




Disección aórtica aguda tipo A en puerperio inmediato tras cesárea


Acute type A aortic dissection in the immediate postpartum period following cesarean section

Manuel González Gómez¹ , Adriana Carolina Pérez¹ , Julio César Apodaca Guex² 

¹ Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Ciencias Médicas. Asunción, Paraguay

² Sanatorio Británico. Servicio de terapia intensiva. Asunción, Paraguay

Editor responsable: Raúl Real. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay. 

Revisor: José Rodrigo Rigoni Riveros. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Hospital Materno Infantil San Pablo. Asunción, Paraguay. 

RESUMEN

La disección aórtica en el embarazo y puerperio es una entidad infrecuente, pero potencialmente letal. Se presenta el caso de una paciente de 42 años, sometida a cesárea segmentaria programada con adhesiolisis pélvica, que tres días después consultó por dolor torácico opresivo súbito asociado a parestesias en miembro inferior derecho. Inicialmente se sospechó tromboembolismo pulmonar, pero los estudios confirmaron disección aórtica aguda tipo A con persistencia de conducto arterioso. Se realizó cirugía cardiovascular urgente con reemplazo de aorta ascendente mediante prótesis de dacrón, valvuloplastia aórtica y ligadura del ductus. La evolución postoperatoria fue favorable, con estabilidad clínica y egreso de cuidados intensivos a los cuatro días.

Este caso resalta la necesidad de considerar la disección aórtica en mujeres en puerperio con dolor torácico, aún sin antecedentes, y la importancia del diagnóstico precoz y el abordaje multidisciplinario.

Palabras claves: disección aórtica, puerperio, cesárea.


Artículo recibido: 10 diciembre 2025 *Artículo aceptado:* 17 febrero 2026

Autor correspondiente:

Manuel González Gómez

Correo electrónico: manugonzago92@gmail.com

Dictamen: https://revistacardiologia.org.py/dictamenes/2026/31_26_dictamen.pdf

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

Cómo referenciar este artículo: González Gómez M, Pérez AC, Apodaca Guex JC. Disección aórtica aguda tipo A en puerperio inmediato tras cesárea. Rev. Parag. Card. 2026; 03 (1): e03126401

ABSTRACT

Aortic dissection during pregnancy and the postpartum period is a rare but potentially lethal condition. We present the case of a 42-year-old patient who underwent a scheduled segmental cesarean section with pelvic adhesiolysis and who, three days later, consulted for sudden oppressive chest pain associated with paresthesia in her right lower limb. Pulmonary thromboembolism was initially suspected, but tests confirmed acute type A aortic dissection with patent ductus arteriosus. Emergency cardiovascular surgery was performed with replacement of the ascending aorta with a Dacron prosthesis, aortic valvuloplasty, and ligation of the ductus. The postoperative course was favorable, with clinical stability and discharge from intensive care after four days.

This case highlights the need to consider aortic dissection in women in the postpartum period with chest pain, even without a history of it, and the importance of early diagnosis and a multidisciplinary approach.

Keywords: aortic dissection, postpartum period, cesarean section.

INTRODUCCIÓN

La disección aórtica (DA) asociada al embarazo y puerperio constituye una complicación rara (0,0004% de los embarazos), pero con alta morbimortalidad materna y fetal⁽¹⁻³⁾. La mayoría de los eventos ocurren en el tercer trimestre o durante el puerperio inmediato^(4,5). Los factores de riesgo incluyen síndromes genéticos (Marfan, Loeys–Dietz, Ehlers–Danlos), hipertensión arterial crónica o gestacional, y diámetro aórtico aumentado^(6,7). Sin embargo, la DA también puede presentarse en mujeres sin antecedentes, lo que dificulta el diagnóstico clínico⁽⁸⁾. Presentamos un caso de disección aórtica tipo A en una paciente puerpera inmediata.

REPORTE DEL CASO

Mujer de 42 años, casada, con antecedente obstétrico de una cesárea previa y un parto vaginal complicado con hemorragia posparto secundaria a atonía uterina. cursaba una gestación de término de 38 semanas y 5 días, con presentación pélvica, por lo que fue sometida a cesárea segmentaria programada bajo anestesia raquídea. Durante el procedimiento quirúrgico se constató síndrome adherencial pélvico, realizándose adhesiolisis, sin otras complicaciones intraoperatorias. Se obtuvo un recién nacido de término, de sexo femenino, con APGAR 8/9. La paciente contaba con control prenatal adecuado, sin antecedentes de hipertensión arterial crónica, trastornos del tejido conectivo ni otras patologías médicas previas. No se documentaron complicaciones cardiovasculares durante el embarazo. Al tercer día del puerperio inmediato, la paciente consultó al servicio de urgencias por dolor torácico opresivo de inicio súbito, de gran intensidad, sin irradiación, asociado a parestesias intensas en el miembro inferior derecho. No refirió disnea, síncope ni dolor epigástrico.

Al ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, con presión arterial de 107/84 mmHg, frecuencia cardíaca de 70 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno de 95% al aire ambiente y temperatura axilar de 36 °C. Glasgow 15/15, sin focalización neurológica. Al examen físico se constató palidez de piel y mucosas, murmullo vesicular conservado bilateralmente, sin ruidos agregados, y ruidos cardíacos rítmicos sin soplos audibles. El abdomen era blando, depresible, no doloroso, con herida quirúrgica de cesárea sin signos inflamatorios.

El diagnóstico diferencial inicial fue tromboembolismo pulmonar. Sin embargo, estudios de imagen confirmaron diseccción aórtica aguda tipo A con persistencia del conducto arterioso por ecocardiografía (Figura 1) y angiotomografía de tórax (Figuras 2 y 3).

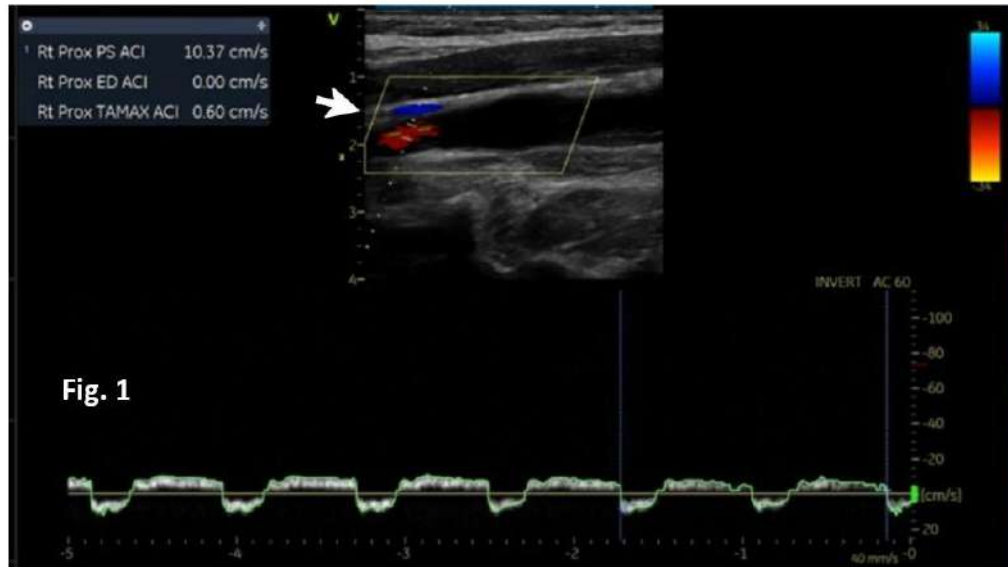


Figura 1. Ecocardiografía Doppler con hallazgos sugestivos de diseccción arterial. Imagen de ecocardiografía con Doppler color y espectral que muestra una luz vascular con alteración del flujo, evidenciando separación de capas de la pared (doble lumen: flecha blanca) y patrones de flujo anómalos. Estos hallazgos son compatibles con diseccción.

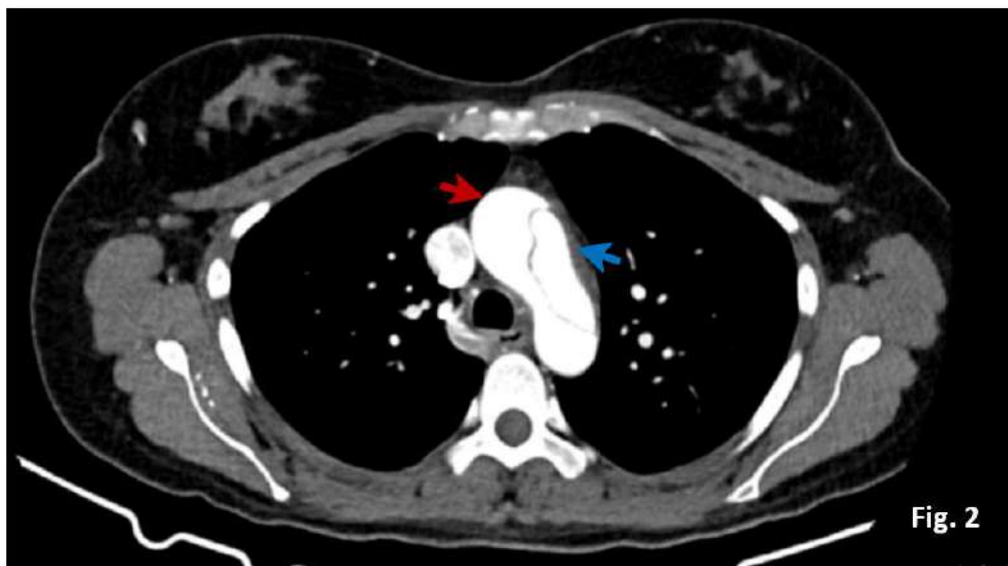


Figura 2. Angiotomografía computarizada de tórax con corte axial con hallazgos compatibles con diseccción aórtica. Imagen axial de tomografía computarizada de tórax con contraste intravenoso en fase arterial. Se identifica diseccción de la aorta torácica, caracterizada por la presencia de una lámina intimal definida que divide el lumen aórtico en luz verdadera (flecha roja) y luz falsa (flecha azul).



Figura 3. Angiotomografía computarizada de tórax con corte sagital con hallazgos compatibles con discción aórtica. Imagen axial de tomografía computarizada de tórax con contraste intravenoso en fase arterial. Se identifica discción de la aorta torácica, caracterizada por la presencia de una lámina intimal definida que divide el lumen aórtico en luz verdadera (flecha roja) y luz falsa (flecha azul).

Ante estos hallazgos, se indicó cirugía cardiovascular de urgencia, realizándose reemplazo de la aorta ascendente con prótesis de dacrón, asociado a valvuloplastia aórtica y ligadura del ductus arterioso. El postoperatorio cursó en unidad de terapia intensiva con ventilación mecánica transitoria, monitoreo hemodinámico y antibioticoterapia. La paciente evolucionó favorablemente, con retiro progresivo de drenajes, tolerancia a vía oral y estabilidad clínica, permitiendo su egreso de terapia tras cuatro días.

DISCUSIÓN

La DA tipo A es una de las emergencias cardiovasculares más letales en el contexto obstétrico. Aunque clásicamente asociada a síndromes genéticos y aortopatías previas, puede aparecer en pacientes sin antecedentes relevantes, como en este caso. El puerperio inmediato constituye un periodo de especial vulnerabilidad debido a los cambios hemodinámicos y hormonales acumulados durante el embarazo ^(3,8).

El diagnóstico clínico es desafiante por la similitud con otras emergencias obstétricas como tromboembolismo pulmonar o síndrome coronario agudo ^(2,5). La demora diagnóstica incrementa la mortalidad materna hasta 50% en las primeras 48 horas ⁽⁶⁾.

El tratamiento depende del tipo de DA: en el tipo A se indica cirugía urgente, mientras que el tipo B puede manejarse de forma médica o endovascular ^(2,7). En este caso, la cirugía con prótesis de dacrón y valvuloplastia permitió la sobrevivencia materna sin complicaciones.

En conclusión, ante la presencia de dolor torácico agudo en el puerperio, debe considerarse siempre la posibilidad de una discción aórtica, independientemente de la existencia de factores de riesgo previos.

Los cambios hemodinámicos y fisiológicos propios del embarazo y del puerperio pueden actuar como desencadenantes de esta entidad. En este contexto, el diagnóstico precoz y la intervención quirúrgica urgente resultan determinantes para la sobrevida materna.

Conflictos de interés

No existen conflictos de interés.

Contribución de los autores

El autor declara haber recolectado los datos y redactado el manuscrito.

Financiamiento

Autofinanciado.

Revisión por pares

Este artículo fue evaluado mediante proceso de revisión por pares a doble ciego, acorde a las políticas de transparencia editorial de la revista. Los revisores autorizaron que sus nombres y dictámenes fueran publicados. Las observaciones y comentarios emitidos por los revisores fueron considerados por los autores, quienes aplicaron las modificaciones necesarias a la versión final publicada. Los dictámenes de los revisores pueden consultarse en el siguiente enlace:

https://revistacardiologia.org.py/dictamenes/2026/31_26_dictamen.pdf

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Russo M, Bohler-Tatman M, Albright C, David C, Kennedy L, Roberts AW, et al. Aortic dissection in pregnancy and the postpartum period. *Semin Vasc Surg* [Internet]. 2022;35(1):60-68. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/j.semvascsurg.2022.02.010>
2. 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;75(4):228-241. Disponible en: <https://doi.org/10.20960/angiologia.00455>
3. Rajasekaran P, Gandhi P, Idhrees M, Velayudhan BV. Aortic complications in pregnancy: the less remembered chapter—a narrative review. *Explor Med* [Internet]. 2021;2:423-434. Disponible en: <https://doi.org/10.37349/emed.2021.00060>
4. Silvestri V, Mazzei G, Mele R. Postpartum aortic dissection. A case report and review of literature. *Int J Surg Case Rep* [Internet]. 2019;56:101-106. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2019.02.018>
5. Garcés Albir M, Molina Rodríguez JL, Adrianzen Vargas M, Calvete Chornet J. Isquemia mesentérica masiva por disección de aorta tipo A durante parto vaginal. *Cir Esp* [Internet]. 2011;89(7):468. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2010.03.019>
6. Martín CE, Evangelista A, Teixidó G, Villar S, Serrano-Fiz S, Ospina V et al. Eventos aórticos en el embarazo de pacientes con síndrome de Marfan. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2022;75(7):552-528. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.003>
7. Wang Y, Yin K, Datar Y, Mohnot J, Nodoushani AY, Zhan Y, et al. Aortic dissection during pregnancy and puerperium: contemporary incidence and outcomes in the United States. *J Am Heart Assoc* [Internet]. 2023;12:e028436. Disponible en: <https://doi.org/10.1161/JAHA.122.028436>
8. Kinney-Ham L, Nguyen HB, Steele R, Walters EL. Acute aortic dissection in third trimester pregnancy without risk factors. *West J Emerg Med* [Internet]. 2011;12(4):571-574. Disponible en: <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.5.2257>