

Varón de 68 años con aneurisma de aorta ascendente

M. Prats y J. Mercé

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. España.

Caso clínico

Se trata de un paciente varón de 68 años, exfumador, con antecedentes de tuberculosis en la juventud e hipertensión arterial de reciente diagnóstico, sin tratamiento. En el estudio ambulatorio por tos seca persistente, se solicitó una tomografía axial computarizada (TAC) torácica para valoración del parénquima pulmonar, objetivándose un aneurisma en aorta ascendente de gran tamaño, por lo que se completó el estudio mediante inyección de contraste endovenoso (figs. 1-3). Se decidió ingreso para estudio etiológico y valoración terapéutica. La exploración física no mostraba alteraciones. En la radiografía de tórax se apreciaba ensanchamiento del mediastino y la analítica general era normal. Por ecocardiograma transtorácico se detectó una ligera hipertrofia ventricular izquierda. En el ecocardiograma transesofágico se observaba el aneurisma de aorta ascendente sin signos de disección, sin afectación de la válvula aórtica, y sin signos de ateromatosis en la aorta ascendente ni descendente.

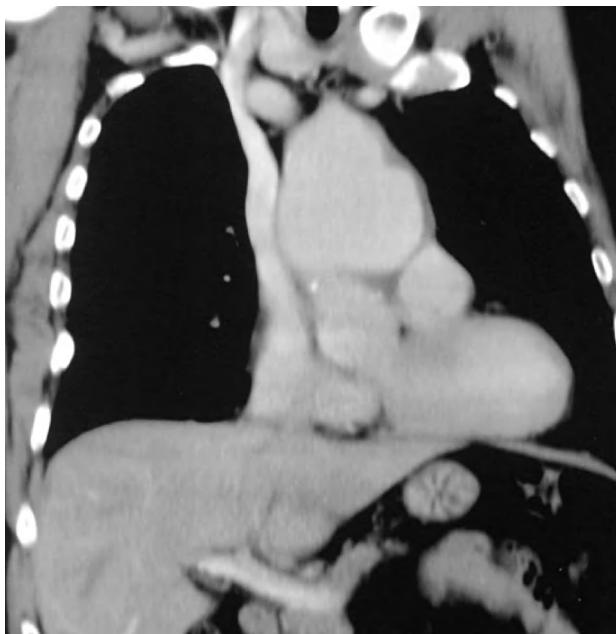


Fig. 1. Tomografía axial computarizada con contraste (angio-TAC) de tórax (corte coronal), donde se muestra un aneurisma de aorta torácica ascendente de 8 cm.



Fig. 2. Tomografía axial computarizada con contraste (angio-TAC) de tórax (corte sagital). Aneurisma sacular de aorta ascendente parcialmente trombosado.

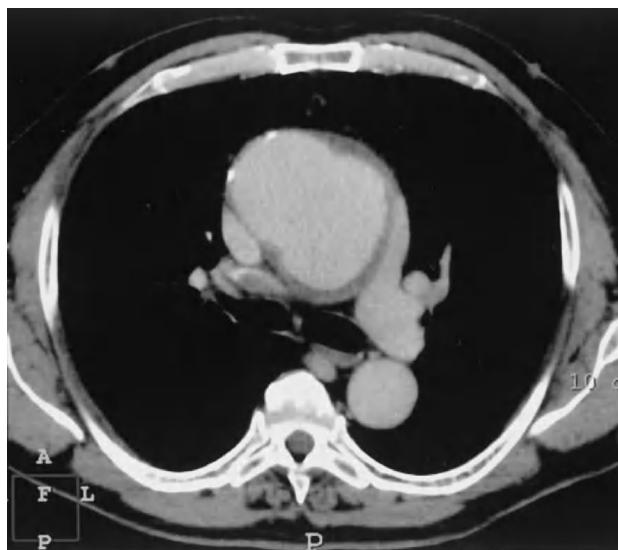


Fig. 3. Tomografía axial computarizada con contraste (angio-TAC) de tórax (corte axial). Aneurisma de aorta torácica que provoca compresión extrínseca de la arteria pulmonar derecha que parece estar trombosada.

Evolución y diagnóstico

Durante el ingreso el paciente permaneció asintomático. Ante las características radiológicas del aneurisma, su localización y la ausencia de signos de aterosclerosis asociada, se solicitó serología luética, siendo tanto las pruebas treponémicas (FTA) como las no treponémicas (RPR) positivas. Ante dicho resultado, se practicó una TAC craneal y una punción lumbar que descartó neurolúes, y se administró tratamiento antibiótico con 3 dosis de penicilina benzatina 2,4 millones de unidades intramusculares. Fue intervenido quirúrgicamente, realizándose resección del aneurisma y sustitución de la aorta torácica ascendente y del hemiarcón inferior por un injerto tubular de dacrón. La evolución postoperatoria ha sido favorable.

Comentario

Los aneurismas de aorta torácica pueden afectar a cualquiera de sus segmentos ^{1,2}, localizándose con mayor frecuencia en la aorta ascendente (60%), seguidos de aorta descendente (40%) y por último arco aórtico (10%). Los aneurismas por aterosclerosis suelen afectar a la aorta descendente. Otras etiologías, como la forma familiar o la asociada a aorta bicúspide, ocasionan degeneración de la capa media ^{3,4} y afectan preferentemente a la ascendente. Aunque infrecuentes, otras causas que deben contemplarse en el diagnóstico dife-

rencial son el síndrome de Marfan, la disección aórtica, traumatismos torácicos, el síndrome de Turner y las aortitis inflamatorias. Entre estas últimas se incluyen la enfermedad de Takayasu, la arteritis de células gigantes, la espondilitis anquilosante y la sífilis terciaria.

La sífilis es una infección causada por *Treponema pallidum*. El estadio terciario lo desarrollan el 25-40% de los infectados no tratados y aparece entre 15-30 años tras la infección inicial. La afectación cardiovascular por sífilis fue tiempo atrás una enfermedad relativamente frecuente, pero hoy en día es un diagnóstico infrecuente en nuestro medio ⁵. La afectación cardiovascular ocasiona aneurismas de aorta, calcificación de la pared aórtica, insuficiencia aórtica y estenosis coronarias que suelen afectar al *ostium* ^{2,6,7}. El diagnóstico de esta etapa de la sífilis se realiza mediante serología. Las pruebas no treponémicas (VDRL/RPR) se utilizan como cribaje y su positividad sugiere infección activa ²; las treponémicas (FTA), altamente específicas, se utilizan como prueba confirmatoria y permanecen positivas incluso después de la curación.

El aneurisma sifílico se distingue del aterosclerótico por su localización preferentemente en aorta ascendente, siendo rara la afectación de la descendente y abdominal, y por tener un aspecto a menudo sacular en vez de fusiforme ². Dichos aneurismas producen manifestaciones clínicas ⁷, que son inespecíficas, en tan solo el 5-10% de los pacientes, y raramente signos como edema facial y de extremidades superiores, distensión de venas del cuello o asimetría de pulsos. Algunos de estos signos y síntomas pueden aparecer por compresión de la vena cava superior, arteria pulmonar derecha o el bronquio derecho. El pronóstico de estos pacientes es pobre, con una expectativa de vida desde la aparición de los síntomas de 6-9 meses, con una mortalidad a los 2 años desde el diagnóstico del 80%, siendo la ruptura a estructuras vecinas o la neumonía obstructiva las principales causas de muerte. El tratamiento debe ser mixto: tratamiento antibiótico para erradicar la infección y tratamiento quirúrgico del aneurisma para evitar sus complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Isselbacher EM. Thoracic and abdominal aortic aneurysms. *Circulation*. 2005;111(6):816-8.
2. Revesz M, Decaux O, Frouget T, Cazalets C, Cadot B, Jégo P, et al. Les aortites syphilitiques. Expérience d'un service de médecine interne. *Rev Med Interne*. 2006;27(1):16-20.
3. Kimura F, Satoh H, Sakai F, Nishii N, Thohda J, Fujimura N. Computed tomographic findings of syphilitic aortitis. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2004;27:179-81.
4. Frank MW, Mehlman DJ, Tsai F, Lomasney JW, Joob AW. Syphilitic aortitis. *Circulation*. 1999;100(14):1582-3.
5. Ibarra V, Oteo JA. Syphilis again? *Med Clin (Barc)*. 2003;120(8):295-6.
6. Heggvet H. Syphilitic aortitis. A clinicopathologic autopsy study of 100 cases, 1950 to 1960. *Circulation*. 1964;29:346-55.
7. Jackman JD Jr, Radolf JD. Cardiovascular syphilis. *Am J Med*. 1989;87:425-33.