

Caso Clínico

# Aneurisma de aorta abdominal amb clínica de claudicación intermitente

**Jordi Mestre Ferrer,<sup>1</sup> Gemma Alvarez Muñoz<sup>2</sup>**

1 y 2 CAP Molins de Rei. Médico de Familia.

Correspondencia:

**Jordi Mestre Ferrer**

Dirección electrónica:

[jmestre.cp.ics@gencat.cat](mailto:jmestre.cp.ics@gencat.cat)

CAP Molins de Rei (Molins de Rei).

Publicado: 1 de marzo del 2009  
Butlletí 2009, 27:1

Éste artículo está disponible en:

[http://butlleti.camfic.org/Volum\\_26/CC\\_Aorta\\_Abdominal\\_CAST.aspx](http://butlleti.camfic.org/Volum_26/CC_Aorta_Abdominal_CAST.aspx)

Éste es un artículo Open Access distribuït según licencia de Creative Commons  
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

## Introducción

Los aneurismas de aorta abdominal (AAA) son generalmente asintomáticos, y en caso de haber síntomas, la mayoría son por ruptura. Pero hay otras manifestaciones clínicas menos frecuentes que pueden simular patologías genitourinarias, gastrointestinales, neuropáticas (por compresión o irradiación) o síntomas de isquemia arterial (por trombosis o embolismo). Realizar un buen diagnóstico es muy importante dada la gravedad de la patología y la urgencia del tratamiento.

## Descripción del caso

Se trata de un hombre de 72 años con antecedentes patológicos de HTA, EPOC estadio II, soriasis, insuficiencia renal crónica moderada con filtrado glomerular de 40 ml/min, y una sordera después de un accidente por descarga eléctrica que dificultaba la comunicación. Hacía 3 años que había dejado de fumar.

Va venir a la consulta por dolor en cara posterior de las dos piernas desde media pierna hasta los pies, cuando caminaba, y que le obligaba a pararse. Hacía meses que sufría el dolor y decía que no se podía vivir de esa manera.

De entrada se orientó el cuadro como una claudicación intermitente - dolor en extremidades inferiores asociado al ejercicio que desaparece con el reposo - por probable vasculopatía arterial periférica en un paciente con factores de riesgo. Los pulsos femorales, pedis y tibiales posteriores eran presentes y simétricos (en la enfermedad oclusiva aortoiliaca todos los pulsos suelen estar disminuidos o ausentes) y el índice tobillo-brazo era normal (1,2 el derecho y 1,23 el izquierdo). En este momento se pensó que el paciente tenía una claudicación no vascular, a pesar de que la anamnesis cuidadosa orientaba que sí que lo era.

Las claudicaciones no vasculares <sup>1</sup> (generalmente por enfermedades musculares, osteoarticulares o neurológicas) cuando se manifiestan en forma de dolores musculares no suelen presentarse sistemáticamente en la misma localización y muchas veces no afectan a los grupos musculares implicados en la marcha (glúteos, cuádriceps y gemelos). Además el dolor es muy variable respecto a la distancia recorrida y suele ceder simplemente al pararse (necesita más tiempo de reposo y a veces adoptar otras posturas o sentarse). Cuando hay dolores articulares también es dolorosa la movilización pasiva de la extremidad.

En todo caso se inició un estudio de columna, que llevó indirectamente al diagnóstico al hacer pruebas de imagen. Se pidió una radiografía y una RMN de columna lumbar donde además de una discopatía degenerativa con protrusión global discal difusa de los discos intervertebrales L3-L4 a L5-S1 se observaba una dilatación aneurismática a aorta abdominal por encima de la bifurcación ilíaca. Este aneurisma no se había detectado en la ecografía renal que se hizo el paciente 4 meses antes para el estudio de la insuficiencia renal. En el Eco-Doppler de aorta abdominal se apreciaba una dilatación aneurismática de la aorta abdominal con un diámetro anteroposterior de 80 mm y una luz de 20 mm con trombosis mural. La dilatación se iniciaba próxima a la emergencia de las arterias renales con probable afectación de las mismas, hipotrofia renal derecha y arterias ilíacas no dilatadas.

El paciente fue intervenido, practicándose un bypass aorto-aórtico y aortoiliaco primitiva bilateral. Le volvieron a operar al cabo de 3 días por una evisceración post laparotomía y 14 días más tarde por una perforación de intestino delgado por decúbito sobre los puntos totales de pared abdominal. Hicieron una resección del segmento intestinal y una anastomosis término-terminal.

## Discusión

La AAA se define como un aumento del diámetro de la aorta en más del 50% de su medida original <sup>2</sup>. Afecta sobre todo a hombres de más de 70 años (relación hombre-mujer 4:1) y la prevalencia (12,5% a los 75-84 años) aumenta paralelamente al incremento de la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad cardiovascular. La ruptura es la quincena causa de muerte en EUA. La etiología más frecuente es la arteriosclerosis, y se asocia a una mayor prevalencia de tabaquismo, HTA, cardiopatía isquémica y arteriopatía periférica, así como con la presencia de familiares de primer grado con AAA.

La localización infrarenal es la más habitual (80%) y las manifestaciones clínicas se pueden agrupar en 3 categorías <sup>3</sup>: asintomático, con síntomas y ruptura. La AAA es asintomática en la mayoría de casos (66-75%), diagnosticándose accidentalmente durante una exploración abdominal rutinaria (masa pulsátil), en una Rx simple de abdomen (bordes calcificados) o en el estudio ecográfico o RM realizada por el estudio de otras enfermedades.

El debut en forma de ruptura cursa generalmente con dolor abdominal o lumbar agudo e inestabilidad hemodinámica por shock hemorrágico con presencia de una masa abdominal pulsátil, y tiene una mortalidad muy elevada (alrededor del 90%). Los AAA sintomáticos suelen cursar con dolor abdominal localizado a menudo en epigastrio que puede irradiar en la espalda, flancos o ingles. En una minoría de casos la AAA da síntomas relacionados con la compresión o irritación de estructuras adyacentes que hacen sospechar equivocadamente una enfermedad intestinal, genitourinaria, neuropatía, etc. En otros casos la clínica es de isquemia arterial por trombosis (como es el caso de este paciente) o embolismo periférico (del trombo intraluminal). También se puede dar una ruptura crónica contenida (2-3% de las rupturas) y otras manifestaciones menos frecuentes como el aneurisma inflamatorio y el aneurisma micótico.

La exploración clínica se fundamenta en la palpación de una masa pulsativa y expansiva en abdomen, que se

tiene que hacer en decúbito supino y rodillas semi flexionados. Es una exploración poco fiable, aunque su sensibilidad aumenta en relación al aumento del diámetro del aneurisma.

En cuanto a las pruebas complementarias la ecografía <sup>2</sup> es un método accesible y no invasivo con una sensibilidad de 92-99% y una especificidad del 100% válida para la medida de los diámetros y el trombo mural. Es una opción costo-efectiva para la evaluación inicial y la exploración de elección para el seguimiento. El TAC con contraste es la exploración de elección para el estudio preoperatorio ya que permite evaluar la anatomía aorto-iliaca, los vasos viscerales y las variaciones anatómicas. El angioRM no precisa contraste yodado.

El ritmo de crecimiento de los AAA varía según el diámetro inicial en el momento del diagnóstico y es el principal factor predictivo de ruptura, con un riesgo prácticamente nulo por aneurismas < 4 cm. El riesgo anual de ruptura aumenta a 0,5-5% en AAA de 4-5 cm, a 3-15% en AAA de 5-6 cm, al 20-40% en AAA de 7-8 cm y llega al 50% en AAA > 8 cm.

Otros factores predictivos relacionados con la rotura son la HTA (sobre todo la TA diastólica) y la EPOC. Se han llevado a cabo 4 ensayos clínicos aleatorizados sobre cribaje de AAA mediante una ecografía abdominal, que han demostrado una disminución significativa de la mortalidad relacionada con el aneurisma (11-67 %) <sup>4</sup>. En base a estos datos el departamento de sanidad de Inglaterra tiene decidido realizar un cribaje a todos los hombres de 65 años en un plazo de 10 años. Otras voces <sup>5</sup> opinan pero que se trata de una medida éticamente cuestionable ya que la reparación programada de un AAA para un cirujano vascular experto tiene una mortalidad de un 7,4% a Inglaterra (1 de cada 14 pacientes morirían y algunos de estos se considerarían ellos mismos sanos antes del cribaje) y por otra parte quedaría una cohorte de pacientes con aneurismas inferiores a 5,5 cm (sin indicación quirúrgica) que requerirían controles cada 6-12 meses y otros que debido a la comorbilidad asociada a la AAA tampoco podrían operarse. Todos estos pacientes sabrían que tienen una enfermedad que los puede matar en cualquier momento.

La cirugía electiva clásica de un AAA tiene una mortalidad alrededor del 5% y entre las complicaciones postoperatorias más frecuentes destacan los trastornos respiratorios y digestivos. El infarto agudo de miocardio es la causa más frecuente de muerte postoperatoria, ya que la enfermedad coronaria es muy prevalente en estos pacientes.

Dada la alta prevalencia de aneurisma de aorta abdominal en pacientes de edad avanzada y con factores de riesgo y en espera de más resultados que avalen los beneficios de cribaje deberíamos tener presente esta posibilidad en hacer un diagnóstico diferencial ante una clínica atípica.

## Bibliografía

1. Serrano Hernando FJ et al. Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. Rev Esp Cardiol. 2007;60(9):969-82
2. Riambau V, Guerrero F, Montaña X, Gilabert R. Aneurisma de aorta abdominal y enfermedad vascular renal. Rev Esp Cardiol. 2007;60(6):639-54
3. Patel SN, Kettner NW. Abdominal aortic aneurism presenting as back pain to a chiropractic clinic: a case report. J Manipulative Physiol Ther. 2006 Jun;29(5):409.e1-7.
4. Brearley S. Should we screen for abdominal aortic aneurysm? Yes. BMJ. 2008 Apr 19;336(7649):862.
5. Johnson JN. Should we screen for abdominal aortic aneurysm? No. BMJ. 2008 Apr 19;336(7649):863.