



CARTAS CIENTÍFICAS

Tratamiento diferido de la trombosis aguda del aneurisma de aorta infrarrenal: caso clínico y revisión de la literatura[☆]

Delayed treatment of acute thrombosis of an infrarenal aortic aneurysm: A clinical case and a review of the literature

E. Fraga Muñoz^{*}, C. Gallego Ferreiroa, I.M. López Arquillo, J.M. Encisa De Sá y A. Rosendo Carrera

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Xeral-Cies, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, Pontevedra, España

Recibido el 20 de junio de 2011; aceptado el 25 de julio de 2011
Disponible en Internet el 25 de octubre de 2011

La trombosis aguda del aneurisma de aorta abdominal (AAA) es un fenómeno muy poco frecuente, con 47 casos publicados^{1,2}. Se asocia a una alta mortalidad que oscila entre un 50 y un 60% en las series publicadas²⁻⁴.

Se trata de un paciente de 71 años que comienza con dolor intenso en las caderas y en los miembros inferiores, asociado a un episodio compatible con un cuadro de hipotensión arterial. El dolor asociado a frialdad y parestesias de miembros inferiores va disminuyendo progresivamente.

Como antecedentes personales destacan el tabaquismo activo, hipertensión arterial, dislipemia e hiperuricemia. El paciente era portador de un aneurisma de aorta infrarrenal de 3,45 cm de diámetro, asociado a ateromatosis ilíaca, por lo que era seguido en consultas externas (fig. 1).

A la exploración física se observa palidez de miembros inferiores, frialdad, retraso del relleno venocapilar, sin signos de infarto músculo-cutáneo con sensibilidad y motilidad conservadas. A la palpación el paciente presenta ausencia de pulsos a todos los niveles. La exploración abdominal es anodina.

Se solicita angiotomografía computarizada (angio-TAC) evidenciando la trombosis del aneurisma de aorta que presenta un diámetro máximo de 4,4 cm. La oclusión se localiza distal a la salida de ambas arterias renales hasta la bifurcación de ambas ilíacas comunes. Existe abundante circulación colateral a expensas de vasos de la pared abdominal (fig. 2).

Ante dichos hallazgos, y ante la perspectiva de una cirugía aórtica abierta, se decide diferir el tratamiento 24 horas realizando una preparación prequirúrgica (enemas de limpieza del tracto digestivo y reserva de sangre) y estudio preoperatorio completo, incluido el cardiológico, con el fin de optimizar al paciente.

Durante la cirugía se observa la trombosis completa del mismo, y se realiza un *by-pass* aortobifemoral con prótesis de Dacron 16 × 8 mm. En primer lugar se realiza un clampaje suprarrenal para proceder a la extracción del trombo localizado a este nivel, para posteriormente realizar un clampaje infrarrenal y proseguir la cirugía.

El postoperatorio inmediato transcurrió sin incidencias, con recuperación de pulsos distales en ambos miembros inferiores, y es dado de alta ambulatoria al décimo día postoperatorio. Al año de seguimiento el paciente se encuentra asintomático y con presencia de pulso pedio bilateral.

La trombosis aguda de un aneurisma de aorta abdominal es una complicación poco frecuente, con una incidencia entre el 0,7 y el 2,8%²⁻⁵ de los AAA y una mortalidad entre el 46 y el 59%^{1-3,5}. El primer caso publicado data de 1959⁶. En

[☆] Este artículo fue presentado en forma de caso clínico en la X Reunión Galaico-Duriense de Angiología y Cirugía Vascular. Laias-Ourense, 12 de febrero de 2011.

^{*} Autor para correspondencia.

Correo electrónico: edu.fraga.m@gmail.com (E. Fraga Muñoz).

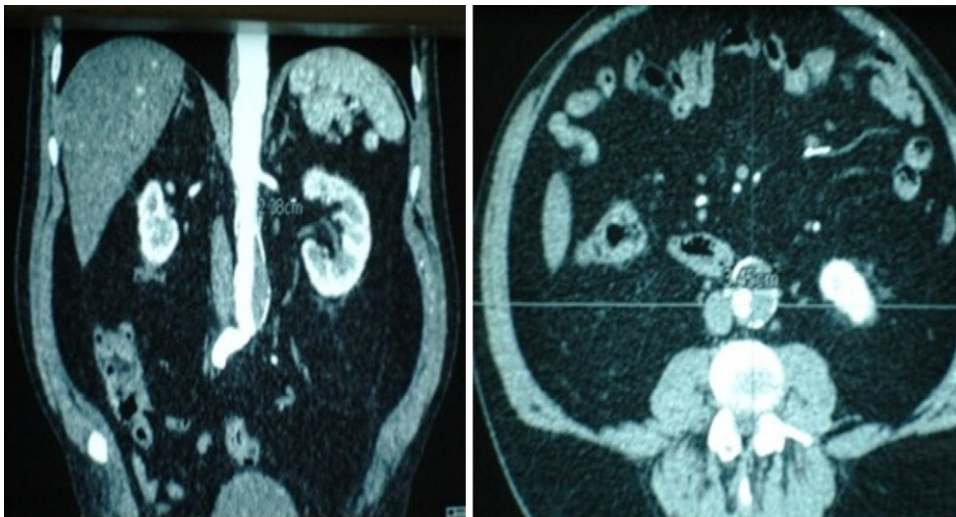


Figura 1 Angio-TAC previo: Aneurisma aorta abdominal infrarrenal de 3,45 cm.

1961 Jannetta y Roberts⁷ realizaron exitosamente el primer *by-pass* aortobifemoral en un paciente con una trombosis aguda de un AAA.

Esta patología ha sido relacionada con la presencia simultánea de un aneurisma de pequeño tamaño y patología ilíaca oclusiva^{1,2}. Además se han descrito otros factores que puede desencadenarla, como la manipulación quirúrgica^{2,3,7}, traumatismos^{2,3,8}, fiebre, enfermedad tromboembólica^{2,3}, deshidratación^{2,3}, policitemia^{2,3}, estados de hipercoagulabilidad, hipotensión, fibrilación auricular, neoplasias, hemorragia intraplaca y rotura aneurismática. En nuestro caso el aneurisma era de 4,4 cm de diámetro máximo asociado a ateromatosis ilíaca, y el cuadro fue desencadenado tras un episodio de hipotensión brusca.

En cuanto a la clínica, la mayoría de los pacientes presentan síntomas de isquemia aguda severa en los miembros inferiores. El fallo renal por progresión del trombo a las arterias renales está descrito en varias publicaciones^{1,2}.

En nuestro caso el paciente comenzó con un dolor brusco, frialdad y parestesias en ambos miembros inferiores. El dolor

fue disminuyendo hasta presentarse solo con la deambulación, lo cual podría explicarse por la abundante circulación colateral que se objetiva en la prueba de imagen, que compensó el cuadro de isquemia aguda de miembros inferiores.

El diagnóstico de esta entidad es difícil, por lo que es necesario solicitar una prueba de imagen; cabe destacar la angio-TAC, con una alta sensibilidad y especificidad, que proporciona información útil acerca de las características del aneurisma y de la extensión del trombo.

La resección del aneurisma seguida de reconstrucción aórtica mediante injerto protésico es el tratamiento de elección. La mortalidad de este procedimiento ha disminuido desde 1980, situándose en el 45%. Las causas más frecuentes de muerte son las alteraciones cardíacas y el fracaso renal agudo. El *by-pass* extraanatómico (axilobifemoral) es una alternativa aceptada en pacientes de alto riesgo quirúrgico. Sin embargo, a largo plazo presenta más complicaciones de trombosis, e incluso una tasa de rotura aórtica tardía en torno al 15%². Debido a esto los pacientes tratados mediante un *by-pass* extraanatómico deben seguir un estricto control.



Figura 2 Angio-TAC: Aneurisma aórtico trombosado a nivel infrarrenal con recanalización en bifurcaciones ilíacas. Diámetro máximo del aneurisma aórtico 4,4 cm.

La intervención quirúrgica suele realizarse de forma inmediata tras el diagnóstico. En nuestro caso se decidió diferir el tratamiento por la compensación clínica del paciente, priorizando la optimización del enfermo.

La trombosis aguda es una rara forma de presentación del aneurisma de aorta infrarrenal, con una mortalidad perioperatoria en torno al 50%. El diagnóstico precoz y una rápida intervención han contribuido a disminuir la tasa de complicaciones. Sin embargo, en casos seleccionados como el nuestro, el tratamiento puede diferirse permitiendo una optimización del estado basal del paciente con el objetivo de mejorar los resultados de la cirugía.

Bibliografía

1. Hirose H, Takagi M, Hashiyada H, Miyagawa N, Yamada T, Tada S, et al. Acute occlusion of an abdominal aortic aneurysm: Case report and review of the literature. *Angiology*. 2000;21:515-23.
2. Suliman AS, Raffetto J, Seidman CS, Menzoian JO. Acute thrombosis of Abdominal Aortic Aneurysms: Report or two cases and review of the literature. *Vasc Endovascular Surg*. 2003;37: 71-5.
3. Bogie R, Willigendael EM, de Booi M, Meesters B, Teijink JAW. Acute thrombosis of an abdominal aortic aneurysm: A short report. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2008;35:590-2.
4. Corson JD, Brewster DC, Darling RC. The surgical management of infrarenal aortic occlusion. *Surg Gynecol Obstet*. 1982;155:369-72.
5. Johnson JM, Gaspar MR, Movius HJ, Rosental JJ. Sudden complete thrombosis of aortic and iliac aneurysms. *Arch Surg*. 1974;108:792-4.
6. Shumacker Jr HB. Surgical treatment of aortic aneurysms. *Postgrad Med*. 1959;25:535-48.
7. Jannetta PJ, Roberts B. Sudden complete thrombosis of an aneurysm of the abdominal aorta. *N Engl J Med*. 1961;264:434-6.
8. Criado FJ. Acute thrombosis of abdominal aortic aneurysm. *Tex Heart Inst J*. 1982;9:367-71.