

Aortitis como imitador de síndrome aórtico agudo. Reporte de caso

Uxue Millet Oyarzabal¹ 
Ane Elorriaga Madariaga² 
Udane Oiartzabal Elorriaga³ 
Ainhoa Echenique Clerigué¹ 
Abel Andrés Morist³ 

Amaya Arregui López³ 
Paula Mendoza Cuartero³ 
Iñigo Pereiro Lili³ 
Jesús Roberto Sáez Moreno³ 

Correspondencia

Uxue Millet Oyarzabal
Uxue.millet@osakidetza.eus

¹Unidad coronaria. Servicio de Cardiología. Osakidetza. Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, Bizkaia, España

²Unidad coronaria. Servicio de Cardiología. Instituto de investigación Biobizkaia. Osakidetza, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, Bizkaia, España

³Departamento de Radiología, Sección de imagen torácica. Osakidetza, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, Bizkaia, España.

Recibido: 08/06/2026

Aceptado: 10/07/2026

Publicado: 31/08/2026

Citar como: Millet Oyarzabal U, Elorriaga Madariaga A, Oiartzabal Elorriaga U, Echenique Clerigué A, Andrés Morist A, Arregui López A, Mendoza Cuartero P, Pereiro Lili I, Sáez Moreno JR. Aortitis como imitador de síndrome aórtico agudo. Rev Ecocardiogr Pract Otras Tec Imag Card (RETIC). 2026 Ago; 9 (2): 48-51. doi: <https://doi.org/10.37615/retic.v9n2a10>.

Cite this as: Millet Oyarzabal U, Elorriaga Madariaga A, Oiartzabal Elorriaga U, Echenique Clerigué A, Andrés Morist A, Arregui López A, Mendoza Cuartero P, Pereiro Lili I, Sáez Moreno JR. Aortitis mimicking acute aortic syndrome. Case report. Rev Ecocardiogr Pract Otras Tec Imag Card (RETIC). 2026 Aug; 9 (2): 48-51. doi: <https://doi.org/10.37615/retic.v9n2a10>.

Palabras clave

- Aortitis.
- Síndrome aórtico agudo (SAA).
- Tomografía computarizada (TC).
- Imagen multimodal.

Keywords

- Aortitis.
- Acute Aortic Syndrome (AAS).
- Computed Tomography (CT).
- Multimodal Imaging.

RESUMEN

La presentación clínica de la aortitis es muy variable, desde el dolor torácico hasta el aneurisma aórtico asintomático detectado como hallazgo casual. En ocasiones puede simular un síndrome aórtico agudo (SAA). Dado que el abordaje terapéutico es muy diferente, el diagnóstico diferencial tiene gran relevancia. Presentamos el caso de un paciente con aortitis crónica en el que se procedió a una cirugía de reemplazo aórtico por sospecha de hematoma intramural aórtico (HIA), que es un buen ejemplo que ilustra la utilidad de las técnicas de imagen multimodal en casos dudosos.

ABSTRACT

The clinical presentation of aortitis is highly variable, ranging from chest pain to an asymptomatic aortic aneurysm detected incidentally. It can sometimes mimic acute aortic syndrome (AAS). Given that the therapeutic approach is very different, the differential diagnosis is of great importance. We present the case of a patient with chronic aortitis who underwent aortic replacement surgery due to suspected aortic intramural haematoma (AIH), which serves as a good example illustrating the usefulness of multimodal imaging techniques in uncertain cases.

Introducción

La aortitis es una patología infrecuente. Su diagnóstico exige un alto índice de sospecha, que debe estar presente ante el hallazgo incidental de engrosamiento de la pared aórtica, especialmente en pacientes con enfermedades autoinmunes. La correlación de los hallazgos clínicos y analíticos con las técnicas de imagen multimodal permite optimizar la estrategia terapéutica y planificar la intervención quirúrgica cuando esté indicada. Este caso subraya la importancia del diagnóstico diferencial entre el HIA y la aortitis.

Información clínica del paciente

Se presenta el caso de un varón de 49 años, fumador, dislipémico, hipertenso y obeso. Tenía el antecedente de una poliartritis seronegativa en tratamiento con adalimumab, que estaba bien controlada en los últimos años. Fue remitido para

valoración a la consulta de Cardiología por antecedentes de cardiopatía isquémica precoz en la familia. Debido a la alta carga de factores de riesgo cardiovascular, se solicitó una angiotomografía computarizada (angio-TC) de arterias coronarias.

Hallazgos clínicos relevantes

Se realizó de forma ambulatoria la TC cardíaca, que mostró que las arterias coronarias no tenían lesiones significativas. De forma incidental se aprecia una imagen de engrosamiento circunferencial de la pared en la raíz aórtica, sugestiva de hematoma intramural (**Figuras 1 y 2**) que rodeaba ambos senos coronarios sin comprometer el flujo de las arterias coronarias (**Figura 3**). Además, existía un mínimo derrame pericárdico que no presentaba características sugestivas de contenido hemático. Ante este hallazgo se amplió el estudio al resto de la aorta, que mostró una aorta torácica y abdominopélvica de calibre normal, con una leve ateromatosis en la porción abdominal y en la bifurcación ilíaca.



Figura 1. TC cardíaca. Imágenes axiales. **A:** sin contraste intravenoso. **B:** con contraste intravenoso en fase arterial. **C:** con contraste intravenoso en fase venosa. Se aprecia un engrosamiento de la pared aórtica levemente hiperdenso en la fase sin contraste (*flecha roja*) e hipodenso en la fase arterial y la fase venosa tardía (*flechas azules*), sugestivo de hematoma intramural.

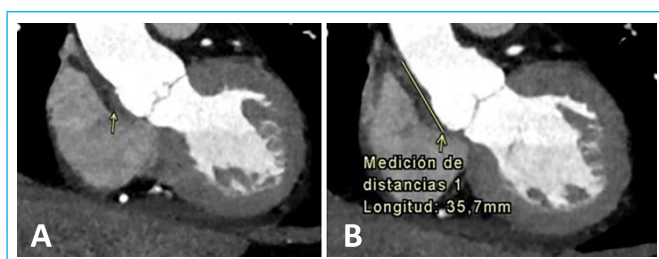


Figura 2. TC cardíaca. Imágenes coronales en fase arterial. **A:** se identifica un halo hipodenso rodeando la raíz aórtica desde el plano sinusal hasta el origen de la aorta torácica ascendente (*flechas amarillas*), de unos 36 mm de longitud. **B:** el mismo halo de unos 7 mm de espesor.

A pesar de que en las imágenes obtenidas no se objetivaba una fuga de contraste en la pared aórtica que sugiriera HIA, el hecho de que se tratase de una afectación muy circunscrita a la raíz de la aorta (algo poco habitual en las aortitis), junto con la ausencia de afectación de otros territorios vasculares, hizo que no pudiera descartarse con seguridad el hematoma y obligó a intervenir al paciente para garantizar su seguridad. Antes de la intervención se realizó un ecocardiograma que mostró una función biventricular conservada y una válvula aórtica trivalva sin alteraciones funcionales.

Como comparación de los patrones de imagen presentamos un caso de hematoma intramural aórtico (**Figura 4**) y otro con una vasculitis sistémica (**Figura 5**).

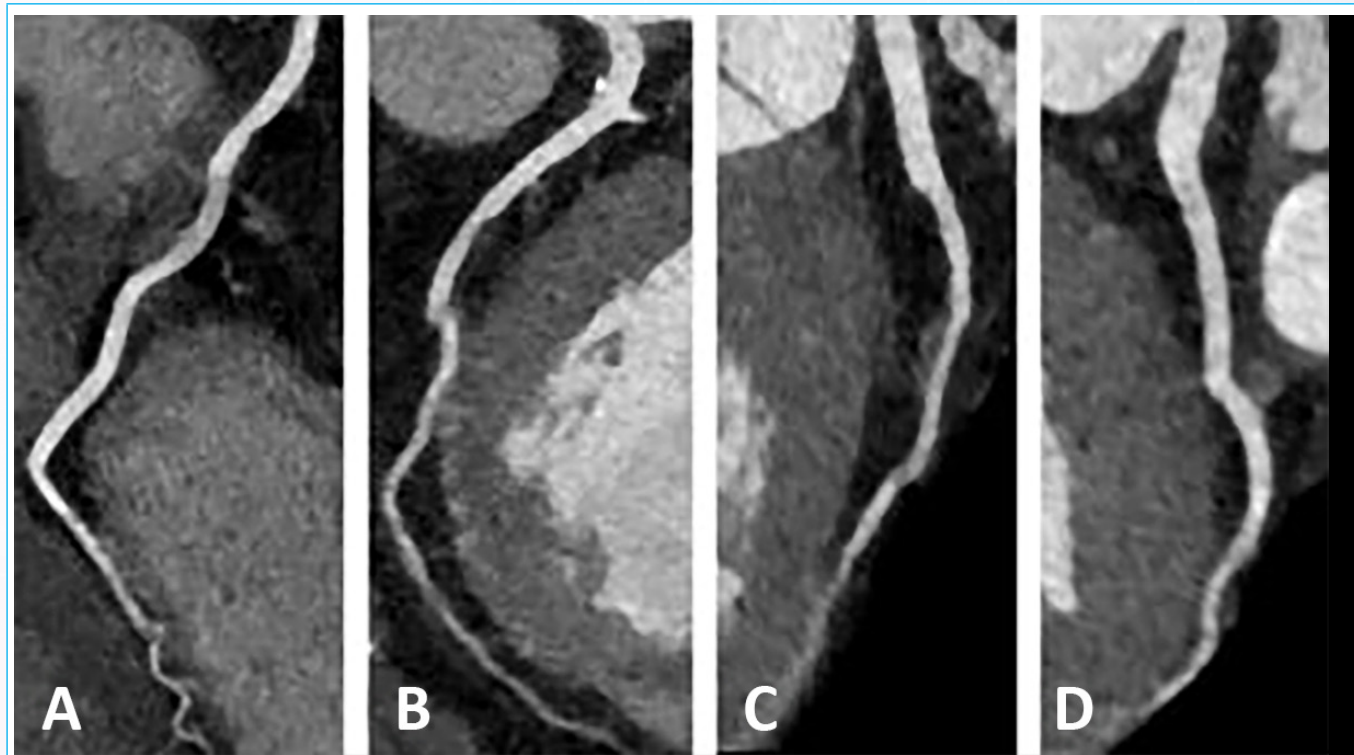


Figura 3. TC cardíaca. Estudio de coronarias. El estudio muestra un árbol coronario sin lesiones significativas. **A:** coronaria derecha. **B:** descendente anterior. **C:** primera rama diagonal. **D:** arteria circunfleja. El engrosamiento de la pared de la aorta rodea el origen de la coronaria derecha y el tronco común izquierdo, sin causar compresión extrínseca ni compromiso luminal.

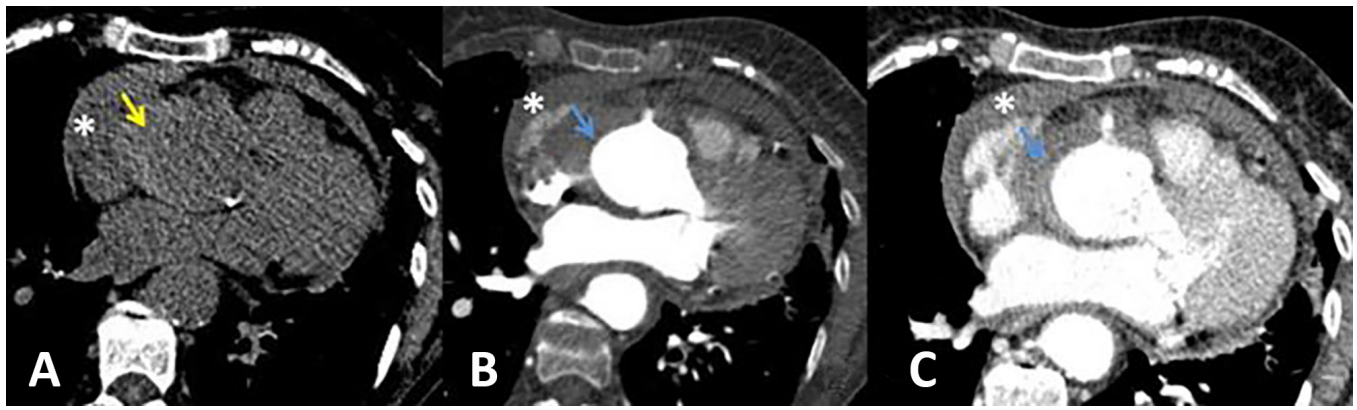


Figura 4. Hematoma intramural aórtico (HIA). Estudio trifásico de TC con sincronización cardíaca. Imágenes axiales. **A:** sin contraste intravenoso. **B:** con contraste intravenoso en fase arterial. **C:** con contraste intravenoso en fase venosa. Imagen hiperdensa semilunar rodeando la raíz aórtica (flecha amarilla) en la fase sin contraste, hipodensa en las fases con contraste, en conjunto sugestivo de HIA (flechas azules). Se visualiza afectación del ostium de la arteria coronaria derecha y moderada cantidad de derrame pericárdico hiperdenso compatible con hemopericardio.

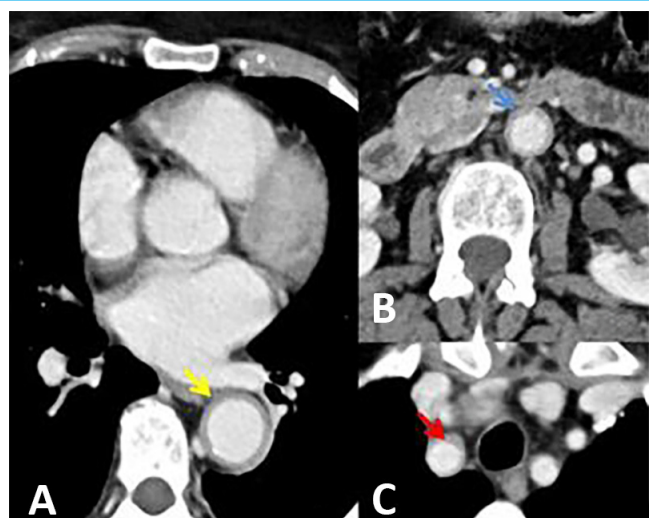


Figura 5. Vasculitis sistémica con afectación de la aorta. Estudio de TC con contraste intravenoso en fase únicamente venosa, proyecciones axiales. Halo hipodenso circunferencial rodeando la aorta torácica descendente (flecha amarilla), aorta abdominal infrarrenal (flecha azul) y el origen de la arteria subclavia derecha compatible con arteritis (flecha roja).

Evolución clínica

Se realizó cirugía de reemplazo de la aorta con un conducto valvulado con prótesis mecánica. En la cirugía se observó una pared aórtica engrosada de aspecto crónico. Dado que los hallazgos quirúrgicos no sugerían un hematoma

agudo ni subagudo, se practicó una biopsia de la pared de la raíz aórtica que mostró cambios inflamatorios crónicos con agregados linfoides, sin evidencia de hematoma. No se encontraron macrófagos ni lesiones granulomatosas en la muestra, por lo que se descartaron arteritis de Takayasu y de células gigantes. La cantidad de células plasmáticas IgG4+ aisladas en la muestra tampoco fue diagnóstica para aortitis asociada a IgG4, y la determinación de marcadores inflamatorios en sangre no mostró alteraciones significativas. Se concluyó, por tanto, que se trataba de una probable aortitis crónica de origen autoinmune en relación con su enfermedad reumatológica de base.

Discusión

La aortitis constituye un desafío diagnóstico debido a su amplia heterogeneidad clínica, que puede variar desde hallazgos incidentales de aneurisma aórtico hasta presentaciones agudas que simulan un síndrome aórtico agudo (SAA)¹. Habitualmente se enmarca dentro del espectro de las vasculitis sistémicas, caracterizándose por la afectación de múltiples territorios arteriales además de la aorta. Su etiología es predominantemente inflamatoria, si bien en determinados casos puede tener un origen infeccioso. El diagnóstico diferencial entre hematoma intramural y aortitis crónica puede ser complejo. Ambas entidades pueden manifestarse como engrosamiento mural y halo hipodenso en la TC y en ocasiones la apariencia radiológica puede ser muy similar, sin permitir una diferenciación concluyente entre ambas entidades. En este contexto, pueden resultar de utilidad otros hallazgos que orienten el diagnóstico, como la presencia de derrame pericárdico hemático en el caso de HIA o la afectación de otros territorios vasculares en el caso de la aortitis. No obstante, estos signos radiológicos no siempre se encuentran presentes, tal y como se muestra en el presente caso.

	Aortitis en fase inflamatoria aguda	Aortitis en fase de inflamación crónica	Hematoma intramural aórtico (HIA)
Engrosamiento de la pared aórtica	Circular	Circular	Circular, semicircular o semilunar
Realce homogéneo de la pared tras la administración de contraste	+	-	-
Acumulación de contraste en la pared aórtica (lesiones tipo úlcera)	-	-	+/- (cuando cursa con disrupción intimal)
PET-FDG/PET-TC	Captación alta (en fase inflamatoria)	Captación baja o nula	Captación baja o nula
Otros hallazgos radiológicos	Afectación multivaso	Afectación multivaso	Derrame pericárdico compatible con hemopericardio

Tabla 1. Hallazgos radiológicos para el diagnóstico diferencial por angio-TC entre la aortitis y el hematoma aórtico intramural (HAI)

La diferenciación precisa tiene implicaciones terapéuticas relevantes. Mientras que el hematoma intramural puede requerir intervención urgente según su extensión y riesgo de complicaciones, la cirugía en la aortitis activa debe posponerse hasta la remisión de la inflamación para minimizar complicaciones perioperatorias y mejorar la durabilidad del reemplazo aórtico. En casos en los que la presentación clínica plantee la duda entre ambas entidades y la situación hemodinámica del paciente no requiera actuación urgente las técnicas de imagen multimodal, incluyendo resonancia magnética con secuencias T2/STIR y PET-TC con 18F-FDG, adquieren gran relevancia (Tabla 1). Ambas técnicas permiten evaluar la actividad inflamatoria, el edema de la pared y la extensión de la enfermedad, ofreciendo información crucial para el diagnóstico en este escenario.

Conclusión

El caso presentado enfatiza el valor del enfoque multimodal en la evaluación de aortitis, particularmente para diferenciarla del hematoma intramural. La integración de modalidades de imagen complementarias, junto con la presentación clínica y la alta sospecha diagnóstica son esenciales para una toma de decisiones segura y efectiva, impactando directamente en la indicación, el momento de la cirugía y el pronóstico del paciente.

Ideas para recordar

- La aortitis puede ser asintomática, presentarse como aneurisma aórtico incidental o simular un síndrome aórtico agudo (SAA), lo que hace que el diagnóstico sea desafiante.
- Diferenciar aortitis de hematoma intramural puede resultar difícil mediante TC, ya que ambos pueden mostrar engrosamiento mural hipodenso tras la administración de contraste.
- La resonancia magnética con secuencias T2/STIR y PET-TC con 18F-FDG ayudan a evaluar actividad inflamatoria, edema de la pared y extensión de la enfermedad, siendo clave para decisiones diagnósticas y terapéuticas.
- Tampoco debemos olvidar la importancia del contexto clínico que en muchas ocasiones es clave para realizar el diagnóstico diferencial.
- Mientras que un hematoma intramural puede requerir cirugía urgente, la cirugía en la aortitis activa debe posponerse hasta la remisión de la inflamación para reducir complicaciones y mejorar los resultados posoperatorios.

Declaración CARE

Este reporte de caso se elaboró de acuerdo con las CARE Case Report Guidelines.

Consentimiento informado

Los autores confirman que se obtuvo consentimiento informado para la publicación del caso, incluidas las imágenes y el texto asociado, de conformidad con las directrices del COPE y que se garantizó la anonimización de la información clínica. Cuando esto no haya sido posible, se aplicará una anonimización estricta y el comité editorial comprobará que el riesgo de identificación sea mínimo antes de considerar la publicación.

Fuente de financiación

Los autores declaran que no existió ningún tipo de financiación.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no tienen relaciones de interés comercial o personal dentro del marco de la investigación que condujo a la producción del reporte de caso.

Bibliografía

1. Kadian-Dodov D, Seo P, Robson P, et al. Inflammatory diseases of the aorta: JACC Focus Seminar, Part 2. J Am CollCardiol. 2022;80(8):832-844. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2022.05.046>
2. Villa-Forte A, Mandell BF. Trastornos cardiovasculares y enfermedad reumática. RevEspCardiol. 2011. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.05.009>
3. Casas J, Corneli M, Perea G. Abordaje multimodalidad para la toma de decisiones en la patología aórtica inflamatoria. Rev EcocardiogrPractOtras Tec ImagCardiol (RETIC). 2020;3(3):16-18. <https://doi.org/10.37615/retic.v3n3a8>