



CARTAS CIENTÍFICAS

Aneurisma de aorta abdominal trombosado

Thrombosed abdominal aortic aneurysms

A. Bravo Molina*, S. Lozano Alonso, J.P. Linares Palomino, M. Guillén Fernández y E. Ros Díe

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

Paciente mujer de 55 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial de larga evolución y mal control, tabaquismo de más de 20 cigarrillos al día, dislipemia, hernia discal, neurinoma del acústico intervenido con parálisis facial residual derecha y pérdida de audición por oído derecho, y fractura de calcáneo por caída, intervenida quirúrgicamente en 3 ocasiones.

Acude al servicio de urgencias por clínica de isquemia aguda en miembro inferior derecho de 6 h de evolución, con dolor, frialdad y parestesias que se instauraron súbitamente.

Previamente presentaba clínica sugestiva de claudicación glútea de años de evolución, habiendo sido diagnosticada de artrosis, osteoporosis y recibido diversos tratamientos sin mejoría.

A la exploración presenta obliteración proximal bilateral, con palidez y enlentecimiento del relleno capilar en pie derecho. Masa pulsátil periumbilical. Soplo sistólico eyectivo. Analítica con parámetros dentro de la normalidad. Se le realiza una ecografía Doppler y una tomografía computarizada con contraste intravenoso (fig. 1), en las que se visualiza aneurisma de aorta abdominal (AAA) infrarrenal de 43 mm de diámetro, trombosado, con ausencia de flujo a su través.

Se interviene con carácter urgente bajo anestesia general, realizándose un *bypass* aortobifemoral de dacrón de 14 x 7 mm. De dentro del saco del aneurisma se extrae un trombo antiguo, con zona de trombo fresco en el centro que ocupa toda la luz (fig. 2), y en el eje ilíaco izquierdo se visualiza trombosis antigua (motivo por el cual posiblemente la isquemia en esa pierna estaba mejor tolerada).

Posteriormente permanece ingresada en la unidad de cuidados intensivos durante 2 días, y 6 días más en la planta. Recupera pulso pedio izquierdo y poplíteo sin distales derecho, con excelente relleno capilar. Índice tobillo/brazo de 0,92 derecho y 0,95 izquierdo. Es estudiada por cardiología, diagnosticándosele de estenosis aórtica, pendiente de cirugía valvular. Al alta se deja con tratamiento con ácido acetilsalicílico 100 mg y anticoagulación durante 1 mes, tras el cual se mantiene solamente la antiagregación.

En la revisión en consulta al mes y a los 4 meses refiere parestesias en miembro inferior derecho y dolor de tipo neurológico. Mantiene pulso pedio izquierdo y poplíteo, sin distales derecho.

La trombosis aguda de un AAA es una complicación rara pero devastadora. La incidencia en las series publicadas varía del 0,7 al 2,8% de los aneurismas tratados quirúrgicamente (y desde 1959 este sería el caso número 11 reportado en la literatura de trombosis de un aneurisma en una mujer). La tasa de mortalidad varía del 49 al 56%¹. La alta mortalidad de la trombosis de los AAA se puede atribuir a la baja detección. Muchos factores parecen estar asociados con la trombosis de los AAA, y se ha descrito manipulación quirúrgica, traumatismo, fiebre, enfermedad tromboembólica, deshidratación, hipercoagulabilidad, hipotensión, fibrilación auricular, neoplasia, hemorragia intraplaca, enfermedad oclusiva de la arteria ilíaca y ruptura del aneurisma de aorta abdominal².

En este caso, la historia de claudicación glútea junto con el hallazgo de imagen de trombosis antigua en la ilíaca izquierda hace pensar que esté relacionado con la posterior trom-

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alejandritabravo@gmail.com (A. Bravo Molina).

Figura 1 TAC con contraste que muestra el aneurisma de aorta abdominal trombosado.

bosis del aneurisma. Varios estudios reportan que la combinación de aneurismas relativamente pequeños y enfermedad oclusiva severa puede llevar a la trombosis aguda de un AAA³.

La mayoría de los pacientes se presentan con síntomas isquémicos de los miembros inferiores incluyendo dolor progresivo, parestesias, frialdad y ausencia de pulsos. Los aneurismas no eran pulsátiles en el momento de presentación debido a la oclusión total, pero el pulso transmitido se podía palpar³.

En este caso, la combinación de la clínica de isquemia aguda con ausencia de pulsos en ambas piernas y la palpación de masa pulsátil abdominal hizo posible un diagnóstico y, asimismo, un tratamiento rápidos.

El tratamiento inicial consiste en anticoagulación, pero el manejo es finalmente quirúrgico⁴. El tratamiento utilizado más frecuentemente ha sido la cirugía de revascularización mediante *bypass* abierto, y se debería intentar la reparación ortoanatómica definitiva. Finalmente, el éxito reciente de las técnicas endovasculares puede disminuir la alta tasa de mortalidad asociada con el tratamiento quirúrgico de esta patología en el futuro⁴.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes



Figura 1 Trombo extraído del interior del aneurisma.

incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Suliman AS, Raffetto J, Seidman CS, Menzoian JO. Acute thrombosis of abdominal aortic aneurysms—report of two cases and review of the literature. *Vasc Endovasc Surg*. 2003;37:71-5.
2. Bogeir R, Willingendael EM, De Booij M, Meesters B, Teijink JA. Acute thrombosis of an abdominal aortic aneurysm: a short report. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2008;35:590e-2e.
3. 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;51:515-23.
4. Wong SS, Roche-Nagle G, Oreopoulos G. Acute thrombosis of an abdominal aortic aneurysm presenting as cauda equina syndrome. *J Vasc Surg*. 2013;57:218-20.