



La complejidad en la sintomatología de la rotura aneurismática abdominal

El documento fue publicado en la web www.portalesmedicos.com

*Eva Arana Alonso
M. Soledad Contín Pescacen
Natividad Berrade Goyena
Aurora Guillermo Ruberte
Eva Domínguez Galán
Natalia Lafuente Larraneta*

Presentamos un caso de rotura de aneurisma de aorta abdominal de un paciente varón de 63 años de edad. El paciente presentaba dolor abdominal punzante en región lumbar izquierda de inicio súbito e intensidad creciente. La sospecha diagnóstica fue de cólico ureteral. Consideramos importante informar este caso clínico por la frecuencia con que se le confunde con patologías renales o abdomen agudo, pese a la sintomatología característica que presenta, que en muchos casos lleva a un diagnóstico retrasado y posteriormente a la muerte.

CASO CLÍNICO:

- Anamnesis:

Varón de 63 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias hospitalarias por dolor moderado cólico izquierdo irradiado a hemiabdomen izquierdo y zona genital desde hace 48 horas. El día anterior fue valorado en consulta de atención primaria, donde se diagnosticó de lumbalgia y ha seguido desde entonces tratamiento con Diclofenaco 50 mg cada 8 horas con escasa mejoría.

- Exploración física y Pruebas complementarias:

Tensión arterial: 124/89. Temperatura: 36.4°. Auscultación cardiopulmonar: normal. Pulsos periféricos simétricos y presentes. Exploración abdominal normal. Puño percusión renal negativa.

Se solicita analítica de sangre y orina, radiografía de tórax y abdomen. Se administra ketoloraco endovenoso, quedando el paciente asintomático. Los resultados de la analítica de sangre y orina son anodinas. En la radiografía de tórax se objetiva un posible aneurisma de aorta.



- Diagnóstico diferencial:

Cólico renal. Abdomen agudo. Aneurisma abdominal. Disección aórtica. Rotura de aneurisma abdominal.

- Juicio clínico:

Se realiza ecografía abdominal en urgencias y se confirma la existencia de una rotura de aneurisma de aorta. Se solicita TAC abdominal urgente y se informa como rotura contenida en aorta abdominal.

Se deriva al paciente al servicio de Cirugía Vasculor siendo intervenido con éxito.



DISCUSIÓN:

Los trastornos de la aorta abdominal comprenden los aneurismas (puntos débiles en las paredes de la aorta que permiten la protrusión de parte de ésta), las roturas con la consiguiente hemorragia y la separación de las capas de la pared (disección). Los aneurismas de la aorta abdominal se definen como “la dilatación de más del 50% del diámetro normal de la aorta”. Bajo esta definición, y considerando que el diámetro normal es de 1,5 a 2,4 centímetros, puede realizarse el diagnóstico de un aneurisma cuando el diámetro transversal es igual 3 centímetros o mayor. Se considera aneurisma verdadero cuando afecta a las tres capas; cuando la íntima y media están rotas y la dilatación es a expensas sólo de la adventicia hablamos de pseudoaneurisma. Los aneurismas son protuberancias en forma de bolsa (saculares) o en forma de huso (fusiformes); siendo este último el más frecuente.

La localización más común es en el segmento infrarrenal, mientras que el segmento suprarrenal representa el 5% de los casos. Otras localizaciones, como la torácica, ilíaca o periférica, se presentan en 12%, 25% y 3,5%, respectivamente. Cualquiera de estas situaciones puede ser inmediatamente mortal, pero la mayoría necesita años para desarrollarse.

Los aneurismas aórticos son una consecuencia de la arterioesclerosis, que debilita la pared de la aorta hasta que la presión dentro de la arteria provoca la protrusión hacia fuera.

Los factores de riesgo para desarrollar un aneurisma son la hipertensión arterial, obesidad, sexo masculino, enfisema, hipercolesterolemia y el tabaquismo. Así mismo, los traumatismos, las enfermedades inflamatorias de la aorta, las enfermedades congénitas del tejido conectivo (como el Síndrome de Marfan) y la sífilis son trastornos que predisponen a la formación de aneurismas. Un aneurisma aórtico abdominal se puede presentar en cualquier persona, aunque se observa con más frecuencia en hombres mayores de 60 años con uno ó más factores de riesgo. La relación varón / mujer es de 4/1.

La rotura de aneurisma de aorta exige un diagnóstico precoz mediante el cual pueda llevarse a cabo un tratamiento quirúrgico precoz.

El aneurisma puede ser asintomático o producir una clínica de pulsación en el abdomen o dolor profundo y penetrante en la espalda. El dolor puede ser intenso y habitualmente es constante, aunque los cambios de posturales pueden proporcionar algún alivio.

En el síndrome aórtico agudo, el cuadro clínico está dado por dolor torácico y antecedentes de hipertensión arterial severa. El dolor torácico es característico y denominado dolor aórtico, muy intenso, agudo, desgarrante, pulsátil y migratorio, de localización irradiado al cuello, a la garganta o incluso mandíbula, lo cual indica que es la aorta ascendente la afectada mientras si el dolor se localiza en la espalda o en el abdomen, el segmento aórtico enfermo sería la aorta descendente.

Suele acompañarse de sudoración fría, náuseas y vómitos, taquicardia y el cuadro puede evolucionar rápidamente hacia un shock. La rotura de un aneurisma abdominal suele ser mortal.

El dolor es un síntoma de diagnóstico muy útil pero que aparece tardíamente. Casi tres cuartas partes de los aneurismas de aorta abdominal son asintomáticos en el momento del diagnóstico; generalmente son hallazgos casuales durante la exploración física rutinaria o tras el empleo de técnicas diagnósticas (Radiografía, ecografía o Tomografía axial computarizada) con motivo de otra patología. Los aneurismas que crecen con rapidez y que están a punto de romperse duelen espontáneamente o cuando son presionados durante una exploración del abdomen. La presencia de soplos a la auscultación debe hacernos sospechar enfermedad oclusiva visceral o de aorta terminal y más raramente la presencia de una fístula aorto-cava. La exploración física debe completarse con palpación de pulsos distales que en el algún caso pueden ser deficientes.

Para el diagnóstico de los aneurismas pueden emplearse varias exploraciones. Una radiografía del abdomen puede mostrar un aneurisma con depósitos de calcio en su pared. Generalmente, una ecografía permite establecer claramente su tamaño; técnica muy empleado en screening y en seguimiento. La tomografía computarizada es aún más exacta en la determinación del tamaño y la forma de un aneurisma.



Un aneurisma menor de 5 centímetros de ancho raramente se rompe; debe controlarse cada 6 meses con ecografía para valorar crecimiento. Si mide más de 5 centímetros, la rotura es mucho más probable (la mortalidad de un aneurisma de 6 centímetros sin tratamiento está alrededor del 50% en 2 años). La rotura o la amenaza de rotura de un aneurisma abdominal exigen una cirugía de urgencia.

En el caso de aneurisma de aorta abdominal no complicado es el tamaño del mismo el factor dominante para indicar cirugía de reconstrucción. Es el tamaño del aneurisma el que determina el riesgo de ruptura del mismo. La decisión de intervenir quirúrgicamente debe hacerse de manera individualizada para cada paciente. Para la mayoría de los cirujanos vasculares está indicada cirugía de reconstrucción cuando: el paciente está sintomático y en todos los pacientes asintomáticos con diámetro superior a 6 centímetros o haya aumentado 1 centímetro por año, salvo en el caso que existan contraindicaciones absolutas para cirugía (Accidente cerebro-vascular o infarto agudo de miocardio reciente, insuficiencia renal, respiratoria o cardíaca y en caso de esperanza de vida menor de 2 años).

Las posibilidades de disminuir la morbi-mortalidad en el paciente con rotura de aneurisma de aorta abdominal están directamente relacionadas con la existencia de un sistema de atención prehospitalario y transporte urgente al centro de referencia, realizando una correcta resucitación y soporte vital avanzado inicial; con transporte del paciente en la mayoría de las ocasiones, directamente al quirófano evitando pruebas complementarias que demoran innecesariamente la atención al mismo.

La rotura de aneurisma de aorta exige un diagnóstico precoz mediante el cual pueda llevarse a cabo un tratamiento quirúrgico precoz. Desafortunadamente el diagnóstico puede ser difícil, ya que la triada de dolor abdominal súbito, hipotensión y masa pulsátil sólo está en la mitad de los casos; incluso muchos pacientes, como el del caso clínico expuesto, están normotensos, retardando y dificultando

el diagnóstico. La clínica y exploración física del caso clínico expuesto era compatible con cólico renal izquierdo, siendo la sospecha diagnóstica inicial. El aneurisma de aorta con rotura contenida puede simular otras patologías como el cólico renal o el abdomen agudo. Ante la posibilidad de una confusión que pueda retrasar el diagnóstico, se deben evaluar los factores de riesgo previos y solicitar pruebas complementarias que nos ayuden a confirmar el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Vilacosta I, San Román JA. Acute Aortic Syndrome. *Heart*. 2001;85:365-8.
2. Pinak BS, Joshua A. Beckman. Acute Aortic Syndromes. En: *Intensive Care Medicine*. Irwin and Rippe's. 5 th ed. 2003. p.339-40.
3. Vilacosta I. Síndrome aórtico agudo. *Rev Esp Cardiol*. 2003; 56: 29-39.
4. Philip W M, y Douglas MT. Anticoagulantes, trombolíticos y antiplaquetarios. En: Joel G. Harman, LE., Eds. *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. 10 ed. Vol. 11, Cap. 55. Madrid: Interamericana Mc Graw -Hill; 2001.p.1535-52.
5. Masclans Enviz JR, Plans Villa M: "Manejo clínico y evolución postoperatoria de los aneurismas de aorta abdominal rotos" *Med Intensiva* 1995; 19: 147-158.
6. Johnston KW, Rutherford RB, Tilson MD: "Suggested standards for reporting on arterial aneurysms " *J Vasc Surg* 1991; 13: 452.
7. Ozkavukcu E, Cayli E, Yagci C, Erden I. Ruptured iliac aneurysm presenting as lumbosacral plexopathy. *Diagn Interv Radiol*. 2008;14: 26-8.
8. Sec-kin H, Bavbek M, Dogan S, Keyik B, Yigitkanli K. Is every chronicle back pain benign? Case report. *Surg Neurol*. 2006; 66: 357-60.
9. Duebener L, Lorenzen P, Richardt G. Emergency Endovascular Stent-Grafting for Life-Threatening Acute Type B Aortic Dissections *Ann Thorac Surg* 2004; 78: 1261-1267.