

# Diseción aórtica infrarrenal espontánea

A. Arroyo Bielsa, C. Aparicio Martínez, M. Gutiérrez Baz y J. Guilleuma Aregay  
Servicio de Cirugía. Hospital Nuestra Señora de Alarcos. Ciudad Real.

### Resumen

En la clasificación de Dubost, la diseción abdominal representa del 1 al 2% de todas las disecciones aórticas, cuadro clínico aún más infrecuente si excluimos las causas iatrogénica y postraumática. Relatamos el caso de un paciente con diseción aórtica espontánea iniciada a nivel infrarrenal, con afectación visceral y renal de manera retrógrada. Tras un análisis exhaustivo de la bibliografía, podemos decir que ésta es una forma rara de presentación clínica.

**Palabras clave:** *Diseción aórtica abdominal. Diseción retrógrada. Isquemia mesentérica.*

(*Cir Esp* 2001; 69: 182-184)

### SPONTANEOUS DISSECTION OF THE INFRARENAL AORTA

According to Dubost's classification, abdominal dissections account for between 1% and 2% of all aortic dissections. This clinical picture is even more infrequent if iatrogenic and post-traumatic causes are excluded. We report the case of a patient with spontaneous dissection of the infrarenal aorta with retrograde visceral and renal involvement. After an exhaustive analysis of the literature, we conclude that this form of clinical presentation is rare.

**Key words:** *Abdominal aortic dissection. Retrograde dissection. Mesenteric ischemia.*

### Introducción

El fenómeno de la diseción aórtica se describió por primera vez en 1760 por Morgagni (citado por Hirst et al<sup>1</sup>), y se definió su fisiopatología en 1802 por Maunoir (citado por Anagnostopoulos<sup>2</sup>). La diseción aórtica abdominal, y más concretamente infrarrenal, es un fenómeno raro, sobre todo si se presenta de forma espontánea. Relatamos un caso clínico y realizamos una revisión bibliográfica, con el objeto de descubrir similitudes entre los pocos casos publicados en la bibliografía hasta la fecha.

### Caso clínico

Varón de 75 años de edad, sin antecedentes patológicos de relevancia, llega al servicio de urgencias de nuestro hospital por dolor abdominal y lumbar de inicio brusco, de más de 6 h de evolución, acompañado de náuseas, vómitos, sudación pro-

fusa y pérdida de conocimiento de unos segundos de duración. En la analítica de urgencias presentaba: creatinina 2,2 mg/dl, GOT 2.096 µl/l, GPT 1.346 µl/l, LDH 4.820 µl/l; el resto de parámetros analíticos eran normales. Se practicó una TC en la que destacaba la presencia de una placa calcificada en aorta abdominal infrarrenal justo antes de su bifurcación, en el centro de la luz y de aspecto disecada (fig. 1). Se realizó una arteriografía que revelaba una estenosis aórtica larga indicativa de diseción infrarrenal, con oclusión de las arterias ilíaca izquierda, mesentérica inferior, renal izquierda y mesentérica superior, y estenosis crítica de tronco celíaco (fig. 2).

El paciente fue trasladado al quirófano y se realizó una laparotomía media, evidenciándose cianosis de todo el tubo digestivo, desde el estómago hasta el sigma. La aorta infrarrenal tenía un aspecto azulado en su cara anterolateral izquierda como consecuencia de la diseción. Ésta se iniciaba en una placa calcificada situada 1 cm por encima de la bifurcación aórtica. La diseción se extendía por el eje ilíaco izquierdo, y retrógradamente de forma ascendente. Practicamos un *bypass* aortobilíaco con prótesis de dacron de 14 × 7, con anastomosis proximal término-terminal para sellado de la luz falsa, y un *bypass* aortomesentérico retrógrado desde el cuerpo del injerto aórtico. Tras la revascularización mesentérica, estómago, duodeno y yeyuno recuperaron el color sonrosado, y solamente se detectaba una mejoría parcial parcheada en el ileon y el intestino grue-

Correspondencia: Dr. A. Arroyo Bielsa.  
Urbanización San Luis. Bloque 14, 2.º A. 40100 San Ildefonso. Segovia.

Aceptado para su publicación en junio del 2000.



Fig. 1. TC abdominal que revela la presencia de una placa aterosclerótica calcificada en el centro de la luz de la aorta infrarrenal.

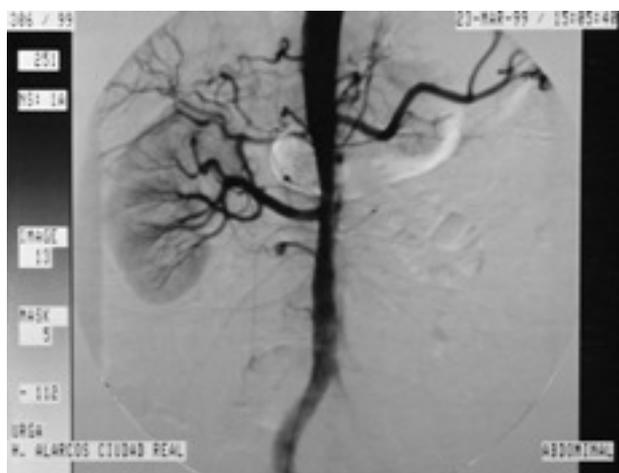


Fig. 2. Imagen arteriográfica de disección aórtica infrarrenal con extensión distal por eje ilíaco izquierdo, y extensión proximal con oclusión de las arterias mesentérica inferior, renal izquierda y mesentérica superior.

so. Valorado por el servicio de cirugía general, se decidió cerrar la laparotomía con vistas a un *second-look* en 24-48 h. Ya en las primeras horas del postoperatorio se produjo un deterioro progresivo del estado general del paciente con inestabilidad hemodinámica grave y fiebre, falleciendo a las 36 h en situación de fallo multiorgánico y shock séptico.

## Discusión

La primera clasificación de las disecciones aórticas con amplia aceptación corresponde a De Bakey<sup>3</sup>, y está basada en la localización y extensión de la disección. Ni ésta ni la posterior clasificación de Stanford de 1970<sup>4</sup> incluyen las disecciones iniciadas en la aorta abdominal. Es en la clasificación de Dubost donde la disección abdominal aparece reflejada como Grupo D<sup>5</sup>. Este tipo de disecciones fue inicialmente descrito por Shekelton en 1822<sup>6</sup>, y representan aproximadamente del 2 al 4% de todas las disecciones aórticas<sup>7</sup>. Tomando como referencia diversos es-

tudios de autopsias, en la serie de Roberts<sup>8</sup>, por ejemplo, la disección aórtica abdominal representa el 1,1% de pacientes con disección aórtica espontánea (2 de 182 autopsias). Hallazgos similares tiene Larson<sup>9</sup>, con 2 de 161 autopsias (1,2%).

El caso presentado y la revisión que nos ocupa se refieren a disecciones espontáneas. No vamos a considerar las disecciones aórticas abdominales de origen iatrogénico ni postraumático.

Graham et al<sup>10</sup> aportan cuatro nuevos pacientes en 1988 a una revisión bibliográfica de 43 casos de disección aórtica abdominal publicados hasta la fecha. De los 47, siete son iatrogénicos y siete postraumáticos; el resto (33) son espontáneos. Aunque no se conoce el punto exacto del desgarramiento intimal de los 33 casos, se puede decir que 14 son infrarrenales.

Atendiendo al modo de presentación clínica, la mayoría de los casos (9/14-64%) se iniciaron de forma aguda. Y al igual que el caso que hemos relatado nosotros, 6 de ellos se presentaron con dolor abdominal o lumbar como síntoma más característico. Sólo en 4 casos se reflejaba, como en nuestro paciente, algún grado de isquemia de miembros inferiores, generalmente por progresión ilíaca de la disección. Los cuadros crónicos habitualmente se diagnostican de forma casual o por desarrollo de un aneurisma.

Tras una búsqueda exhaustiva en la bibliografía, podemos afirmar que no se ha descrito un caso similar al presentado, con oclusión renal y visceral múltiple por progresión retrógrada de la disección. De los 14 casos de disección infrarrenal de la serie de Graham<sup>10</sup>, sólo en 2 existe afectación visceral, y se refiere siempre a la arteria mesentérica inferior<sup>11,12</sup>. Analizando todos los casos conocidos de disección aórtica infrarrenal espontánea, incluido el nuestro, hacen un total de 31: 14 de la revisión de Graham, 6 de los 7 casos de la serie de Becquemin<sup>13</sup>, dos de Roberts<sup>8</sup>, 4 de los 5 pacientes de Van Maele<sup>14</sup>, dos de Ferko<sup>15</sup>, uno de Carreño<sup>16</sup> y uno de Snow<sup>17</sup>. Solamente existe afectación visceral y/o renal en 4 pacientes (12%), 3 casos de afectación aislada de arteria mesentérica inferior y el paciente presentado en esta revisión, con oclusión retrógrada múltiple.

El caso de Snow<sup>17</sup> está incluido en una revisión publicada por Sakai sobre 6 casos de disección aórtica abdominal con progresión retrógrada hasta la aorta torácica<sup>18</sup>, pero sólo el paciente publicado por Snow es de origen infrarrenal. Habitualmente, el origen de una disección retrógrada hasta la aorta torácica suele encontrarse a nivel suprarrenal<sup>19</sup>.

La presentación clínica aguda y la afectación visceral aparecen en nuestro paciente. Estos dos factores, junto con la rotura y la localización suprarrenal, son datos de mal pronóstico<sup>10</sup>. En algunos casos de disecciones infrarrenales, fundamentalmente si se controla el dolor, no existe isquemia visceral o de miembros inferiores, ni degeneración aneurismática, la actitud conservadora puede ser acertada<sup>14</sup>. Es decir, se trata de un manejo terapéutico similar al que se ofrece a las disecciones de aorta torácica tipo B. Pero esta actitud obliga a una vigilancia posterior importante. La posibilidad de desarrollar un aneurisma posdisección según Kieny es del 30-40%, y aproximadamente una tercera parte de estos aneurismas pueden romperse<sup>20</sup>. Como curiosidad podemos mencionar un caso descrito en el que la rotura se presentó como fístula aortoentérica primaria.

En casos de desarrollo de aneurisma, afectación visceral y/o rotura, el tratamiento quirúrgico parece el más apropiado. Hay casos descritos de reparación endovascular<sup>15</sup>, sobre todo en disecciones de etiología postraumática o iatrogénica<sup>21,22</sup>, pero en ninguno de ellos existía afectación visceral.

## Bibliografía

1. Hirst AE, Johns VJ, Kime SW. Dissecting aneurysm of the aorta: a review of 505 cases. *Medicine* 1958; 37: 217-279.
2. Anagnostopoulos CE, Prabhakar MJS, Kittle CF. Aortic dissections and dissecting aneurysms. *Am J Cardiol* 1972; 30: 263-273.
3. De Bakey ME, Henly SW, Cooley DA, Morris GC, Crawford ES, Beall AC. Surgical management of dissecting aneurysms of the aorta. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1965; 49: 130-144.
4. Daly PO, Trueblood HW, Stinson EB, Wuerflein RO, Shumway NE. Management of acute aortic dissections. *Ann Thorac Surg* 1970; 10: 237-246.
5. Dubost CH, Guilmet D, Soyer R. *La chirurgie des anévrysmes de l'aorte*. París: Masson, 1970; 248.
6. Shekelton J. Dissections and aneurysm. *Dublin Hosp Rep* 1822; 3: 231-240.
7. Gore I, Seiwart VJ. Dissecting aneurysm of the aorta. *Arch Pathol* 1952; 53: 121-141.
8. Roberts CS, Roberts WC. Aortic dissection with the entrance tear in abdominal aorta. *Am Heart J* 1991; 121: 1834-1835.
9. Larson EW, Edwards WD. Risk factors for aortic dissection: a necropsy study of 161 cases. *Am J Cardiol* 1984; 53: 849-855.
10. Graham D, Alexander JJ, Franceschi D, Rashad F. The management of localized abdominal aortic dissections. *J Vasc Surg* 1988; 8: 582-591.
11. Ludin H, Waibel P, Scheidegger S. Medionecrotic dissecting aneurysm of the abdominal aorta. *Acta Radiol (Stockh)* 1961; 55: 177-185.
12. Cormier JM, Benhamida F. Hématomes disséquants de l'aorte abdominale sous-rénale. *Nouv Presse Med* 1977; 6: 2137-2141.
13. Becquemin J-P, Deleuze P, Watelet J, Testard J, Melliere D. Acute and chronic dissections of the abdominal aorta: Clinical features and treatment. *J Vasc Surg* 1990; 11: 397-402.
14. Vanmaele RG, De Bock L, Van Schil PE, Ysebaert DK, Willocx PM, Couttenye MM et al. Limited acute dissections of the abdominal aorta. Report of five cases. *J Cardiovasc Surg* 1992; 33: 298-304.
15. Ferko A, Krajina A, Jon B, Lesko M, Voboril Z, Zizka J. Dissection of the infrarenal aorta treated by stent graft placement. *Eur Radiol* 1998; 8: 298-300.
16. Carreño JA, Llana JM, Álvarez LJ, Menéndez MA, Rodríguez-Olay J, Vallina M et al. Spontaneous acute abdominal aortic dissection. *Ann Vasc Surg* 1998; 12: 373-378.
17. Snow N. Hemopericardium from retrograde dissection of an abdominal aortic aneurysm. *Am Surg* 1980; 46: 589-592.
18. Sakai T, Miki SH, Ueda Y, Tahata T, Ogino H, Morioka K et al. Spontaneous retrograde dissection of the entire aorta originating in the abdominal aorta. *J Cardiovasc Surg* 1998; 39: 25-30.
19. Baumgartner F, Omari B, Donayre C. Suprarrenal abdominal aortic dissection with retrograde formation of a massive descending thoracic aneurysm. *J Vasc Surg* 1998; 27: 180-182.
20. Kieny R, Charpentier A, Gasser B. Anatomie pathologique des anévrysmes de l'aorte abdominale sous-rénale. En: Kieffer E, editor. *Les anévrysmes de l'aorte abdominale sous-rénale*. París: AERCV, 1990; 35-52.
21. Johnson MS, Lalka SG. Successful treatment of an iatrogenic infrarenal aortic dissection with serial Wallstents. *Ann Vasc Surg* 1997; 11: 295-299.
22. Marty-Ané C-H, Alric P, Prudhomme M, Chircop R, Serres-Cousiné O, Mary H. Intravascular stenting of traumatic abdominal aortic dissection. *J Vasc Surg* 1996; 23: 156-161.