

Aneurisma aórtico. Una patología que se debe tener presente

Sr. Director: Los aneurismas aórticos constituyen una importante causa de mortalidad. Representan la decimotercera causa de muerte en los Estados Unidos, presentándose con más frecuencia en varones entre los 50 y los 70 años¹. Generalmente los pacientes se encuentran asintomáticos y cuando aparecen los síntomas, estos revelan la aparición de una complicación (rotura o disección) o que la misma va a ser inminente. La tríada clásica de hipotensión, dolor lumbar y masa pulsátil únicamente está presente en el 50% de los pacientes².

Presentamos a un varón de 78 años de edad que acudió a Urgencias por presentar dos episodios de dolor torácico opresivo en reposo sin cortejo vegetativo acompañante de 10 minutos de duración, con un intervalo entre uno y otro de 40 minutos, que cedió parcialmente tras la administración de cafinitrina sublingual. Como sintomatología acompañante, el paciente refería una lumbalgia de intensidad leve no irradiada sin síntomas motores ni sensitivos desde hacía unas horas que relacionaba con el reposo que había realizado durante los últimos días.

Durante la anamnesis se descubrió que el cuadro clínico comenzó 48 horas antes con episodios de dolor torácico opresivo en hemitórax izquierdo de una duración variable, de segundos a minutos, sin cortejo vegetativo acompañante y que no se relacionaban con el esfuerzo.

Se obtuvieron informes previos en los que se describían los antecedentes de hipertensión, dislipemia, diabetes, obesidad, síndrome de apnea del sueño y un síndrome coronario agudo 5 años atrás por el que se implantaron dos *stents*. La situación funcional del paciente era buena. El paciente añadió que estaba en seguimiento por el servicio de Cirugía Vascular debido a un aneurisma de la aorta torácica, desde hacía 3 años. Tras consultar la última prueba de imagen realizada unos meses antes del cuadro actual, éste medía 5,8 cm de diámetro.

La exploración física reveló una tensión arterial de 205/100 mmHg y una masa pulsátil en piso abdominal superior como hallazgos relevantes. Las maniobras exploratorias de la lumbalgia fueron normales, si bien al reinterrogar al paciente el dolor no era lumbar, sino que estaba situado a la altura de la columna torácica y no se modificaba con los movimientos ni a la palpación. No hubo diferencia de presión arterial entre ambos miembros superiores y la exploración de pulsos fue normal.

La radiografía de tórax mostró una cardiomegalia y un ensanchamiento mediastínico posterior (fig. 1). El electrocardiograma y el análisis de sangre resultaron normales.

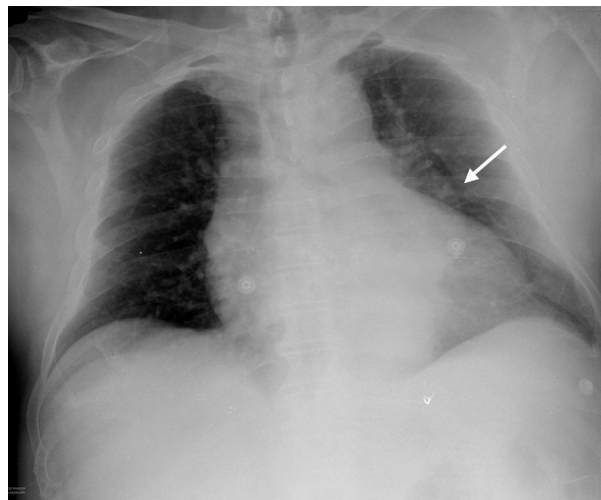


Figura 1. Radiografía de tórax que revela cardiomegalia y ensanchamiento mediastínico posterior.

Con la sospecha clínica de disección aórtica/rotura de aneurisma aórtico se realizó una tomografía computarizada (TC) (fig. 2) en la que se observó un aneurisma de la aorta torácica descendente de 6,8 cm de diámetro transversal máximo con un trombo mural excéntrico de contorno irregular y algunas imágenes que podrían sugerir la existencia de pequeñas ulceraciones. Estos hallazgos sugirieron, en conjunto, la posibilidad de rotura inminente de dicho aneurisma, sobre todo dado su rápido crecimiento. El paciente fue intervenido quirúrgicamente de forma urgente con implantación de endoprótesis aórtica.

Los principales factores de riesgo asociados a los aneurismas aórticos son tabaquismo, la edad, el sexo masculino, la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica y la dislipemia^{3,4}. El tratamiento es quirúrgico, con la finalidad de modificar la supervivencia, no la calidad de vida. Los criterios quirúrgicos son la presencia de síntomas sugerentes de complicación, un diámetro aórtico superior a 6 cm en la aorta torácica y superior a 5 cm en la aorta abdominal, un crecimiento superior a 1 cm/año y la presencia de irregularidades en la pared que sugieran debilidad^{1,5}. Consideramos que es importante conocer, en Atención Primaria, las posibles complicaciones de los aneurismas aórticos y su forma de presentación, teniendo en cuenta que no es infrecuente que simulen una lumbalgia aguda, una cialgia o un cólico renal. En la exploración física hay que prestar especial atención a la presencia de masas pulsátiles abdominales así como realizar una adecuada exploración vascular en pacientes de riesgo cuyos motivos de consulta sean los anteriormente descritos. De igual forma, la detección precoz de los aneurismas aórticos debe ser una actividad de la práctica habitual en Atención Primaria, con especial atención a varones fumadores mayores de 65 años. La palpación abdomi-



Figura 2. Tomografía computarizada torácica con contraste que muestra aneurisma de la aorta torácica descendente de 6,8 cm de diámetro transversal máximo con un trombo mural excéntrico.

nal en pacientes varones mayores de 65 años y fumadores es útil para detectar aneurismas de aorta abdominal mayores de 5 cm. La palpación abdominal es una prueba segura y no existen datos de rotura del aneurisma. La ecografía abdominal, la TC o la resonancia magnética nuclear son técnicas útiles para el diagnóstico de los aneurismas abdominales aórticos. Por su menor coste, para el cribado es de elección la ecografía abdominal.

A.L. AGUILAR-SHEA Y C. GALLARDO-MAYO

Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Patel HJ, Deeb GB. Ascending and arch aorta pathology, natural history, and treatment. *Circulation*. 2008;118:188-95.
2. Mahmood F, Ahsan F, Hockey M. Ruptured abdominal aortic aneurysm presenting as buttock pain. *Emerg Med J*. 2005;22:453-4.
3. Monaco M, Di Tommaso L, Oliviero U, Iannelli G, Stassano P. A rapidly expanding descending thoracic aortic aneurysm: An unusual complication. *J Card Surg*. 2008;23:254-65.
4. Jiménez-Mena C, Varela-González A. Aneurisma de aorta abdominal en una consulta de atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;27(6):443-4.
5. Black JH III, Cambria RP. Current results of open surgical repair of descending thoracic aortic aneurysms. *J Vasc Surg*. 2006;43 Suppl A:6A-11A.