

ELS ANEURISMES D'AORTA ABDOMINAL ENS ELS TROBEM

Autores: Anna Fabra Noguera¹ i Eva Pablos Herrero²

¹ Metgessa de família. CAP Creu Alta. Sabadell

² Metgessa de família. CAP Sant Oleguer. Sabadell

Correspondència: dra.fabra@gmail.com

Correctors: Mènci Benítez i Mariano de la Figuera

Publicat: octubre 2013

Anna Fabra Noguera i Eva Pablos Herrero (2013)
Els aneurismes d'aorta abdominal ens els trobem

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

*Aquest és un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)*

INTRODUCCIÓ

L'aneurisma d'aorta abdominal (AAA) és una dilatació de l'aorta en el trajecte per l'abdomen. És present en un 5-10% dels homes entre 60-79 anys i acostuma a ser asimptomàtic¹.

Es considera un AAA quan l'aorta amida més de 4 cm, i la localització més freqüent és la línia mitja per damunt del melic. En el pacient asimptomàtic acostumem a trobar-los per casualitat fent una exploració complementària per algun altre motiu o bé podem sospitar-los si palpem l'abdomen i notem una massa pulsativa.

Les causes dels aneurismes en general es podrien dividir en: malalties degeneratives, alteracions del desenvolupament i/o hereditàries (S. De Marfan, Ehlers-Danlos...), infeccions, vasculitis i traumatismes. La patologia més comuna relacionada amb aneurismes aòrtics degeneratius és l'arteriosclerosi. En un 20% hi ha un "agrupament" familiar. Al menys el 90% dels AAA presenten arteriosclerosi i la majoria estan situats per sota de les artèries renals. El risc de ruptura augmenta amb la mida de l'aneurisma: amb un diàmetre <5cm és de 1-2% als 5 a, mentre que els >5cm és de 20 a 40%. Es recomana cirurgia en els AAA asimptomàtics quan el diàmetre és >5,5 cm².

L'ecografia és la tècnica d'elecció en l'estudi de masses abdominals pulsàtil·les, sinó disposem d'ecografia podríem fer una radiologia simple

d'abdomen i ens podria aportar alguna dada que recolzés la sospita. Entre un 50-75% dels AAA es detecten com a calcificacions de la paret³.

DESCRIPCIÓ

Cas 1: Home de 69 anys amb lumbàlgies de repetició. Antecedents: HTA de llarga evolució ben controlada, cardiopatia isquèmica (IAM fa 8 anys), no diabètic, darrers anàlisi amb perfil lipídic correcte (LDL 72). Fins ara els episodis de lumbago milloraven amb repòs i quatre dies d'antiinflamatoris, però aquesta vegada no. Explica un dolor que sembla mecànic (empitjora amb el moviment i amb alguna posició, no desperta) però ja porta més de 3 setmanes ha pres antiinflamatoris de manera irregular 7 dies i ho ha deixat i ara està una mica preocupat. Exploració: dolor en apòfisis espinoses lumbars, reflexos presents i simètrics, Lasségue i Bragard negatius, fem pla de tractament: ibuprofè 600 mg/8h + escalfor + repòs relatiu i li demanem una radiografia (Rx) de columna lumbar (fig 1) en la que observem unes calcificacions en Aorta abdominal, suggestives de gran AAA, i després és confirmada per ecografia abdominal.

Cas 2: Home 65 anys, amb formigueig a la cara externa de la cuixa, que ens explica que de tant en tant s'automedica per lumbàlgies de repetició. No ha consultat mai per

aquest motiu, encara que hi ha un antecedent traumàtic previ (va caure per les escales al sortir de casa fa 5 mesos, però com podia caminar encara que li feia mal, no va consultar. Com a antecedents destaquem: HTA, dislipèmia, obesitat. Exploració: Lassége i Bragard negatius, hiperestèsia en cara lateral de la cuixa. Explica també que com que camina menys pel dolor ha guanyat pes (6 kg) en els darrers mesos. Diagnòstic: meràlgia parestèsica. Aconsellem dieta, reduir pes i se sol·licita Rx de columna lumbar (donat l'antecedent traumàtic i els episodis de lumbàlgies posteriors): s'observa unes calcificacions suggestives d'AAA que es confirmen per ecografia.

Ambdós casos foren derivats a cirurgia vascular. On els van realitzar un AngioTAC: en el cas 1 va demostrar un AAA infrarenal de 76mm, que en aquest moment resta pendent de cirurgia, ja que tenia una mida superior a 55mm. En el cas 2 es va observar un AAA infrarenal de 48mm (figura 2), que ha de seguir control ecogràfic ja que de moment no és tributari d'intervenció i seguir control dels factors de risc. La meràlgia parestèsica s'ha resolt després de perdre pes.

DISCUSSIÓ

Hem descrit dos casos d'homes hipertensos per història amb antecedents prou comuns de cardiopatia i/o dislipèmia i obesitat que són força freqüents en la consulta del metge de família i que consulten per uns símptomes també freqüents com

són: la lumbàlgia de repetició i la meràlgia parestèsica.

Habitualment aquestes patologies es resolen amb més o menys èxit amb tractament uns analgèsic i/o anti-inflamatori, però en alguns casos hi pot haver un altra causa subjacent. Per tant, la pregunta que ens caldria fer és: hem de pensar que hi podria haver un AAA quan ens consulten homes hipertensos de més de 60 anys? Hauríem de fer *screening*?

Revisant la bibliografia trobem que hi ha alguns estudis que ens diuen que s'hauria de fer *screening* poblacional als homes de més de 65 anys donada la prevalença (4-8%) entre els homes d'aquesta franja d'edat i ho consideren cost-efectiu⁴⁻⁸. Una revisió de la Cochrane (2008) conclou que hi ha proves d'una reducció significativa en la mortalitat per AAA en homes de 65 a 79 anys sotmesos a cribratge ecogràfic, no així en dones. La relació entre el cost i l'efectivitat pot ser acceptable, però es necessita un major anàlisi d'experts.

En aquests dos pacients va ser casualitat, o millor dit: els aneurismes "ens els vam trobar" al fer una radiologia simple, tant senzill com una radiografia va fer possible que un pacient asimptomàtic amb un aneurisma amb risc de ruptura podés gaudir d'una cirurgia programada i evitar així una ruptura espontània, potser sí que aquí aquesta exploració radiològica podríem afirmar que va ser prou "cost-eficient"!

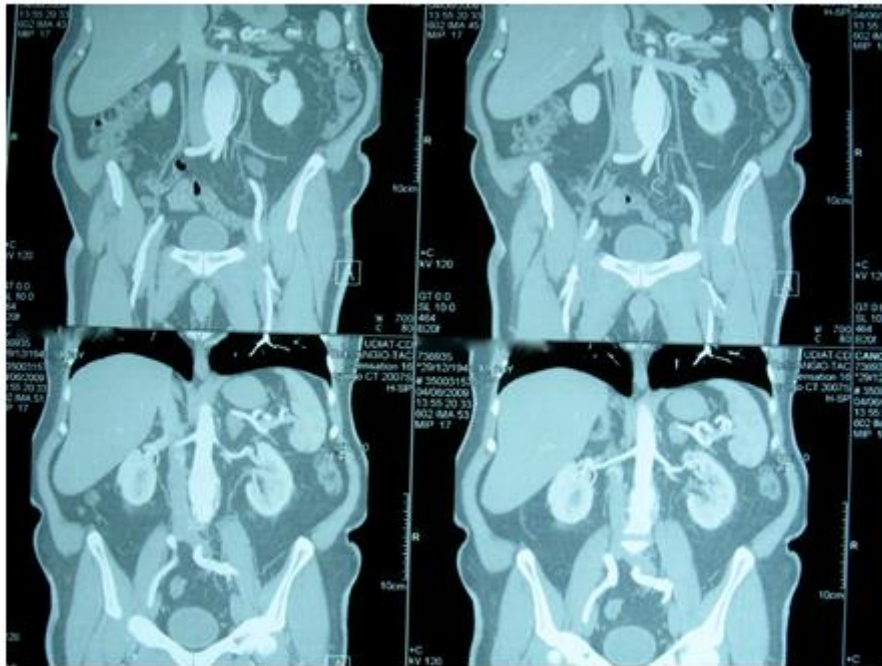
Finalment dir que és important que des de primària sospitem i detectem casos d'AAA asimptomàtics en pacients amb

HTA i signes d'arteriosclerosi (coronària, cerebral, o perifèrica).

Figura 1: Radiografia columna Lumbar perfil: imatge de calcificacions que perfila la imatge d'un gran AAA



Figura 2: AngioTAC: AAA infrarenal de 76mm



BIBLIOGRAFIA

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,
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. Søgaard 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.