

Caso Clínico

Aneurisma aórtico abdominal con rotura contenida.

María Belén López Sabater, María José del Castillo Martínez, Almudena Garrido Vicente.

Centro de Salud de Meco

Varón de 82 años que tiene como antecedentes personales diabetes mellitus tipo 2 tratada con metformina, insuficiencia venosa crónica, hipertensión arterial y tabaquismo. Acude a la consulta por presentar episodios autolimitados de diarrea de largo tiempo de evolución sin sintomatología dolorosa. En la exploración física el paciente presenta buen aspecto y hábito asténico. Destaca en la palpación abdominal una masa de consistencia elástica aumentada de aproximadamente 10 cm de diámetro en mesogastrio indolora, bien delimitada y no pulsátil. Está hemodinámicamente estable. El paciente asegura que ese "bulto" lo tiene desde hace mucho tiempo sin poder precisar y "que viene y se va". Se suspende la metformina pensando en que pueda ser la causa de los síntomas que presenta y se cita a los 4 días para realizar ecografía y ver evolución. En la cita de revisión el paciente asegura el cese por completo de las molestias, así como la desaparición del bulto, sin embargo la exploración abdominal sigue siendo la misma. En la ecografía se objetiva a nivel de aorta abdominal infrarrenal una dilatación con un diámetro máximo en corte transversal de 5.8 x 5.0 cm (T x AP), con una imagen algo más ecogénica en su interior, circunferencial pero algo excéntrica, que corresponde a un trombo mural. (Figura 1 y 2)

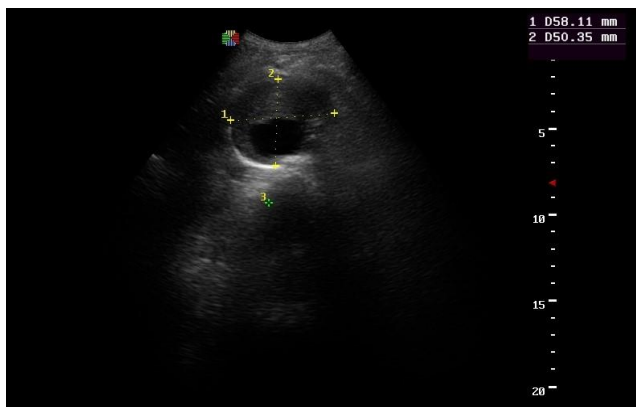


Figura 1.

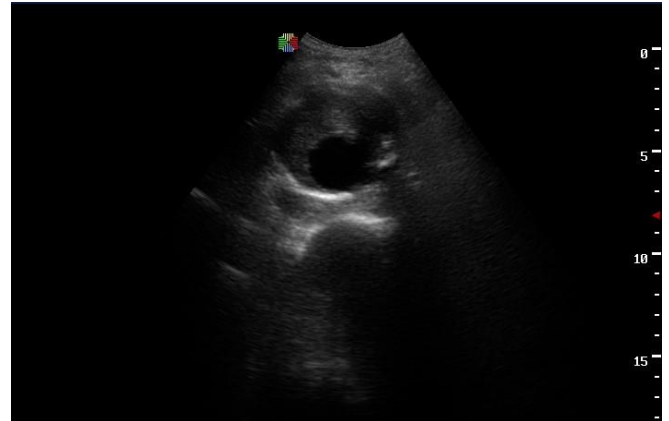


Figura 2.

Se deriva al servicio de Urgencias de nuestro hospital de referencia. En la angio-tomografía axial computarizada (angio-TC) se aprecia aneurisma fusiforme aórtico infrarrenal con trombo mural con componente excéntrico que extiende hasta la bifurcación ilíaca, con diámetros máximos de 5.0 x 8 x 5.8 cm (AP x CC x T). En la vertiente anterolateral izquierda se aprecia una solución de continuidad de 6 mm, con saculación de 11 x 12 mm, todo ello sugestivo de rotura contenida. (Figura 3).



Figura 3.

Se indica cirugía urgente, realizándose endoaneurismorrafia y by pass aorto-bi-iliaco con prótesis. El postoperatorio es favorable. Actualmente, al año de la intervención el paciente permanece estable y sin complicaciones

COMENTARIO

Los aneurismas de aorta abdominal (AAA) es una patología potencialmente mortal más prevalente en varones que en mujeres, afectando a un 8 % de los hombres mayores de 65 años. Su incidencia va en aumento probablemente por el envejecimiento de la población. La causa más frecuente de los aneurismas de aorta es arteriosclerótica. La mayoría de los AAA son aneurismas verdaderos, esto es, involucran a las tres capas de la pared (íntima, media y adventicia), suelen tener morfología fusiforme y se localizan preferentemente a nivel infrarrenal.

En cuanto a la presentación clínica del AAA:

1.- Sintomáticos: Cuando el aneurisma aumenta de tamaño. Pueden ser de 2 tipos:

- Síntomas compresivos sobre estructuras vecinas: molestias digestivas, cólico nefrítico, lumbociatalgias...
- Síntomas sugerentes de rotura: dolor abdominal irradiado a la región lumbar, zona interescapular y/o escroto, shock hipovolémico...

Algunas roturas aórticas pueden estar contenidas en el retroperitoneo y se denominan roturas crónicas. La rotura contenida de un AAA es una eventualidad poco frecuente con una prevalencia de 1-3 % del total de los AAA intervenidos. En este caso se pueden presentar clínicamente como dolor abdominal o lumbar crónico con o sin irradiación a la extremidad inferior, con o síntomas sistémicos acompañantes (febrícula, leucocitosis, anemia, pérdida de peso o atrofia del músculo cuádriceps). Esta rotura suele ocurrir en la cara posterior de la aorta, donde la sangre es contenida por los cuerpos vertebrales, músculos psoas y fascias renales. Este hecho puede traducirse en la radiografía simple de columna lumbar en la pérdida de cortical en la parte anterior del cuerpo vertebral afectado.

2.- Asintomáticos: Representan más del 70 % de los casos y su diagnóstico casi siempre es debido a exploraciones generales realizadas con motivo de otras enfermedades.

La tendencia natural del AAA es al crecimiento continuo. La velocidad de progresión y la posibilidad de rotura dependen fundamentalmente del diámetro del mismo: a mayor tamaño, mayor velocidad de crecimiento y mayor probabilidad de rotura. Este hecho justifica el seguimiento periódico de los pacientes con AAA. Se recomienda fijar como dintel de alarma cualquier diámetro del AAA superior a los 5.5 cm o una velocidad de crecimiento mayor de 0.5 cm en 6 meses, ya que de superarse el riesgo de rotura es máximo. El riesgo de rotura de los AAA con diámetro inferior a 5 cm es de 1 a 2 % a los 5 años, mientras que el de aquellos con diámetro mayor a 5 cm alcanza 20 al 40 %.

Se recomienda la ecografía abdominal como método de diagnóstico inicial, cribado y vigilancia posterior de los AAA. El diagnóstico ecográfico del aneurisma queda establecido por un diámetro aórtico externo superior a 3 cm. Hoy en día, es recomendable la aplicación de un programa de cribado poblacional del AAA en varones entre 65 y 75 años para disminuir la mortalidad debida al aneurisma (Fuerza de recomendación: fuerte. Calidad

evidencia: alta. Basada en el sistema GRADE, Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

El protocolo de estudio ecográfico de la aorta debe incluir cortes longitudinales y transversales desde el diafragma hasta la bifurcación ilíaca con medida de la aorta proximal y distal y del diámetro anteroposterior (AP) mayor. Hay que valorar el área circundante para detectar cualquier anomalía, documentar la presencia de estenosis o placas y el análisis espectral de la aorta y cualquier área anormal. Si detectamos dilatación de la aorta mayor de 30 mm deberemos:

- Medir el diámetro AP en su dimensión mayor.
- Medida de la luz interna y externa.
- Determinación del nivel de la dilatación (proximal o distal)
- Valoración de las arterias renales e ilíacas para descartar su afectación.
- Utilizar el doppler color para comprobar la permeabilidad y la dirección del flujo, descartar la disección e identificar cualquier aneurisma.

En cuanto al seguimiento, la ecografía es el método de imagen de elección en los pacientes con AAA \geq 30 mm de diámetro. El intervalo de seguimiento del AAA estará en función de su diámetro máximo:

- Si está entre 30 y 39 mm, se recomienda seguimiento cada 2-3 años.
- Entre 40 y 49 mm, cada 1-2 años
- Mayor de 49 mm, cada 6-12 meses.

A todos los pacientes con AAA se les debe realizar un control estricto de los factores de riesgo vascular así como insistir y promover el abandono del tabaco.

Las complicaciones conocidas de los AAA son la rotura, trombosis, disección, embolia distal, infección y obstrucción e invasión de estructuras adyacentes.

El trombo mural es prevalente en los AAA de mayor tamaño y suele ser circunferencial pero excéntrico. Este trombo con frecuencia está poco adherido y es friable por lo que es una causa frecuente de émbolos distales. El volumen del trombo no influye en el riesgo de rotura.

La angio-TC se ha impuesto como técnica diagnóstica de elección para la decisión y planificación del tratamiento en pacientes con AAA.

La complicación más catastrófica es la rotura aórtica. Mientras la mortalidad de la cirugía programada de los AAA ha mejorado en gran medida pasando a ser menor del 5 %, la cirugía de la rotura de AAA sigue siendo del 30-50 % y no se ha modificado sensiblemente en las últimas décadas.

En ocasiones, se nos puede plantear el dilema de manejo del paciente que presenta un AAA de gran tamaño cuando la causa de los síntomas no está clara. En el caso de nuestro paciente, con sintomatología digestiva fluctuante y la presencia de un AAA de gran tamaño con la presencia de trombo mural optamos por la derivación al servicio de urgencias hospitalario donde se le realizó angio-TC que demostró la rotura contenida y con ello, la indicación de cirugía urgente.

BIBLIOGRAFIA

1. Lahoz, C, Esteban-Gracia C, Reinares-García L. et al. Recomendaciones de la guía para el diagnóstico y tratamiento del aneurisma de aorta abdominal. Clin Invest Arterioscl. 2015; 27 (3):159-165
2. Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW. Diagnóstico por ecografía. 3ª edición. Barcelona. Eselvier. Mosby 2006; pág 463-478
3. Hernandez Osma E, Admetller Castiglione M, Ruiz Casellas M, Martín Paredero V. Rev Clín Esp. 2007; 207(9):477-81
4. Zamorano JL, Mayordomo J, Evangelista A et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en enfermedades de la aorta. Rev Esp Cardiol 2000; 531-541