

# LOS ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL NOS LOS ENCONTRAMOS

**Autoras:** Anna Fabra Noguera<sup>1</sup> y Eva Pablos Herrero<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Médica de familia. CAP Creu Alta. Sabadell

<sup>2</sup> Médica de familia.. CAP Sant Oleguer. Sabadell

**Correspondencia:** [dra.fabra@gmail.com](mailto:dra.fabra@gmail.com)

**Correctores:** Mènci Benítez y Mariano de la Figuera

**Publicat:** octubre 2013

Anna Fabra Noguera y Eva Pablos Herrero (2013)

*Los aneurismas de aorta abdominal nos los encontramos*

**Available at:** <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol31/iss2/4>

*Este es un artículo Open Access distribuido según licencia de Creative Commons*

*(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)*

## INTRODUCCIÓN

El aneurisma de aorta abdominal (AAA) es una dilatación de la aorta en el trayecto por el abdomen. Está presente en un 5-10% de los hombres entre 60-79 años y suele ser asintomático<sup>1</sup>.

Se considera un AAA cuando la aorta mide más de 4 cm, y la localización más frecuente es la línea media por encima del ombligo. En el paciente asintomático los solemos encontrar por casualidad realizando una exploración complementaria por algún otro motivo o bien podemos sospecharlos si palpamos el abdomen y notamos una masa pulsativa.

Las causas de los aneurismas en general se podrían dividir en: enfermedades degenerativas, alteraciones del desarrollo y/o hereditarias (S. De Marfan, Ehlers-Danlos...), infecciones, vasculitis y traumatismos. La patología más común relacionada con aneurismas aórticos degenerativos es la arteriosclerosis. En un 20% hay un "agrupamiento" familiar. Al menos el 90% de los AAA presentan arteriosclerosis y la mayoría están situados por debajo de las arterias renales. El riesgo de ruptura aumenta con el tamaño del aneurisma: con un diámetro <5cm es de 1-2% a los 5 a, mientras que los >5cm es de 20 a 40%. Se recomienda cirugía en los AAA asintomáticos cuando el diámetro es >5,5 cm<sup>2</sup>.

La ecografía es la técnica de elección en el estudio de masas abdominales pulsátiles, sino disponemos de

ecografía podríamos realizar una radiología simple de abdomen y nos podría aportar algún dato que apoyara la sospecha. Entre un 50-75% de los AAA se detectan como calcificaciones de la pared<sup>3</sup>.

## DESCRIPCIÓN

**Caso 1:** Hombre de 69 años con lumbalgias de repetición. Antecedentes: HTA de larga evolución bien controlada, cardiopatía isquémica (IAM fa 8 años), no diabético, últimos análisis con perfil lipídico correcto (LDL 72). Hasta ahora los episodios de lumbago mejoraban con reposo y cuatro días de antiinflamatorios, pero esta vez no. Explica un dolor que parece mecánico (empeora con el movimiento y con alguna posición, no despierta) pero ya lleva más de 3 semanas, ha tomado antiinflamatorios de manera irregular 7 días y lo ha dejado, y ahora está un poco preocupado. Exploración: dolor en apófisis espinosas lumbares, reflejos presentes y simétricos, Lasegúe i Bragard negativos, realizamos plan de tratamiento: ibuprofeno 600 mg/8h + calor + reposo relativo y le pedimos una radiografía (Rx) de columna lumbar ([figura 1](#)) en la que observamos unas calcificaciones en aorta abdominal, sugestivas de gran AAA, y después es confirmada por ecografía abdominal.

**Caso 2:** Hombre 65 años con hormigueo en la cara externa de la pierna, que nos explica que de vez en cuando se automedica por lumbalgias de repetición. No ha consultado nunca por este motivo, aunque hay un accidente traumático previo (cayó por las escaleras al salir de casa hace 5 meses, pero como podía caminar aunque le dolía, no consultó. Como antecedentes destacamos: HTA, dislipemia, obesidad. Exploración: Lassége y Bragard negativos, hiperestesia en cara lateral de la pierna. Explica también que como camina menos por el dolor ha ganado peso (6 kg) en los últimos meses. Diagnóstico: meralgia parestésica. Aconsejamos dieta, reducir peso y se solicita Rx de columna lumbar (dado el antecedente traumático y los episodios de lumbalgias posteriores): se observan unas calcificaciones sugestivas de AAA que se confirman por ecografía.

Ambos casos fueron derivados a cirugía vascular donde les realizaron un AngioTAC: en el caso 1 demostró un AAA infrarenal de 76mm, que en este momento queda pendiente de cirugía, ya que tenía un tamaño superior a 55mm. En el caso 2 se observó un AAA infrarenal de 48mm ([figura 2](#)), que debe seguir control ecográfico ya que de momento no es tributario de intervención y seguir control de los factores de riesgo. La meralgia parestésica se ha resuelto después de perder peso.

## DISCUSIÓN

Hemos descrito dos casos de hombres hipertensos por historia con antecedentes bastante comunes de cardiopatía y/o dislipemia y obesidad que son muy frecuentes en la consulta del médico de familia y que consultan por unos síntomas también frecuentes como son: la lumbalgia de repetición y la meralgia parestésica.

Habitualmente estas patologías se resuelven con más o menos éxito con tratamiento con analgésicos y/o antiinflamatorio, pero en algunos casos puede haber otra causa subyacente. Por tanto, la pregunta que deberíamos hacer es: tenemos que pensar que podría haber un AAA cuando nos consultan hombres hipertensos de más de 60 años? Deberíamos hacer *screening*?

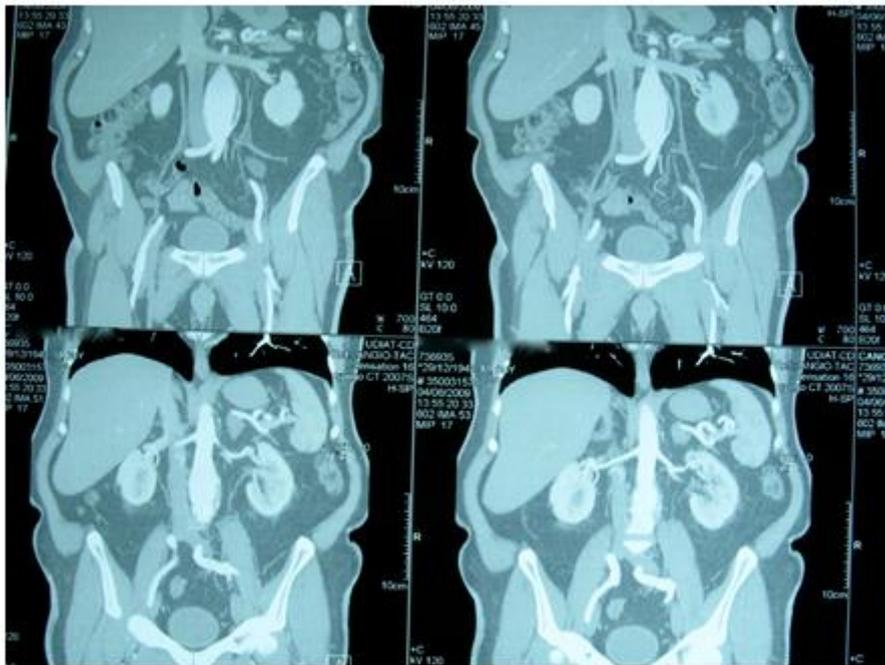
Revisando la bibliografía encontramos que en algunos estudios nos dicen que se debería realizar *screening* poblacional a los hombres de más de 65 años dada la prevalencia (4-8%) entre los hombres de esta franja de edad y lo consideramos coste-efectivo<sup>4-8</sup>. Una revisión de Cochrane (2008) concluye que hay pruebas de una reducción significativa en la mortalidad por AAA en hombres de 65 a 79 años sometidos a cribado ecográfico, no así en mujeres. La relación entre el coste y la efectividad puede ser aceptable, pero se necesita un mayor análisis de expertos.

En estos dos pacientes fue casualidad, o más bien: los aneurismas “nos los encontramos” al hacer una radiología simple, tan sencillo como una radiografía hizo posible que un paciente asintomático con aneurisma con riesgo de ruptura pudiera disfrutar de una cirugía programada y evitar así una ruptura espontánea, es posible que en esta exploración radiológica podríamos afirmar que fue suficientemente “coste-eficiente”!

Finalmente, decir que es importante que desde primaria sospechemos y detectemos casos de AAA asintomáticos en pacientes con HTA y signos de arteriosclerosis (coronaria, cerebral o periférica).

**Figura 1:** Radiografía columna lumbar perfil: imagen de calcificaciones que perfila la imagen de un gran AAA



**Figura 2:** AngioTAC: AAA infrarenal de 76mm

## BIBLIOGRAFÍA

1. Vardulaki KA, Prevost TC, Walker NM, Day NE, Wilkink AB, Quick CR, et al. Incidence among men of asymptomatic abdominal aortic aneurysms: estimates from 500 screen detected cases. *Journal of Medical Screening* 1999;6(1):50-4.
2. Creager MA, Loscalzo J. Enfermedades de la aorta. *Harrison: Principios de medicina interna*. 17ª Ed. México:McGraw-Hill;2009:Vol II cap 242:1563-1568.
3. Garcia Dominguez JC. Palpación de masas, latidos y soplos abdominales, Guía de actuación en Atención Primaria. 2ªEd.2002;691-696
4. Thompson SG, Ashton HA, Gao L, Scott RAP. Screening men for abdominal aortic aneurysm:10 year mortality and cost effectiveness results from the randomised multicentre aneurysm screening study. *BMJ* 2009;339:b2307
5. Johnston KW et al. Suggested standards for reporting on arterial aneurysms. *J Vasc Surg* 1991;13:452
6. Cosford P, Leng G, Thomas J. Cribado para el aneurisma abdominal aórtico. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 Issue 3. Art. No.: CD002945. DOI: 10.1002/14651858.CD002945
7. Ehlers L, Sørensen J, Jensen LG, Bech M, Kjølby M. Is population screening for abdominal aortic aneurysm cost-effective? *BMC Cardiovasc Disord*. 2008

Nov 18;8:32. doi: 10.1186/1471-2261-8-32.

8. Søggaard R, Laustsen J, Lindholt JS. Cost effectiveness of abdominal aortic aneurysm screening and rescreening in men in a modern context: evaluation of a hypothetical cohort using a decision analytical model. *BMJ*.2012 Jul 5;345:e4276. doi: 10.1136/bmj.e4276.