
Multimed 2025; 29: e3255

Caso clínico

Diagnóstico y manejo de disección aórtica tipo A de Stanford. Presentación de caso

Diagnosis and management of stanford type A aortic dissection. Case report

Diagnóstico e manejo da disseccção aórtica tipo A de Stanford. Relato de caso

Leandro Adrián Berro Rosales^I  <https://orcid.org/0009-0003-2041-2125>

José Grabiél Correa Rodríguez^{II*}  <https://orcid.org/0009-0000-8249-7441>

Manuel de Jesús Mesa Quesada^{II}  <https://orcid.org/0009-0007-5060-5680>

^I Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Hospital Gineco-obstétrico Fe de Valle Ramos. Manzanillo. Granma, Cuba.

^{II} Facultad Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Granma, Cuba.

* Autor para la correspondencia. Email: josegrabiellcorrearodriguez@gmail.com

RESUMEN

La disección aórtica tipo A de Stanford es una entidad potencialmente mortal que requiere diagnóstico rápido y tratamiento quirúrgico inmediato. Se presenta el caso de una mujer de 56 años con hipertensión arterial de larga evolución e irregularmente tratada, que acudió por dolor torácico súbito, intenso, quemante e irradiado a espalda y epigastrio, acompañado de sensación de muerte inminente. El examen físico reveló un soplo diastólico aórtico y asimetría de los pulsos radiales. El ecocardiograma confirmó la presencia de un flap intimal en la aorta ascendente con regurgitación aórtica severa. Se inició manejo médico con labetalol y morfina

para control de la presión arterial y el dolor, seguido de traslado a cirugía como tratamiento definitivo. Este caso refuerza la importancia de la sospecha clínica ante dolor torácico atípico, el valor del examen físico y del ecocardiograma para el diagnóstico temprano, y la cirugía como única opción curativa.

Palabras clave: Disección aórtica tipo A; Ecocardiografía; Hipertensión arterial; Urgencia quirúrgica.

ABSTRACT

Stanford type A aortic dissection is a potentially life-threatening condition that requires rapid diagnosis and immediate surgical treatment. We present the case of a 56-year-old woman with long-standing arterial hypertension, irregularly treated, who presented with sudden, severe, burning chest pain radiating to the back and epigastrium, accompanied by a sensation of impending death. Physical examination revealed an aortic diastolic murmur and asymmetry of the radial pulses. Echocardiography confirmed the presence of an intimal flap in the ascending aorta with severe aortic regurgitation. Medical management with labetalol and morphine was initiated to control blood pressure and pain, followed by transfer to surgery as the definitive treatment. This case reinforces the importance of clinical suspicion in the presence of atypical chest pain, the value of physical examination and echocardiography for early diagnosis, and surgery as the only curative option.

Keywords: Stanford type A aortic dissection; Echocardiography; Arterial hypertension; Surgical emergency.

RESUMO

A disseção aórtica tipo A de Stanford é uma condição potencialmente fatal que requer diagnóstico rápido e tratamento cirúrgico imediato. Apresenta-se o caso de uma mulher de 56 anos com hipertensão arterial de longa data tratada de forma irregular, que procurou atendimento por dor torácica súbita, intensa, em queimação e irradiada para as costas e



epigástrico, acompañada de sensación de muerte inminente. O exame físico revelou uso prodiastólico aórtico e assimetria dos pulsos radiais. A ecocardiografia confirmou a presença de um flap íntimo na aorta ascendente com insuficiência aórtica grave. Iniciou-se manejo médico com labetalol e morfina para controle da pressão arterial e da dor, seguido de transferência para cirurgia como tratamento definitivo. Este caso reforça a importância da suspeita clínica diante de dor torácica atípica, o valor do exame físico e da ecocardiografia para o diagnóstico precoce, e a cirurgia como única opção curativa.

Palavras-chave: Dissecção aórtica tipo A; Ecocardiografia; Hipertensão arterial; Urgência cirúrgica.

Recibido: 20/11/2025

Aprobado: 12/12/2025

Introducción

La disección aórtica es una enfermedad grave caracterizada por la separación de las capas de la aorta, con una incidencia estimada de 2,5 a 3,5 casos por 100 000 habitantes y una mortalidad que alcanza el 50% en las primeras 48 horas sin tratamiento. Su diagnóstico es un desafío debido a la similitud de sus síntomas con otras enfermedades, como el infarto agudo de miocardio lo que resulta en que sea sospechada correctamente solo en un 15 a 43 % de los casos verificados. La clasificación de Stanford distingue entre disección tipo A, que afecta la aorta ascendente y requiere cirugía urgente, y la tipo B, con tratamiento médico o cirugía endovascular. ⁽¹⁻⁴⁾ Este informe presenta un caso de disección aórtica tipo A con el objetivo de destacar las particularidades de su presentación clínica, el enfoque diagnóstico y su conducta terapéutica.



Presentación del caso

Historia de la enfermedad actual

Paciente femenina de 56 años, de procedencia rural, con antecedente de hipertensión arterial de 25 años de evolución, tratada de forma irregular con enalapril y captopril. Acudió al servicio de urgencias por un dolor torácico de inicio súbito, de gran intensidad y carácter quemante, que se irradiaba al epigastrio y a la espalda, acompañado de sensación de muerte inminente y cifras tensionales elevadas. El dolor no alivió con nitroglicerina, pero sí con la administración de morfina.

Examen físico positivo

FC: 100 lpm, TA: 160/80 mmHg. Consciente, orientada en tiempo espacio y persona. Soplo diastólico grado II/VI en foco aórtico. Asimetría en la amplitud del pulso radial con disminuido en el miembro derecho. Abdomen blando, doloroso a la palpación en epigastrio. Aorta no palpable. No alteraciones neurológicas.

Evaluación diagnóstica

Se realizó electrocardiograma que mostró ritmo sinusal con trastornos inespecíficos de la repolarización, sin alteraciones del segmento ST. El ecocardiograma transtorácico (Fig. 1) reveló dilatación ligera de la raíz aórtica y de la porción sinotubular (42 mm y 46 mm, respectivamente), junto a la presencia de un flap intimal en la aorta ascendente a 3 mm de los velos aórticos, acompañado de regurgitación aórtica severa. No se observaron alteraciones en la aorta abdominal. Sobre la base de estos hallazgos, se estableció el diagnóstico de disección aórtica tipo A de Stanford. El diagnóstico diferencial incluyó síndrome coronario agudo y otras causas de dolor torácico, pero la combinación de dolor atípico, asimetría de pulsos y hallazgos ecocardiográficos confirmó la enfermedad.

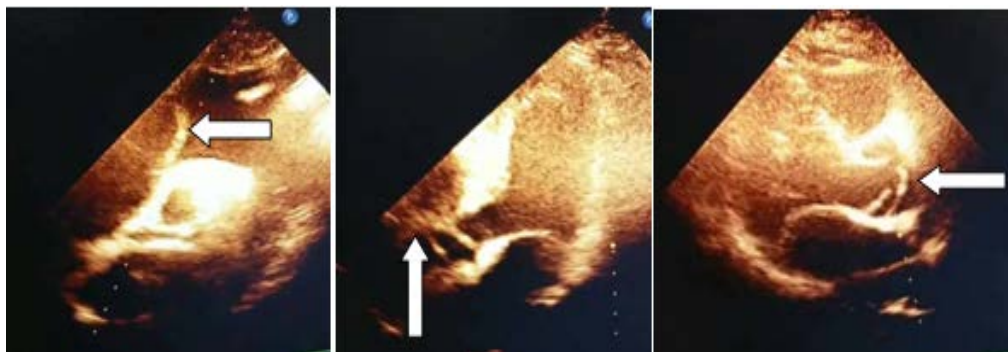


Fig. 1. Ecocardiograma. Vista eje largo paraesternal izquierdo (derecha), vista apical de 3 cámaras (centro) vista supraesternal (izquierda). Se observa flap intimal en aorta ascendente (flechas).

Fuente: Historia clínica.

Intervención terapéutica

Se inició tratamiento médico con morfina para el control del dolor y labetalol endovenoso para reducir la presión arterial y la frecuencia cardíaca. Se logró un objetivo de 110/70 mmHg. Posteriormente, se planificó la transición a bisoprolol y enalapril por vía oral. El tratamiento definitivo consistió en la intervención quirúrgica urgente, que incluyó el reemplazo de la aorta ascendente, (Fig. 2) con la resección de la porción aórtica diseca, la anastomosis distal abierta de injerto de 12 cm y la terminación del implante del injerto.

Seguimiento y resultados

La evolución postquirúrgica fue favorable con regresión de las manifestaciones y sin complicaciones.

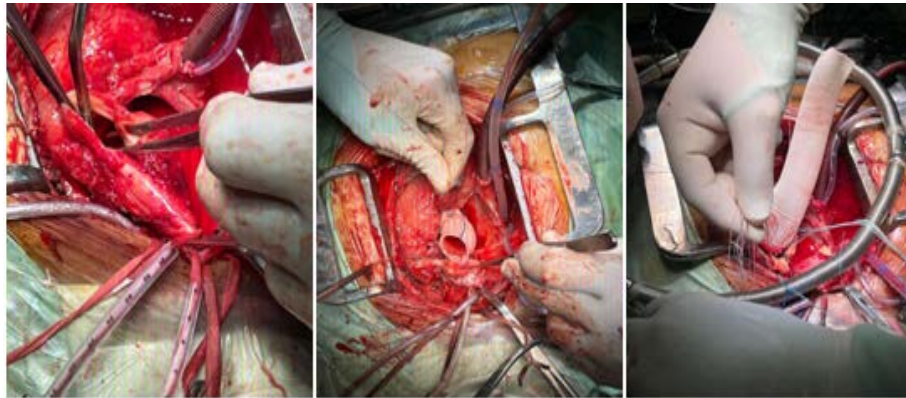


Fig. 2. Cirugía correctiva de reemplazo de la aorta ascendente.

Discusión

Este caso ilustra una presentación de disección aórtica tipo A, con hallazgos similares a los reportados por Dávila Castro y Lemus Galván,⁽²⁾ quienes también destacan la hipertensión arterial mal controlada como factor de riesgo predominante. Al igual que en el caso de Izaguirre Campillo et al.,⁽³⁾ el dolor torácico de características atípicas y la irradiación abdominal pueden dificultar el diagnóstico inicial, sin embargo, a diferencia del caso de Arias et al.,⁽⁵⁾ en el que el síntoma principal fue la cefalea súbita, la paciente del presente caso, mostró dolor torácico como manifestación central.

La ausencia de tomografía computarizada representó una limitación en la evaluación anatómica completa, aunque el ecocardiograma fue suficiente para confirmar el diagnóstico y activar el protocolo quirúrgico, tal y como lo recomienda la literatura.^(1,6)

El manejo médico inicial con labetalol y morfina fue efectivo y consistente con las guías actuales. La paciente, al ser mujer y menor de la edad media reportada, refuerza lo observado por Muñiz Espinosa y Pérez Linares,⁽⁷⁾ quienes señalan que la enfermedad puede presentarse en poblaciones más jóvenes con factores de riesgo significativos. La cirugía urgente, como la realizada en los casos de Morante Perea et al.,⁽⁸⁾ y Claire Guzmán et al.,⁽⁶⁾ sigue siendo el pilar del tratamiento para modificar el pronóstico fatal de esta entidad.

Este caso aporta novedad científica al evidenciar que, incluso sin la tomografía computarizada, el diagnóstico certero y el tratamiento exitoso son posibles mediante la sospecha clínica ante dolor torácico atípico que puede dificultar el diagnóstico,^(1,3) y en una mujer hipertensa relativamente joven, que encuentra similitud y difiere a su vez de lo encontrado en la literatura científica, así como la integración de hallazgos al examen físico como asimetría de pulsos, el soplo y hallazgos ecocardiográficos.^(1-4,7) Su significación práctica radica en validar el ecocardiograma como herramienta suficiente para activar el protocolo quirúrgico urgente, pilar del tratamiento y único método para salvar la vida de estos pacientes.

Conclusiones

Este caso subraya la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica ante dolor torácico atípico en pacientes hipertensos, incluso en mujeres jóvenes. El examen físico minucioso y el uso del ecocardiograma son esenciales para un diagnóstico temprano. La intervención quirúrgica urgente constituye el único tratamiento curativo y debe ser implementada sin demora para mejorar la supervivencia.

Referencias bibliográficas

1. Arias Rodríguez FD, Armijos Quintero DA, Osejos Moreira WD, Godoy Terán PA, Páez Pirez LN, Tenorio Gualpa EP, et al. Diagnóstico y tratamiento de disección aórtica. Revisión bibliográfica. *Angiología* [Internet]. 2023 [citado 06/11/2025]; 75(4): 228-41. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/angiologia/v75n4/0003-3170-angiologia-75-04-228.pdf>
2. Dávila Castro JJ, Lemus Galván DN. Disección aórtica: ¿Un reto para la medicina de urgencias? A propósito de un caso. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2024 [citado 07/11/2025];



62(4): e5488. Disponible en:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12367280/pdf/04435117-62-4-e5488.pdf>

3. Izaguirre Campillo YL, Hernández Cardoso M, Wong Pitty LA. Disección aórtica tipo A de Stanford, y muerte súbita por fibrilación ventricular. Informe de caso. Mediciego [Internet]. 2025 [citado 06/11/2025]; 31: e4180. Disponible en:

<https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/4180/4562>

4. Vaca Núñez A, Vaca Núñez C, Vaca Pazmiño C. Disección aortica aguda tipo A, presentación clínica inusual en una paciente con lupus eritematoso sistémico. Pro Sciences: Revista De Producción, Ciencias e Investigación [Internet]. 2024 [citado 08/11/2025]; 8(55): 118–31. Disponible en: <https://journalprosciences.com/index.php/ps/article/view/762/825>

5. Arias AA, Londoño DT, Cardozo A. Cefalea en la disección aórtica, a propósito de un caso clínico. Medicina U.P.B [Internet]. 2021 [citado 04/11/2025]; 40(2): 84-7. Disponible en <https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/7343/6688>

6. Claire Guzmán SR, Hernández Rendón E, Riera Kinkel C, Jimenez Espinoza RD, Ramirez Castañeda A, Izunza Saldaña S. Disección de aorta Stanford A, con insuficiencia aórtica severa por válvula aórtica bicúspide. Reporte de un caso. Cir Card Mex [Internet]. 2017 [citado 04/11/2025]; 2(1): 32-4. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circard/mcc-2017/mcc171g.pdf>

7. Muñiz Espinosa SM, Pérez Linares K. Disección aórtica a propósito de un caso. EsTuSalud [Internet]. 2022 [citado 07/11/2025]; 4(2): e210. Disponible en <https://revestusalud.sld.cu/index.php/estusalud/article/view/210/136>

8. Morante Perea C, Cantón Rubio T, Hernando Romero LM, Buendía Miñano JA, Moreu Burgos J, Rodríguez Padial L. Hipoperfusión coronaria en la disección aórtica aguda tipo A. REC Interv Cardiol [Internet]. 2023 [citado 06/11/2025]; 5(4): 306-7. Disponible en <https://scielo.isciii.es/pdf/recic/v5n4/2604-7306-recic-5-4-306.pdf>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de autoría

Conceptualización, curación de datos, análisis formal, supervisión y validación: Leandro Adrián Berro Rosales.

Investigación, visualización, redacción y borrador original: Leandro Adrián Berro Rosales, José Grabiél Correa Rodríguez, Manuel de Jesús Mesa Quesada.

Metodología, redacción, revisión y edición: Leandro Adrián Berro Rosales, José Grabiél Correa Rodríguez.