

Clínica cotidiana

Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal, lumbalgia crónica, dislipidemia y enfermedad pulmonar obstructiva crónica

José A. Hermida Pérez^{a,b}

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de El Paso, Santa Cruz de Tenerife, Tenerife, España

^b Urología, Policlínico de Especialidades Médicas SEREP, Santa Cruz de Tenerife, Tenerife, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de agosto de 2015

Aceptado el 3 de diciembre de 2015

On-line el 19 de enero de 2016

Palabras clave:

Aneurisma
Aorta
Lumbalgia
Dislipidemia

Keywords:

Aneurysm
Aorta
Lumbar pain
Dyslipidaemia

R E S U M E N

El aneurisma de la aorta abdominal es la dilatación segmentaria de la aorta infrarrenal. Es una compleja enfermedad, relativamente frecuente, muy peligrosa y muchas veces catastrófica en el adulto mayor.

La prevalencia es de 2-5 % de la población; la mortalidad en caso de rotura, de 80 %.

El 91 % de los casos se acompaña de lumbalgia. Es importante incluir el aneurisma de la aorta abdominal como diagnóstico diferencial de la misma. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la dislipidemia son factores etiológicos.

En su mayoría constituyen un hallazgo casual con motivo del estudio de otras patologías. Revisando la bibliografía, en algunos estudios se dice que se debería realizar cribado poblacional en varones de más de 65 años de edad dada la prevalencia de 4-8 %; se considera coste-efectivo, ya que hay pruebas de la reducción significativa de la mortalidad por aneurisma de la aorta abdominal en varones de 65 a 79 años sometidos a cribado ecográfico, no así en mujeres.

© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Infrarenal abdominal aortic aneurysm, chronic back pain, dyslipidaemia and chronic obstructive pulmonary disease

A B S T R A C T

An abdominal aortic aneurysm is the swelling of the infrarenal segment of the aorta. It is a complex, relatively common, and very dangerous disease that is often catastrophic in the elderly.

Its prevalence is 2-5 % of the population, and the mortality in the case of rupture is 80 %.

Almost all (91 %) cases are accompanied by low back pain. It is important to include abdominal aortic aneurysm in the differential diagnosis of low back pain. Chronic obstructive pulmonary disease and dyslipidaemia are aetiological factors.

The majority are a casual finding in the course of investigating other diseases. On reviewing the literature, some studies say there should be population screening in males over 65 years, given its prevalence of 4-8 %. It is considered cost-effective, since there is proof of a significant reduction in the mortality due to abdominal aortic aneurysm in males from 65 to 79 years subjected to an ultrasound screening, although it is not the case in women.

© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Se denomina aneurisma de la aorta abdominal (AAA) a la dilatación segmentaria de la aorta infrarrenal, determinada directamente por el diámetro mayor de la aorta. La medición del diámetro mayor se puede realizar tomando una medida perpendicular al eje del vaso o registrando el diámetro anteroposterior mayor en una imagen estática. Es una compleja enfermedad, relativamente frecuente y muchas veces catastrófica en el adulto mayor¹.

Es una entidad peligrosa, con una prevalencia de 2-5 % de la población y mortalidad en caso de rotura de 80 %. Hasta en el 91 % de los casos se acompaña de lumbalgia, por lo que es importante incluirlo como diagnóstico diferencial de la lumbalgia crónica. También son factores etiológicos relacionados la hipertensión arterial (HTA), la cardiopatía isquémica, la arterioesclerosis, la dislipidemia, el tabaquismo y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la arteriopatía periférica.

En su mayoría constituyen un hallazgo casual en el estudio de otras patologías, aunque el comienzo puede presentar manifestaciones clínicas más graves, como ser un cuadro de dolor abdominal con posterior instauración de shock hipovolémico y muerte súbita en caso de rotura².

Caso clínico

Varón de 80 años de edad, con antecedentes personales de dislipidemia y EPOC, tratado con simvastatina (20 mg/día) y bromuro de aclidinio inhalador (2 veces al día).

Acude a la consulta por presentar dolor de tipo lumbociática, derecho, de varios meses de evolución.

En la exploración se constata dolor con la movilización y compresión de la columna lumbar, maniobra de Lassègue positiva a 45°, reflejos osteotendinosos presentes y sincrónicos, pulsos periféricos algo débiles, pero presentes bilateralmente.

Es tratado con analgésicos, pero no se consigue mejoría clínica.

En el estudio radiológico de la columna lumbosacra y las caderas presenta (fig. 1): artrosis, estrechamiento del espacio L5-S1, escoliosis; además se observa lo que impresiona ser una dilatación sacular calcificada aneurismática de la aorta.

Ante este hallazgo se le deriva a cirugía vascular. Se indica estudio angiográfico por tomografía computarizada (estudio angio-TC) (fig. 2), cuyo informe señala la existencia de ateromatosis calcificada de las arterias coronarias, elongación y ateromatosis calcificada aortoiliaca, AAA infrarrenal parcialmente trombosado, de unos 53 × 52 × 75 mm, a unos 45 mm del origen de las arterias renales, que se extiende hasta la bifurcación aortoiliaca, sin aparente extensión a las arterias iliacas; la luz permeable de la aorta a la altura del aneurisma es de 22 × 31 mm; el aneurisma desplaza y comprime discretamente la vena cava inferior a esa altura.

Ingresa para efectuar intervención quirúrgica programada para excluir el AAA infrarrenal mediante colocación de endoprótesis a la iliaca común derecha y extensiones, hasta la bifurcación iliaca izquierda. El postoperatorio se desarrolla

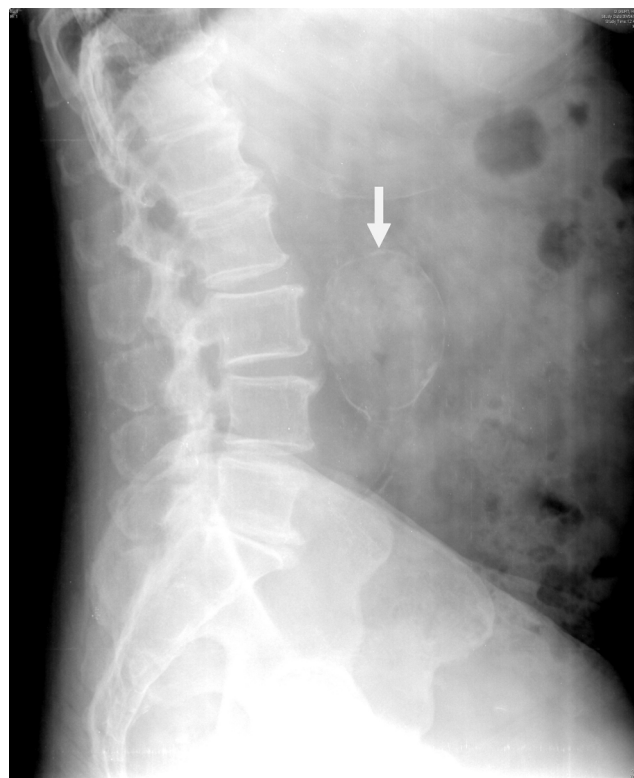


Figura 1 – Radiografía de columna lumbosacra (vista lateral) donde se observa la dilatación sacular calcificada aneurismática de la aorta.

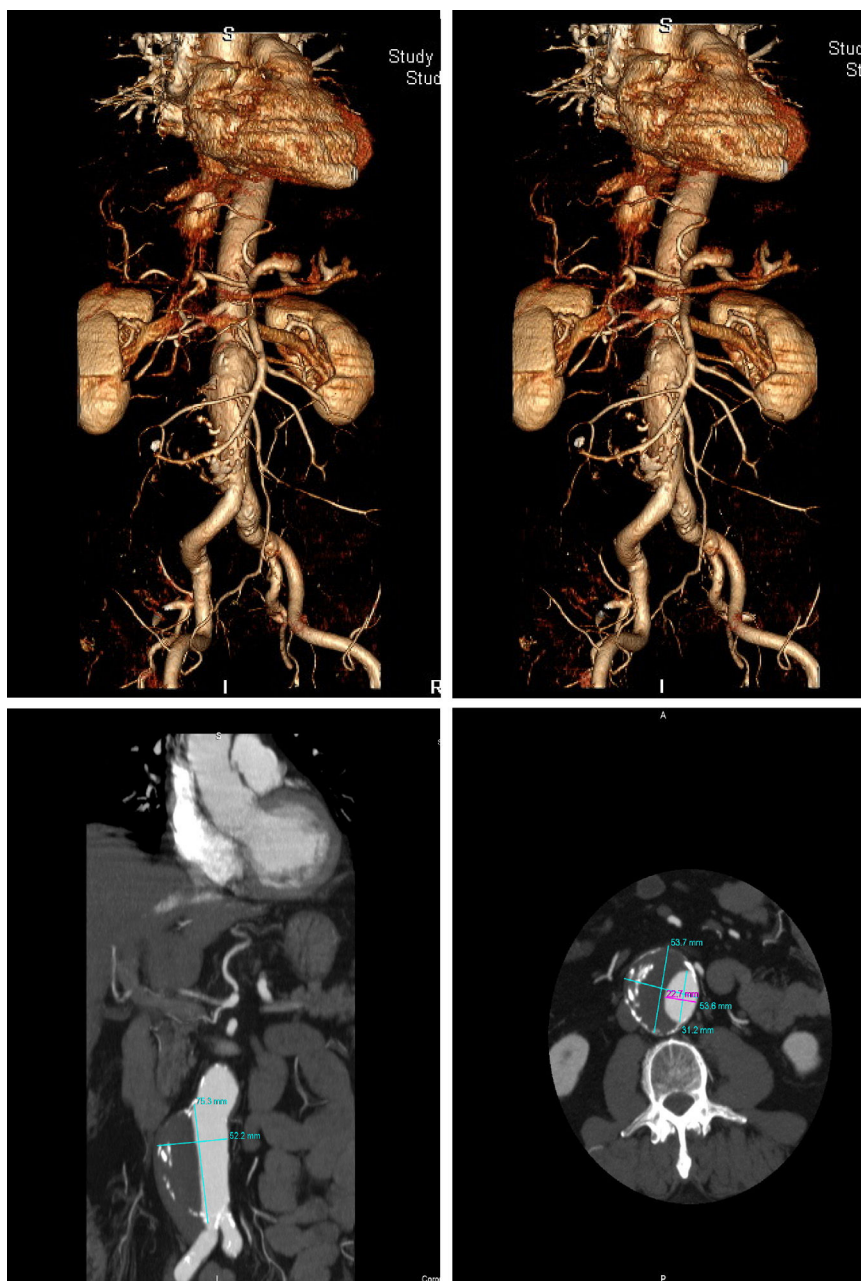


Figura 2 – TC angiografía: ateromatosis calcificada de arterias coronarias (imagen superior). Elongación y ateromatosis calcificada aortoiliaca. Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal parcialmente trombosado, origen en arterias renales y que se extiende hasta bifurcación aortoiliaca (imagen inferior).

dentro de la normalidad. Se produce el alta y el seguimiento en la consulta de atención primaria.

Comentario

Los estudios realizados concuerdan en reportar que un diámetro de 2,7 cm se ubica en el percentil 95 en aortas sanas de pacientes entre 65 y 83 años de edad. Un diámetro de 2,9 cm excede los límites normales, independientemente de la superficie corporal, la edad o el sexo del paciente. Por ello, un diámetro anteroposterior de al menos 3 cm se considera AAA infrarrenal.

Desde el punto de vista etiológico, el AAA es una patología multifactorial. Se ha documentado un aumento en la actividad proteolítica mediada por elastasas y metaloproteinasas (MMP-2), así como también de la actividad de los macrófagos y citoquinas, ingredientes que sugieren un componente inflamatorio de la enfermedad.

Existe una fuerte asociación entre el AAA y la EPOC, atribuida a la degradación de la elastina producida por el tabaco³.

La velocidad de crecimiento de los AAA infrarrenales en pacientes con EPOC tratados con broncodilatadores solamente es igual a la producida en quienes no tienen EPOC; sin embargo, se duplica en los pacientes con EPOC tratados de

forma crónica con esteroides. Las observaciones actuales permiten concluir que la asociación de AAA con EPOC depende más de la medicación empleada para tratar esta última entidad que de mecanismos fisiopatológicos comunes^{4,5}.

Se han publicado dos casos clínicos de lumbalgia crónica como primer síntoma en la rotura de AAA; por fortuna nuestro paciente no la sufrió:

- Un varón de 54 años de edad, fumador, con cardiopatía isquémica, HTA y dislipidemia, consultó por lumbalgia incapacitante de 8 meses de evolución. Fue ingresado y presentó hipotensión y caída del hematocrito, por lo que se realizó RMN que mostró aneurisma aórtico con disección. Fue intervenido con implante de prótesis y *baipás* bifemoral. La respuesta clínica fue favorable.
- El otro caso, también varón, de 58 años de edad, fumador, con antecedentes de HTA, arteriopatía periférica grave crónica, con amputación del antepié izquierdo y cardiopatía isquémica, ingresó por lumbalgia de características inflamatorias. Fue tratado con analgésicos, con los que no se consiguió mejoría clínica. Durante el ingreso se constató descenso de la hemoglobina. El angio-TC abdominal mostró un pseudoaneurisma en la aorta abdominal infrarrenal con signos de sangrado reciente. Fue tratado con endoprótesis aortoiliaca, *baipás* iliofemoral y femorofemoral en la arteria iliaca común izquierda. A pesar del tratamiento quirúrgico, del ingreso en la unidad de cuidados intensivos y las medidas terapéuticas, el paciente empeoró y finalmente falleció⁶.

Estos autores destacan que el AAA puede causar lumbalgia crónica con o sin radiculopatía o mielopatía. Los síntomas radiculares están causados por la compresión nerviosa del aneurisma, especialmente entre L5 y S1. La duración de los síntomas oscila entre las 2 semanas y los 2 años^{2,6}.

En la bibliografía que revisamos entre 1976 y 2000 tan solo hemos encontrado descritos 16 casos de AAA asociados a lumbalgia crónica. Su escasa frecuencia justifica nuestro interés por revisar esta patología. El AAA debería ser considerado en el diagnóstico diferencial de la lumbalgia crónica, especialmente en fumadores, varones mayores de 55 años, hipertensos y con EPOC, pues su prevalencia es de 3-5%. Su riesgo de rotura es menor de 2% si son menores de 5 cm, de 5-10% entre 5 y 6 cm y de 20% si superan los 7 cm.

La tríada clásica para el diagnóstico consiste en hipotensión, lumbalgia (91%) y masa abdominal pulsátil (50%). La clínica por sí sola es diagnóstica en 38% de los casos y en el resto requiere de técnicas radiológicas.

La radiografía simple de abdomen no es un estudio considerado hoy día como parte del diagnóstico de los aneurismas infrarrenales, pero cerca del 15% de los aneurismas hallados ocasionalmente se diagnostican en la radiografía simple de abdomen. Se observa un contorno calcificado en la región lumbar y paravertebral y en ocasiones distorsiona el borde del músculo psoas. En nuestro paciente se observó esta imagen en la radiografía lateral de la columna lumbosacra, en la que se visualizan estructuras abdominales⁶.

La ecografía es el método diagnóstico de elección (sensibilidad de 95% y especificidad de 100%), junto a la TAC (para estudio de patologías pre- y paravertebrales)⁷⁻⁹.

Algunos estudios nos dicen que se debería realizar cribado poblacional a los varones de más de 65 años de edad, dada la prevalencia (4-8%) entre ellos, y se considera coste-efectivo. Una revisión de Cochrane concluye que hay pruebas de una reducción significativa en la mortalidad por AAA en varones de 65 a 79 años de edad sometidos a cribado ecográfico, no así en mujeres. La relación entre el coste y la efectividad puede ser aceptable, pero se necesita un mayor análisis de expertos⁸⁻¹⁰.

Conclusión

En nuestra práctica clínica diaria en AP, sobre todo en varones mayores de 65 años de edad, con factores etiológicos relacionados con el AAA (alcoholismo, HTA, cardiopatía isquémica, arterioesclerosis, dislipidemia, tabaquismo, EPOC, arteriopatía periférica), es importante tener en cuenta que ante un cuadro de lumbalgia crónica, recurrente, rebelde al tratamiento analgésico, debemos sospechar que se trate del primer síntoma de la rotura de un AAA. La radiografía de la columna lumbosacra es una herramienta barata y accesible al médico de AP.

Hay pruebas de una reducción significativa en la mortalidad por AAA en hombres de 65 a 79 años de edad sometidos a cribado ecográfico, con una relación entre el coste y la efectividad aceptable, pero se necesita un mayor análisis de expertos.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Elbaugh JL, García ND, Matsumuda JS. Screening and surveillance for abdominal aortic aneurysms: who needs it and when. *Sem Vasc Surg.* 2001;14:193-9.
2. Ozkavukcu E, Cayli E, Yagci C, Erden I. Ruptured iliac aneurysm presenting as lumbosacral plexopathy. *Diagn Interv Radiol.* 2008;14:26-8.
3. Sakamaki Oya H, Nagaya N, Kyotani S, Satoh T, Nakanishi N. Higher prevalence of obstructive airway disease in patients with thoracic or abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg.* 2002;36:35-40.

4. Lindholt JS, Heickendorff L, Antonsen S, Fasting H, Henneberg EW. Natural history of abdominal aortic aneurysms with and without coexisting chronic obstructive pulmonary disease. *J Vasc Surg.* 1998;28:226-33.
5. Camacho J, Arroyo F, Barrera G, Caicedo V, Espinel C, Fominaya R, et al. Diagnóstico y tratamiento del aneurisma de aorta abdominal infrarrenal. Guía de la Asociación Colombiana de Angiología y Cirugía Vascular. *Rev Col Cir Vasc.* 2009. Disponible en: <http://www.asovascular.com/images/guias/GUIA-ANEURISMA-DE-AORTA-ABDOMINAL.pdf>.
6. Martínez Pérez R, Marengo de la Fuente JL, Rodríguez Montero S, Escudero C. Lumbalgia crónica como primer síntoma en la rotura de aneurisma aórtico abdominal: a propósito de 2 casos clínicos. *Reumatol Clin.* 2010;6:273-4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2009.04.015>.
7. Seçkin H, Bavbek M, Dogan S, Keyik B, Yigitkanli K. Is every chronic low back pain benign. Case report. *Surg Neurol.* 2006;66:357-60.
8. Fabra Noguera A, Pablos Herrero E. Los aneurismas de aorta abdominal nos los encontramos. *Butlletí (castellano).* 2013;31:1-6. [consultado 9 Ago 2015]. Disponible en: <http://pub.bsalut.net/butlleti.cast/vol31/iss2/4>.
9. Sogaard R, Laustsen J, Lindholt JS. Cost effectiveness of abdominal aortic aneurysm screening and rescreening in men in a modern context: evaluation of a hypothetical cohort using a decisión analytical model. *BMJ.* 2012;5(345):e4276, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e4276>.
10. Cosford P, Leng G, Thomas J. Cribado para el aneurisma abdominal aórtico. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2011;(3), <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002945>. Art No.:CD002945.