presentó ruidos cardíacos arrítmicos y soplo sistólico de grado II/VI en el foco mitral. El abdomen era blando, depresible y no doloroso, con adiposidad abdominal abundante.

La analítica mostró hematocrito de 42,6 %, hemoglobina de 15 g/dL, glucosa de 98 mg/dL, urea de 32,4 mg/dL y creatinina de 1 mg/dL. El perfil lipídico reportó colesterol total de 300 mg/dL, triglicéridos de 350 mg/dL, colesterol HDL de 20 mg/dL y colesterol LDL de 130 mg/dL.

La monitorización ambulatoria de la presión arterial de 24 horas, realizada con tratamiento antihipertensivo, registró una media de 128/83 mmHg, con valores diurnos de 128/84 mmHg y nocturnos de 128/80 mmHg. El Holter cardíaco mostró extrasístolia ventricular con una carga del 22 %. La angiotomografía coronaria informó una puntuación de calcio de 364 unidades Agatston y una estenosis del 50–60 % en el segmento proximal de la arteria descendente anterior; el resto de los segmentos presentaba lesiones leves.

La angiotomografía de tórax y abdomen identificó una dilatación aneurismática de la aorta torácica descendente de $8,05 \times 7,69$ cm, con colgajo de disección en su porción proximal y trombo

mural en la pared anterior (Figura 1). Se informó posible compromiso del origen del tronco celíaco y extensión de la disección hasta ambas arterias femorales comunes, compatible con disección de Stanford tipo B (Figura 2). El posible compromiso del tronco celíaco se consideró un hallazgo anatómico; no se documentó confirmación de malperfusión visceral en la descripción clínica.

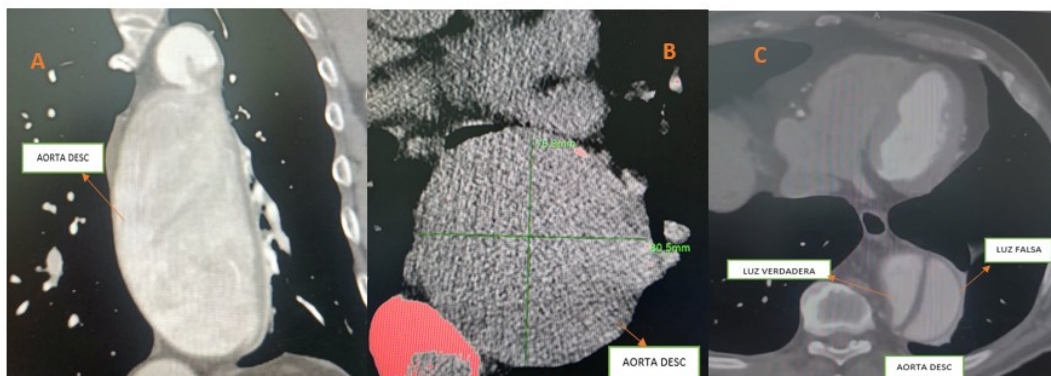


Figura 1. Angiotomografía de la aorta torácica antes del tratamiento. A: reconstrucción longitudinal de la aorta torácica descendente con marcada dilatación aneurismática. B: medición de los diámetros aórticos, de aproximadamente 80,5 × 76,9 mm. C: identificación de la luz verdadera, la luz falsa y el colgajo intimal. Fuente: archivo de imágenes del Centro de Cardiología CARDIOCENTER.



Figura 2. Angiotomografía toracoabdominal antes del tratamiento. A y B: reconstrucciones longitudinales que muestran la dilatación aórtica y las luces verdadera y falsa. C: reconstrucción coronal con extensión de la disección hacia el territorio ilíaco. La extensión hasta las arterias femorales comunes bilaterales fue descrita en el informe de angiotomografía. Fuente: archivo de imágenes del Centro de Cardiología CARDIOCENTER.

Se administraron antihipertensivos intravenosos, betabloqueadores y analgesia para la estabilización inicial. Ante la disección tipo B asociada a una dilatación aórtica de gran tamaño, se realizó implante de una endoprótesis en la aorta torácica descendente para cubrir la puerta de entrada proximal de la disección. La angiotomografía posterior mostró la endoprótesis en el segmento tratado (Figura 3).

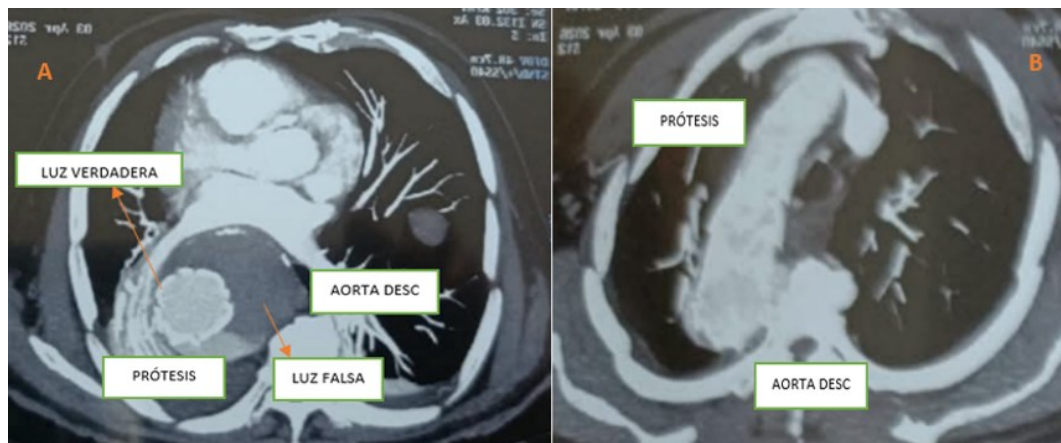


Figura 3. Angiotomografía de tórax posterior al tratamiento endovascular. A: corte transversal con la endoprótesis en la aorta descendente y delimitación de las luces verdadera y falsa. B: reconstrucción oblicua del segmento torácico tratado. Fuente: archivo de imágenes del Centro de Cardiología CARDIOCENTER.

Después de la intervención se describió tratamiento con bisoprolol de 2,5 mg/día, rosuvastatina/ezetimiba de 20/10 mg/día, valsartán/hidroclorotiazida de 160/12,5 mg/día, clopidogrel de 75 mg/día y pregabalina de 75 mg/día, además de tramadol/paracetamol en caso de dolor intenso. Se informó mejoría clínica, disminución del dolor y de las extrasístoles y adecuado control de la presión arterial. La capacidad funcional se describió como clase II de la New York Heart Association. No se precisó el intervalo del seguimiento ni se aportaron mediciones aórticas seriadas posteriores al procedimiento.

DISCUSIÓN

El principal interés de este caso radica en la discordancia entre la intensidad leve del dolor lumbar y la magnitud del compromiso aórtico. La hipertensión de larga evolución constituye un antecedente relevante, aunque un reporte individual no permite establecer causalidad. Estudios poblacionales han asociado la hipertensión con el riesgo de disección aórtica.⁽⁵⁾ La dislipidemia y la enfermedad coronaria coexistentes refuerzan la necesidad de abordar el riesgo cardiovascular global, sin que estos hallazgos permitan atribuir un mecanismo único a la lesión.

La clasificación temporal exige conocer el inicio de los síntomas: la guía europea distingue las fases hiperaguda, aguda, subaguda y crónica, esta última después de 90 días.⁽²⁾ En este paciente no se precisó la duración del dolor, por lo que no puede asignarse una fase temporal con seguridad. Tampoco debe equipararse el posible compromiso anatómico del tronco celíaco con malperfusión confirmada.

La estabilización inicial busca reducir el estrés sobre la pared aórtica mediante analgesia y control de la presión arterial y la frecuencia cardíaca. En el síndrome aórtico agudo, la guía ACC/AHA recomienda una presión sistólica inferior a 120 mmHg, o la mínima que preserve la perfusión orgánica, y una frecuencia de 60–80 latidos por minuto.⁽¹⁾ Estos objetivos describen recomendaciones generales; no se dispone de registros del caso que permitan verificar su cumplimiento durante la estabilización.

La elección entre tratamiento médico, reparación endovascular y cirugía abierta depende de la fase, la anatomía, las complicaciones y el riesgo individual.^(1,2) El diámetro máximo de 8,05 cm constituye un hallazgo relevante para la decisión de intervenir. La reparación endovascular busca cubrir la puerta de entrada proximal y favorecer la remodelación aórtica. Su evidencia debe interpretarse según la presentación clínica y la selección de pacientes; las síntesis que incluyen

disecciones complicadas y no complicadas no justifican asumir un beneficio uniforme en todos los escenarios.⁽⁶⁾

En este caso se describió una evolución clínica favorable tras el tratamiento, pero la presencia de la endoprótesis en las imágenes no demuestra por sí sola trombosis completa de la luz falsa, ausencia de endofuga o remodelación duradera. El control por imágenes tras una disección permite vigilar la aorta residual y detectar complicaciones.^(1,2) Las limitaciones del reporte incluyen la falta de una cronología precisa, de detalles técnicos completos del procedimiento y de un periodo de seguimiento definido. Por ello, sus resultados deben circunscribirse a la evolución clínica descrita y no extrapolarse a la eficacia a largo plazo.

CONCLUSIÓN

La presencia de dolor lumbar leve no excluye una disección aórtica extensa en un paciente con factores de riesgo cardiovascular. La angiogramografía permitió identificar una disección tipo B con marcada dilatación de la aorta descendente y orientar el tratamiento endovascular tras la estabilización inicial. La mejoría clínica descrita debe complementarse con vigilancia clínica e imagenológica para valorar la evolución de la aorta tratada y de la disección residual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Isselbacher EM, Preventza O, Black JH 3rd, Augoustides JG, Beck AW, Bolen MA, et al. 2022 ACC/AHA Guideline for the Diagnosis and Management of Aortic Disease: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2022;146(24):e334-e482. doi:10.1161/CIR.0000000000001106.
2. Mazzolai L, Teixeira-Tura G, Lanzi S, Boc V, Bossone E, Brodmann M, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of peripheral arterial and aortic diseases. *Eur Heart J*. 2024;45(36):3538-3700. doi:10.1093/eurheartj/ehae179.
3. Zhou Z, Cecchi AC, Prakash SK, Milewicz DM. Risk Factors for Thoracic Aortic Dissection. *Genes (Basel)*. 2022;13(10):1814. doi:10.3390/genes13101814.
4. Umaña JP, Camacho J. Disección aórtica aguda: diagnóstico y manejo inicial. *Rev Med Clin Las Condes*. 2022;33(3):218-226. doi:10.1016/j.rmcl.2022.05.002.
5. Landenhed M, Engström G, Gottsäter A, Caulfield MP, Hedblad B, Newton-Cheh C, et al. Risk profiles for aortic dissection and ruptured or surgically treated aneurysms: a prospective cohort study. *J Am Heart Assoc*. 2015;4(1):e001513. doi:10.1161/JAHA.114.001513.
6. Howard C, Sheridan J, Picca L, Reza S, Smith T, Ponnappalli A, et al. TEVAR for complicated and uncomplicated type B aortic dissection—Systematic review and meta-analysis. *J Card Surg*. 2021;36(10):3820-3830. doi:10.1111/jocs.15827.

CONFLICTO DE INTERESES

La autora de correspondencia declara no tener conflictos de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Karen Salinas, Ariana Torres.

Investigación: Karen Salinas, Ariana Torres.

Metodología: Karen Salinas, Ariana Torres.

Administración del proyecto: Karen Salinas, Ariana Torres.

Redacción – borrador original: Karen Salinas, Ariana Torres.

Redacción – revisión y edición: Karen Salinas, Ariana Torres.

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se obtuvo el consentimiento informado del paciente para la publicación del caso clínico y de las imágenes que lo acompañan.