

Aneurisma de aorta abdominal. Un dolor desleal.

Giner-Ruiz S¹, Abós-Cenarro M.T.¹; Estrada-Lázaro I.M.²; Morales-Hernández I.², Serrano-Moreno A.C.³

Sanid. mil. 2022; 78 (1): 30-32, ISSN: 1887-8571

INTRODUCCIÓN

El aneurisma de aorta abdominal (AAA) es una patología vascular que consiste en una dilatación superior al 50% del diámetro normal del vaso o un diámetro mayor o igual a 3 cm, debido a un debilitamiento de su pared vascular. Su localización más frecuente es en la porción infrarrenal de la aorta ya que es una zona sometida a importantes fuerzas hemodinámicas^{1,2}.

La prevalencia varía en función de la edad, el sexo (6 veces más frecuente en varones), los antecedentes familiares de aneurisma (aumenta el riesgo 2 veces de padecer un AAA), el tabaquismo (hasta 7 veces más riesgo), la hipertensión arterial, la dislipemia y la enfermedad arterial periférica. Existen estudios que sugieren que la diabetes mellitus tipo 2 tiene un efecto protector y que el peso y algunas patologías respiratorias, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), no influyen en el crecimiento aneurismático^{3,4}.

A continuación presentamos el caso de un paciente con un destacable antecedente oncológico que presentó un aneurisma de aorta abdominal poniéndose de manifiesto a través de un dolor lumbar. Se trata de un caso clínico que nos obliga a establecer un amplio abanico de diagnósticos diferenciales del dolor lumbar y cómo abordar con nuevas técnicas terapéuticas un aneurisma de aorta abdominal.

PALABRAS CLAVE: Lumbalgia; aneurisma de aorta; tratamiento quirúrgico.

Abdominal aortic aneurysm. A disloyal pain.

SUMMARY

Abdominal aortic aneurysm (AAA) is a vascular pathology that consists of a dilation greater than 50% of the normal diameter of the vessel or a diameter greater than or equal to 3 cm, due to a weakening of its vascular wall. Its most frequent location is in the infrarenal portion of the aorta since it is an area subjected to important hemodynamic forces^{1,2}.

Prevalence varies depending on age, sex (6 times more frequent in males), family history of aneurysm (increases the risk of AAA 2 times), smoking (up to 7 times more risk), high blood pressure, dyslipidemia and peripheral artery disease. There are studies that suggest that type 2 diabetes mellitus has a protective effect and that weight and some respiratory pathologies, such as chronic obstructive pulmonary disease (COPD), do not influence aneurysmal growth^{3,4}.

Below we present the case of a patient with a remarkable oncological history who presented an abdominal aortic aneurysm manifesting itself through low back pain. This is a clinical case that forces us to establish a wide range of differential diagnoses of low back pain and how to approach an abdominal aortic aneurysm with new therapeutic techniques.

KEY WORDS: back pain, aortic aneurysm; surgical procedures.

CASO CLÍNICO

Paciente que acude al servicio de urgencias del Hospital General de la Defensa de Zaragoza por dolor en hipogastrio de 4 días de evolución que irradia a región inguinal bilateral.

Como antecedentes personales relevantes presenta un adenocarcinoma acinar de próstata, Gleason 7 (4+3) de estadije pT3a, tratado con prostatectomía radical el 8/04/15 y, posteriormente, radioterapia a 50 Grays hasta el mes de agosto de ese mismo año. En noviembre se le administró terapia androgénica

con bicalutamida. Actualmente, en tratamiento con privación androgénica. Fumador desde hace 50 años. No consumo de alcohol. No precisa medicación de forma habitual.

Refiere orina clara, con fuerza, sin restos hemáticos aunque últimamente se levanta cada hora para orinar durante la noche. Ausencia de tenesmo vesical. Sus deposiciones son blandas de forma habitual sin productos patológicos ni restos hemáticos. El paciente se encuentra afebril en todo momento, sin náuseas ni otros síntomas de interés. Niega antecedente traumático que pudiera asociar a dicho dolor.

En la exploración física se objetivan unas constantes vitales con una tensión arterial de 170/100 y una frecuencia cardiaca de 107 latidos por minuto. En la auscultación cardiaca se aprecian tonos rítmicos sin presencia de soplos ni extratonos. A nivel pulmonar se ausculta algún roncus aislado. En la exploración abdominal se palpa un pulso intenso a nivel hipogástrico y periumbilical compatible con latido aórtico. La región vesical se palpa endurecida y la sucusión renal es negativa, bilateralmente. El resto del abdomen es blando y depresible sin signos de irritación peritoneal.

1 Médico Residente de primer año de Medicina familiar y comunitaria sector II Zaragoza

2 Médico Residente de segundo año de Medicina Familiar y Comunitaria sector II Zaragoza

3 Médico adjunto de urgencias de Hospital General de la Defensa de Zaragoza

Dirección para correspondencia: Sara Giner Ruiz. Email: sginerruiz@gmail.com

Recibido: 17 de febrero de 2021

Aceptado: 27 de abril de 2021

doi: 10.4321/S1887-85712022000100006

Aneurisma de aorta abdominal. Un dolor desleal.

En la analítica cabe destacar: el D dímero 6910, FA 558, LDH 134, TPT 16 segundos, INR 1.45.

Se le solicita una ecografía abdominal que refleja *“un aneurisma de aorta abdominal de 9.8 cm con diámetro máximo de 6.9 cm con amplia trombosis mural excéntrica y luz permeable con diámetro 3.6 cm sin signos de complicación aguda. Además, se visualiza ateromatosis calcificada a nivel de la arteria aortoiliaca cuyos segmentos son permeables. A nivel renal se objetiva una ectasia pielocalicial izquierda grado II-III apreciando litiasis de 12 mm en grupo calicial inferior y de 5 mm a nivel de la pelvis renal izquierda”*.

En el angio-TC abdominal *“múltiples adenopatías retroperitoneales. Existencia de un aneurisma de aorta abdominal con trombo mural estable sin signos de rotura inminente. Como hallazgo casual se ven metástasis osteoblásticas múltiples en esqueleto axial sugestivas de metástasis de adenocarcinoma de próstata”*. El TC de tórax resulta normal.

El diagnóstico es de aneurisma de aorta abdominal. Por ello, se decide realizar una interconsulta con el Servicio de Cirugía Vascular decidiendo ingreso en planta para exclusión del aneurisma con colocación previa de catéter doble J izquierdo por atrapamiento ureteral izquierdo. El aneurisma se excluyó mediante endoprótesis aorto-iliaca bilateral.

Tras hallazgo de valores de PSA elevados, el Servicio de Urología realizará de manera ambulatoria control y seguimiento evolutivo de su neoplasia prostática metastásica.

DISCUSIÓN

Hasta un 75% de los AAA son asintomáticos y suele ser un hallazgo casual en pruebas de imagen. Detectar un aneurisma para poder abordarlo, rápida y adecuadamente, es la nueva línea de investigación de las Sociedades Científico-Sanitarias. Siguiendo dichas líneas de investigación hacia el diagnóstico de los aneurismas se ha visto que la sensibilidad de la exploración física oscila entre el 33 y el 100%, la especificidad del 75 al 100% y el valor predictivo positivo del 14 al 100%^{1,4}.

El dolor es un síntoma muy inespecífico y, frecuentemente, nos pone en estado de alerta según la localización e intensidad. El dolor abdominal, en concreto, es un motivo muy frecuente de consulta en los Servicios de Urgencias y al tratarse de un síntoma muy inespecífico, hasta un 50% de estos dolores que acuden a urgencias quedan sin un diagnóstico específico, no hay una clara correlación entre intensidad del dolor y gravedad del cuadro^{5,6}.

Otro dolor muy subestimado en la urgencia, tal vez por su frecuencia y recurrencia, es el dolor lumbar. Se estima que un 80% de la población padecerá esta dolencia al menos una vez en la vida. Éste es un dolor que presenta un amplio esquema de diagnósticos diferenciales, entre ellos el AAA, habiéndose constatado que hasta en el 91% de los casos está asociado a lumbalgia. En el aneurisma, al tratarse de una patología que supone un aumento de diámetro y, por tanto, un aumento de volumen en el interior del organismo, el dolor lumbar puede ir asociado o no a radiculopatía, normalmente entre las raíces L5 y S1⁷. En ocasiones hasta puede irradiarse a la región escrotal simulando un cólico nefrítico.

En cualquier caso, un dolor lumbar prolongado de más de 6 semanas de duración (lumbalgia subaguda) o 12 semanas (lum-

balgia crónica), es un dolor que nos obliga a evaluar un origen diferente al habitual osteomuscular, como por ejemplo la presencia de infección o neoplasia⁸. El dolor lumbar de origen neoplásico es habitualmente debido a las metástasis. La destrucción ósea por causa neoplásica, el cáncer prostático y la compresión neurovascular son otras de las principales causas de aparición de dolor lumbar⁹.

Pero, más allá de la forma de presentación clínica, en el AAA un motivo de preocupación en los últimos años es la alta incidencia de mortalidad hospitalaria acontecida en los pacientes intervenidos de urgencia por rotura aneurismática. La supervivencia al mes tras una rotura aneurismática es sólo del 11%. En el tratamiento, independientemente del tipo de intervención que se realice, no debe faltar un preciso conocimiento de la anatomía porque se ha documentado que un 30-40% de los AAA complicados que precisan tratamiento urgente no cumplen criterios anatómicos para el tratamiento endovascular convencional según el diámetro del cuello aórtico proximal. El tratamiento <<tipo sándwich>>, más conocido como <<chimenea>>, es la solución a dichos casos y consiste en la aplicación de stents en las arterias viscerales en paralelo al eje principal del cuerpo de la endoprótesis permitiendo que el cuello proximal de la misma se ubique en una porción más proximal de la aorta extendiendo la zona de sellado sin perjudicar el flujo sanguíneo hacia las ramas viscerales¹⁰.

CONCLUSIONES

En cuanto a su forma de presentación podemos concluir que el AAA es un proceso en el que su benigna, o desleal, presentación puede enmascarar la verdadera gravedad del cuadro clínico. El caso clínico expuesto es un claro ejemplo de cómo un síntoma muy habitual de consulta, como es el dolor lumbar, no es una manifestación clínica exclusiva de aquellas patologías más típicas o frecuentes, sino que puede ser la forma de expresión de otras patologías mucho más graves y hasta potencialmente mortales. Por ello, el establecimiento de un adecuado diagnóstico diferencial por parte del facultativo y su perspicacia e intuición clínica en el reconocimiento de dichas patologías más relevantes es clave para un diagnóstico temprano.

Aunque, no sólo es imprescindible un adecuado enfoque diagnóstico para salvar la vida del paciente. Debemos concluir también que establecer el tratamiento adecuado es tan importante como detectar precozmente la patología. Tan es así que el adecuado abordaje terapéutico, asunto que se encuentra en auge en los últimos años, es motivo de honda preocupación entre los facultativos dedicados a la materia. La investigación de nuevas técnicas quirúrgicas y su comparativa con las actuales con el fin de disminuir el número de complicaciones es una prioridad vigente. Recientemente, diversos estudios han realizado una comparativa acerca del tratamiento quirúrgico abierto de los AAA frente al endovascular y a este respecto, tras un exhaustivo seguimiento de 3 años, se ha objetivado que la intervención por vía endovascular demuestra una ganancia en la supervivencia y en la calidad de vida de los pacientes, además de resultar mucho más rentable en cuanto a coste y eficacia. No obstante, las conclusiones obtenidas de dichos estudios establecen que no existen diferencias en la mortalidad a 30 días entre la cirugía abierta y el tratamiento endovascular¹¹.

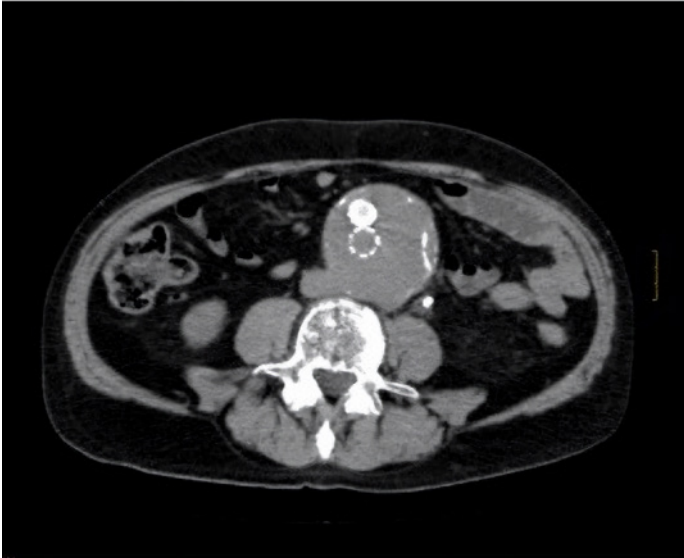


Figura 1. TC abdomen: corte sagital donde se aprecia aneurisma de aorta abdominal de gran tamaño con ateromatosis calcificada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bravo-Merino L, Gonzalez-Lozano N, Maroto-Salmon R, Mejjide-Santos G, Suarez-Gil P, Fañanas-Mastral A. Validez de la ecografía abdominal en Atención Primaria para detección de aneurisma de aorta abdominal en varones de entre 65 y 75 años. Atención Primaria [Internet]. 2017 [cited 18 January 2021];. Available from: <http://www.elsevier.es/ap>
2. Torres-Fonseca M, Galan M, Martinez-Lopez D, Cañes L, Roldan-Montero R, Alonso J. Fisiopatología del aneurisma de aorta abdominal: biomarcadores y nuevas dianas terapéuticas. Clin Investig Arterioscler [Internet]. 2018 [cited 18 January 2021];. Available from: <http://www.elsevier.es/arterio>
3. Alvarez B, Yugueros X, Fernandez E, Luccini F, Gene A, Sisa D et al. Etiopatogenia de los aneurismas de aorta abdominal infrarrenal. Angiología [Internet]. 2012 [cited 18 January 2021];88-91. Available from: <http://www.elsevier.es/angiologia>
4. Lahoz C, Gracia C, García L, Montoya S, Hernando Á, Heredero Á et al. SEA-SEACV 2015: Guía para el diagnóstico y tratamiento del aneurisma de aorta abdominal. 2021.
5. Zúñiga Cedó E, Vico Besó L. Lumbalgia crónica y aneurisma de aorta abdominal [Internet] 2013 [cited 27 January 2021]; 39(7): e47-e49. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-lumbalgia-cronica-aneurisma-aorta-abdominal-S1138359312002134>
6. Guía clínica de Dolor abdominal agudo [Internet]. Fisterra.com. 2021 [cited January 2021]. Available from: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/dolor-abdominal-agudo/>
7. Zúñiga Cedó E, Vico Besó L. Lumbalgia crónica y aneurisma de aorta abdominal [Internet]. Medes.com. 2021 [cited 14 March 2021]. Available from: <https://medes.com/publication/84291>
8. Dolor lumbar de larga evolución y hallazgo de aneurisma de la aorta abdominal. – EUROECO [Internet]. Euroeco.org. 2021 [cited 14 March 2021]. Available from: <https://euroeco.org/dolor-lumbar-de-larga-evolucion-y-hallazgo-de-aneurisma-de-la-aorta-abdominal-2/>
9. García L, Farré M, Montero A. http://revista.sedolor.es/pdf/2001_10_14.pdf. Revista española de dolor. 2001;:118-123.
10. Fernández Carbonell A, et al. Utilidad de la técnica de «chimenea» en el tratamiento de urgencia de aneurismas de aorta abdominal con anatomía desfavorable. Cir Cardio. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.039>
11. San Norberto E, Hernandez-Crespo C, Fernandez-Samos R, Zorita A, Vaquero C. Escala Anarcl (aneurisma de aorta roto de Castilla y León) de predicción de mortalidad de aneurisma de aorta abdominal roto. Angiología [Internet]. 2020 [cited 17 January 2021];(3):126-134. Available from: <http://dx.doi.org/a10.20960/angiologia.00087>.