

PRESENTACIÓN CLÍNICA INUSUAL DE ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Dr. Dragan Pecirep*
 Dr. Jesús R. Salazar**
 Dr. María Asbati B. ***
 Dr. Robert de Andrade**

Resumen

El aneurisma aórtico abdominal (AAA) roto es considerado un serio problema con un desenlace fatal en la mayoría de los casos. Más de la mitad de los pacientes que experimentan ruptura de un AAA mueren antes de ser llevados a la mesa operatoria y la mitad de los que son operados de emergencia mueren en ella o en los 30 primeros días del Postoperatorio. La "triada clínica clásica" de hipotensión, dolor lumbar, y masa abdominal palpable y pulsátil están solo presentes en el 50% de los pacientes con AAA roto. Presentamos un caso de un paciente masculino de 52 años de edad quien consulta a la emergencia del Centro Médico de Caracas en abril de 1998 por presentar dolor incapacitante en el miembro inferior izquierdo de 5 días de evolución, de fuerte intensidad, irradiado a la totalidad del miembro, que limitaba la deambulacion. Es evaluado por neurocirugía, quienes plantean el diagnóstico presuntivo de compresión radicular del plexo lumbo-sacro. La resonancia magnética nuclear y la tomografía axial computarizada demostraron un AAA infrarrenal gigante de 10.6 cm. fisurado al músculo psoas ilíaco izquierdo.

Es intervenido de emergencia, evidenciando AAA gigante infrarrenal no roto.

Palabras clave

Ruptura aneurisma aórtico abdominal. Ultrasonografía.

Abstract

Rupture AAA a very serious problem with a fatal outcome too often. More than half of the patients that experience rupture of an AAA die before being taken to the operative table and the others half die their post-operative 30 day. The classical triad of hypotension, lumbar pain and pulsatile abdominal mass are presented in 50% of the patients with rupture AAA. We present a case of 52 year-old male patient who consults to the emergency of the Centro Médico de Caracas in April of 1998, with incapacitating pain in the left lower extremity of 5 days duration, radiated to the entire leg that limited to walk. He was evaluated by neurosurgery with a diagnosis of radicular compressive of the lumbosacral plexus. Nuclear Magnetic Resonance and CAT scanning demonstrated a giant infrarrenal AAA of 10.6 cm. located within the left psoas iliac muscle. He was operated, but the AAA had not been ruptured.

Key words

Ruptured abdominal aortic aneurysm, Ultrasonography, diagnosis.

- * Hospital Privado Centro Médico Caracas. Cirugía Cardiovascular.
 ** Hospital Privado Centro Médico Caracas. Residente de Cirugía.
 *** Hospital Pérez de León de Petare. Residente de Medicina Interna.

Caso clínico

Paciente masculino de 52 años de edad quien consulta por presentar dolor incapacitante en el miembro inferior izquierdo de 5 días de evolución de fuerte intensidad, irradiado a la totalidad del miembro, que limitaba la deambulacion. Fiebre no cuantificada sin patrón definido y estreñimiento de 5 días de evolución.

Antecedentes personales: Diabético tipo 2 no controlado, desconociendo tiempo de evolución.

Hábitos psicobiológicos: Tabáquicos 20 cigarrillos al día desde su juventud, alcohólico social, caféicos 4 tazas al día.

Examen físico: El paciente ingresa a la emergencia en silla de ruedas con fascies algicas, hemodinamicamente estable TA: 140/80 mmHg. Fe: 108 ppm., Fr: 22 rpm., ligeramente taquicárdico y eupneico; Cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen blando, depresible, no doloroso, no se palpan tumores, ni visceromegalias; miembro inferior izquierdo en posición antálgica, semi-flexionado y con rotación externa, con evidencia de atrofia del músculo cuádriceps izquierdo, doloroso a la movilización pasiva y activa, pulsos periféricos presentes de amplitud conservada, sensibilidad superficial disminuida en comparación al miembro contralateral, sensibilidad profunda conservada.

Es evaluado por neurocirugía en donde se plantea el diagnóstico presuntivo de compresión radicular del plexo lumbo-sacro. La resonancia magnética nuclear y la tomografía axial computarizada demostraron un AAA infrarrenal gigante de 10.6 cm. fisurado al músculo psoas ilíaco izquierdo.

Hallazgos operatorios

Es intervenido de emergencia, evidenciando AAA gigante infrarrenal no roto, el cual estaba ubicado en la pared posterolateral izquierda de la aorta, produciendo desplazamiento del músculo psoas ilíaco izquierdo con compresión del plexo lumbo-sacro del mismo lado, además había un componente sacular posterior a las arterias ilíacas, que desplazaba a las mismas hacia delante. Los tejidos perianeurismáticos eran edematosos, de aspecto inflamatorio y englobaban a las arterias ilíacas en su espesor, en tal forma que éstas no eran fácilmente visibles para su control. Estas fueron buscadas y disecadas debido a que ya se sabía de su posición por la topografía. Al igual se evidenciaba compresión extrínseca del recto sigmoideo. Se realizó resección del aneurisma y colocación de prótesis vascular, evolucionando satisfactoriamente durante su postoperatorio.

Discusión

Los aneurismas de la aorta abdominal han sido motivo de atención médica desde los tiempos más remotos, debido a la frecuente dificultad del diagnóstico clínico y a sus gravísimas y aparatosas complicaciones. La primera intervención exitosa para resecar un aneurisma fue realizada por Dubost en Francia en el año 1952. En Venezuela este primer gran paso fue realizado por el Dr. Rubén Jaén Centeno en el año 1958. Desde entonces este tipo de cirugía ha tenido enormes progresos y con ventajas absolutas en la reducción de la mortalidad en los casos crónicos (1, 2, 3).

El AAA es definido como una dilatación anormal y permanente de la aorta en su trayecto abdominal como resultado de aterosclerosis, predisposición genética y/o alteraciones bioquímicas adquiridas en la pared arterial.(2, 4). La incidencia de AAA aumenta en el hombre a partir de la quinta década de la vida y en la mujer a partir de la séptima, siendo mucho más frecuentes en el sexo masculino que en el femenino, en una relación 6:1 respectivamente (1, 2). Es más frecuente en la raza negra que

centro médico

Presentación clínica inusual de aneurisma aórtico abdominal: presentación de un caso

en la blanca (14). La incidencia del aneurisma aórtico abdominal es cada vez mayor en las últimas décadas, lo cual puede sugerir avances en cuanto a los métodos diagnósticos o a un incremento real en la incidencia, producto de un aumento en la edad promedio de vida (1, 2,3). El 75% de los aneurismas se localizan en la aorta abdominal distal, por debajo de las arterias renales (4).

En los pacientes mayores de 50 años, el diámetro de la aorta abdominal normalmente está entre 2 a 3 cm. En el diagnóstico de AAA se da un incremento de por lo menos más del 50% del diámetro normal esperado (2,3).

Los AAA no rotos pueden ser asintomáticos o levemente sintomáticos (1, 2, 3). La mayoría de los AAA no rotos son asintomáticos. En ocasiones suelen ser evidenciados como una tumoración abdominal pulsátil, cuya presencia a veces es notada por el propio paciente o son diagnosticadas de manera fortuita en un estudio imagenológico que ha sido realizado por otras razones. Sin embargo, hay que hacer notar que existen desviaciones y elongaciones de la aorta (dolicoarteria) que simulan AAA y también, la pulsatilidad de la aorta en personas hipertensas o muy delgadas, pueden conducir a un error diagnóstico (1). Cuando el aneurisma es asintomático, suelen presentarse como dolor lumbar o abdominal de leve intensidad. La clínica se encuentra muy relacionada con el tamaño del aneurisma, los pequeños son generalmente asintomáticos y los grandes pueden o no darla (1, 2, 3).

La "tríada clínica clásica" de hipotensión, dolor lumbar, y masa abdominal palpable y pulsátil están solo presentes en el 50% de los pacientes con AAA roto (4). En estos casos, el dolor suele caracterizarse por ser súbito, frecuentemente localizado en región lumbar, aunque puede presentarse como abdominal mal localizado, de moderada a fuerte intensidad, tipo visceral; puede no haber hipersensibilidad abdominal, aunque si es palpable, por lo general es hipersensible. La fase siguiente aparece por lo general pocas horas después y se caracteriza por un episodio de síncope asociado a hipotensión, seguido de recuperación espontánea, incluyendo el retorno de la presión arterial a valores normales. Casi siempre se observa taquicardia moderada. En algunos pacientes el grado y duración de la hipotensión y taquicardia son variables y dependen del grado de hemorragia primaria. En los miembros inferiores los pulsos pueden ser normales o asimétricos, con amplitud disminuida en comparación con los de los miembros superiores. Estos síntomas son inconsecuentes en un paciente mayor o desorientado. La hemorragia primaria es seguida a las pocas horas por una hemorragia masiva, que generalmente es mortal.

El examen físico en el diagnóstico de AAA tiene una sensibilidad del 42.8% con una especificidad de 98.5% y un valor predictivo positivo del 33% (7). Por este motivo los métodos imagenológicos son de vital importancia para el diagnóstico de esta patología. La radiografía simple de abdomen es un método sencillo y al alcance de todos, que en algunos estudios lo sitúan con una sensibilidad del 75% para detectar aneurismas aórticos abdominales (6). En el Rx simple de abdomen se puede evidenciar el borde calcificado del aneurisma, lo que algunos clínicos han citado como signo de la "cáscara de huevo". La ultrasonografía (US) abdominal es un método con una sensibilidad cerca del 100% (2). Mide el diámetro longitudinal y transversal aórticos, además detecta la presencia de trombos murales, es ideal para el seguimiento de los pacientes y no es requerido el uso de contrastes intravenosos y radiaciones ionizantes. Lo que lo hace un método no invasivo. Los hallazgos de la US son

altamente dependiente del que la realiza y puede no ser posible en pacientes obesos, con exceso de gas en vísceras huecas o con enfermedades periaórticas. Sin embargo, la US no arroja suficientes detalles para planear la operación (2, 3, 4). La tomografía axial computarizada (TAC) es altamente sensitivo y específico para identificar AAA y puede ser mas preciso para estimar el tamaño que el US (2, 3). La TAC también provee información sobre la forma y las relaciones anatómicas del aneurisma. La TAC es un método en el cual se utiliza contraste intravenoso y radiaciones ionizantes, lo cual lo hace un método invasivo. La TAC no es un método recomendado para seguimiento o como rutina preoperatoria (1). La resonancia magnética nuclear (RMN) puede ser el mejor método de imagen para detectar aneurismas, ya que puede proveer distintos cortes de la aorta y sus relaciones. Además, es un método no invasivo. Desafortunadamente, la RMN es un método muy costoso y no se encuentra al alcance de todos (1). La aortografía para el diagnóstico o determinación del tamaño del aneurisma es inapropiado porque la presencia de un trombo mural puede subestimar el tamaño o enmascara el aneurisma, quedando como procedimiento de rutina pre-operatorio para algunos cirujanos.

En resumen, el Rx de abdomen simple y la US pueden ser usados para la detección y seguimiento; la TAC cuando la US no es posible y precisa seguimiento, y la aortografía para adquirir información anatómica para la reconstrucción aórtica, pero solo cuando se decida operar (1, 2).

El desenlace fatal del AAA es su ruptura (3). Para 1991, en los EEUU 16.696 muertes fueron atribuidas a aneurisma aórticos, de los cuales 52% fueron en la aorta abdominal (14). La tasa de mortalidad de la ruptura del AAA puede depender de diversos factores que incluyen: pérdida sanguínea, inestabilidad hemodinámica, edad, sexo, condiciones generales iniciales del paciente y diagnóstico tardío (12, 13). La mayoría suelen romperse hacia el retroperitoneo, pero ocasionalmente pueden hacerlo hacia el peritoneo siendo la evolución cataclísmica. La ruptura del AAA representó para 1992 la 15° causa de muerte entre los hombres en los EEUU (9). Más de la mitad de los pacientes (62%) que experimentan ruptura de AAA mueren antes de ser llevados a la mesa operatoria y la mitad de los que son operados (54%) de emergencia mueren en ella o en los 30 primeros días del postoperatorio. En cambio, la mortalidad en la cirugía electiva del AAA es del 5% (7). El riesgo de ruptura del aneurisma es directamente proporcional al tamaño del mismo. En diversos estudios se ha demostrado que el riesgo de ruptura aumenta considerablemente después de sobrepasar los 5 cm de diámetro. El AAA tiene una rata de crecimiento de 0.3 a 0.5 cm por año y ésta depende del tamaño del aneurisma, ya que a mayor tamaño mayor tasa de crecimiento. Otro factor desencadenante que aumenta el riesgo de ruptura en un 50 %, es la hipertensión arterial diastólica. La resección quirúrgica y colocación de una prótesis está indicada en pacientes de todas las edades y quienes no tengan contraindicaciones y cumplan con uno de los siguientes criterios: AAA roto, aneurisma de más de 5 cm de diámetro, pacientes con AAA sintomáticos y pacientes con aneurismas con una rata de crecimiento por año acelerada, independientemente de su tamaño. A los aneurismas menores de 5 cm se les debe realizar seguimiento semestral para evaluar su evolución (3, 7, 8) [figura 1 (3)]. Algunos cirujanos recomiendan la resección del AAA al momento del diagnóstico, independientemente del tamaño (8, 9, 10.,11).

centro médico

Dr. Dragan Pecirep • Dr. Jesús R. Salazar • Dr. María Asbati B. • Dr. Robert de Andrade

Referencias bibliográficas

1. Jaen Centeno, Rubén. Aneurismas Complicados de la aorta abdominal. Revista Centro Médico.1990; 36(1):15-20.
2. Ernst, Calvin. Abdominal Aortic Aneurysm. N Engl J Med. 1993; 328:1167-1172.
3. Stanley, Crawford and Hess, Kenneth. Abdominal Aortic Aneurysm. N Engl J Med. 1989; 321:1040-1042.
4. Guirguis Emad, Barber Graeme. The Natural History of Abdominal Aortic Aneurysms.. Am J Surgery.1991:162:481-483.
5. Cates Jr. Abdominal Aortic Aneurysm: clinical diagnosis and management. J Manipulative Physiol Ther. 1997 oct; 20(8): 557-561. Abstract.
6. Cronenwett JL, Murphy TE.,Zelenock GB, y otros. Actuarial analysis of variables associated with rupture of small aortic aneurysms. Surgery. 1985; 98:472-483.
7. Crawford ES, Salch SA., Babb JW, Glasser DHI, y otros. Infrarenal abdominal aortic aneurysm: Factors influencing survival after operation performed over 25 years period. Ann Surgery 1981:193: 699-709.
8. Molnar LJ, Langer B, Serro Azul y otros. Prevalence of intraabdominal aneurysm in elderly patients Rev. Assoc.Med. Bras. 1995; 41(1): 43-46.Abstract.
9. Painter LM, Dudjak, Breiner K, Langford A. Abdominal Aortic Aneurysm pathway outcome analysis J Vasc. Nurs.1995: 13(4): 101-105.
10. Katz David, Littenberg Benjamin, Cronenwett Jack. Management of Small Abdominal Aortic Aneurysms. JAMA.1992: 268: 2678-2686.
11. Nevitt Martin, Ballard David, Halett John. Prognosis of Abdominal Aortic Aneurysms. N Engl J Med.1989:321:1009-1013.
12. Abrahma Ali; Woodruff, Bradley; Lucente Frank; Stuart Patrick y otros.Factors Affecting Survival of Patients with ruptured abdominal aortic aneurysm in west Virginia Community. Surg. Gynecol. Obstet. 1991; 172: 377-382.
13. Burke PM, Sannella NA. Ruptured abdominal aortic aneurysm: a community Cardiovascular surgery.1993; 1(3): 239-242.
14. Gillum RE. Epidemiology of aortic aneurysm in the United State. J Clin. Epidemiol. 1995; 48(11): 1289-98. Abstract.

